

Enfermería



En Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor

XVII Congreso Nacional de La Asociación Española de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor

Palma de Mallorca



5-6 de noviembre de 2003



PRIM, s.a.
SUMINISTROS MÉDICOS

orchestra

Module MVP⁺ MS

Rendimiento Individual:

Modularidad con la Estación de Infusión Orchestra® y Bomba Individual



El Clamp de seguridad integrado en el sistema de Infusión, asegura la correcta colocación de la misma e impide el flujo libre cuando se abre la bomba.



La facilidad de programación y monitorización, del Módulo MVP⁺ se consiguen gracias a una serie de mensajes explicativos (ilustrados en gráficos) y en la visualización permanente del flujo y del volumen infundido.



El Módulo MVP⁺ ofrece una amplia gama de modos de programación (primario, secundario, bolus, micro, secuencial...) para responder mejor a todos los protocolos de administración, desde los más sencillos a los más específicos.



El Módulo MVP⁺ se integra en todas las configuraciones de Orchestra[®] y está concebido para diferenciar, sencilla y claramente, las vías de infusión volumétricas de las de jeringas.

PRIM, s.a.

www.prim.es
prim@nexo.es

MADRID

C/ F n° 15 P.Industrial nº 1
28938 MOSTOLES (Madrid)
Tel. 91 334 24 00
Fax 91 334 24 94

BARCELONA

Nilo Fabra, 34 y 3
08012 BARCELONA
Tel. 93 415 58 35
Fax 93 237 91 03

BILBAO

Av. Madariaga, 1 - 2º dpto. 5
48014 BILBAO
Tel. 94 476 26 41
Fax 94 475 01 09

VALENCIA

Av. Maestro Rodrigo, 89-91
46015 VALENCIA
Tel. 96 348 62 69
Fax 96 340 54 27

SEVILLA

Juan Ramón Jiménez, 5
41011 SEVILLA
Tel. 95 427 46 00
Fax 95 428 15 64

LA CORUÑA

Rey Abdullah, 7-9-11
15004 LA CORUÑA
Tel. 98 114 02 50
Fax 98 114 02 46

LAS PALMAS

Habana, 27
35010 LAS PALMAS
Tel. 92 822 03 28
Fax 92 822 89 62

Fresenius Vial
Infusion Technology

sumario

- 05** Enfermería integral, estíbón fundamental en el cuidado del enfermo crítico
- 08** Terapia del humor en la terapia del dolor
- 10** Terapia Electroconvulsiva: como abordar los aspectos psicológicos de la enfermería en la URPA
- 14** De la identificación de problemas enfermeros a la gestión de los cuidados
- 18** La Psicoprofilaxis quirúrgica, una gran oportunidad de la enfermería de anestesia
- 21** Enfermería Clínica Avanzada en Anestesia Reanimación y Terapia del Dolor
- 22** Celebrado en Santiago el XVI Congreso Nacional de la Asociación Española de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor
- 24** II Jornadas Aragonesas de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor Teruel, 10 de mayo de 2003
- 26** La Asociación de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor de la Comunidad Valenciana (ASECVAR-TD) CELEBRA SUS XI JORNADAS
- 28** Ventajas de la analgesia mediante infusión subcutánea continua

editorial

Un año más para todos y un número más de nuestra revista que de nuevo se une a nosotros en el XVII Congreso de la Asociación.

Durante las incontables horas invertidas en la Asociación, todos los socios habéis supuesto una fuente constante de ánimo y apoyo para la consecución de casi todos los proyectos y objetivos trazados por la Junta Directiva.

El haber estado al frente de la Asociación nos ha proporcionado una rica gama de experiencias y satisfacciones, y un gran orgullo cada vez que representábamos a la Asociación ante cualquier evento u organismo. Pero también ha supuesto momentos de desconcierto, cansancio, dudas y disgustos.

Como decía Unamuno "considero que hay que buscar la verdad y no la razón de las cosas, y la verdad se busca con la humildad". Aunque resulte difícil ser humilde lo intentaremos, dejando el relevo a otros que sin duda lo harán mejor

que nosotros. Renovar es positivo y en nuestro ánimo solo existe un objetivo, que es que la Asociación progrese, que destaque o se nombre en todos los aspectos de la Enfermería, y, a ser posible alcance la excelencia.

Consideramos que ha llegado el momento de dejar nuestro cargo y continuar haciendo Asociación desde otra perspectiva.

Nos despedimos pues, como miembros de la Junta Directiva, dando las gracias a todos aquellos que creyeron y depositaron su confianza en nosotros, y a los que no lo hicieron, sentimos haberlos defraudado.

Hasta pronto.

Mª VICTORIA DATO
Presidenta

SALVADOR CALATAYUD
Vicepresidente

ÁNGELA OLMEDO
Secretaria

MILAGROS ABAD
Tesorera

Enfermería

EN ANESTESIA-REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR

Edita
ASEEDAR-TD
C/ del Sol, 13 (Int. Alfonso)
46530 Puçol VALENCIA
www.asedardt.org
EMAIL:
presidenta@asedardt.org

Presidenta
Maria Victoria Dato Muñoz
Vicepresidente
Salvador Calatayud Hernández

Secretaria
Ángela Olmedo Salas
Coordinadora
Antonia Castro Pérez
Tesorera
Milagros Abad López

Vocales
Andalucía:
José Ángel Pinto
Máximo Sánchez González
Aragón:
Teresa Plámena Sanchez
Baleares:
Isaura Mach Sánchez
Canarias:
Manuela Cabrera Medina
Cataluña:
Mª Teresa Peix Segura
Castilla-León:
Bautista Arguello Aguirre
Galicia:
Inés Molina López
Madrid:
Ángeles González Hernández
Murcia:
Mª Encarna Gómez Guillermo

ASOCIACIONES AUTÓNOMICAS

AVNEAR (Vasco-Navarra)
Presidenta: Angel Diego Arekalo
ASECVAR (Valencia)
Presidenta: Rafael Casabona Martínez

Impresión y Fotomecánica:
Gráficas Papeloteca CTV
Pilar X, 40 46014 Valencia
Tel.: 96 357 17 00
Corre electrónico: papeloteca@ctv.es
<http://www.ctv.es/papeloteca>

Diseño y Maquetación
Santa Monica & mirea.com

Depósito Legal
V-4045-2000

ISSN 1579-8240

Los artículos publicados en esta revista expresan únicamente la opinión de sus autores. "Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor" no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores ni se identifica necesariamente con las mismas. Queda prohibida la reproducción total o parcial de cualquier artículo.



información
sin citar su pro-
cedencia.

normas de publicación

ENFERMERÍA publica trabajos originales, de revisión y puesta al día y comunicaciones breves sobre todos aquellos aspectos técnicos y científicos relacionados con la Asociación, cursos y jornadas sobre Enfermería.

Los autores que deseen publicar en nuestra Revista deben seguir y tener en cuenta las siguientes normas:

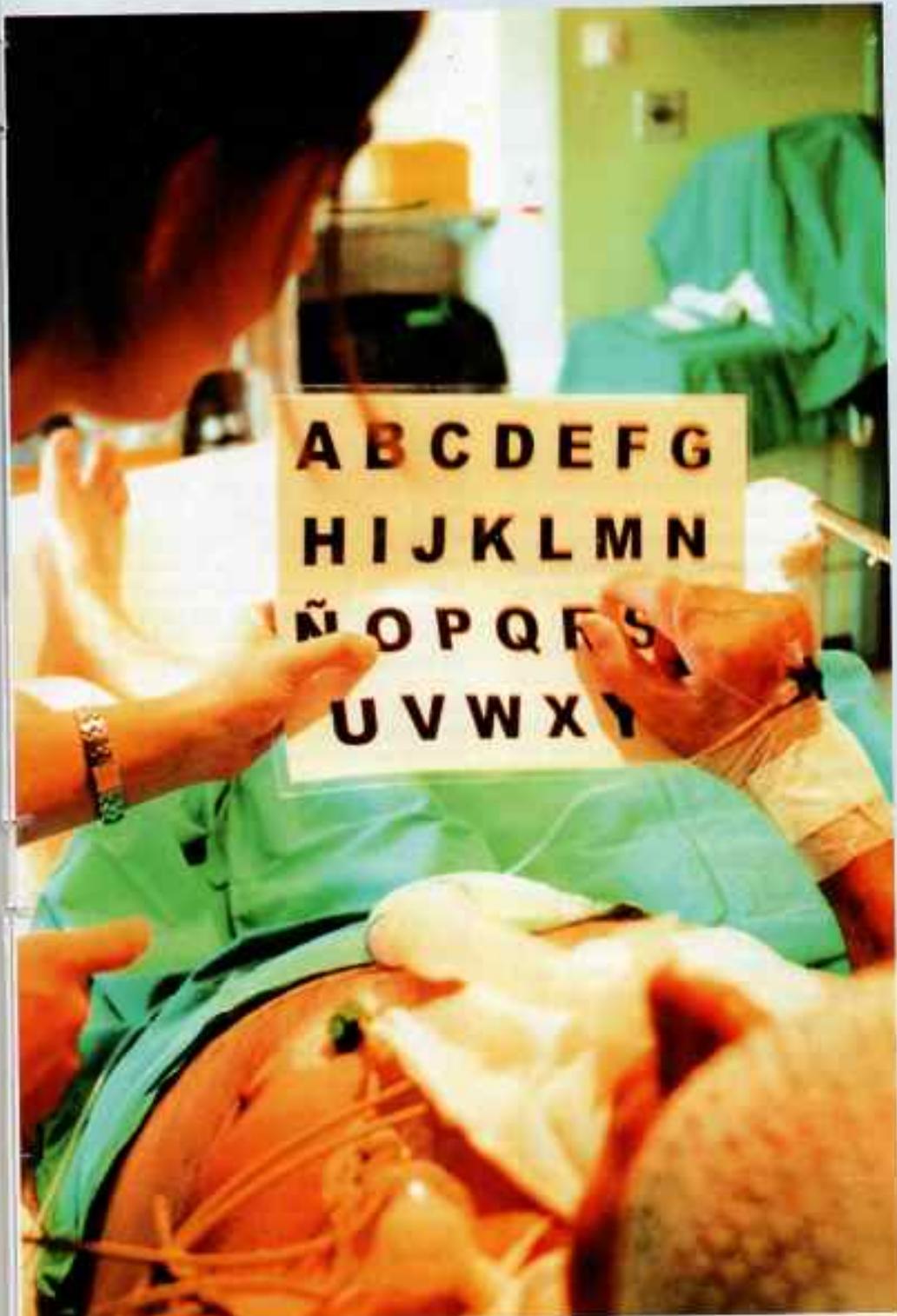
1. Todas las publicaciones deberán ser enviadas por correo certificado o entregadas personalmente en: **ASEEDARTD** presidenta@aseedartd.org
2. Ningún trabajo enviado deberá haber sido publicado, enviado y/o aceptado para su publicación, de forma simultánea, en otras revistas.
3. Los manuscritos deberán ser originales, tener una extensión máxima de 12 hojas y 8 tablas, grabados o figuras (legibles y en condiciones de ser reproducidas) y enviarse mecanografiados a doble espacio sobre papel blanco, tipo DIN A-4, por una sola cara y con márgenes laterales de 2 cm. Tanto del texto como de la iconografía deberán ser **enviados en formato informático** con cualquier programa de tratamiento de textos compatible con el sistema DOS de IBM, en versión para WINDOWS o para MAC y adjuntando copia en papel.
4. Cada tabla o figura será numerada y titulada en su parte inferior, señalando en su reverso el nombre del autor o el título del trabajo. Si se utilizan flechas u otros símbolos deberá explicarse al pie de cada una de ellas su significado. No se aceptarán leyendas impresas a mano.
5. En la redacción de los originales, y más si son fruto de investigación, deberán estructurarse los siguientes apartados: Introducción, Material y Método, Resultados, Discusión, Conclusiones y Bibliografía. Ésta se redactará en hojas aparte y siguiendo las recomendaciones de la Convención de Vancouver: apellidos de los autores seguido de la inicial del nombre, título del trabajo, título abreviado de la revista según el Index Medicus, año, volumen, páginas primera y última. Si se trata de un libro se filiará: autor o editor, título, lugar de publicación, editorial, año y páginas de comienzo y fin. Las citas bibliográficas se numerarán de acuerdo a su orden de aparición en el texto.
6. Todas las publicaciones irán acompañadas de un resumen, no superior a 150 palabras, en el cual se hará referencia a los aspectos más significativos del trabajo.
7. En la cubierta figurará subrayado y en mayúsculas el título del trabajo, nombre del autor o autores, puesto que desempeñan, Institución a la que pertenecen, año de realización del trabajo y si han recibido una ayuda de investigación o beca para subvencionar el trabajo realizado, mencionando el origen de la misma.
8. Todos los originales se acompañarán de una autorización manifestando el deseo de que el trabajo sea publicado por **ASEEDAR-TD**, haciendo constar el nombre, DNI y firma de cada uno de los autores.
9. El Consejo de Redacción solicita de los autores, siempre dentro de sus posibilidades, la aportación de fotografías ilustrativas en aquellos artículos que lo requieran.
10. El Consejo de Redacción de la Revista anual de **ASEEDAR-TD** y la Institución que la edita no se responsabiliza de las opiniones vertidas en los trabajos publicados.
11. Los trabajos aceptados quedan en propiedad de la revista y no podrán ser reimpressos sin la autorización expresa de la misma. A sus autores se les enviará un certificado de aceptación y, si es posible, la fecha aproximada de su publicación.
12. Los trabajos no aceptados serán remitidos a sus autores, bien para su corrección y posterior publicación o notificando su no aceptación definitiva.

Enfermería integral, eslabón fundamental en el cuidado del enfermo crítico

MILAGROS ABAD LÓPEZ

M. ÁNGELES FERNÁNDEZ ESPAÑA

Reanimación del Hospital General "La Fe" de Valencia



Resumen

El ambiente impersonal, invasivo y tecnológicamente organizado de estas unidades pensamos que constituye un factor que puede aumentar la vulnerabilidad del paciente llevándole a experimentar una serie de sensaciones extrañas, difíciles de comprender tales como desorientación en la comunicación, retorno a la infancia, soledad, duelo anticipado... circunstancias que no siendo vitales sí pueden influir en su recuperación.

Por tanto centramos nuestro estudio en valorar la importancia que la enfermera/o le da a la respuesta del paciente según estas circunstancias y hasta qué punto se implica para ayudar a resolvérlas ofreciendo una atención integral adaptada al grado de necesidad detectado.

La población a estudio consta de 339 profesionales de enfermería que trabajan en estas unidades de distintos hospitales públicos de Valencia. De los cuestionarios entregados se recibieron 104. Lo que supone un 32,6%.

El diseño del cuestionario utilizado como instrumento se realizó previa consulta a expertos. Este consta de un total de 50 preguntas de las cuales, 12 son las variables, cada pregunta tiene 5 posibles ítems y las tres últimas son abiertas para obtener una opinión de los profesionales de enfermería.

Además obtenemos mediante entrevistas la opinión de los distintos pacientes que han pasado por estas unidades.

Introducción

"Mi primera reacción al despertar fue confusión, me sentía atrapada dentro de un espacio muy pequeño, dentro de un cuerpo inerte que me envolvía pero no sentía que me pertenecía. No había forma de expresar ni deseos ni sensaciones. No podía formular preguntas sobre mi estado que en cualquier caso era lo único que me interesaba, tampoco nadie fue capaz de buscar una fórmula para tratar de entenderme... La incomunicación sino agravó mi estado de confusión, al

menos lo prolongó innecesariamente en el tiempo". Palabras textuales de Marta Allue, antropóloga de medicina; tras las experiencias vividas en una unidad de UCI al sufrir un grave accidente.

Como Marta Allue, muchos pacientes pueden experimentar una serie de sensaciones extrañas difíciles de comprender que son:

Desorientación temporo-espacial, el paciente se encuentra en un ambiente impersonal, invasivo y tecnológicamente organizado (rodeado de alarmas, aparatos extraños, luces fijas y parpadeantes voces, gritos, momentos de extrema urgencia, gente que llora, silencios, muertes, risas incomprendidas...).

Pérdida de identidad, despierta y no reconoce nada propio o de su entorno.

Perdida de intimidad, siente que una simple sabana emmascara su desnudez, como al resto de los pacientes que se encuentra a su alrededor y no siempre de su mismo sexo; muchas veces sin barreras que delimiten su zona de intimidad viéndose obligado a compartirlo con otras personas ajenas a él.

Alteración en la comunicación, circunstancias como la intubación, hace que se convierta la comunicación no verbal en la más importante forma de expresarse.

Retorno a la infancia, siente que ha perdido su independencia en todos los sentidos: una máquina controla su respiración, una serie de catéteres nutren sus venas, una sonda vesical le impide controlar su micción..., hay una persona constantemente a su lado que cuida de él día y noche.

Soledad, que hace que el tiempo transcurra más lentamente, todo ello quizás debido a la ausencia de familiares durante la mayor parte del tiempo.

Duelo anticipado, existe una incomprendión de su estado y muchas veces esa respuesta emocional subjetiva está suscitada por la muerte de pacientes que se encuentra a su alrededor.

Todas esas sensaciones pueden producir un mayor o menor grado de ansiedad a cada paciente.

Por ello dirigimos nuestro trabajo a conocer y valorar la importancia que le da la enfermera a éstas y hasta qué punto se implica para ayudarla a resolverlas.

Material y métodos

La población a estudio consta de un total de 339 profesionales de enfermería que pertenecen a las distintas áreas sanitarias de Valencia, siendo cumplimentados 104 cuestionarios.



HOSPITALES	POBLACIÓN	MUESTRA
H. General	57	20
H. Clínico	67	6
H. Dr. Peset	36	4
Aleixandre		
H. "La Fe"	167	70
	12	4
TOTAL	339	104

El diseño del cuestionario utilizado como instrumento se realizó previa consulta a expertos. Este consta de un total de 50 preguntas, de las cuales: 12 son las variables, cada pregunta tiene 5 posibles ítems y las tres últimas son abiertas para obtener una opinión de los profesionales de enfermería. Las preguntas van dirigidas a saber si las sensaciones que experimenta el paciente son cubiertas de alguna forma por el profesional.

Además obtenemos mediante entrevistas la opinión de distintos pacientes que han pasado por estas unidades.

Resultados

Agrupamos para nuestro estudio las preguntas en varios bloques según las sensaciones que experimenta el paciente.

De éstas comentamos con mayor incipiente:

- La alteración de la comunicación.
- La desorientación.
- Y la muerte.

Para poder realizar un estudio comparativo escogemos (tiempo trabajando en la unidad, edad y sexo).

	Variante estudiada	Muestra de la población
Tiempo en la unidad	+ 5 años trabajando	52
	- 5 años trabajando	52
Edad	+ 36 años	67
	- 36 años	37
Sexo	Mujeres	41
	Hombres	63

Dado la diferencia numérica entre la división de cada variable, como se puede observar en la tabla, obliga al estudio a realizar una normalización de todos los datos, es decir, calcular el porcentaje con respecto al total de la población.

Después de haber realizado un estudio de los datos y comparando las posibles diferencias según las variables sólo comentaremos los datos estadísticos más relevantes.

En cuanto a la Alteración de la Comunicación.

Al comparar:

20. Antes de realizar una técnica, ¿informas al paciente de lo que se le va a hacer?
21. Despues de informarle ¿Valoras el grado de comprensión?

La mayoría casi siempre informa al paciente sobre la técnica, pero existe aproximadamente un 20% que todavía no valoran el grado de comprensión, esto podría hacernos pensar que no ha existido buena comunicación y esto puede traducirse en el aumento de la ansiedad del paciente.

Por otra parte a la pregunta:

28. ¿Te sientes incómodo/a acariciando a tus pacientes?

Comparando la variable edad observamos que la mayoría de los mayores de 36 años todavía algunas veces se sienten incómodos mientras que la mayoría de los menores de 36 casi nunca. Debemos pensar que muchas veces el paciente precisa de ese apoyo.

En cuanto a la desorientación.

Observamos que suelen estar orientados en cuanto a fecha, hora y lugar donde se encuentran, mientras que un porcentaje elevado de profesionales no suelen presentarse siempre en el turno del paciente. El hecho de presentarse a un paciente puede hacerle confiar más en el personal o incluso abrirse y expresarse.

¿Situas al paciente en cuento a fecha, hora y lugar donde se encuentra?

- 64% Casi siempre
- 21% Algunas veces
- 13% A menudo
- 1% Casi nunca
- 1% Raramente

¿Te presentas a los pacientes que vas a atender en cada turno?

- 44% Casi siempre
- 32% Algunas veces
- 17% A menudo
- 4% Casi nunca
- 2% Raramente
- 1% No contestadas

En cuanto a la muerte.

A la pregunta "¿Haces algo en la medida de lo posible para disminuir el temor de tus pacientes a la muerte?" contesta un 21% que casi siempre. Sin embargo de ese 21% sólo un 8% casi siempre creen que son capaces de disminuir ese temor.

Además, respecto a la pregunta "Cuando muere alguien en la unidad ¿tratas de disminuir la posible ansiedad de otros pacientes?", obtenemos que el 51% de los profesionales casi siempre valoran:

- 51% Casi siempre
- 10% Algunas veces
- 29% A menudo
- 3% Casi nunca
- 6% Raramente
- 1% No contestadas

Por lo que nos lleva a pensar qué les resulta más fácil la ansiedad de otros pacientes cuando alguien muere, que disminuir el temor del propio paciente a su muerte.

Respecto a las PREGUNTAS ABIERTAS del cuestionario, en la pregunta "¿Qué es para ti la empatía?", obtenemos que al 80% de los profesionales conoce el término y lo define como tal.

Por otra parte al realizar este trabajo consideramos necesario conocer lo que los profesionales opinaban sobre la importancia del tema abordado y obtuvimos que el 82% lo consideraba muy importante, incluso proponían cursos para profundizar en este tema.

Respecto a las ENTREVISTAS realizadas a pacientes que han pasado por la unidad de reanimación del Hospital "La Fe", consideramos relevante comentar qué: generalmente como Vicente no sabían en qué momento del día se encontraban ya que no veían la luz del sol, intentaban guiarlo por el cambio de turno.

La mayoría se queja de no poder descansar por las alarmas y ruidos extraños, en ocasiones, les molestaba las conversaciones de las enfermeras.

También se daban cuenta cuando algún enfermo cercano a ellos fallecía o estaba muriéndose y eso les asustaba.

Además coinciden la mayoría en que hubieran querido tener más cerca a su familia, pero por otra parte entendían por qué no pueden estar allí.

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio han sido en general muy positivos, este hecho nos satisface como a todo profesional. Pero a pesar de esto como ocurre en cualquier profesión existe un pequeño porcentaje que se diferencia del resto por su actitud al realizar



las cosas, lo cual supone siempre un reto para mejorar (quizás fomentando a nuestro alrededor la visión integral de enfermería que a largo plazo puede crear generaciones mejores).

Es comprensible pensar que en estas unidades lo primordial es la vida del paciente, estabilizar su situación vital; pero, quizás no nos demos cuenta qué no podemos separar esta circunstancia del aspecto psicosocial de la vida del paciente, que él mismo puede considerarlo como prioritario de una determinado momento para seguir viviendo; y no nos excusemos detrás del estrés, la falta de tiempo, porque no siempre es necesario mucho más tiempo para ofrecer un cuidado más integral al paciente.

Una pieza clave en este reto es la empatía, pensar en lo que puede sentir el paciente, ponernos en su lugar, en su piel, y seguro que al ver las cosas desde este punto de vista todos cambiariamos aspectos en el desempeño de nuestras funciones y a la vez el paciente se sentiría atendido en todos los ámbitos (bio-psico-social) que a fin de cuentas es nuestra misión como profesionales de enfermería integral.

Y ahora unas últimas reflexiones:

- No des por sentado que el paciente entiende el porqué de su situación, tiene preguntas y necesita de alguien que le proporcione respuestas.
- Sé creativo/a y emplea tu capacidad para

romper las "barreras" que limitan la comunicación con el paciente.

- No dejes que la rutina te lleve a dar por sentado que el paciente comprende lo que se le va a hacer; piensa que cada paciente es un "mundo" y debes descubrirlo para adaptar los cuidados a él.
- Como persona que siente, deja que sienta y ayúdale a expresar esos sentimientos.
- Cuidales como deseas ser cuidada/o, ten siempre presente la empatía.

Bibliografía

- Alzu, M.: "Sobrevivir en la UCI", Enfermería Intensiva Volumen 8, nº 1. Enero-Marzo 1997, pág. 29-34.
- Cabrera Jaime, S.; Guij Ortiz, R.; Láz Vázquez, P.: "Asertividad en enfermería ¿una característica de la profesión?", Enfermería Clínica Vol. 8, nº 3, pág. 12-17.
- Acosta Mejuto, B.; Delgado Hito, F.; Mirabete Rodríguez, I.; Sola Prado, A.: "El despertar en intensivos tras sedación continua prolongada", Enfermería Intensiva, Vol. 9, nº 3. Julio-Septiembre 1998, pág. 94-101.
- García M. P.; López P.; Eseverri, C.; Zazpe, C.; Asuaín, M. C.: "Calidad de enfermería en cuidados intensivos. Estudio retrospectivo en pacientes de larga estancia". Enfermería Intensiva, Vol. 9, nº 3, Julio-Septiembre 1998, pág. 102-106.
- Esteban, A.; Martín, C.: "Manual de cuidados intensivos para enfermería".

Terapia del humor en la terapia del dolor

ANTONIA CASTRO PÉREZ

Enfermera de Reanimación Postoperatoria
Hospital Universitario de Bellvitge - Hospitalari (Barcelona)

INTRODUCCIÓN

Hablar de la actitud de los profesionales ante el paciente con dolor, desde el punto de vista del humor, la risa y la alegría, podría parecer contradictorio e incluso perverso. Actualmente se continúa investigando en nuevas técnicas y fármacos que alivian o suprimen el dolor, hoy por hoy podemos afirmar que no existe el fármaco ideal, ni la técnica perfecta, pero tenemos en nuestro poder el proporcionar junto con nuestros cuidados y la administración del fármaco, uno de los antagonistas del dolor más potentes y quizás el menos utilizado: EL HUMOR.

La realización de este trabajo me brinda la oportunidad de manifestar mi preocupación en torno a las diferentes actitudes que tenemos los profesionales sanitarios ante el paciente: actitud en ocasiones fría, a veces distante y la mayoría de veces impersonal.

Actitudes y comportamientos que son fruto de un SISTEMA frío, impersonal y competitivo, donde se priman los master y títulos, con nombres cada vez más sofisticados, donde y menos mal de una forma teórica se nos llama lo que hacemos producto enfermero y al paciente se han empeñado en llamarlo cliente, aunque esto sencillamente él no lo sabe, porque parece que estamos hablando de unos grandes almacenes, aunque si quieren que les diga mi opinión, yo encuentro similitudes, coincidimos con los períodos de rebajas...

Hablando de títulos, uno de los títulos indispensables para trabajar en cualquier centro sanitario sería el de FORMACIÓN HUMANÍSTICA, donde se nos capacite para ser buenas perso-

nas, haber sacado buena nota en la asignatura de Sentido Común y sobre todo en la materia Escuchar, dejar de escucharnos a nosotros mismos y aprender a escuchar a los demás.

Sin embargo ese título tampoco sería suficiente y este otro: COMO TRABAJAR CON ALEGRÍA, es el que junto con la capacitación profesional y formación humana, completaría el currículum de un profesional sanitario preparado para poder desarrollar su trabajo con garantías suficientes.

HUMOR Y COMUNICACIÓN

Podría parecer ciencia-ficción transformar un hospital serio y triste por naturaleza (así nos lo han hecho creer) en un hospital alegre, donde los profesionales tuviésemos claro que transmitir alegría es beneficioso para nuestra salud y para la de los demás.

Actualmente se reconoce que la comunicación efectiva desempeña un papel esencial en las relaciones e interacciones humanas, parte de esa comunicación se lleva a cabo a través del sentido del humor, que como experiencia vital ayuda a mantener un estado mental y emocional, que compensa las situaciones adversas, que podrían alterar nuestra integridad física y mental. Dicho de otro modo, nos ayuda a ver el lado menos dramático, aún en las situaciones más difíciles.

En realidad el HUMOR es una cuestión que voy a abordar de una forma seria, o mejor dicho, no se debe tomar a broma, puesto que se trata de una actitud mental ante la vida.

"Cuelgaté una sonrisa en tu boca y devuélveme el optimismo" (Edy C.)

El humor tiene a su vez un componente emocional que es la alegría y un componente cognitivo que es el ingenio.

Aunque de la risa y del sentido del humor y de sus beneficios se habla desde hace siglos, se tenía la creencia de que el humor y su respuesta emocional: la risa, era un componente aprendido. Actualmente el sentido del humor es considerado como algo genético o característico de los seres humanos, aunque según la teoría de Darwin el sentido del humor lo hemos heredado de nuestros antepasados evolutivos: los monos y que el ja-ja de los humanos, está vinculado al ju-ju de los monos. Sin embargo diversas teorías coinciden en que todos los humanos hemos nacido con un potencial genético para desarrollar el sentido del humor.

La sonrisa es una expresión innata, los niños sanos sonríen, los niños ciegos sonríen, todos los niños de todas las culturas sonríen. La primera sonrisa suele aparecer a partir de las seis semanas de vida, la sonrisa constituye el primer lenguaje del niño, este aprende muy pronto que la sonrisa atrae la atención, comunica y facilita su relación con el entorno. En cambio el miedo, el enfado, el odio, la depresión y la ansiedad no son emociones naturales, sino que se aprenden, sobre todo en etapas posteriores de la vida.

FISIOLOGÍA DEL HUMOR

No es de extrañar que el humor comience a ser considerado en todo el mundo como una poderosa modalidad terapéutica. Está demostrado que la alegría y la risa tienen una influencia significativa a nivel fisiológico sobre el cuerpo humano y sus sistemas.

Sobre el sistema muscular, cuando reímos nos aflojamos, perdemos fuerza, liberamos tensiones. Sobre el sistema respiratorio, la risa y sobre todo la carcajada puede multiplicar por cuatro nuestra capacidad pulmonar. Sobre el sistema cardiovascular, el corazón late más deprisa, mejora la circulación y se produce un beneficioso incremento en el transporte de oxígeno.

Sobre el sistema digestivo, los movimientos de la risa provocan una estimulación sobre el pán-

creas, el hígado y el intestino delgado, activando sus secreciones, mejorando las digestiones, al tiempo que favorece la eliminación de ácidos grasos del organismo. Sobre el sistema inmunitario y endocrino, se produce una liberación de sustancias, que como la Ganmainterferon, se encarga de activar las células relacionadas con el sistema inmunológico, por otro lado la risa hace disminuir la concentración de Cortisol, una de las hormonas causantes del estrés y sus manifestaciones. También se produce un significativo aumento en la liberación de sustancias bioquímicas como son la Dopamina, Serotonina, Adrenalina, y Endorfinas, entre otras. En realidad aunque nuestro comportamiento, estado de salud y enfermedad, no sea más que un delicado equilibrio entre diferentes sustancias: hormonas, péptidos, aminoácidos, neurotransmisores etc. Las Endorfinas son las sustancias estrella por naturaleza en el trabajo que nos ocupa, por su relación directa con el dolor, con propiedades semejantes a la morfina, que actúan como euforizantes y analgésicos y que son segregadas de forma natural por nuestro cerebro, desempeñando un papel esencial en el equilibrio entre el tono vital y la depresión. Dicho en pocas palabras de ellas depende algo tan sencillo y a la vez tan importante, como que nos encontramos bien o mal. Lógicamente, sobre el sistema nervioso central, esto se va a traducir en la estimulación de varias áreas, con consecuencias positivas: bienestar y euforia como estimulante y una relajación posterior que provoca sensaciones de disfrute y alegría.

Dicho lo anterior, podemos considerar el sentido del humor y la risa, como una medicina que nos ayuda a mantener la salud y a aliviar y mejorar las situaciones de dolor y enfermedad.

APLICACIONES DEL HUMOR

En los últimos años la literatura científica ha recogido numerosos informes sobre la aplicación del humor en distintas situaciones clínicas:

- Apoyo en el cuidado de pacientes oncológicos
- Adolescentes con cáncer
- En unidades de cuidados intensivos
- En psicoterapia
- A pacientes en el proceso pre-operatorio



Y sobre todo, y es la parte que nos ocupa, a los beneficios del humor en el personal sanitario y su repercusión en la relación con los demás.

La creciente incidencia de enfermedades asociadas al estrés y al agotamiento entre los profesionales de la sanidad, tendría que ser una causa de preocupación importante para los que nos dirigimos, al fin y al cabo si un sistema sanitario es incapaz de cuidar como es debido a su propio personal, como va a hacerlo de sus pacientes?

La salud, el bienestar y la plenitud de los profesionales de la medicina son fundamentales para fomentar la salud, el bienestar y la plenitud de los pacientes.

En hospitales americanos, suizos, alemanes y franceses son bien conocidos los beneficios de la terapia de la risa y se están aplicando a sus pacientes desde hace años. Aquí en España y de forma más reciente diferentes grupos y ONG, como Fundación Theodora, Payasos sin fronteras y Payasospital, están utilizando la terapia de la risa sobre todo en niños hospitalizados, para que pasen un buen rato, se olviden de su enfermedad y libren tensiones. Pero de nada serviría, si el profesional que cuida a ese niño después de una sesión, lo hace con tristeza, le transmite negatividad o simplemente frialdad.

Actualmente nuestro sistema sanitario tendría que tomar como modelo otras experiencias y crear programas innovadores y audaces (desde este punto de vista) sobre el cuidado de la salud, como parte de un esfuerzo colectivo, para que los hospitales sean más hospitalarios. Estos proyectos sanitarios tendrían que ofrecer una farmacia muy bien surtida de medicina humana, tabletas de amabilidad y si precisa, según su estado, sobres de diversión y juego. Con un único objetivo fomentar la mayor y mejor de todas las medicinas: la relación entre el profesional y el paciente.

Un médico, una enfermera o cualquier otro profesional sanitario que solo esté versado en las ciencias de la tecnología médica, siempre será un profesional a medias, comparado con el que conozca a fondo la verbena humana de la medicina.

COMPARTIR, SONREIR, REIR

Se deben poner a nuestro alcance cursos teóricos y prácticos sobre el control del estrés, estrategias de relajación, técnicas de autoayuda, y como no, cursos sobre terapia del humor.

En ocasiones el trato continuo con personas enfermas, el vivir la muerte tan de cerca, nos puede provocar situaciones de estrés, que si no se canalizan, las podemos manifestar de diferentes formas: tristeza, depresión, ansiedad o bien aportando a todas nuestras relaciones una excesiva frialdad, o en ocasiones a desarrollar un sentido del humor inapropiado o ridiculizador

en el trato con el paciente o con nuestros propios compañeros.

El humor sirve para mejorar la colaboración, rompe barreras y prejuicios, facilita el trabajo en equipo, crea un ambiente positivo, genera confianza, evita enfados y neutraliza o disminuye la tensión.

Lógicamente el humor es individual y adquiere diferentes significados en cada persona. Es importante acercarse a cada situación con sensibilidad e intuición y no asumir que el humor es bienvenido y apropiado para todos.

Desarrollar la sensibilidad siempre es fundamental, hay que tener en cuenta que en los diferentes servicios de un hospital conviven pacientes en diferentes estadios de su enfermedad, mientras para unos compartir la risa con el personal puede ser apropiado, para otros pacientes y familiares puede ser causa o motivo de agravio. Por lo tanto habrá situaciones en las que el humor y la risa puedan ser malentendidos, de modo que, debemos ser extremadamente sensibles para percibir cuando es apropiado o no su utilización.

En un estudio realizado en un hospital americano, se entrevistó a 204 enfermeras a través de un cuestionario que pretendía medir sus actitudes ante el humor, las enfermeras más expertas tenían actitudes más positivas hacia el humor en circunstancias profesionales, que las más jóvenes. Una posible explicación a esto radicaría en que las enfermeras con más experiencia habían desarrollado una sensibilidad mayor para conocer cuando el humor es apropiado y para saber utilizarlo en la práctica diaria.

No es preciso que los profesionales de la salud seamos cómicos, imitadores o chistosos. El humor como factor que influye en la salud no tiene nada que ver con las bromas y los chistes, es una actitud, una forma de ser, de hacer, de transmitir.

Animo a los profesionales a que sonrían, a que rían, no necesariamente a que intenten hacer reír a sus pacientes.

A MIS COMPAÑEROS MANEL, PUY, CARMEN Y MÓNICA, QUE HACEN QUE TRABAJE CON AMOR, CON HUMOR, CON ALEGRÍA. GRACIAS

Bibliografía

1. Josef Zehetbauer. Drogas endógenas. Ediciones Obelisco. 1995.
2. Rafael Gálvez. La enfermería ante el dolor. Instituto Upsa del Dolor. 1998.
3. Robert Holden. La risa, la mejor medicina. Editorial Oniro. 1998.
4. P. García. El humor como autoayuda. Centro de Estudios Humorísticos. 2001.

ciones, siendo utilizada, en teoría, para patologías en las que el individuo no ha respondido a ningún otro tipo de tratamiento farmacológico, o lo que se quiere es obtener resultados rápidos.

Actualmente, este tipo de tratamiento tiene un puesto firme dentro de la psiquiatría en la mayoría de los países occidentales incluyendo España. Muchos son los profesionales que admiten su eficacia y grandes beneficios. Sin embargo, muchos son también, sobre todo ex-usuarios, los que lo condenan por las secuelas permanentes que puede provocar el tratamiento y por el riesgo, en algunos casos, de perder la vida.

Por todo ello, y para poder entender, abordar y cuidar a los pacientes que reciben la TEC, es muy importante para el profesional de enfermería:

- Conocer sus técnicas, usos y riesgos
- Identificar y abordar los cuidados psicológicos, emocionales y la vertiente humana del paciente a la hora de decidir, informar, cuidar y aplicar este tipo de terapia.

TÉCNICA

La técnica consiste en la administración de una dosis terapéutica de electricidad en las zonas fronto-temporales de la cabeza donde se ponen los electrodos (y que previamente se habrá aplicado una crema o suero salino para facilitar la conducción de la descarga), unidos al aparato específico para ello. La descarga suele durar 1 ó 2 sg. aproximadamente, provocando una pérdida de conciencia acompañada de unas convulsiones similares a las epilépticas. Su eficacia se mide dependiendo de la duración de la convulsión, y para que sea efectiva tiene que durar unos 20 sg. Si dura más de 180 sg. puede ser muy peligroso por el gran riesgo de producir arritmias.

Actualmente se aplica una dosis de anestesia corta y un relajante muscular intravenoso para evitar cualquier contractura muscular o rotura debido a las convulsiones. Además, se pondrá al paciente un separador bucal para evitar roturas de mandíbulas, y que el paciente pueda ahogarse con la lengua. El paciente estará en decúbito supino, y en una posición natural de flexión.

Los cuidados físicos enfermeros son los normales que se realizan en cualquier tipo de intervención. El curso del tratamiento consta de 2 a 3 sesiones por semana para un total de 6 a 12 tratamientos, dependiendo de la patología, cronicidad y de la respuesta del paciente. Este tratamiento no es permanente, y más de la mitad de las personas tratadas recaen entre los seis y 12 meses siguientes¹.

Para su administración se necesita personal cualificado: psiquiatra con experiencia en TEC, anestesista y personal de enfermería. También es importante antes de administrarlo, eliminar cierto tipo de medicación, por lo menos una semana antes del tratamiento, como por ejemplo benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, IMAD, e inhibidores selectivos de serotonina (ISCS). Medicación para trastornos bipolares como carbamazepina, litio y la mayoría de los antipsicóticos. Además, se tiene que realizar, como en todo tipo de intervención, una radiografía de tórax, analítica completa, ECG y EGG.

INDICACIONES

Algunas de las principales indicaciones para el uso de la TEC son:

- Depresión severa
- Psicosis
- Estados bipolares (principalmente en fase maníaca)
- Personas resistentes a los fármacos
- Pacientes con respuesta positiva previa a la TEC²

¿CÓMO FUNCIONA?

Desde su introducción en el mundo de la psiquiatría se están buscando explicaciones de los mecanismos neurofisiológicos que hace funcionar a la TEC. Algunas de las hipótesis que se barajan son:

1. El beneficio terapéutico de la TEC está basado solamente en el efecto placebo.
2. La TEC produce amnesia y el paciente simplemente se olvida de la causa de su depresión.
3. Causa la liberación de un neuroléptico no identificado de acción antidepresiva y antipsicótica.

4. Tiene una acción similar a los psicofármacos sobre los neurotransmisores y receptores sinápticos³.

Pero en definitiva como funciona NO SE SABE. Lo que si se conoce es que sus beneficios dependen de producir una convulsión en el cerebro. Se sabe también que los cambios biológicos que resultan de la convulsión producen un cambio en la química del cerebro que es la clave para restaurar sus funciones normales⁴, y que establece el equilibrio interhemisférico ausente en estados patológicos.⁵

RIESGOS / BENEFICIOS

Por la complejidad mencionada anteriormente, la balanza entre riesgo / beneficio en este tipo de tratamiento es cuestionable y compleja. Dependerá de las circunstancias del individuo, del entorno social y cultural en el que viva y del que provenga, y del tipo de información sobre el tratamiento que se le haya proporcionado. Algunos de los riesgos más nombrados en la literatura son:

- Confusión, desorientación
- Perdida de memoria o amnesia corta que puede ser temporal y recuperable en un periodo máximo de 6 meses. También se dan casos de amnesia retrograda o larga que tiene relación directa con el tratamiento⁶. Sin embargo esta perdida de memoria no interviene con el funcionamiento mental o la formación de nuevas memorias o funciones cognoscitivas como la inteligencia.
- Fracturas, cefaleas
- Muerte que suele sobrevenir por complicaciones cardiovasculares con una mayor probabilidad en pacientes con dolencias cardíacas. Se estima que el índice es entre 1:1.000 y 1:10.000⁷. Algunos, consideran el riesgo menor que si se tratara con antidepresivos. Otros estudios dicen que el índice de mortalidad es de 2-4,5/100.000 sesiones⁸.

Para otros sin embargo, consideran la TEC como un tratamiento seguro y efectivo^{9,10}, especialmente para tratar depresión severa¹¹, con unos efectos secundarios menores que los producidos por la farmacología y con unos efectos mucho más rápidos¹².

Finalmente, hay autores que piensan que no hay contraindicaciones absolutas pero



que el tratamiento debería hacerse según la relación beneficio / riesgo¹³.

¿QUIÉN RECIBE LA TEC?

Son muchas las publicaciones científicas en Europa, EEUU, y Reino Unido que muestran un claro denominador común sobre el grupo de personas más candidatas a recibir este tratamiento: las mujeres, y especialmente las mayores de 65 años, tienen mas probabilidades que los hombres. Quizás por ello, éste sea otro factor por el que este tipo de tratamiento es tan polémico y complejo.

Por ejemplo, en Inglaterra, en 1999, 2.800 pacientes habían recibido TEC de los cuales 900 eran hombres y 1.900 mujeres. De los pacientes que recibieron este tratamiento, 44% de las mujeres y 36% de los hombres eran mayor de 65 años¹⁴.

En EEUU, se estima que alrededor de las 100,000 personas que reciben la TEC anualmente, la mitad tienen mas de 65 años, y 2/3 de ellos son mujeres¹⁵. Figuras

muy similares se dan también en Canadá, donde en torno a 10,000 personas que reciben anualmente la terapia, la gran mayoría son mujeres¹⁶.

CUIDADOS PSICOLÓGICOS ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO

Cuidados previos al tratamiento

Es muy importante cuidar el entorno físico donde se va desarrollar la técnica si se quiere cuidar el aspecto psicológico. Para ello, puede ayudar el hecho de que el tratamiento se pueda administrar en cualquier sala que esté dotada de aparatos de anestesia, urgencia y reanimación, no siendo necesario el quirófano. Ésta puede ser utilizado solamente para personas que inicialmente presenten grandes riesgos. Además, el paciente puede ir vestido con sus propias ropas, no debe llevar calzado, y debe evitar llevar prendas muy ajustadas. Con estas medidas se puede ayudar a crear un ambiente más relajado y confor-

table para el paciente, y así reducir los miedos y ansiedades que conlleva el tratamiento.

Se debe evitar el tiempo de espera, que el paciente vea a otros pacientes, que oiga ruidos sobre la terapia, que escuche comentarios (algunos desafortunados) de los profesionales. NO ASUMIR nunca que el paciente no se entera de nada debido al tipo de enfermedad que tiene.

También es fundamental PREPARAR psicológicamente al paciente para el tratamiento, especialmente en los momentos previos ya que suela sentir mucho miedo. Proporcionar seguridad, atender sus demandas, sobre todo HABLAR CON EL PACIENTE.

Para ello, sería importante que estuviese acompañado/a todo el tiempo con la misma enfermera, alguien con quien el paciente se sienta familiarizado, y pueda mantener un buen contacto proporcionando seguridad, tranquilidad con su presencia y pudiendo expresar sus sentimientos, miedos, desconfianzas etc. Así se conseguirá su cooperación y resultará menos duro y traumático para el propio paciente, y para el propio personal de enfermería. Por eso, es trascendental que la enfermera que lo va a cuidar se presente por su nombre, explique su función y así poder iniciar la relación terapéutica con el paciente creando un ambiente menos institucional y más familiar que, sin duda, ayudará al paciente.

La información también va a ser fundamental. Se le informará al paciente y a la familia sobre la técnica, riesgos, pruebas, preparación y efectos secundarios porque es importante la cooperación de ambos, y sobre todo para que el paciente pueda dar su consentimiento, ya que son muchas las veces en que los pacientes no están de acuerdo con que se les administre. Sin embargo por la complejidad de la enfermedad, en una gran mayoría de casos se necesita de órdenes judiciales para poder aplicarla. Ello resulta en que los pacientes sienten dañada su autoestima¹⁷, y lo vean como una forma de castigo y re-abuso¹⁸ debido a su comportamiento 'no normal' repercutiendo en el tiempo de recuperación de la enfermedad.

El médico será en teoría el encargado de hacerlo, pero por la presencia continuada de la enfermera en la unidad puede y debe resolver dudas del paciente y familiares de una forma sensible y apropiada.

Cuidados después del tratamiento

Después de haberse administrado el tratamiento, es importante no dejar al paciente solo en ningún momento hasta que se encuentre recuperado. El paciente se puede mostrar preocupado por falta de memoria. Hay que orientarle en el tiempo y espacio en el momento que se despierte, darle apoyo, tranquilizarle. El paciente necesita tranquilidad y saber que la enfermera está ahí. Fomentar y ayudar a la expresión de los sentimientos del paciente respecto al tratamiento para evitar procesos agresivos. Si esto ocurre, podría ser debido al miedo que siente, está desorientado y dentro de su mundo, es una respuesta "lógica" de defensa por sobrevivir.

En definitiva, una de las tareas del profesional de enfermería muy importante, y que a veces se ignora o no se es consciente de ello, es el descodificar la información que proporciona el paciente ya sea verbal como no verbal, y que nos ayudará a establecer las pautas de cuidado que el paciente necesita y requiere en cada momento. Para ello, es esencial observar las "señales", gestos o el lenguaje corporal que nos lanza el paciente. El hablar de lo ocurrido si él o ella lo desea. No evitar conversaciones que pueden producir ansiedad al personal de enfermería por no saber afrontarlos. Si la enfermera no se siente preparada por cualquier motivo, se lo explicará al paciente que siempre será mejor aceptado que dando una evasiva.

Finalmente, es importante que la enfermera se autoanalice e intente encontrar algún tipo de ansiedades, inseguridades o miedos que puedan aparecer y surgir, por el hecho de tener que cuidar a personas que sufren problemas mentales. Todo ello, puede no solo afectar la relación terapéutica con el paciente, sino que también puede afectar la calidad de los cuidados. Para solucionar esto, puede compartir estos miedos con otros profesionales o personas con la que pueda expresarse o simplemente buscar ayuda profesional, por ejemplo a la enfermera de enlace de salud mental, para aprender a como tratar y cuidar a este tipo de pacientes. La enfermera tiene que perder el miedo a pedir ayuda porque esto no solo ayudará al propio paciente, sino sobre todo a ella misma,

**Bibliografía**

1. Johnstone, L. *Users and abusers of psychiatry*. London: Routledge, 1999
2. Santisteban de Pablos H, Salorio del Moral P, Flores Bienert MD., Ortiz A. Terapia electroconvulsiva. Actuación del personal de enfermería. *Enf Científ*, 1993 Feb; 131:44-48
3. Sociedad Venezolana de Psiquiatría. Acción de la terapia Electroconvulsiva sobre los neurotransmisores y receptores sinápticos. Interacciones medicamentosas. [en línea] 2003; [fecha de acceso: 10 de abril 2003] Disponible en: <http://www.infomedonline.com.ve/psiquiatria/art46955.pdf>
4. OMH. Terapia electroconvulsiva. [en línea] 2000; [fecha de acceso: 10 de abril 2003] Disponible en: http://www.Omh.state.ny.us/omhuved/spransite/ect_sp.htm
5. Urricelqui Chasco A, García del Valle Méndez G, Garaioa Zuza R, y García Devora B. Terapia electroconvulsiva (TEC): indicaciones y contraindicaciones. Actuación de enfermería". *Rev Rol Enf*, Nov 2000, 23(11): 773-775
6. Sackeim, H.A. The cognitive effects of electroconvulsive therapy. En: Moos, W.H; Gamzu, E.R, and Thal, L.J. eds. *Cognitive Disorders: Pathophysiology and treatment*. New York: Marcel Dekker; 1992, pp. 183-228
7. Maddison, D. y Kellehear, K.J. *Psychiatric Nursing*, 5^a edición. London: Churchill Livingstone, 1982.
8. Jerez Rojas, R. y Laguna Parras, JM. Protocolo de cuidados de enfermería en la terapia electroconvulsiva. *Inquietudes III*; 1997 ene. (7): 17-20
9. Lothar, B. Y Kalinowsky, H.D. "Terapias Convulsivas". En: Dir: A.H. Freedman, H.I. Kaplan, B.I. Sadock. *Tratado de psiquiatría*. Ed. Salvat 1982, pp:2166-2173
10. Butchan, H. Et al. Who benefits from electroconvulsive therapy? Combined results of the Leicester and Northwick Park trials. *British Journal of Psychiatry*, 1992; 160, pp355-359
11. Braslow, J.T. History and evidence-based medicine: lessons from the history of somatic treatments from the 1900s to the 1950s [en línea]. 2000 [fecha de acceso: 24 de julio de 2000]. Disponible en: http://newssearch.bbc.co.uk/hi/english/health/newsid_460000/460864.stm.
12. Goldman, H.H. *Review of general psychiatry*, 4th edition. London: Prentice hall internationals, inc. 1995
13. Granero Lázaro A, Arredondo Fernández A, Bleda G. F. Guía de actuación para el paciente tratado con terapia electroconvulsiva. *Metas de enfermería*. Feb 2002; VI(42): 33-37
14. BBC News. Thousands receive electric shock treatment. [en línea] 1999; [Fecha de acceso: 24 de julio 2000] Disponible en: http://newssearch.bbc.co.uk/hi/english/health/newsid_460000/460864.stm
15. Breeding, J. Chapter 9 – electroshock. [en línea] 2000; [fecha de acceso: 27 de julio 2000]; Disponible en: <http://www.wildestcolts.com/mental-health/shock.html>
16. Mental Health Law. Electrashocking elderly: another psychiatric Abuse.[en línea] 2000 [fecha de acceso: 27 de julio de 2000]; Disponible en: <http://www.mentalhealthlaw.co.uk/ect.htm>
17. Skrabanek, P. Convulsive therapy - a critical appraisal of its origins and values. *Irish medical Journal*. 1986 june; 79(6) pp 157-165

De la identificación de problemas enfermeros a la gestión de los cuidados

Objetivos

- 11.- Identificar los problemas que atienden las enfermeras en los pacientes de la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.
- 21.- Ajustar los problemas identificados a los categorías diagnósticas de la NANDA de la XIV Conferencia de Orlando del año 2000.

Metodología

1ª Fase: Identificación de problemas en las necesidades de oxigenación y regulación de la temperatura, eliminación, higiene, comunicación, alimentación y sueño, que detectan y resuelven las enfermeras de la Unidad de Reanimación, mediante la Técnica de Grupo Nominal.

2ª Fase: Asignación de las etiquetas diagnósticas de la NANDA, a los problemas identificados.

Ambito de estudio: Unidad de Enfermería de Reanimación del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Sujetos de estudio: Diagnósticos de enfermería de la NANDA.

Criterios de inclusión: Enfermeras expertas con más de 5 años de experiencia asistencial.

Resultados

Se identificaron 63 problemas y se relacionaron con 39 diagnósticos enfermeros.

Conclusiones

Implicarnos en la gestión de cuidados es la oportunidad que tenemos para demostrar la contribución de la profesión al cuidado de la salud, y asegurar que los servicios enfermeros responden a las expectativas y necesidades de los enfermos, a la vez que contribuyen al desarrollo profesional de la enfermería.

Introducción

La mejora de la gestión de los cuidados enfermeros, es uno de los grandes retos que tenemos las enfermeras españolas, para la contribución de los objetivos sanitarios del siglo XXI.

AURORA QUERO RIBÁN *

PRESENTACIÓN GÁLVEZ HERNÁNDEZ **

GEMMA PÉREZ ROMERO ***

Mª JOSÉ NAVARRETE CAMPOS ***

AMPARO ALCALDE PALACIOS ****

* Enfermera, Profesora de la E.U.E. Virgen de las Nieves de Granada

** Enfermera, Jefe de Bloque del Hospital de Traumatología y Rehabilitación de Granada

*** Enfermera de la Unidad de Reanimación del Hospital de Traumatología y Rehabilitación de Granada

**** Enfermera, Responsable de Formación del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

La ordenación de la actividad enfermera se orienta hacia la mejora de la calidad de la práctica profesional. Para ello, una aportación básica a la gestión de cuidados es la sistematización del proceso de atención enfermera. En este contexto se enmarca el presente estudio.

Los Diagnósticos de Enfermería (DE) surgen en EE.UU. en los años cincuenta, con la aspiración de diferenciar la enfermería de la medicina, siendo V. Henderson (1955) y F. Abdellah (1960) los que impulsaron el desarrollo de programas para enfermeras en función de las necesidades de los pacientes y los problemas de enfermería (1).

Los problemas enfermeros, o diagnósticos enfermeros (DE) tratan de delimitar hechos y fenómenos, por tanto áreas de conocimientos de competencia exclusiva de las enfermeras (Carpenito, 1990) (2).

La identificación, validación, estandarización y clasificación de los problemas de salud susceptibles de ser tratados principalmente por enfermeros, es una tarea que acaba de empezar y que requiere un esfuerzo constante. La taxonomía diagnóstica de la NANDA es un instrumento útil que necesita, no obstante ser, validado y reformulado. A través de su utilización frecuente en la práctica diaria, adquirirá la pertinencia, utilidad y exactitud precisa para ser el instrumento común (3).

Con este trabajo estudiamos la aplicabilidad de los DE de la NANDA en el desarrollo de la práctica asistencial de la Unidad de Reanimación y así, hacer extensiva la idea de que todas las enfermeras se encuentran implicadas en el desarrollo diagnóstico y en su clasificación (4).

En 1990 se aprueba por la NANDA la siguiente definición del Diagnóstico enfermero reconocido internacionalmente: Al diagnóstico

RESUMEN

Introducción

La mejora de la gestión de los cuidados enfermeros, es uno de los grandes retos que tenemos las enfermeras españolas, para la contribución de los objetivos sanitarios del siglo XXI. La ordenación de la actividad enfermera se orienta hacia la mejora de la calidad de la práctica profesional. Para ello, una aportación básica a la gestión de cuidados es la sistematización del proceso de atención enfermera. En este contexto se enmarca el presente estudio.

Los problemas enfermeros, o diagnósticos enfermeros (DE) tratan de delimitar hechos y fenómenos, por tanto áreas de conocimientos de competencia exclusiva de las enfermeras (Carpenito, 1990). El objeto de este trabajo es conocer la aplicabilidad de los DE de la NANDA en el desarrollo de la práctica asistencial de la Unidad de Reanimación.

de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera* (5).

Para cada paciente debe elaborarse un plan de cuidados que incluya la definición de diagnóstico enfermero u otros problemas de salud (problemas interdependientes). (6)

Objetivos

- 11.- Identificar los problemas que atienden las enfermeras en los pacientes de la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

21.- Ajustar los problemas identificados a los categorías diagnósticas de la NANDA de la XIV Conferencia de Orlando del año 2000.

METODOLOGÍA

Diseño:

1^a Fase: Identificación de problemas que detectan las enfermeras de la Unidad de Reanimación.

2^a Fase: Adjudicación de las etiquetas diagnósticas de la NANDA, a los problemas identificados.

Ámbito de estudio: Unidad de Enfermería de Reanimación del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Sujetos de estudio: Diagnósticos enfermeros de la Taxonomía II de la NANDA.

Criterios de inclusión: Enfermeras expertas con más de 5 años de experiencia asistencial.

Se utilizó la Técnica de Grupo Nominal (TGN) (7), para la identificación de problemas enfermeros que se alteran en las necesidades de Oxigenación y regulación de la temperatura, Eliminación, Higiene, Comunicación, Alimentación y Sueño. Las preguntas seleccionadas corresponden al modelo de Virginia Henderson. De las catorce necesidades básicas que ella identifica, seleccionamos estas seis, porque reflejan los componentes bio-psico-social, cultural y espiritual de las personas (8).

El desarrollo de la misma se llevó en dos etapas bien diferenciadas.

1^a fase: Identificación de problemas.

Se estudió el problema y se seleccionó la información que había sobre él; a continuación se determinaron las seis necesidades básicas sobre las que se discutirían los problemas enfermeros habituales en la práctica diaria, relacionados con cada una de ellas.

Fueron estas:

- 1º Oxigenación y regulación de la temperatura.
- 2º Eliminación.
- 3º Sueño-Descanso.
- 4º Higiene.
- 5º Comunicación.
- 6º Alimentación.

Los participantes en la TGN, fueron tres enfermeras expertas con más de 5 años de trabajo en la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada; Hospital de Traumatología y Rehabilitación.

Previamente se contactó con ellas para formar el grupo, confirmando fecha, lugar de la

reunión y la hora (en el cambio de turno de la mañana y la tarde).

El grupo fue guiado por una enfermera con experiencia en esta técnica que dirigió la discusión de forma estructurada.

Se les explicó brevemente en qué consistía y se plantearon las 6 preguntas, de una en una, en voz alta, sin dar ningún ejemplo como respuesta.

Para la generación de ideas, los participantes registraron las respuestas sin comentar nada entre ellas, tras una reflexión individual de 10 minutos por cada pregunta formulada.

En una segunda fase, y una vez finalizada la ronda de preguntas, cada una de las participantes expuso su primera opinión. Se efectuaron tres rondas hasta que todas las enfermeras agotaron las ideas anotadas, que fueron recogidas en unos paneles de papel situados en una de las paredes de la habitación donde se realizó la técnica.

Se procedió a su clasificación, tras haberle dado todas las participantes el mismo significado a los enunciados; esto se consiguió cuando cada participante explicó a las demás el sentido de las respuestas, fusionándose con otras ya escritas en el panel. También se separaron algunas porque contenían varias ideas que correspondían a respuestas ya dadas.

Todo ello se llevó a cabo con el consenso del grupo, ya que en caso contrario la técnica quedaría invalidada o los resultados hubieran carecido de rigor metodológico.

Por último se recogieron los paneles con los 63 problemas detectados por el grupo, agraciendo la participación a las enfermeras y cerrando la sesión.

2^a fase: Etiquetado de los problemas identificados.

La coordinadora de la técnica, asignó los problemas identificados, a los diagnósticos enfermeros.

Los criterios utilizados fueron, o bien los que se habían nombrado como categoría diagnóstica, ("hipotermia", "hipertermia", "deterioro de la deglución", "dolor", "temor"...), los que eran características definitorias, ("escaras", "anuria", "ruido"...), o los relacionados con factores de riesgo, ("sonda nasogástrica", "cámaras pequeñas", "tráqueotomía"...).

RESULTADOS

Las tablas I-VI recogen los 63 problemas identificados en la TGN.

En las tablas VII-XII se relacionan los 39 diagnósticos enfermeros asignados a los 63 problemas detectados.

Tabla I.-PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR LAS ENFERMERAS EN LA TGN

PREGUNTA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
OXIGENACIÓN Y REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA	1.-Disminución de la saturación de oxígeno (cianosis) 2.-Hipoxia por hipoventilación 3.-Edema por intubación 4.-Ventilación mecánica 5.-Hipertermia (autotrasfusión y trastusión) 6.-Hipotermia (acto quirúrgico) 7.-Secreciones por tubo endotraqueal y sin él 8.-Hiperventilación 9.-Tráqueotomía 10.-Secreciones por intervención maxilofacial 11.-Infección

CONCLUSIONES

Las implicaciones de las enfermeras en la gestión de cuidados pasa por requerir esfuerzos importantes. Pero es la oportunidad que tenemos para demostrar la contribución de la profesión al cuidado de la salud, y asegurar que los servicios enfermeros responden a las expectativas y necesidades de los enfermos, a la vez que contribuyen al desarrollo profesional de la enfermería.

Es una característica de todas las profesiones tener un lenguaje común y será a través de los DE como las enfermeras evaluarán su práctica profesional. Además de conocer el impacto que los cuidados tienen en los resultados esperados para el paciente. Sin olvidar, que la participación del paciente es fundamental, puesto que sus hábitos, actitudes y valores, marcarán las decisiones de cuidados que se tomen.

Tabla II.-
PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR LAS ENFERMERAS EN LA TGN

PREGUNTA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
ALIMENTACIÓN	1-Nauseas y vómitos 2-Dificultad en la deglución 3-Diabetes 4-Sondas, nasogástrica, parenteral y enteral 5-Intubación 6-Aspiración (riesgo) 7-Deterioro de la mucosa oral 8-Traqueotomía 9-Falta de prótesis dentaria

Tabla III.-
PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR LAS ENFERMERAS EN LA TGN

PREGUNTA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
ELIMINACIÓN	1-Sondaje vesical 2-Disuria 3-Infección por sondaje. 4-Pañales: 5-Anuria. 6-Poliuria (diabetes insípida). 7-Vómitos. 8-Escaras. 9-Retención urinaria. 10-Disminución volumen de orina 11-Drenajes intervenciones traumatólogicas. 12-Secrecciones. 13-Líquido cefalorraquídeo 14-Heces

Tabla IV.-
PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR LAS ENFERMERAS EN LA TGN

PREGUNTA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
SUEÑO DESCANSO	1-Confusión temporo-espacial postanestésica 2-Espacio físico común y cerrado (Poco espacio entre cama y cama) 3-Dolor 4-Luz artificial 5-Camas pequeñas 6-Instrumentos: monitores, carros... 7-Incesante actividad sanitaria 8-Ruidos 9-Demencia 10-Inseguridad 11-Miedo a permanecer en la unidad 12-Somnolencia

Tabla V.-
PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR LAS ENFERMERAS EN LA TGN

PREGUNTA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
HIGIENE	1-Dolor 2-Movilizaciones 3-Inseguridad (alteración de la imagen corporal: amputaciones) 4-Falta de intimidad (no aislamiento) 5-Cura de heridas zona quirúrgica 6-Aseo de boca y traqueotomía 7-Hábitos y cultura del paciente 8-Falta de autonomía de los pacientes 9-Cambios posturales

Tabla VI.-
PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR LAS ENFERMERAS EN LA TGN

PREGUNTA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
COMUNICACIÓN	1-Tendencia al sueño (medicación) 2-Dificultad de comunicación por no estar con la familia 3-Imposibilidad de hablar (traqueotomía) y de escribir (maxilofacial, neurología) 4-Desconocimiento del idioma 5-Enfermedades mentales 6-Comunicación no verbal 7-Lenguaje utilizado por el personal de enfermería 8-Ansiedad 9-Desorientación 10-Como

Tabla VII.-
DIAGNÓSTICOS ENFERMERO ASIGNADOS

PREGUNTA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
OXIGENACIÓN Y REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA	1-00005-Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal 2-00006-Hipotermia 3-00007-Hipertermia 4-00030-Deterioro del intercambio gaseoso 5-00031-Limpieza ineficaz de las vías aéreas 6-00032-Patrón respiratorio ineficaz 7-00036-Riesgo de asfixia 8-00004-Riesgo de infección 9-00029-Disminución del gasto cardíaco

Tabla VIII.-
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS ASIGNADOS

PREGUNTA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
ALIMENTACIÓN	1.- 00103-Deterioro de la deglución 2.- 00039-Riesgo de aspiración 3.- 00134-Náuseas 4.- 00045-Deterioro de la mucosa oral 5.- 00102-Déficit de autocuidados para alimentarse

Tabla IX.-
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS ASIGNADOS

PREGUNTA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
ELIMINACIÓN	1.- 00016-Deterioro de la eliminación urinaria 2.- 00021-Incontinencia urinaria total 3.- 00023-Retención urinaria 4.- 00110-Déficit de autocuidados en el uso del orinal o la cuña 5.- 00118-Trastorno de la imagen corporal 6.- 00028-Riesgo de déficit de volumen de líquidos 7.- 00025-Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

Tabla X.-
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS ASIGNADOS

PREGUNTA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
HIGIENE	1.- 00047-Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 2.- 00067-Riesgo de sufrimiento espiritual 3.- 00109-Déficit de autocuidado: baño/higiene 4.- 00109-Déficit de autocuidado: vestido/arreglo personal 5.- 00120-Baja autoestima situacional 6.- 00132-Dolor agudo

Tabla XI.-
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS ASIGNADOS

PREGUNTA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
COMUNICACIÓN	1.- 00051-Deterioro de la comunicación verbal 2.- 00148-Temor 3.- 00145-Riesgo de síndrome postraumático 4.- 00131-Deterioro de la memoria 5.- 00147-Ansiedad ante la muerte

Tabla XII.-
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS ASIGNADOS

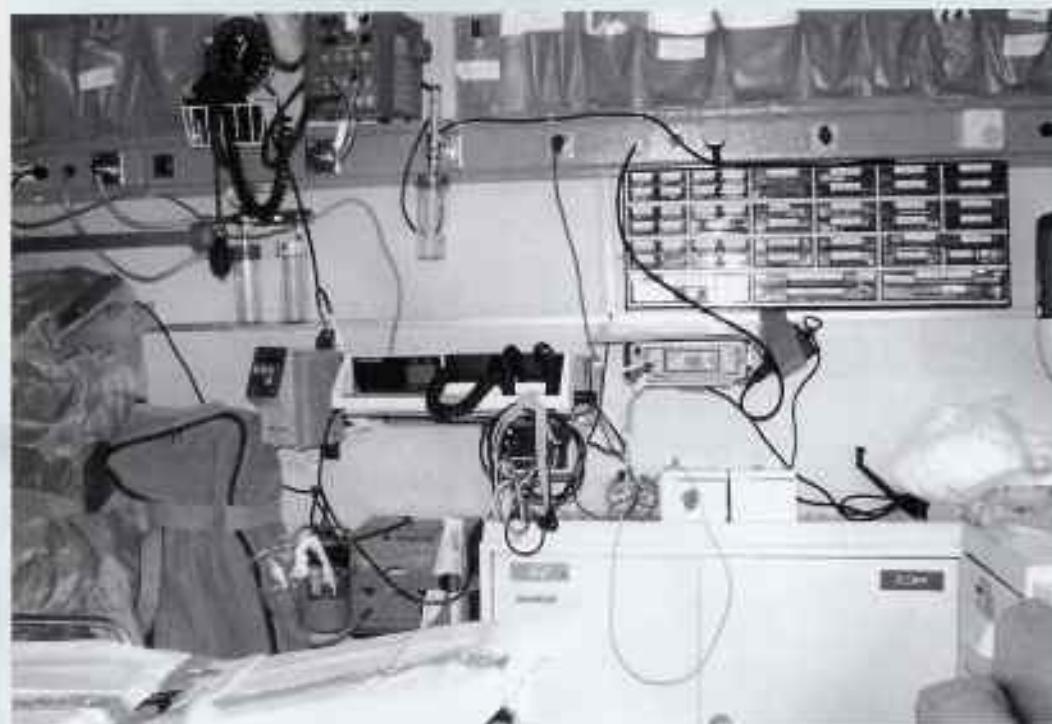
PREGUNTA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
SUEÑO DESCANSO	1.- 00095-Deterioro del patrón de sueño 2.- 00128-Confusión aguda 3.- 00125-Riesgo de impotencia 4.- 00155-Riesgo de caídas 5.- 00060-Interrupción de los procesos familiares 6.- 00122-Trastorno de la percepción sensorial 7.- 00130-Trastorno de los procesos de pensamiento

(*) Las etiquetas están adaptadas a los códigos de la nueva Taxonomía II

Bibliografía

- Quero Rufán, A. El diagnóstico de enfermería: una aproximación a la realidad española. *Index de enfermería*. 1995, año IV, n1 12-13, pp 24-28.
- Carpenito, L. J. Diagnóstico de enfermería. 50 edición. Madrid. 1995. Interamericana.
- Quero, A., Ramírez, M. D., Aguilera, M. y Guarnido, E. Validación de la Taxonomía Diagnóstica de la NANDA en una Unidad de Psiquiatría y Salud Mental. *Garnata* 91. 1997, n111, pp 27-37.
- Diagnósticos Enfermeros De la NANDA. Definiciones Y Clasificación 2001-2002. Harcourt. Madrid. 2000.
- McCloskey, J. C., Bulechek, G. M. et al. Proyecto de Intervenciones de Enfermería (ICIE). Nursing Interventions Classification (NIC). 20 edición. Editorial Síntesis. Madrid. 1999.
- Quero, A. El paciente con problemas urológicos. Valoración. En: Esperanza Reyón (Dir). Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica (Volumen II). Editorial Síntesis. Madrid. 2001. Pp: 629-637.
- Técnica de Grupo Nominal. Resultados del proyecto de investigación PROINTEC. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 1999.
- Luis, M. T., Fernández, C. y Navarro M. T.: De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 20 edición. Masson. 2000.

La Psicoprofilaxis quirúrgica, una gran oportunidad de la enfermería de anestesia



Material y métodos: Revisión bibliográfica sobre 479 direcciones URL en Internet, relacionadas con Psicoprofilaxis.

Conclusión: A pesar de numerosos estudios, entre ellos de Enfermería, que demuestran los beneficios tangibles de la Psicoprofilaxis Quirúrgica, la falta de personal, tiempo real y la identificación de la IQ, son las principales objeciones a su introducción dentro del protocolo quirúrgico.

Palabras Clave: Cuidados de Enfermería. Psicoprofilaxis Quirúrgica. Ansiedad. Stress.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es concienciar a la Enfermería de Anestesia, y al resto de profesionales, incluidos los Gestores Sanitarios, de los beneficios que supone la integración de la psicoprofilaxis quirúrgica dentro del protocolo quirúrgico.

La tendencia sanitaria que presenta el futuro es la un paciente, usuario, con libertad de elección del Centro Sanitario.

Ya existe una tendencia a la "competitividad" entre los Centros Sanitarios, para poder ofrecer el mejor producto sanitario posible. Cada centro tendrá que saber "vender su producto sanitario". Todo esto es la base del Marketing Sanitario. Uno de sus objetivos es la satisfacción de los usuarios, y ésta se refleja en el trato humano que reciben.

El trato humano es el factor clave en la evaluación que va a realizar el usuario, y constituye, uno de los grandes problemas para "vender" el producto sanitario. Encuestas determinan que el 80% de los pacientes guardan más recuerdo de su entorno, que la propia asistencia sanitaria recibida (1), y en lo que se refiere a Enfermería, ésta debe saber "vender" el producto enfermero, que lo constituyen los Cuidados de Enfermería.

SAN GASPAR, INÉS
Enfermera. Diputación General de Aragón.
MUNIZ BASQUE, JAVIER
Profesor. Universidad de Pensilvania.

RESUMEN

Objetivo: Reflexionar sobre la gran oportunidad que tienen las enfermeras de Anestesia, de englobar la Psicoprofilaxis quirúrgica, como Cuidado de Enfermería dentro del protocolo quirúrgico.

Introducción: La Psicoprofilaxis quirúrgica es un procedimiento preventivo de terapia breve, que ayuda a optimizar los recursos psicológicos del paciente y de su familia, con el fin de atravesar una cirugía, con el mayor estado de equilibrio emocional posible.

Su utilización produce beneficios al paciente, profesionales Sanitarios y a los Gestores Sanitarios. a) A los Gestores Sanitarios, porque optimiza el resultado de las cirugías, (menor tiempo postoperatorio en diferentes áreas, facilita la rehabilitación y disminuye el periodo y la administración de drogas). b) A los profesionales sanitarios, porque se produce una continuidad en los cuidados de Enfermería en diferentes áreas, (Hospitalización, URPA, Quirófano, UCI...) y la difusión de las resultados, mejora los Cuidados de Enfermería. c) Y a los pacientes, porque se acorta la estancia hospitalaria, hay una mejora en la recuperación orgánica y psicológica de los pacientes intervenidos, y éstos, expresan una mayor satisfacción, al establecer una visión real de la experiencia quirúrgica, (objetivo del "Marketing Sanitario").

La mejor forma de acercar a los profesionales y usuarios, es mejorando la información que tienen los usuarios, incidiendo primero, en la adecuada educación de los profesionales sanitarios. El usuario, (paciente), debe conocer el proceso por el cual tiene que transcurrir su estancia, para así valorarlo de forma correcta.

En el caso de que el paciente sea sometido a una intervención quirúrgica programada, (a partir de ahora llamada IQP), bien para el tratamiento o curación de su patología, es necesario el ingreso en el Centro Hospitalario unos días antes de su intervención, siguiendo el diagrama general de circulación de los pacientes quirúrgicos.

La IQP es considerada por los profesionales sanitarios como una "función operacional", donde se deben de efectuar un número de tareas precisas, con una determinada "capacidad técnica", de los distintos profesionales sanitarios (2). Pero para los pacientes, la IQP, es una situación psicológica peligrosa. La incidencia de las ansiedades básicas es una constante en todas las intervenciones quirúrgicas (3). Las personas se introducen en un mundo desconocido; sus relaciones sociales, familiares, laborales y económicas se ven afectadas y se les priva de intimidad. Existen pacientes que tienen una visión realista de su experiencia quirúrgica, con un grado moderado de ansiedad, (adaptación psicológica normal), y que presentan una buena evolución postoperatoria. Por el contrario, los pacientes que presentan una adaptación psicológica anormal en el pre-operatorio, bien sea de tipo físico, (insomnio, mal control del dolor con analgésicos...) o psicológicos, (problemas de relación con el personal sanitario, agresividad...), presentan mayores dificultades en su buena evolución clínico-quirúrgica (4).

Para mejorar la recuperación psicológica y orgánica de los pacientes quirúrgicos, se dispone de diferentes recursos manipulables:

- las medidas ambientales,
- la empatía en la relación médico-paciente,
- las diferentes modalidades de psicoterapia y psicoprofilaxis, y los
- Cuidados de Enfermería (5).

La Psicoprofilaxis Quirúrgica, (PSQ), es un procedimiento preventivo de terapia breve,

que ayuda a optimizar los recursos psicológicos del paciente, y su familia con el fin de atravesar una cirugía, con el mayor estado de equilibrio emocional posible.(6)

Pretende identificar las necesidades psicológicas, (reales y potenciales), del paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente, e integrarse dentro del protocolo quirúrgico como Cuidado de Enfermería de Anestesia.

Esta identificación de las necesidades psicológicas se realiza por medio de una visita pre-operatoria de Psicoprofilaxis por parte de Enfermería de Anestesia en su defecto por la Enfermera de URPA ó de Quirófanos, de forma complementaria a la visita pre-anestésica del Servicio de Anestesia.

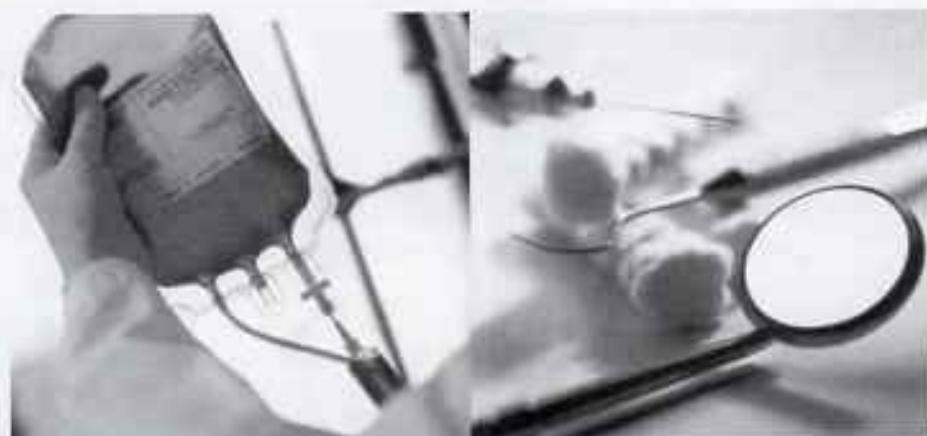
MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica sobre 479 direcciones URL en Internet en diciembre de 2001. El método utilizado para la localización y extracción de la información ha sido a través del buscador general google en castellano: <http://www.google.es>, introduciendo la palabra "Psicoprofilaxis Quirúrgica".

Se utiliza un Ordenador Personal Intel

Las principales limitaciones para su expansión y maduración son:

- Los Gestores sanitarios, porque a pesar de los estudios (8,9) que demuestran los beneficios en términos económicos, (optimiza el resultado de las cirugías, acorta la estancia hospitalaria, etc...), siguen manteniendo las limitadas plantillas del personal de Enfermería y la falta de Organización Interna (10), siendo necesaria una continuidad en los Cuidados en diferentes Áreas Hospitalarias.
- La propia Enfermería.
- Falta de un Colectivo reconocido de Enfermería de Anestesia integrado dentro del Servicio de Anestesia.
- Limitación en el número de personal, lo que supone una sobrecarga en el trabajo, (físico y psicológico), y acumulación de stress en cada intervención quirúrgica, (una Enfermera de Anestesia por cada dos quirófanos).
- La indiferencia de la Administración ante nuestro colectivo y ante "nuevas formas de organización", que pretenden una mejora en el proceso quirúrgico y por lo tanto, para el propio Centro Hospitalario



Pentium II conectado a Internet Explorer, una impresora hp Deskjet 695C y un escáner hp 4470c.

CONCLUSIONES

- Escasa documentación sobre Psicoprofilaxis quirúrgica en la Red debido a su lento desarrollo e incorporación dentro de los circuitos quirúrgicos en los

Centros Hospitalarios (7).

(11), y...

- Falta de motivación del Personal de Enfermería.
- La creencia generalizada en la sociedad, de que la intervención quirúrgica es un acto independiente que no tiene prolongaciones de tiempo a ambos lados. El apoyo físico, (la administración de fármacos, cobertura de las necesidades básicas, etc...), debe complementarse con el apoyo psicológico. Ambas favorecen la recuperación orgánica y psicológica de los

pacientes intervenidos, y éstos, expresan una mayor satisfacción, al establecer una visión real de la experiencia quirúrgica, uno de los objetivos del "Marketing Sanitario".

Por qué debe ser realizada por el Personal de Enfermería de Anestesia.

- En primer lugar porque Enfermería es el miembro sanitario, junto a la Auxiliar de Enfermería, que tiene una relación más estrecha y continuada con el paciente. Establece con ellos, una relación secundaria con predominio de relaciones primarias, y le administra los cuidados necesarios para superar la enfermedad, las veinticuatro horas, todos los días del año.
- En segundo lugar, porque Enfermería es el miembro del equipo quirúrgico que cuida de la integridad física y psicológica del paciente.
- Y en tercer lugar, porque en la "práctica ideal" de las funciones de la Enfermera de Anestesia, permitiría la administración de unos cuidados que cubrirían las necesidades reales y potenciales del paciente.

• Nos falta recordar muchas veces que los pacientes que recibimos sienten, hay que ayudarles a expresar sus sentimientos para intentar superar la ansiedad que produce una intervención quirúrgica, y en definitiva, su enfermedad.

- Para poner en práctica la Psicoprofilaxis quirúrgica es necesario un compromiso compartido por parte de los Profesionales Sanitarios y de la Administración.

AGRADECIMIENTOS

Con cariño a mis padres y mi hermana; a mis amigos con quienes libero muy a menudo mis tensiones del trabajo; a mis compañeras de trabajo: Cristina Alonso, Eva Campillo, Marta Sahún, Belén Maicas, Beatriz Jiménez, Nélida Rabal por lo que todas sabemos...; y a Alfonso Martínez por recordarme muchas cosas.

Para todos ellos, gracias.

Bibliografía

- (1,2,9,10) Navarro, L. González, Ma L.
Pastor, A. C. Alonso, I. Martín, J. Queralt,

C. Gestión de Instituciones Sanitarias. Mira Ed.1990, 228 y 286-289.

- (3,7) Mardarás, E. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. 1980. Disponible en: URL: <http://www.r01.readysoft.es/index.html>

- (4,5) Giacomantonio, E. Mojón, A. Estrés quirúrgico y Ansiedad.. Criterios para su manejo terapéutico. (publicación online). Agosto de 2000: (7 pantallas), Disponible en URL: <http://www.gador.com.u/lyd/ansie2/quiru.htm>

- (6) Huñen, C. Psicoprofilaxis Quirúrgica, ¿es bueno pedir ayuda?. (publicación online). Diciembre de 2001: (3 pantallas). Disponible en URL: <http://www.sitioBebe.htm>

- (8) Rubio, M. C., Arrieta, M. B., Clemente, P.A., Tobejas, J.J. Psicoprofilaxis Quirúrgica en ginecología. (Publicación online). Septiembre de 1998. (8 pantallas). Disponible en URL: <http://www.docb.es/index/consulta.htm>

- (11) Baudy, F. Gestión del Mantenimiento. Ed. AENOR 1999, 79-81.



Enfermería Clínica Avanzada en Anestesia Reanimación y Terapia del Dolor

ANTONIA CASTRO PÉREZ
COORDINADORA DE ASEEDAR-TD
HOSPITAL DE BELLVITGE



Reflexiones ante la situación actual

Desde el punto de vista histórico, la especialización en el ámbito de la enfermería no es un fenómeno nuevo, igual que ocurre en otras profesiones, se requieren profesionales con conocimientos más amplios y profundos que no pueden obtenerse únicamente mediante un programa básico.

A continuación haré referencia a dos preguntas extraídas de un documento elaborado por el Consejo Internacional de Enfermeras, durante uno de sus últimos encuentros (Londres, 1999):

Es la enfermería una profesión en transición, que evoluciona con ritmos variables, hacia un orden y una coherencia más universales?

Acaso está destinada por su misión particular, sus diferentes circunstancias o por una falta de estímulo unificador y carencia de identidad, a mantenerse en un estado de fragmentación y diversidad?

Si reflexionamos sobre las mismas, realmente se ajustan a nuestra realidad, somos una profesión en un período de transición largo y tedioso, pero en continua búsqueda de un orden y una coherencia más universal.

Sin embargo la carencia de identidad y el estado de fragmentación y diversidad es lo que más nos caracteriza.

Desde el año 1.977 donde se produjo una

importante reforma educativa, incorporando los estudios a la universidad, existe una importante fragmentación del colectivo, las/os que hicimos la convalidación a D.E., los que no la hicieron (1.400 A.T.S.), los que hicimos especialidades y los que no: del total del 30% de D.E. especialistas, de ellos únicamente un 13 % trabaja en su especialidad, un 58% trabaja en una especialidad distinta a la suya, y un 94 % de especialistas, trabajan como no especialistas.

Estos resultados muestran un acusado nivel de desarraigo, entre la especialidad y la práctica profesional, por un lado el escaso aprovechamiento del potencial de recursos de especialistas ya existentes y por otro en el de ocupación de no especialistas en áreas especializadas.

Sin duda este hecho evidencia una falta de interés de nuestro Sistema Sanitario y un verdadero problema en la tan cacareada optimización de la utilización de recursos y como no, en la calidad de la atención prestada.

La ciencia enfermera, el rol autónomo, no son más que teorías, que no siempre se pueden aplicar a la práctica, estamos en un engranaje, que todos dependemos de todos, la mayoría de decisiones han de ser compartidas por el equipo de trabajo, por lo tanto la palabra UNIFICAR es significativamente importante para nuestra profesión.

Unificar titulación, unificar criterios en los planes de estudio, adecuándolos a las necesidades reales y unificar y regularizar la presencia y actividad de la enfermera de anestesia, reanimación y terapia del dolor en todos nuestros hospitales y en todas las áreas, donde está más que justificada su labor asistencial, pues el desconocimiento en ocasiones de los que gestionan, nos puede abocar a situaciones de deterioro en la calidad asistencial.

Es difícil pretender la excelencia profesional, cuando el Sistema Sanitario no nos pone todos los medios a nuestro alcance, las instituciones han de proveer todos los recursos necesarios para que podamos ofrecer calidad y el profesional tiene que tener una idoneidad con su puesto de trabajo, saber cuáles son sus competencias y exigirle una preparación y puesta al día de sus conocimientos.

Numerosos estudios demuestran que falta enfermería especializada, la mayoría de nosotras/os ya somos especialistas de hecho, no de derecho, como Asociación vamos a seguir intentándolo, como profesionales hemos de seguir formándonos, pues tenemos un compromiso personal con el paciente y con la sociedad en general.

Referencias bibliográficas:

- Estudio de la situación de la Enfermería en España. Consejo General y Ministerio de Sanidad y Consumo 1992.
- Especialidades de enfermería. Una nueva era.Dic. Reunión plenaria, Consejo Asesor de Sanidad 1998.
- Consejo General de Enfermería. Documento sobre el desarrollo de las Especialidades de enfermería 2002.

Celebrado en Santiago el XVI Congreso Nacional de la Asociación Española de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor



9, 10 Y 11 DE OCTUBRE DE 2002 EL XVI CONGRESO AVANZÓ EN EL CAMINO HACIA LA ESPECIALIZACIÓN

Las últimas novedades en el campo de la Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor fueron abordadas a lo largo de tres días en el XVI Congreso anual que nuestra organización celebró en Santiago de Compostela. Un congreso que estuvo marcado por el elevado nivel científico de

las aportaciones y por el ambiente de cordialidad profesional.

La capital de Galicia, sede de una Universidad cinco veces centenaria y de amplio prestigio en el terreno de la Sanidad, sirvió, pues, de escenario para

este encuentro en el que la participación llegó al record de 398 congresistas y en el que se analizó la necesidad del reconocimiento de nuestra especialización.

En el acto inaugural estuvo presente el alcalde de la ciudad, Xosé Antonio Sánchez Bugallo, y representantes de la Universidad compostelana, la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia y otras autoridades, así como la presidenta de nuestra Asociación, María Victoria Dato.

La presidencia del Congreso recayó en Jesús Mallou López, supervisor de Urgencias del Hospital de Conxo. Es de destacar la participación en las tareas

organizativas de nuestra compañera Inés Martínez, aquojada de una grave enfermedad que, desgraciadamente, acabaría con su vida pocos días después.

La conferencia inaugural corrió a cargo del doctor Ángel M. Carracedo Álvarez,

catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Santiago. En el Congreso fueron abordadas 6 ponencias. La primera sobre los aspectos psicológicos de los cuidados al paciente quirúrgico, a cargo de Teresa Peleteiro Fernández. Miguel



Camino, de la Unidad de Anestesia y Reanimación del Hospital Clínico de Santiago expuso su ponencia sobre "Decubito prono", en una sesión en la que se trataron distintos protocolos y cuidados relacionados con pacientes quirúrgicos. También se trató sobre los Recuperadores de Sangre, en una ponencia leída por María Dolores Gómez. El Congreso concluyó con una ponencia titulada "Conocer otras realidades", a cargo de Dolores Sánchez y la antes mencionada Inés Martínez, que explicaron sus experiencias de cooperación humanitaria con los refugiados saharauis en los campamentos de Tinduf.

En total fueron 22 las comunicaciones presentadas. En el apartado de la participación destacó también la presentación de 33 posters.

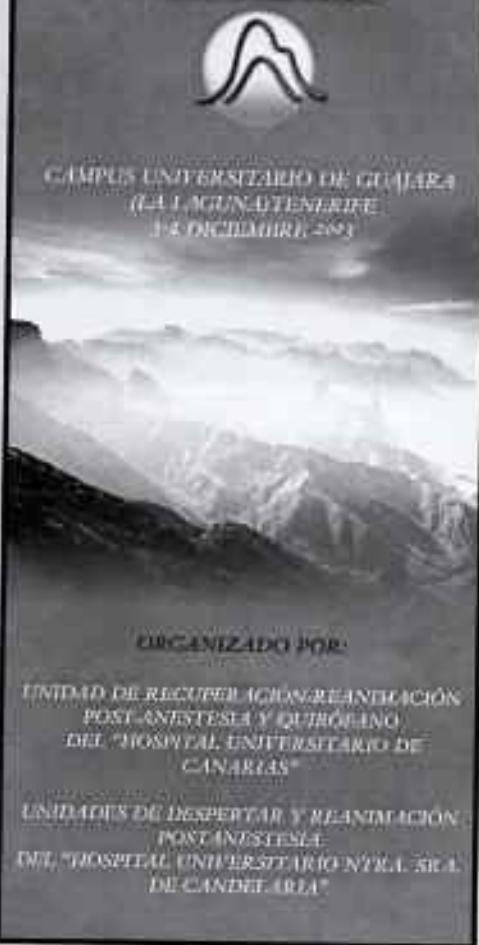
I JORNADAS CANARIAS DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR 14 y 15 de Noviembre de 2002

En Jueves 14 de Noviembre del 2002, se iniciaron en el incomparable marco del Salón de Actos del nuevo Hospital "Dr. Negrín" de Las Palmas G.C., las primeras jornadas canarias de enfermería en anestesia, reanimación y terapia del dolor, que tuvo una respuesta masiva, por parte de los profesionales canarios en esta materia, tanto por parte de Enfermería como por parte de Anestesiólogos, Dirección de Enfermería, etc, incluso contó con participación de profesionales de la península, agradecer desde la junta directiva de ASEEDAR-TD, la labor desarrollada por Mónica (vocal por Canarias) y Carolina por el denodado



esfuerzo que les supuso el elaborar y llevar a término estas jornadas, donde la participación de los ponentes, comunicadores y exposición de posters, dio un elevado nivel científico a las mismas, destacar también la participación de Dña. Antonia Castro (Coordinadora de la Junta directiva) que en la mesa debate manifestó cuál era nuestro lugar como profesionales dentro de la futura especialidad, y en qué punto se encontraba la misma, por otra parte destacar que salieron de este encuentro entre profesionales canarios, el embrión de lo que serán al año próximo las segundas jornadas canarias que tendrán lugar en Tenerife. Enhora buena.

II JORNADAS CANARIAS DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR



ORGANIZADO POR:

UNIDAD DE RECUERPOACION-REANIMACIÓN POST-ANESTESIA Y QUÍRÓFANO DEL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS"

UNIDADES DE DESPERTAR Y REANIMACIÓN POST-ANESTESIA DEL "HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDÉTALBA"

Trámite de las II Jornadas Canarias a celebrar los próximos 3 y 4 de diciembre

II Jornadas Aragonesas de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor

Teruel, 10 de mayo de 2003



Otro año más nos hemos reunido de nuevo, profesionales de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor, para intercambiar conocimientos, aprender otros nuevos, ya que siempre hay algo y alguien que lo aporta.

Esta reunión ha sido en la celebración de las II Jornadas Aragonesas de Enfermería de Anestesia Reanimación y Terapia del Dolor que se celebraron en Teruel el día 10 de Mayo contando con una asistencia de 150 personas.

El Acto de Inauguración corrió a cargo del Ilmo. Sr. Alcalde de nuestra ciudad Dn Manuel Blasco Marques y del Dr. Gerente del Área IV del Servicio Aragonés de Salud, Dn. José Lorenzo Vivo Lázaro, así como el Presidente del Ilmo. Colegio de Enfermería de Teruel Dn. Ángel Torres Benedicto, Dña de Enfermería del Hospital Dña Aurora Andrés Saliente, y la Presidenta Nacional de Aseedar_td, Dña. Victoria Dato Muelas

La Conferencia Inaugural que llevaba por título: Hospital sin Dolor, "IMPLICACIÓN DE LA ENFERMERÍA", fue impartida de una

manera magistral por el Profesor y Dr. Dn. Antonio Montero Matamala, jefe del Servicio de Anestesiología Reanimación y Terapia del Dolor del Hospital Universitario de Bellvitge, que mantuvo el interés de todos los Asistentes.

Seguidamente se dio paso a la primera Ponencia que llevaba por título: "Actuación y Cuidados de la Enfermera de Anestesia en la Urpa", por Dña. Beatriz Arguello Agundez, enfermera de la Urpa del Hospital Clínico de Valladolid, y la segunda Ponencia cuyo título era: Terapia del Humor en la Terapia del Dolor

por Dña. Antonia Castro Pérez enfermera de la R.P.Q. posquirúrgica del Hospital Universitario de Bellvitge.

Se presentaron Comunicaciones y Póster, con un alto nivel científico, otorgándose los siguientes premios:

Mejor Comunicación: Enfermería de Anestesia en la Cirugía Mayor Ambulatoria. Autora: Dña. Amparo Vallejo López

Mejor Póster: Registros de Enfermería para Pacientes Ambulatorios con Anestesia Requidea (artroscopia de rodilla) Autora: Dña Ana Bel.

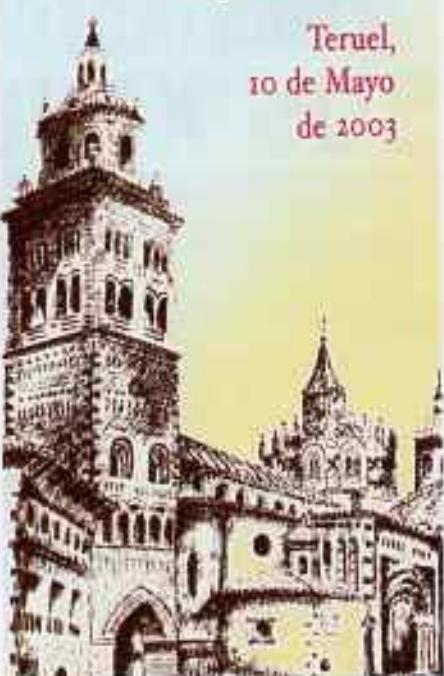
Mención especial al mejor Póster de Alumnos de Enfermería: "Valoración del Dolor". Autores: Dña. Laura Burillo y colaboradores

Tras la sesión de Clausura, el jefe de Servicio de Anestesia Reanimación y Terapia del Dolor de nuestro Hospital, el Dr. Dn. Jose Prats Escuin, dio las gracias a todos los asistentes por su presencia, así como a los Comités por su trabajo y esfuerzo, en la Realización de las Jornadas.

Seguidamente se degusto un vino Español que nos ofreció el Exmo Ayuntamiento de nuestra Ciudad.

II Jornadas Aragonesas de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor

Teruel,
10 de Mayo
de 2003



No quisiera terminar sin dar las Gracias a todos aquellos que de una manera u otra han colaborado con nosotros, Organismos Oficiales, Casas comerciales, a nuestro Hospital, Servicio de Anestesiología, a, nuestra Asociación ASEEDAR TD, sin dejar de destacar al Presidenta del Colegio de Enfermería que nos ha prestado todo su apoyo y máxima colaboración, pero sobre todo a todos los asistentes por vuestra presencia y a los Comités Científico y Organizador por vuestro trabajo, y esfuerzo, en la preparación de estas Jornadas, todos vosotros habéis logrado que hayan sido un éxito.

Desde estas líneas os invito a todos a las tercera Jornadas Aragonesas de Enfermería de Anestesia Reanimación y Terapia del Dolor que se celebraran en Huesca, al próximo año, cuya fecha esta por confirmar.

Muchas gracias y un saludo.

TERESA PLUMET SÁNCHEZ
Pta. Comité Organizador

TERESA PLUMET SÁNCHEZ
Pta. Comité Organizador

Primer Curso de Enfermería-Reanimación y Terapia del Dolor de la Comunidad Valenciana



En el mes de Mayo del año en curso, durante los días 19 al 23, se celebró el Primer Curso de Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor, organizado por ASEEDAR-TD y el Servicio de Anestesia del Hospital Casa de Salud de Valencia, declarado de interés científico por la Conselleria de Sanidad y de interés profesional por el CECOVA.

Dicho curso tuvo lugar en el salón de actos de la Casa de Salud y al mismo asistieron un gran número de profesionales de toda España, y manifestaron una gran satisfacción por el interesante contenido.

El curso fue impartido por profesionales expertos en las distintas disciplinas.

Agradecimientos

Agradecemos su ayuda desinteresada al Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.

A las Casas Comerciales por el apoyo prestado durante años: ALARIS, PRIM, BRAUN y ALLEGANCE

*"He visto pincharse
en alguna ocasión
a mis compañeras
y me ha causado
temor en el trabajo
diario..."*

*Ahora sé que
a mí no me puede
ocurrir".*

M. López
D.U.E.

Introcan® Safety



Sin aletas

Vasocan® Safety



Con aletas móviles

Vasofix® Safety



Con punto de inyección sin aguja



**Los catéteres periféricos de B. Braun
ofrecen seguridad total garantizada**

- Se activan automáticamente
- Sin cambios en las técnicas de punción
- Eliminan el riesgo de activations accidentales

Nuevas misiones de
proteger

B BRAUN
HOSPITAL CARE

Ventajas de la analgesia mediante infusión subcutánea continua

M. CARMEN AULA VALERO

ANA VIDAL SANZ

Dpto del Hospital San José de Tenorio



Resumen

Durante los años que trabajamos en la Unidad del Dolor hicimos un seguimiento a los pacientes que eran portadores de Bombas de infusión subcutánea continua con medicación analgésica para tratar su dolor.

Observamos que el paciente y/o familiares tras recibir un rápido y sencillo entrenamiento, eran capaces de controlar la bomba, el uso del material de punción sin tener que acudir frecuentemente a un centro sanitario. Al tener controlado su dolor no necesitaban con tanta frecuencia los cuidados del equipo sanitario. De esta forma el bienestar del paciente aumentaba la calidad de su vida, que es el objetivo prioritario.

Objetivo

Determinar las ventajas del uso de Bombas de infusión continua en pacientes hospitalizados y especialmente en pacientes ambulatorios que padecen dolor crónico, debido a determinadas enfermedades, sobre todo de tipo oncológico.

Material y método

La CADD-1 es una Bomba programable, portátil, de fácil manejo, alimentada por baterías, fácil de transportar, con un depósito o cassette de 50 o 100 ml, que proporciona perfu-





sión continua, con una variada gama de ritmos de infusión y una clave que evita manipulaciones por parte del paciente, así mismo a través de su pantalla nos informa de la cantidad administrada y del volumen residual, también nos da información del ritmo de infusión con que ha sido programada.

La modalidad de infusión continua se puede combinar con la modalidad de auto administración de bolos de rescate por el propio paciente, en caso de dolor accidental, se crea así un recurso de control analgésico por el propio paciente. El número de bolos se controla previamente en la programación de la Bomba PCA.

La Bomba tiene varias alarmas para indicar situaciones que requieren tomar medidas correctivas. Se escuchará una alarma:

Cuando se deba cambiar de batería.

Al llegar a 5 ml, 4 ml, 3 ml, 2 ml, 1 ml, o 0 ml, de volumen residual.

Si se detiene la bomba.

Cuando hay una presión alta de administra-

ción o en caso de que exista algún error electrónico.

Las alarmas son audibles y también visuales; en la pantalla aparecen diferentes mensajes.

Está indicada cuando:

- No hay buena respuesta a los calmantes orales
- Hay problemas de ingesta
- Hay perdida de conciencia
- Imposibilidad de vía endovenosa
- Se desea evitar la excesiva dependencia de un horario en la administración de medicación.
- Cuando se sospecha un deterioro en el administración de medicamentos por falta de colaboración, edad, cultura, etc.

LOS FÁRMACOS MÁS USADOS EN LAS BOMBAS SON:

- Analgésicos opioides: Morfina, Fentanilo, Metadona

• Antiinflamatorios: Ketorolaco, Corticoides

• Espasmolíticos: Escopolamina

• Tranquilizantes: Midazolam, Haloperidol, Levopromacina

• Antieméticos: Metoclopramida, Haloperidol

El uso de la vía subcutánea es menos doloroso que la vía intramuscular, ya que se usan palomillas de pequeño calibre, no requiere hospitalización como la vía endovenosa.

Con un entrenamiento rápido, los cuidadores o el mismo paciente, aprenden el manejo de la Bomba, pudiendo así vigilar e incluso cambiar de lugar la palomilla en el mismo domicilio, sin tener que trasladarse a un Centro Sanitario. Se les adiestra e informa de la técnica y de los diferentes lugares de inserción, siendo los más accesibles: la pared anterior del tórax, región subclavicular, pared abdominal, brazo.

Si no surgen problemas de induración, eritema o dolor, la palomilla suele cambiarse de lugar cada 3-4 días.

En pacientes que toleran bien la medicación, con un control semanal es suficiente. Depende también de la necesidad de recarga del cassette según el ritmo de infusión que se haya programado.

La recarga de medicación y programación de la bomba siempre es realizada por el equipo sanitario que controla al paciente.



Conclusión

Observamos que la facilidad de manejo y transporte de las Bombas, la fácil accesibilidad de la vía subcutánea, la capacidad para ajustar rápidamente el ritmo de infusión al nivel del dolor del paciente, consiguiéndose niveles constantes de medicación en sangre. De esta manera se eliminan las inyecciones intermitentes tanto subcutáneas como intramusculares.

Se evita la dependencia de un horario de medicación y de una asistencia continua del equipo sanitario.

Es una técnica poco agresiva. Tiene menos efectos secundarios. Al no precisar hospitalización hay una disminución del gasto hospitalario.

Todo esto aumenta el bienestar del paciente. Mejorando la calidad de su vida que es el objetivo prioritario.



2006

10.06.06 - 13.06.06



8 th World Congress

for Nurse Anesthetists

Lausanne Switzerland



V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería

PALACIO DE CONGRESOS DE VALENCIA

LEMA: *Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.*

Presentación

Siguiendo con la línea desarrollada por AENTDE en sus simposios, en esta quinta edición nos proponemos abordar las facetas del saber enfermero y las herramientas que llevan a la innovación en el cuidado. Conjugar las perspectivas teóricas, las clasificaciones enfermeras, las nuevas aproximaciones al proceso enfermero, la dimensión de colaboración con otras profesiones y la investigación en la práctica son aspectos que conducen a la innovación en el cuidado. Para ello proponemos un programa que aborda dichos aspectos.

Día 13 de mayo

MAÑANA

8:30 Recogida de documentación.

9:30 Inauguración

10:00 PONENCIA

Génesis, desarrollo y proyección de las taxonomías enfermeras.

Mercedes Ugalde Apalategui - Rosa González Gutiérrez-Solana

10:45 Pausa

11:15 PONENCIA: La teoría del Cuidado Humano de Watson (Caring)

Jean Watson, PhD, RN, HNC, FAAN
Distinguished Professor of Nursing
Endowed Chair in Caring Science
University of Colorado Health Sciences Center

12:00 PONENCIA: Aproximación a la utilización de las taxonomías desde la perspectiva de la teoría del Cuidado Humano (Caring)

Francisca Pérez Robles

12:30 Asamblea de socios de AENTDE
Talleres simultáneos paralelos con patrocinio comercial.

TARDE

15:30 PONENCIA

El modelo Análisis de Resultados del Estado Actual (AREA). Un método de razonamiento crítico y creativo.

Daniel J. Pesut PhD, APRN, BC, FAAN.
Professor and Department Chair
Environments for Health

Indiana University School of Nursing

MESA REDONDA

17:15 La integración de las clasificaciones enfermeras en la enseñanza del pensamiento crítico.

- Integración del pensamiento reflexivo en la formación pregrado.
Prof. Dr. Josep Lluís Medina Moya.
Universitat de Barcelona.

- La integración del modelo AREA y las taxonomías en la formación pregrado.
Prof. Carmen Espinosa. Universitat d'Andorra

18:30 COMUNICACIONES SIMULTÁNEAS

19:30 COMUNICACIONES SIMULTÁNEAS

22:00 ACTO SOCIAL

Día 14 de mayo

MAÑANA

10:00 PONENCIA

El modelo bifocal. La integración de la dimensión colaborativa en la práctica enfermera.

Lynda Carpénito.

11:15 PAUSA

11:45 PONENCIA

El proyecto Nursing Diagnosis Extension Classification (INDEC)
Conie Delaney RN, PhD, Associate Professor

Universidad de Iowa

13:00 COMUNICACIONES SIMULTÁNEAS

TARDE

16:30 MESA REDONDA

Investigación en nomenclatura enfermera en España

- Líneas de investigación AENTDE

- La utilización de las taxonomías en la estandarización de cuidados.

18:00 COMUNICACIONES SIMULTÁNEAS

19:30 Entrega del IV Premio AENTDE de INVESTIGACIÓN en NOMENCLATURA ENFERMERA

20:00 Acto de Clausura.

Áreas temáticas de comunicaciones

Implementación de la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Uso de aplicaciones informáticas en metodología de cuidados.

Secretaría técnica

Viajes Duna Q2C3
C/ Cirilo Amorós, 88 Valencia 46004
Tel. 902 103873
Fax. 902 120880
www.q2c3.com/aentde04valencia
aentde@q2c3.com



Reduce infecciones y heridas por pinchazos con aguja...



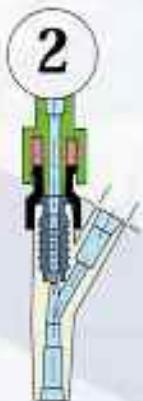
SmartSite™ es el nuevo sistema sin aguja y sin tapa de ALARIS Medical Systems. Puede ayudar a reducir infecciones porque es hermético, abriéndose sólo cuando se ha completado la conexión, y cerrándose instantáneamente cuando se desconecta.

SmartSite™ permite bolos de medicación sin aguja. Ayuda a reducir riesgos al personal sanitario y riesgos de dolor e infección a los pacientes. Y el riesgo se reduce aún más por la eliminación total de látex.

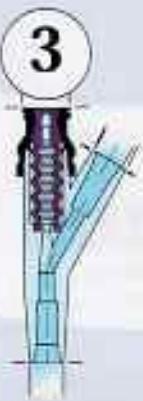
SmartSite™ es sencillísimo de usar, es compatible con los equipos que esté usando y no precisa entrenamiento. Es un verdadero salto adelante tecnológico.



Simplemente
limpie el puerto de
la válvula con un
algodón o gasa



A continuación,
conecte el luer lock
o luer deslizante -
no hay agujas y es
rápido



Finalmente, saque
el luer y la válvula
se cierra
automáticamente.
sin necesidad de
tapa. Es rápido y
pulcro.



ALARIS®

MEDICAL SYSTEMS

Seguridad en medicación
a pie de cama

Para mayor información sobre nuestro último sistema
sin aguja contacte con la delegación local de
ALARIS Medical Systems.

ALARIS MEDICAL ESPAÑA, S.L. - Avenida Valdelaparrilla 27
Edificio Alcar - 28108 Madrid Tel: (34) 657 2031 Fax: (34) 657 2042