



ENFERMERIA ANTE EL DOLOR EN UNA UNIDAD DE REANIMACION

OBJETIVOS

El trabajo versa sobre la puntualización a través del prisma de enfermería, del diagnóstico, valoración y plan de cuidados, ante el signo más frecuente en nuestras unidades -el dolor- y que normalmente tratamos bajo el punto de vista médico, descuidando y menospreciando los aspectos que nuestra profesión tiene previstos para ello.

Es un trabajo de recopilación de técnicas y maniobras de manera que sea más sencillo y sirva de recuerdo ante el proceso de atención de enfermería, incidiendo fundamentalmente sobre el aspecto del dolor, permitiéndonos recoger datos, evaluar y elaborar un plan de cuidados que pueda ser seguido, registrado y medido por la propia enfermera/o.

¿QUE ES EL DOLOR?

Definiremos el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con amenaza o lesión tisular real. Es tanto una sensación como un sentimiento. Se caracteriza por las diversas interpretaciones de la persona que lo sufre. Es un fenómeno complejo sobre el cual actúan factores que influyen en la experiencia individual:

- Factores psicológicos
- Experiencias anteriores
- Edad
- Patología
- Entorno social y cultural
- Vivencia de otras personas en cuanto a la experiencia individual.

El dolor es puramente subjetivo y difícil de clasificar. Así, podemos hablar de dos grandes grupos de dolor: agudo y crónico. Mientras el dolor agudo es un síntoma de enfermedad, el crónico es la enfermedad propiamente dicha. El agudo es de incidencia común, relativamente bien tratado, con una duración no superior al mes, cuya causa es conocida y tratable, es común en los signos de ansiedad, su tratamiento es lógico y



“El dolor es puramente subjetivo y difícil de clasificar.”

Se puede hablar de dos grandes grupos de dolor: agudo y crónico”.

efectivo y los resultados son generalmente buenos. En cambio, en el dolor crónico, la incidencia es rara no bien tratado, de varias semanas de duración e incluso años, su causa incierta y difícil de tratar, este tipo de dolor comparte características similares con la depresión, su tratamiento es empírico y con frecuencia sólo en parte efectivo y los resultados son a veces desalentadores.

DOLOR EN EL POSTOPERATORIO

Es un hecho de experiencia que aportan los operados. Contemporáneo al acto quirúrgico, se resiente desde que vuelven las sensaciones abolidas por la anestesia general o local.

Este dolor, presenta unos aspectos fisiológicos y psicológicos:

- Es uno de los síntomas más tempranos que expresa el paciente cuando recupera la consciencia. Aparece entre las 12 y 36 horas después de la intervención y suele desaparecer en 48 horas.

- El tipo de anestesia y la técnica con la que se instaura, influyen directamente sobre la percepción posterior del dolor (anestesia gaseosa o balanceada).

- Los pacientes de cirugía abdominal y torácica, son más susceptibles.

- Las incisiones transversas son menos dolorosas que las verticales.

- El dolor es mayor si el hueso se ve afectado.

- El paciente con desequilibrio de líquidos y electrolitos es más susceptible.

- La edad influye sobre la tolerancia, siendo ésta más manifiesta en personas de más edad.

- En contra de lo que habitualmente se piensa, el sexo no influye, aunque sí es susceptible del entorno cultural y educacional.

- El estado psicológico del paciente afecta a la tolerancia.

- La calidad en la relación en-

fermera-paciente, influye en la mejoría del dolor ayudando a disminuir la ansiedad.

Tras esta introducción y breve recuerdo de consideraciones sobre el tema que nos ocupa, pasamos a elaborar un proceso de atención de enfermería que nos permita identificar, valorar, jerarquizar y confeccionar un plan de cuidados destinados a disminuir el umbral de dolor y la ansiedad.

Primera etapa IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Para la identificación, contamos con la recogida de datos, diferenciando entre datos subjetivos y objetivos.

a) **Datos subjetivos.** Para la obtención de los mismos contamos con dos fuentes:

- Una fuente principal, el paciente, el cual nos localiza el dolor, lo focaliza, lo describe - señales verbales - aclara si está asociado con actividad física o movimientos corporales, con la expectoración, con la respiración profunda, etc.

- Una fuente secundaria, donde obtendríamos datos de familiares, otros profesionales y registros.

b) **Datos objetivos.** Estos son valorados por el propio profesional. Para esta valoración nos vamos a servir de la entrevista al paciente y la observación. La observación ha de ser un proceso continuado, regular y sistemático. Se realiza sobre el propio individuo, sobre sus aspectos físicos y actitudes (expresión facial, movimientos corporales, etc). Se observan sus conductas. Se requiere una actitud positiva. La percepción se realizará con los cinco sentidos. Para ello, nos basaremos en un examen físico (percusión, palpación, auscultación).

Segunda etapa VALORACION DE DATOS

Ha consistido en identificar las distintas necesidades que el paciente tiene en el postoperatorio, necesidades que han de ser atendidas de manera que su dolor se vea disminuido cuando no erradicado.

Esta labor, se ha llevado a cabo

mediante la observación en el trabajo diario y un análisis documental mediante recopilación bibliográfica.

Contrastando estas necesidades con los datos obtenidos, jerarquizamos nuestra actuación por áreas.

Tercera etapa

PLAN DE CUIDADOS

Nuestra actuación según la tabla de necesidades realizada, se verá dirigida a:

a) Instauración de medicación prescrita tras acto quirúrgico:

- Analgésicos narcóticos
- Hipnóticos, inductores del sueño que garantizan el descanso
- Relajantes musculares

- Medicación sintomática (frente a tos, cefalea, vómitos).

b) Técnicas de actuación frente a actividades físicas y necesidades fisiológicas:

- Atender necesidades de: oxigenación, termorregulación y evacuaciones del paciente.

- Conservación del paciente en posición fisiológica correcta, dependiendo de la cirugía practicada (ejemplo: cabezal ligeramente elevado, extremidades elevadas, etc).

- Apoyaremos cuidadosamente el área dolorosa y elevar las extremidades que duelen.

- Observar sequedad de boca, piel y mucosas como prevención de desequilibrio de líquidos y electrolitos.

c) Adecuada realización de técnicas de enfermería:

- Cambios posturales frecuentes en enfermos con escasa movilidad, realizados con técnica adecuada y personal especializado.

- Prevención de úlceras de decúbito, así como facilitar el drenaje postural.

- Vigilancia del apósito y estado de vendas, vigilancia de áreas de punción y herida quirúrgica.

- Fisioterapia respiratoria, técnica correcta, realizada tras la



instauración del analgésico, esperando el tiempo de actuación necesario para que haya surtido efecto.

- Administración de medicación con técnica adecuada, disuelta en suero, velocidad lenta y vía de administración preferentemente central.

- Usar aplicaciones de frío y calor según esté indicado.

d) Confort.

- Proporcionar temperatura, humedad y ventilación apropiados a la unidad.

- Satisfacer necesidades de líquidos.

- Conservar en perfectas condiciones las ropas de cama, arrugas, humedad, etc.

- Higiene diaria y siempre que lo requieran: sudoración, incontinencia de esfínteres.

e) Factores psicológicos.

Intentamos conseguir una relación satisfactoria entre paciente-enfermera. Hemos de tener en cuenta que esta relación no ha sido buscada, tiene como causa una enfermedad.

El paciente va a aportar a esta relación su incomodidad, la necesidad de recibir cuidados, de ser aceptado, apreciado y respetado. Experimenta preocupación por lo

Enfermería ante el dolor en una unidad de reanimación



que le ha sucedido, por lo que va a pasar, así como la soledad del sufrimiento y de la enfermedad. La enfermera por su parte, aporta su capacidad profesional y su deseo de tener éxito, así como su necesidad de ser aceptada, apreciada y respetada.

Esta relación va a desarrollarse a través de unas fases, cada una de las cuales tiene sus propias características:

a) Una primera **fase de contacto**, se intenta establecer una confianza mutua. La enfermera debe crear la atmósfera deseada y fijar unos límites dentro de los cuales evolucionará la relación.

b) Una segunda **fase de trabajo**, el objetivo será favorecer el trabajo conjunto obteniendo del paciente su colaboración activa dentro de lo posible.

c) Una tercera **fase final**, en la que se pretende conseguir la aceptación de su situación actual y futura.

Para conseguir esta relación, nos valdremos de la información y orientación. Para ello, utilizaremos siempre un lenguaje asequible:

- Información referente al ingreso en la unidad, específica de la misma (Plan de trabajo, horarios, cambios de turno, actividades, ubicación,...)

- Orientación en espacio y tiempo. Creemos importante la presentación en cada cambio de turno para la toma de contacto diario.

- Dar un marco de referencia de lo que puede esperar de los profesionales.

- Información sobre el dolor. Hemos de hacerle entender que se puede doler, que el dolor está relacionado con la intervención, que se pondrán los medios para que desaparezca.

- Cuando tengamos que poner un analgésico, se comunicará al paciente, se informará sobre: la técnica de instauración, comienzo de actuación, síntomas subjetivos, duración analgésica.

- Daremos en todo momento apoyo verbal, estimulando la conversación, mostrando interés por

su dolor, permitiremos que se exprese, que se lamente, que lllore, ..., sin que se siente enjuiciado.

- Ofreceremos actividades de ocio, música, lectura, visitas y estimularemos un programa de ejercicios y actividades diarias.

- Información puntual diaria a los familiares.

- * Visitas, Evolución, Consejos

- Conseguir el apoyo psicológico por parte de los familiares.

Los datos referentes a las actividades realizadas diariamente con los pacientes, su actitud psíquica, respuesta a los analgésicos, dependencia de éstos, así como curas, estado de punciones, etc., deberán ser registradas por cada turno de trabajo, de manera que sea sencillo valorarlos y que aporten datos para posibles estudios y trabajos que se realicen en una unidad. También servirán para la determinación de necesidades en referencia al material, fármacos y personal requerido.

CONCLUSIONES

En una tabla de valores imaginaria, vemos situados al mismo nivel, tanto el tratamiento analgésico propiamente dicho, como la asistencia desde el plano de enfermería.

La relación enfermera-paciente, el apoyo psicológico que comprende la confianza, seguridad y profesionalidad que desde el plano de enfermería comunicamos al paciente, es un punto fundamental en la asistencia al dolor en los postoperados, sujetos éstos dependientes, alertas y con un estado de ansiedad elevado, para lo cual, nuestra profesional tiene recursos sobrados de actuación.

Tras este importante punto de interrelación entre ambos y refiriéndonos a aspectos puramente profesionales, apreciamos un problema fundamental, que es la falta de información en varias etapas del proceso que dificultan el desarrollo satisfactorio de la evolución del dolor en el postoperado:

- Conocimiento incompleto de la farmacología y farmacocinética, así como la evolución del dolor

postoperatorio, deducible de una falta de registro y experiencias anotadas anteriormente.

- Falta de previsión que se traduce a todos los niveles del proceso de atención, motivada por falta de comunicación entre áreas hospitalarias:

- * Quirófano - U. Reanimación

- * Urgencias - U. Reanimación

- * Planta - U. Reanimación

- Dificultad de coordinación entre equipo médico y enfermería, viendo necesaria la existencia de sesiones clínicas comunes para ambos estamentos sanitarios.

- Falta material de tiempo, resultado de las "ilimitadas" funciones de enfermería y de la desactualización de ratios: nº de camas personal.

- Frecuentemente, el espacio de trabajo no reúne las condiciones necesarias (intimidad, aislamiento, insonoridad, etc).

- Por último, destacamos la falta de estudios realizados y la despreocupación ante la actitud psicológica del personal, desatendiéndose frecuentemente su estado de stress, días libres, asistencia a cursillos, etc.

No pretendemos hacer una crítica destructiva del sistema, obsoleto por el contrario, sino una aportación a la clarificación de funciones y nuevas perspectivas de nuestra profesión y área de trabajo, que tengan incidencia directa sobre el paciente y nuestra propia dinámica de trabajo.

Como punto final, nos gustaría reseñar la necesidad de creación de una especialización en nuestra área, que creemos redundaría en beneficio del sistema sanitario y del propio paciente.

Autores: INÉS ESTEBAN MARTIN (D.E), ANA M^ª LACALLE PÉREZ (D.E), JUAN ANTONIO ZUFIA IGLESIAS (D.E). Colabora: NIEVES OLEA ELORRIAGA (A.E). HOSPITAL GALDAKAO. UNIDAD DE REANIMACION.



TRATAMIENTO DE PCA

Durante los últimos veinte años, un número creciente de médicos ha expresado su preocupación por el hecho de que los métodos más usuales de tratamiento del dolor con narcóticos no proporcionan un alivio adecuado en los pacientes postoperatorios.

Algunas encuestas afirman que una tercera parte de los pacientes sufren dolor de moderado a fuerte debido a una analgesia inadecuada. Si sólo se tienen en cuenta las operaciones abdominales o toracotomías, el porcentaje de pacientes que sufre dolor es todavía mucho más alto.

Esta situación no ha variado sustancialmente en los últimos años a pesar de la introducción de nuevos agentes analgésicos. Por ello, hoy día parece evidente que lo inadecuado es el modo de administrar los fármacos y no los narcóticos por sí mismos.

La administración de la analgesia por vía intramuscular intermitente, subcutánea u oral está asociada con importantes oscilaciones de la concentración del fármaco. El resultado es que los pacientes, con frecuencia, no obtienen adecuada analgesia.

Uno de los más novedosos y prometedores métodos para el tratamiento del dolor postoperatorio evita gran parte de los inconvenientes mencionados anteriormente y es el que se conoce como Analgesia Controlada por el Paciente (PCA).

El equipo consta de una bomba de infusión electrónica

y un temporizador. Al comenzar el dolor, el paciente pulsa un botón y el equipo administra una dosis previamente fijada por el médico. El temporizador está programado para tener un "intervalo cerrado" específico durante el cual el paciente no puede administrarse otra dosis. Como medida de seguridad adicional, los sistemas más avanzados también limitan la dosis máxima permitida en un periodo de tiempo prefijado de más larga duración, por ejemplo, de 4 horas.

La terapia de PCA se ha demostrado eficaz en el tratamiento del dolor agudo ya que sólo el 5 por ciento de los pacientes comunicó dolor postoperatorio significativo. Además, la PCA disminuye la cantidad total de narcótico necesaria para producir alivio del dolor en comparación con la terapia tradicional, lo que representa una ventaja adicional al minimizar la posibilidad de adicción. Igualmente, se ha constatado que la PCA disminuye el riesgo de aparición de periodos apnéicos (depresión respiratoria) potencialmente peligrosos ya que mientras que las concentraciones plasmáticas de analgésicos se asemejan a picos y valles durante la terapia IM o IV continuas, durante la PCA son más uniformes y se corresponden estrechamente con la "ventana terapéutica" que existe entre la sobredosificación y el dolor intolerable.

En nuestro estudio, hemos utilizado la bomba LIFE CARE PCA 4200 (Abbott Laboratories S.A), en el trata-

miento del dolor agudo postoperatorio. Se trata de una bomba que utiliza una jeringa de 30 cc donde se carga el analgésico a la concentración requerida. La programación es muy sencilla ya que todos los datos requeridos van apareciendo en pantallas sucesivas en castellano de tal forma que no hay que recordar ningún tipo de instrucción. Se comienza con la introducción de la concentración a utilizar. Posteriormente, el equipo da opción a pasar una dosis de carga al paciente para aliviar de forma rápida y efectiva el dolor con el que llega a reanimación. Después, en pantallas sucesivas, se elige la modalidad de funcionamiento (Sólo PCA, sólo CONTINUA o PCA + CONTINUA). Dependiendo de esta modalidad, la bomba nos preguntará datos, como dosis de PCA, intervalo cerrado, ritmo de infusión continuo y dosis máxima de cuatro horas.

Terminada la programación, se tiene opción a la revisión por pantalla de todos los datos seleccionados y ya sólo queda cerrar la puerta con llave (otro parámetro de seguridad para evitar que el paciente tenga acceso a cambiar algún parámetro) y comenzar la infusión.

Evidentemente el equipo consta de todas las alarmas requeridas en las bombas de infusión para un funcionamiento seguro.

MERCEDES GONZALO PARDO Y ANGELA GONZALEZ HERNANDEZ,
CON LA COLABORACION DE
ODON NAVARRO (LABORATORIOS ABBOTT).



ESPECIALIZACION EN LA ENFERMERIA DE LAS AREAS QUIRURGICAS

UNIDAD DE ENFERMERIA DE ANESTESIA MATERNO-INFANTIL 12 DE OCTUBRE

La complejidad creciente que la Cirugía y Anestesia están adquiriendo en los últimos años, lleva a la necesidad de cada vez mayor especialización en la enfermería de las áreas quirúrgicas.

Son necesarios conocimientos y experiencia amplios, difíciles de adquirir de no existir dedicación plena durante el horario laboral.

Las habilidades prácticas se deben combinar con un adecuado fondo de conocimiento y entendimiento de lo realizado diariamente en quirófano. Se debería proporcionar a la enfermera de anestesia una mayor comprensión del equipo a utilizar, la farmacología de las drogas administradas, repercusiones en los pacientes en los tiempos anestésicos de Inducción, Mantenimiento y despertar. Asimismo, conocimiento del stress quirúrgico y patología asociada al enfermo, al tener acceso al estudio preoperatorio.

Los contactos que hemos tenido en los sucesivos congresos de Anestesiología y Reanimación desde octubre de 1987 hasta el último, en Noviembre de 1991, nos hacen pensar que el trabajo de la enfermería adscrita a Reanimación está muy especificado y claro en el cuidado del enfermo postquirúrgico y politraumatizado, lo que motiva satisfacción en el buen hacer del trabajo diario y controles en la calidad de la asistencia. De hecho, la mayor parte de los estudios presentados en los Congresos se refieren a pacientes y situaciones postoperatorias.

FUNCIONES DE LA ENFERMERA DE ANESTESIA

En nuestro entorno de trabajo, la enfermera de Anestesia se encarga de "preparar el quirófa-

no". En general, suele consistir en presentar el aparataje en buen estado y funcionando adecuadamente para iniciar la Inducción anestésica, control de material desechable repuesto en las mesas de Anestesia y en ocasiones medicación cargada de jeringas preestablecidas.

En los hospitales más afortunados, estas enfermeras, diferentes de la enfermera circulante de Cirugía, permanecen y ayudan al Anestesiólogo en la monitorización e inducción del paciente, y siempre que se trate de Cirugía prolongada o considerada como patología grave. Hasta ahora, son imprescindibles para este tipo de trabajo. Pero, por qué limitarlo a la rutina del enchufe del respirador, a la rutina de la comprobación del neumotaponamiento del tubo endotraqueal o a poner los electrodos para monitorización cardíaca y una vez terminada la Inducción se pasa a otro quirófano para hacer, en el mejor de los casos, lo mismo.

Por qué no conocer los parámetros respiratorios, por qué no saber dónde se coloca el tubo endotraqueal que dejó perfectamente preparado, por qué no estudiar las posibles alteraciones del ECG en el momento de la Inducción.

Todo esto repercutirá en una mayor motivación al servicio del enfermo y un complemento en su trabajo.

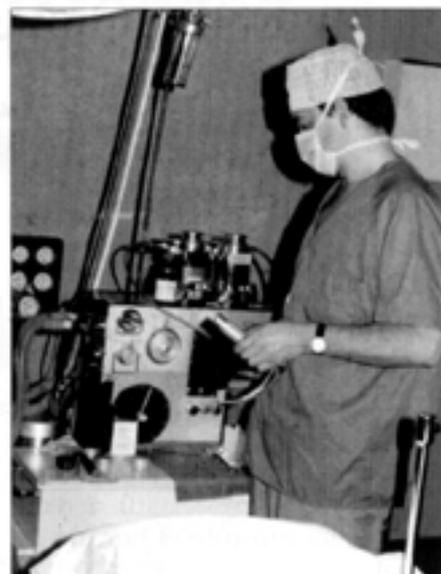


Como ya hemos mencionado al principio, el proporcionar a la enfermera de Anestesia mayor comprensión del equipo a utilizar de la farmacología, y de los problemas que puedan surgir en el tiempo Anestésico, no es posible alcanzarlo si no se está continuamente pendiente del paciente, desde la Sala de Premedicación hasta el final de la intervención, cuando acompañamos al enfermo a la Sala de Reanimación.

UN CASO PRACTICO

En el Hospital 12 de Octubre, el Servicio de Anestesiología y Reanimación del Centro Materno Infantil, planteó a la Dirección y Gerencia del Hospital, la necesidad de poder contar con enfermería formada en Anestesia, situación ampliamente difundida en otros países con excelentes resultados en la práctica diaria.

Al servicio de Anestesiología, posiblemente por el arraigo que tienen actitudes tradicionales, le resultó muy difícil transmitir su proyecto y convencer a la Dirección Médica y a la Dirección de Enfermería de los beneficios que dicho proyecto aportaría al Hospital, a sus principales protagonistas el Servicio de Anestesiología y al colectivo



de Enfermería, ayudando a conseguir el objetivo final de todos: mejorar la asistencia al paciente.

Concretándose en los resultados siguientes:

- Se impone mayor agilidad y rendimiento a los quirófanos.
- La mejor formación del personal lleva a mayor seguridad en los pacientes anestesiados. Reconocimiento de las situaciones críticas.
- La menor rotación del personal de quirófano contribuye a disminuir los incidentes. El CONOCER aumenta la capacidad de reacción.
- Motivación en el trabajo. La práctica anestésica requiere continuo control de los pacientes.
- Colaborar en la profesionalización de la enfermería en nuestro país.
- Abrir nuevos campos de Especialidades para mantener la equiparación europea.

Tras dos años de muchos cambios y pocas directrices claras, que motivaron miedo a proyectos nuevos, rechazos de otras áreas de la zona quirúrgica, los resultados del proyecto, sin embargo, se pueden considerar globalmente positivos y satisfactorios.

Tras dos años de muchos cambios y pocas directrices claras, que motivaron miedo a proyectos nuevos, rechazos de otras áreas de la zona quirúrgica, los resultados del proyecto, sin embargo, se pueden considerar globalmente positivos y satisfactorios.

Tras dos años de muchos cambios y pocas directrices claras, que motivaron miedo a proyectos nuevos, rechazos de otras áreas de la zona quirúrgica, los resultados del proyecto, sin embargo, se pueden considerar globalmente positivos y satisfactorios.

PLANES DE FUTURO

Parece el momento adecuado para dar el empujón final y estabilizar una situación de hecho que ya es irreversible.

Para facilitar el camino que queda por andar, es necesario seguir contando con el apoyo fuerte de la Dirección de Enfermería y mantener el que siempre nos han brindado la Dirección Médica Dra. BENAVENTE y la inestimable ayuda, a pesar de todas las dificultades, del Dr. RIBERA, Director Gerente, quien tuvo la sensibilidad necesaria para impulsar este proyecto en beneficio del Hospital 12 de Octubre.

A través de esta revista, debemos comunicar nuestras expe-

riencias, trabajos e inquietudes. Estos contactos serán muy importantes para conseguir que en todos los Hospitales se creen Unidades de Anestesia y en los que ya existan comuniquen sus fallos y sus éxitos (seguro que serán numerosos) de práctica y organización.

M^a JOSÉ CEREZO, PURIFICACION NAVARRO, ROSA M^a MÉNDEZ, DOLORES MORALES, NIVELES DE LA CALLE, M^a SOL ESTESO, MARGARITA LUBIANO, BENEDICTA GALLOSO Y ROSA NOTARIO.

ORGANIZACION ACTUAL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

ANESTESIA OBSTETRICO-GINECOLOGICA PEDIATRICA

Horario laboral: Mañana y guardias tarde y noche.

- Se participa con Anestesiólogo en : Revisión estudio Preoperatorio.

Inducción
Mantenimiento
Despertar
Traslado del paciente a Reanimación

- Preparación y control del material de quirófano y aparataje.
- Preparación y control Anestesia en paritorio: loco-regional y general.
- Reuniones actualmente semanales, siguiendo un programa general de Anestesiología, enfocado a situaciones concretas diarias. Pensamos modificar el programa para profundizar mucho más en el temario.
- Protocolos de todas las clases teóricas impartidas.

• La práctica de la Anestesia conlleva una fuerte relación entre los miembros del Servicio, enfermeras y anestesiólogos. En muchas ocasiones, se crean situaciones difíciles y estresantes, pero el mantenimiento de un buen nivel general de equipo y de su polivalencia conserva una dinámica interna en el grupo que hace el trabajo más eficaz y a los miembros más solidarios.

PROTOCOLO DE ANESTESIA INTRADURAL

La Anestesia Intradural, es el resultado de inyectar un anestésico local en el espacio subaracnoideo en un interespacio lumbar.

ELECCION DE LA TÉCNICA

Tanto en Ginecología como en Obstetricia, especialidad a la que nos vamos a limitar en este ejemplo, tomamos como punto de referencia el ombligo, que corresponde a la metámera T10, en intervenciones como Bartolinitis, Conizaciones, prolapsos Uterinos, etc., para Ginecología y Partos y Cesáreas en Obstetricia.

POSICION

- Sentada: Con flexión del tronco, tocando el mentón sobre el esternón y los miembros superiores sobre el abdomen.

- Decúbito lateral: El mentón se flexiona sobre el esternón. El brazo inferior se extiende en ángulo recto en relación con el cuerpo y los miembros inferiores se flexionan al máximo contra el abdomen.

PREPARACION DE UN CAMPO ESTÉRIL

- Paños verdes
- Guantes
- Gasas
- Povidona Yodada
- Jeringa de 5 cc y aguja de insulina (para el habón cutáneo)
- Jeringa de 2 cc para el anestésico local intradural
- Introducitor nº 20, como fiador u orientador de la aguja intradural.
- Aguja intradural de los nº 27, 25 ó 22. De menor calibre cuanto más joven sea el paciente, debido a que la tensión de la duramadre es mayor en individuos de mayor edad y el orificio de entrada podría ampliarse excesivamente.

MEDICACION

- Según criterio del Anestesta:
- Bupivacaína 0,50 Hiperbara. El anestésico descenderá más rápidamente, debido a la mayor densidad.
 - Prilocaina, con glucosa al 10%, para hacer la solución.
 - Tetracaina 1% Hiperbara.

MEDIDAS GENERALES

- Tener siempre una vía disponible
- Anestesia General preparada, por si falla la técnica

o surgen complicaciones de las que hablaremos más adelante.

- Tomar la T.A. antes de realizar la técnica y posteriormente cada 3 minutos por posibles hipotensiones, debidas a la vasodilatación provocada por los anestésicos locales.

- Almohada para levantar la cabeza y la posición de la mesa de quirófano en antitren, hasta pasados 15 minutos no poner Trendelenburg, si éste fuera necesario para la intervención.

- Tener preparado un suero fisiológico 500 cc. con 50 mg. de efedrina (vasoconstrictor), en Obstetricia produce vasoconstricción sin afectar al feto.

NUNCA UTILIZAR METOXAMINA, pues contrae el útero afectando al feto gravemente.

SUEROS

Antes de realizar la técnica, pasar 10-15 ml/Kg de Ringer lactado o suero salino (cristaloideos) en media hora, para evitar posible cuadro de hipotensión secundaria a una vasodilatación provocada por los anestésicos locales intradurales.

COMPLICACIONES

- Inmediatas
 - En esta técnica, es más fácil atravesar un plexo venoso, que en la anestesia epidural. Si esto ocurre, retirar la aguja buscando otro interespacio lumbar y si no fuera posible, rechazar la técnica.
 - Si el anestésico pasa al espacio intravascular, se produce una anestesia completa medular y aparecerá bradicardia, hipotensión, pérdida de conciencia y convulsiones, debido a que los anestésicos locales son convulsionantes.
 - Si asciende el anestésico a niveles superiores a los seleccionados, puede producirse dificultad respiratoria, convulsiones, bradicardia e hipotensiones graves.
- Tardías
 - Cefaleas. Producidas por la salida de L.C.R. a través del orificio de entrada.

Para evitar estas complicaciones, mantener durante 24 horas a la enferma en decúbito supino administrándole abundantes líquidos, mínimo 2 litros de agua si lo tolerase y si no, fluido terapia. Por si persistiese ésta, será complementada, si el dolor persiste, con analgésicos tipo Dipirona Magnésica o ácido acetil salicílico.

PROTOCOLO INTRADURAL

- Cáteter venoso 18 (mínimo)
- Paños verdes
- Povidona Yodada
- Guantes
- Gasas
- Nobecután
- Esfingo Manómetro

MATERIAL

- Introducitor nº 20
- Aguja Spinal nº 25
- Jeringas 5 cc (A. Local Habón) 2cc (A. Local Intradural).

MEDICACION

- Bupivacaína 0,50 % Hiperbara
- Prilocaina
- Tetracaina 1% con glucosa al 10% amp.
- Efedrina

SUEROS

- Ringer lactado
- Salino Isotónico
- Anestesia General Preparada
- Almohada para levantar la cabeza
- Tomar t.a. antes de empezar la técnica
- Administrar 500 cc. de Ringer Lactado antes de empezar la técnica.



EL GRAN VALOR DE LA COMUNICACION EN ENFERMERIA



Cómo dominar la comunicación en enfermería

El propósito de este trabajo es ofrecer ideas que puedan servir a los equipos de Enfermería para confirmar su acierto al elegir esta profesión y para que en un futuro los ciudadanos vayan reconociendo cada día el gran valor de la Enfermería.

Quizás parezca que el propósito es demasiado ambicioso. No parece que la sociedad esté concediendo a la Enfermería la consideración que merece. Ahora bien, las cosas siguen igual hasta que dejan de serlo. Pensamos que la información y la comunicación son decisivas para transformar el panorama. Hay que ser realistas ante los términos relativamente nuevos.

Así pues, los términos información y comunicación no pueden servir para cualquier jugada. Por eso, queremos advertirlo ya al comienzo de este estudio. Queremos señalar también que el hecho de escribir este trabajo en tono coloquial no resta geometría a su estructura. Esperamos mostrar paso a paso los grandes rasgos de un programa de comunicación para quienes quieran vivir a fondo la Enfermería.

EL PROFESIONAL ANTE LA ENFERMERIA

Ante la Enfermería como profesión, observamos, entre otras, las siguientes posiciones.

1.- El profesional puede de-



"La comunicación y la información han revelado que una serie de procedimientos y técnicas dan resultado cuando se aplican a las relaciones humanas en enfermería".

sentirse de los problemas y refugiarse en su propia individualidad donde se resguarda de las inclemencias del ambiente.

Incluso alguna vez, aunque le afecten los problemas, no hará mucho por cambiar los aspectos más rugosos de la realidad que

le rodea. Considera que el estado actual de la Enfermería es el tiempo que le ha tocado vivir y se defiende de los cambios como puede.

2.- Hay quien siente los problemas y la amenaza de verse devorado por ellos. Procura por tanto adaptarse a la situación. Pasa la vida plegándose al destino que le ha tocado vivir. Con frecuencia tiene que reprimir muchos sentimientos porque piensa que crear un conflicto es mucho peor que dejar las cosas como están.

3.- Encontramos otros profesionales que "sienten y saltan", es decir, los problemas les afectan muchísimo y quieren resolverlo, lo malo es que los problemas y laberintos que plantea la Enfermería pueden ser muy graves y quemar al profesional. Cuando quieren pasar a la acción los problemas se han apoderado de ellos. Suelen estar muy atentos a todos los mensajes que les transmiten las hermandades de desanimadores que tanto abundan por el mundo. También pueden ser conquistados momentáneamente por los modernistas utópicos para caer nuevamente en el desánimo. Se convierten en individuos reactivos y sus actuaciones cambian según la moda.

Finalmente, están quienes se han planteado muy seriamente la profesión y tienen un centro dinámico en su interior que, ni lo peores acontecimientos pueden destruir fácilmente. Más aún, quieren que sus compañeros compartan esa visión optimista de su profesión que no tiene por qué ser peliculera.

ESTABLECER LA COMUNICACION

Al tratar de explicar la comunicación intrapersonal irán saliendo los otros, los demás ciudadanos, pacientes, colegas, por tanto, para que los profesionales puedan autorrealizarse, necesitan ser expertos en comunicarse con todo tipo de personas. No bastan las buenas intenciones,



"El estado actual de la enfermería es el tiempo que le ha tocado vivir y se defiende de los cambios como puede".

" Con frecuencia, la enfermería tiene que reprimir muchos sentimientos porque piensa que crear un conflicto es mucho peor que dejar las cosas como están".

hace falta una teoría que se compruebe con la práctica. La gran suerte de la Enfermería es que observan, valoran y hacen que los diálogos que se establecen en las distintas unidades sea una fuente inagotable de comunicación interpersonal.

Cada cual tiene sus propios temores, convicciones, manías y problemas. Comprender lo que cruza por la imaginación de la gente para poder llegar hasta ella es difícil y abrirse a los valores de otras personas, presenta enormes dificultades.

La condición previa para convertirse en una experta en comunicación es muy sencilla.

Aceptarse a sí mismo y aceptar a los demás como son. Dicho de otro modo, tener sentido de la realidad.

Una vez puestas las cosas claras, pensamos que el profesional de Enfermería debe ser diestro en escuchar y hacer preguntas que serán oportunas, así, la primera función comunicativa será adquirir información en todos los aspectos críticos y establecer un diálogo que evalúe ese contenido.

Cada día avanzamos más y conocemos mejor las técnicas de escucha para mostrar a los demás que les prestamos atención y les tomamos en serio, para ser espejo de sus sentimientos, para entenderles cuando no saben expresarse, para interpretar acertadamente sus bloqueos y sus críticas, para dar con el significado de su lenguaje no verbal, en resumidas cuentas, para crear una atmósfera de auténtica relación humana.

La otra destreza que debe dominar un profesional es hacer todas y sólo las preguntas necesarias. Quien no domina esa habilidad, adquiere muy pronto fama de incompetente.



El gran valor de la comunicación en enfermería



DOMINAR LA TECNICA DE LA COMUNICACION

¿A qué me refiero cuando hablo de que estamos avanzando?. Sencillamente a que la comunicación y la información han revelado que una serie de procedimientos y técnicas dan resultado cuando se aplican a las relaciones humanas en Enfermería.

El dominio de estas técnicas es relativamente fácil y como condición básica se necesita captar el interés del otro y que ese otro esté receptivo al mensaje que le llega. Hay que sumergirse totalmente en las situaciones. El gran desafío que tienen planteado muchos profesionales ahora es la motivación porque, ¿no es magnífico que hacer algo nos produzca satisfacción interna?. Y así a la vez que aprendemos puede que nos divertamos. La teoría tiene que ser acción.

Estamos en la era de las comunicaciones. Las distancias materiales se acortan cada día y,

“ La enfermería quiere que se comparta entre los compañeros la visión optimista de la profesión ”

sin embargo, las sociedades actuales generan una mayor comunicación, al menos psicológica y éticamente. La revolución tecnológica debería llevar consigo una revolución paralela como el humanismo acompañado de calidad.

En las situaciones de Enfermería se habla hoy mucho de calidad y de humanización y estos proyectos profesionales no pueden estar desligados de una renovación de los procesos humanos de comunicación en cuyo sistema el receptor es el punto de partida y ese receptor en el

proceso comunicativo no es otro que el cliente.

Por una parte, necesita atención técnica sanitaria y demás cuidados, pero con ser muy importante este tipo de ayuda, incluso en momentos muy delicados, no es menos importante el papel que juega la información-comunicación. La información pone en juego la comunicación, además, organiza la convivencia y promueve la salud.

Los profesionales de Enfermería, deben proporcionar información adecuada y eficaz al paciente. Información técnica para promover una comunicación curativa.

¡Cuántas dudas se disipan!, ¡cuántas tensiones borra una información oportuna!. Atender de esta manera al paciente receptor es devolver a la profesión esa calidad que se anda buscando. Las conductas de Enfermería se enmarcan de esta manera, en una revolución humanista o humanitaria que tanto vale a otras pro-

fesionales no precisamente humanitarias.

Comunicar viene de "communis", que quiere decir común, por tanto, comunicar es poner en común. Nos comunicamos cuando tratamos de establecer un vínculo común con alguien, el vínculo común enfermera-paciente es la salud, el dolor, la prevención, el bienestar, es decir, algo ligado a la vida misma, algo vital, por eso, dentro de un proceso comunicativo no se cuestiona.

Comunicar, en el sentido anunciado, es algo así como intercambiar palabras, mensajes pero también conductas, sentimientos, en definitiva, actitudes. En este sentido, comunicación-información, sería el proceso por el cual se transmiten expresiones y actitudes significativas, dando lugar a que las personas se influyan unas a otras, sin excluir el proceso unipersonal, mediante el cual la persona humana realiza una transposición de lo que es a lo que quiere ser. Pero, junto a este enfoque de la comunicación, existe otro, igualmente clave, que está menos de moda en la sociedad actual. Partiendo de la enfermedad social vuelve ahora a recuperarse la palabra comunicación que significa servicio común, servir en común.

Y llegamos así a la comunicación-información como servicio público. Se mantiene el concepto básico de que la comunicación es social o no es nada y, además, es pública, porque responde a un bien común.

Para los canales y los medios de comunicación, habría que elaborar otro texto. Valga ahora decir que son instrumentos de manipulación y que para el servicio de calidad de Enfermería cuenta especialmente la comunicación verbal y no verbal. No solamente una palabra oportuna y eficaz, sino un gesto significativo y acorde con la palabra, equivale al medio más completo para promover comunicación como servicio.



¡Cuántas dudas se disipan!, ¡cuántas tensiones borra, una información oportuna!

CONCLUSION

Empezábamos ocupándonos del profesional en Enfermería como persona individual y hemos ido complicando las cosas hasta contemplarlas dentro de una organización. No es que la comunicación sea la piedra filosofal que vaya a transformar la Enfermería. Hay mucho camelo alrededor de las palabras relativamente nuevas, pero estamos convencidas de su efectividad para ayudar a que los profesionales se sientan más autorrealizados.

TERESA VICENTE MARTIN. HOSPITAL VIRGEN DE LA VEGA. SALAMANCA.



OBSERVACIONES ANTE EL DOLOR

Por Nieves Martín Simal
Hospital Virgen de la Vega
Salamanca

No entraremos a valorar los problemas que asumen las Unidades o Especialidades del Dolor, ya en marcha, con su complejo mundo en fármacos, procedimientos, cateterismos terapéuticos, etc. Únicamente a modo de modestas observaciones, resumen o curiosidad, relataremos sensaciones que diariamente tenemos ocasión de percibir.

Mediante las observaciones, exponemos objetivos y metodología, por la cual conseguimos un acercamiento e identificación, describiendo unas 45 denominaciones o percepciones dolorosas.

OBJETIVOS

- Aplacar
- Mitigar
- Eliminar el dolor

METODOLOGIA

Partiendo de un principio activo y participativo, entre el paciente y el profesional de la enfermería, establecemos comunicación con el sujeto.

Facilitando que el paciente exprese sus sensaciones o sentimientos, molestias y preocupaciones. Haciéndole participe de nuestras tareas y de su propio cuidado en interés común de tranquilidad y bienestar, estaremos en condiciones favorables de intercomunicación adecuada a



Sabemos aplicar los cuidados asistenciales de enfermería y cómo percibir las sensaciones de los enfermos

percibir sensaciones.

Demostrado el interés que nos ocupa, aplicaremos nuestro método y acciones de enfermería con profesionalidad. Sabemos muy bien aplicar los cuidados asistenciales de en-

fermería, también sabemos de los largos espacios de tiempo que pasamos la enfermería con nuestros pacientes. ¿Cómo no percibir sus sensaciones?. Estamos bajo un mismo techo, nos senti-

mos y oímos nuestra respiración, quejidos. Cambiamos impresiones, ambas partes deseamos un fin común, salud, bienestar. Pasará el tiempo de permanencia en la Unidad, pero nuestros cuidados y objetivos estarán cumplidos.

“Las vivencias que siente la enfermería, alertan continuamente ante situaciones de riesgo, carencia de salud, marginación, DOLOR”

“ De la sensibilidad de captar las sensaciones de los pacientes, depende la aplicación de los cuidados de enfermería”.

La gran realidad que enfermería podemos aportar a la comunidad es silenciosa, en ocasiones angustiosa, con





Observaciones ante el dolor



una responsabilidad increíble, pero absolutamente **EFICAZ, NECESARIA E IMPRESCINDIBLE**, difícilmente sustituible en la sociedad actual. Las vivencias que sentimos, nos alertan continuamente ante situaciones de riesgo, carencia de salud, marginación, **DOLOR**.

Afortunadamente, nos animan nuestras responsabilidades y aptitudes de servicio, en prestaciones asistenciales, reservado al colectivo de la enfermería. Otros estamentos, quizás más reconocidos, serán útiles en el campo de la **SALUD**, pero nunca ocuparán lugares que la enfermería asumimos en de-

manda para **APLICAR, MITIGAR Y ELIMINAR EL DOLOR**, haciendo posible un entorno familiar y social óptimo, dejando al paciente en condiciones de independencia y capaz de **AUTOCUIDARSE**, integrándolo a la sociedad y mundo de trabajo.

RESUMEN

Completamos el trabajo o reflexiones sobre nuestras experiencias con un listado de sensaciones y modos en el dolor.

Estas conclusiones se basan en la experiencia cotidiana y profesional en Hospitalización de Reanimación.

"Hay que facilitar que el paciente exprese sus sensaciones o sentimientos, molestias o preocupaciones y hacer que participe de nuestras tareas y de su propio cuidado"

SENSACIONES LOCALIZADAS EN TORNO AL DOLOR

DOLOR

AGUDO
INTENSO
PUNZANTE
ESCOZOR
PERSISTENTE
INTERMITENTE
SORDO

LENTO
SUAVE
CRONICO
TRAUMATICOS
OCASIONADO
PROVOCADO
VOLUNTARIO
LOCALIZADO
CONFUSO
PERCEPTIVO
IMAGINADO
REAL
NERVIOSO
IRRITATIVO
SERENO

GOZOSO
PEQUENO
GRANDE
PREOCUPANTE
NORMAL
MALO
BUENO
INFORMATIVO

OBSESIVO
ALERTA
TRANQUILIZADOR

PERSISTENTE
RELATIVO
HABITUAL
ESPORADICO
PROFUNDO
SUPERFICIAL
COLECTIVO
INDIVIDUAL
EN REPOSO
EN MOVIMIENTO
INDISTINTAMENTE
FORTUITO
POSTURAL
GENERALIZADO

ALGUNO DE LOS EJEMPLOS

Dolor precordial
Cefaleas, otitis, neuralgias
Perforación gástrica
Quemaduras
Cualquier tipo de patología
Contracciones
Diferentes formas: flemones, accesos
Garganta
En curas, cambio de apósitos
Reumatismo, artritis
Accidentes
Cortes, imprudencias
Autolesión, suicidio
Rozaduras, ropa que oprime
Apendicular
Poco identificado, tipo cólico
Pleural, óseo
Psíquico
Claro, concreto
Maxilo-facial, muelas
Excitable
Después de diagnóstico tranquilizador.
Parto, masoquismo
Pasajero, poco intenso
Agudos en general
En difícil formas de diagnóstico
Estados griposos
Patologías drásticas
El que se identifica como normal
Nos alerta como preludio de enfermedad.
Neurosis, miedos
Indicador de recaídas
Después de evacuación de contenidos purulentos
Lesiones articulares, fracturas
Según lesiones o grado de afectación
Crónico, cefales.
Crecimiento
Cólicos hepáticos
Lesiones en la piel
Epidemias, enterocolitis
Malformaciones personales
Patologías dolorosas
Suturas, etc.
Muelas, odios, etc.
Perdigonada
Cansancio, inmovilidad
Explosión, accidente

CONCLUSIONES: De nuestra sensibilidad en captar las sensaciones de los pacientes que tengamos en nuestras unidades, depende la aplicación de cuidados. Cada individuo demostrará su sensación dolorosa particular, para hacerse entender. En este momento, entran en acción nuestras habilidades para:

MITIGAR, ALIVIAR O ELIMINAR EL DOLOR.