

Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor

ASEEDAR-TD Edición Digital

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº1 2020 / ISSN: 2529-9670

Indexada en:



“Cuando hablo del cuidado estoy hablando de
poesía y cuando hablo de la poseía estoy hablando
del cuidado”. ”



Dra. Rosamaría Alberdi

Vicedecana y profesora titular de la
Facultad de Enfermería y
Fisioterapia de la Universitat de les
Illes Balears

www.aseedar-td.org
revista@aseedar-td.org



aseedar-td
Asociación Española de Enfermería
de Anestesia-Reanimación y
Terapia del Dolor

Editorial de la Directora de la ASEEDAR-TD Edición Digital

Editorial de la Directora de la ASEEDAR-TD Edición Digital

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº1 2020 / ISSN: 2529-9670

Autora: Antonia Ballesteros, A.¹

1. Directora de la revista Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº1 2020

Contacto: revista@aseedar-td.org

Editorial difícil sí, pero a la vez llena de esperanza la que me toca escribir en esta ocasión.

Todas estábamos deseosas de éste 2020, año de las enfermeras y matronas...jamás pensamos en que se nos visibilizara de esta atroz y descabellada manera, con pérdidas de vidas humanas, con falta de material para realizar nuestros cuidados con seguridad para nuestros pacientes y nosotras mismos.

Con miedo, sí, miedo de contagiarnos, de contagiar a nuestras familias, de que nuestros pacientes no pudieran ser atendidos con la excelencia que se merecen en nuestros cuidados, miedo de que estuvieran solos en sus últimos momentos.

Con ansiedad, sí, mucha ansiedad de estar en casa, cuando necesitábamos ese tan ansiado descanso, ansiedad, de no estar en el hospital todo el tiempo, dando lo mejor de nosotras hasta el agotamiento físico y moral.

Con mucho estrés, sí, todas ciertamente, pero más todas aquellas compañeras que no habían estado nunca en una UCI o en una planta de infecciosos y que de esta manera tan abrupta tuvieron que estar, todas aquellas, que se han tenido que trasladar a otras comunidades donde hacían tanta falta, sin saber dónde podrían alojarse o cómo sobrevivir sin el cariño de sus allegados, pero lo hicieron sin importar sus circunstancias personales.

Viviendo con dolor (reconozco haber llorado cuando mis vecinos aplaudían, porque jamás he pensado que lo mereciera en primera persona, yo salía a aplaudir a todos los que estaban trabajando para darnos un servicio, porque sin ellos, nuestras necesidades más básicas no hubiesen estado cubiertas, a los que estaban en casa, sin quejarse, haciendo, lo que decidieron era mejor para todos) y orgullo, esos aplausos, que nos daban aquellos que nos han considerado heroínas, sin nosotras sentirlo y ni tan siquiera quererlo, sólo hemos hecho nuestro trabajo, con toda nuestra humanización, como siempre hacemos.

Aprendiendo sin tiempo a trabajar sin medios, a reinventar unos EPIS que en muchas ocasiones se improvisaron con lo que teníamos más a mano, hasta que llegaron los de verdad.

Reinventándonos con circuitos, protocolos, cuidados...reinventándonos nosotras mismas, a nuestros hospitales, nuestros centros de salud...todo el sistema ha sido sacudido y reinventado.

Aprendiendo, buscando la mejor evidencia sobre cómo cuidar a nuestros pacientes. Sin tiempo para ello, pidiendo ayuda a nuestras enfermeras docentes de universidades en estos menesteres, ellas ofreciéndose a esta ayuda, sin que nadie se lo pidiese ofreciéndose a su reincorporación al ámbito asistencial sin importarles

las consecuencias del sistema.

A nuestros alumnos de cuarto de carrera, que, sin haber obtenido el título, han demostrado con creces estar a la altura, superando las más altas expectativas.

Permitirme y perdonarme, por hablar en femenino, pero soy, y somos, ENFERMERAS y lo pongo con mayúsculas, porque siempre me he sentido muy orgullosa de serlo, pero en esta ocasión, me siento muy pequeña ante tan grandes compañeras, ante todas vosotras que habéis demostrado ampliamente, lo que es SER UNA ENFERMERA. Reconozco, que me embarga la emoción escribiendo estas líneas de mi editorial, pero soy una privilegiada al poder expresarme, e intentar transmitir lo que muchas hemos sentido, somos fuertes, somos enfermeras, pero ahora y utilizo la voz de nuestra entrevistada nos tenemos, os tenéis que cuidar a vosotras, a nosotras mismas.

Tenéis todo el reconocimiento de nuestra gran asociación Aseedar-td y nuestra eterna gratitud por haber sabido estar y luchar como sólo una enfermera sabe hacerlo.

Por decisión de la editorial, hemos decidido no publicar en este número ningún trabajo de investigación sobre el Covid-19. Inciso en nuestra vida, nuestro trabajo sigue y merece la pena todo el gran esfuerzo que han hecho, tanto los autores, como los revisores, para que éste número salga y luzca en un momento de incertidumbre del que todos esperamos pase pronto y con las mínimas secuelas posibles, nada será igual que antes, lo sabemos; pero lo superaremos como otros antes lo han hecho.

Publicamos un trabajo cualitativo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Santander. Me consta, el gran esfuerzo que han realizado hasta llegar a salir en nuestra revista. Surgido desde la inquietud de un grupo de enfermeras del área de reanimación acerca de la valoración del dolor. Un trabajo, interesante y educativo.

Desde el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, Sant Quirze del Vallès nos hablan de un nuevo concepto de cuidados enfermeros pre y postoperatorios: la Prehabilitación, a través de un estudio piloto, cuyos resultados pueden llevar a la instauración de este programa en el hospital, ésta es la línea, investigar e innovar.

Cómo el uso de la aromaterapia, para reducir el dolor del parto, llega desde Granada a través de una carta a la Directora, aportando diferentes enfoques en el tratamiento de nuestros pacientes.

En Hospital Universitario de Son Espases en Palma de Mallorca, han desarrollado un protocolo de cuidados enfermeros en la paciente intervenida de cirugía de cáncer de mama, cuyo desarrollo metodológico nos puede orientar hasta la consecución correcta de un protocolo.

El Complejo Asistencial Universitario de León (C.A.U.L.E.), nos presenta un estudio conforme a cómo la utilización de material fungible, vienen supeditada por la variabilidad individual, de los profesionales que intervienen en el procedimiento anestésico, según deducen en sus conclusiones.

Reproducimos la nota de prensa que Grünenthal tuvo la amabilidad de publicar en distintos medios el día de la enfermera con motivo de nuestro homenaje, el doce de mayo.

Nuestro eterno agradecimiento, para Ana Verónica Medina Rodríguez, por ser valiente, por contarnos en primera mano, cómo esta terrible pandemia ha afectado a los pacientes, ella lo es; de dolor crónico, con sutileza, pero contundente en su manifiesto, como ella reconoce el dolor manda. Necesitamos más valientes como tú Ana, para poder ayudaros más y mejor. Gracias.

Para finalizar, os dejamos la entrevista a Rosa María Alberdi, primera enfermera en ser Doctora Honoris Causa de la historia de España. Descubriréis que es mucho más, y por toda su trayectoria, es eso, una gran líder, ciertamente cercana. Un broche de diamantes para un momento en el que sus palabras nos ayudaran a nombrarnos.

Como siempre, animaros a compartir vuestros trabajos, autores nóveles o no tanto; porque la difusión del conocimiento es una responsabilidad compartida, que establecimos cuando decidimos dedicarnos a esta profesión nuestra y es la oportunidad de hacernos realmente visibles.

Desde el Comité de Redacción, el Consejo Editorial, Consultores Nacionales e Internacionales, esperamos nos hagáis llegar todas vuestras sugerencias de mejora y agradeceremos de antemano el que ésta sea un proyecto participativo de todos los enfermeros que nos dedicamos a la Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor.

Esperanzados al cierre de esta editorial, tras la aparición de Carmen Ferrer Arnedo, jefe de servicio de atención al paciente del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, por su participación en la Subcomisión de Sanidad y Salud Pública de la Comisión Parlamentaria para la Reconstrucción tras el Covid-19 que se ha constituido en el Parlamento español, al dar visibilidad a la profesión enfermera con tanta elocuencia y profesionalidad. Os adjuntamos el link donde podréis encontrarla:

<http://www.congreso.es/wc/wc/audiovisualdetalledisponible?codSesion=127&codOrgano=499&fechaSesion=05/06/2020&m>

Os esperamos

Antonia Ballesteros

Directora de la revista Enfermería de Anestesia Reanimación y Terapia del dolor

Aromaterapia para reducir el dolor del parto

Aromaterapia para reducir el dolor del parto

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº1 2020 / ISSN: 2529-9670

Martínez Pizarro, S.¹

1.Centro de salud de Granada en Granada España.

Contacto: mpsandrita@hotmail.com

En los últimos años diversos estudios han propuesto el uso de la aromaterapia para reducir el dolor del parto¹.

En el estudio de Abbasijahromi A et al¹ realizado en Irán en 2019 se analiza el efecto de la aromaterapia con aceites esenciales de lavanda y rosa de Damasco en el nivel de ansiedad y dolor tras una cesárea. Este ensayo se realizó en 90 madres divididas en 3 grupos: lavanda, rosa de Damasco y control. “Las pacientes de los dos primeros grupos inhalaron la esencia en bolas de algodón, teñidas por separado con tres gotas de cada aceite esencial a una distancia de 10 centímetros durante 30 minutos. El grupo control inhaló solución salina normal. Los resultados mostraron que la aromaterapia por inhalación puede reducir la severidad de la ansiedad y el dolor tras la cesárea, y el aceite esencial de rosa de Damasco muestra un efecto mayor que la lavanda”.

En el estudio de Sriasih NGK et al² realizado en Indonesia en 2019 se analiza la eficacia de la aromaterapia frangipani en forma de aceite de masaje para reducir el dolor en el parto en 70 mujeres. “El grupo tratamiento fue masajeadado con aceite de aromaterapia frangipani frotando y presionando las manos en las vértebras torácicas y lumbares de la espalda. Las mujeres en el grupo control fueron masajeadas con aceite de coco de la misma manera. Mientras recibían masajes sin aromaterapia, las mujeres en su mayoría experimentaron dolor intenso. Sin embargo, después del masaje con aromaterapia de frangipani, la mayoría de las encuestadas experimentaron una reducción del dolor”.

En el metaanálisis de Chen SF et al³ realizado en 2019 en Taiwán se analiza la efectividad de la aromaterapia en el dolor de parto y la reducción de la duración. “Los resultados mostraron que la aromaterapia redujo el dolor de parto en la fase de transición y la duración de la fase activa así como la tercera etapa del parto. Se observó una tendencia hacia una duración más corta en la segunda etapa. Además, la aromaterapia no tuvo influencia en la cesárea de emergencia, la ruptura de la membrana y el inicio del parto espontáneo”.

En el estudio de Hamdamian S et al⁴ realizado en Irán en 2018 se evalúan los efectos de la aromaterapia con Rosa damascena sobre el dolor y la ansiedad en la primera etapa del parto entre mujeres nulíparas. 110 mujeres fueron asignadas a dos grupos: aromaterapia y control. “Los participantes recibieron 0,08 ml de esencia de Rosa damascena en el grupo de aromaterapia y 0,08 ml de solución salina normal en el grupo control, cada 30 minutos. El dolor del grupo aromaterapia fue menor que en el grupo control después del tratamiento en cada evaluación (dilatación cervical de 4-5, 6-7 y 8-10 cm). La ansiedad también fue más baja en el grupo tratamiento que en el de control. Por tanto la aromaterapia reduce el dolor y ansiedad en la primera etapa del parto”.

En el estudio de Tanvisut R et al⁵ realizado en 2018 en Tailandia se analiza la efectividad de la aromaterapia para reducir el dolor durante el parto. Se llevó a cabo el en 104 primigestas con un embarazo único de bajo

riesgo sometido a parto vaginal. Tanto el grupo intervención como control recibieron atención obstétrica estándar. La aromaterapia solo se proporcionó al grupo de estudio durante la primera etapa del parto. “Los resultados mostraron que la aromaterapia es útil para reducir el dolor en la fase activa latente y temprana, y probablemente puede usarse como un método complementario para el control del dolor de parto sin efectos secundarios graves.

Los resultados de los estudios expuestos realizados en los últimos años en diversos países sugieren que la aromaterapia podría ser eficaz y segura para reducir el dolor del parto. En concreto la esencia de Rosa de Damasco parece ser la más efectiva.

Resulta fundamental transmitir estos conocimientos a los profesionales sanitarios que trabajan en su día a día con estos pacientes. De esta manera les podrán ofrecer los mejores cuidados y tratamientos basados en las últimas evidencias disponibles. Además, la aromaterapia es más barata que otros tratamientos alternativos y puede reducir la cantidad de analgésicos evitando así los posibles efectos sistémicos de los fármacos.

Es importante continuar las investigaciones dentro de este ámbito realizando más estudios con mayores tamaños de muestra, analizar diferentes esencias, la cantidad y duración necesaria de la aromaterapia para reducir el dolor y su posible efecto sinérgico con otras terapias.

BIBLIOGRAFIA

1. Abbasijahromi A, Hojati H, Nikooei S, Jahromi HK, Dowlatkah HR, Zarean V, et al. Compare the effect of aromatherapy using lavender and Damask rose essential oils on the level of anxiety and severity of pain following C-section: A double-blinded randomized clinical trial. *J Complement Integr Med*. 2019 Nov 15.
2. Sriasih NGK, Hadi MC, Suindri NN, Surati GA, Mahayati NMD. The Effect of Massage Therapy Using Frangipani Aromatherapy Oil to Reduce the Childbirth Pain Intensity. *Int J Ther Massage Bodywork*. 2019; 12(2): 18-24.
3. Chen SF, Wang CH, Chan PT, Chiang HW, Hu TM, Tam KW, et al. Labour pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Women Birth*. 2019; 32(4): 327-335.
4. Hamdamian S, Nazarpour S, Simbar M, Hajian S, Mojab F, Talebi A. Effects of aromatherapy with Rosa damascena on nulliparous women's pain and anxiety of labor during first stage of labor. *J Integr Med*. 2018; 16(2): 120-125.
5. Tanvisut R, Traisisilp K, Tongsong T. Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet*. 2018; 297(5): 1145-1150.

Experiencias de las Enfermeras en la valoración y registro del dolor en Reanimación. Estudio Fenomenológico.

Experiencias de las Enfermeras en la valoración y registro del dolor en Reanimación. Estudio Fenomenológico.

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº1 2020 / ISSN: 2529-9670

Gómez Sánchez, A.¹; Gómez Díaz, A.¹; Lantarón Izaguirre, C.¹; Pérez de Castro, C.¹; Cobo Sánchez, J.L.¹; Pardo Vitorero, R.¹.

1. Reanimación, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria, España.

Contacto: gomezsanchezana@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo principal: Conocer la experiencia de las enfermeras de reanimación en la valoración del dolor del paciente postoperado. **Material y método:** Investigación cualitativa de trayectoria fenomenológica. Se realizó un muestreo intencionado realizando 10 entrevistas semiestructuradas a enfermeras de la unidad de reanimación del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Se abordaron áreas como: importancia del dolor, escalas de valoración, protocolo, registro, barreras, diferencias interprofesionales y áreas de mejora. **Resultados principales:** La valoración del dolor se interpretó por las participantes como lo primordial, aunque no todas conocieron el término de dolor como cuarta constante. Mayoritariamente usaban la escala verbal numérica (EVN). Confiriéndole comodidad y sencillez tanto para el paciente como para los profesionales. Sin embargo, señalaron numerosas barreras en su uso en el postoperatorio inmediato, confesándose en la obligación de realizar una interpretación cuando no se obtiene un valor numérico. En cuanto al registro, lo definieron deficiente y con limitaciones, demandando la necesidad de formación específica relacionada con la valoración del dolor. **Conclusión principal:** Las escalas utilizadas fueron vistas como una buena herramienta en el contexto del estudio y se adaptaban al tipo de dolor del postoperatorio. Sin embargo, se desvelaron algunas barreras en su utilización. Las entrevistadas no vieron que valorar solo la intensidad del dolor fuera una limitación. Por otra parte, mostraron interés por actualizarse. Sería adecuado elaborar protocolos consensuados en la unidad y poner en marcha su utilización, adecuándolos a las características del paciente. **Palabras clave (descriptor MeSH/DeSC):** análisis cualitativo, dolor postoperatorio, dimensión del dolor, enfermería, manejo del dolor.

ABSTRACT

Objective: To know the experience of nurses from the recovery unit regarding pain assessment of patients during postoperative period. **Methods:** Qualitative research of phenomenological trajectory. Intentional sampling was performed and 10 semi-structured interviews conducted with nurses from the recovery unit of Marqués de Valdecilla University Hospital. Areas such as: importance of pain, assessment scales, protocol, registry, barriers, interprofessional differences and areas of improvement were addressed. **Results:** Pain assessment was referred to as essential by the participants, although some of them were not aware of the consideration of pain as a "fourth constant". Most of participants used Numerical Rating Scale (NRS), finding it

comfortable and easy to use for both patients and professionals. However, they pointed out numerous barriers on its use during immediate postoperative period. They explained that they had to do a qualitative interpretation when a numerical value was not obtained. Regarding the registry, it was defined as deficient and with limitations, demanding the need for specific training related to pain assessment. **Conclusions:** The scales used were seen as good tools in the context of the study and were adapted to the type of postoperative pain. Nevertheless, some barriers to their use were revealed. The interviewees did not perceive as a limitation to restrict the assessment of pain only to the intensity dimension. On the other hand, the interviewees showed interest in updating their knowledge on the topic. It would be appropriate to develop agreed protocols in the unit as well as to implement their use, adapting them to the characteristics of the patient. **Keywords:** qualitative analysis, postoperative pain, nursing, Pain Measurement, pain management.

INTRODUCCION

"La sociedad Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como una experiencia sensorial y emocional aversiva típicamente causada o similar a la causada por una lesión tisular real o potencial. El dolor es siempre una experiencia subjetiva que está influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales. A través de sus experiencias de vida, las personas aprenden el concepto de dolor y sus aplicaciones"¹.

La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHCO) sostiene que el adecuado manejo del dolor se basa en: información-educación de los pacientes y del personal sanitario, evaluación sistemática del dolor, aplicación de protocolos, y seguimiento o análisis del proceso y sus resultados².

Sin embargo, existen diferentes conceptos, en torno a los procesos de salud y enfermedad, que dificultan su propia valoración en los cuidados de enfermería por ser de naturaleza compleja y entrañar una experiencia emocional multifactorial. Esto ocurre, por ejemplo, con la ansiedad, el miedo, el sufrimiento o el dolor. Con respecto al dolor, solo el paciente puede indicar qué, dónde, cuándo y cuánto le duele. Evaluar estas experiencias subjetivas es considerado una de las actividades más complicadas para los profesionales sanitarios³. No existe un único método científico que pueda realizar una medición completa objetiva de esta experiencia subjetiva y compleja. Esta dificultad se ve incrementada en el contexto de la unidad de reanimación por las características clínicas y circunstanciales del paciente (anestesia, opioides, bajo nivel de conciencia, entre otras) que afectan a la expresión cualitativa del dolor, lo cual supone un desafío añadido para los profesionales⁴.

En la práctica diaria, para la evaluación del dolor, se recurre a distintas escalas que, con el mínimo esfuerzo del paciente, puedan calificar el dolor, tomando como referencia el valor previamente obtenido⁵. Todas ellas valoran una única dimensión, la intensidad del dolor. La Escala Visual Analógica (EVA) se puede considerar como el método de referencia en la evaluación de esta dimensión⁶. Así, la multidimensionalidad del dolor no queda reflejada, llevándose a cabo un manejo parcial de la situación por la limitación de la captación de la realidad del paciente.

El personal de enfermería tiene la responsabilidad de valorar el dolor del paciente de la forma más adecuada para evitar incomodidad, sufrimiento y posibles complicaciones postquirúrgicas. El dolor, debido a sus características, debe ser expresado con palabras no con números; este procedimiento requiere una interacción entre profesional de enfermería y paciente que se defina por una comunicación empática y que cumpla las expectativas de entendimiento⁷, ofreciendo la posibilidad al paciente de expresar su dolor en su sentido más global.

Se han llevado a cabo diversas investigaciones, bajo el paradigma cualitativo, para abordar el fenómeno del dolor en ámbitos tan diferentes. Un ejemplo es el dolor crónico osteoarticular, a través de estudios de

investigación se ha puesto de manifiesto la característica común de estoicismo autoimpuesto en estos pacientes, la sensación de que su dolor no importa o la necesidad de preservar la imagen social⁸; el dolor agudo en el proceso de parto, que no ha sido valorado de forma adecuada y hay autores que han intentado diseñar un cuestionario, tras una fase cualitativa, con el fin de valorar correctamente este tipo de dolor⁹. También se ha estudiado el dolor en distintos períodos de la vida como el estudio de Ghio et al. donde utiliza esta misma metodología con una primera fase cualitativa de análisis de entrevistas en profundidad, para posteriormente elaborar un cuestionario de percepción del dolor adaptado para adolescentes¹⁰; o el dolor crónico en personas ancianas, un ejemplo es el estudio de Clarke et al. Donde se expone la petición o no de ayuda en el dolor crónico por estos pacientes, que en ocasiones sienten que la edad es un factor que puede interferir en la comunicación bidireccional con el profesional⁷. Se ha estudiado también el dolor de pacientes paliativos, donde se proclama la importancia de adoptar un enfoque sensible por parte de los proveedores de salud ante ese dolor que causa pérdida de calidad de vida y ninguna esperanza de recuperación¹¹; y también en el paciente con dolor agudo en el postoperatorio inmediato exponiendo las particularidades de este a lo largo de este estudio.

No existe una realidad única, sino múltiples interpretaciones y percepciones que varían de una persona a otra. Por un lado, cada paciente tendrá una vivencia personal de su realidad, relacionada, entre otras cosas, con sus experiencias de vida, valores, creencias, etc. Por otro, los profesionales también reflejarán distintas percepciones relacionadas con sus vivencias, su práctica y su veteranía. Esta variabilidad justifica la necesidad de indagar en esas múltiples experiencias, extraer el significado que le atribuyen y mostrar más accesible la esencia del fenómeno del dolor tanto en unos como en otros.

Existen pocos estudios que valoren cómo afrontan los profesionales de enfermería la valoración del dolor y de las herramientas que utilizan para dicho fin en el ámbito hospitalario.

A la luz de la problemática mencionada y de la motivación particular de la investigadora principal como resultado del desarrollo de su labor clínica asistencial habitual en la unidad de estudio, en la que se encuentran importantes diferencias entre compañeros en los procedimientos llevados a cabo respecto a la forma de valorar, registrar y tratar el dolor, surge el interés por acercarse al discurso de estos profesionales de enfermería en los procedimientos en torno al manejo del dolor en el servicio de reanimación de nuestro hospital.

Un abordaje cualitativo fenomenológico permite indagar en los significados que la experiencia sobre la valoración del dolor tiene para los profesionales de esta unidad de reanimación en el contexto del paciente postoperado.

OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer la experiencia de las enfermeras de reanimación en la valoración del dolor del paciente postoperado.

Objetivos específicos:

Conocer las escalas utilizadas por los profesionales de enfermería en la unidad de Reanimación.

Desvelar las posibles barreras encontradas en la aplicación de la EVA y EVN para las enfermeras.

Explorar las barreras para su registro como "4ª constante".

Examinar si existe una necesidad percibida de elaborar un protocolo de valoración y registro de dolor en la unidad de reanimación del HUMV.

Identificar la percepción de necesidades formativas de las enfermeras de reanimación con relación al dolor, escalas del dolor y registro como "4ª constante".

MATERIAL Y METODOS

Investigación cualitativa, de trayectoria fenomenológica, sobre la que se pretende indagar en los significados de la experiencia con respecto a la valoración del dolor en nuestra unidad de reanimación en el contexto del paciente postoperado.

La Fenomenología es un abordaje que se basa en la comprensión y descripción de la experiencia humana en el contexto del mundo de la propia persona¹². Procede de la filosofía y sus principales ramas son la descriptiva, propuesta por Edmund Husserl, en la que apoyamos este estudio, y la interpretativa, desarrollada por Martin Heidegger¹³. Otros autores que destacan en este enfoque son Maurice Merleau Ponty, Gabriel Marcel y Jean Paul Sartre¹⁴.

Ya que no existe una única realidad, sino muchas, con sus correspondientes interpretaciones y significados, elegimos esta metodología para describir las experiencias de las enfermeras, ahondando en las diferentes percepciones de cada participante y, mediante el discurso, acceder a la esencia del fenómeno y extraer significados.

Se realizó un muestreo intencionado realizando 10 entrevistas semiestructuradas a enfermeras de la unidad de reanimación del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de entre 30 y 63 años, con una experiencia mínima de 6 meses en el servicio. Previamente se explicó el procedimiento, los objetivos del estudio y se recabó el consentimiento informado por escrito asegurando la confidencialidad de la información y el anonimato. Con el fin de mantener el anonimato los entrevistados se registraron con la letra E (Enfermero) seguida de un número ordinal del 1 al 10 (E1...E10).

Dichas entrevistas fueron realizadas y registradas en audio en la unidad de estudio por la investigadora principal, perteneciente al personal de la unidad de estudio. Posteriormente, fueron transcritas e interpretadas siguiendo las técnicas de análisis propias del método cualitativo por dos investigadores, la investigadora principal y otra investigadora colaboradora ajena al servicio, de manera independiente. Se extrajeron las unidades de significado y los códigos, y un tercero tomó parte en caso de discrepancia. Las categorías fueron establecidas por consenso de todo el equipo.

Hemos utilizado en el proceso de análisis la propuesta de Giorgi (descriptiva) que se caracteriza por el desarrollo de temas y subtemas. Se identificaron unidades de significado de los textos transcritos, estableciéndose códigos emergentes a través de las ideas extraídas de las entrevistas, evitando interpretar de manera precoz los significados. A continuación, se realizó un agrupamiento de las unidades en categorías. El proceso de investigación cualitativa se ha realizado como un proceso circular. Entendiendo que la recogida y manipulación de los datos, codificación y análisis es un proceso continuo y simultáneo¹⁵.

La decisión de no realizar nuevas entrevistas se tomó cuando se llegó a información redundante y a la saturación teórica.

RESULTADOS

Escalas de valoración del dolor utilizadas e implicaciones

La valoración del dolor es interpretada por las participantes como lo más importante, en el trabajo diario en su

unidad, lo primordial tras la estabilización del paciente. Todas las participantes utilizan la escala verbal numérica (EVN) para la valoración del dolor, sólo una de ellas utiliza, además, la escala visual analógica (EVA). Muchas de ellas utilizan el término EVA indistintamente para ambas. Todas ellas indican no conocer en profundidad otras escalas ni utilizarlas.

Ahondando en su experiencia de la EVN, algunas enfermeras sugieren que es una escala cómoda y sencilla tanto para el paciente como para los profesionales: E-3: "viene en la gráfica, es fácil de transcribir (...) es muy cómodo, no hay que hacer nada especial". Sin embargo, se enfrentan a numerosas barreras en su uso, E-3: "igual no entienden bien el concepto o no saben transcribirlo a un número (...) me duele mucho pero no te sé decir cuánto (...), esta escala se podría mejorar"; E-4: "yo creo que no la comprenden, les suena un poco raro"; E-5: "se lo tienes que explicar, se lo intentas guiar un poco, del 0 al 3 sería molestia, entre 4 y 7 dolorcillo, más de 7 dolor intenso...".

Las enfermeras entrevistadas reconocen hacer una interpretación del valor dolor cuando el paciente no logra definirlo: E-5: "a veces no obtienes un número"; E-4: "A veces apuntamos una puntuación que nosotras creemos en ese momento, o bien esperamos a valorarlo más adelante", y se guían de otros parámetros para la valoración del dolor: E-4: "guiándote un poco por datos objetivos pero bajo la impresión que tenga la enfermera"; E-1: "acaba siendo una valoración tuya subjetiva, con lo cual no se sigue una escala realmente, al final es algo subjetivo que a ti te parece que puedes poner". Todas coinciden en que esto supone diferencias de valoración interprofesional.

Protocolo de valoración y registro

Las enfermeras del estudio reconocen no disponer de un protocolo de actuación en la valoración y registro del dolor. No todas conocen el término de dolor como cuarta constante, pero, según las características del paciente, puede resultar excesivo en ocasiones valorar el dolor a la par que otras constantes objetivas: E-1: "cada 15 minutos es excesivo, si está bien cada 15 minutos no va a haber grandes variaciones", y en ocasiones deficiente: E-8: "si tiene dolor evidentemente o le has puesto calmante, aumentas la frecuencia de utilización de la escala. Si está tranquilo, valoras y tampoco estás tan constante".

En cuanto al registro reconocen que es deficiente, pero desconocen el motivo por el que lo es: E-1: "a veces no procede"; E-2: "¿por falta de tiempo?, ¿Porque se nos agrupan varios enfermos?... no puedes estar en todo"; E-3: "olvido, no tenemos mecanizado el registro como una constante más, no lo tenemos integrado como constante"; E-4: "se utiliza la escala, pero no se llega a registrar, ¿será que las enfermeras no creen en la escala? ¿Carga de trabajo?"; E-6: "hay falta de hábito, el registro del dolor no tiene mucha historia de registrarse (...) se le da poco valor al registro porque al final tampoco lleva a grandes modificaciones. Si les duele les pongo analgesia (...) y si no sigo poniendo es porque se les quita el dolor"; E-7: "si está dormido no le vas a despertar".

Adecuación de la escala al paciente y al profesional

La encuentran poco útil en el paciente recién intervenido quirúrgicamente: E-1: "en el momento en que estamos hablando, que es el postoperatorio inmediato (...), lo que quieren es que les quites el dolor, y te dicen que tienen mucho dolor, no exactamente cuánto, entonces tú tienes que insistir e insistir, y no es momento para insistir, es un momento para que ellos sufran lo menos posible y les quites el dolor".

Encuentran mayores dificultades en la valoración del dolor en pacientes de edad avanzada, con problemas cognitivos o desorientados, en niños y con bajo nivel de conciencia o bajo los efectos de la sedo-analgesia: E-8: "si es cuestión de anestésicos entonces espero un poquitín a ver si está más reactivo, más despierto"; así como en enfermos doloridos: E-1: "al tener dolor no quieren estar a contestarte si tienen un 5 o tienen un 8, es más fácil cuando el dolor es menos intenso".

Necesidades formativas

Los profesionales refieren una insuficiente formación y reclaman recibir actualización relacionada con la valoración del dolor. E1: “debería ser obligatorio actualizarse, al final te quedas con lo que usas y lo demás lo olvidas”, E10: “la formación nunca está de más, pensamos que sabemos las cosas, pero al reflexionar te das cuenta de que tienes muchas carencias”.

DISCUSION

Las peculiaridades del paciente postoperado hacen que la unidad de reanimación presente unas características concretas con respecto a la evaluación del dolor.

El dolor se infravalora y se infraregistra, o se hace de forma inadecuada. Pese a ello, las protagonistas del estudio consideran la valoración y el tratamiento del dolor como una “prioridad máxima”.

La infravaloración del dolor y su escaso registro han sido mencionados por otros autores como Montes, que refleja que, aunque se pregunta al paciente sobre la presencia de dolor, no se utilizan habitualmente métodos de registro (EVA, categórico u otros)¹⁶.

Las enfermeras del estudio valoran el dolor utilizando todas, salvo una que usa la EVA, la EVN como única herramienta. En su vocabulario usan el término EVA para referirse a cualquier valoración del dolor con un resultado numérico, mostrando cierta confusión. En general, las participantes no disponen de escala EVA, la consideran un “artículo de lujo”. Todas, excepto una de las entrevistadas, no han visto ventajas de la EVA sobre la EVN cuando la han usado, lo cual difiere con lo que muestra un estudio que compara la EVA y la EVN. Este estudio indica que existe una concordancia alta entre ambas, pero da mejor valoración a la EVA por ser más fácil y precisar menos tiempo⁶.

Las entrevistadas coinciden en las barreras encontradas en el uso de ambas escalas en el paciente postoperado. En sus discursos, las enfermeras consideran que podría ser útil complementar la valoración con otras escalas más categóricas. Estos resultados se ven apoyados por el estudio de Kaptain et al. Donde destaca que “la capacidad de los pacientes para participar en la evaluación del dolor se vio afectada por la anestesia, analgésicos y dolor severo” dificultándose así, el uso de la EVN tras la cirugía⁴.

En cualquier caso, la sensación de dolor es un constructo mental difícil de valorar en una sola dimensión. Los pacientes comunican mucha más información sobre su dolor que, la intensidad cuando utilizan una escala de calificación de dolor¹⁷. La experiencia dolorosa es multidimensional con implicaciones fisiológicas, sensoriales, afectivas, cognoscitivas y socioculturales¹⁸. Existe evidencia que recomienda no usar la escala EVA como forma de medición única¹⁹.

Sin embargo, las enfermeras se intentan ceñir al valor numérico dado que las órdenes médicas de administración de analgesia, con frecuencia, se basan en tal cuantificación y, que, en la gráfica, el dolor solo puede registrarse en forma de valor numérico entre 0 y 10. De modo que, cuando no obtienen una puntuación, realizan una interpretación, traduciendo a un valor numérico, la descripción del paciente, los gestos o basándose en datos objetivos de constantes vitales. La valoración subjetiva por parte del profesional de enfermería también es descrita por otros autores que indican cómo, en ocasiones, se cataloga y/o sobreinterpreta el dolor del paciente, haciendo presunciones sobre la persona⁷.

Las entrevistadas manifiestan, a través de su discurso, “no poder estar en todo” y relacionan la carencia en la valoración del dolor y su registro, en ocasiones, con la falta de tiempo. Además, esto impide que el paciente pueda expresarse con tranquilidad⁷.

Las entrevistadas expresan variabilidad en el manejo del dolor por parte de los profesionales y exponen la necesidad de elaborar protocolos consensuados en la unidad y poner en marcha su utilización, siempre de forma adaptada a las características del paciente, tanto en la herramienta como en la periodicidad de su uso^{9,10}.

Con respecto a la formación, las participantes, muestran un gran interés por actualizarse, y seguir formándose. Esto es común a los resultados de otros estudios como Cordts et al, donde tratan de valorar las necesidades educativas del personal sanitario y aprecian que la formación es escasa, no formal y solicitada, tanto por el personal de enfermería, como por resto de profesionales involucrados en el manejo y tratamiento del dolor²⁰. Las intervenciones en programas de formación en dolor muestran una mejora significativa en los conocimientos y actitudes de los profesionales²¹.

Este estudio mejora nuestra comprensión sobre las experiencias en la valoración del dolor del paciente postoperado. Las participantes reflejan que, por las características del paciente, su comprensión de la escala puede verse dificultada. Hay que tener en cuenta también que, en nuestra cultura, se dan de forma repetida minusvaloraciones del dolor y queda poco reflejado. Ocasionalmente se ve infravalorado por la tolerancia autoimpuesta por la persona, la normalización del sufrimiento²² o por los pensamientos y prejuicios, tanto del paciente como del profesional⁸. Desgraciadamente, y pese a los avances clínicos, son muchos los pacientes que refieren no recibir una atención correcta por parte de los profesionales de la salud en cuanto al manejo de su dolor^{11,23}.

Los discursos de las participantes señalan que una información al paciente, previa a la cirugía, sobre cómo se valorará su dolor, pudiera ser útil para facilitar su comprensión en la sala de reanimación. Como indica de la Iglesia López, es fundamental mejorar los cuidados no solo postoperatorios, sino en el pre y perioperatorio²⁴. Otros estudios más recientes, como el de Lemay y colaboradores, también evidencian la relevancia de la educación preoperatoria sobre el manejo del dolor, siempre adecuándose y satisfaciendo las necesidades individuales de la persona²⁵.

Los pacientes necesitan tener conocimientos sobre las características del dolor agudo, las diferencias con su dolor habitual en caso de tenerlo, las escalas de valoración que se usarán durante el postoperatorio, las complicaciones desencadenadas por un mal control del dolor, y comprender la importancia de solicitar analgésicos en el momento adecuado⁴.

Tal vez fuera conveniente expresar el dolor con palabras y no con números por sus diferentes matices como recomiendan Clark et al⁷. Aunque esto no siempre es fácil, ya que los pacientes, tienen dificultades para valorar su dolor y habitualmente no disponen de un vocabulario preciso para describirlo^{7,8,10}, o el contexto no es propicio como ocurre en la unidad de reanimación.

Múltiples investigaciones han estudiado el dolor, sus causas, la importancia de su valoración y su tratamiento. Sin embargo, poco se ha abordado la percepción y actitud de los profesionales de enfermería en la valoración del dolor en su práctica diaria y con las herramientas de las que disponen. Esto es un interesante punto de reflexión de este trabajo.

Teniendo en cuenta la complejidad del fenómeno del dolor y la opinión encontrada entre los profesionales de enfermería con respecto a su manejo, serían interesantes nuevas líneas de investigación que aborden la puesta en práctica de herramientas más completas donde se refleje el fenómeno del dolor de forma más global.

Este estudio permite conocer las peculiaridades del dolor en el paciente postoperado y cómo los profesionales de enfermería se enfrentan a él y lo manejan. Conociendo las barreras en el uso de escalas de valoración podemos extraer información sobre como orientar a los pacientes en el preoperatorio acerca de cómo se valorará su dolor y la importancia que su discurso tendrá en la atención.

Limitaciones y puntos fuertes

La relación de la investigadora principal con el servicio y su dinámica le proporcionan una sensibilidad y reflexividad especial que facilitan empatizar con los informantes y el establecimiento de rapport. Sin embargo, esta misma familiaridad puede haber influido en la manera de elaborar las preguntas durante las entrevistas.

Hubiera sido interesante indagar con mayor profundidad en la importancia de la multidimensionalidad del dolor en nuestro contexto de estudio, para conocer cómo valoran los profesionales su aplicabilidad y qué repercusiones conllevaría este abordaje.

CONCLUSIONES

Se concluye que la escala EVA es una buena herramienta teniendo en cuenta que se adapta tanto a las órdenes médicas como al registro en la gráfica de seguimiento del paciente en la unidad. Sin embargo, tiene limitaciones específicas en el postoperatorio inmediato dadas las características del paciente, así como en pacientes con alteraciones cognitivas, deterioro mental o desorientación, siendo la desventaja más sobresaliente, la medición única de la dimensión intensidad.

Las enfermeras de la unidad de estudio no han manifestado como una limitación valorar únicamente la intensidad del dolor en el contexto del postoperatorio inmediato. Pese a las barreras encontradas, las profesionales encuentran las herramientas cuantitativas y ceñidas a la intensidad, las más adecuadas en su práctica diaria.

BIBLIOGRAFIA

- 1.IASP. International Association for the Study of Pain. Subcommittee on Taxonomy. Aug 7, 2019. <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=9218&navItemNumber=643>
- 2.Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Pain assessment and management standards-Hospitals. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. The official Handbook (CAMH). Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2001.
3. Serrano MS, Caballero J, Cañas A, García PL, Serrano C, Prieto J. Valoración del dolor (I). Rev Soc Esp Dolor. 2002;9:94-108.
- 4.Kaptain K, Bregnballe V, Dreyer P. Patient participation in postoperative pain assessment after spine surgery in a recovery unit. Kaptain. J Clin Nurs.2017; 26:19-20.
- 5.Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramirez Iñiguez de la Torre MV, Capdevilla García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor. 2018;25(4):228-236.
- 6.Diez Burón F, Marcos Vidal JM, Baticón Escudero PM, Montes Armenteros A, Bermejo López JC, Merino García M. Concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en el seguimiento del dolor agudo postoperatorio. Rev Esp Anestesiología Reanimación 2011;58:279-282.
- 7.Clarke A, Martin D, Jones D, Schofield P, Anthony G, McNamee P, et al. "I Try and Smile, I Try and Be Cheery, I Try Not to Be Pushy. I Try to Say 'I'm Here for Help' but I Leave Feeling... Worried": A Qualitative Study of Perceptions of Interactions with Health Professionals by Community-Based Older Adults with Chronic Pain. PLoS One. 2014;9(9):e105450.
- 8.Cedraschi C, Delézay S, Marty M, Berenbaum F, Bouhassira D, Henrotin Y, et al. "Let's talk about OA pain": a qualitative analysis of the perceptions of people suffering from OA. Towards the development of a specific pain OA-Related questionnaire, the Osteoarthritis Symptom Inventory Scale (OASIS). PLoS One. 2013; 8(11): e79988.

9. Yadollahi P, Taghizadeh Z, Ebadi A, Khormaei F, Development and Validation of the Perception of Labor Pain Questionnaire among Iranian Women. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2019;7(2):128–137.
10. D Ghio, W Thomson, R Calam, F Ulph, Baildam EM, Hyrich K. The prioritization of symptom beliefs over illness beliefs: The development and validation of the Pain Perception Questionnaire for Young People. *Br J Health Psychol*. 2018 Feb;23(1):68-87.
11. Pathmawathi S, Beng TS, Li LM, Rosli R, Sharwend S, Kavitha RR, Christopher BC. Satisfaction with and Perception of Pain Management among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A Qualitative Study. *Pain Manag Nurs*. 2015 Aug;16(4):552-60
12. Giorgi A. Concerning the application of phenomenology to caring research. *Scand J Caring Sci* 2000; 14: pp. 11-15.
13. Farley A., and McLafferty E.: An introduction to qualitative research concepts for nurses. *Prof Nurse* 2003; 19: pp. 159-163.
14. Walton J.A., and Madjar I.: Phenomenology and nursing. In Madjar I., and Walton J.A. (eds): *Nursing and the experience of illness*. London: Routledge, 1999. pp. 1-16.
15. Palacios-Ceña D, Corral Liria I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería . *Enferm Intensiva*. 2020;21(2):68-73.
16. Montes A, Arbonés E, Planas J, Muñoz E, Casamitjana M. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2008;2:75-82.
17. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs*. 2005;14(7):796-804.
18. Sitkin S, Ovenchkin A. Impact of analgesia on early postoperative period. *Regional anesthesia and pain medicine*. 2007;32:138.
19. Wewers ME, Lowe NK. A critical review of Visual Analogue Scales in the Measurement of Clinical Phenomena. *Res Nurs Health*. 1990;13:227-236.
20. Cords GA, Grant MS, Brandt LE, Mears SC. A qualitative and Quantitative Needs Assessment of pain management for Hospitalized Orthopedic Patients. *Orthopedics*. 2011;34(8):368-73.
21. McMillan SC, Tittle M, Hagan SJ, Small BJ. Training pain resource nurses: changes in their knowledge and attitudes. *Oncol Nurs Forum*. 2005;32:835-42.
22. Vaismoradi M, Skar L, Soderberg S, Bondas TE. Normalizing suffering: a meta-synthesis of experiences of and perspectives on pain and pain management in nursing homes. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 2016;11(1):31203
23. Brunkert T, Simon M, Haslbeck J, Zúñiga F. Who to Talk to About my Pain? A Brief Qualitative Study on Perception of Pain and its Management in Swiss Nursing Home Residents. *Pain Manag Nurs*. 2020;21(2):151-156.
24. De la Iglesia López A. Información y educación sobre dolor. Escalas de valoración. En: López Álvarez S, García Iglesias B. *Manual del dolor agudo postoperatorio*. Madrid: Abott; 2009.
25. Lemay CA, Saag KG, Franklin PD. A Qualitative Study of the Postoperative Pain Management Educational Needs of Total Joint Replacement Patients. *Pain Management Nursing*. 2019;20:34-351.

ANEXOS

Anexo I: Circuito de los pacientes quirúrgicos que participan en el Programa de Prehabilitación.

PRESENTACIÓN	
Importancia del dolor	¿Qué importancia le das al dolor en el paciente postoperado y por qué?
Escalas	¿Qué escala o escalas de valoración del dolor utilizas? ¿De qué material disponéis para administrar esta escala?
Protocolo	¿Podrías describir el protocolo que seguís en la unidad para la valoración y registro del dolor?
EVA/EVN como herramienta	¿Cómo se siente el paciente con el uso de la escala? ¿Cómo te sientes como profesional con el uso de la escala? ¿Cómo la consideras como herramienta para el tipo de unidad y tipo de paciente? ¿Qué hacéis en caso de no obtener una puntuación por parte del paciente?
Diferencias interprofesionales	¿Aprecias diferencias en la valoración entre los profesionales? Y si es así, ¿qué tipo de diferencias?
Registro	¿Cómo, cuándo y de qué forma se registra la constante dolor?
Barreras	¿Qué barreras encuentran las enfermeras en el uso de estas escalas desde tu punto de vista?
Posibles áreas de mejora	¿Cómo crees que podría mejorar la valoración y registro de la constante dolor?
Necesidades formativas	¿Consideras oportuno realizar formación sobre la valoración del dolor a las enfermeras de reanimación? ¿Qué tipo de formación?
Despedida, agradecimiento	¿Quieres añadir alguna cosa?

Prehabilitación: el papel de la enfermera de anestesia para optimizar los pacientes quirúrgicos

Prehabilitación: el papel de la enfermera de anestesia para optimizar los pacientes quirúrgicos

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº1 2020 / ISSN: 2529-9670

Cecilia Díez García, C.¹; Ibáñez Lujan, A.¹; Muñoz Albarracín, R.M.¹; Bello Sánchez, C.¹

1. Área Quirúrgica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. España.

Contacto: cdiez@santpau.cat

RESUMEN

Introducción: Los programas de Prehabilitación multimodal surgen como nuevo concepto de cuidados pre y postoperatorios con el objetivo de disminuir complicaciones postoperatorias. **Objetivo principal:** Evaluar la efectividad de un Programa Prehabilitación en la calidad física, psíquica y nutricional en pacientes quirúrgicos. **Metodología:** Estudio piloto, observacional, prospectivo con pacientes quirúrgicos, entre enero 2018 a junio 2019. Se programaron 2 visitas presenciales y seguimiento telefónico. Las variables de estudio fueron: capacidad funcional, cognitiva y nutricional y se pasaron diferentes test. **Resultados:** Se incluyeron 89 pacientes, 15% hombres, 85% mujeres. Cirugía Ginecológica 64; Cirugía General 11; Otorrinolaringología 4. Se incrementó la capacidad nutricional y cognitiva del paciente, mejoró su estado de ánimo y disminuyó la percepción de ansiedad. **Conclusiones:** En 4 semanas, los pacientes mejoraron levemente la capacidad funcional, aumentaron su percepción de salud y presentaron reducción del nivel de ansiedad. Sería conveniente incrementar el ejercicio físico. **Palabras clave (descriptor MeSH/DeSC):** prehabilitación, cuidados preoperatorios, enfermería.

ABSTRACT

Background: Multimodal prehabilitation programs emerge as a new concept of pre and postoperative care to reduce postoperative complications. **Objective:** To assess the effectiveness of a Prehabilitation Program in physical, psychic and nutritional quality in surgical patients. **Methods:** Pilot, observational, prospective study with surgical patients, between January 2018 and June 2019. 2 face-to-face visits and telephone follow-up had scheduled. The study variables were functional, cognitive and nutritional capacity and different tests was passed. **Results:** 89 patients had included: 15% men, 85% women. Gynaecological Surgery 64; General Surgery 11; Otorhinolaryngology 4. The patient's nutritional and cognitive capacity increased, his mood improved and his perception of anxiety decreased. **Conclusions:** In 4 weeks, the patients' slightly improved functional capacity increased their perception of health and presented a reduction in the level of anxiety. It would be convenient to increase physical exercise. **Keywords:** Prehabilitation, preoperative care, nurse.

INTRODUCCION

Los programas de Prehabilitación multimodal surgen como un nuevo concepto de cuidados pre y postoperatorios cuyo objetivo principal es la disminución de complicaciones postoperatorias y, en consecuencia, la reducción de la estancia hospitalaria. Comienzan en el mismo momento del diagnóstico y permiten reconocer las necesidades de cada paciente e individualizar su tratamiento antes, durante y después de la cirugía.¹

Los estudios realizados hasta el momento han demostrado una reducción significativa del número de complicaciones y de la morbi-mortalidad asociada en aquellos centros sanitarios en los que se han adoptado de manera rutinaria.^{1,2}

Los pilares básicos de estos programas son: información y educación preoperatoria de los pacientes, adecuada nutrición, realización de ejercicio físico regular adecuado a su capacidad y terapia de Mindfulness (conciencia plena). Así mismo, es muy importante el abandono del hábito tabáquico.³

El paciente participa activamente de los procedimientos con el fin de lograr su optimización, y es en la consulta preoperatoria donde las enfermeras de anestesia desempeñamos nuestra función dentro de este proceso de atención multidisciplinar.⁴

En el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, el servicio de Anestesiología junto con Enfermería Quirúrgica y de Anestesia y el servicio de Ginecología iniciaron el programa de Prehabilitación Trimodal a finales de enero de 2018.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad de un Programa Prehabilitación en la calidad física, psíquica y nutricional de los pacientes quirúrgicos.

MATERIAL Y METODO

Se ha diseñado un estudio piloto, observacional y prospectivo con el objetivo de evaluar la mejoría de la capacidad funcional de los pacientes quirúrgicos tras la intervención de la Unidad de Prehabilitación. Se trata de un estudio no aleatorizado siendo cada paciente su propio control.

Se analizaron los datos de 89 pacientes que se indicaron para cirugía oncológica, entre enero 2018 y febrero 2019, en el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau y que fueron incluidos en el programa de Prehabilitación.

Fueron evaluadas las capacidades funcional, nutricional y psicológica mediante la aplicación de test de valoración objetiva.

Evaluación funcional:

Escala de fragilidad-Clínical Fragility Scale.

Determina el estado de la reserva fisiológica y la vulnerabilidad a agentes estresores. Se clasifica para el paciente en nueve estadios dependiendo de su estado físico.

Test de la marcha de los 6 minutos.

Es una prueba de esfuerzo estandarizada que consiste en caminar por un pasillo a ritmo rápido durante 6 minutos. Valora la capacidad de esfuerzo reflejado por la distancia recorrida. (Fig.1)

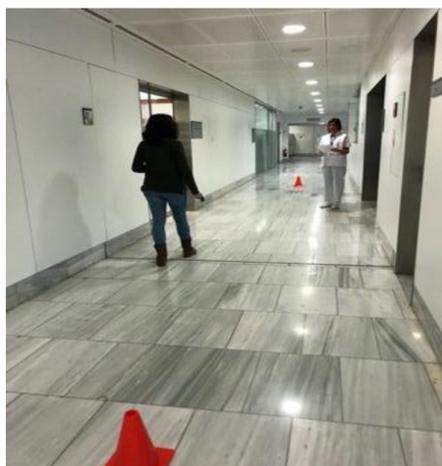


Fig. 1 Test de la marcha de los 6 minutos

Test sentarse y levantarse durante 30 segundos.

El paciente se sienta en medio de la silla

Coloca cada una de las manos en el hombro opuesto (cruzadas por las muñecas)

Mantiene los pies planos en el suelo

Mantiene la espalda recta y las manos en el pecho

Cuando se da la señal se pone completamente de pie, posteriormente se vuelve a sentar

Prueba de resistencia de fuerza de la mano.

Permite estimar la fuerza muscular tras presionar un dinamómetro. (Fig. 2)



Fig. 2 Prueba de resistencia de fuerza de la mano.

Evaluación Nutricional:

Se realizarán determinaciones analíticas y un test de riesgo nutricional (Test NRS 2002), para determinar si existe desnutrición y en qué grado. En función de los resultados se pautará, por parte de la nutricionista del equipo, dieta y/o suplementos nutricionales específicos teniendo en cuenta además las patologías crónicas del paciente (Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, etc.)

Todos los pacientes reciben consejo nutricional por parte de la enfermera, adaptado a las comorbilidades individuales. Se hace énfasis en una dieta hiperproteica, aumento del consumo de hierro y su óptima absorción.

Evaluación psicológica:

Se valorará mediante la realización de diferentes pruebas:

Test MAAS: mindfulness o atención plena.

Se suman las puntuaciones obtenidas en cada pregunta. Interpretación: a mayor puntuación, mayor habilidad para atención de manera plena y consciente. Las puntuaciones promedio de los participantes no clínicos suelen situarse en torno a los 65 puntos.

Test HAD: Hospital, Ansiedad y Depresión (auto administrado)

Este instrumento fue diseñado para detectar trastornos de ansiedad y depresión en servicios hospitalarios no psiquiátricos. Esta escala de cribado está formada por 14 ítems agrupados en dos subescalas con 7 ítems cada una, y con una respuesta tipo Likert entre 0 y 3. La subescala depresión está compuesta por ítems centrados en la anhedonia. La subescala ansiedad está compuesta por ítems centrados en manifestaciones psíquicas. La referencia temporal del instrumento es la semana anterior. Para su corrección, se obtienen puntuaciones diferentes para cada una de las subescalas. Los puntos de corte son 0-7: normalidad, 8-10: caso probable de ansiedad o depresión, 11-21: caso de ansiedad o depresión.

Test QIQ-C30: Percepción de salud.

Se suman las puntuaciones obtenidas en cada pregunta, 0-100. Interpretación: se ha de realizar de manera individual a partir de 60 puntos para valorar el significado.

Test DME: Detección de malestar emocional.

1ª variable ¿cómo se encuentra de ánimo, bien, regular, mal, o usted qué diría? Puntuación 0-10, mayor puntuación 10.

2ª variable ¿Cómo lleva esta situación? Puntuación 0-10, mayor puntuación 10. Entre 0 "no le cuesta nada" y 10 "le cuesta mucho".

Test SF 12: cuestionario de salud.

Permite conocer la percepción de estado de salud y las limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria. Consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36 Función Física (2), Función Social (1), Rol físico (2), Rol Emocional (2), Salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor corporal (1), Salud General (1). Se realiza un sumatorio de las puntuaciones obtenidas en las diferentes preguntas. Para facilitar la interpretación estas puntuaciones se estandarizan con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia. Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

(No valorado, se incorporó en febrero de 2019).

Se realizó una primera visita presencial en el que se aplicaron los test de funcionalidad, se realizó analítica sanguínea con perfil de prehabilitación (hemograma, hemostasia, estudio básico de anemia, glucosa,

hemoglobina glicosilada, urea, creatinina, ionograma, albúmina y troponina ultrasensible, transaminasas, pre albúmina, colesterol total) y se indicaron las actuaciones para optimizar la capacidad basal del paciente.

Todos los pacientes fueron derivados a fisioterapia, pero dependiendo de su perfil de fragilidad la indicación fue: fisioterapia hospitalaria o domiciliaria. En dichas sesiones se enseñaron ejercicios respiratorios indicados para el postoperatorio, ejercicios de flexibilidad, fuerza y entrenamiento de la capacidad aeróbica adaptados a cada paciente.

En todos los casos se realizaron sesiones grupales semanales de apoyo psicológico-terapia cognitiva con técnicas de Mindfulness.

También se hizo hincapié en la necesidad de abandono tabáquico siendo derivados a la consulta de deshabituación a los pacientes que así lo requirieran.

Después de la primera visita los pacientes fueron visitados por el Anestesiólogo quien realizó las valoraciones anestésicas preoperatorias.

Por parte de enfermería se realizaron controles telefónicos semanales con objetivo de comprobar la adherencia y cumplimiento de las recomendaciones impartidas. En ellos se preguntó sobre la duración del ejercicio físico diario, qué tipo de ejercicio realizaba; como era la alimentación, cuál era el peso para evitar pérdidas durante el preoperatorio, si tenía apetito; como era el sueño, si tenía dolor y el estado anímico que se encontraba el paciente. La duración de la llamada era de 10 minutos aproximadamente.

Finalmente se realizó un segundo control a las 4 semanas donde se repetían y reevaluaban los test y una segunda analítica Perfil Prehabilitación. En casos de pacientes muy frágiles se podría citar nuevamente a los 15 días.

En el presente estudio, se compara la situación basal del paciente, resultados de los diferentes test en la primera visita presencial realizada en la consulta de enfermería, con los resultados obtenidos en la segunda visita presencial tras 4 semanas de adherencia al programa de Prehabilitación (realización de ejercicios de fisioterapia, tonificación muscular, terapia de mindfulness, consejo nutricional y/o suplementos proteicos, etc).

El tiempo máximo del que se dispuso para trabajar preoperatoriamente fue de 5 semanas. El tiempo mínimo consensuado por el equipo fue de 3 semanas.

(Anexo I. Circuito de los pacientes quirúrgicos que participan en el Programa de Prehabilitación)

Análisis estadístico:

Las variables cuantitativas han sido expresadas en medias y desviación estándar. Las variables cualitativas han sido expresadas en porcentajes.

La relación entre las variables cualitativas se ha estudiado mediante comparación de frecuencia en tablas de contingencia y el análisis se ha realizado mediante pruebas de Chi cuadrado (test de McNemar)

La relación de variables cuantitativas se ha estudiado mediante comparación de medias y se ha analizado mediante estadístico de T student. Se ha establecido una significación estadística cuando la probabilidad de que el resultado se haya producido al azar sea inferior al 5% ($p < 0,05$).

Para el cálculo estadístico se ha utilizado como soporte el paquete de software informático PASW -SPSS versión 24.0.

RESULTADOS

Se han analizado los datos de 89 pacientes valorados en la unidad de Prehabilitación del Hospital de la Santa

Creu y Sant Pau de enero del 2018 a junio del 2019. Las características de estos pacientes se describen en la tabla 1. Fueron sometidos a Cirugía Ginecológica 64 pacientes, a Cirugía Abdominal 11 pacientes y a Cirugía de Cabeza y Cuello 4 pacientes. 14,6% (n=13) fueron hombres y 85,3% (n=76) fueron mujeres. La edad media es de 71 años (+/- 13,7 DE) y presentan una media de índice de masa corporal (IMC) de 28,5 (6,9) Kg/m.

		n	Min	Max	%	M	SD	Datos perdidos
Edad (años)		80	28	95		71,23	13,7	9
Sexo		89						
	Hombre	13			14,6			
	Mujer	76			85,3			
IMC(Kg/m2)		80	15,9	50,8		28,5	6,91	9
ASA	I	4			4,7			9
	II	38			44,2			
	III	34			39,5			
	IV	4			4,7			
Fragilidad	1	4			4,5			10
	2	25			29,1			
	3	23			26,7			
	4	20			23,3			
	5	5			5,8			
	6	1			1,2			
	7	1			1,2			
Tipo de tumor	Ginecológico	67			77,9			8
	Cabeza y cuello	4			4,7			
	Abdominal	10			11,6			

Tabla 1: Características de los pacientes en estudio n=89. Valores expresados en media y desviación estándar (M ±DS) o número de casos (n) y porcentaje (%).

Respecto al índice ASA, el 44% (n=38) de los pacientes fueron clasificados en ASA 2; el 39,5% (n=34) en ASA 3 y un 4,7 % en ASA 1 y en ASA 4 (n=8) respectivamente.

Un total de 29 pacientes no completaron el Programa de Prehabilitación por diferentes circunstancias. Son las siguientes: a 7 pacientes no se les proporcionó el test HAD, 7 pacientes no pudieron realizar el test funcional test de la marcha por patología cardíaca y enfermedad lateral amiotrofica (ELA), 9 pacientes se intervinieron antes de las 4 semanas de duración del programa, 3 pacientes por falta de recursos de personal de enfermería, 2 pacientes se cambio el tratamiento y ya no cumplían criterio quirúrgico.

Se realizó a todos los pacientes el test de fragilidad clasificándose por categorías tal como aparece en la figura 3.

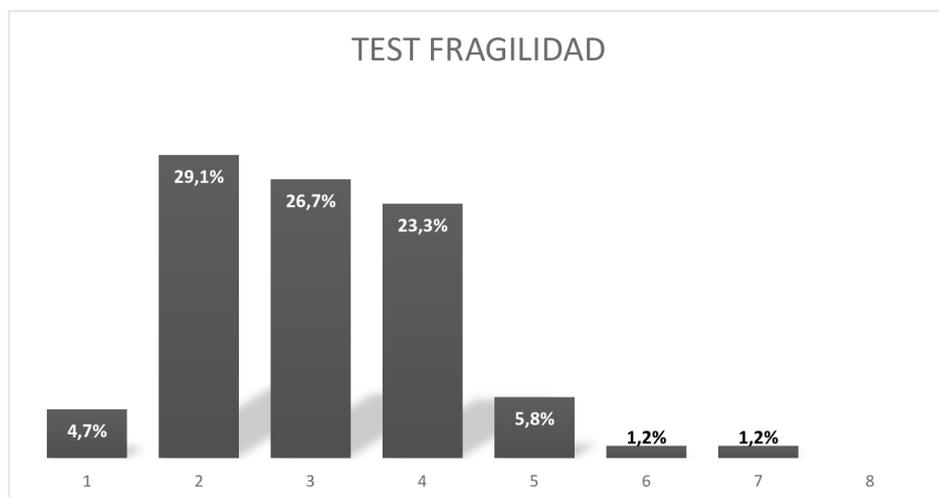


Fig. 3 Clasificación de los pacientes según fragilidad.

Los resultados de los diferentes test funcionales y psicológicos se resumen en la tabla 2.

TEST	N	PRE INTERVENCION	POST INTERVENCION	P
TEST FUNCIONAL				
TM6M (m) ¹	44	393	403	0,283
Sentarse levantarse (nº de veces) ²	50	11,34	11,76	0,281
TEST PSICOLÓGICO				
MASS (puntuación) ³	46	72,09	69,48	0,342
HAD ANSIEDAD (puntuación) ⁴	68	7,59	5,26	<0,001
HAD DEPRESION (puntuación) ⁵	44	6,39	3,80	<0,001
DME(1)	46	5,89	5,72	0,783
DME(2) (puntuación) ⁶	23	7,74	5,09	0,001
QLC (puntuación) ⁷	22	45	40	0,036

Tabla 2: Resumen resultados test funcionales y psicológicos.

1TM6M. Test de la marcha de los 6 minutos. Calculo en m recorridos.

2Sentarse levantarse. Test de levantarse-Sentarse. Nº de veces.

3MASS. Test de mindfulness o atención plena. Puntuación.

4,5HAD. Test Hospital, Ansiedad y Depresión (auto administrado). Puntuación.

6 DME. Test Detección de malestar emocional. Puntuación.

7 Test QIQ-C30. Percepción de salud. Puntuación.

Hubo una mejoría en la capacidad funcional de los pacientes con un aumento medio de 10 m en el test de la marcha, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,283$).

No hubo diferencias en el test de levantarse/sentarse .

Hubo una mejoría significativa en los test detección de ansiedad y depresión HAD ($p<0,001$).

No hubo diferencias significativas en la percepción del estado de ánimo, aunque si la hubo en la percepción de la capacidad de superación de la situación con una disminución media de 2,65 puntos en el test de DME² ($p=0,001$).

En cuanto al test de percepción de salud QLC¹ se aprecia una mejoría significativa media de 5 puntos ($p=0,036$).

Hay una mejoría significativa del porcentaje de pacientes en riesgo nutricional tras la intervención

prehabilitadora en un 19,8%, respecto a los que han empeorado, con un 4,4 % ($p=0,012$). Resultados del diseño cruzado del Análisis test NRS 2002 (tabla 3)

		NRS 2		Total	
		Negativo	Positivo		
NRS 1	Negativo	Recuento	53	4	57
		% del total	65.4%	4.9%	70.4%
	Positivo	Recuento	16	8	24
		% del total	19.8%	9.9%	29.6%
Total		Recuento	69	12	81
		% del total	85.2%	14.8%	100.0%

Tabla 3: Resultados del diseño cruzado del Análisis test NRS 2002

DISCUSION

La estrategia multimodal persigue la reducción de las complicaciones postoperatorias y el estrés quirúrgico responsables de la aparición de disfunción orgánica.^{2,5}

Los pacientes incluidos en el programa aumentaron ligeramente la capacidad funcional, lo cual nos hace presuponer que el ejercicio realizado por parte del paciente no fue suficiente y que deberíamos aumentar las semanas de ejercicio físico.

Por otro lado, el programa de Prehabilitación es una oportunidad para cambios a largo plazo en el estilo de vida del paciente. El preoperatorio puede ser un momento de enseñanza ya que deteriora la salud, que normalmente se percibe como una barrera para el ejercicio. Puede ser aprovechado para motivar a las personas a adoptar estilos de vida más saludables. Las enfermeras tienen un papel importante que desempeñar a través del vínculo que se establece con el paciente.⁴

La intervención de la Unidad de Prehabilitación ha supuesto una mejoría global en el estado nutricional en los pacientes incluidos. En nuestra serie existe una variación del riesgo nutricional en un 25% de los pacientes. Si bien el 20% corresponde a dejar de formar parte de un grupo de riesgo nutricional, el 5% restante son pacientes sin riesgo inicial que sí lo presentan al fin del estudio, hecho atribuible a la evolución natural de la patología oncológica.

Al finalizar las 4 semanas de participación en el programa, los pacientes positivaron su percepción de salud, y disminuyeron su nivel de ansiedad mejorando su estado de ánimo tras participar en la terapia de Mindfulness.

Por otro lado, al instaurar este programa en nuestro hospital se ha conseguido: controlar mejor a los pacientes quirúrgicos de mayor comorbilidad, ya que se lleva a cabo un control estricto y directo de éstos durante todo el preoperatorio.

Además, se han mejorado y creado nuevos circuitos intrahospitalarios de derivación de estos pacientes como por ejemplo un circuito intrahospitalario para pacientes con anemia ferropénica.

También se ha desarrollado una mayor comunicación entre los profesionales del equipo multidisciplinar que forman parte del programa de Prehabilitación que representa un factor de gran importancia para proporcionar los cuidados que los pacientes necesitan preoperatoriamente.

Actualmente, una de las estrategias de futuro que se plantea es desarrollar el programa en el transcurso del postoperatorio ya que en algunos casos estamos volviendo a prehabilitar pacientes con recidivas.

Finalmente, el programa pone de manifiesto que el éxito no sólo se debe a la valoración integral y la actuación individualizada sobre cada paciente, sino sobretodo a que el paciente se ha sentido bien informado y ha sido participe de la toma de decisiones en su proceso asistencial. El empoderamiento del paciente es esencial para conseguir unos mejores resultados.

CONCLUSIONES

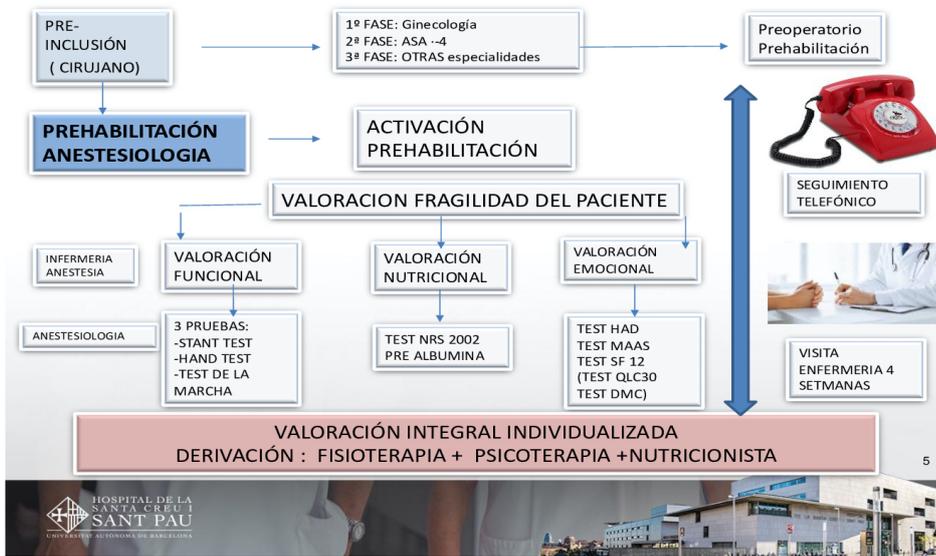
La intervención de las Unidades de Prehabilitación multimodal supone una mejoría de las capacidades cognitivas y estado nutricional de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía oncológica.

BIBLIOGRAFIA

1. Engelman D T, MD; Ali WB, MD; Williams JB, MD, MHS; Louis P. Perrault LP, MD, PhD; Reddy VS, MD; Arora, RC , et al. Guidelines for Perioperative Care in Cardiac Surgery Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations. *JAMA Surgery* 2008, 207 (5); 698-704. *J Am Coll Surg* ?2008, 207(5);698-704.
2. Mayo NE1, Feldman L, Scott S, Zavorsky G, Kim DJ, Charlebois P, Stein B, Carli F. Impact of preoperative change in physical function on postoperative recovery: argument supporting prehabilitation for colorectal surgery. *Surgery*. 2011 Sep; 150(3):505-14.
3. Carli F, Charlebois P, Stein B, Feldman L, Zavorsky G, Kim DJ, et al. Randomized clinical trial of prehabilitation in colorectal surgery. *BJS*. 2010; 97: 1187-1197.
4. Wynter-BlythV, Moorthy K. Prehabilitation: preparing patients for surgery. *BMJ* 2017 Aug; 8 358:j3702 doi: 10.1136/bmj.j3702.
5. Wilson RJT, Davies S, Yates D, Redman J, Stone M. Impaired functional capacity is associated with all-cause mortality after major elective intraabdominal surgery. *Br J Anaesth*. 2010; 105: 297-303.

ANEXOS

Anexo I: Circuito de los pacientes quirúrgicos que participan en el Programa de Prehabilitación.



Influencia del procedimiento anestésico empleado sobre el gasto de material fungible en el Complejo Asistencial Universitario de León

Influencia del procedimiento anestésico empleado sobre el gasto de material fungible en el Complejo Asistencial Universitario de León

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº1 2020 / ISSN: 2529-9670

De Mena Mogrobejo, M.A.¹; Ferrer Cerón, S.²; García Fernández, M.L.²; Jorquera Plaza, F.³; Díez González M.C.⁴.

1. Enfermero de Anestesia, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.
2. Anestesiista, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España
3. Digestólogo, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.
4. Enfermera de Quirófano, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Contacto: miguelangel.demena@gmail.com

RESUMEN

Objetivo principal: Valorar que factores influyen en el gasto del material fungible en el procedimiento anestésico que se emplea en cada intervención. **Metodología:** Es un estudio prospectivo, observacional y descriptivo, en el que se recogió información sobre los materiales fungibles utilizados durante el proceso anestésico. **Resultados principales:** el gasto de material fungible es diferente dependiendo del lugar de especialización, siendo los/as anestesiistas menores de 35 a los que mas gastan. Sobre el "Gasto Total" no influye el tipo de intervención. El mayor gasto de material fungible se realiza en el "Grupo de Monitorización". **Conclusión principal:** La utilización de material fungible está sometida a la variabilidad individual de los profesionales que intervienen en el procedimiento anestésico, independientemente del tipo de intervención. **Palabras clave (descriptores MeSH/DeSC):** anestesia, gasto, material fungible, proceso anestésico, procedimiento anestésico.

ABSTRACT

Main objective: To assess what factors influence the expense of fungible material in the anesthetic procedure used in each intervention. **Methodology:** It is a prospective, observational and descriptive study, in which information was collected on the fungible materials used during the anesthetic process. **Main results:** the expense of fungible material is different depending on the place of specialization, with anesthetists under 35 being the ones who spend the most. The type of intervention does not influence the "Total Expense". The highest expendable material expense is made in the "Monitoring Group". **Main conclusion:** The use of fungible material is subject to the individual variability of the professionals involved in the anesthetic procedure, regardless of the type of intervention.

Keywords: anesthesia, expense, fungible material, anesthetic process, anesthetic procedure.

INTRODUCCION

En el Complejo Asistencial Universitario de León (C.A.U.L.E.), como en otros hospitales, se usan diferentes procedimientos anestésicos en intervenciones similares. Esto quiere decir que, ante un mismo tipo de intervención, el tiempo de anestesia, y material fungible empleado para su inducción y mantenimiento son muy diferentes. Ante la variabilidad detectada nos planteamos diseñar algún tipo de intervención para que el gasto en los diferentes procesos anestésicos fuera mas homogéneo¹ y que no dependa tanto de los profesionales que realizan el procedimiento anestésico² si no que dependa más de los factores intrínsecos del paciente.

Y es que estos procedimientos anestésicos han demostrado su eficacia y seguridad. Pero ¿cuáles son las razones de esta variabilidad? En principio son debidas a causas en las que no podemos influir, inalterables, como el tipo de paciente o de intervención, disponibilidad en el centro de fármacos y fungible y, por otra parte, a otras en las que si podíamos actuar, como podrían ser las costumbres o formación de los profesionales entre otras, que intervienen en dicho procedimiento³.

Para llevar a cabo las diferentes intervenciones que se realizan a diario en nuestros hospitales, se usan múltiples procedimientos anestésicos que dependen del criterio del anestesista. Esto hace que, para una misma intervención, la anestesia empleada, así como las diversas técnicas que se puedan utilizar para su mantenimiento (punción arterial, punción venosa periférica o central, monitorización de constantes, nivel de profundidad anestésica, nivel de relajación, etc.) sean muy heterogéneas. Esto hace que el gasto de material fungible empleado en cada intervención sea muy dispar.

Partiendo de esta base, hemos realizado un estudio en el que se contabiliza la cantidad y precio del material fungible empleado, dividido en varios grupos. Se han valorado las distintas variables registradas del paciente, del anestesista, así como el tiempo del procedimiento, tipo de anestesia y tipo de intervención.

Antes de continuar, debemos de aclarar algunos los conceptos a los que nos referimos en el artículo:

- Proceso anestésico: fase preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria.
- Procedimiento anestésico: las técnicas que utiliza cada anestesista para realizar el proceso anestésico.
- Material fungible o desechable: aquel material de uso habitual, que solo se utiliza una vez o de duración corta en el tiempo por su uso.

Decir también que se realizo una búsqueda bibliográfica con las Palabras Clave del estudio en bases de datos como Google Académico, PubMed, Scielo y Cuiden

OBJETIVO

Valorar que factores influyen en el gasto del material fungible en el procedimiento anestésico que se utiliza en cada intervención.

Contabilizar la cantidad y precio del material empleado para cada procedimiento

Mediante este estudio de Investigación en Salud, se pretende contabilizar la cantidad y precio del material empleado dividido en cinco grupos, valorar las distintas variables registradas del paciente y del anestesista, así como el tiempo del procedimiento y el tipo de anestesia.

MATERIAL Y METODO

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de León. Forma parte de otro mas amplio titulado “Análisis del uso de los diferentes procedimientos anestésicos en el C.A.U.L.E.”.

Es un estudio prospectivo, observacional y descriptivo. Se diseño un instrumento para la recogida de datos “Formulario de recogida de datos” (Anexo I), de 51 ítems y de elaboración propia, en el que se seleccionaron múltiples variables como los materiales fungibles utilizados durante el proceso anestésico (cantidad y precio dividido en 5 grupos), variables del paciente, sobre algunas variables que presentan los/as anestesistas (edad, lugar de formación, etc.), tipo de intervención, tiempo del procedimiento, especialidad, tipo de anestesia, etc.

Los materiales fungibles se dividieron en 5 grupos: Monitorización, Ventilación, Vías y sondas, Material para la Administración de Medicación y Otro Material

Los datos recogidos, que figuran en el “Formulario de recogida de datos”, los recolectaron las anestesistas y enfermeras autoras de este estudio, además de otras enfermeras colaboradoras.

El “Formulario de recogida de datos” se cumplimento en los 177 procesos anestésicos que surgieron durante los meses de febrero y marzo de 2017 (del 1 de febrero al 17 de marzo). Se recogieron en todos pacientes de forma consecutiva de los seis quirófanos donde realizan su trabajo los profesionales que participaron. Estos pacientes fueron intervenidos de patología relacionada con nueve especialidades: Neurocirugía, Traumatología, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Vascular, Ginecología, Urología, Cirugía Plástica, Otorrinolaringología y Cirugía General. Ningún proceso se excluyó del estudio.

El tipo de intervención se catalogó dependiendo del grupo anestésico en que estuviera enmarcada (grupos del 1 al 6), siguiendo el criterio de la Clasificación Terminológica y Codificación de Actos y Técnicas Medicas de la Organización Medico Colegial⁴.

Como ya hemos dicho, por cada intervención se realizó un “Formulario de toma de datos” (Anexo I) y la información se traslado a una base de datos en formato Excel (Anexo II), que como se puede comprobar, hay mas ítems que en el Anexo I: estos fueron recogidos solamente por uno de los autores para que en la ficha no figuren filiaciones que pudieran identificar a anestesistas o pacientes y proteger así su anonimato. En definitiva, el estudio consta de 51 ítems y todos los casos recopilados fueron validos ya que tenían recogidos mas del 95 % de los ítems solicitados.

La información recogida se analizo utilizando el programa SPSS bajo Windows VS 20. 0.

RESULTADOS

De los 177 pacientes del estudio, 100 fueron mujeres y 77 varones (Fig. 1), con una edad entre 18 años y 93 años y una edad media de 59,4 años.

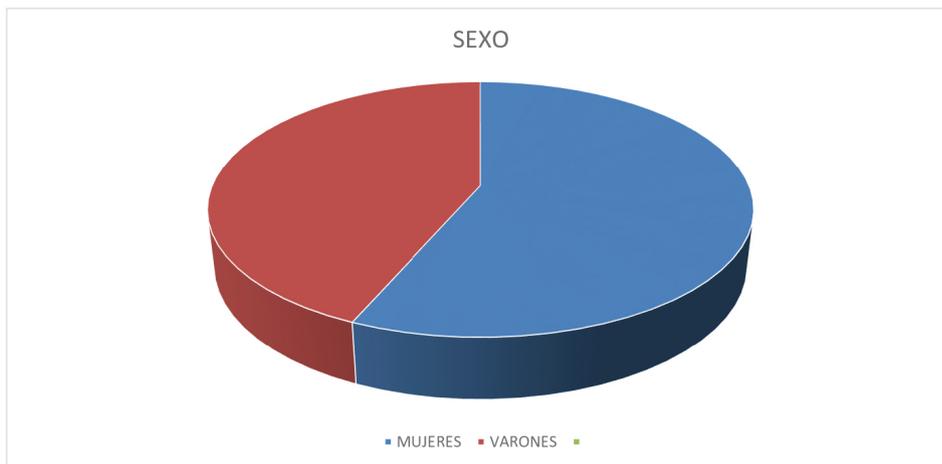


Fig. 1 Clasificación por sexo

Según la especialidad, se realizaron 13 intervenciones de Cirugía Plástica, 18 de Cirugía Vasculat, 20 de Cirugía General, 25 de Neurocirugía, 28 de Urología, 50 de Traumatología, 6 de Cirugía Maxilofacial, 12 de Otorrinolaringología y 5 de Ginecología (Fig. 2).

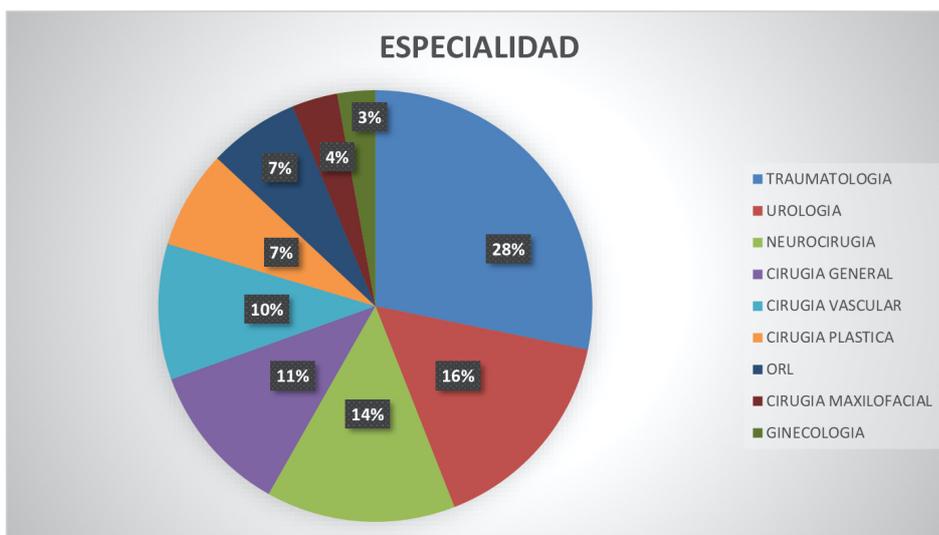


Fig. 2 Clasificación por especialidad

El grupo de material fungible en el que se produjo más gasto fue el de "monitorización", con 23,11 €/intervención. El 77% del gasto total se debe al consumo de los sensores de SatO2 y de índice bispectral (BIS)5. El de menos gasto fue "otro material", con 0,91 €/intervención (Tabla 1).

MATERIAL FUNGIBLE	GASTO TOTAL	GASTO MEDIO/INTERVENCION	PRODUCTO DE GASTO
MONITORIZACION	4.090,47 €	23,11 €	BIS
VENTILACION	1.342,38 €	7,50 €	MASC LARINGEA
VIAS Y SONDAS	1.553,30 €	8,78 €	CATETER ARTERIAL
MAT ADM MED	1.523,78 €	8,51 €	EQUIPO BOMBA
OTRO MATERIAL	161,26 €	0,90 €	COMPRESA QUIR

Tabla 1. Gastos

El gasto total medio de material fungible por procedimiento fue de 48,80 €/intervención.

Es significativo el gasto en "otro material" ($p= 0,012$), gastando el doble los anestesistas, aunque solo sean el 28,5%. Las anestesistas sobresalen en el tiempo de intervención y gastan casi el doble en "monitorización". En el resto de los grupos no es significativo.

Respecto al tipo de intervención, es normal que sea significativo en el resto de los grupos por la gran diferencia que existe entre los grupos anestésicos.

El grupo de anestesia con más procedimientos fue el grupo 3 con un 34,46 % seguido del grupo 5 con el 29,38 % y además fueron los que más gasto realizaron y en ese orden: el 55 % del total.

Participaron 25 anestesistas del sexo femenino y 10 del masculino, alguno en varios procedimientos: en 137 casos participaron anestesistas de sexo femenino y en los 40 casos restantes, de sexo masculino (Tabla 2).

ANESTESISTAS	PARTICIPANTES	NUMERO DE ANESTESIAS REALIZADAS
MUJERES	25	137
HOMBRES	10	40

Tabla 2. Participación

Respecto a los/as anestesistas, decir que tenían una edad menor a 50 años el 85,70 %. Y con respecto a la edad, vemos que los que mas gasto realizaron a nivel general son los menores de 35 años y los que menos, los mayores de 50 años. Donde mas sobresalen es en "monitorización", gastando mas del doble que los mayores de 50 años. En "ventilación" gastan mas lo/as que se encuentran entre 35 y 50 años.

Hay que apuntar que, aunque son el 3,3 % los/as anestesistas que realizaron la especialidad en Navarra, son los/as que mas gasto total realizaron, el 40 % del total. Los/as menos consumen son los/las que se formaron en Cantabria, que, a pesar de ser el 22 % del total, solo consumen el 17 %. Los/as que hicieron la especialidad en León, el 57,14 %, consumen el 20 % estando solo por detrás de Navarra.

CONCLUSIONES

Dependiendo de donde se haya hecho la especialidad el/la anestesista, el gasto de material fungible es

diferente por lo que la formación del profesional es una variable que influye en el gasto.

La edad que tiene el/la anestesista influye en el gasto: cuanto mas edad, menos gasto, gastando mas los menores de 35 años.

El "Gasto total" parece no depender del "Grupo Anestésico", o sea, del tipo de intervención, ya que el gasto fue mayor en el grupo 3 que en el 5 aunque este sea de mayor complejidad.

El mayor gasto de material fungible es el del "Grupo de Monitorización", y dentro de este, con mas del 77% del total, el gasto en la monitorización de la Saturación de O2 y el BIS.

El análisis de los datos nos confirma que la utilización de material fungible está sometida a la variabilidad individual del profesional o profesionales que intervienen en el procedimiento anestésico, independientemente del tipo de intervención

DISCUSION

Los resultados del estudio nos sugieren que un área de mejora a proponer es el diseño de un Protocolo de Utilización del Material Fungible para que la variable dependiente del profesional no influya o su influencia sea menor en el consumo, gasto, tiempo de quirófano, por que:

Un porcentaje elevado de esa variabilidad se debe a que, al disponer de material fungible abundante, múltiple y sin ningún tipo de control sobre su uso, se utiliza de forma indiscriminada, sin un criterio clínico claro, consensuado y real.

Si no se realiza un protocolo, cada vez se incrementará mas el gasto, ya que los profesionales mas jóvenes son los que mas gastan y son los que van a formar a los/as futuros/as anestesistas.

En el ahorro y uso adecuado de los medios (material, fármacos, etc.), se debe de implicar a todo el personal del área quirúrgica (médicos, enfermeras, TCAEs, celadores, etc.) para evitar gastos inútiles. Todos tienen que participar en la toma de decisiones para estimular el ahorro de manera continua, no solo en un momento temporal ni en un material determinado.

Aunque nos pueda parecer un gasto pequeño por intervención, hay que tener en cuenta que se realizan miles de intervenciones al año y además hay que añadir el gasto de personal que lleva asociado.

Para finalizar, con este estudio queremos animar a que se realicen mas estudios relacionados con el consumo de material puesto que se detectan muy pocos en las búsquedas bibliográficas.

BIBLIOGRAFIA

1. López Álvarez S. Practica anestésica y contención de gastos. Cir May Amb 2013; 18 (2): 73-74.
2. Wax Db, Schaecter J. Cost awareness among anesthesia practitioners at one institution. J Clin Anesth. 2009; 21: 540-50.
3. de Mena Mogrobejo MA, Suarez García C, Franco Navarro M, Diez González MC, Lozano Valbuena AB, Jorquera Plaza F. Influencia del Procedimiento anestésico empleado sobre el gasto de material fungible en el C.A.U.L.E. Estudio Preliminar. Publicación digital con número de Registro ISBN: 978-84-697-3984-6.
4. Clasificación Terminológica y Codificación de Actos y Técnicas Medicas por Grupos de Anestesia Reanimación y Terapéutica del Dolor. Organización medico colegial. 2017; 41-126.

DATOS PACIENTE										DATOS ANESTESISTA					TIPO ANEST		MONITORIZACION										
ANEJO II				H-1 V=0		ANEJO III				T1=SI D=NO																	
Fecha de Interv	HP Paciente	QUIR	Especia- lidad	Tipo Interv	Sexo	Edad	Espec en Leon	Comunidad Espec	Anest	T1 minut anestesia	Anest General	Sensor Pulsi	TA Incruenta	BIS	TDF	Sonda T1	Desfibr- lador	Monit Hemodi	Monit Flujo C								
VENTILACION					VIAS Y SONDAS					MAT ADMINISTRACION MEDICACION					OTRO MATERIAL												
Pre ventilación	Masc Guedel	Laring TDI	Cácula Traqueo	Venti- max	Gafis O2	Filtro Resp	Va Perf	Va C Perf	Va C Inter	Va Arterial	Equipo Arteria	Sonda Mescal	SNG	Sonda Aspir	Línea Aspir	Bolsa Aspir	Equipo Bomba	Equipo Suero	Uave 3 via	Alargo dera	Jeringas	Agujas	Gasa	Com- presas	Guantes Entrefiles	Apósito CVP	Apósito CVC

Cuidados de enfermería en la paciente intervenida de cirugía de cáncer de mama.

Cuidados de enfermería en la paciente intervenida de cirugía de cáncer de mama.

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº1 2020 / ISSN: 2529-9670

Orvay Vázquez, E.¹; Pol Castañeda, S.²; Castaño Bartolomé, L.¹

1. Enfermera, Unidad oncología-ginecología, Hospital Universitario Son Espases, Mallorca, España.

2. Enfermera, Hospital Son Llätzer, Mallorca, España.

Contacto: elenaorvay@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Se calcula que una de cada ocho mujeres españolas tendrá cáncer de mama en algún momento de su vida, el tumor maligno más frecuente en la población femenina en todo el mundo. La mayoría de estas mujeres se someterá a un proceso quirúrgico, ya sea como parte del diagnóstico, del tratamiento o como medida paliativa. Durante el ingreso hospitalario para la cirugía, las pacientes son atendidas por múltiples profesionales de enfermería, lo que implica una heterogeneidad de cuidados sino existe una estandarización de los mismos. **Objetivo:** Elaborar un plan de cuidados en las pacientes intervenidas de cirugía de cáncer de mama. **Metodología:** Búsqueda bibliográfica en Pubmed, Cinhal, Cuiden. Taxonomía NIC, NOC, NANDA. **Resultados:** se crea un protocolo de cuidados de enfermería con base a la NANDA, NOC y NIC. **Conclusiones:** La elaboración de un plan de cuidados estandarizado disminuye la variabilidad de cuidados en las pacientes intervenidas de cirugía de cáncer de mama. **Palabras clave (descriptores MeSH/DeSC):** Cáncer de mama, cirugía, enfermería;

ABSTRACT

Introduction: One in eight Spanish women will have breast cancer at some point in their life, the most frequent malignant tumor in the female population worldwide. Most of these women will undergo surgery, either as part of the diagnosis, treatment or as a palliative measure. During hospital admission for surgery, patients are cared by multiple nursing professionals. This implies an heterogeneity of care because there is no standardization of care. **Objective:** To elaborate a care plan for patients undergoing breast cancer surgery. **Methods:** Bibliographic research in Pubmed, Cinhal, Cuiden. Taxonomy NANDA, NOC, NIC. Results: A nursing care protocol is created based on NANDA, NOC and NIC. Conclusions: The development of a standardized care plan reduces the variability of care in patients undergoing breast cancer surgery. **Keywords:** Breast cancer, surgery, nursing.

INTRODUCCION

El cáncer de mama (CM) consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. Pueden diseminarse a través del torrente sanguíneo o de los vasos linfáticos, llegando a otras partes del cuerpo, pudiendo adherirse a los

tejidos y crecer formando metástasis¹.

Se calcula que una de cada ocho mujeres españolas tendrá CM en algún momento de su vida, el tumor maligno más frecuente en la población femenina en todo el mundo. En 2019 se registraron en España 33315 casos nuevos de CM en mujeres, de los cuales 735 se corresponden a Baleares. Para este año 2020, se estima que la incidencia en Baleares de cáncer de mama será de 775 nuevos casos en mujeres en el archipiélago².

La mayoría de estas mujeres se someterá a un proceso quirúrgico, ya sea como parte del diagnóstico, del tratamiento o como medida paliativa. En el Hospital Universitario Son Espases (HUSE) de Palma de Mallorca, se realizaron 338 cirugías relacionadas con CM sólo en el año 2018.

Actualmente, no existe un protocolo validado en el HUSE para los cuidados de enfermería que deben recibir estas usuarias durante el proceso de hospitalización perquirúrgico.

El uso estandarizado de planes de cuidados se ha relacionado con un aumento de la calidad asistencial, siendo las enfermeras la primera línea de atención y por tanto responsables de proporcionarlo³.

OBJETIVOS

General: Elaborar un plan de cuidados estandarizado para las pacientes que se realizan cirugía de CM.

Específicos:

1. Desarrollar los principales diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA.
2. Definir los objetivos para la correcta recuperación tras la cirugía según la taxonomía NOC
3. Describir las actividades de enfermería en la atención previa y posterior a la cirugía según la taxonomía NIC

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía disponible en CUIDEN, CINAHL y PUBMED. En cada una se han utilizado las herramientas de búsqueda avanzada y su funcionalidad para realizar la búsqueda mediante los Descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (términos MeSH) en el caso de Pubmed.

Base de datos o metabuscador	Combinación booleana	Estudios obtenidos tras aplicar los filtros filtros iniciales (publicación < 10 años, años, inglés y español y español y límites humanos)	Estudios seleccionados tras la lectura crítica
Cuiden Plus	cirugía AND cancer AND AND mama	8	5
Cinhal (inglés)	cancer AND surgery AND AND nurse	63	4
Cinhal (español)	cáncer de mama AND cirugía AND enfermería enfermería	2	1
Pubmed	cáncer de mama AND cirugía AND enfermería enfermería	2	1
TOTAL		95	14

Tabla 1: estrategia de búsqueda bibliográfica

Se obtuvieron un total de 14 artículos relacionados con el objeto del procedimiento, tras aplicar la estrategia de búsqueda (tabla 1) y tras eliminación de duplicados. Para realizar el plan de cuidados se utiliza la taxonomía NANDA-NIC y NOC⁴.

PLAN DE CUIDADOS

En el protocolo de cuidados de enfermería de las pacientes intervenidas de cirugía de CM, en el que se incluye las actividades a realizar por parte de las enfermeras y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), consta de un glosario de términos de las diferentes cirugías para el diagnóstico o tratamiento del CM, un plan de cuidados según la taxonomía vigente de NANDA, NIC y NOC, y el desarrollo del proceso.

Glosario de términos

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS DEL CM:

1. Citología: secreción por pezón, punción aspiración con aguja fina (PAAF) de lesiones quísticas y sólidas.
2. Biopsias diagnósticas: biopsias con aguja o biopsias incisionales:
 - a. Biopsia con aguja gruesa (BAG): Consiste en la obtención transcutánea de tejido mamario que son procesados con técnica histológica convencional. Evita la cirugía abierta para el diagnóstico de patología benigna y permite el diagnóstico de malignidad para una gran mayoría de los casos.
 - b. Biopsia con aguja asistida por vacío (BAV): permite la obtención de mayor cantidad de tejido, indicada especialmente en la valoración de microcalcificaciones, se utiliza en lesiones histológicamente complejas, distorsiones de la arquitectura y lesiones quísticas complejas.
3. Biopsias escisionales/piezas de extirpación y/o biopsia intraoperatoria: permite confirmar el diagnóstico in situ y realizar estadificación tumoral, factores pronósticos y predictivos.

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS DEL CM:

1. Mastectomía: tratamiento quirúrgico locorregional de la mama o mamas afectadas mediante la extirpación de la glándula mamaria, piel, complejo areola-pezón y todo el tejido glandular mamario. Tipos:
 - a. Mastectomía radical; incluye todo el tejido mamario, el músculo pectoral mayor y menor, además del vaciamiento de los ganglios linfáticos axilares.
 - b. Mastectomía radical modificada; incluye la fascia del pectoral mayor y disección baja de los ganglios axilares.
 - c. Mastectomía ahorradora de piel; es la de elección en las pacientes que desean una reconstrucción posterior o inmediata.
2. Cirugía conservadora de mama (CCM): consiste en la escisión quirúrgica del tumor con una pequeña cantidad de tejido sano. Tipos:
 - a. Tumorectomía; permite la escisión con margen de seguridad.
 - b. Segmentectomía; extirpación amplia de un segmento mamario.
 - c. Cuadrantectomía; extirpación de un cuadrante de la mama.
 - d. Cirugía oncoplástica: tumorectomía amplia, exéresis del tejido proximal y simetrización contralateral.
3. Reconstrucción mamaria:
 - a. Según el momento; se pueden clasificar en
 - i. Inmediata: En el momento de la mastectomía. En pacientes que recibirán radioterapia postoperatoria sólo puede realizarse si la reconstrucción es autóloga, en caso de

- prótesis deberá ser diferida.
- ii. Diferida: Una vez finalizado el tratamiento.
- b. Según la técnica de reconstrucción;
- i. Con implantes: utilización de un implante protésico.
 - ii. Con tejido autólogo: el colgajo musculocutáneo de recto del abdomen o músculo dorsal ancho, permite reconstruir un volumen mamario sin prótesis, de forma más natural, a partir de los tejidos cutáneos adiposos infraumbilicales.
 - iii. Con tejido autólogo y prótesis: cuando la piel y/o tejidos blandos restantes no bastan, suele tener que utilizarse un colgajo musculocutáneo de dorsal ancho que se asocia habitualmente a una prótesis porque aun así no es suficiente para proporcionar un volumen considerable.
 - iv. Lipofilling: se extrae grasa sobrante de algunas zonas del cuerpo de la paciente y se injerta en la mama deseada.

Cuidados según la taxonomía NANDA.

Ordenados según las necesidades de Virginia Henderson. Se adjuntan en tabla 2: Taxonomía NANDA NIC NOC

Desarrollo del proceso

FASE PREQUIRÚRGICA:

NANDA Conocimientos deficientes:

NOC Conocimiento régimen terapéutico

NOC Entorno seguro de asistencia sanitaria

NIC Manejo de la alergia

NIC Preparación quirúrgica

NANDA Temor:

NOC Autocontrol del miedo

NIC Potenciación de la seguridad.

NIC Enseñanza: proceso de enfermedad

Al ingreso de las pacientes, se realiza el protocolo de acogida de la paciente y familia que incluye presentación de los profesionales sanitarios, acompañamiento a la habitación y explicación del funcionamiento de la unidad. Se realiza la custodia de los objetos de valor si procede. Se comprueban los antecedentes y tratamiento habitual. Se confirma la intervención y la hora de la cirugía. En este momento, se toman constantes y se realiza la lista de verificación quirúrgica, que consiste en la cumplimentación del check list para comprobar ayunas de un mínimo de 8 horas, retirada de joyas, higiene realizada, preoperatorio en vigor y comprobación de alergias. También se realiza la valoración de enfermería, además de las escalas Braden y Downton.

Se resuelven las dudas que le puedan surgir.

Se procede al registro de la actividad realizada en el sistema informático.

FASE POSTQUIRÚRGICA:

Llegada del quirófano:

NANDA Deterioro de la habilidad para la traslación

NOC Realización de la transferencia

NIC Traslado de una superficie a otra estando echado

NANDA Riesgo de hipotermia perioperatoria

NOC Termorregulación

NIC Regulación de la temperatura

NIC Tratamiento de la hipotermia

NANDA Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica

NOC Recuperación quirúrgica; convalecencia

NOC Signos vitales

NOC Severidad de las náuseas y vómitos

NIC Cuidados postanestesia

NIC Terapia intravenosa

NIC Cuidados de las heridas

NIC Manejo de un dispositivo de acceso venoso central (DAVC)

NIC Cuidado de las heridas: drenaje cerrado

NIC Sondaje vesical

La paciente llega a la unidad procedente de reanimación postanestésica, se realiza la transferencia de la paciente junto con el celador de la camilla a la cama. Se acomoda a la paciente y se comprueba la seguridad del entorno, se verifican la presencia de dispositivos y su permeabilidad (accesos venosos, sondajes, drenajes, etc), la presencia de heridas quirúrgicas (localización, estado de los apósitos y sangrado), la hora de inicio de la tolerancia oral, se dispensan utensilios para la higiene y diuresis, si procede. Se comprueba el nivel de consciencia, el estado general, se realiza la toma de constantes y la valoración del dolor, se revisa el tratamiento prescrito, se realiza el control de la primera micción o control de diuresis si porta sondaje vesical. Se muestra disponibilidad y se resuelven dudas. Se registra la actividad realizada y se planifican los cuidados en el sistema informático.

Cuidados postquirúrgicos primeras 24 horas.

NANDA Déficit autocuidado, alimentación

NOC Cuidados personales, comer

NIC Ayuda a los autocuidados, alimentación

NANDA Deterioro de la eliminación urinaria

NOC Eliminación urinaria

NIC Manejo eliminación urinaria, cuidados

NANDA Déficit de autocuidado: uso WC

NOC Cuidados personales: uso del inodoro

NIC Manejo eliminación urinaria, cuidados

NANDA Dolor agudo

NOC Control del dolor

NIC Manejo del dolor

NIC Administración de analgésicos

NANDA Conocimientos deficientes

NOC Conocimiento régimen terapéutico

NIC Enseñanza: proceso de enfermedad

NIC Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito

NIC Educación sanitaria

NIC Facilitar el aprendizaje

Se comprueba la ingesta y la tolerancia a la dieta, la correcta eliminación de la diuresis, la valoración del dolor y del control y manejo de los síntomas según la analgesia prescrita, se realiza la valoración de las constantes y la vigilancia de aparición de complicaciones (mala tolerancia oral, sangrado, hipotensión). Se recomienda que la paciente mantenga el brazo elevado 45° y que realice los ejercicios respiratorios que se explican a continuación:

Ejercicios diafragmáticos:

Tumbarse, con los brazos hacia abajo y apoyados sobre la cama.

- Inspiración: Coger todo el aire posible por la nariz, elevando el abdomen.
- Espiración: Expulsar el aire lentamente por la boca, descendiendo el abdomen.

Repetir este proceso tres veces.

Ejercicios torácicos:

- Inspiración: Semincorporarse en la cama y respirar despacio y profundamente. Inhalar todo el aire que pueda mientras intenta expandir el pecho y abdomen (alejando el ombligo de la columna).
- Espiración: Relajarse y exhalar. Repetir cuatro o cinco veces.

Esta práctica ayudara? a mantener el movimiento del tórax, haciendo que los pulmones normofuncionen. Se deben realizar estos ejercicios de respiración profunda a menudo.

Cuidados postquirúrgicos desde las 24 horas posteriores a la cirugía hasta el alta hospitalaria.

NANDA Déficit de autocuidado: Baño/higiene

NOC Cuidados personales: Higiene

NIC Ayuda con los autocuidados: Baño/higiene

NANDA Deterioro de la eliminación urinaria

NOC Eliminación urinaria

NIC Manejo eliminación urinaria, cuidados

NANDA Déficit alimentación postcirugía

NOC Autocuidados comer

NIC Alimentación-cuidados. Etapas de la dieta

NANDA Deterioro de la integridad cutánea

NOC Curación de la herida: por primera intención

NIC Cuidados de las heridas

NIC Cuidados de las heridas: drenaje cerrado

NANDA Deterioro de la movilidad física

NOC Cuidados personales: actividades de la vida diaria

NIC Ayuda al autocuidado

NIC Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito

NANDA Conocimientos deficientes

NOC Conocimiento régimen terapéutico

NIC Enseñanza: proceso de enfermedad

NANDA Riesgo de baja autoestima situacional

NOC Autoestima

NIC Aceptación del estado de salud

NIC Apoyo emocional

NIC Apoyo en la toma de decisiones

NIC Asesoramiento

NIC Enseñanza: proceso de enfermedad

Se comprueba la ingesta y la tolerancia a la dieta, la correcta eliminación de la diuresis, en caso de retirada de sondaje vesical, asegurar primera micción. Se realiza higiene en ducha y sedestación y/o deambulación, según orden médica y si el estado del paciente lo permite. Se realiza valoración del dolor y del control y manejo de los síntomas según la analgesia prescrita, se realiza la valoración de las constantes y la vigilancia de aparición de complicaciones (mala tolerancia oral, sangrado, hipotensión). Se realiza la cura de la herida quirúrgica según prescripción médica, así como del punto de inserción del drenaje, comprobando el vacío y el débito. Se recomienda a la paciente mantener brazo elevado 45° mientras esté en reposo, ya sea en sillón o cama. Se registran los cuidados realizados en el soporte informático del hospital.

Necesidades Virginia Henderson	DIAGNOSTICO ENFERMERO	NOC		NIC	
II	Déficit de autocuidado, alimentación	Cuidados personales, comer	303	Ayuda con los autocuidados, alimentación	1803
III	Deterioro de la eliminación urinaria	Eliminación urinaria	503	Manejo eliminación urinaria, cuidados	590
	Déficit de autocuidado, uso del WC	Cuidados personales, uso del inodoro	310		
IV	Deterioro de la habilidad para la translación	Realización de transferencia	0210	Traslado de una superficie a otra estando echado	21009
	Deterioro de la movilidad física	Cuidados personales: actividades de la vida diaria	300	Ayuda al autocuidado Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito	1800 5612
VII	Riesgo de hipotermia perioperatoria	Termorregulación	0800	Regulación de la temperatura	3900
				Tratamiento de la hipotermia	3800
VIII	Déficit de autocuidado, baño / higiene	Cuidados personales: higiene	305	Ayuda con los autocuidados: baño / higiene	1801
	Deterioro de la integridad cutánea	Curación de la herida: por primera intención	1102	Cuidados de las heridas	3660
IX	Temor	Autocontrol del miedo	1404	Potenciación de la seguridad	5380
				Enseñanza: proceso de enfermedad	5602
	Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica	Recuperación quirúrgica; convalecencia	2304	Cuidados postanestesia	2870
				Terapia intravenosa	4200
		Signos vitales	0802	Cuidados de las heridas	3660
				Manejo de un dispositivo de acceso venoso central (DAVC)	4054
	Severidad de las náuseas y vómitos	2107	Cuidado de las heridas: drenaje cerrado	4054	
			Sondaje vesical	3662	
	Riesgo de baja autoestima situacional	Autoestima	1205	Aceptación del estado de salud	1300
				Apoyo emocional	5270
Apoyo en la toma de decisiones				5250	
Asesoramiento				5240	
Enseñanza proceso de enfermedad				5602	
Dolor agudo	Control del dolor.	1605	Manejo del dolor	1400	
			Administración de analgésicos	2210	
XIII	Conocimientos deficientes	Conocimiento régimen terapéutico	1813	Educación sanitaria	5510
				Facilitar el aprendizaje	5520
				Enseñanza: proceso de enfermedad	5602
				Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito	5612
				Planificación del alta	7370
	Entorno seguro de asistencia sanitaria	1934	Manejo de la alergia	6410	
			Preparación quirúrgica	2930	

Tabla 2: Plan de cuidados

Cuidados postquirúrgicos al alta:

NANDA Deterioro de la integridad cutánea

NOC Curación de la herida: por primera intención

NIC Cuidados de las heridas

NIC Cuidados de las heridas: drenaje cerrado

NANDA Conocimientos deficientes, autocuidado

NOC Conocimiento: proceso de la enfermedad

NOC Conocimiento: régimen terapéutico

NIC Educación sanitaria

NIC Facilitar el aprendizaje

NIC Enseñanza proceso de enfermedad

NIC Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito

NIC Planificación del alta

Se retiran dispositivos indicados, en caso de alta con drenaje, se realizará la educación sanitaria pertinente y se incluirá en el informe de enfermería al alta. Se entregará informe de alta, y recomendaciones enfermeras tras la cirugía de cáncer de mama en formato díplico en papel, que incluye: ejercicios recomendados tras cirugía de mama, video demostrativo de los ejercicios a través de código QR y recomendaciones enfermeras al alta sobre estilo de vida (higiene personal, dormir y descansar, vestirse, alimentación, actividad física), evitar peligros (seguridad, reconocimiento de signos de alarma), apoyo emocional (comunicación, empleo). Se registran los cuidados realizados y se procede al alta en el sistema informático.

DISCUSION

Las usuarias que se realizan cirugía de CM en el HUSE ingresan habitualmente en las unidades de hospitalización el mismo día de la cirugía, habiendo asistido en los días previos a la consulta de preanestesia, y a la consulta de ginecología. En estas unidades de hospitalización, las usuarias son recibidas por los equipos de enfermería.

Desde el momento del ingreso hasta el alta, y en función del proceso de la cirugía en el que se encuentren las pacientes, las enfermeras deberán adaptar los cuidados a realizar. Uno de los grandes handicaps de estos equipos es la alta rotación de sus profesionales en los diferentes ámbitos de las áreas de salud, lo que propicia que puedan presentar carencias en los conocimientos sobre los cuidados que precisan estas mujeres.

Los diagnósticos enfermeros creados en un lenguaje común a nivel internacional, permite objetivar las actividades que habitualmente realizan estos profesionales y que en muchas ocasiones pasan desapercibidos o sin recibir toda la relevancia que deberían^{5,6}.

Además, tener un protocolo de cuidados validado en el hospital, permite a los profesionales consultar las pautas a seguir en la atención a las pacientes que ingresan para la realización de cirugía de CM, brindando de esta manera cuidados de calidad basados en la evidencia⁷⁻¹¹. Conseguimos así, disminuir la variabilidad asistencial, evitando errores o complicaciones que puedan comprometer la seguridad del paciente, mejorando la satisfacción del equipo y de la propia usuaria¹²⁻¹⁷.

CONCLUSIONES

La estandarización de los cuidados en el proceso de cirugía de cáncer de mama es una herramienta útil para proporcionar cuidados enfermeros, ayudando a reforzar los conocimientos sobre los mismos o aportando nuevos, que serán fundamentales a la hora de brindar atención de calidad a las usuarias. La revisión y actualización de los planes de cuidados debe formar parte de las rutinas asistenciales de las enfermeras.

AGRADECIMIENTOS

A todo el equipo que brinda sus cuidados día a día en primera línea de atención y al resto de compañeros del equipo multidisciplinar del Hospital Universitario Son Espases.

BIBLIOGRAFIA

1. SEOM. Guías Clínicas - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. [citado 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://seom.org/publicaciones/guias-clinicas>
2. International Agency for Research on Cancer. Microsoft Power BI [Internet]. [citado 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNDVmNjdlOTQtOTE5Zi00YmJmLWJhMjgtNkgxMGJkM2FjYTE3liwidCI6ImJjYTNjYTJILTYyNGMtNDNhYS05MTgxLWY2N2YxYzI3OTAyOSIsImMiOj9>
3. Schmutz JB, Meier LL, Manser T. How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019;9(9):1-16.
4. MUNDO ENFERMERO - NANDA - NOC -NIC [Internet]. [citado 20 de junio de 2020]. Disponible en: http://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/ini_abm.php
5. Schumacher JR, Palta M, Loconte NK, Trentham- A, Witt WP, Heidrich SM, et al. Characterizing the Psychological Distress Response Before and After a Cancer Diagnosis. *J Behav Med*. 2014;36(6):1-18.
6. Luis Argüelles Otero TFP. Atención de Enfermería a Pacientes con Cáncer de Mama y en riesgo de desarrollar Linfedema. *Enfermería Comunitaria*. 2014;2(4):50-69.
7. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *CA Cancer J Clin*. 2016;66(1):43-73.
8. Wöckel A, Albert US, Janni W, Scharl A, Kreienberg R, Stüber T. The Screening, Diagnosis, Treatment, and Follow-Up of Breast Cancer. *Dtsch Arztebl Int*. 2018;115(18):316-23.
9. Dawe DE, Bennett LR, Kearney A, Westera D. Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Can Oncol Nurs J*. 2014;24(1):20-30.
10. Wang X, Lai Q, Tian Y, Zou L. Effect of evidence-based nursing intervention on upper limb function in postoperative radiotherapy patients with breast cancer. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(11):e19183.
11. Muradas RR, De Campos Velho MTA, Dos Santos Riesgo I, Brum AD, Rossi RM, Piovezan JM, et al. Clinical and mammographic profile of patients with breast cancer surgically treated. *Rev Assoc Med Bras*. 2015;61(3):220-6.
12. Freysteinson WM, Deutsch AS, Lewis C, Sisk A, Wuest L, Cesario SK. The Experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. *Oncol Nurs Forum*. 2012;39(4):361-9.
13. Bokhari FN, McMillan DE, McClement S, Daeninck PJ. Pilot study of a survey to identify the prevalence of and risk factors for chronic neuropathic pain following breast cancer surgery. *Oncol Nurs Forum*. 2012;39(2):141-50.
14. Tsuchiya M, Horn S, Ingham R. Information provision and problem-solving processes in Japanese breast cancer survivors with lymphoedema symptoms. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(1):53-60.
15. Wennman-Larsen A, Petersson L-M, Saboonchi F, Alexanderson K, Vaez M. Consistency of breast and arm symptoms during the first two years after breast cancer surgery. *Oncol Nurs Forum*. marzo de 2015;42(2):145-55.
16. Aznar A. Calidad de vida en pacientes intervenidas de cáncer de mama. 2011.
17. Wang L, Guyatt GH, Kennedy SA, Romerosa B, Kwon HY, Kaushal A, et al. Predictors of persistent pain after breast cancer surgery: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *CMAJ*. 2016;188(14):E352-61.

Dra. Rosamaría Alberdi Castell. Diplomada en Enfermería, Licenciada en Psicología, Poeta.

Dra. Rosamaría Alberdi Castell. Diplomada en Enfermería, Licenciada en Psicología, Poeta.

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº1 2020 / ISSN: 2529-9670

Autora: Ballesteros Barrado, A.¹

1. Directora de ASEEDAR-TD Edición digital.

Diplomada en Enfermería, Licenciada en Psicología, Poeta. Máster en Salud Pública (Universidad de Antioquia, Medellín. Colombia) Máster en Liderazgo y Gestión de los Servicios de Enfermería (Universidad de Barcelona), Máster en Cognición y Evolución Humana (Universidad de las Illes Balears) y Máster en Prácticas de Mediación en Organizaciones (Universidad de Barcelona).

Ha dedicado casi toda su vida profesional a la docencia, ejerciendo en las Escuelas de Enfermería de las Universidades de Barcelona, Autónoma de Madrid, Nacional de Educación a Distancia, Sevilla y en las Facultades de Enfermería y Fisioterapia y de Medicina de las Illes Balears.

Desde 2000, es profesora titular de la Universidad de les Illes Balears, en la que imparte las asignaturas de, Bases conceptuales y profesionales, Ética y Gestión de Servicios en la Facultad de Enfermería y Gestión clínica en la Facultad de Medicina.

Entre los años 2004 y 2013 se dedicó a la actividad política, siendo consejera en el Consell de Mallorca y diputada en el Parlamento balear. Fue secretaria de relaciones Institucionales (2005-1009) y Secretaria de Organización (2009-2013) de la ejecutiva autonómica en la dirección del Partido Socialista de les Illes Balears (PSIB-PSOE). Su trabajo legislativo se centró en las áreas de educación y sanidad.

Desde noviembre de 2017 a febrero de 2020, fue Decana de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de las Illes Balears. Desde febrero es la Vicedecana de la misma Facultad.

Sus principales líneas de trabajo han sido y son el desarrollo de la profesión enfermera, la ética del cuidado y el género.

Ha trabajado especialmente la relación entre la enfermería como profesión altamente feminizada y su relación con el desarrollo de la misma. Últimamente profundiza en el tema de la competencia política de las enfermeras y en los sistemas de mediación y prevención de conflictos en las organizaciones sanitarias

Autora de un buen número de publicaciones, artículos y poemarios. Participa, de manera regular, en actividades de formación continuada, Jornadas y reuniones profesionales,

A lo largo de su carrera, he recibido diversos reconocimientos entre los que se encuentran el Premio "A prop teu" del Colegio de Enfermería de Barcelona (2004), el nombramiento como Académica de Honor de la Academia de Ciencias de la Enfermería de Vizcaya (2014), el doctorado Honoris Causa por la Universidad de Murcia en 2016. El primero, de la historia de la enfermería española. Hecho del cual, nos hicimos eco en nuestra editorial del nº 2 volumen 1 del año 2016, ni por asomo pensé nunca, tener el honor de entrevistar a

una referente enfermera de nuestra historia más reciente.

Recibió también el accésit del Premio María Plaza concedido por el Partido Socialista de les Illes Balears (2017) y el Premio Florence Nightingale concedido por el Colegio de Enfermería de las Illes Balears, en mayo de 2017.

Autora del blog: Rosamaría Alberdi, disponible en <http://www.rosamariaalberdi.com/>

Es difícil resumir en unas pocas líneas toda la trayectoria profesional de la Dra. Alberdi, lo que sí es fácil de hablar, es de su cercanía, su apoyo incondicional a nuestra profesión y el enorme cariño con el que lo hace. La disponibilidad en estos momentos de confinamiento fue absoluta, proponiéndome una videoconferencia-café de la cual queda constancia en el siguiente relato:

ASEEDAR-TD. Dra. Alberdi, en su Blog señala, que cuando escribes un texto, este es exclusivamente tuyo, pero y cito textual “Cuando este texto es leído por otra persona, ya es también, para siempre, suyo: lo posee y la posee”. ¿Qué se siente al compartir su obra y dejar que otros la posean, haciéndolas así un poco propias?

R.A. Se siente satisfacción. Cuando algo que es mío, hecho con pasión y con cariño, otro lo puede hacer suyo, siento que así es como tiene que ser. Cuando compartes ese escrito ya no te perteneces sólo a ti.

Y esto no sólo ocurre con los poemas. Sino también con el resto de publicaciones, por ejemplo, con los artículos. Parto de la idea de que el pensamiento individual, es, en realidad, el reflejo del pensamiento colectivo. Cada persona, bebe de distintas fuentes y se va nutriendo de ideas ajenas y, a la vez, las une a las suyas y las va haciendo crecer. Es como si las ideas que nos transmitimos unos a otros, van madurando hasta que llega el momento en que alguien puede escribirlas. Las convierte en texto y ese texto entra, nuevamente, en la rueda de intercambio.

Además, en la poesía se añade otra cuestión, que tiene que ver con la capacidad de nombrar que posee. A mí, especialmente la poesía me ha ayudado y me ayuda siempre a nombrar y a nombrarme. Me ayuda a ordenar el caos interno que, sin ella, puede que me desbordara.

Además, parece claro que, muchas veces, lo que hace sufrir es no encontrar las palabras para decir lo que queremos o sentimos y en esos casos, la poesía es especialmente importante porque, a su través, encontramos las palabras que nombran.

Cuando el que lee hace suyo un poema, lo interpreta y le resuena desde su propia perspectiva, desde su vivencia, que no es necesariamente, la que inspiró el poema a quien lo escribió. Por eso la poesía es tan grande, porque se adapta a quién la necesita. En realidad, ahora que lo pienso, actúa como hacen los cuidados.

ASEEDAR-TD. Dos ambientes entre el cuidado y la poesía, ¿Cuál es más Rosamaría? ¿Podría coexistir el uno sin el otro?

R.A. Ambas son una expresión de mí, pero mientras que La poesía es una herramienta, el cuidado es un valor, un objetivo en la vida.

Eres la persona que está detrás de todas las facetas, pero hay diferencias. Voy a intentar explicar cómo lo veo. Por ejemplo, cuando doy una conferencia expreso una faceta del caleidoscopio que soy. Expreso mi conocimiento, mi pensamiento, en relación a algo. Pero la poesía soy yo. Cuando escribo poesía, allí están todas las facetas de mi personalidad

Tanto es así que hay una diferencia entre la voz catalana y la voz castellana de mis poemas. Yo escribo indistintamente en ambos idiomas, pero la voz poética castellana es más ligera, más irónica, más bromista, en cambio la voz catalana es más seria, más profunda. Puede que eso tenga que ver con el genio de cada idioma ya que sus características, configuran, sin duda, la manera de escribir con él.

Pero volviendo a su pregunta, la verdad es que cuando hablo del cuidado estoy hablando de poesía, y cuando hablo de poesía estoy hablando del cuidado y por tanto, no podría coexistir el uno sin el otro.

ASEEDAR-TD. Usted se ha dedicado varios años a la política, además, entre sus líneas de trabajo, se encuentra la competencia política de las enfermeras, me gustaría si puede diferenciar; ¿Qué es lo importante, que las enfermeras no involucremos más en el mundo de la política, entendido como implicación en los distintos partidos políticos o por el contrario, independientemente de nuestra ideología, nos impliquemos en las políticas públicas de acción social?

R.A. Creo que lo importante es aportar la “mirada enfermera”, de la que nosotras somos el soporte, en cualquier ámbito: en los partidos políticos y por supuesto, en las políticas públicas. Cuando digo “mirada enfermera” me estoy refiriendo a esa específica y única manera de entender y plantear la solución de los problemas desde el cuidado que es lo que aportamos.

Cuando hablo de que las enfermeras deben desarrollar su competencia política, lo que estoy defendiendo es que la mirada del cuidado que aportamos las enfermeras (basada en la contextualización y el empoderamiento), esté en los espacios de toma de decisiones.

Lo defiendo porque creo sinceramente que la aportación de la perspectiva del cuidado a cualquier política (sea del tema que sea) la hace mejor y más efectiva. Y esto ¿cómo se puede conseguir? Evidentemente, participando desde un partido sea cual sea, porque lo importante no es que tenga enfermeras, lo importante es que esté la mirada enfermera. ¿Que da la casualidad que solamente la podemos aportar las enfermeras? Pues sí.

En estos momentos, se está discutiendo en las redes, que las enfermeras no están en la comisión de reconstrucción. Tienen razón. Las enfermeras, tenemos razón al querer estar, pero no porque esté la enfermera fulanita o en enfermera zutanito, sino porque la sociedad no puede privarse de esa mirada profesional. Esa mirada, ayuda a que los derechos que esa comisión debe asegurar que se recuperen, se recuperen efectivamente.

La pandemia ha obligado de suprimir derechos fundamentales (la libre circulación, entre ellos) y ahora hay que prever cómo se recuperan todos ellos. Por eso hace falta una mirada de cuidado, porque ésta es la que sabe ver qué derechos, y cómo se pueden recuperar de una forma que, a la vez, empodere a la ciudadanía

No es que yo quiera que estén mis representantes en esta comisión. No, lo que yo deseo es que haya enfermeras, porque creo que la sociedad tiene derecho a que se aporte esa mirada en la toma de aquellas decisiones que tienen que ver con la cobertura de sus necesidades que es lo mismo que decir con sus posibilidades de desarrollo como seres humanos.

Creo que las enfermeras debemos ser muy ambiciosas en este aspecto: tenemos que decir claro y alto que no queremos estar por estar, ni por figurar, ni porque así nos ponemos medallas, sino porque a la sociedad no se la puede sustraer de esa mirada, que completa los derechos.

ASEEDAR-TD. Según he leído, usted se considera feminista y de izquierdas, según usted ¿Las enfermeras deberíamos definirnos igual para poder luchar para que se nos reconozca en todo nuestro valor? Entendiendo

el hecho de que la mayoría de las enfermeras somos mujeres, al hablar de feminismo es más un postulado de un derecho fundamental de las personas

R.A. No sé bien cómo contestarte esta pregunta, en el sentido que a mí me saldría decir que sí, porque lo soy; pero discriminaría a muchísimas personas que no son de izquierdas. Y, a la vez, me cuesta entender a las mujeres que se declaran no feministas si eso quiere decir que no defienden la igualdad

A veces, el término feminismo se ha utilizado como un insulto. Esto es así porque toda palabra que en sí contenga una lucha contra el poder patriarcal, se intenta devaluar.

Hay partidos y grupos políticos que consideran que ser feminista es malo en sí mismo. Cuando los oigo argumentar siempre me acuerdo de una frase de Madeleine Albright (ex Secretaria de Estado de Estados Unidos, de ideología conservadora) quien consideraba que el infierno tiene un lugar reservado para aquellas mujeres que no defienden los derechos de las mujeres.

Volviendo a su pregunta, considero que las enfermeras para poder luchar, en lo que tenemos que estar todas de acuerdo es, que la manera de mirar nuestra, es lo que le importa a la sociedad.

ASEEDAR-TD. ¿Qué es más Rosamaría investigadora o docente?

R.A. No me considero ni tan solo una investigadora, la investigación no ha sido mi campo.

Creo que soy, fundamentalmente, una persona que teorizo a partir de observar la realidad y analizar aquello que se ha dicho para explicar los fenómenos que me interesan (la influencia del género en la profesión, la necesidad del desarrollo de la competencia política, la ética el cuidado...). Naturalmente, este método también forma parte de las técnicas de investigación, pero realmente, el eje de mi trabajo es y ha sido, la docencia.

ASEEDAR-TD. Es consciente que ha puesto el listón muy alto para las enfermeras con su doctorado Honoris causa, ¿qué cree que ha supuesto este hito para nuestro desarrollo profesional?

R.A. En realidad, quien puso el listón alto fue la Dra. Pilar Almansa, que fue la persona que consiguió que me dieran el doctorado. Quiero decir que yo tuve la suerte enorme, que nunca agradeceré de manera suficiente, que ella considerara que mi trayectoria profesional justificaba un doctorado.

La verdad es que el listón respecto a lo que aportamos las enfermeras, lo hemos ido poniendo alto entre muchas personas. Por eso, ahora mismo, podría citar a tres o cuatro enfermeras, cuyas trayectorias profesionales merecen sobradamente un doctorado honoris causa.

Con esto, no me quiero quitar mérito: la Dra. Almansa convenció a la Universidad de Murcia para que me otorgara ese honor, pero lo hizo sustentándose en mi trayectoria académica y profesional

Para ilustrar lo que quiero decir siempre pongo el ejemplo de las torres humanas, de los "castells" que se hacen en Catalunya. En estos castells, la figura que sube arriba es el enxaneta (normalmente es un niño o niña pequeño, de poco peso) El/la anxeneta sube, levanta la mano y es, en ese momento, cuando el castell se da por realizado. ¿Es más valioso el enxaneta que cualquiera de las personas que han hecho posible que pudiera subir? No lo creo: el castell se ha levantado entre todos.

Por supuesto, no le quito mérito al enxaneta porque tiene que ser ágil, equilibrado y valiente... pero tampoco se lo quito a cada uno que ha dado soporte al castell, permitiendo que el enxaneta suba.

Desde el principio y así sigue siendo, he vivido mi doctorado como que la profesión en su conjunto consiguió

llegar a un proceso, a un punto de normalización, por el que habíamos luchado muchas, muchas enfermeras y desde hacía muchos años.

ASEEDAR-TD. ¿Considera que actualmente a las enfermeras se nos está formando adecuadamente en las universidades para la implicación en las políticas públicas de acción social?

R.A. Creo que estamos iniciando ese camino pero ya hay facultades, como la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de las Illes Balears. La nuestra, que se lo plantean como un tema importante y lo incluyen en sus asignaturas de forma transversal o incluso ofreciendo asignaturas optativas cuyo objetivo es, precisamente, el desarrollo de la competencia política.

ASEEDAR-TD. No sé si coincidirá conmigo, que otro gran hándicap pendiente por parte de las enfermeras, es la participación en los medios de comunicación, a su entender ¿Qué nos falta, por qué fallamos, en esta premisa tan fundamental para hacernos oír, para dar visibilidad al trabajo enfermero?

R.A. Es un tema que me ha preocupado siempre. ¿Por qué tenemos miedo? La cuestión es que las enfermeras hacemos aportaciones valiosísimas: programas de prevención, de educación para la salud, desde unidades especiales como cuidados intensivos o enseñando a la población a vivir después de un trasplante, por ejemplo. Pero, además, hacemos aportaciones valiosísimas en el cuidado diario. Si eso es así ¿por qué no creemos que a la sociedad le pueda interesar esto? O ¿por qué no le interesa a la sociedad esto? ¿Quién nos ha convencido de que esto no es importante?

Yo creo, que la cuestión está aquí; en reconocer lo extraordinario de nuestro trabajo cotidiano.

Hace poco hablaba de esto en un curso de postgrado y les proponía que cuando se fueran a su casa, después de su jornada laboral, intentaran destacar tres cosas fundamentales que han hecho en su tiempo de trabajo. Si lo hicieran, se darían cuenta que cada día hacen cosas que cambian la vida de las personas.

Nosotros somos una profesión feminizada y orientada a la acción que no tiene un entorno de trabajo que le facilite reflexionar sobre lo que hacen, compartir sus experiencias con otras colegas.

¿Dónde se pasan la información las enfermeras de los pacientes? ¿Dónde reflexionan? ¿Con qué tiempo reflexionan sobre lo que han hecho? ¿Dónde se encuentran las enfermeras? ¿Dónde está el espacio para que las enfermeras puedan valorar qué están cambiando en la situación de salud de esta persona?

ASEEDAR-TD. ¿Considera que ha hecho falta en los comités o consejos del gobierno más presencia de enfermeras ante la crisis sanitaria sobrevenida por el Covid-19? ¿Cree que dicha presencia hubiese determinado una toma de decisiones diferente?

R.A. La respuesta es un sí taxativo y por las razones que ya he ido explicando.

ASEEDAR-TD. Este 2020, tenía que haber sido un año de celebración para las enfermeras, por desgracia, se ha visto empañado por la pandemia y ciertamente se nos ha visibilizado, pero no de la manera deseada, ése tan ansiado reconocimiento es agri dulce, ¿Cómo se le ocurre que podremos canalizarlo?

R.A. ¿Cómo podemos canalizarlo? Es difícil tomar decisiones ahora mismo, cuando estamos tan cansados

emocional y físicamente debido al esfuerzo que nos ha tocado hacer frente a la crisis del COVID19 pero tengo la impresión de que habrá un antes y un después.

De todas maneras, en este aspecto será muy importante el ejercicio del liderazgo profesional enfermero. Me refiero a que habrá que ejercer un liderazgo efectivo en relación a la mirada enfermera y en como demostrar a la sociedad, que esta y el ejercicio del cuidado, son imprescindibles para la sociedad: con pandemia y sin pandemia.

El consejo Internacional lleva tres años dedicando el Día de la Enfermera a demostrar la necesidad de que las enfermeras estén en los espacios donde se toman las decisiones políticas e igualmente, lo dice la OMS.

Estamos llenas de argumentos, de ejemplos y tenemos personas que son capaces de explicar todo ello. La cuestión es ¿cómo articulamos la manera de poner ese liderazgo de los cuidados en el sitio en el que se toman las decisiones? Soy optimista. Hay muchas enfermeras pensando en ello y vamos a conseguirlo porque la sociedad tiene ese derecho.

ASEEDAR-TD. ¿Qué les diría a todas nuestras compañeras, que han estado día a día, muchas veces con medios insuficientes, pero con un alto sentido de responsabilidad y profesionalidad, dejando al margen sus propios sentimientos, pero aportando valor a los cuidados, acompañando a los pacientes y familias en tan duro proceso?

R.A. Primero, muchísimas gracias, todas las gracias del mundo, no sé qué hubiésemos hecho sin ellas. Segundo, que se cuiden y que exijan ser cuidadas y en tercer lugar, les pediría que hagan de su experiencia y de los riesgos que han corrido, la energía para diseñar e implementar las medidas para que nunca más hacer su trabajo les exija correr riesgos.

Yo estoy dispuestísima a luchar, para que nunca se vuelvan a vivir unas circunstancias como las vividas. Mi compromiso más firme es luchar con todos los medios, para que un profesional pueda hacer su trabajo sin tener que ponerse en riesgo.

ASEEDAR-TD. Por último ¿Cuál es la pregunta que nunca le hicieron y que siempre le hubiese gustado contestar?

R.A. No, no, ciertamente, a lo largo de los años creo que me han preguntado de todo y ahora no se me ocurre nada, sólo dar las gracias a la Revista y, especialmente, a Toñi Ballesteros por su interés.

Gracias infinitas por esta entrevista, Rosamaría Alberdi

Los que tenemos la suerte de conocerla coincidimos: Admiración ante tan gran líder, una inteligencia fresca y creativa, habilidad de palabra, una gran capacidad de trabajo y de lucha, pero a su vez sencillez y calidez en el trato...

(Sobre)Vivir con dolor crónico en la pandemia

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº1 2020 / ISSN: 2529-9670

Autora: Medina Rodríguez, A.V.¹

1. Paciente de dolor crónico

contacto: unasufridoramas@gmail.com

El dolor forma parte de la vida. Siendo necesario para avisarnos de que algo no va bien, es uno de los síntomas que aparece en muchas enfermedades. El problema viene cuando la enfermedad no tiene cura o a pesar de estar curada, este síntoma no desaparece y se convierte en una enfermedad en sí, conocida como dolor crónico y clasificada más exhaustivamente hoy en día en el CIE-11¹.



Nueva clasificación dolor crónico(2019), gráfico Dr. Ponce8

Las personas que sufren esta enfermedad, unos 8 millones en España², se enfrentan día a día a un gran reto, dar lo máximo de ellos mismos en cada momento, ya que el dolor irrumpe en todos los planos de su vida, impidiéndoles hacer lo que quieren, cuando y cómo quieren. Es por esto que se requiere un enfoque multidisciplinar en el que se cubran los aspectos biopsicosociales implicados para intentar así mejorar calidad de vida de los pacientes. Aunque el impacto que tiene el dolor crónico en quien lo sufre a nivel psicológico y social es similar al cáncer³, no es así su reconocimiento por parte de la sociedad, sintiéndose, una gran mayoría de las personas que padecen esta enfermedad, incomprendidas en el entorno familiar, social, laboral

e incluso sanitario. De hecho, el 62% de las personas que sufren dolor crónico nunca han sido derivadas a una Unidad de Dolor⁴ y las que lo consiguen pueden tardar de media, en el mejor de los casos, cinco o seis meses para la primera consulta⁵.

Soy una de esas personas que ha visto su vida hecha añicos por culpa de esta enfermedad invisible que, sin embargo, está ahí, día y noche, acompañándome en cada paso que intento dar, aunque sólo yo la sienta y me obligue a permanecer tumbada la mayor parte de tiempo, llegando a incapacitarme incluso para ejercer mi profesión, esa que tanto amaba. Por otro lado, no poder salir de casa es lo normal para mí, así que la imposición por parte del gobierno de limitar la capacidad de movimiento para contener el ritmo de contagios ante la pandemia del coronavirus no ha sido un problema para mí en sí. No obstante, me ha obligado a romper con las rutinas que me ayudaban a sobrellevar mejor mi situación y a sentir que tenía algo de control, entre ellas mi pequeño paseo con mi andador para no perder musculatura. Todo esto me está afectando ya que sé que recuperar mi ritmo de vida anterior no va a ser nada fácil, sobre todo si tenemos en cuenta que en mi caso una de las cosas que hago es trabajar la tolerancia al dolor, es decir, hacer cosas a pesar del dolor que esté sintiendo. El dolor es muy traicionero, siempre está ahí para que no lo olvides, pero cuando intentas hacer más de lo que te has acostumbrado a hacer con ese dolor, las embestidas son tremendas y cuesta mucho no desfallecer.

Como tantos pacientes de otras enfermedades, he visto como el sistema sanitario no ha podido atenderme adecuadamente durante esta pandemia. Entre otras cosas, se ha demorado la entrada en quirófano para recolocarme el neuroestimulador que tengo implantado para el dolor, ya que en su posición actual no realiza bien su función. Aunque entiendo lo ocurrido, me planteo las mismas preguntas que expone Leonor Pérez, paciente también dolor crónico, en la entrada de su blog El dolor (crónico) en tiempo de confinamiento⁶ y cito textualmente: “¿dónde quedará esa cita?, ¿Cuánto tiempo deberá esperar?, ¿Qué criterios se van a establecer? Estas y tantas preguntas cuando el dolor sigue haciendo su particular labor en tu vida, en lo que al final es nuestra cotidianidad o ¿normalidad?”.

Mi cuadro de dolor crónico ha empeorado, tanto en el plano físico como emocional, algo que plantea el Dr. Micó en su artículo Coronavirus COVID-19 y dolor crónico: incertidumbres⁷. Sé que poco a poco, cuando esta situación acabe volveré a mi "normalidad" y a ese sentimiento de control "falso", pues el dolor manda. Aún así, va a ser mucho más duro y me preocupa que la fuerza y paciencia que me ha valido en tantísimas ocasiones, ahora, no sean suficiente.

Bibliografía

1. La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2019; 26(4): 209-210 / DOI: 10.20986/resed.2019.3752/2019. César Margarit.
2. El dolor crónico en España: Escucha digital por Sociedad Española del Dolor 2 de octubre de 2019.
3. XXIV CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA. Artículo Salud diario, 10 de mayo 2017.
4. El 62 por ciento de los más de ocho millones de personas que sufre dolor crónico en España nunca ha sido derivada a una Unidad o Clínica del Dolor por Sociedad Española del Dolor 10 de diciembre de 2019.
5. El camino de regreso a una vida sin dolor en La voz digital.
6. El dolor (crónico) en tiempo de confinamiento, entrada blog Leonor Pérez
7. Coronavirus COVID-19 y dolor crónico: incertidumbres. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2020; 27(2): 72-73 / DOI: 10.20986/resed.2020.3808/2020. Juan Antonio Micó
8. NUEVA CLASIFICACIÓN 2019 DEL DOLOR CRÓNICO por Dr. Ponce

Enfermeras al cuidado del paciente con dolor (Manifiesto ASEEDAR-TD 12 de mayo de 2020)

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº1 2020 / ISSN: 2529-9670

Autoras: Ballesteros Barrado, A.¹ ; Gómez Gamboa, E.²

1. Enfermera de Reanimación y unidad del dolor agudo del Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca. Profesora asociada de la Universidad de las Islas Baleares (UIB). Secretaria Aseedar-td. Representante de la federación internacional de enfermeras anestesiastas (IFNA). Grupo de investigación en Cuidados, cronicidad y evidencias en salud – CurES (IdisBa).

2. Hospital Sant Joan de Déu. Vocal de enfermería pediátrica COIB. Presidenta de La Asociación Catalana de enfermería pediátrica (ACIP)).

Contacto: info@aseedar-td.org

En el paciente adulto.

En España, unos 6,1 millones de personas sufren dolor, es decir el 17,25% de la población adulta, de ellos un 6.95% refiere dolor a diario, o lo que es lo mismo 2,3 millones de personas, según reporte de "National Health and Wellness Survey 2010".

El papel de la enfermera como prestador de cuidados, y su capacidad crítica respecto a este fenómeno, le confiere un posicionamiento importante tanto en la valoración como en la gestión de dicho dolor.

La naturaleza de la profesión de la enfermera se basa, en la relación que se establece entre enfermera-paciente, es decir; el determinante clave de esta profesión, es la relación en sí misma, por ello, la empatía es condición indispensable, aceptando al usuario de forma incondicional a través de la autenticidad.

El dolor, es un constructo por sí mismo, que acompaña a la persona desde el momento del nacimiento. Según señalaba Bonica ya en 1990, no entiende de etnias o civilizaciones. Es común a toda la humanidad.

La característica más definitoria del vínculo de confianza entre enfermera-paciente es que es totalmente individualizado y centrado en ese momento y con ese paciente.

Las enfermeras, ocupan un lugar único en el manejo del dolor, ya que lo evalúan, monitorean e inician acciones para su control ya sea desde las unidades de dolor, unidades de hospitalización o desde atención primaria.

Los cuidados centrados en el paciente con dolor tienen reconocidos efectos terapéuticos: incluyen confianza, comunicación, comprensión, empatía y fomento del autocuidado.

Para un manejo eficaz del dolor, las intervenciones terapéuticas se deben basar en la continua relación de colaboración entre pacientes y proveedores de cuidados. Lo cual comprende un enfoque interdisciplinar y multidisciplinar para desarrollar una visión holística del problema.

Entre las acciones de las enfermeras, pueden identificarse las siguientes:

- Intervenciones de funciones propias, como son acciones encaminadas a la educación del desarrollo del autocuidado por parte del paciente, actividades dirigidas al apoyo emocional tanto del paciente como de su entorno familiar o la aplicación de cuidados para minimizar los daños provocados por el dolor, dotando al paciente de suficientes mecanismos para auto-gestionar la minimización del proceso doloroso o evitar la exacerbación del mismo.
- Aquellas generadas de funciones derivadas, como es la administración de medicación prescrita.
- Funciones interdependientes con el resto del equipo de salud, para la consecución de metas realistas, que permitan tanto al paciente afecto de dolor, como al equipo, el desarrollo de líneas de actuación efectivas y seguras.

En definitiva, todas las intervenciones enfermeras van encaminadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor.

En el paciente pediátrico

La International Association for the Study of Pain (IASP) estima que el dolor crónico pediátrico afecta al 20-35% a nivel mundial. Se reconoce por parte de los profesionales de la salud que a nivel global el dolor está infravalorado.

Las enfermeras pediátricas prestan una atención especial al dolor crónico y en concreto en el modo de tratarlo, para que sea más eficiente. En la actualidad se cuenta con metodologías innovadoras centradas en el niño-adolescente y familia que permiten dar respuestas más afines a sus necesidades.

Se propone abordar siguiendo diversas etapas:

- Una primera etapa, en la que cobra especial relevancia la relación empática, conocer bien como se sienten, entender el entorno y tener especial sensibilidad en indagar como se desarrolla el proceso.
- A partir de este momento y con toda la información se plantea y define un reto, un objetivo que ayude a conseguir el propósito que se trabaje de un modo individual y colectivo en el que se generen ideas que surjan tanto teniendo en cuenta la emoción y experiencia vital, en el que se nos de permiso para pensar y tener un espacio donde co-crear con un grupo homogéneo, en el que surjan prototipos de cuidado realizados por los propios sujetos de cuidado.

Integrando nuevas metodologías y canales

Atendiendo a este enfoque se incorporan a su vez elementos provistos de cuidado emocional y de interacción social. Estamos inmersos en la era de la tecnología en la que la conexión con un mundo artificial puede facilitar la adherencia a los tratamientos y la motivación a la consecución de objetivos marcados.

Las enfermeras han de realizar actividades afines a las necesidades de las personas que se cuidan, aportando curas individualizadas en las que se incorporen elementos claves como el juego, gamificación, tecnología e integrando estrategias no farmacológicas, en los que los sentidos y emociones cobren especial relevancia y puedan complementar a los tratamientos farmacológicos, convencionales.

La incorporación de las nuevas metodologías conjugadas con la educación sanitaria, serán vehículos que

faciliten los cuidados. Nuestra meta será conseguir un autocuidado y empoderamiento que promueva la salud y aporte mejor calidad de vida.

Se crearán canales y se utilizarán las herramientas adecuadas para evaluar tanto el dolor como otras variables que sean importantes. Así mismo se centrará la atención en mantener un feedback, una evaluación con relación a la satisfacción desde la visión, perspectiva más cualitativa de la persona que cierre el ciclo de la mejora continua.

Y si queremos aportar un valor añadido, siempre se implementarán, instrumentos que generen reconocimiento, recompensas, para prestar mejor fidelización, adherencia y permitir, alcanzar unos mejores resultados de satisfacción.

De todo lo expuesto, se podría concluir que las competencias de las enfermeras en la gestión del dolor son amplias y variadas, reconocidas tanto por pacientes como por el resto del equipo de salud, sin esta aportación que hacemos las enfermeras, el paciente vería minimizada la consecución de la única meta importante: elevar la calidad de vida del sujeto con dolor, para conseguir preservar la actividad social, laboral y familiar en el contexto vivir

Pasatiempos: Juego de letras

Pasatiempos. Crucigrama

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº1 2020 / ISSN: 2529-9670

Autora: Amorós S.¹

1. Enfermera. Hospital de día. Profesora asociada de la Universitat de les Illes Balears)

Anímate a resolver este Juego de letras

Juego de letras. Construye la palabra final de 9 letras. Para ello se deben utilizar las previas y aumentar de 1 en 1 y reordenando las letras. Se facilitan las definiciones

1 LETRA: Quinta letra del alfabeto

2 LETRAS: Nota musical

3 LETRAS: Enfermero interno residente

4 LETRAS: Se carcajean

5 LETRAS: Den Vueltas

6 LETRAS: Inicio

7 LETRAS: Entero

8 LETRAS: 3ª persona singular del pretérito perfecto simple de indicativo de gritonear

9 LETRAS: Elemento químico no metálico, gaseoso, incoloro e inodoro que se encuentra en el aire

Juego de letras. Construye la palabra final de 9 letras. Para ello se deben utilizar las previas y aumentar de 1 en 1 y reordenando las letras. Se facilitan las definiciones										
1 LETRA										Quinta letra del alfabeto
2 LETRA										Nota musical
3 LETRA										Enfermero interno residente
4 LETRA										se carcajean
5 LETRA										Den Vueltas
6 LETRA										Inicio
7 LETRA										Entero
8 LETRA										3ª persona singular del pretérito perfecto simple de indicativo de gritonear
9 LETRA										Elemento químico no metálico, gaseoso, incoloro e inodoro que se encuentra en el aire