

Enfermería



En Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor

XVI CONGRESO NACIONAL

de la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
de ENFERMERÍA en
ANESTESIA REANIMACIÓN
y TERAPIA del DOLOR
ASEEDAR-TD

9-10-11 de octubre de 2002
Palacio de Congresos
Santiago de Compostela

2002

Santiago de Compostela

sumario

- 05 Reportaje**
El Dolor en el anciano
- 10 Reportaje**
Cirugía de la obesidad mórbida
- 14 Reportaje**
La psicoprofilaxis quirúrgica, una gran oportunidad de la enfermería de anestesia
- 18 Noticias**
XV Congreso Nacional de la Asociación Española en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor
- 20 Noticias**
Primera Jornada Castellano-Leonesa de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia de Dolor
- 21 Noticias**
X Jornadas de Enfermería de la Comunidad Valenciana en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor
- 23 Noticias**
Primeras Jornadas Aragonesas de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia de Dolor
- 24 Noticias**
VII Congreso Mundial de Enfermería de anestesia Helsinski, junio 2000
- 26 Reportaje**
Valoración del dolor ajeno

editorial

El número 10 de la revista

Celebramos este año 2002, el décimo aniversario de la que ha sido órgano de expresión de nuestra Asociación.

Todos los elementos que forman parte del proceso de escritura han experimentado cambios sustanciales a lo largo de la historia. Los soportes físicos de las palabras y de las cifras, han sido diversos y han evolucionado hacia la economía, ductilidad y calidad. Los elementos utilizados para reproducir las palabras han buscado también la comodidad, la economía y la velocidad.

La imprenta, que ha hecho posible atender a la necesidad creciente de información, ha permitido que pudiera nacer nuestra revista, y permanecer anualmente, para llegar a los profesionales que la quieran hacer suya.

Esperamos que os haya servido de guía, en algún momento de vuestra vida profesional tanto en la práctica como científicamente.

Felicidades a todos los Asociados que haceis posible que nuestra revista cumpla años.

Enfermería

EN ANESTESIA-REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR

Edita

ASEEDAR-TD
C/ del Sol, 13 (Urb. Alfinach)
46530 Puçol VALENCIA
www.aseedartd.org
EMAIL:
presidenta@aseedartd.org

Presidenta

María Victoria Dato Muelas

Vicepresidente

Salvador Calatayud Hernández

Secretaría

Angela Olmedo Salas

Coordinadora

Antonia Castro Pérez

Tesorera

Milagros Abad López

Vocales

Andalucía:
José Avila Pinto
Manuel Sáez González

Aragón:

Teresa Plumed Sánchez

Baleares:

Yolanda March Sánchez

Canarias:

Mariana Bravo de Laguna Rodríguez

Castilla-La Mancha:

Juan Martínez

Cataluña:

M^a Teresa Peix Sagües

Extremadura:

Agustina González Sánchez

Castilla-León:

Beatriz Argüello Agúndez

Galicia:

Jesús Mallouf López

Madrid:

Angeles González Hernández

Murcia:

Maravilla Belmonte Alfaro

Valencia:

Isabel Casabona

ASOCIACIONES AUTÓNOMICAS

AVNEAR (Vasco-Navarra)

Presidente: Angel Diego Arévalo

ASECVAR (Valencia)

Presidenta: Asunción Martínez Juárez

Impresión y Fotomecánica:

Gráficas Papallona CTV
Pius XI, 40 baix, 46014 Valencia
Tel.: 96 357 57 00

Correu electrònic: papallona@ctv.es
http://www.ctv.es/papallona

Diseño y Maquetación

Santa Mónica & inreig.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 o información sin citar su procedencia.



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 siguiente 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 filiara: 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 reimpresos 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.

El dolor en el anciano

MERINO TEJEDOR ALICIA
HERNANDO GARCÍA VANESA
GARCÍA CARRILLO AMPARO
ARRANZ MARTÍN VICTORIA
SANTOS RUBIO ESTRELLA



Basándonos en nuestra experiencia profesional en distintas residencias geriátricas decidimos que sería interesante estudiar a un cada vez más amplio colectivo de nuestra sociedad, el de la tercera edad, donde las investigaciones sobre el control del dolor son escasas.

Fijándonos en ellos pudimos comprobar que los dolores que padecen son crónicos y variables a lo largo del día, no localizándose en zonas concretas. Además, hay un número significativo de ancianos

que siguen teniendo dolores a pesar del tratamiento que siguen.

Este tratamiento, no sólo es farmacológico, o al menos no lo debería ser, sino que también existen otros tratamientos complementarios fuera del campo de la farmacología, que competen al personal de enfermería, entre otros. Sin embargo, nuestra labor en este campo está todavía muy poco desarrollada y reconocida tanto por la sociedad como por el personal sanitario.



INTRODUCCIÓN

Twycross y Melzak definen dolor como aquella experiencia somatopsíquica causada por un estímulo muchas veces físico pero cuya percepción está modulada por “el ánimo”, “la moral” y “el significado” de este dolor a nivel individual, muchas veces negativo al recordar la progresión de la enfermedad y el fracaso del tratamiento específico, y a lo que podríamos añadir el “ambiente” y recordar que su umbral de percepción aumentará ante una serie de factores como la distracción, la compañía y la buena comunicación con el equipo.

El dolor supone una seria complicación en todos los pacientes, especialmente en personas mayores, debido sobre todo a los numerosos cambios fisiológicos que experimentan ya que estos les predisponen a determinadas enfermedades como por ejemplo: procesos artríticos, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, cáncer, etc.,..., a lo que se suman lesiones debidas a caídas y fracturas espontáneas.

La sociedad actual envejece muy rápidamente pero, sin embargo, es en este grupo de edad donde existen menos investigaciones y avances sobre el control del dolor.

Todo esto, unido a las diversas formas que tienen los ancianos de sentir y expresar el dolor y las dificultades que se presentan a la hora de comunicarse con algunos de ellos (por demencias, problemas auditivos, etc., ...), hace que este campo nos parezca un tema interesante a tratar en estas jornadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos pasado la siguiente encuesta a veinticinco ancianos de las siguientes residencias:

- Residencia de la tercera edad Santiago Apóstol (Peñañiel, Valladolid)
- Residencia de la tercera edad ASER (Segovia)

- Residencia asistida de la tercera edad. INSERSO – Junta de Castilla y León (Valladolid y Segovia)

ENCUESTA

1. ¿Tiene algún dolor?

- a) sí
- b) no
- c) a veces

2. ¿Dónde? Señale con el dedo.

- a) cabeza
- b) abdomen
- c) tórax
- d) extremidades inferiores
- e) extremidades superiores
- f) otros o varios

3. ¿Tiene más de un dolor a la vez?

- a) sí
- b) no
- c) a veces

4. ¿Cómo es el dolor?

- a) constante
- b) variable (mañana-tarde-noche)

5. Baremo del dolor:

- a) sin dolor0
- b) un poco1
- c) bastante2
- d) mucho3
- e) insoportable4

6. ¿Con qué relaciona el cese o la mejoría del dolor?

- a) visita de familiares/ amigos
- b) pasear
- c) actividades lúdicas
- d) otras
- e) nada

7. ¿Con qué relaciona el inicio o la agudización del dolor? (respuesta libre)

8. ¿Qué hace para aliviarlo?

- a) medicación
- b) distracción
- c) cambios posturales
- d) otros

9. ¿Quién le ha sugerido esa solución?

- a) médico
- b) enfermera
- c) compañeros
- d) familiares
- e) nadie

10. ¿Nota que eso que hace le alivia el dolor?

- a) sí
- b) no
- c) a veces

11. ¿Desde cuando tiene ese dolor?

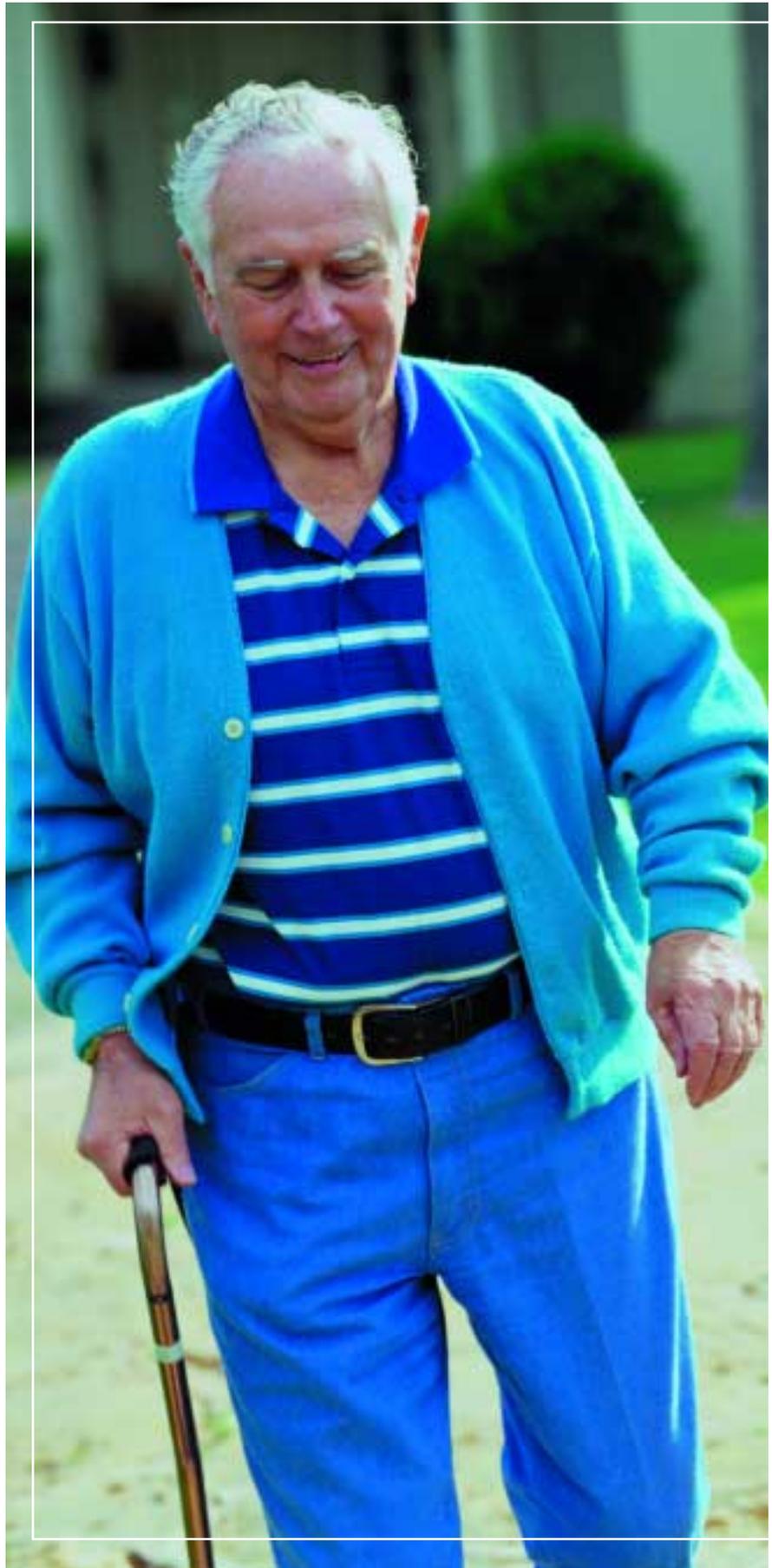
- a) hoy
- b) menos de una semana
- c) más de un mes
- d) desde hace mucho

12. ¿Qué le impide hacer ese dolor?

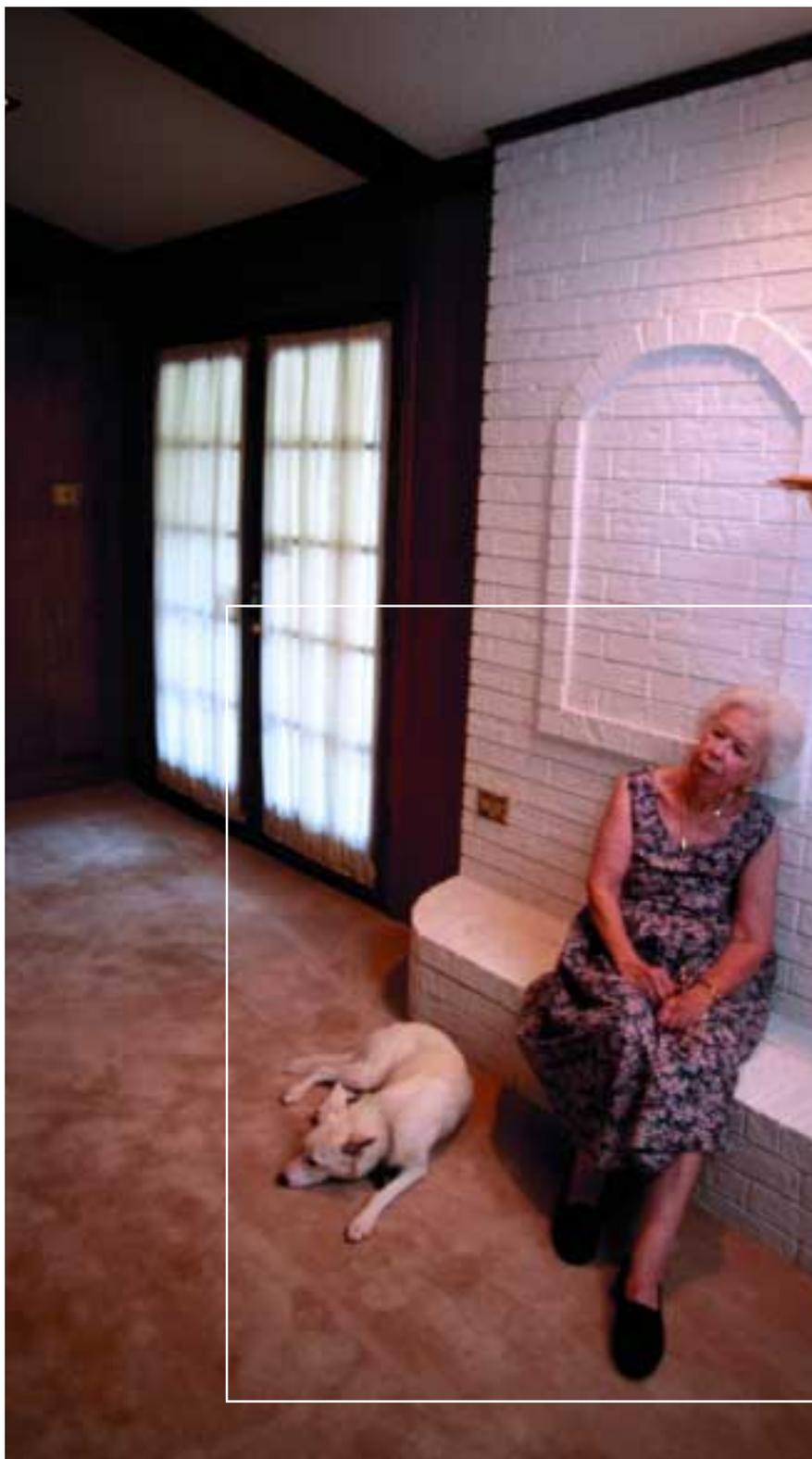
- a) dormir
- b) comer
- c) relacionarse
- d) no le limita para nada
- e) no le deja hacer nada

13. ¿Cree usted que su dolor está siendo tratado adecuadamente?

- a) sí
- b) no
- c) no sabe, no contesta



Resultados



1. ¿Tiene algún dolor?

- a) sí (72%)
- b) no (4%)
- c) a veces (24%)

2. ¿Dónde? Señale con el dedo.

- a) cabeza (4%)
- b) abdomen (16%)
- c) tórax (0%)
- d) extremidades inferiores (32%)
- e) extremidades superiores (4%)
- f) otros o varios (36%)

3. ¿Tiene más de un dolor a la vez?

- a) sí (32%)
- b) no (40%)
- c) a veces (28%)

4. ¿Cómo es el dolor?

- a) constante (32%)
- b) variable (mañana-tarde-noche) (64%)

5. Baremo del dolor:

- a) sin dolor0 (4%)
- b) un poco1 (24%)
- c) bastante2 (48%)
- d) mucho3 (16%)
- e) insoportable4 (8%)

6. ¿Con qué relaciona el cese o la mejoría del dolor?

- a) visita de familiares/ amigos (20%)
- b) pasear (4%)
- c) actividades lúdicas(8%)
- d) otras (medicación, ...) (48%)
- e) nada(16%)

7. ¿Con qué relaciona el inicio o la agudización del dolor? (respuesta libre)

- Marcha y movimientos (36%)
- Disgustos (4%)
- Luz (4%)
- Nada concreto (32%)
- Reposo (8%)
- Comer (8%)
- Frío (4%)

8. ¿Qué hace para aliviarlo?

- a) medicación (71'4%)
- b) distracción (17'8%)
- c) cambios posturales (0%)
- d) otros (10'7%)

9. ¿Quién le ha sugerido esa solución?

- a) médico (71'4%)
- b) enfermera (10'7%)
- c) compañeros (0%)
- d) familiares (0%)
- e) nadie (17'8%)

10. ¿Nota que eso que hace le alivia el dolor?

- a) sí (52%)
- b) no (16%)
- c) a veces (28%)

11. ¿Desde cuando tiene ese dolor?

- a) hoy (4%)
- b) menos de una semana (0%)
- c) más de un mes (16%)
- d) desde hace mucho (76%)

12. ¿Qué le impide hacer ese dolor?

- a) dormir (16%)
- b) comer (8%)
- c) relacionarse (24%)
- d) no le limita para nada (48%)
- e) le deja hacer nada (8%)

13. ¿Cree usted que su dolor está siendo tratado adecuadamente?

- a) sí (68%)
- b) no (12%)
- c) no sabe, no contesta (20%)

DISCUSIÓN

Con esta encuesta podemos llegar a una serie de conclusiones sobre el tipo de dolor, su tratamiento y como influye en la vida del anciano.

Algo que diferencia el dolor de los ancianos al de los demás grupos de edad es que en éstos suele ser crónico y de larga duración. Además pudimos comprobar que la mayoría de los entrevistados tienen un dolor que no suele ser constante sino que varía a lo largo del día. Tampoco se localiza en una zona concreta, más bien, afecta a más de una parte del cuerpo siendo las extremidades inferiores la más común.

No es una cifra muy elevada pero sí significativa que el 8% de los ancianos tenga un "dolor insoportable" porque éste debe ser tratado antes de llegar a ese límite.

A esto se suma que el 48% refleja "bastante dolor" a pesar del tratamiento que siguen.

Nuestra experiencia nos demuestra que es usual, aunque ilógico, que haya muchos casos de tratamientos prescritos en tercera edad en los que se deja a demanda un

analgésico, requiriendo frecuentemente dosis extraordinarias que aumentan la tolerancia, no cumpliendo un horario fijo característico de una terapia correcta y efectiva.

Las dosis extras son, sin embargo, útiles para definir las dosis efectivas en el inicio del tratamiento.

El control del dolor se basa en tres pilares:

- MEDIDAS GENERALES
- MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El que más peso tiene en la práctica es el tratamiento farmacológico .

Sin embargo, las medidas generales deberían ser de aplicación sistemática en el control del dolor. Consisten en cambios en el estilo de vida del paciente que logren prevenirlo, potenciando la acción del fármaco si existe.

Todo lo que evite fijación constante del enfermo en sus dolencias consigue aumentar el umbral de percepción: diversión, tranquilidad, reducción de ansiedad, compañía... Por lo contrario, otros factores como el aislamiento, ansiedad, soledad, aburrimiento...disminuyen el umbral de percepción.

Un 36% de los ancianos dicen que su dolor se agudiza con la marcha o los movimientos.

Este es el campo de acción de la terapia no farmacológica, que son métodos físicos que ayudan al control del dolor aunque a veces pueden llegar a ser la base del tratamiento: masajes, calor, frío, movilización o inmovilización, también electroestimulación, termografía, medidas ortopédicas o ayudas para la movilización. Por ejemplo, está demostrado que dolores articulares por inmovilización responden mejor a masajes que a analgésicos.

Sigue habiendo una gran confianza en la figura del médico cuyos consejos son considerados más relevantes que los del resto del personal sanitario, lo cual nos hace pensar que, una vez más, la enfermería no ha sido capaz de dar a conocer su implicación en este tema a la sociedad: desde valoración, evaluación del dolor, aplicación de medidas generales y no farmacológicas, seguimiento del tratamiento farmacológico y conocimiento de los aspectos psicológicos implicados y derivados de la clínica del dolor.

La empatía es una actitud a desarrollar por nuestra profesión, puesto que la mejor



forma de reconocer el dolor del enfermo es poniéndonos en su lugar.

Como conclusión, nos fijamos en que un alto porcentaje de ellos, más concretamente el 68%, creen que su dolor esta bien tratado, pero porqué conformarnos con que "se dejen de quejar" si podemos llegar más allá mejorando su calidad de vida. El personal sanitario en esta tarea juega un papel tan importante como la familia y allegados del anciano.

Conseguir esto puede parecer complicado pero creemos que es posible con esfuerzo, mayor dedicación a nuestro trabajo, ganas de mejorarlo y por supuesto, aunque por desgracia lo más difícil, con más personal.

BIBLIOGRAFÍA

- **MCCAFFERY M. Y BEEBE A.** "Dolor. Manual clínico para la práctica de Enfermería". Editorial Paradigma. 1993
- **CLARE PHILIPS H.** "El tratamiento psicológico del dolor crónico". Ediciones Pirámides S.A. 1991
- **LINCHITZ R. M., M.D.** "Vivir sin dolor. Un programa comprobado para combatir el dolor crónico". Editorial Páramon Divulgación. 1993

Cirugía de la Obesidad Mórbida

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS POSTOPERATORIOS Y
PROMOCIÓN DEL BIENESTAR DEL PACIENTE EN LA UNIDAD
DE REANIMACIÓN POST-QUIRÚRGICA (RPQ)

RAFAEL FCO. JUSTEL GARCÍA
MILAGROS B. MARTÍNEZ SOLA
BEATRIZ RUIZ DE PABLO

D.U.E de Reanimación Post- Quirúrgica del Hospital Príncipes de España (Barcelona)

En la sociedad actual, la obesidad mórbida constituye un grave problema social y sanitario en muchos países industrializados. En los últimos años la cirugía bariátrica se ha convertido en el tratamiento de elección para las personas con este tipo de enfermedad, que a menudo han efectuado numerosos intentos de adelgazamiento con poco éxito.

Durante los últimos años se ha potenciado este tipo de cirugía, utilizando desde su inicio 3 técnicas distintas, 2 de tipo restrictivo: Gastroplastia Vertical Anillada (GVA) y la Banda Neumática por laparoscopia (Lap-Band) ; y una de tipo mixto: GVA + By- Pass Gastro- yeyunal siendo en este momento la técnica de referencia.

El paciente diagnosticado de obesidad mórbida y sometido a cirugía bariátrica, presenta características y necesidades diferentes respecto a otros pacientes postoperados. Observamos que: la mayoría son pacientes que no se sienten enfermos, se someten de forma voluntaria a intervención quirúrgica y presentan trastornos psicosociales (depresión, ansiedad, déficit de autoestima, rechazo social, ...)

Cabría destacar que nos encontramos ante un paciente potencialmente crítico tanto por su morbilidad asociada **(1)** como por el aumento de complicaciones postoperatorias **(2)** Se ha demostrado que el riesgo de muerte aumenta con el exceso de peso cuantificándose en una disminución de la esperanza de vida.

OBJETIVO

Ante esta situación nos planteamos valorar y analizar las necesidades, problemas y complicaciones postoperatorias con el fin de elaborar un plan de cuidados aplicable a las unidades de RPQ, para disminuir las complicaciones postoperatorias y mejorar el bienestar del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en la unidad de RPQ del hospital Príncipes de España (Bellvitge), durante el período

comprendido entre enero de 2000 a julio de 2001.

La población estudiada formaron un total de 66 pacientes intervenidos durante los 19 meses de estudio.

Los criterios de inclusión utilizados fueron: pacientes diagnosticados de obesidad mórbida, sometidos a cirugía bariátrica (GVA/ By-pass gástrico duodenal- ...) y que ingresaron en la unidad de RPQ durante este período.

La recogida de datos se realizó mediante revisión bibliográfica en medline, internet, artículos de revistas y libros publicados durante los últimos 5 años, junto con la

revisión de historias clínicas.

Se diseñó una hoja de registro donde se recogía las siguientes variables: edad, sexo, peso, talla, IMC, tipo de intervención, tipo de anestesia, ASA, antecedentes patológicos, tiempos de estancia en RPQ y hospitalización , así como el registro de las necesidades básicas centrándonos en el patrón respiratorio, el dolor (confort-bienestar) y la eliminación con la finalidad de favorecer el bienestar y evitar los problemas y/o complicaciones más frecuentes en este tipo de paciente.

MORBILIDAD ASOCIADA A LA OBESIDAD (1):

Hipertensión arterial.

Diabetes mellitus tipo II.

Alteraciones cardiovasculares.

Alteraciones respiratorias.

Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño.

Tromboembolismo pulmonar.

Osteoartropatías.

Alteraciones psicosociales.

Mayor incidencia en determinadas neoplasias (mama, endometrio, colon, etc.).

COMPLICACIONES MÉDICAS (2)

Respiratorias: I. Resp. A Cardiovasculares: Cardiopatía isquémica

Atelectasia,

IC

Neumonía,

TEP

Renales: IRA, infección urinaria

Metabólicas: Anemia

Carencia nutricional

Otras: alopecia, osteoporosis, vómitos, diarreas, etc

Complicaciones propias de la cirugía:

- Fístula gastrointestinal, isquemia intestinal, hemorragia intraabdominal, dehiscencia de sutura, infección de herida quirúrgica, eventración abdominal, distensión del reservorio gástrico, etc.

(TABLA 3)

Obesidad severa (35-40% IMC)	Obesidad mórbida (40-50% IMC)	Superobesidad (50- 60% IMC)	Super-superobesidad (> 60 %)
6.06%	53.03%	31.81%	9.09%

RESULTADOS

Del total de la muestra el 89,4% eran mujeres y el 10,6% hombres. La edad media fue de 41,8 años, con un mín.de 19 y un máx. de 60, con una desviación estándar de 10.15,. En relación con el peso y la altura las medias fueron de 124,95 kg y 1,60m respectivamente con un IMC de 49,2% con un rango entre 35,9 % y 78,8%, predominando la obesidad mórbida con un 53,03% (tabla 3)

El resto de resultados se adjuntan en las TABLAS 4 Y 5.

CONCLUSIONES

Tras analizar los resultados obtenidos cabe destacar la baja incidencia de complicaciones postoperatorias graves en relación con el grado de obesidad (mórbida- superobesidad), la importante patología asociada y el alto riesgo operatorio.

Tras observar que la mayoría de complicaciones postoperatorias son de tipo respiratorio, creemos que para prevenirlas y disminuirlas debemos incidir en una fisioterapia respiratoria eficaz, movilización precoz y control del dolor ; siendo la PCA e.v (analgesia controlada por el paciente) la mejor técnica analgésica ya que proporciona el máximo confort con mínimas complicaciones.

Concluimos diciendo que la valoración global del dolor es un papel complicado pero esencial y en el que enfermería juega un papel fundamental para su detección y alivio.

Por último comentaremos que la elaboración del plan de cuidados de enfermería es una herramienta de gran validez, dado que unifica criterios, establece objetivos comunes, permite la continuidad de cuidados enfermeros, etc.. Todo ello contribuirá en la mejora de la calidad asistencial y el bienestar del paciente.

Consideramos pues, el tratamiento quirúrgico una buena opción terapéutica dada la buena calidad de vida que consigue el paciente, pudiendo comer de todo y con pocos efectos secundarios metabólicos fácilmente compensables, así como la mejora de su autoestima.

BIBLIOGRAFÍA

- **CIUDAD SANITARIA Y UNIVERSITARIA DE BELLVITGE.** *Memoria 1999.* Bellvitge: Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. Comunicació y Salud. S.L. 2000
- **BEATRIZ MAÑAS.** *"L'Obesitat en xifres".* Revista Blanco y Negro. Periódico: El País. 2001.
- **CIUDAD SANITARIA Y UNIVERSITARIA DE BELLVITGE.** *Protocolo de actuación en la obesidad.* Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. Julio 1998.
- **MASDEVALL NOGUERA C.** y cols. *Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida.* Hospital Príncipes de España de Bellvitge. Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. Documento interno 1998.
- **MORA L, CAMPRUBÍ I.** *Influencia de la analgesia y movilización precoz en la prevención de complicaciones en la cirugía de la obesidad mórbida.* Hospital Príncipes de España de Bellvitge. Comunicación en el congreso de la SEECO; 2001 Marzo 1, 2, 3 y 4, Santander, España



PLAN DE CIUDADOS ESTANDARIZADO AL PACIENTE OBESO MÓRBIDO SOMETIDO A CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO EN RPQ.

PROBLEMAS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Patrón Respiratorio ineficaz r/c dolor e inmovilidad. • Potencial de infección respiratoria r/c limpieza ineficaz vías aéreas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar patrón respiratorio: movimiento respiratorio y permeabilidad vías aéreas. • Oxigenoterapia s/p. • Cama 30-45°. • Aerosol c/4 h s/ proceda. • Analgesia antes de toser s/p • Explicar la importancia de la fisioterapia respiratoria. • Realizar fisioterapia respiratoria 5 min c/h. • Enseñar a sujetarse la herida y doblar piernas al toser. • Incentivar al paciente a toser eficazmente y realizar ejercicios respiratorios. • Aplicar tratamiento de SAOS (CPAP/BIPAP) s/ precise. 	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar problemas respiratorios. • Mejorar intercambio gaseoso y reducir trabajo respiratorio. • Facilitar contracción del diafragma al bajar contenido abdominal. • Humidificar aire.
<ul style="list-style-type: none"> • Retención urinaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar importancia de que miccionen espontáneamente. • Preservar intimidad del paciente. • Verificar globo vesical. • Sondaje s/p. • Control diuresis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer micción y evitar sondaje vesical.
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor relacionado con la intervención quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del dolor: EVA / Signos fisiológicos. • Preparar y administrar analgesia de pauta y rescate. • Acomodar en postura antiálgica. • Detectar y registrar efectos 2^{os}. <ul style="list-style-type: none"> - Depresión respiratoria: Sat O₂ , Fr, Nivel consciencia. - Náuseas/vómitos: colocar en de- cúbito lateral, adm antieméticos s.om. - Prurito: Histamínicos s.o.m - Mareo, hipotensión: tremde-lemburg, T.A c/5 min hasta re-cuperación, adm expansores plasma s. o.m - Registrar total de mg. de PCA c/ turno, dosis iniciales y/o dosis extras. • Enseñarle a sujetarse la herida quirúrgica, para la movilización y fisioterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer el grado de dolor para aliviarlo. • Promover el confort y disminuir ansiedad. • Evitar complicaciones mayores y tratar los problemas evidenciados

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

INÉS SANZ GASPAR*
JAVIER MUÑOZ BASSOLS**





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 los 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").

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 lentificación 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.

Va a existir una tendencia a la "competitividad" entre los Centros Sanitarios, para poder ofertar el mejor producto sanitario posible. Cada centro tendrá que saber "

Encuestas determinan que el 60% de los pacientes guardan más recuerdo de su entorno, que la propia asistencia sanitaria recibida, y en lo que se refiere a Enfermería, ésta debe saber "vender" el producto enfermero, que lo constituyen los Cuidados de Enfermería.

La mejor forma de acercarse 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 ó curación de su patología, es necesario el ingreso en el Centro Hospitalario unos días antes de su intervención, siguiendo el diagrama. general

ansiedades básicas es una constante en todas las Intervenciones quirúrgicas. 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...) ó psicológicos, (problemas de relación con el personal sanitario, agresividad...), presentan mayores dificultades en su buena evolución clínico-quirúrgica.

Para mejorar la recuperación psicológica y orgánica de los pacientes quirúrgicos, se



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.

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. Pero para los pacientes, la IQP, es una situación psicológica peligrosa. La incidencia de las

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.

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.

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 Quirófano), 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 Pentium II conectado a Internet Explorer, una impresora hp Deskevot 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.

Las principales limitaciones para su expansión y maduración son:

- Los Gestores sanitarios, porque a pesar de los estudios que demuestran los beneficios en términos económicos, (optimiza el resultado de las cirugías, acorta la estancia hospitalarias, 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, 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 administraciones 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

- Navarro, L. González, Ma L. Pastor, A.C. Alonso, 1. Martín, J. Queralt, C. Gestión de Instituciones Sanitarias. Mira Ed.1996; 228 y 286-289.
- Mardarás, E. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. 1980. Disponible en <http://www.rol.readyssoft.es/index.html>
- Giacomantone, E. Mejía, A Estrés quirúrgico y Ansiedad. Criterios para su manejo terapéutico. (publicación online). Agosto de 2000: (7 pantallas). Disponible en <http://www.gador.com.u/yd/ansie2/guiru.htm>
- Heinen, C. Psicoprofilaxis Quirúrgica, ¿es bueno pedir ayuda?. (publicación online). Diciembre de 2001: (3 pantallas). Disponible en <http://www.sitioBebe.htm>
- Rubio, M C, Arrieta, M B. Clemente, PA. Tobajas, JJ. Psicoprofilaxis Quirúrgica en ginecología.(Publicación online). Septiembre de 1998. (8 pantallas). Disponible en <http://www.doc6.es/index/consulta.htm>
- Boucly, F. Gestión del Mantenimiento. Ed. AENOR 1999; 79-81.

Celebrado en Bilbao el XV Congreso Nacional de la Asociación Española en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor.

24, 25 y 26 de octubre de 2001

EL XV Congreso analizó "El despertar en un nuevo siglo"



"El Despertar en un Nuevo Siglo", fue el sugerente lema del XV Congreso Nacional de la Asociación Española en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor celebrado los días 24, 25 y 26 de octubre de 2001 en el Palacio Euskalduna de Bilbao.



Metidos de lleno en el nuevo siglo, el Comité Organizador del Congreso planteó este encuentro profesional anual como foro principal para debatir sobre el futuro de nuestra especialidad. En este empeño estuvieron durante tres días en Bilbao 380 compañeros y compañeras pertenecientes a 37 centros hospitalarios de todo el Estado.

Nota destacada fue el acto inaugural que contó con la presencia del Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco, Gabriel Inclán, el alcalde de Bilbao y ex consejero de Sanidad, Iñaki Azkuna, la presidenta de la ASEEDAR-TD, María Victoria Dato, el doctor Luciano Aguilera, Jefe del Servicio de Anestesiología del Hospital de Galdakao, el profesor Pedro Miguel Etxenike que pronunció una interesante y aclamada Conferencia Magistral y la presidenta del Congreso Rosa Sainz, Supervisora de Reanimación del Hospital de Galdakao.

El análisis del "despertar" de cara al futuro se llevó a cabo mediante 12 ponencias, 32 comunicaciones y 31 póster presentados. El objetivo de lograr la

especialización estuvo presente en los debates tal y como señaló la presidenta del Congreso, Rosa Sainz: "Debemos de seguir esforzándonos como profesionales responsables, pero también reclamar el reconocimiento de la especialidad en aras a la ciencia del cuidado".

Asimismo, se instaló una exposición con presencia de diez casas comerciales que mostraron los últimos avances en sus productos.

Como novedad destacada en el XV Congreso fueron los talleres prácticos de "Mantenimiento de Vía Aérea en Anestesia-URPA-Reanimación" ofrecidos por personal de enfermería del Hospital de Galdakao, bajo la dirección del Doctor Saez de Eguilaz, Jefe de Sección de Reanimación del citado centro hospitalario.

El resultado de esta primera experiencia fue exitosa, tanto por el número de participantes, 98 como por la calida de los temas tratados, tal y como lo reconocieron los propios asistentes en una encuesta valorativa.

1 JORNADAS CANARIAS DE ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR

Las Palmas de G. C.
14-15 de Noviembre de 2002

HOSPITAL GENERAL DE G. C. "DR. NEGRIN"

Con el reconocimiento de interés sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias

El pasado 10 de Noviembre de 2001, en la ciudad de Valladolid, se celebró la

Primera Jornada Castellano-Leonesa de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia de Dolor



El Acto inaugural fue presidido por el Dr. D. Rufino Muñoz Fernández, Jefe de Servicio de Anestesiología-Reanimación del Hospital Universitario de Valladolid, Dr. D. Felix Buisan Garrido (Jefe de Sección del Servicio de Anestesiología-reanimación del Hospital Universitario de Valladolid, Dr. D. Jesús Pernia, anestesiológico del Hospital Universitario de Valladolid, D. Alfredo Escaja fernández, Oresidente del Consejo Autonómico de Colegios Profesionales de Castilla-León, Dña M^a Victoria Dato Muelas, Presidenta de ASEEDAR-TD, y, Dña. Beatriz Argüello Agúndez, Presidenta de la Jornada y Vocal de ASEEDAR-TD por Castilla y León.

La Jornada se desarrolló en sesiones de mañana y tarde, con gran afluencia de ponentes y asistentes (un total de 138 congresistas).

Cabe resaltar la alta calidad de los trabajos presentados por los distintos parti-

cipantes de Castilla-León, Madrid, Pamplona, Barcelona, Valencia, Teruel y Asturias.

La Asociación Española de Enfermería en Anestesia-reanimación y Terapia del Dolor, otorgó el premio a la mejor comunicación, que recayó en "Impacto Psicológico del paciente que va a ser anestesiado", cuya autora es Dña. M^a Jesús Aguado Velasco, enfermera de quirófano central (cirugía cardíaca) del Hospital Universitario de Valladolid.

El objetivo que nos movió a reunirnos fue la lucha incansable de los profesionales de Enfermería de consultas preanestésicas, quirófanos, unidades de recuperación postanestésica y Unidades de recuperación postquirúrgica, para ofrecer cuidados integrales de alta calidad por enfermeros/as entrenadas y especializadas.

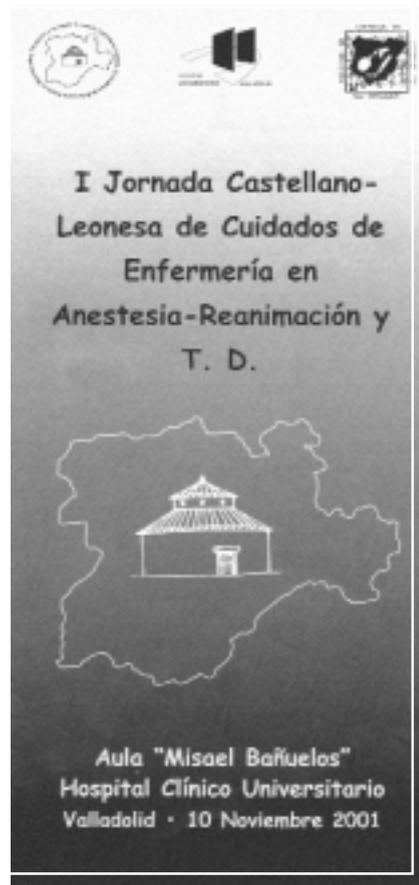
Es importante continuar trabajando como profesionales responsables en el

ámbito anestésico en las fases per, intra y postoperatoria, pero también anhelar que nuestros cuidados sean reconocidos como especialidad para salvaguardar la calidad de nuestra profesión en el futuro.

La enfermera/o debe sentirse miembro de una especialidad con valores y metas que la identifiquen. Finalmente aprovecho este conducto para agradecer a todas aquellas personas que hicieron posible que esta Jornada viera la luz.

Beatriz Argüello

Presidenta



X Jornadas de Enfermería de la Comunidad Valenciana en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor

Celebradas junto con ASECVAR en Alicante, los días 7 y 8 de junio



Durante los días 7 y 8 de junio de este año, se celebraron en la Clínica Vistahermosa-ASISA de Alicante, las X Jornadas de Enfermería de la Comunidad Valenciana en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor, organizadas junto con ASECVAR.

Fueron dos días de intensa actividad científica, donde nos reunimos un gran número de profesionales, queriendo destacar desde estas líneas el elevado número de estudiantes de Enfermería que acudían por primera vez a un evento profesional de estas características.

La conferencia magistral fue impartida por el Profesor Bernat Soria Escoms, Director del Instituto de Bio-ingeniería de la Universidad Miguel Hernández de Elche, nos habló "Investigación en células madre: implicación terapéutica", tema de gran actualidad por la repercusión que están teniendo sus investigaciones tanto científica como socialmente.

Las ponencias presentadas así como las comunicaciones libres y posters, gozaron de un elevado nivel científico y profesional, se otorgaron por parte del Comité Científico los siguientes premios:

- PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN POR VOTACIÓN DEL PÚBLICO (COMPARTIDO)

"ABORDAJE DEL DOLOR EN UN HOSPITAL TERCIARIO"

AUTOR: MIGUEL CASTELLS MOLINA
ENTREGA CECOVA- D. JOSE ANTONIO AVILA

"CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA TORACICA. PROTOCOLO DE REHABILITACION PULMONAR"

AUTOR: MARIA TORRES FIGUEIRAS

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

ENTREGA DÑA. M. DOLORES MORA ANTON PRESIDENTA DE ESTAS X JORNADAS DE ENFERMERIA

- PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN PRESENTADA POR ESTUDIANTES DE ENFERMERIA (COMPARTIDO)

"CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DOLOR"

AUTOR: MARIBEL SERNEGUET SALA

ESCUELA DE ENFERMERIA LA FE (VALENCIA)

"CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DEL DOLOR"

AUTOR: RAUL LORENTE RAMAJO

ESCUELA DE ENFERMERIA – UNIVERSIDAD DE ALICANTE

ENTREGA DÑA. LORETO MACIA DIRECTORA DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA ALICANTE

- PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN ASECVAR

"MUJERES CON ANGINA DE PECHO"

AUTOR: JUAN MARIO DOMINGUEZ
UNIVERSIDAD DE ALICANTE

ENTREGA DÑA. ISABEL CASABONA PRESIDENTA DE DICHA ASOCIACION

- PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN ASEEDAR-TD

"ABORDAJE DEL DOLOR EN UN HOSPITAL TERCIARIO"

AUTOR: MIGUEL CASTELLS MOLINA
ENTREGA D. SALVADOR CALATAYUD

Se organizó una Mesa Debate con el título: "Enfermería: perspectivas profesionales" donde se reflejó la situación actual de los profesionales de Enfermería tanto en el ámbito académico como laboral y también relacionado con el resto de países de la Comunidad Europea.

Contó con la presencia de Dña Loreto Macia: Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante, habló del tema Licenciatura en enfermería; Dña Antonia Castro: Coordinadora de ASEEDAR-TD, que habló de la situación actual de las especialidades; J. A. Ávila: Presidente del CECOVA con el tema Carrera profesional; M.A. Fernández: Profesor del Departamento de Enfermería de la U.A y experto en el tema de Enfermería e intercambio profesional con Europa, que habló de la libre contratación profesional y situación académica de los enfermeros europeos. Para contar con la opinión del enfermero asistencial se le dio al público asistente el turno de palabra, organizándose un ameno debate, comprometiéndose ASECVAR, dado el interés suscitado por el tema, a que el resumen y las conclusiones de dicho debate queden publicadas en el próximo número de nuestra revista de la Comunidad valenciana "Monitor".

Las Jornadas fueron clausuradas por la Directora de Enfermería de la Clínica Vistahermosa: Dña Mª Dolores Mora Antón.

Por último, agradecer a las entidades públicas y privadas su colaboración.

De todo corazón agradecer el esfuerzo personal realizado por los miembros del Comité Científico, Comité Organizador y Secretaría Técnica, así como a los compañeros de la Clínica Vistahermosa, todos ellos han hecho posible el éxito de estas X jornadas.

Os emplazamos a las XI jornadas que tendrán lugar en el Hospital de la Ribera de Alzira.

Isabel Casabona Martínez
Presidenta de ASECVAR

El pasado 13 de Abril, se celebraron en Zaragoza, las 1as Jornadas de Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor y fueron presididas por Dña. Gloria Bara Machín.

Primeras Jornadas Aragonesas de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia de Dolor



ZARAGOZA, 13 DE ABRIL DE 2002

PRIMERAS JORNADAS ARAGONESAS DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR

Declaradas de interés sanitario
por el Gobierno de Aragón.

Salón de actos Muñoz y Fernández
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
DE ZARAGOZA

Organizan ENFERMERÍA ARAGONESA DE ANESTESIA,
REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR

ASEEDAR-TD



Dichas Jornadas en su inauguración contó entre otras con la presencia del Ilmo. Sr. Consejero de Salud, que refiriéndose a las recién estrenadas transferencias del Insalud, reconoció y afirmó la "necesidad de la Enfermería en Anestesia y Reanimación", dando todo su apoyo para los profesionales que atienden esta área y la necesidad prioritaria de una especialidad de la misma.

También contó en su conferencia inaugural con la presencia de D. Francesc Torralba i Roselló (Profesor Titular de Filosofía de la Universidad Ramón Llull), el cual impartió una interesante charla, que llevaba por título "Antropología del cuidar", que fue magistral en su exposición y que mantuvo el interés de todos los asistentes. Las jornadas contaron con un gran número de profesionales, que manifestaron con su presencia, la necesidad de intercambiar conocimientos y de tener reuniones científicas de este tipo en Aragón. Hubieron ponencias, comunicaciones y posters, que alcanzaron un elevado nivel científico. Felicitar desde la página Web de la Asociación, a Dña. Gloria Bara presidenta del Comité Organizador, así como al resto de miembros del mismo, por la estupenda organización de las jornadas; a Dña. Amparo Vallejo, presidenta del comité científico y a sus colaboradoras en la difícil tarea de seleccionar los trabajos presentados, y a Dña. Teresa Plumed (Vocal de ASEEDAR-TD en Aragón) por su coordinación en las jornadas. En general os felicitamos a todos Comités y Congressistas, por vuestro empeño de sacar adelante estas jornadas, y os animamos a seguir el camino emprendido, y que año tras año se produzcan eventos de este tipo en la Comunidad Aragonesa.

Noticias de Última hora nos confirman que las Segundas Jornadas Aragonesas van a tener lugar en Teruel el día 26 de Abril del 2003, enhorabuena.

VII Congreso Mundial de Enfermería de anestesia

Helsinki, junio 2000



Durante los días 7 y 8 de Junio de 2002 y previo al Congreso Mundial de Enfermería de Anestesia, nos reunimos representantes de los Países miembros del IFNA, con el Comité Ejecutivo.

Francia, U.S.A, Alemania, Holanda, Suiza, Eslovenia, Taiwan, Reino Unido, Noruega, Finlandia, Jamaica, Ghana, Austria, Croacia, Dinamarca, Italia, Suecia, Corea del Sur y Hungría.

Presentamos nuestros informes, y lo más destacado en ellos fue que Croacia se encuentra en las mismas circunstancias que España, en el sentido de que están negociando para que se apruebe la Especialidad de Anestesia en su País.

Recibimos a un nuevo País miembro, previa votación, y éste es Italia.

Se vá a intentar hacer un grupo de trabajo para unificar la Especialidad y que el programa a seguir en todos los países, sea el mismo o lo más parecido posible. Se propuso tres años de carrera y uno de especialidad, pero sería necesario haber trabajado al menos un año mínimo entre las dos, con el fin de adquirir experiencia.

Se trataría de elaborar un documento, perteneciente a la IFNA, dónde figuren los standares de enfermería referentes a todas las áreas, sueldos, programa educativo. Cada País debe tener un grupo de expertos que formarían parte de este grupo de trabajo. Se llamaría "Comité Educativo de la IFNA".

Se renovaron los cargos en la Junta Directiva, quedando de la siguiente manera:

Presidente: **Pascal Rod.**
(Francia).

Vicepresidente 1º: **Jaap Hoekman.**
(Holanda)

Vicepresidente 2º: **Arild Sorensen**
(Noruega).

Tesorera: **Mirjam Laisalmi**
(Finlandia)

Vocales: **Zorica Kardos** (Eslovenia)
Pat Smedhey (Reino Unido)
Sandra Ouellette (U.S.A)
Sonia Barnabi (Jamaica)
Hike Strunk (Alemania).

En los días posteriores se celebró el Congreso Mundial. En la apertura desfilaron todos los países pertenecientes a la IFNA, con sus banderas correspondientes.

Asistieron 800 congresistas y numerosas Casas Comerciales. De España asistieron tres personas, aunque ninguna expuso trabajo científico.

Los temas a tratar fueron referentes a la Anestesia y el nivel científico elevado.

PROXIMOS EVENTOS DE LA IFNA:

- En el 2005 se celebrará una conferencia de Anestesia en Tunicia.
- En el 2006 los días 10, 11, 12 y 13 de Junio, en la ciudad de Lausanne (Suiza), se celebrará el VIII Congreso mundial.

Esperamos que la presencia española para el mismo sea mas alta que en Helsinki.

8 th World Congress

for Nurse Anesthetists

Lausanne Switzerland

Valoración del dolor ajeno

TERESA VICENTE MARTÍN

Enfermera de la Unidad de Reanimación del Hospital "Virgen de la Vega" Salamanca

Desde una forma patológica crónica el dolor ya no tiene una función biológica, sino que por el contrario, es una forma maléfica que impone al enfermo a la familia y a la sociedad un grave estrés emocional físico, económico y sociológico.



Y he dicho crónica porque afortunadamente del dolor agudo se ha constatado una impresionante recuperación por parte de los científicos y clínicos, sin olvidarnos de los estudios e investigaciones que con gran esfuerzo ha hecho la enfermería, siendo por tanto este colectivo el que tiene en su mano la clave para diagnosticar, evaluar y asumir todo lo referente al dolor, ya que realizamos nuestro trabajo de una forma directa y constante con el enfermo y su familia.

Todos sabemos que el dolor ajeno es el más tolerable y que el dolor es necesario, pero inútil, y con estas reflexiones y después de los acontecimientos tan horribles que hemos visto, he querido darle un tono más filosófico y quizás más controvertido, pero no por ello menos valorativo. Al menos esta es mi apreciación en este momento.

Porque parece suficientemente demostrado que una salud de hierro no va siempre acompañada de una afilada fineza moral y otras virtudes relacionada con la generosidad, la benevolencia o la filantropía.

Estos valores de la moral y la sabiduría, como los que se refieren al ámbito del arte, como puede ser la enfermería tiene cierta independencia de la salud. Se distribuyen de forma azarosa, entre sanos enfermos y convalecientes, y hasta la fecha nadie ha podido relacionar la facultad de pensar, entender, profundizar, e interpretar los enigmas de este universo con una excelente salud.

Convendría sin embargo, no caer en el lamentable error de pensar que los enfermos y convalecientes tienen mayores capacidades mentales, estéticas y morales o que están afortunadamente a salvo del fanatismo, la violencia y el odio. Todos sabemos a que grado de egoísmo puede llegar un enfermo, no digamos un enfermo grave, que a fin de cuentas es merecedor de compasión, sino un simple e intrascendente enfermo que por el mero hecho de poder quejarse, se sitúa despóticamente en el centro del mundo.

Pero el dolor existe y la amenaza de la muerte nos acompaña desde nuestro ori-



gen, y sin caer en la aberración de reivindicar el dolor, no estaría de más que tratáramos de explorar todos los recovecos del dolor en donde aún no hemos podido llegar.

Los hombres y mujeres no tan sanos, o aquellos que padecen algún tipo de patología más o menos grave, con distintas variedades del dolor, tienen mientras las padecen, la oportunidad de hacer un

breve paréntesis en su rutina, y puede que en ese paréntesis abriguen pensamientos que de ningún modo fructificarían en su jornada de trabajo y responsabilidad aunque no se haya demostrado científicamente; si es que hacemos caso de este tipo de pruebas, la mente de un cuerpo levemente doloroso puede entrar en una fase de

hiperactividad, lo cual hasta cierto punto es lógico, porque de algún modo trata con ese movimiento, de compensar la pasividad del cuerpo.

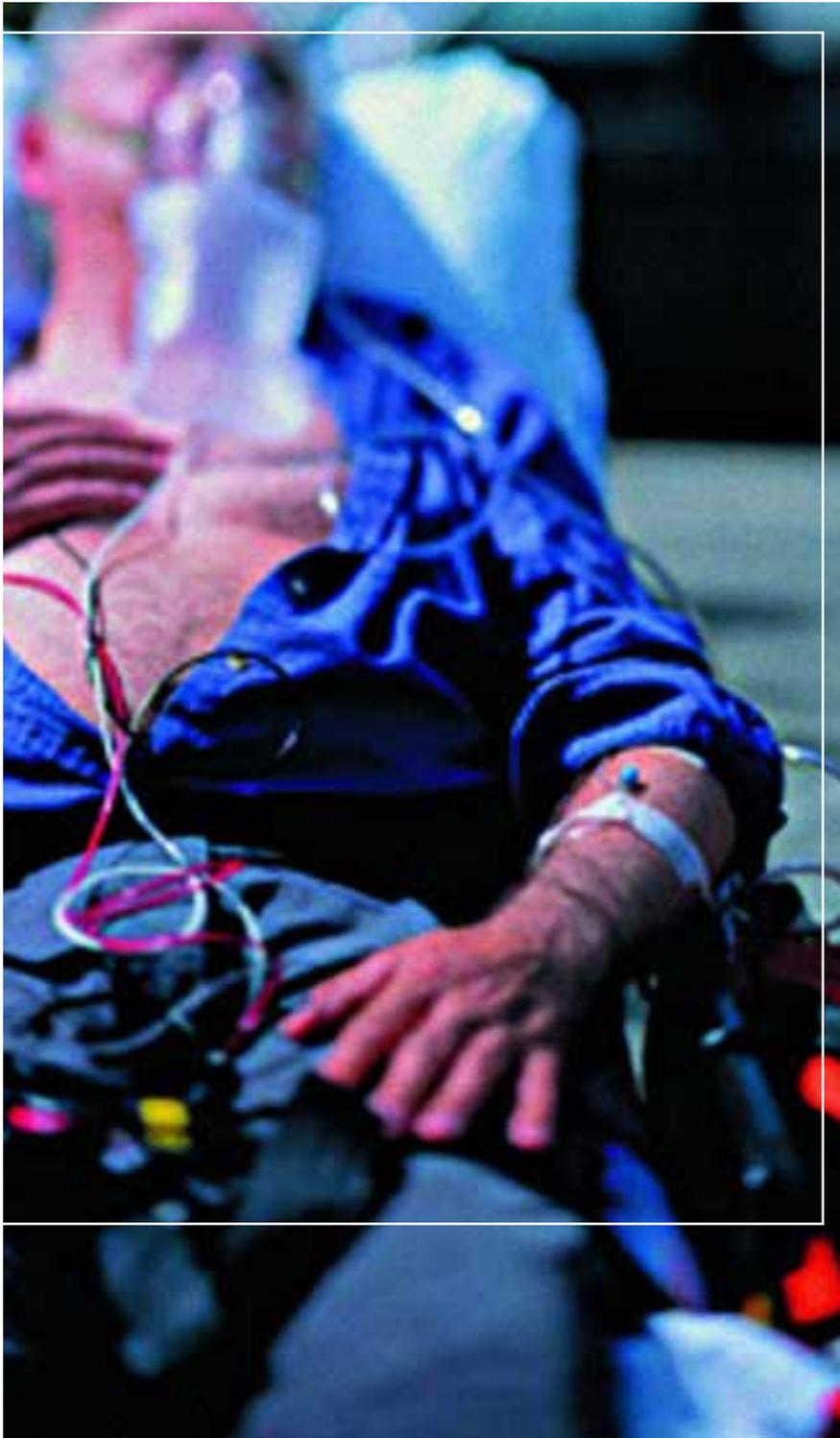
De forma que el enfermo o convaleciente dedica mucho tiempo a pensar lo que hará cuando sane aún sabiendo que lo más

probable sea que cuando sane en el caso de que las cosas que se le ocurran sean algo novedosas, solo quiera hacer lo que hacía antes de enfermar. Y hasta es posible que sus pensamientos no se encaminen a su propia vida, sino a la vida en general, y en ocasiones pueden llegar a suceder visiones de corte casi místico, porque la distancia a que se ve el mundo desde la postergación confiere serenidad y deseos de belleza.

Es curioso entonces que el enfermo pese a sus evidentes limitaciones, esté lleno de vigor. De la misma forma, las personas con tendencia a la enfermedad desarrollan una sensibilidad especial que, aunque no tenga ninguna utilidad obvia, sea en el fondo provechosa. Tal vez la función de los convalecientes sea la de dejar correr el pensamiento en direcciones poco concurrenciadas. La enfermedad puede convertirnos transitoriamente en pequeños filósofos visionarios y artistas. Esta es la gloria fugaz del pequeño enfermo observador semidoliente de sí mismo y de la realidad aspirante al entendimiento desde su obligada marginalidad.

El conocimiento de la propia debilidad y fragilidad puede resultar más inteligente que una falsa conciencia de la inquebrantabilidad de la salud, y tal vez apoyados en la conciencia de tales limitaciones puedan cultivarse virtudes que en otros tiempos despiadados corren el peligro de desaparecer tales como la tolerancia y la solidaridad. El posible fanatismo de ese grupo de hombres y mujeres sanos (más hombres que mujeres), no es una simple fantasía. Nuestra sociedad nos proporciona lamentables y crueles ejemplos de la intolerancia, muchas veces convertida en violencia física, con que se actúa contra personas y grupos afectados por diversos tipos de enfermedades.

Finalmente el cada vez más entronizado valor de la salud puede crear la ilusión de que los hombres y mujeres sanos estamos a salvo de la muerte y la decadencia. Los avatares históricos han demostrado hasta la saciedad el peligro de los espejismos. Pero obstinadamente los creamos para salvarnos y apartarnos de todo aquello que no nos gusta. No nos gusta ser débiles, no



nos gusta estar enfermos, ni cansados, ni tristes, o que nuestra alegría dependa de cosas tan poco recomendables, como una copa de alcohol o un cigarrillo.

Condenamos entonces, la enfermedad, la debilidad, los pequeños y grandes vicios. Volvemos la espalda a lo que somos y negamos la existencia de los abismos. Pero la arrogancia y la seguridad con que los sanos persiguen aumentar la distancia que los separa de los enfermos es un poco sospechosa, como si, pese a sus esfuerzos no pudieran liberarse de la idea de que han basado sus vidas en un malentendido y la leve conciencia de esta equivocación pueda producir tal incomodidad que, a partir de ahí, todo comportamiento irracional y violento es posible.

El dolor patológicamente hablando, es una sensación desagradable debido a una excitación de las terminaciones nerviosas, es puramente subjetivo y por tanto difícil de clasificar, sin embargo pueden distinguirse varios tipos de dolores y aunque subjetivo puede exteriorizarse mediante gestos y actitudes, siendo un dato valioso para el diagnóstico clínico. Con frecuencia el dolor constituye uno de los más eficaces procesos de defensa puesto que es educativo y preventivo.

Pero no voy a entrar en la parte fisiológica ni en aspectos puramente técnicos sino que me voy a centrar en un contexto socioeconómico y en un componente afectivo-emocional.

En una situación de crisis, el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria tiene un precio y necesariamente implica frenar el crecimiento de los costes, y ello solo es posible mejorando la eficacia en la gestión de los recursos asistenciales que es, a corto plazo el auténtico reto.

En el contexto socioeconómico, se trata de evaluar la eventual relación entre el dolor persistente y la situación profesional del enfermo, el sistema de seguro, si es el caso, o la necesidad de baja laboral o incapacitación del paciente.

En esta fase de evaluación se establecería el marco en el que se podría marcar las pautas para llevar a cabo su recuperación.

Si el proceso doloroso mantiene al paciente en situación de paro laboral, es necesario evaluar, aconsejar y eventualmente imponer la estrategia más adecuada (reclasificación laboral, puestos disponibles, flexibilidad en el horario, servicios adecuados etc.)

Puede ser que el análisis o valoración demuestre el importante papel que juegan los "beneficios secundarios" en la cronicidad del dolor. En otros casos, una evaluación dirigida podrá contribuir a desbloquear los trastornos, las fuentes de malentendidos o de errores administrativos, tomando contacto con el conjunto de personas encargadas de tomar la decisión: médico-consejo, médico de trabajo, empleador etc.

COMPONENTE AFECTIVO EMOCIONAL

La evaluación del componente afectivo emocional, incluye la evaluación sistemática del humor. Recurrir a cuestionarios de autoevaluación o de heteroevaluación del estado anímico aporta una ayuda evidente. La depresión es evidente en todas las patologías dolorosas persistentes no cancerosas, examinadas en los centros del tratamiento del dolor, esto puede explicar la resistencia a los tratamientos habituales e influir sobre el comportamiento del dolor.

La existencia de problemas de la personalidad asociados complica la situación y contribuye a la cronicidad del dolor, por ello es necesario tenerlos en cuenta al diseñar un "programa terapéutico"

El consejo psiquiátrico será por tanto, indispensable tanto en el plano diagnóstico como en el terapéutico. El papel del terapeuta consiste en situar la historia del trastorno doloroso dentro de la biografía del paciente y establecer los lazos cronológicos con los sucesos de la vida. Esto ayudaría a comprender cómo un síntoma inicialmente somático ha podido convertirse en el paciente en una conducta que le sirve de comunicación con su familia, con su entorno socio-profesional, con el cuerpo médico o con el sistema de seguro. Todo esto puede explicar la persistencia del dolor y el fracaso terapéutico.

COMPONENTE COGNITIVO

Establece la forma en que el paciente se representa la causa de su dolor y su actitud frente al mismo. A menudo podemos aumentar la información que nos aporta la entrevista, ampliándola a otros problemas del dolor que el paciente haya podido experimentar u observar en su entorno: su duración, su sensibilidad al tratamiento y la aprensión que pueda generar frente a la enfermedad. Frecuentemente se descubren:

Los trastornos que hayan podido generar las sucesivas alteraciones del estado normal del paciente.

La incertidumbre residual tras los exámenes complementarios, cuyos resultados se califican como "negativos" dando a entender que el origen del dolor es misterioso porque no se "visualiza".

La creencia de que cualquier dolor persistente es síntoma de un proceso patológico evolutivo, susceptible de empeorar.

La incompreensión que puede generar un "abandono" por parte del médico encargado que es inevitable si el terapeuta y el paciente se han fijado un objetivo curativo radical.

Una creencia exagerada en el origen somático exclusivo reforzada por la referencia inadecuada a un psiquiatra o psicólogo considerado como que su dolor no es "creído".

Los pensamientos posteriores, las interpretaciones erróneas, deben ser expresados y aclarados porque alimentan el malestar del paciente.

La reformulación de la situación ayudará al paciente a adoptar un comportamiento más adaptado frente al dolor.

COMPONENTE CONDUCTUAL

La influencia del dolor sobre la conducta proporciona numerosos indicios para apreciar la intensidad del dolor.



En determinados casos, que son los más complejos, la queja del dolor se transforma en un modo de comunicación privilegiado con el entorno, confiriendo así al dolor una dimensión relacional que deberá ser tenida en cuenta.

Se deberán evaluar las manifestaciones motrices y verbales relativas al dolor en la entrevista, en la exploración clínica y en diversas situaciones estáticas y dinámicas: mímica, suspiros, actitudes antiálgicas, limitación de los movimientos o actitudes afectadas. Estas manifestaciones podrán constituir uno de los criterios de evaluación del tratamiento. En el paciente lumbálgico, el registro en vídeo durante un recorrido con obstáculos parece ser un método interesante para valorar los resultados terapéuticos. Las quejas verbales, se pueden cuantificar en función de la expres-

sión espontánea o solamente tras la interrogación, o bien del abuso total del lenguaje con respecto al dolor.

Para evaluar la repercusión del dolor sobre el conjunto de actividades del paciente, se debe entrar en detalle en su vida cotidiana, con la ayuda eventual de su entorno.

Es muy interesante conocer la actitud del entorno frente a estas manifestaciones del dolor; actitud de rechazo, de ayuda, de atención exagerada, algunas de las reacciones pueden ser un factor de conservación de la incapacidad del paciente. Se debe explicar al entorno familiar la posible aparición de ciertos "círculos viciosos", que deberán ser objeto de tratamientos específicos.

CONCLUSIONES

Cambiar el concepto del dolor del paciente y hacerle entender que no solo influyen los factores biológicos, sino también el contexto y su personalidad.

Adiestrarle en habilidades y estrategias para su autocuidado, ya que el conocimiento se debe orientar hacia la disminución del dolor, así como a la tolerancia y por tanto a un mayor control emocional. Así hablar del dolor, rumiarlo y pensar en él, acentúa la percepción del mismo y aumenta su intensidad...

Reforzar la importancia del tratamiento, cuando las enfermeras preguntan explícitamente y regularmente por el cumplimiento, es más probable que este se haga bien. Puede ser útil que los enfermos tengan calendarios o registros tanto de la ingesta como del nivel de actividades.

En definitiva, la evaluación y la intervención no son completas sin haber analizado las demandas del paciente, por tanto tenemos que felicitarnos, porque me consta que determinados pacientes, han encontrado ya un modo de vida, y siente la necesidad de ser reafirmados en estas actitudes acerca de las posibilidades reales de curación, y todo esto gracias a que un grupo muy importante de enfermeras, que con no poco esfuerzo e ilusión trabajaron y estudiaron las valoraciones del dolor ajeno.

Es un hecho la creación de nuevas Unidades del Dolor en muchos hospitales, donde la enfermería juega un papel importante, ya que se siente respaldada principalmente por los pacientes, dando lugar a un sentimiento de reciprocidad y empatía, que hace que trabajemos en la misma línea.

Siento no poder decir lo mismo de las instituciones o estamentos que no apoyan ni promocionan con el interés deseado, estas unidades de tanta importancia para la promoción y calidad de la asistencia hospitalaria.