



[Sumario]

PRESENTACIÓN: Editorial. Créditos. Junta Directiva 3 • Normas de Publicación 5 <<>> **TRABAJOS ORIGINALES:** Apertura e implantación de una unidad prequirúrgica 6 • Elaboración de un nuevo registro de recogida de datos de estancia corta en U.R.P.A. 9 • Reintroducción de la Ketamina en Cirugía Ambulatoria. Valoración de Enfermería 13 • La percepción de los pacientes centroeuropeos sobre la imagen de la enfermería española en cuidados críticos 17 • Temblor postanestésico y uso de Clorhidrato de petidina 20 • Cuidados de enfermería en la administración de Hemoderivados. Estudio de 100 casos 22 • Dolor postoperatorio en pacientes pediátricos tras apendicectomía 26 • El control del dolor postoperatorio como indicador de calidad en la atención de enfermería 29 <<>> **FORMACIÓN:** Formación. Dolor. Tratamiento del dolor agudo postoperatorio 32 • Formación. Calidad. En el camino de la excelencia 38 • Formación. Investigación. Fuentes de información de enfermería: buscando la evidencia 43 <<>> **ACTUALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA:** Mascarilla laríngea. Alternativa a la intubación endotraqueal 48 <<>> **ESPECIALIDAD:** La especialidad. Un engaño 51 <<>> **PANORÁMICA INTERNACIONAL:** Una Europa sin fronteras 52 <<>> **BOLETÍN INFORMATIVO:** Haciendo balance; Informe de la Secretaría; Resúmenes de congresos; Visita al sistema sanitario y la enfermería de EEUU: Una experiencia en el marco de la enfermería comparada 54-56 <<>> **FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA NUEVOS MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN** 56 <<>> **RELATO:** Las siete de la tarde 57

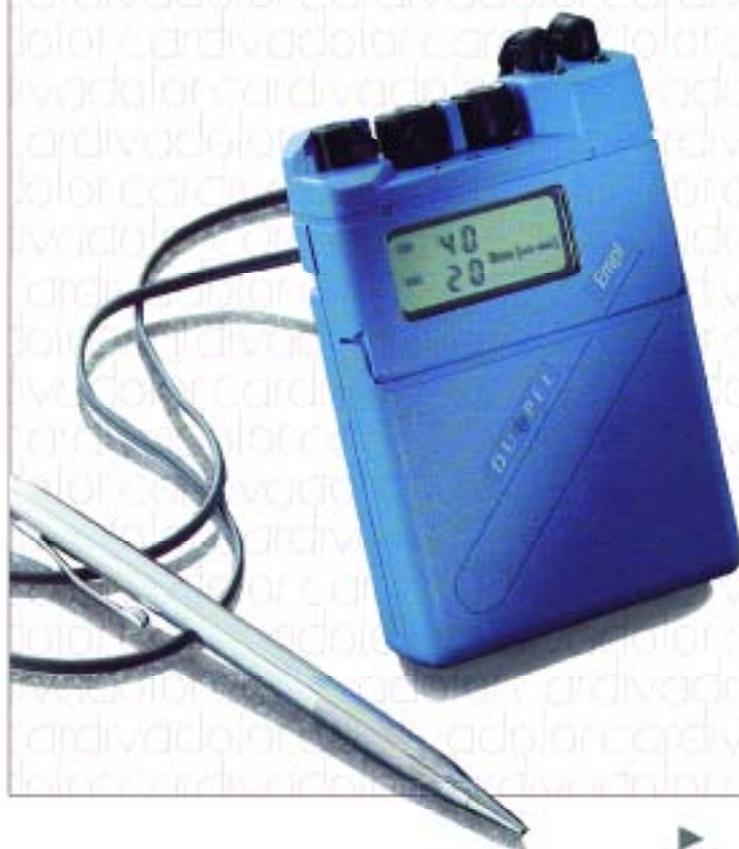
Eficacia y Sencillez

Empi.

EPIX

Estimulación TENS bifocal y bifásica, con voltaje y corriente constantes, que proporciona un estímulo fuerte pero cómodo para el paciente.

El ajuste automático de la amplitud de estimulación proporciona una combinación óptima de los valores de anchura y amplitud del impulso, facilitando enormemente el manejo para conseguir los mejores resultados.



DUPEL

Desde 1992, Dupel es el sistema de iontoforesis preferido por las unidades de dolor en todo el mundo.

La sencillez de manejo del sistema ha contribuido a un crecimiento en el uso de la iontoforesis en rehabilitación, medicina deportiva, anestesiología y, en general, tratamiento del dolor.

Los electrodos Dupel Blue posibilitan el flujo constante y efectivo del medicamento sin complicaciones para la piel del paciente.



cardiva
www.cardiva.com
cardiva@cardiva.com

[Han creado esta Revista:]

DIRECTORA:

Marisol Imirizaldu Garralda (Pamplona)

SUBDIRECTORES:

Amaya Azcue Achucarro (San Sebastian)

SECRETARIA DE REDACCIÓN:

Chelo Domínguez Domínguez (Pamplona)

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Angel Diego Arévalo (Vitoria)
 Juan Antonio Zufía Iglesias (Bilbao)
 Isabel Casabona Martínez (Alicante)
 Elena Huertas Pastor (Bilbao)
 José Avila Pinto (Sevilla)
 Manuel Sáez Gonzalez (Málaga)
 Mónica Cabrera Medina (Las Palmas) Canarias
 Carolina Rodríguez Martínez (Las Palmas) Canarias
 Teresa Peixl Sagües (Barcelona)
 Jesús Mallou López (Santiago)
 Beatriz Arguello Agúndez (Valladolid)
 Angela González Hernández (Madrid)
 Mariló Gómez Guillermo (Murcia)
 Yolanda March Sánchez (Palma de Mallorca)

COMITÉ EDITORIAL:

- Anestesiología (Enfermería)
 Marisol Imirizaldu Garralda (Pamplona)
 Jaime Pou Rotger (Balears)
 Teresa Plumet Sánchez (Teruel)
 Álvaro Sánchez Rodríguez (Santiago)
- Reanimación (Enfermería)
 Rosa Sáiz Nieto (Bilbao)
 Elisa García Blanco (Oviedo)
 Marta Sindreu Vilanova (Tarragona)
 Jeanett Jonsson (La Laguna)
- Terapia del Dolor (Enfermería)
 Chelo Domínguez Domínguez (Pamplona)
 M^a del Pilar Vázquez Chena. (Madrid)
 Rosa M^a Méndez Gómez (Madrid)
- En colaboración médica y enfermería
 -Anestesiología: Dra. M^a Josefa Iribarren Fernández (Pamplona)
 -Dolor: Dr. José Ignacio Calvo Sáez (Pamplona)
- IFNA
 Beatriz Arguello Agúndez (Valladolid)
- Especialidad de enfermería en Anestesia
 Antonia Castro Pérez (Barcelona)
- Actualizaciones en Anestesiología
 Dr Luciano Aguilera Celorrio (Bilbao)

[Datos de edición]

Órgano de expresión oficial de la Asociación Española de Enfermería en Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. (ASEEDAR-TD)

Fundada en 1992 por la (ASEEDAR-TD)

DIRECCIÓN DE ASEEDAR-TD:

D. Ángel Diego Arévalo
 C/ Conde Don Vela, 12-4^o Izda. • 01009 Vitoria

PERIODICIDAD: Anual

DIRECCIÓN DE ENVÍO DE TRABAJOS:

D.ª Marisol Imirizaldu Garralda
 Correo electrónico: marisolimirizaldu@hotmail.com • ncalvo@medena.es
 Tfno: 948 15 24 56
 C/ Avda Zaragoza 107 10^o D • 31006 Pamplona (Navarra)

ISSN: 1579-8240

Diseño y Producción: PubliSic

Depósito Legal: NA-2783-2004

Indización: Inclusión e indexación en bases de datos científicas.

- CUIDEN

- Bdllic

© 2004. ASEEDAR. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta publicación sin el permiso escrito del titular del copyright.

Ilustraciones cedidas, pertenecientes a "Historia de la Anestesia", editada por EDIMSA.

[Junta Directiva]

PRESIDENTE: Angel Diego Arévalo
VICEPRESIDENTA: Teresa Plumet Sánchez
SECRETARIO: Juan Antonio Zufía Iglesias
COORDINADORA: Antonia Castro Pérez
TESORERA: Rosa Sáinz Nieto
RESPONSABLE REVISTA: Marisol Imirizaldu Garralda
RESPONSABLE IFNA: Beatriz Argüello Agúndez
VOCALÍAS:

- ASECVAR: Isabel Casabona Martínez
- AVNEAR: Elena Huertas Pastor
- ANDALUCIA: Jose Avila Pinto y Manuel Saez Golzalez
- CANARIAS: Monica Cabrera Medina y Carolina Rodríguez Martínez
- CATALUÑA: Teresa Peixl Sagües
- GALICIA: Jesus Mallou Lopez
- CASTILLA-LEON: Beatriz Arguello Agundez
- MADRID: Angela González Hernández
- MURCIA: Mariló Gómez Guillermo
- BALEARES: Yolanda March Sánchez

editorial



[La ilusión de esforzarse en mejorar]

El año pasado por estas fechas, asumí la presidencia de ASEEDAR-TD con gran ilusión y muchas ganas de trabajar para mantener y subir más si se puede el prestigio que nos ha caracterizado durante este tiempo.

A lo largo de los 18 congresos realizados se ha ido viendo como ha mejorado la calidad y el nivel científico de los mismos, sin lugar a dudas por el interés y esfuerzo de todos para conseguirlo.

El número de socios ha ido aumentando progresivamente siendo en la actualidad muy importante, aunque sin duda alguna podríamos ser más, pero poco a poco estoy seguro de que también llegaré.

En la actualidad seguimos trabajando y luchando para conseguir lo que a todos desde un principio nos ha motivado a formar parte de nuestra Asociación, la llegada de la Especialidad.

Estoy abierto a todo tipo de sugerencias por vuestra parte, ya que ASEEDAR somos todos.

Mis objetivos son seguir trabajando y mejorando en la organización de Jornadas, Congresos, etc y participar en todos aquellos actos donde ASEEDAR-TD pueda y deba estar, representándola lo mejor que pueda, como una Asociación dinámica y actual, siempre en avance.

Desde estas líneas quiero saludar a todos los asociados y dar la bienvenida a los de nueva incorporación.

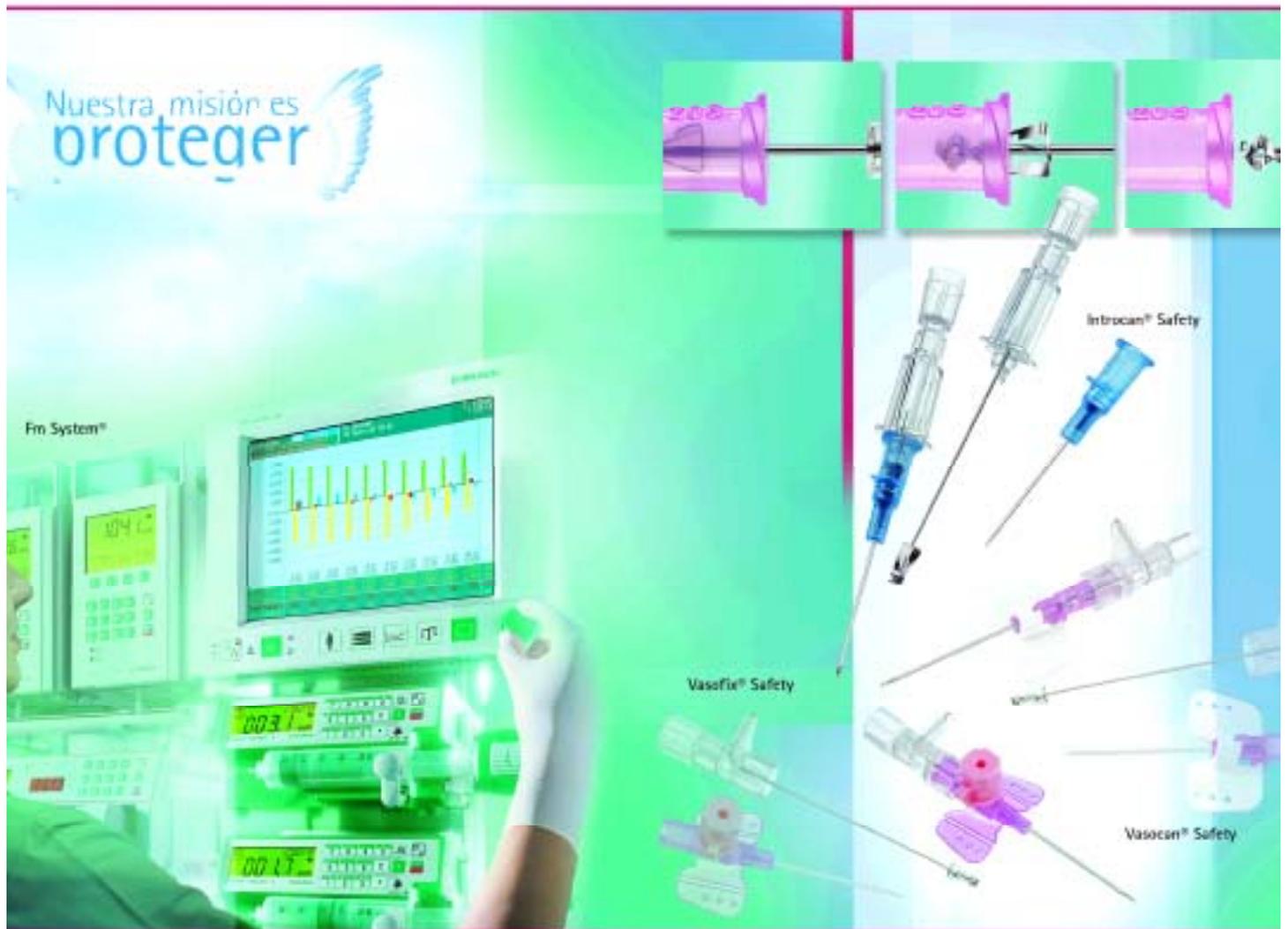
Quedando a vuestra disposición.

Un saludo.

Ángel Diego Arévalo
 Director de ASEEDAR-TD

La seguridad ante todo

Productos seguros para el paciente y para el personal sanitario



Introcan® Safety, Vasocan® Safety y Vasofix® Safety son los catéteres periféricos de B. Braun que ofrecen seguridad total garantizada ya que se activan automáticamente, eliminan el riesgo de activación accidental y todo ello sin cambiar tus hábitos de punción.

Los sistemas de infusión de B. Braun son una herramienta que permite el control global y centralizado de toda la terapia garantizando una infusión segura, precisa y que facilita la labor del personal sanitario.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

[Revista. Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor Normas de publicación]

La revista de *Enfermería en Anestesiología, Reanimación y Terapia del dolor* de la ASEE-DAR-TD está abierta a la publicación de trabajos originales, de revisión y de puesta al día de diferentes temas de actualidad que tengan como objetivo contribuir en la difusión del conocimiento científico de la enfermería de anestesiología, reanimación y terapia del dolor, a comunicaciones breves relacionadas con las actividades científicas de la asociación, congresos, cursos, reuniones, etc., y aquellos temas que en colaboración con otros profesionales sean de interés para la especialidad.

Con el fin de unificar el contenido y método de exposición, el Consejo de Redacción ha establecido las siguientes normas:

1. Ningún trabajo enviado deberá haber sido publicado o enviado de forma simultánea a otra revista.
2. Todos los trabajos deberán ser remitidos por correo certificado acompañados de una carta de presentación firmada por todos los autores a la dirección de la revista, en la que se solicite la revisión del artículo para su publicación y haciendo constar el nombre, apellidos, DNI de cada uno de los autores y la dirección completa del primer firmante incluido el correo electrónico si se dispone de él.
3. El Comité Editorial informará acerca de la aceptación de los trabajos recibidos y de la fecha aproximada de su publicación y se reserva el derecho de proponer las modificaciones de los originales que crea oportunos.
4. La Dirección, el Comité Editorial y la institución que edita la revista de *Enfermería, Reanimación y Terapia del Dolor* no se responsabiliza de los conceptos, opiniones o afirmaciones sostenidos por el autor o autores en su trabajo.
5. Todos los artículos aceptados para su publicación quedaran en propiedad permanente de la Asociación, a efectos de reproducción, distribución y comunicación pública por cualquier medio.
6. Los trabajos no aceptados serán remitidos a sus autores, bien para su corrección y posterior publicación o notificando su no aceptación definitiva.

Tipo de Trabajos

Los trabajos que puedan enviarse tendrán que poder clasificarse dentro de los siguientes epígrafes:

1. **Originales.** Trabajos de investigación clínica. Deberán incluir: Introducción, material y métodos empleados, resultados, discusión y bibliografía. La extensión máxima será de 12 hojas mecanografiadas a doble espacio. Se admiten hasta 7 figuras y 7 tablas.
2. **Notas clínicas.** Trabajos relacionados con la práctica clínica profesional que describan casos clínicos de especial interés o trabajos de investigación que por su escasa casuística no entren en la categoría de "originales". Deberán incluir: Introducción, observación clínica, discusión y bibliografía. La extensión máxima será de 6 hojas mecanografiadas a doble espacio. Se admiten hasta 2 figuras y 4 tablas.
3. **Revisiones.** Trabajos realizados con el análisis, comparación, interpretación, y adaptación a una situación concreta de la bibliografía existente sobre un tema determinado, en el que el autor o autores puedan aportar su experiencia. Deberán incluir: Introducción, exposición del tema y bibliografía. La extensión máxima será de 15 hojas mecanografiadas a doble espacio. Se admiten hasta 7 figuras y 7 tablas.

4. **Cartas al Director.** Comentarios acerca de artículos publicados recientemente u observaciones que puedan ser resumidos en un texto breve. La extensión máxima será de 3 hojas mecanografiadas a doble espacio previstas de no más de 10 citas bibliográficas.

Los trabajos deberán respetar las siguientes condiciones de presentación y estructura.

1. **Los artículos** deberán ser mecanografiados a doble espacio sobre papel blanco, tipo DIN-4, por una sola cara y con márgenes laterales de 2cm. Tanto del texto como de la infografía deberán ser enviados en formato informático y grabados en un CD 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.
2. **Texto:** Los autores deberán indicar en el texto el lugar donde deben ir las diferentes ilustraciones (fotografías, figuras o tablas), así como las referencias bibliográficas.
En la primera página: Figurarán exclusivamente y por este orden los siguientes datos: título del trabajo en mayúsculas, el nombre y dos apellidos de los autores (se recomienda que no excedan de 5), su titulación académica, centro de trabajo y una dirección para que los lectores puedan mantener correspondencia sobre el artículo.
En la segunda página: Figurarán: título del trabajo, Resumen que permita la comprensión del trabajo sin que el lector tenga que leer el artículo (máximo 200 palabras). Al pie del resumen se pueden indicar de 3 a 10 palabras clave que identifiquen el contenido del artículo
 Se debe iniciar cada sección o parte del texto en una página nueva.
 La bibliografía, irá en hojas aparte.
3. **Ilustraciones:** A continuación de la bibliografía los autores deberán adjuntar la correspondiente infografía, cada una en una hoja en el formato indicado.
Las tablas irán numeradas correlativamente según su aparición en el texto en números romanos, con el título en su parte superior y las notas aclaratorias a pie de página.
Las figuras podrán ser **gráficos o fotografías** e irán numeradas correlativamente en números arábigos.
 En el reverso cada tabla o figura será etiquetada y numerada señalando 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 expresas a mano.
 Las fotografías, digitalizadas y de contenido acorde con el trabajo.

Referencias bibliográficas

Las citas bibliográficas deberán ir numeradas correlativamente según el orden de aparición en el texto, reseñarse mediante un claudator y su correspondiente numeración. Ej. ()
 Siguiendo las recomendaciones de la convención de Vancouver.
 Los títulos de las revistas de forma abreviada y si el número de autores se excede de seis, se reseñan los seis primeros y añadir et al.
 Las reseñas para libros: citar autor, título del libro, editorial, año, y numeración de páginas.
 Las ponencias y comunicaciones se citarán: autor, título, libro de comunicaciones nombrando en que jornada o congreso se ha publicado, ciudad y entidad organizadora.

Póster. Se presentarán manteniendo la misma estructura que los trabajos.



> **Autores**

Bermúdez Granada, M^a Ángeles
Calvo Calvo Celia
Gasca Andreu, Olga
Luengo Beltrán, M^a Angeles
Tajada Baquedano, Goyi
Romea Hernando, Begoña

Enfermeras de Anestesia y
Reanimación Hospital Clínico
Universitario "Lozano Blesa" Zaragoza



Medicatrina. Un establecimiento de cirugía menor donde se realizaban diversas operaciones.

[Apertura e implantación de una Unidad Prequirúrgica]

> **Introducción**

Durante muchos siglos, antes de que proliferasen los quirófanos en los hospitales, las operaciones quirúrgicas se llevaban a cabo en los campos de batalla, las sillas de barbero y las mesas de cocina. Hasta el siglo XVIII y XIX, los hospitales estaban destinados a cuidar a los pobres, lisiados, pacientes crónicos y locos. Aún entonces, y hasta casi el inicio del siglo XX, muchos cirujanos operaban en sus consultas y en los hogares de sus pacientes. Los enfermeros eran enviados a las casas a preparar la habitación adecuada y al paciente.

Los logros de la cirugía como disciplina médica, desde finales del siglo XIX, pueden atribuirse a la mayor comprensión de la fisiología, a la introducción de una anestesia segura y de métodos de transfusión sanguínea, al desarrollo de los agentes antimicrobianos y al manejo del paciente antes, durante y después de los procedimientos invasivos. Cuando los cirujanos pasaron al entorno de los quirófanos de hospitales, los profesionales de la enfermería se convirtieron en los responsables de preparar físicamente al paciente para las operaciones quirúrgicas.

A comienzos de la primera década del siglo XX, los pacientes se ingresaban cuatro o cinco días antes de la operación. Hacia finales de la década de 1930, este tiempo se había reducido en 24 horas.

En torno a 1920, los líderes de la enfermería pusieron de manifiesto la importancia de la preparación fisiológica y psicológica de los pacientes quirúrgicos. Se habían identificado las necesidades individuales del paciente, pero no se insistiría en la formación del personal de enfermería hasta el decenio de 1940.

En la era de los 50, también la formación del paciente llegó a formar parte de la preparación preoperatoria, al reconocer el valor de la deambulación precoz. Sin embargo, no fue hasta 1960-70, que ciertos estudios de investigación en enfermería validaron el nexo existente entre la preparación preoperatoria y la recuperación postoperatoria. El riesgo de complicaciones fisiológicas postoperatorias puede reducirse enseñando al paciente a respirar profundamente, a toser y a ejercitar las piernas preparándole para una deambulación precoz.

La atención a las necesidades psicosociales y espirituales del individuo durante el preoperatorio tiene también importantes consecuencias para el manejo del dolor postoperatorio y la consecución de los resultados deseados.

Algunos estudios han demostrado que los pacientes que reciben una enseñanza preoperatoria estructurada tienen después una mejor recuperación postoperatoria.

En estas décadas se estimuló a los enfermeros a preparar a los pacientes psicológicamente para la experiencia quirúrgica, ayudándoles a aliviar sus miedos e inquietudes y enseñándoles los comportamientos postoperatorios adecuados.

En el año 1994 en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza, la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica elaboró un Protocolo sobre "Normas de práctica sobre la prevención de infecciones", que debía aplicarse a todos los servicios quirúrgicos del hospital. Este protocolo se aprobó el mismo año, se actualizó en 1997 y la última revisión se realizó en Mayo del año 2003. En dicho protocolo, se especifica

que la profilaxis antibiótica es aquella instaurada en los pacientes antes de que la contaminación o la infección haya ocurrido.

El tratamiento empírico consiste en la administración del antibiótico para reducir la infección de la herida quirúrgica postoperatoria en aquellas situaciones clínicas en las cuales la contaminación o la infección está presente y el tratamiento principal de la infección es la cirugía.

El principal objetivo de la quimioprofilaxis es alcanzar niveles elevados de fármaco en el suero durante el proceso quirúrgico y durante unas horas más, tras el cierre de la incisión, porque durante este período las mallas de fibrina o hematomas en desarrollo pueden atrapar bacterias capaces de producir posteriormente infección en la herida quirúrgica.

La quimioprofilaxis mejora la calidad asistencial mediante:

- 1) La disminución de la morbilidad infecciosa postquirúrgica (eficacia).
- 2) La reducción del período de hospitalización y los costes globales atribuibles al tratamiento quirúrgico (eficiencia).

Basándose en la evidencia científica existente, se aprecia que la pauta que mejor cumple los criterios de eficacia (reducción de la tasa de infección) y eficiencia (coste compatible con los logros obtenidos) es aquella en la que se administra el antibiótico lo más cerca posible a la inducción anestésica y mantiene niveles eficaces de antibiótico hasta la finalización de ésta, salvo criterios específicos.

Para poder cumplir este requisito, en Diciembre del año 2003, se pone en marcha una Unidad de Acogida de quirófano, donde los pacientes son atendidos por personal de enfermería de Anestesia.

> Objetivos

El objetivo principal de la puesta en marcha de esta Unidad era elaborar un protocolo para garantizar la administración de la profilaxis antibiótica lo más cercana posible a la inducción anestésica. Pero el personal de enfermería vió en esta Unidad la oportunidad de dar una mejor atención de enfermería a los pacientes que iban a ser intervenidos quirúrgicamente, en el preoperatorio inmediato, en lo referente a seguridad, confort, apoyo emocional y protección del paciente.

> Material y métodos

Para realizar este trabajo el material que se ha utilizado es: La hoja de registro de enfermería prequirúrgica y de acogida al bloque quirúrgico. Cuaderno de incidencias del control de enfermería de quirófano.

El método de análisis utilizado ha sido un estudio documental retrospectivo del tiempo comprendido entre el 29 de Diciembre de 2003 al 31 de Marzo de 2004.

Esta Unidad se abrió el 22 de Diciembre. En la semana del 22 al 26 se trabajó solo con pacientes de cirugía A y B, la semana del 29 al 2 de Enero, se incluyó Urología, del 7 al 9 de Enero Neurocirugía, del 12 al 16 de Enero cirugía Vascul y Dermatología, del 19 al 23 de Enero Otorrinaringología, Oftalmología y Ginecología y del 26 al 30 de Enero Traumatología, cirugía de Área y Concertada, quedando completos todos los servicios quirúrgicos.

Entre el 29 de Diciembre y el 31 de Marzo, se realizaron aproximadamente 2.500 intervenciones quirúrgicas. (2.203 programadas desde que se incorporaron todos los servicios quirúrgicos más las que se fueron incorporando cada semana).

> Resultados

De las 2.500 intervenciones realizadas se recogieron en el cuaderno de incidencias 168 comentarios.

El análisis de los comentarios lo hemos clasificado en tres grupos:

1) Comentarios relacionados con incidencias del antibiótico, hay 38, lo que supone un 22,61 % del total de comentarios o 1,52 % de incidencias con el antibiótico de las 2.500 intervenciones. Las incidencias relacionadas con el antibiótico, no quiere decir que no se administrara, sino que los comentarios eran: "baja con antibiótico prescrito, pero no lo lleva" o "baja con el antibiótico, pero no está prescrito", lo que suponía una pérdida de tiempo por tener que confirmarlo: llamando a la planta, hablando con el cirujano, etc.

2) Pasa directamente a quirófano, 69 comentarios, lo que supone un 41,07 % de los comentarios o el 2,7 % de pacientes en los que no se puede garantizar la administración de la quimioprofilaxis antibiótica.

3) Otros: 51 lo que supone el 30,35 % de los comentarios o el 2,04 % de todos los pacientes y el comentario más frecuente es: "trae la heparina de BPM sin poner y no se la administro", "no trae hoja prequirúrgica y la pongo", "no me da tiempo de escribir en la hoja prequirúrgica."



> Conclusiones

En lo referente al primer objetivo de garantizar la profilaxis antibiótica en caso de que estuviera indicada, esta Unidad ha servido para lograrlo en el 97,3% de las intervenciones realizadas (no está garantizado el 2,7% anteriormente mencionado).

Independientemente de si este logro es eficiente y eficaz, creemos que ha mejorado la seguridad del paciente en el período preoperatorio, no sólo porque se le administre la quimioprofilaxis, también porque está vigilado permanentemente por personal de enfermería. Se garantiza la identificación del mismo al cumplimentar la hoja de registro, las alergias... Se ha mejorado la estructura del espacio donde espera y le da más intimidad. Se le apoya emocionalmente promoviendo la expresión de sentimientos, respondiendo a sus dudas y preguntas, informando sobre sus cuidados y proceso, ofertando disponibilidad para lo que necesite.

Por todo lo dicho, creemos que, aunque nos queda un camino largo por recorrer para mejorar la calidad de los cuidados que damos a nuestros pacientes, tanto en estructura (lugar para dejar hª del paciente, apoyo o carro para dejar el material, biombo, encimera) como en proceso (llegada escalonada de los pacientes, hª desordenada), como en resultados (éstos sólo se deben utilizar para medir la calidad del sistema, no la calidad del profesional, ya que hay otros factores de riesgo que influyen en la infección nosocomial en el caso de la profilaxis quirúrgica; en el caso de la psicoprofilaxis, la impresión percibida por el personal que atiende esta Unidad es satisfactoria, pero hay que cuantificarla), creemos que esta Unidad ha sido un paso importante en el recorrido de ese camino.

> Bibliografía

1. Jaime Varo. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Editorial Díaz de Santos. 1994.
2. M.S. Imirizaldu, M. C. Zudaire, M. Pérez de Albéniz. Manual de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor. Edita Asocación Vasconavarra de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor. Pamplona. 1997.
3. Comisión de Infecciones y Política Antibiótica H.C. U. Normas de práctica sobre la prevención de infecciones. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza. 2003.
4. (Berry y Kohn's) Lucy Jo Atkinson, Nancy Marie Fortunato. Técnicas de quirófano. Harcourt Brace. 8ª Ed.

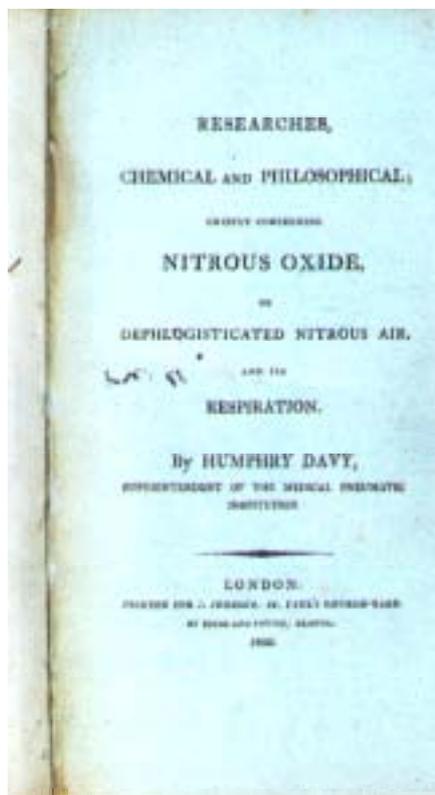


> Autores

Jonsson, Jeanette
L. Hdez. Cabrera, Óscar
Prieto Curbelo, Félix A.
García Díaz, Abraham
Ortiz de Lejarazu, Divina
Palomares Ramos, María Elba

Enfermeros de la Unidad de
Recuperación-Reanimación
Postanestésicas del Hospital
Universitario de Canarias
Consortio Sanitario de Tenerife

Premio a la mejor comunicación
de las Primeras Jornadas Canarias
de Enfermería en Anestesia
(Las Palmas de Gran Canaria,
Noviembre 2002)



Portada del libro "Researches...", de Davy, donde describe las propiedades del óxido nitroso.

[Elaboración de un nuevo registro de recogida de datos de estancia corta en U.R.P.A.]

> Introducción

El personal de Enfermería de la Unidad de Recuperación y Reanimación Postanestésica del Hospital Universitario de Canarias (H.U.C.), considera la necesidad de elaborar un registro de recogida de datos más completo que el utilizado hasta ahora.

La unidad consta de veinte camas útiles, cuatro destinadas a pacientes que necesitan cuidados críticos postquirúrgicos, seis al cuidado de pacientes semicríticos y diez están ocupadas por pacientes que permanecen un tiempo inferior a seis horas. Además existen dos salas de recuperación periféricas cada una de ellas con cuatro camas.

Los registros realizados en la actualidad no permiten recoger los datos necesarios para la valoración global del estado postanestésico y postquirúrgico del paciente.

Tras valorar los pacientes que ingresan en el área de Recuperación destinada a estancias cortas que han sido intervenidos por los servicios de Cirugía General y Digestiva, Cirugía Ortopédica y Traumatológica (C.O.T.), Cirugía Ginecológica y Urológica, entre otros, se ve la necesidad de añadir apartados como: valoración del dolor (1), circulación periférica (2), modificación de la escala de valoración postanestésica (3,4), antecedentes personales, vías de administración de fluidos y analgesia.

Con la elaboración de un nuevo registro se pretende evitar las anotaciones al margen de la gráfica que podrían llevar a interpretaciones erróneas.

El objetivo principal de este trabajo es unificar los criterios de recogida de datos del paciente postquirúrgico y postanestésico para facilitar los registros de enfermería e identificar de forma sistemática las posibles complicaciones de dichos pacientes.

> Material y método

Para la elaboración de este trabajo se realizó un análisis bibliográfico basado en la revisión de textos de libros de los últimos 13 años y revistas españolas de los últimos 5, además del material existente en otros hospitales dentro y fuera de la comunidad canaria. La información encontrada ha sido escasa, en relación con las necesidades reales de la enfermería de la unidad. Por todo ello hubo que basarse en la adaptación de la información obtenida de la propia experiencia de los profesionales del servicio.

Se realizó un estudio prospectivo y transversal, sobre los registros de datos de los pacientes atendidos en la Unidad de Recuperación y Reanimación Postanestésica del Hospital Universitario de Canarias con una hoja de registro elaborada para este trabajo.

La población del estudio la formaron todos los pacientes que ingresaron en la unidad en el periodo de un mes, desde el 20 de Mayo al 19 de Junio del 2002, con una estancia inferior a seis horas. Se incluyeron todas las especialidades quirúrgicas de cirugía programada, de urgencia y ambulatoria, exceptuando los pacientes intervenidos de Cirugía Cardíaca.

La hoja de registro elaborada, (ANEXO 1) estaba compuesta por diez apartados:

- El primero recogió los datos del paciente (etiqueta identificativa), antecedentes personales (A.P.) y el tipo de intervención.
- El segundo incluyó las pruebas complementarias, la oxigenoterapia, oximetría y la gráfica de constantes vitales (Tª, P.V.C., F.R., F.C. y T.A.).
- El tercer apartado se destinó al registro de la medicación parenteral y enteral administrada.
- El cuarto se refirió a los ingresos por vía parenteral, enteral u oral.
- El quinto hizo referencia a las diferentes pérdidas como sangrado por drenajes, diuresis, vómitos, etc.
- El sexto apartado valoró la circulación distal, incluyendo pulso, coloración, temperatura y miembro afectado.
- El séptimo apartado de la gráfica se refirió a la valoración del dolor usando una escala verbal (sin dolor, dolor leve, moderado y severo.).
- El octavo hizo referencia al tipo de vía, (periférica, central, arterial y catéter epidural) además de la ubicación de las mismas.
- El noveno apartado incluyó el tipo de anestesia y la escala de valoración postanestésica, refiriéndose a Consciencia, Respiración, Variación de la Tensión Arterial, Color y Movilidad, cada uno de estos con una puntuación de 0 a 2 (siendo 0 la peor respuesta y 2 la mejor), valorando el total al ingreso y al alta.
- El décimo englobó las observaciones de enfermería, firma de la enfermera/o responsable del paciente, firma del alta médica de la unidad, fecha del registro y hora de salida del paciente de la unidad.

A cada uno de los responsables de este estudio, se le encomendó un equipo de enfermeras/os a los cuales tenía que transmitir la información sobre el uso de la nueva hoja de registro, siguiendo unas directrices previamente consensuadas.

A cada enfermera/o se le asignó un número de identificación que debía acompañar a su firma.

Después de la información se inició un periodo de un mes para la validación de la hoja de registro.

Al finalizar este periodo se entregó un cuestionario a todas las enfermeras/os de la unidad que colaboraron en el trabajo. Este cuestionario recogió en primer lugar el número de identificación asignado a cada enfermera, en segundo lugar su antigüedad en la unidad: menor a 6 meses, de 6 meses a 2 años y mayor a 2 años.

A continuación y en tercer lugar se hicieron 13 preguntas cerradas, once de ellas valoraron los diez apartados de los que consta la hoja de registro mas la opinión personal sobre la utilidad de la gráfica. Todas con respuestas alternativas graduadas de malo,

regular, bueno y muy bueno, así como una observación relacionada con cada apartado.

El cuestionario se completó con 2 preguntas más con respuestas cerradas (si o no), relacionadas con la posibilidad de añadir o quitar alguno de los apartados de la gráfica y en caso afirmativo, espacio para explicar la rectificación y el motivo.

Finalmente para el tratamiento de datos se utilizó el paquete estadístico S.P.S.S. y se realizaron las pruebas de Chi-cuadrado y contrastación de proporciones.

> Resultados

Los datos obtenidos se expresaron en promedios y desviaciones estándar para las variables cuantitativas, y en porcentaje para las variables cualitativas.

La población del estudio la formaron 691 pacientes de los cuales se excluyeron 14 debido a que el registro fue realizado por enfermeras que no pertenecían a la unidad y 11 que no estaban firmadas.

Las enfermeras participantes en el estudio fueron 24, tanto para la validación de la hoja de registro como para contestar el cuestionario de opinión sobre la misma.

La media de la recogida de datos por profesional fue 27.75 con una desviación estándar de +/- 15.10.

La distribución de la antigüedad de las enfermeras/os se puede ver a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1: Representación de la antigüedad de las enfermeras/os de la U.R.P.A.

ANTIGÜEDAD	FRECUENCIA	%
< 6 MESES	5	20,83
6 MESES - 2 AÑOS	10	41,66
>2 AÑOS	9	37,50
TOTAL	24	100

Del cuestionario realizado las preguntas 1, 3 y 10 que hicieron referencia a los antecedentes personales, registro de medicación y observaciones de enfermería, el 100% respondió como bueno y muy bueno.

Las pregunta 5 y 6 que hicieron referencia a la opinión de registros sobre diferentes perdidas y valoración de la circulación distal, el 16.7% y el 4.2% respectivamente, contestaron que el registro era malo o regular.

Los porcentajes de estas respuestas están representadas en la Figura 1:

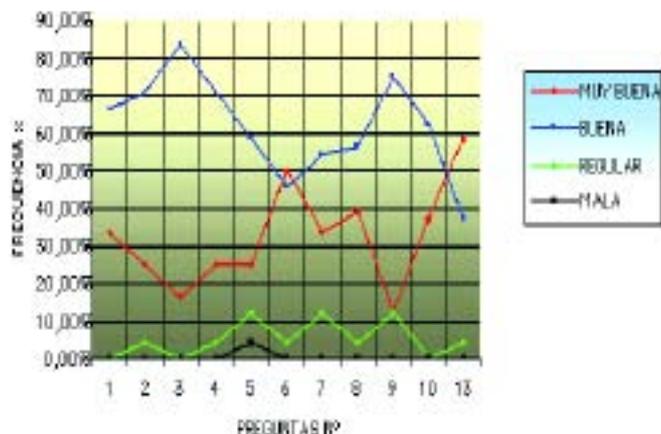


Figura 1: Distribución de las respuestas a las preguntas graduadas del cuestionario.

Las preguntas 11 y 12, con respuestas cerradas (sí o no), hacían referencia respectivamente a la posibilidad de quitar o añadir algún apartado a la hoja de registro. La respuesta fue NO tanto en la pregunta 11 con el 54.5% como en la 12 con el 90.5%.

A la pregunta 13 referida a la opinión de los encuestados sobre la utilidad de la hoja de registro, el 96% opinó que era buena o muy buena.

En relación a las diferentes opiniones personales referidas a cada pregunta del cuestionario, en la pregunta 2 un 25% sugirió cambios en el diseño de la gráfica. En la pregunta 9 un 33.33% manifestó la posibilidad de modificar el diseño de este apartado de la hoja de registro. En la pregunta 11, el 8.75% opinó que se debería quitar la escala de valoración postanestésica.

> Discusión y conclusiones

En la escala de valoración postanestésica, el apartado referido a la valoración de la presión arterial fue el que más polémica creó, porque se veía exclusivamente como una constante hemodinámica y no como un dato de la calidad del despertar (agitación, dolor, etc...) y por la pérdida de tiempo que suponía consultar la presión arterial previa a la intervención (sala de hospitalización, preanestesia, etc...).

La escala de valoración postanestésica es una combinación de varias escalas consultadas, donde se han incluido apartados de las escalas Remodec y Aldrete (3,4).

Para valorar el dolor postquirúrgico se utilizó la escala verbal en lugar de otras tanto en adultos como en niños (5), debido a que es de fácil comprensión teniendo en cuenta el estado de los pacientes postanestésicos.

Entre las opiniones personales de las enfermeras/os de la unidad que fueron expresadas en el cuestionario sobre la hoja de recogida de datos, algunas hacían referencia al diseño de la misma. Todas las respuestas fueron analizadas por el equipo del estudio y algunas fueron aceptadas para modificar dicha hoja.

Con la nueva hoja de recogida de datos obtenemos una información más completa y de mayor calidad facilitando la comunicación entre los componentes del equipo asistencial.

La información obtenida servirá en el futuro para desarrollar estudios de investigación como: valoración del dolor postquirúrgico, complicaciones más frecuentes en diferentes intervenciones quirúrgicas, el nivel de aceptación de nuestra hoja de registro en las unidades de hospitalización.

Al realizar el análisis de los datos se ha podido comprobar que los profesionales de enfermería del servicio están más satisfechos con la nueva hoja de registro, ya que en su opinión se recogen datos más completos y con mayor facilidad. Por lo cual y tras modificar algunos apartados que pudieron producir controversia se ha podido consensuar y poner en marcha este nuevo sistema de registro.

> Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento a todos los miembros del equipo de enfermería de la U.R.P.A. del Hospital Universitario de Canarias, por su colaboración desinteresada, así como a D. José Luis Labalsa Alonso por su asesoramiento informático.

> Bibliografía

1. Watt Aatson J.H., Long B.C., Phipps W.J., Dolor. En: Long B.C., Phipps W.J., Cassmeyer V.L. Enfermería Médico Quirúrgica 7. Ed: 3 Harcourt Brace de España S.A.; Mosby .Cleveland, Ohio. 2000. Pp 170-189.
2. Mc Carthy Harlan G.Trastornos del aparato locomotor. Tratado de Enfermería medicoquirúrgica. Ed. Interamericana. Mc Graw-Hill. Méjico.1989.Pp 543-554.
3. Bonner S. Criterios de ingreso y alta. En: Cuidados Postanestésicos. Ed. Mosby-Doyma Libros, New York. 1994. Pp. 3-7.
4. Gómez García J., Rodríguez Ruiz B. La unidad de recuperación Postanestésica. En: Compendio de Anestesiología para Enfermería. Ed. Harcourt S.A. Madrid. 2001. Pág. 385-396.
5. Martínez Ibañez M. A. Dolor en el niño. Revista Rol de Enfermería. Barcelona. Junio 1997; 226: 12-19.

RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA
Hospital Universitario de Canarias

A.P.:

Intervención:

Pruebas Comp																	
CC	SP	OP	CC	SP	OP	CC	SP	OP	CC	SP	OP	CC	SP	OP	CC	SP	OP
20	48																
18	44																
16	40																
14	36																
12	32																
10	28																
8	24																
6	20																
4	16																
2	12																
0	8																
-2	4																
-4	0																

REGLACIÓN																	

DIURESIS																	
	cc																

Circ. Distal (MM)																	

DOLOR: 0=0, 1=1, 2=2, 3=3																	

Vías: Periférica () Central () Arteria () Catéter Epidural ()

Tipo de Anestesia:

Punt.	Conciencia	Respiración	Tensión Art	Color	Movilidad	Total
2	Consciente	Resp. Profundo y tose	+/- 20% Preanest.	Rosado	Coordinado	Ing Alta
1	Responde	Diana limitada	20-50% Preanest.	Pálido/ Lívido	Incoordinado	
0	No Responde	Diana intensa	+/- 50% Preanest.	Cianótico	Ausente	

Observaciones:

Enfermero/a: _____ Fecha: ____/____/____
 Alta Médica: _____ Hora Salida Recuperación: ____:____

Anexo 1: Hoja de recogida de datos de estancia corta en U.R.P.A.



> Autores

Codón Rueda, Elena
 Pérez de Aarrilucea, Cristina
 López Pérez, Noemí
 Arnaiz Villanueva, M^o Jesus
 Navarro, Eva
 Porras San Mamés, Begoña

Enfermeras de quirófano
 Clínica USP La Esperanza
 Vitoria



Alrededor de un enfermo. Siempre, y en todas las épocas, el dolor a la cabecera de los humanos.

[Reintroducción de la Ketamina en Cirugía Ambulatoria. Valoración de Enfermería]

> Resumen

Objetivo: Conocer la eficacia anestésico-analgésica, confort y satisfacción del paciente, tanto en el intra como en el postoperatorio, así como conocer y valorar las complicaciones en pacientes de Cirugía Vasculor (insuficiencia venosa) intervenidos bajo régimen de Cirugía Ambulatoria y anestesiados con la técnica propuesta de sedación y anestesia local.

Metodología: Estudio sobre 150 pacientes (A.S.A I-II-III, ambos sexos). Criterios de exclusión: tratamiento psiquiátrico en el mes previo a la intervención quirúrgica, taquiarritmias e Hipertensos polimedcados. Intervenidos para resolución de insuficiencia venosa con técnica ecoguiada, tanto en decúbito supino como prono o ambos. Anestesia de forma secuencial: Ketamina, Propofol y Anestesia local (Mepivacaina 1%) en zonas ecomarcadas y a dosis protocolizadas. Registramos tiempos intermedicación, y constantes cada 5 minutos y efectos ketamínicos en el post inmediato, constantes y dolor. Se completa el seguimiento a las 24 horas de consumo analgésico domiciliario y satisfacción del paciente.

Conclusión: La técnica empleada se ha mostrado como sencilla, cómoda, independiente de la postura del paciente, eficaz como anestesia en el tiempo quirúrgico, suficiente con mínimos añadidos complementarios como analgesia postoperatoria, exenta de efectos secundarios importantes, y con buena aceptación por parte del paciente y cirujanos.

Palabras clave: Ketamina, Cirugía ambulatoria, Analgesia, Efectos Secundarios.

> Introducción

La cirugía vascular ha sufrido importantes avances en las técnicas quirúrgicas. Desde la introducción del fleboextractor intraluminal de Babcock en 1908, hubo pocos avances en el tratamiento de las varices, hasta 1966 cuando R.Muller propuso la flebectomía ambulatoria.

En 1988, Francheschi introduce la técnica CHIVA (Cura Conservadora Hemodinámica de la Insuficiencia Venosa Ambulatoria). Con este método propone el tratamiento de la enfermedad varicosa conservando el capital venoso superficial, utilizando pequeñas incisiones para la ligadura-sección venosa y realización previa a la intervención de una cartografía venosa mediante Ecodoppler. La técnica CHIVA se realiza bajo anestesia local (A.L), aunque en la mayoría de los casos es recomendable la combinación de anestesia local y sedación profunda. En nuestro centro para el tratamiento de la Insuficiencia Venosa Superficial se realiza tanto la técnica CHIVA como safenectomía, mediante una combinación de A.L más sedación profunda recuperando para este caso la KETAMINA.

Desde su introducción en clínica a mediados de los años 60, la Ketamina ha tenido su papel, ciertamente mayor a su inicio, como anestésico con características singulares, no barbitúrico ni opiáceo y no inhalatorio, en la inducción y mantenimiento de la anestesia general.

El empleo de la Ketamina ha seguido una trayectoria decreciente, debido a los efectos secundarios, así como la aparición de otros fármacos.

En nuestro medio su utilización se ha visto muy limitada, manteniendo su preponderancia en determinados países por motivos económicos y en cirugía veterinaria.

El tratamiento de la insuficiencia venosa superficial requiere a veces que el paciente este en posición de decúbito prono. La Ketamina es un fármaco de elección por no provocar depresión respiratoria, ni modificar la respuesta al CO2 y conservar los reflejos de la vía aérea.

También hay que tener en cuenta que es un agente inductor con propiedades analgésicas, una baja incidencia de náuseas-vómitos y una rápida distribución a nivel compartimental, sin olvidarnos de una vida media corta

- Fase de distribución: 7 a 15 minutos.

- Fase de eliminación: 2 a 3 horas.

Destacar también que es administrable por cualquier vía: endovenosa, intramuscular, subcutánea, oral, rectal, nasal, espinal, transdérmica. No es irritante su administración por vía endovenosa o intramuscular.

Si realizamos una comparativa con otros inductores a dosis habituales podemos observar las ventajas que nos ofrece.

Tabla I

	KETAMINA	MIDAZOLAM	PROPOFOL	THIOPENTAL
Comienzo acción	Rápido	Intermedio	Rápido	Rápido
Inducción	Excitación	Suave	Suave	Suave
Cardio- Vascular	Estimulación	-	Depresión	Depresión
Respiratorio	-	Depresión	Depresión	Depresión
Analgesia	Sí	No	No	No
Amnesia	Mínima	Sí	Mínima	Mínima
Tiempo despertar	Intermedio	Intermedio	Rápido	Rápido

Antes lo que se pretendía era que un mismo fármaco cumpliera las diferentes propiedades anestésicas, analgésicas e hipnóticas y la Ketamina era el fármaco idóneo. Hoy en día se tiende a una combinación de dosis subclínicas para conseguir los mayores beneficios con mínimos efectos secundarios, por eso nosotros realizamos una anestesia combinada de A.L. (Mepivacaina 1%) y sedación profunda (Ketamina y Propofol)

Con esta técnica el objetivo es conseguir unas condiciones óptimas para el paciente y cirujano, con mínimos riesgos anestésicos y quirúrgicos, una mínima incidencia post-intervención y demostrar que el uso de la Ketamina a dosis ajustada es un fármaco útil para determinadas técnicas de cirugía ambulatoria.

> **Material y métodos**

Se realiza un estudio sobre 150 pacientes, intervenidos de insuficiencia venosa superficial a lo largo de 6 meses (Enero2003-Junio2003) en el bloque quirúrgico de USP Clínica la Esperanza. Los criterios de exclusión fueron: paciente en tratamiento psiquiátrico en el mes previo a la intervención, taquiarritmias e hipertensión con polimedicación.

Se procede a la recepción del paciente, por parte de la enfermera del área quirúrgica, comprobando que adjunta toda la documentación necesaria, pruebas médicas, consentimientos informados firmados y confirmando 6 horas mínimas de ayunas y posibles alergias.

Una vez que el paciente esta preparado para entrar en el área quirúrgica (vestimenta adecuada, ausencia prótesis, joyas), se realiza una cartografía venosa mediante Ecodoppler (marcaje) previo a la intervención. A continuación el paciente es acompañado al quirófano. Según protocolo de actuación procedemos a monitorización hemodinámica: tensión arterial

(TA), frecuencia cardiaca (FC), pulsioximetría (SaO2), electrocardiograma (ECG), canalización de vía periférica, oxigenoterapia mediante gafas de oxígeno y antibioterapia.

La técnica anestésica se realiza mediante la administración de bolus:
 - Anestesiista: Ketamina y Propofol.
 - Cirujano : Mepivacaina 1%.

Al proceder a la desinfección de la zona a intervenir, se administra la dosis prescrita de Ketamina anotando el tiempo. Tras completar el montaje del campo quirúrgico y con el cirujano preparado, inyectamos el Propofol a través de un flujo alto de suero para evitar el dolor. Cuando se consigue un grado hipnótico adecuado, se procede a la infiltración de la anestesia local (Mepivacaina 1%) a lo largo del trayecto venoso a intervenir. Este intervalo de tiempo viene a ser de 4 a 7 minutos con lo cual optimizamos efectos hipnóticos y analgésicos de las dosis de Ketamina utilizadas.

Durante la intervención quirúrgica se valora la necesidad de administrar dosis añadidas, habitualmente con las dosis iniciales es mas que suficiente, aunque en los casos que se realiza safenectomía se requiere un bolus extra de Propofol (generalmente es un 50% de la dosis inicial) en el momento de la extracción de la vena.

Una vez finalizada la intervención quirúrgica, el paciente es trasladado a la Unidad de Prealta de Cirugía Ambulatoria hasta su completa recuperación, según protocolo se procede a monitorización hemodinámica (TA, ECG, SaO2), reposición de líquidos entre 500-1000 ml según pérdidas, control de apósitos y vendajes por posible sangrado, control de náuseas-vómitos y dolor.

Generalmente el requerimiento de analgesia durante la estancia en la unidad no existe, en su mayor parte por el efecto analgésico de la Ketamina y el efecto residual de anestesia local.

Si se realiza safenectomía se administrara de manera protocolarizada analgesia: Metamizol 2gr EV, en caso de alergia Paracetamol.

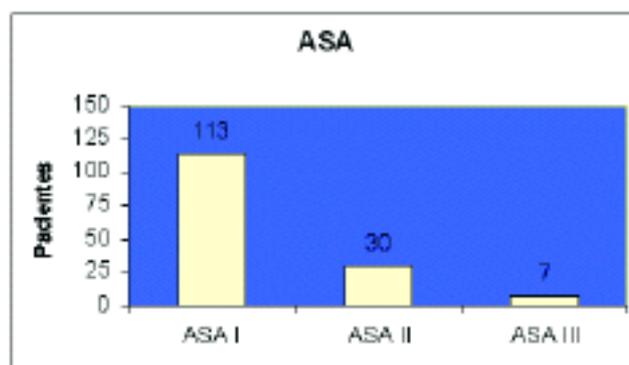
La pauta analgésica post-alta es de Metamizol 575mgr vía oral, a demanda, realizando un seguimiento telefónico a las 24 horas.

Criterios de Alta:

- Consciente
- Signos vitales estables
- Deambulación sin ayuda
- Ausencia de náuseas y vómitos
- Dolor controlado y que también pueda controlarse la analgesia con analgésico vía oral en su domicilio.
- La zona operada no debe mostrar signos de hemorragias, inflamación ni compromiso circulatorio.
- Presencia de adulto responsable, informe correspondiente con instrucciones postoperatorias, posibilidad de complicaciones y teléfono de contacto de la Clínica.

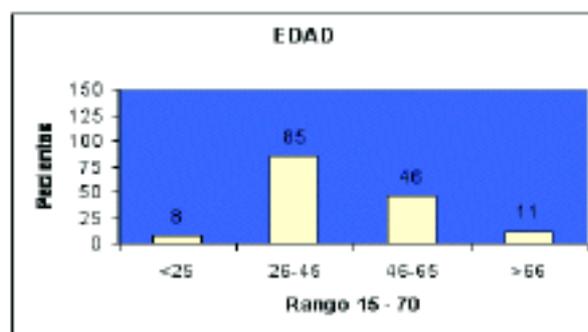
> Resultados

Se estudiaron 150 pacientes, 97 mujeres y 53 hombres , 143 con A.S.A I y II y 7 con A.S.A III (Gráfica I).



Gráfica I: Clasificación de pacientes en función de A.S.A

La media de edad fue de 41 años con un rango de 15 a 70 (Gráfica II).



Gráfica 2: Clasificación de los pacientes en función de la Edad

La intervención quirúrgica tenía una media de duración de 28,57 minutos con un rango de 10 a 65 minutos, y la duración de la administración del A.L fue de una media de 7,22 minutos con un rango de 4 a 12 minutos (tabla II).

Tabla II: Tiempo de duración de la intervención quirúrgica y administración de Anestésico local y dosis de fármacos utilizadas.

Categoría	Subcategoría	Rango	4 – 12'
		Media	7.22'
DURACIÓN	Administración A.L	Rango	4 – 12'
	Interv. Quirúrgica	Rango	10 – 65'
		Media	28.57'
DOSIS UTILIZADAS	Ketamina	Rango	10 – 27 mgr
		Media	20.45 mgr
	Propofol	Rango	50 – 170 mgr
		Media	100.55 mgr
	Mepivacaina 1%	Sin sobrepasar dosis tóxicas 5mgr/Kg.	

La media de estancia en la unidad de prealta de cirugía ambulatoria fue de 60 minutos con un rango de 45 a 90 minutos.

Las dosis medias utilizadas de Ketamina fue de 20,45 mg, de Propofol de 100,55 mg y de A.L Mepivacaina al 1% a dosis de 5mgr/kg sin sobrepasar dosis tóxicas (tabla II).

En cuanto a la valoración del paciente sobre la técnica anestésica, un alto porcentaje fue de muy buena 97%. Obteniendo un porcentaje mínimo de un 3% de mala, la mayoría pacientes sometidos a safenectomía, que referían dolor postoperatorio.

Además de los parámetros anteriores también se ha estudiado las complicaciones perioperatorias, valorando minuciosamente los efectos secundarios de la Ketamina (tabla III).

Tabla III: Complicaciones intra operatorias y postoperatorias.

Complicaciones Intraoperatorias

- Sedación excesiva-depresión resp 10%
- Dolor 15%
- Agitación/Desorientación 3%
- Tos /Secreciones/Broncoespasmo 6%
- Bradicardia/Taquicardia 10%-0%
- Hipertensión/Hipotensión 0%
- Náuseas/Vómitos 2%

Complicaciones Postoperatorias

- Dolor 15%
- Nauseas 2%
- Hemorragia/Sangrado 4%
- Trastornos psicóticos (alucinaciones auditivas y visuales, delirio, desorientación temporo-espacial,) 2%
- Despertar prolongado 0%
- Alt cardiovasculares y respiratorias 0%

Dentro de las complicaciones destacamos un 10% de depresión respiratoria, normalmente en pacientes que han sido sometidos a safenectomía por lo que requieren un bolus extra de Propofol, precisando un aporte extra de oxígeno con mascarilla.

Al contrario de lo esperado en lugar de producirse taquicardias por la Ketamina obtenemos un 10% de bradicardias tratadas con Atropina ya que el Propofol compensa el efecto taquicárdico de la Ketamina.

Los efectos ketamínicos son mínimos 3% y basta tratarlos con dosis mínimas de Midazolam o Propofol para solucionarlos.

> **Conclusiones**

En nuestra valoración de enfermería la técnica empleada se nos ha mostrado como cómoda, sencilla independientemente de la posición del paciente, de bajo coste y exenta de efectos secundarios.

Respecto a otras técnicas (uso morfínicos), no produce depresión respiratoria, pudiendo realizar la intervención quirúrgica en diferentes posiciones sin aumentar el riesgo para el paciente, obtenemos una buena analgesia postoperatoria (Ketamina+anestesia local) y no presenta alteraciones cardiovasculares ni psíquicas.

Nos ofrece una buena aceptación por parte del paciente, de este modo y tras una corta estancia en la Unidad de Preacta de Cirugía Ambulatoria, el paciente puede realizar una vida prácticamente normal. Con requerimientos analgésicos mínimos, no superiores a una toma (575mgr Metamizol sí alergia Paracetamol 650mrg o 500mgr) en las 24 horas posteriores a la intervención.

Esta técnica anestésica no solamente sirve para la cirugía ambulatoria vascular, que es en lo que esta basado este trabajo para estandarizar resultados, sino que también la estamos utilizando en cirugía ambulatoria proctológica y del pie obteniendo muy buenos resultados.

> **Bibliografía**

1. Prithvi Raj P.: "Practical mamagement of pain". Editorial MOSBY , páginas 388,407. Edición: 1994.
2. Miranda A.: "Tratado de Anestesia y Reanimación en Obstetricia ". Editorial MASSON , página 166. Edición : 1997.
3. Imizaldu M., Zudaire C., Pérez Albéniz M.: "Manual de enfermería en Anestesia, Reanimación y Tratamiento del dolor". Editorial AVNE-ARTD, página 455. Edición: 1997.
4. Aliaga L.: "Tratamiento del dolor, teoría y práctica". Editorial PERMANYER, página 125. Edición: 1998.
5. Laffont A. Y Durieux F. : "Encyclopedie Medico-Chirurgicales.Anestésie et Reaniamtion". Editorial EMC , páginas 305, 590, 660. Edición: actualización 2002.
6. Killian H.: "Anestesia Local". Editorial SALVAT , páginas 40, 96, 170, 401. Edición: 1980.
7. Miller R.D.: "Anestesia ". Editorial DOYMA , páginas 759, 913. Edición:1988.
8. Muriel C. : "Puesta al día en Anestesiología". Editorial ERGON S.A, páginas 60,137. Edición:1994.
9. F.E.E.A. : "Farmacología en Anestesia". Editorial ERGON S.A, páginas 98-104. Edición :1995.
10. Rebozo J.A. y González Miranda F.: "Rev. Española de Anestesiología Reanimación". Edita SEDAR, páginas 112-122.Volumen 46, nº3. Edición:1999.
11. Pérez-Martínez J.: "Rev.Soc.Española Dolor". Edita SEDAR, página 528.Volumen 7, nº 8. Edición 2000.
12. Gilbert A.: "Rev.Española Anestesiología Renimación". Edita SEDAR, páginas 247-253.Volumen 49, nº5. Edición 2002.
13. Carrasco M.S.: "Rev.española Anestesiología Reanimación". Edita SEDAR , paginas 1-3.Volumen 51,nº1. Edición 2004.



> Autores

Mora Antón, M^a Dolores
Lillo Crespo, Manuel
Casabona Martínez, Isabel
Galao Malo, Roberto

Diplomadas en Enfermería
Clínica Vistahermosa, Alicante



Los chamanes. Vestimenta de un chamán Tungús. Fueron los pioneros en aplicar remedios naturales para curar.

[La percepción de los pacientes centroeuropeos sobre la imagen de la Enfermería española en cuidados críticos: Una aproximación hacia la identidad de los profesionales de los cuidados españoles en cuidados críticos dentro del contexto de la Unión Europea]

> Introducción

En los últimos años, en toda la costa mediterránea española, ha habido un aumento muy importante de la población del centro y del norte de Europa tanto como residentes durante todo el año como de no residentes, es decir, turistas o que ocupan un período vacacional (y que también son susceptibles de ingreso hospitalario). En concreto en la provincia de Alicante encontramos grupos numerosos de escandinavos en la comarca de la Marina Alta (sobre todo en Alfaz del Pi) e ingleses en Torrevieja. El grupo que nos ocupa comprende a holandeses en su mayoría. Estos grupos de población suelen estar jubilados y la edad media está por encima de los 60 años. Son pacientes que por razones de edad y salud suelen acudir a menudo al sistema sanitario español (en su mayoría privado); es por ello que resulta interesante conocer cual es su opinión acerca de los profesionales de los cuidados en España, con la finalidad de establecer una línea comparativa con otros países europeos (en este caso, los suyos propios) dentro del contexto profesional de la Unión Europea. Llegados a este punto, nos invaden preguntas como: ¿por qué son cada vez más los países de la UE que demandan profesionales de Enfermería españoles?, ¿qué razón existe para que algunos países de la UE lleven a cabo "los planes de choque" en España, haciendo uso únicamente de las instalaciones y el personal de Enfermería español? Y en definitiva nos planteamos como pregunta de investigación: ¿cuál es la imagen que los profesionales de los cuidados damos a los residentes de otras naciones europeas?

Las características culturales de estos pacientes son distintas a las de los españoles, y por lo tanto su percepción de la salud, la enfermedad y el periodo de hospitalización. Cuando este último tiene lugar, el "shock cultural" ocurre de manera frecuente, al enfrentarse su cultura nativa a otra nueva (Luckmann, 1999), debido a que su concepto de lo que es normal y de cómo van a desarrollarse la secuencia de los acontecimientos es diferente. Existe un vacío absoluto en la literatura mundial de trabajos que aborden de manera específica la forma en que los extranjeros perciben un sistema sanitario que no es el suyo y al profesional sanitario de los cuidados, de forma práctica. Tan sólo se ha podido encontrar uno (Teil, 1997) y que concluye que estos conflictos suelen estar originados más por causas institucionales que por las diferencias culturales. Con lo que respecta a los centroeuropeos, los trabajos son escasos pero hay que destacar el de Steckler (en PURNELL y PAULANCA, 1998), aunque sólo trate a los inmigrantes-residentes alemanes de Estados Unidos, y no hable en concreto de su percepción del sistema sanitario.

> Objetivo

Conocer la percepción que otros pacientes europeos tienen acerca de la Enfermería Española en cuidados críticos y realizar comparaciones pertinentes con sus países de referencia con la finalidad de saber cual es el papel del profesional de los cuidados español dentro de la Unión Europea y en relación a sus ciudadanos.

> Material y métodos

El trabajo se llevó a cabo desde la perspectiva de la investigación cualitativa, basada en las entrevistas cortas a pacientes y entrevista en profundidad al informador clave (intérprete de la institución donde se llevó a cabo el trabajo). También se incluyó una hoja de Datos demográficos.

Concretamente, en las entrevistas cortas se les preguntaba acerca de: la imagen a grandes rasgos de la Enfermería española, las diferencias fundamentales que encuentran con respecto a la Enfermería de su propio país, las técnicas realizadas por Enfermería, la actitud de los profesionales de Enfermería hacia ellos y las expectativas que ellos pusieron en estos profesionales.

En cuanto al tiempo empleado en el proceso investigador, se dispuso de 5 meses; en los cuales se trabajó con una muestra de 30 pacientes extranjeros centroeuropeos, en su mayoría holandeses y con la excepción de 4 individuos que aún siendo de nacionalidad holandesa procedían de otras áreas culturales como India, Tailandia, Polinesia y Alemania, por motivos de raíces familiares. Toda la información se obtuvo dentro de la Clínica Vistahermosa de Alicante, donde nos encontramos con pacientes extranjeros residentes en Alicante, así como aquellos que no residen y que acuden como turistas o pertenecientes al plan de choque de su país, en este caso "plan de choque holandés".

Para el abordaje de cada uno de los pacientes se emplearon 40 minutos aproximadamente, incluyendo un primer acercamiento en el que se les pedía su colaboración desinteresada, se les aseguró confidencialidad y se aseguraba la guardia y custodia de sus respuestas, así como se les pidió la firma en la hoja de consentimiento informado para lo cual no expusieron ningún problema.

En cuanto a la entrevista, la estructura acordada por el grupo de investigadores fue:

- Presentación.
- Explicación de los objetivos.
- Explicación de cada tema a tratar y el porqué de los mismos.
- Feed-back y empatía.

Por otra parte, los criterios de inclusión y exclusión son los que a continuación se detallan:

A.- Criterios de inclusión: Los pacientes que se recluten para este estudio serán aquellos que:

- 1) Sean del género masculino o femenino.
- 2) Tengan la nacionalidad de alguno de los países que conforman Centroeuropa.
- 3) Hayan vivido en el país centroeuropeo al menos 15 años de su vida.
- 4) Se identifiquen a si mismos con la nacionalidad del supuesto país centroeuropeo.
- 5) Sea capaz de hablar y entender alguno de los idiomas en los que se presentará la información para la recogida de datos: castellano, inglés, alemán y holandés.
- 6) Hayan tenido contactos previos con el sistema sanitario de su propio país.

B.- Criterios de exclusión: Se considerarán estos a todos aquellos criterios que pudieren anular alguno de los criterios de inclusión, anteriormente citados.

> Resultados

Diferenciados en los siguientes grupos:

RESULTADOS-DATOS DEMOGRÁFICOS:

El porcentaje de hombres entrevistados fue del 18%, mientras que el 82% restante eran mujeres. El 73% de la muestra fueron pacientes de origen étnico holandés mientras que el 27% restante aún siendo residentes en Holanda tenían otras procedencias étnicas como: Tailandia, India y Polinesia. Estos últimos contaban con más de 20 años residiendo en Holanda. En cuanto a la religión, el 36% se consideraron católicos, el 26% cristianos reformistas y el resto (38%) se consideraron dentro del grupo de ateos y no contestan.

El 97% de los entrevistados contaba como mínimo con educación básica o media (2 de los cuales tenían estudios superiores), mientras que el resto decían no tener estudios coincidiendo con los holandeses de diferente origen étnico. Todos los entrevistados comentaron tener un nivel económico medio/alto. El 45% de los participantes comentaron tener animales domésticos en casa.

RESULTADOS-PROTOCOLO DE ENTREVISTA CORTA: IMAGEN DE ENFERMERÍA

El 84% consideró que la imagen de Enfermería era positiva o muy positiva.

DIFERENCIAS ENTRE SISTEMA SANITARIO HOLANDÉS Vs ESPAÑOL

Un 40% de los participantes se consideraron atendidos por profesionales jóvenes en España a diferencia de Holanda, mientras que el resto aporta respuestas encaminadas a las funciones de Enfermería: las enfermeras españolas toman más decisiones que las holandesas, se percibe a la enfermera española como muy profesional y la calidad en la información que se daba fue mayor. Por otra parte, un 10% no encontraron diferencias entre ambos sistemas sanitarios.

ACTITUD DE LOS PROFESIONALES FRENTE A LOS PACIENTES

El 54% refirió encontrarse satisfecho con la actitud demostrada por las enfermeras. De esta actitud destacaron especialmente: su imagen de seguridad, la accesibilidad del propio profesional, la dedicación y atención, así como su amabilidad y respeto hacia el paciente.

EXPECTATIVAS DEL PACIENTE HACIA LA ATENCIÓN DEL PROFESIONAL

El 36% de los entrevistados esperaba más atención y más comunicación del profesional de Enfermería, el 16% no esperaba nada pero su impresión final fue valorada como positiva y en el 48% sus expectativas se vieron superadas.



TÉCNICAS ESPECÍFICAS DE ENFERMERÍA

Aunque en este apartado el 93% tampoco presentó ningún problema, hubieron algunos comentarios acerca de la destreza de los profesionales a la hora de canalizar vías periféricas, indicando que algunos tenían dificultades mientras que otros eran muy eficaces.

> Discusión

A partir de los datos obtenidos del cuestionario de preguntas abiertas y de la entrevista a la informadora clave, podemos afirmar que la satisfacción reflejada por los pacientes extranjeros a partir de su forma de percibir un sistema sanitario distinto, en el que se vieron envueltos, ha sido buena o muy buena. En esta fue determinante el papel de enfermería, encontrando diferencias significativas con respecto a su país en cuanto al rol que juegan, principalmente en los aspectos técnicos y sociales (dedicación, amabilidad...). Sin embargo aquí también se ha detectado un problema. Un porcentaje considerable esperaba más atención y más comunicación. Es posible que las enfermeras holandesas dediquen más tiempo por paciente en lo que se refiere a educación, adaptación al proceso de la enfermedad y en definitiva a establecer una relación de ayuda. Los aspectos interpersonales de los cuidados de enfermería son considerados como un elemento fundamental en la satisfacción final del paciente.

Con el fin de mejorar este punto se deberán realizar esfuerzos en el futuro. A pesar de esto último y en definitiva, la valoración de la imagen de la enfermería ha sido alta, aspecto que se puede relacionar con la alta satisfacción, y que viene a demostrar el importante papel que juegan estos profesionales, para la consecución de la misma.

> Conclusiones

En líneas generales podemos afirmar que las enfermeras/os españoles superan positivamente y en su mayoría las expectativas de los pacientes centroeuropeos. Podríamos hablar pues de un perfil de profesional de Enfermería como: profesionales fiables, empáticos y comunicativos, aún tratándose de idiomas diferentes, seguros de su trabajo y que a su vez transmiten seguridad al paciente, con capacidad de respuesta, de establecer una opinión, así como resolutivos, respetuosos con respecto a los momentos íntimos, aunque poco comunicativos y cercanos durante la realización de los mismos.

La imagen de Enfermería es observada en relación a la imagen que desde sus países tienen sobre España y en especial sobre las comunidades del Mediterráneo, ya que se sorprenden que los profesionales sean limpios y pacientes con ellos.

Es interesante destacar el problema que les plantea determinados patrones culturales como el del tono de voz, ya que el propio español lo consideran como muy alto y escandaloso.

Aunque en general destacan una buena comunicación en todos los ámbitos, parece que durante los momentos de más intimidad como la higiene se acusa más la falta de comunicación por parte de los profesionales. En definitiva, concluiremos diciendo que este tipo de trabajo, que a su

vez nos aporta resultados acerca de la evaluación de la satisfacción de los pacientes, resulta útil para la aproximación minuciosa a los problemas que los profesionales/ clientes procedentes de otras culturas le plantean a los profesionales de Enfermería en cuanto a sus necesidades, a la organización e incluso a las funciones de los mismos; así como nos da una aproximación a la imagen que, actualmente y ante la inminente apertura de la UE, tienen nuestros profesionales de Enfermería.

> Bibliografía

1. Al-Kandari, F.; Ogundeyin, W. Patient's and nurse's perceptions of the quality of nursing care in Kuwait. *Journal of Advanced Nursing*, May; 27(5):914-21. 1998.
2. Arquigaga, R. Protocolos. Hasta donde especificar las recomendaciones. *Revista de formación Médica Continuada en Atención Primaria*. FMC. Volumen 2 Número 3. Marzo. pp 147 – 152. 1995.
3. Attree, M. An analysis of the concept "quality" as it relates to contemporary nursing care. *International Journal of Nursing Studies*; 30(4):355-369. 1993.
4. Carman, JM. Patient perceptions of service quality. Combining the dimensions. *Journal of Management Medicine*, 14 (5-6):339-56. 2000.
5. Cuervo, J., Varela, L. Y Belenes, R. *Gestión de Hospitales: Nuevos instrumentos y tendencias*. Ed. Vicens Vives. 1994.
6. Dozier, AM et al. Development of an instrument to measure patient perception of quality of nursing care. *Research in Nursing and Health*, Dec; 24(6):506-17. 2001.
7. Essen, L.; Sjoden, PO. Patient and staff perceptions of caring: review and replication. *Journal of Advanced Nursing*, Nov; 16(11):1363-74. 1991.
8. Leininger, M. *Culture care diversity & universality: A theory of nursing*. NLN, Nueva York. 1991.
9. Leininger, M. *Nursing and anthropology: Two worlds to blend*. Greyden Press, Columbus. 1994.
10. Leininger, M. *Transcultural nursing*. McGraw-Hill, Nueva York. 1995.
11. Luckmann, Joan. *Transcultural communication*. Delmar, Albany.
12. Oermann, M. et al. (2000) Parent's perception of quality health care. *American Journal of Maternal Child Nursing*, Sep-Oct; 25(5):242-7. 1999.
13. Perla, L. Patient compliance and satisfaction with nursing care during delivery and recovery. *Journal of Nursing Care Quality*, Jan; 16(2):60-6. 2002.
14. Steckler, J. en Purnell y Paulanca. *Transcultural Health Care*. F.A. Davis, Philadelphia. 1998.
15. Teil, E. How outside- feet inside. How do patients from other cultures experience the German health care system? *Plege*, Aug; 10(4): 193-8. 1997.
16. Thomas, L. H.; Bond, S. (1996) Measuring patients' satisfaction with nursing. *Journal of Advanced Nursing* 23, 747-756. 1990-1994.



> Autores

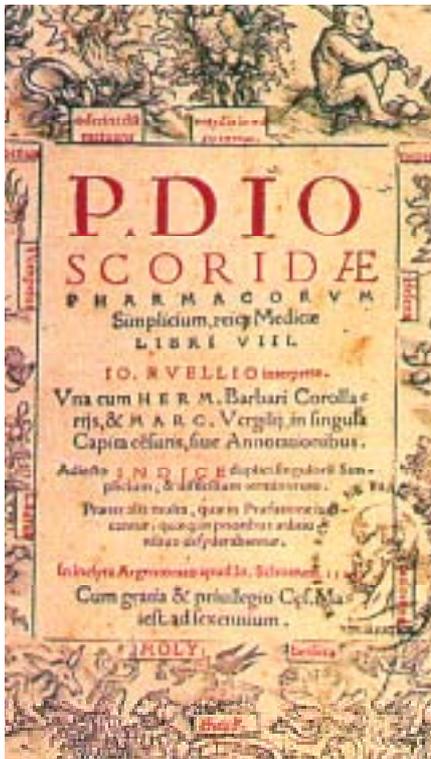
Pérez Fernández, Manuel *
García Blanco, Elisa **
Herrero Jabonero, M^a Antonia ***
García Suárez, Erika ***
Suárez Sánchez, M^a Luz ***
Muñoz Vega, Covadonga ***

*Diplomado en Enfermería
Reanimación Quirúrgica
Hospital General de Asturias
P.T.V.

**Diplomada en Enfermería
Supervisora Reanimación Quirúrgica
Hospital General de Asturias

***Diplomada en Enfermería
Reanimación Quirúrgica
Hospital General de Asturias

Trabajo presentado en el 6th World
Congress for Nurse Anesthetists
Chicago



El más famoso compendio farmacológico del mundo. El Dioscórido.

[Temblor postanestésico y uso de clorhidrato de petidina]

> Introducción

Los temblores post-anestésicos pueden ser definidos como una contracción generalizada muscular involuntaria que ocurre en pacientes durante el período postoperatorio, localizado específicamente en el cuello, músculos masticatorios y musculatura torácica, durante este período algunos pacientes refieren tener frío¹.

Este momento ha sido descrito por los pacientes como muy desagradable, y ha sido una de las complicaciones frecuentes en nuestra Unidad de Reanimación Quirúrgica.

Con el fin de abolir esta situación en un corto periodo de tiempo, empezamos este trabajo, escogiendo un tratamiento farmacológico, especialmente desde el estudio de R.T. Savage que mientras estaba tratando el dolor postoperatorio encontró que con pequeñas dosis de petidina (10-20mg) suprimía los temblores de algunos pacientes².

> Material y métodos

Este trabajo se llevó a cabo en la Unidad de Reanimación Quirúrgica del Hospital Central- Hospital Universitario, durante tres meses.

Una selección aleatoria de 30 pacientes se realizó con independencia de sexo, servicio y tipo de cirugía.

Se diseñó una base de datos que incluía: temperatura del paciente antes de la cirugía, tiempo quirúrgico, anestésicos usados, líquidos intravenosos administrados, temperatura de reanimación quirúrgica, temperatura del paciente en la unidad de reanimación quirúrgica, aparición de los temblores post-anestésicos, dosis administrada de clorhidrato de petidina y tiempo de supresión de dichos temblores.

La premedicación administrada fue en 18 pacientes Diazepam, Midazolam en 4, Prometiaina en 3, Loracepan en 1 y 4 no fueron premedicados. La temperatura del quirófano se mantuvo en 20°C.

La inducción se llevó a cabo con tiopental en 20 pacientes, propofol en 8 y en 2 pacientes se usó anestesia espinal.

La anestesia se mantuvo con isoflorane, agentes relajantes musculares y opiáceos para analgesia.

Una combinación de prostigmina y atropina se usó en los casos necesarios de reversión de la relajación muscular.

El tiempo quirúrgico fue entre 1-2 horas para 14 pacientes, de 2-3 horas para 7, de 3-4 para 5, más de 4 horas para 3 y menos de 1 hora en un paciente.

Los líquidos intravenosos administrados durante la intervención fueron: más de 1.500 ml. en 18 pacientes, entre 500-1.500 ml. en 11, y solo un paciente menos de 500 ml. Todos, estaban en su propia cama, se les administró oxígeno por mascarilla al 40 % y a un flujo de 8 l./min., se monitorizó el E.C.G., la tensión arterial se monitorizó por

métodos invasivos y no invasivos y se registró cada 15 minutos durante las dos primeras horas. La temperatura corporal se midió con un termómetro convencional de mercurio a nivel axilar cada 5 minutos.

Los temblores post-anestésicos se clasificaron en estadios: I o Mínimo, caracterizado por contracciones en cara y cuello; II o Medio caracterizado por temblor en cara, cuello, hombros y extremidades y III o Severo caracterizado por unos temblores generalizados.

Se registró el momento de la aparición: inmediata o después de un tiempo de recepción del paciente en la unidad de reanimación, esto es, 15 minutos.

> Resultados

De acuerdo a la temperatura del paciente en la unidad de reanimación se obtuvo: 19 pacientes tenían menos de 35°C, 7 pacientes entre 35-36°C, 3 pacientes entre 36-37°C y solo uno superior a 37°C.

Los estadios de temblores post-anestésicos fueron: 5 pacientes (16,6%) estadio I, 15 pacientes (50%) estadio II y 10 pacientes (33,3%) estadio III.

Por orden de aparición de los temblores obtuvimos un 86% de inmediata aparición frente a un 13% de aparición tardía tras la admisión del paciente en la unidad.

La dosis administrada de clorhidrato de petidina fue de: 10 mg en el 10%; 15 mg en el 53,3%; 20 mg en el 33,3% de los pacientes estudiados.

La supresión de los temblores se registraron a los 2 y 5 minutos tras la administración del clorhidrato de petidina, siendo los resultados a los 2 minutos de total supresión en un 53,3%, un 30,1% con temblor mínimo, un 6,6% con temblor medio y un 10% con temblor severo (gráfico 1); frente a un 96,7% de total supresión del temblor y un 3,3% de temblor mínimo a los 5 minutos (gráfico 2).

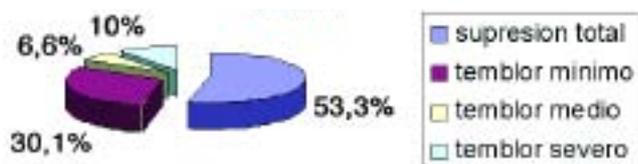


Gráfico 1: Temblor a los 2 minutos.

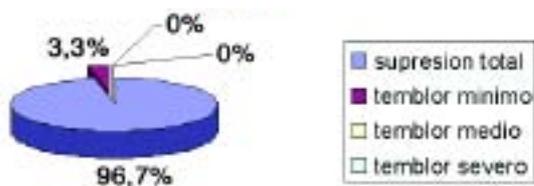


Gráfico 1: Temblor a los 5 minutos.

> Discusión

No habiéndose registrado ningún efecto secundario en la administración del clorhidrato de petidina, pequeñas dosis de este medicamento, han obtenido un alto porcentaje de supresión del temblor post-anestésico y es por esto por lo cual se ha elegido este medicamento para suprimir dichos temblores en nuestra Unidad de Reanimación.

> Bibliografía

1. González de Zárate Apiñaniz J., Girón Montáñez R. Escalofrios postanestésicos. Rev. Española Anest. Rean. 1985. Vol.32. Núm 1.
2. Pauca A.L.; Savage R.T., Simpson S., Roy R.C. Effect of Pethidine, Fentanyl and Morphine on Post-Operative Shivering in Man. Acta Anaesthesiol. Scand. 1984: 28: 138-143.



[Cuidados de enfermería en la administración de hemoderivados. Estudio de 100 casos]

> Autores

Carmona Simarro, José Vicente *
Cervera Alberola, María José **
González Escudero, Ana Isabel **
Piris Catalá, María Teresa **
Bañón Fernández, Lourdes **
Gallego López, José Miguel ***
López Baeza, José Alberto ****

* Profesor Titular. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de ciencias Experimentales y de la Salud. Universidad Cardenal herra _ CEU. Moncada. Valencia. Miembro de ASECVAR, ASEEDAR-TD y la AEEC.
** Enfermeros de la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI)
*** Profesor asociado. Departamento de Enfermería. Universidad de Valencia
**** Especialista en Medicina Interna.



Las operaciones eran horribles. Algunos pacientes se suicidaban antes que someterse a ellas.

> Introducción

La indicación general de transfusión sanguínea es la de incrementar la capacidad de transporte de O₂, en caso de anemia, generalmente cuando la hemoglobina es menor de 7 g/dl. En valores superiores a esta cifra la administración de hemoderivados estará supeditada a situaciones individuales; complicaciones por oxigenación inadecuada, paciente con sintomatología por disminución del transporte de oxígeno a causa de una concentración baja de hemoglobina, etc.

Tabla I: VALORES DE REFERENCIA DE LOS PARÁMETROS HEMATOLÓGICOS

	Hombre	Mujer
Hematíes	4.7-6.1 x 10 mill/mm ³	4.2-5.4 x 10 mill/mm ³
Hemoglobina	14-18 g/dl	12-16 g/dl
Hematocrito	42-52 %	37-47 %

Igualmente la transfusión de hemoderivados es apoyo imprescindible en multitud de intervenciones quirúrgicas (Periodo perioperatorio), asociadas a pérdida de sangre importante. Las modalidades de transfusión pueden ser:

- Concentrado de hematíes
- Plasma
- Plaquetas
- Crioprecipitados

Las principales indicaciones de hemoderivados son:

Concentrado de hematíes

- Anemia aguda; si la Hb es inferior a 7 g/dl. Valor de la Hb entre 7 y 10 g/dl en paciente sintomático y/o presencia de determinadas patologías concomitantes (cardiopatía isquémica, sintomatología de isquemia cerebral, EPOC, ICC, etc.).

- Anemia crónica; Cirugía programada (Periodo perioperatorio).

Una unidad de concentrado de hematíes aporta 1'5g. de Hb y una elevación en el Hto del 3 %.

Plasma

Hemorragias y alteraciones de los factores de coagulación, INR > 1.7, AGPP < 50%, tiempo de cefalina mayor de 10 segundos por encima del control.

Plaquetas

Alteraciones en la función plaquetaria (Trombocitopatías) o disminución en el recuento plaquetario (Trombocitopenia), también como profilaxis en un eventual sangrado.

Crioprecipitados

En deficiencias de Fibrinógeno (Cuantitativas o cualitativas), hipofibrinogenemia dilucional, enfermedad hepática grave y coagulación intravascular diseminada.

La transfusión de hemoderivados, hoy en día, es muy segura, a pesar de ello no deja de existir un cierto riesgo relacionado con las complicaciones, como son: infecciones, complicaciones inmunológicas y la inmunopresión. La complicación por infección está relacionada, entre otras, con la transmisión de infecciones, como la Hepatitis C y B. Las complicaciones inmunológicas están relacionadas con la hipertermia, con las hemólisis; reacción hemolítica transfusional (Incompatibilidad ABO o Rh), que cursan con fiebre y escalofríos. La gravedad de una reacción es directamente proporcional a la cantidad de sangre transfundida. Las complicaciones de inmunopresión están relacionadas con la respuesta inmunosupresora asociada a la administración de hemoderivado.

La mayoría de reacciones hemolíticas postransfusionales están asociadas a incompatibilidad ABO. La incidencia está entre 1:250.000 a 1:1.000.000.

La sintomatología de la hemólisis transfusional aguda se inicia ya tras la administración de 20-30 ml de hemoderivado.

La fiebre asociada a la administración de hemoderivados se puede considerar como una de las complicaciones más frecuentes; el 1% de las transfusiones de concentrados de hematies está asociado a fiebre no hemolítica, el 20-30% de las transfusiones de plaquetas se asocian a fiebre.

Signos y síntomas que pueden acompañar a la administración de hemoderivados:

- Fiebre
- Hemoglobinuria
- Escalofríos
- Shock
- Dolor torácico
- Hemorragia generalizada
- Hipotensión
- Oliguria o anuria
- Náuseas
- Dolor lumbar
- Enrojecimiento facial
- Disnea
- Dolor en el punto de infusión

> Objetivo

- Valorar el papel de enfermería en la administración de hemoderivados y el control de las reacciones adversas.
- Conocer la incidencia y la gravedad de los efectos adversos de la transfusión de hemoderivados en nuestra unidad.

> Material y Métodos

- Estudio prospectivo llevado a cabo durante un período de 6 meses, en una unidad dotada de 22 camas para pacientes críticos, incluyendo posquirúrgicos, politraumatizados, coronarios y pacientes con procesos médicos.
- Valoración de enfermería, según lo publicado (7), de los efectos adversos que se presentan antes, durante y después de la transfusión de hemoderivados.
- Hemoderivados que se consideran; concentrados de hematies, plasma, plaquetas y crioprecipitados.

> Palabras Clave

Enfermería, hemoderivados, reacciones adversas, reanimación, transfusión.

> Resultados

- El número de pacientes estudiados es 104, de los cuales 4 son excluidos por imposibilidad de interpretación de los datos recogidos.
- El grupo de edad más transfundido está comprendido entre los 61 y los 70 años (gráfico1):

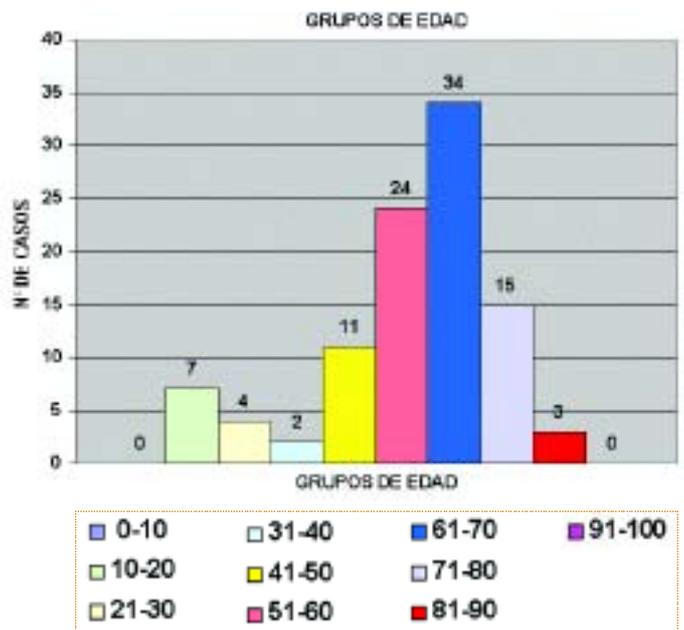


Gráfico 1

- El sexo masculino representa un 60 % de los casos, mientras un 40% de los pacientes son mujeres.
- En el caso de los pacientes ingresados en el postoperatorio inmediato, el grupo más transfundido pertenece a los casos de cirugía cardíaca (17% doble by-pass coronario y 11% triple by-pass coronario), seguido por las intervenciones de ortopedia y traumatología (12% de cirugía de raquis) (gráfico 2), considerando que un porcentaje considerable de pacientes pertenecen al grupo de politraumatizados:

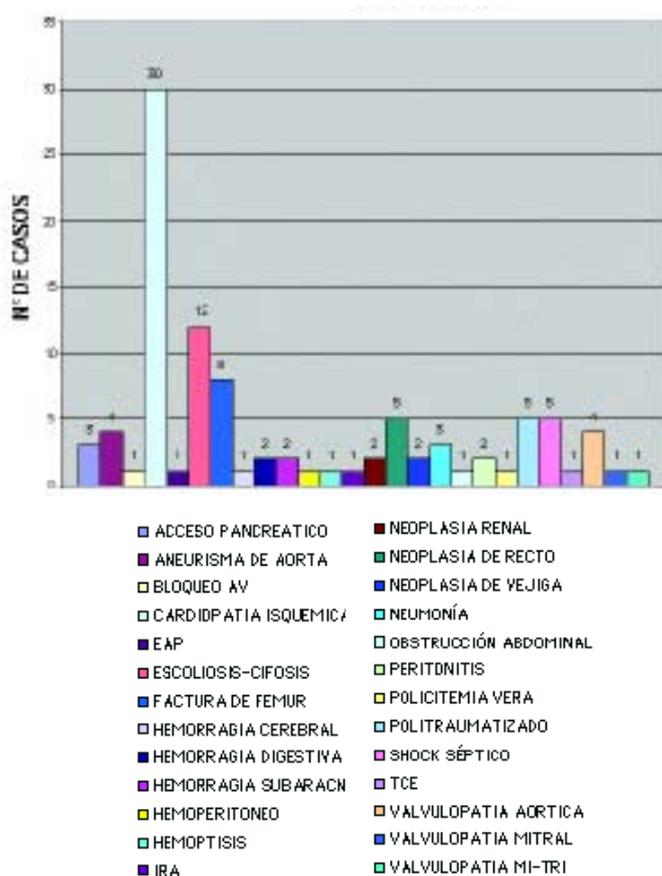


Gráfico 2

- La vía de administración utilizada fué en 63 casos una vía periférica y en 39 una vía central, utilizando calentador en 1 caso y sistema de presurización en 7 casos, debiendo interrumpir la administración en 3 pacientes.
 - El producto más transfundido es el concentrado de hemáties (63%), seguido del plasma (22%). Los concentrados de plaquetas (10%) y los crioprecipitados (4%) (gráfico 3):

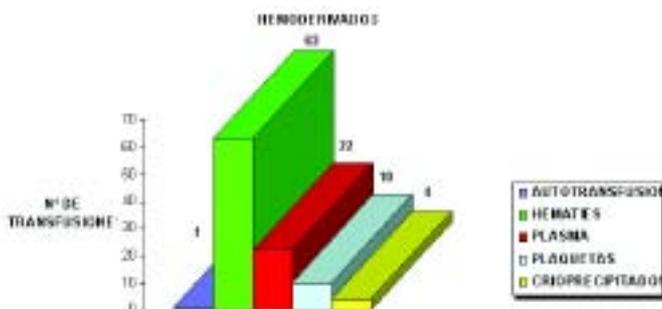


Gráfico 3: Hemoderivados

- Durante el periodo de seguimiento, sólo se administró sangre de autotransfusión en uno de los pacientes (1%).
 - El tipo de reacciones adversas y su incidencia, detectada en primer término siempre por enfermería, se refleja en el gráfico 4:



Gráfico 4: Reacciones Adversas

- En el 3% de los casos fue necesario suspender la transfusión por tratarse de una reacción grave.

> Cuidados y controles generales de Enfermería en la administración de hemoderivados (9)

Preadministración	
Identificación (datos unidad de hemoderivado – datos del paciente).	
Toma de temperatura.	
No mezclar el hemoderivado con ningún fármaco o fluido de reposición, con excepción de suero fisiológico.	
Buscar una vía venosa gruesa y corta para la administración de hemoderivado. Medidas rigurosas de asepsia en su inserción.	
Los hemoderivados no deben ser calentados por medios no idóneos, como ponerlos encima de un monitor o bajo un chorro de agua caliente. Deben ser calentados en aparatos indicados para ello que nunca superan los 37 ° C.	
Preadministración	
Regulación de flujo: 1 ml = 20 gotas (aproximadamente).	
En caso de colocar un manguito de presión en la unidad de hemoderivado para acelerar su flujo, no superar los 300 mmHg (puede ocasionar hemólisis).	
La velocidad de infusión de los concentrados de hemáties no debe superar las 3 horas. El plasma fresco, plaquetas y crioprecipitados se deben transfundir siempre a la máxima velocidad, ya que conforme pasa el tiempo, su efectividad disminuye considerablemente.	
El concentrado de hemáties se administra con un filtro convencional (170 micrones). El plasma, plaquetas y crioprecipitados, se administran sin filtro salvo en pacientes inmunodeprimidos.	
Vigilancia de aparición de signos clínicos.	



Postadministración

Toma de temperatura.

Registro en la hoja de control de UCC de la administración del hemoderivado, tipo, cantidad y tiempo de administración.

Vigilancia de aparición de signos clínicos.

Otros cuidados y controles:

En Enfermero antes de empezar a perfundir el hemoderivado comprueba que:

- El número, grupo y Rh de la bolsa a transfundir de este impreso coinciden exactamente con los que aparecen en la etiqueta de la bolsa de hemoderivado.
- El número del paciente y su número de historia clínica, coinciden exactamente con los anotados en el impreso.
- El nombre del paciente y su número de historia clínica, coinciden con los anotados en la etiqueta de la bolsa.
- El contenido de la bolsa tiene un aspecto "normal".

La toma de temperatura se realiza, por un lado, para valorar en caso de hipertermia si se realiza la transfusión (por indicación médica) y por otro para no confundir una reacción febril preadministración con una transfusional.

En pacientes sedados, al no poder comunicarnos con el paciente (y no poder alertarnos), enfermería tendrá que valorar otro tipo de signos como; hipotensión, hemoglobimuria (orina de aspecto turbio u oscuro), etc. En pacientes conscientes, generalmente, son ellos los que nos indican si "algo no va bien".

> Conclusiones

- 1/ Las reacciones adversas de las transfusiones de hemoderivados son relativamente frecuentes cuando se trata de pacientes críticos.
- 2/ La incidencia cobra, además, un mayor interés en el caso de pacientes posquirúrgicos y politraumatizados graves.
- 3/ Es necesario un control exhaustivo del paciente antes, durante y después del momento de la transfusión.
- 4/ La enfermería que atiende a pacientes críticos es la que detecta en primer término y valora la gravedad de las reacciones adversas, que en estos pacientes pueden suponer un mayor peligro.
- 5/ Es necesario protocolizar en cada Unidad, el procedimiento de administración de hemoderivados.
- 6/ Consideramos que la Medicina Transfusional de la que se habla hoy, debe contar con el punto de vista y la experiencia del profesional de Enfermería.

> Bibliografía

1. Shereiber GB, Busch Mo, et al. The risk of transfusion transmitted viral infections. The retrovirus Epidemiology. Donor Study. N. Engl.J.Med. 1996;334:1685-90.
2. Faust RJ, Weinmeister KP et al. Transfusion medicine for the intensivist. En: Murray MJ, Coursin DB, et al. Critical Care Medicine: Perioperative Management. 1997: 607-18.
3. Heddle NM, Kilama LN. et al. A prospective study to identify the risk factors associated with acute reactions to platelet and red cell transfusions. Transfusion 1993;33:794-7.
4. Wheatley T, Veitch PS. Effect of blood transfusion on postoperative immunocompetence. Br.J.Anaesth. 1997;78:489-92.
5. Janvier G, Bricard. Stratégie transfusionnelle peri-operative. Ann Chir. 1992;46:384-98.
6. Fitzpatrick L, Fitzpatrick T. Transfusión de sangre. Mantener la seguridad del paciente. Nursing 1997;15:8-15.
7. Jiménez Villegas MC. Manejo de los hemoderivados y vigilancia de las reacciones adversas. Desarrollo científico. Enferm. 1999.7;2:44-50.
8. Merchan Felipe M, Rojo Durán R. Actuación de enfermería ante una transfusión de sangre y derivados. Enferm. Univ. Albacete. 1996.9;6:50-52.
9. Sociedad Española de Transfusión Sanguínea. Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos. 2ª edición. 2003.



[Dolor postoperatorio en pacientes pediátricos tras apendicectomía]

> Autores

Jorge Díaz, M^a Yelitz
Bonilla Pérez, José Carlos
Lima Cejas, Nazaret R.
Bonilla Pérez, Javier Luis

Diplomados en Enfermería
D.U.E Hospital Universitario
Ntra. Sra. de Candelaria

Premio otorgado al mejor póster.
II Jornadas Canarias de Enfermería
en Anestesia Reanimación
y Terapia del Dolor
Laguna (Tenerife)

> Resumen

La apendicitis aguda es una de las patologías con más incidencia en la infancia. De igual forma el dolor postoperatorio es un dolor agudo con la particularidad que conocemos su momento de inicio y que, en general, disminuye según avanza la recuperación de la cirugía.

El objetivo de este estudio han sido evaluar las pautas de administración de analgesia postquirúrgica prescrita mediante un estudio de 47 pacientes intervenidos de apendicectomía en el Hospital Universitario Ntra. Sra. De Candelaria.

El 30% de los pacientes que no tenían analgesia pautada precisó de esta en un 70%.

El 31% recibió la analgesia de manera periódica, un 10% por perfusión continua y el resto a demanda. Toda historia clínica estaba complementada correctamente con la medicación administrada y la incidencia del dolor.

La valoración de Enfermería ha incrementado la calidad de los cuidados proporcionados al paciente.

Palabras claves: Dolor postoperatorio, apendicitis, analgesia, paciente pediátrico

> Introducción

Para empezar decir que la bibliografía existente sobre el dolor postquirúrgico y la aplicación de analgésicos en Pediatría no es muy extensa. Los artículos recientes describen que el miedo a crear adictos persiste en el 39% de los médicos que tratan a los niños (1). Por otro lado, el dolor postoperatorio es un dolor agudo con la particularidad que se conoce el momento de inicio y porque también, en general, su intensidad disminuye según avanza la recuperación de la cirugía (2-4).

El objeto de este estudio es evaluar las pautas de administración de analgesia postquirúrgica prescrita y examinar los registros de Enfermería relacionados con el dolor postoperatorio y analgesia administrada en pacientes pediátricos tras apendicectomía, ya que la apendicitis aguda pasa por ser una de las patologías con más incidencia en la infancia. Su tratamiento es siempre quirúrgico y también debe ser precoz para evitar posibles complicaciones (5,6).

En todo caso, tanto un registro completo de las características del dolor como de la analgesia empleada facilita el trabajo para el estudio del mismo y poder erradicarlo precozmente. Esto nos ayuda a conocer que analgesia actúa mejor y provoca menos efectos secundarios. La contribución de Enfermería a la valoración y tratamiento del mismo ha incrementado la calidad de los cuidados proporcionados al paciente, promoviendo su bienestar y alivio (7).



Ceremonia para arrancar la mandrágora.

> Material y método

Se realizó un estudio retrospectivo, cualitativo, descriptivo y transversal.

La población y muestra de estudio fueron todos los pacientes pediátricos intervenidos de apendicectomía sin otras patologías asociadas, ingresados en la planta de Cirugía Pediátrica y Traumatología Infantil del Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria en S/ C de Tenerife desde el 1 de Noviembre de 2002 hasta el 31 de Mayo de 2003.

El instrumento fue la observación documental a través de los registros de las historias clínicas y mediante un formulario que incluía las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Tipo de apendicitis: flemonosa, ulcero flemonosa, gangrenada y perforada.
- Analgesia pautaada (24h o 48h post intervención)
- Administración: continua (perfusión)/periódica/a demanda/ ninguna
- Vías de administración: endovenosa (e.v), oral (v.o) o rectal (v.r)
- Tipo de analgesia
- Efectos secundarios a la analgesia pautaada
- Registros de enfermería: la existencia de ficha de registro/ registro de la medicación administrada y registro sobre el dolor.

Para el análisis de datos se aplicó el programa Chi-cuadrado. El plan de muestreo fue probabilística sistemático según la fecha de ingreso a la unidad.

> Resultados

De 497 pacientes ingresados durante el período de estudio en la unidad de Pediatría, 47 niños/as (N = 47) fueron con el diagnóstico de apendicitis aguda, resultando así un 9.45% del total.

* **Edad:** Los pacientes ingresados tenían entre tres y catorce años. Siendo mayor el número de casos por apendicitis en pacientes mayores de 8 años. (Ver tabla 1):

Tabla 1: Casos de apendicectomía según la edad del paciente.

AÑOS	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
CASOS	2	2	1	6	1	6	4	6	6	4	6	3

* **Sexo:** Un 51 % de los pacientes eran niños y el resto fueron niñas.

* **Tipo de apendicitis:** El tipo de apendicitis más común fue

la ulcero flemonosa con un 43%, con un 38% de tipo flemonosa, 13 % gangrenosa y por último, con apendicitis perforada un 6%. (Ver Tabla 2):

Tabla 2: Tipos de apendicitis

TIPOS	TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 4
	A. FLEMONOSA	A. ULCEROFLEMONOSA	A. GANGRENOSA	A. PERFORADA
%	18 CASOS 43%	20 CASOS 38%	6 CASOS 13 %	3 CASOS 6%

* **Analgesia pautaada:** Se observó que de la muestra total de 47 pacientes, 14 (el 29,78%) no tenían analgesia pautaada y, de esos mismos, en 10 casos (70%) fue necesario llamar al médico de guardia para pautar tratamiento analgésico y en los 4 casos restantes fueron desestimados.

De los 33 que sí tenían analgesia pautaada, 13 (39,4%) la tuvieron durante las primeras 24 horas, 17 (51,5%) durante 48h y mientras el resto no se especificó en las historias médicas.

* **Administración de analgesia:** Hubo 5 casos (10,6% del total de pacientes) con bomba de perfusión continua y 15 (31,9%) casos recibieron administración periódica siendo la vía utilizada e.v.

De los 23 casos (48,9%) de administración a demanda, 11 (23,4%) fueron por vía e.v., 3 (6,4%) por v.o. y 9 (19,1%) v.r. Se presentaron 4 casos (8,5%) que no precisaron ninguna administración de analgesia.

Es importante señalar que siempre que pautaban una bomba de perfusión continua de analgesia se complementaba con analgesia por vía rectal si dolor.

* **Efectos secundarios:** Sólo se detectaron tres casos que cursaban con vómitos, uno de ellos también presentó diarreas.

* **Tipo de analgesia:** El metamizol fue pautaado en un 84,8% de los casos por el médico como analgesia postquirúrgica de primera elección, seguido del paracetamol en un 15,2 %. (Ver gráfico 1):

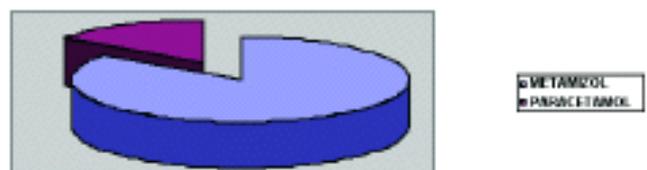


Gráfico 1. Tipo de analgesia.

* **Registros de Enfermería:** Toda historia clínica contaba con una ficha específica de la unidad completada correctamente en los 47 casos donde se registraba las constantes vitales, incidencias del turno, evolución del paciente y la medicación administrada.

Se utilizó los registros de enfermería de cada turno como medida para determinar la presencia de dolor en el paciente y la analgesia administrada.

De los 47 comentarios de Enfermería revisados que se realizaron durante la permanencia de estos niños en la planta, en un 70% se hizo referencia al dolor, en un 7% se describieron signos del dolor, como aumento del llanto y en un 23% de los casos no se hizo ningún comentario sobre el dolor.

> **Discusión y conclusión**

Con los resultados obtenidos se puede afirmar que la prescripción y la administración de analgésicos no debe ser tratada "a demanda", sino con una pauta basándose en la vida media del fármaco utilizado.

Los pacientes con bomba de perfusión de analgesia continua precisaron un segundo analgésico como complemento.

El metamizol resultó más eficaz en sus efectos analgésicos que el paracetamol, precisando menos dosis en los casos de administración a demanda.

El registro completo de las características del dolor y de la analgesia empleada, así como la valoración de Enfermería incrementó la calidad de los cuidados proporcionados al paciente, promoviendo su bienestar y alivio (7).

En el postoperatorio, el registro del dolor debería tener un lugar especialmente reservado en la gráfica del niño y debería ser tan rutinario como la temperatura o la presión arterial. Los profesionales pediátricos debemos aprender técnicas de valoración del dolor en niños y conocer qué tipo de conductas o manifestaciones son propias de dolor, para poder aliviarlas (8). Sería conve-

niente proponer la elaboración de un protocolo para el control y valoración del dolor en el niño postquirúrgico durante las primeras 48 horas basadas en algunas de las escalas ya conocidas, ya que esto contribuiría a una valoración individualizada y aumentaría la satisfacción del niño al disminuir las molestias postquirúrgicas.

> **Bibliografía**

1. Faulkner, K.W. Pediatric hospice referent library. American Journal of Hospice and Paliative Care 1997, 14, 228-230.
2. Membrives Figuera M, Molina Pacheco F. Dolor postoperatorio en pediatría: Valoración y terapéutica. Revista Enfermería Clínica Nº 4 (4). 1994: 47-50.
3. Osses Cerda, H; Pobrete Arrau, M. Manejo del dolor postoperatorio. Revista de la Sociedad Anestesióloga chilena. Vol 31, Febrero 2001, Nº1.
4. Valdivieso A, Casado J. El dolor: analgesia y sedación. Madrid. 1997.
5. Álvarez Zapico, J.A. Estado actual e indicaciones de la cirugía mínimamente invasiva en Pediatría. Boletín Pediatría 2001, 41,190-194.
6. Dguez Vallejo, J; Dguez. Ortega, J. Protocolo del abdomen agudo en la infancia. Boletín Pediatría1999, 39,112-121.
7. Navajas A, Fernández Teijeiro A y cols. Percepción del dolor por parte del niño y del equipo de salud. Ponencia publicada en el libro de las XI Jornadas Nacionales de Enfermería de la Infancia. Santiago de Compostela. 1999.
8. Martínez M A. Dolor en el niño. Revista ROL de Enfermería. 1997; 226: 13-19.





> Autores

Dueñas López, Carmen
Gómez Martín, M^a del Prado
Pinto, José Ávila

Servicio Andaluz de Salud
Área Hospitalaria Virgen Macarena
Sevilla



La "papaver somnifera", la madre del opio, de cuyas cabezuelas se obtiene "el sublime remedio", se conocía desde la Antigüedad.

[El control del dolor postoperatorio como indicador de calidad en la atención de enfermería. Repercusiones de la creación de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio]

> Introducción

Tal vez, sea difícil definir el dolor. Por utilizar un término, podríamos expresarlo como una experiencia sensitiva y emocional de carácter desagradable, asociado a una lesión tisular actual o potencial.

Pero, el dolor como percepción, es un fenómeno únicamente cerebral, y por consiguiente muy variable de un paciente a otro. También podemos aludir a esa repetidísima frase de que "no hay enfermedades sino enfermos", con lo que se quiere señalar que lo principal no es un nombre adjudicado a una serie de fenómenos, que por abstracción englobamos dentro de él, sino el ser en quien aparecen, y que sí tiene una existencia real.

La medicina actual, impregnada por un enfoque que podemos llamar "antropológico", considera que toda enfermedad humana, así como el mantenimiento de la salud, no está exclusivamente sostenido por factores de orden biológico (fisiológicos, bioquímicos,...), sino también por los que proceden de la esfera psicológica, e incluso del entorno sociocultural.

Los llamados signos objetivos físicos del dolor: cambios en la expresión facial, tono muscular, posición antálgica, presión arterial, etc., no guardan forzosamente relación cuantitativa con la intensidad del sufrimiento del paciente. Por todo esto, para establecer una terapéutica de calidad ante el dolor, no se trata de saber el umbral de cada paciente, sino su "tolerancia al dolor".

Desde el comienzo de la Historia, el hombre se ha esforzado por controlar el dolor postquirúrgico. Sin embargo, durante el desarrollo de la Medicina, el tratamiento del dolor postoperatorio, cedió el paso a objetivos de mayor interés, asumiéndose el dolor como algo natural, después de una agresión quirúrgica.

El avance farmacológico experimentado durante las últimas décadas, así como el desarrollo de las modernas técnicas en Anestesia, han permitido garantizar unas condiciones óptimas para la práctica de la cirugía, en cuanto a estabilidad y confortabilidad del paciente. En éste sentido, resulta paradójico el contraste observado entre el elevado grado de atención que se presta durante el acto quirúrgico con el poco interés que, en general, se ha dedicado a la continuación de éste confort al finalizar la anestesia.

Existen una serie de errores conceptuales, adquiridos ya, desde el período de formación del personal sanitario, que no se ha podido erradicar. Así, es frecuente admitir, que cierto grado de dolor postoperatorio, es considerado como "normal", tanto por el paciente, como por el personal encargado de su atención, en cuanto es la consecuencia inevitable de la agresión quirúrgica. Sin embargo, en la actualidad, sabemos que el dolor postoperatorio, no es un estado normal, sino un estado patológico derivado de una alteración de los dispositivos nerviosos sensoriales encargados de la información nociceptiva (lesiva) y que pueden producir complicaciones respiratorias, cardiocirculatorias, metabólicas y gastrointestinales.

Hoy en día, se considera esencial en la determinación de la calidad de la asistencia al paciente quirúrgico, una terapia efectiva de dolor postoperatorio. A pesar de ello, como ya se ha indicado anteriormente, un importante número de pacientes intervenidos, no reciben una terapia analgésica adecuada.

Muchos son los factores que provocan ésta falta de atención hacia el dolor postoperatorio, y pueden afectar tanto a la terapéutica instaurada por el médico, como los cuidados impartidos por Enfermería.

En cuanto al primer grupo de razones, nos podemos encontrar las siguientes situaciones:

1ª) **Escasa utilización de analgésicos opiáceos:** Es una realidad de nuestros hospitales, la resistencia de los médicos a prescribir analgésicos opiáceos, excepto en la Unidades de Cuidados Intensivos, Salas de Despertar y Reanimación. Ello puede deberse al temor de posible adicción y a los posibles efectos secundarios, debido a la falta de recurso humanos y materiales que existen en las Unidades de Hospitalización, para atender una situación de emergencia. Por todo ello, se recurre habitualmente a los analgésico tipo AINES, que en ocasiones puede no satisfacer las necesidades del paciente.

2ª) **Prescripción médica de analgésicos a demanda:** Este tipo de prescripción supone administrar el analgésico al paciente cuando el dolor ya está instaurado, con lo cual, probablemente, necesitará más dosis, y además el dolor tardará más tiempo en desaparecer. Pero, el problema principal que vemos en éste tipo de prescripción, que ha motivado éste estudio, es que se deja a criterio y valoración de Enfermería, la administración de la analgesia.

En principio, ello no debería constituir ningún problema, pero la realidad diaria de nuestros hospitales, nos indica que la situación puede ser muy diferente, y con ello, estamos en el segundo grupo de razones:

3) **El tema del dolor ha sido hasta ahora muy poco estudiado por la Enfermería:** El desconocimiento sobre el tema puede llevar a los profesionales a reaccionar equivocadamente ante la demanda de analgesia del paciente, cayendo en el estereotipo de tipificar al paciente como "quejica", infravalorando su grado de dolor.

4) **El aumento de las cargas de trabajo que sufren en determinado momento los trabajadores de nuestras Unidades de Hospitalización,** puede ser otro motivo para que la enfermera o enfermero que no tenga suficiente información sobre éste tema, lo considere como algo secundario, dando prioridad a otros tratamientos.

Aunque en la revisión bibliográfica, hemos constatado que existen gran cantidad de artículos y estudios sobre el dolor, todo ello serviría de muy poco si no conseguimos aumentar la satisfacción del usuario respecto a la resolución de su dolor en el postoperatorio.

Por todo lo anteriormente citado, los autores de este proyecto, nos hemos preguntado: ¿qué pensará el paciente de todo esto?. A veces, cuando se les pregunta si tienen dolor en el postoperatorio, afirman: "sí, tengo dolor, pero es normal, estoy recién operado".

Es curioso ver cómo el dolor asociado al período postoperatorio, está también asumido por el paciente. ¿Será necesario un cambio de actitud en la sociedad?. ¿Llegará el día en que el paciente exija como un derecho, la evitación de su dolor?

> Objetivos

- Ofrecer un postoperatorio más confortable
- Disminuir las complicaciones postoperatorias
- Aumentar la calidad de la asistencia

> Material y método

Para ver la realidad de nuestro hospital sobre la existencia de dolor postoperatorio y sus causas, se realizó en 1.988 por parte de Enfermería un estudio sobre 400 pacientes en el que entre otras variables se estudió la prevalencia de dolor con los medios utilizados en ese momento, según escala numérica de 0 a 10. El resultado obtenido fue de un porcentaje de dolor de moderado a severo del 86,25%, asociado en gran medida a las pautas de analgesia a demanda.

Revisado el estudio por el Departamento de anestesia, éste decidió realizar un estudio piloto para lo cual se decidió prescribir la analgesia desde Sala de Despertar aumentándose el número de bombas elásticas e introduciendo bombas de PCA. La analgesia fue igualmente revisada y actualizada.

Los resultados obtenidos reflejaron una inversión de la curva de dolor, por lo que se decide informar a la Gerencia del hospital, así como solicitar la apertura de una unidad de dolor agudo postoperatorio, dotándola de los recursos humanos y materiales necesarios para su buen funcionamiento.

En Enero de 2.003 se inaugura la unidad, con la dotación de una enfermera dedicada única y exclusivamente a la atención del dolor postoperatorio. Dicha enfermera visita a los pacientes en planta a las 24 y 48 horas del postoperatorio, realizando valoraciones del efecto analgésico, complicaciones, así como la toma de constantes vitales: presión arterial, pulso, Sat. O2 etc. Los pacientes procedentes de quirófano, a los cuales se les ha aplicado la pauta de analgesia, permanecen en Sala de Despertar durante un mínimo de 6 horas, durante las cuales las enfermeras de la sala realizan y registran los controles antes descritos.

Los datos obtenidos se reflejan en unos registros creados, según la analgesia sea IV con bomba de PCA, o epidural (fig1. *Distribución según la técnica*) y se vuelcan en una base de datos con el fin de obtener los resultados que nos indican la efectividad del método utilizado.

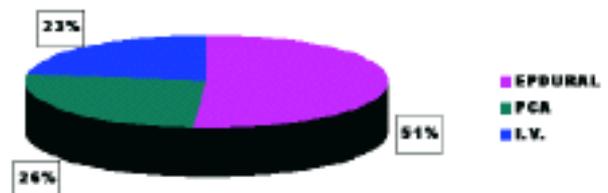


Figura 1: Distribución según la técnica.

> Resultados

Los resultados obtenidos son altamente satisfactorios. Desde Enero de 2003 hasta Abril de 2004, se han beneficiado de la existencia de la unidad un total de 3.232 pacientes. A las 24 horas el grado de

dolor en el 80,6% de los casos fue 0, el 16,25% refleja un dolor entre 0 y 5 y el 3,15% más de 5, según escala ordinal simple.

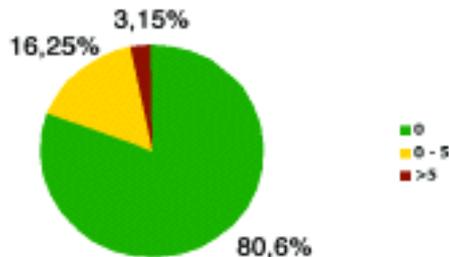


Fig 2. Dolor (VAS) alas 24 horas

La evolución del grado de dolor, fué para la analgesia con Bomba de PCA de 5 al ingreso hasta llegar a 0 a las 48 horas, y la analgesia epidural de 2 al ingreso, a 0 a las 48 horas. El grado de satisfacción ha sido muy elevado, mostrándose muy satisfechos el 84,2% de los pacientes, el 12% satisfechos y no satisfechos el 3,8%.

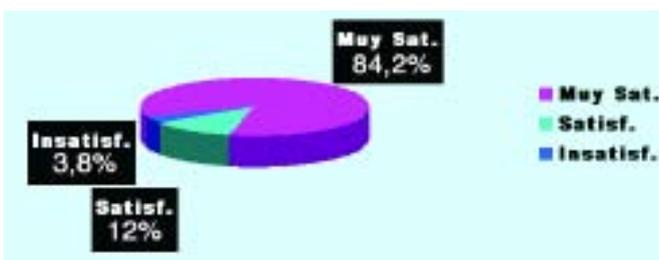


Fig 3. Grado de satisfacción del control del dolor por los pacientes

> Conclusiones

Con la creación de la UDAP se ha mejorado el confort del paciente en el postoperatorio así como la calidad de la asistencia.

Se ha demostrado que el método empleado es muy efectivo para el control del dolor postoperatorio, y ello se ha evidenciado aún más en los pacientes operados por segunda vez de la misma patología (prótesis de rodilla etc.), los cuales han podido valorar el antes y el después de la implantación de la UDAP, mostrándose muy satisfechos.

La valoración del dolor, se ha revelado como una herramienta imprescindible para su control, y a partir de ella podemos almacenar datos que nos indicarán nuestros resultados y nos ayudarán a mejorar en el control del dolor.

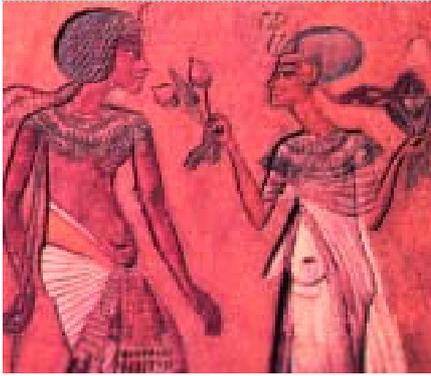
El papel de enfermería en la consecución de los objetivos planteados ha sido esencial. Se ha demostrado que la implicación decidida de la enfermería, formando parte de un equipo multidisciplinar, no es solo necesaria, sino imprescindible para un buen control del dolor postoperatorio. Para ello es fundamental la preparación y sensibilización desde las Escuelas de Enfermería hacia los futuros profesionales, así como el reciclaje continuo de las plantillas de hospitalización quirúrgica.

El trabajo en equipo orientado al logro de los objetivos, ha sido

una vez más el pilar fundamental de la creación de nuestra unidad, así como de los resultados obtenidos. Su reflejo en la satisfacción del paciente es nuestra mayor motivación para seguir avanzando en el tratamiento del dolor postoperatorio.

> Bibliografía

- Lloyd G., Mc Lauchlan A. "Nurses attitudes towards management of pain". Nurs-Times, 1994 oct 26-nov 1, 90 (43): 40-3.
- Muriel Villoria C. , Madrid Arias JL. "Tratamiento farmacológico del dolor". Europharma, 1993 (pag. 12-13).
- Buck M., Paice JA. "Pharmacologic management of acute pain in the Orthopaedic Patient". Nurs, 1994 nov.dic. 13 (6).
- Hunt K. "Perceptions of patients pain: study assessing nurses attitudes". Nurs-Stand, 1995 oct.18-24; 10 (4): 32-5.
- Sullivan LH. "Factors influencing pain management: a nursing Perspective". J-Post-Anesth-Nurs, 1994 Apr.; 9 (2): 83-90.
- Mackintosh C. " Do nurses provide adequate postoperative pain relief?" BR-J-Nurs, 1994 Apr. 14-27; 3 (7): 342-7.
- Sun X., Weisman C. "The use of analgesic and sedatives in critically ill patients; physicians orders versus medications administered". Dep. of Anesthesiology, college of Physicians Surgeons, Columbia University, New York, NY 10032. Heart-Lung, 1994 Nov-Apr.; 23 (2); 69-76.
- Juhl IV. et alt. " Postoperative pain relief,from the patients and the nurses point of view". Acta-Anesthesiol-Seand, 1993 May 37; (4) 404-9.
- Bowman JM. "Perceptions of surgical pain by nurses and patients". Clin-Nurs-Res, 1994 Feb; 3(1): 69-76.
- Mitsuata H., Hirabayashi y colaboradores. "Postoperative pain therapy: a survey of patient attitudes to postoperative pain relief". Department of Anesthesiology, Jichi Medical School, Tochigi Masu, 1993 Dec; 42 (12): 1769 – 75.
- Hastings F. "Introduction of the use of structured pain assessment for postoperative patients in Kneia: Implementing Charge Using a Reserach-Based Cooperative Approach". J-Clin-Nurs, 1995 May; 4 (3): 169-76.
- Scott JE. "Effectiveness of documented assessment of postoperative pain". BR.Y – Nurs, 1994 May 96 – jun 8; 3.(10): 495-501.
- Ruiz López Ricardo. "Tratamiento del dolor". Revista Rol de Enfermería. Sept. 1993. Nº 181. Pág. 80.
- Dugas BW. "Tratado de Enfermería práctica". Interamericana, 3ª ed.; pág. 463.
- Miranda A. "Dolor Postoperatorio". 1ª Edición, 1992, Editorial JIMS; pág.19.
- Muriel Villoria C., Madrid Arias JL. "Tratamiento farmacológico del dolor". Edit. Europharma, 1993, pág. 169.
- Dugas B. " Tratado de Enfermería práctica". 3ª Edición, pág. 467.

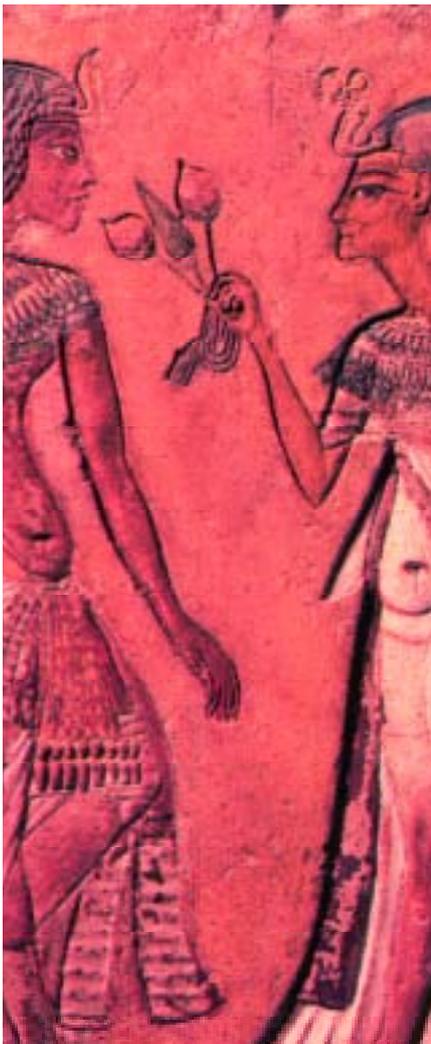


> Autores

Imirizaldu Garralda, Marisol*
Razquin Flores, Unai**

* Diplomada en Enfermería
Dpto. Anestesiología y Reanimación
Clínica Universitaria de Navarra
Pamplona

** Diplomado en Enfermería. Pamplona



El faraón Semenkere recibe de su esposa, la reina, una flor de mandrágora de innegables propiedades narcóticas.

[Tratamiento del dolor agudo postoperatorio]

> Evolución y concepto actual del tratamiento del dolor

A lo largo de toda la existencia del hombre, el dolor ha estado presente y a la vez también la manera de aliviarlo y de evitarlo.

Durante muchísimo tiempo, varios **mitos** asociados al tratamiento del dolor han sido en parte responsables de que la analgesia haya sido subóptima tales como:

- El dolor no es peligroso para el paciente.
- El alivio del dolor enmascara signos de complicaciones.
- El paciente puede hacerse adicto.
- El riesgo de depresión respiratoria con opioides es alto.
- El peso del paciente es el mejor predictor de la dosis de opioide necesitada.
- La máxima dosis de un opioide es el contenido de una ampolla.
- Los opioides no se deben de dar más a menudo de 4 horas.

Otras razones para el tratamiento inadecuado han sido la **falta de conocimiento** de los fármacos y de sus métodos de administración, por parte de los médicos y de la enfermería. En las últimas décadas se han introducido, estudiado e incorporado a la práctica clínica nuevas técnicas para tratamiento del dolor agudo. Por ejemplo han sido revolucionarias la analgesia controlada por el paciente (PCA) y la analgesia epidural. En muchos hospitales se han creado equipos para el tratamiento del dolor agudo, facilitando el uso de estas técnicas especiales y consiguiendo unas mejoras muy significativas.

En la actualidad es importante **un tratamiento efectivo del dolor agudo** no sólo por razones humanitarias de confort y satisfacción del paciente, sino también porque puede mejorar el resultado, especialmente en pacientes de alto riesgo.

También se ha producido un aumento gradual en el reconocimiento de la necesidad de un mejor tratamiento del dolor agudo. En los últimos años se han realizado numerosas guías de recomendaciones para mejorar el tratamiento del dolor, elaboradas por anestesiólogos y sociedades científicas. Todos señalan que el paciente tiene derecho a esperar un **adecuado tratamiento del dolor**, y que todos los miembros involucrados en su tto tienen la **obligación ética** de procurárselo.

Por lo tanto, el **buen tratamiento del dolor agudo** es esencial, tanto con los métodos simples o con los más sofisticados, con el conocimiento de los fármacos y de las técnicas disponibles y con la existencia de un equipo especialmente dedicado.

> Dolor: Concepto

Experiencia individual.

Factores que influyen:

- Idiosincrasia del paciente: edad, sexo, experiencias previas, personalidad, cultura, factores psicológicos, miedo, ansiedad, depresión.
- Localización de la herida quirúrgica.
- Pronóstico de la enfermedad o cirugía.
- Tipo de anestesia recibida.
- Actitud del cirujano (manejo de los tejidos).
- Nivel de información y formación del personal de enfermería (convivencia 24 h. con el paciente, es quien más está informada en cuanto al dolor y eficacia de los tratamientos).

Existen aún hoy en día pacientes que sufren por este síntoma. Frente al paciente operado que se queja de dolor no es infrecuente escuchar:

- ¡Le duele porque está operado!
- ¡No puede ser que le duela tanto!
- ¡Es normal que le duela!

Estas expresiones brindadas como respuestas constituyen una imposición de sometimiento injustificable; está llamando mentiroso al paciente; y es una respuesta poco ética y poco profesional ante una necesidad formulada por el paciente.

Leriche con ironía sentenció: **“El dolor que mejor se tolera es el dolor ajeno”**.

Se debe de tomar plena conciencia de que los **pacientes deben de ser evaluados, no juzgados**.

Por esto a veces hay una pobre correlación entre la intensidad del dolor del paciente y la que el médico o la enfermera estima.

> Definición del dolor

La definición dada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) podríamos simplificarla diciendo que se trata de una experiencia somatopsíquica compleja, cuya intensidad viene dada por un lado por la intensidad del daño físico, y por otro por el estado psicológico del paciente.

Al dolor podemos clasificarlo según su duración, podríamos diferenciar entre **AGUDO** y **CRONICO**, con unas características y un significado diferente.

El **DOLOR AGUDO** es un dolor de reciente instauración en el tiempo, que alerta al individuo de la existencia de un traumatismo, una lesión o una patología en curso de instalación. Es pues, un dolor útil que lleva al sujeto a preservar su integridad física. El dolor agudo va a conllevar unas respuestas fisiopatológicas mediadas por reflejos espinales y supraespinales, y las correspondientes repercusiones psíquicas sobre el individuo.

El dolor agudo va a ser de presentación corta en el tiempo, y

generalmente asociado a una lesión externa (herida) o interna (viscera). Suele ser un dolor bien localizado y de características nociceptivas, pero a veces hay lesión nerviosa que lo va a hacer especial y con tendencia a perdurar.

Podríamos diferenciar diferentes tipos: postoperatorio, postraumático, visceral, de los quemados, obstétrico, etc.

En cambio, el **DOLOR CRONICO** sería un dolor sin función biológica, que afecta a la calidad de vida del paciente, alterando sus relaciones personales, familiares, sociales y laborales.

El dolor crónico se etiqueta de benigno si el proceso causal no compromete la vida del paciente, y de maligno cuando la etiología es neoplásica.

> Consecuencias del dolor agudo

A menudo se ha pensado que si bien el dolor no era bueno para el paciente, al menos no era peligroso. Actualmente se sabe que un mal tratamiento del dolor agudo intenso puede conllevar unos *peligrosos efectos fisiológicos y psicológicos*.

Desde 1960 los estudios demuestran un **tratamiento inadecuado del dolor agudo**. En el postoperatorio, hasta un 75% de los pacientes van a experimentar un dolor moderado o intenso. Otras causas de dolor agudo van a ser: quemados, politraumatizados, cólicos renales, infarto de miocardio...

Efectos sobre el sistema respiratorio:

El dolor de la operación o de la lesión en el tórax o abdomen puede exagerar una disfunción pulmonar postoperatoria, resultando en *rigidez de los músculos diafragmáticos* y de la pared torácica y una *disminución de la capacidad de toser*. Esto conduce a una disminución de los volúmenes pulmonares (volumen corriente, capacidad vital, capacidad funcional residual, volumen forzado espiratorio), *atelectasia* y retención de secreciones, que pueden resultar en *hipoxemia* y aumento del riesgo de *infección respiratoria*.

Efectos sobre el sistema cardiovascular:

El dolor intenso va a producir un aumento de la actividad *del sistema nervioso simpático*, resultando en un aumento de la frecuencia cardíaca, de la tensión arterial, y de las resistencias vasculares periféricas. Esto hace que *aumente la postcarga del corazón* y el *consumo de oxígeno* miocárdico. El aporte de oxígeno al miocardio puede estar disminuido como consecuencia de enfermedades pulmonares o cardíacas o como resultado de la hipoxemia de los cambios respiratorios mencionados anteriormente. Si el consumo de O₂ es mayor que el aporte, se puede producir isquemia miocárdica (que puede ser silente en el periodo postoperatorio).

El aumento de la estimulación simpática puede *alterar el flujo sanguíneo regional*, dirigiendo la sangre fuera de las vísceras, hacia el corazón y cerebro. La disminución del flujo sanguíneo puede empeorar la cicatrización de la herida y aumentar el espasmo muscular.

El dolor intenso puede reducir la movilidad del paciente y favo-

recer *el éstasis venoso*. Hay un aumento de la actividad de fibrinógeno y plaquetas con lo que puede *aumentar la coagulabilidad* sanguínea. Ambos factores aumentan el riesgo de trombo-sis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.

Efectos en el sistema gastrointestinal y genitourinario:

El dolor puede conducir a un *retraso en el vaciado gástrico*, en la motilidad intestinal y producir *retención urinaria*.

Efectos en el sistema neuroendocrino y metabólico:

El dolor juega un papel importante en la activación de *la respuesta neuroendocrina al estrés* que se ve después de la cirugía y el trauma y resulta en la liberación de numerosas hormonas. Estos cambios pueden conducir a *hiperglucemia*, aumento en la activación de fibrinógeno y plaquetas (aumento de la coagulabilidad), aumenta el metabolismo proteico y hay *balance nitrogenado negativo* con empeoramiento de la cicatrización de la herida y de la función inmune (con la consecuente disminución de la resistencia a la infección). Los niveles de insulina, bajos durante la cirugía, se elevan en el postoperatorio pero no son adecuados para el control de la hiperglucemia que se desarrolla. También hay *retención de sodio y agua*.

Efectos psicológicos:

El dolor no tratado puede conducir a un aumento de la *ansiedad, temor y falta de relajación*. Pueden observarse comportamientos *agresivos o beligerantes*, pudiendo ser signos de distrés y ansiedad.

Otros efectos:

Se produce espasmo muscular que puede reducir aún más la función respiratoria, y producir inmovilidad que va a favorecer el éstasis venoso y la trombosis venosa profunda.

Junto a estos efectos puede haber otros relacionados con la lesión o la intervención causante del dolor. Por ej. una disminución en el volumen pulmonar puede deberse a la presencia de distensión abdominal resultante de íleo o ascitis.

> **Valoración del dolor agudo**

La intensidad del dolor es un hecho subjetivo difícil de medir o cuantificar, pero de gran interés para evaluar los fármacos a emplear así como su eficacia.

Las escalas para su cuantificación mas utilizadas son:

Escala numérica verbal: el paciente valora el dolor de 0 a 10. 0 es ausencia del dolor y 10 dolor insoportable. Esta es la más simple y utilizada en la práctica habitual.

Escala analógica visual (EVA: es una línea recta de 10 cm. con dos extremos que representan por un lado el máximo dolor posible, y por otro la ausencia de dolor) en la que el paciente señala su apreciación del dolor.

Escala descriptiva verbal que valora el dolor en cuatro o cinco grados (nulo, leve, moderado, severo).

Escala de las caras pintadas: representa cinco caras desde un niño con una cara feliz y sonriente (no dolor) hasta una cara llo-rosa (dolor insoportable). La graduación para poder ser compara-da con la escala analógica visual, debe multiplicar la cara ele-gida (0-5) por dos.

Se utiliza en niños, en pacientes con deficiencia mental o difi-cultad en la comprensión o comunicación.

A veces en el dolor crónico es interesante medir junto a la inten-sidad del dolor otros parámetros relacionados con la frecuencia del mismo, el consumo de analgésicos, la incapacidad funcional o el sueño nocturno, este es el caso del **test de Lattinen**.

> **Medidas terapéuticas para el control del dolor postoperatorio**

El tratamiento del dolor postoperatorio debería instaurarse sis-temáticamente de forma precoz, para así intentar evitar el dolor innecesario.

Con este objetivo, podríamos distinguir entre las medidas preven-tivas que podrían favorecer la efectividad y el éxito en el trata-miento, y tratamiento de dolor postoperatorio propiamente dicho.

1) Medidas preventivas, tenderán a disminuir la tensión psico-lógica, reduciendo tanto el dolor postoperatorio como el consu-mo de fármacos para el mismo:

a) Información adecuada por el Servicio de Cirugía acerca de la patología del enfermo, tipo de intervención a la que será sometido y las molestias previsibles en el postoperatorio.

b) Adecuada preparación preoperatoria por parte del Servicio de Anestesiología, aclarando las dudas acerca de la anestesia y del dolor postoperatorio.

c) Adecuado trato (amable y correcto) de los diferentes profe-sionales que estarán en contacto con el paciente en la Sala de Reanimación o en las salas correspondientes.

2) Métodos de Analgesia Postoperatoria – Modalidades Analgésicas.

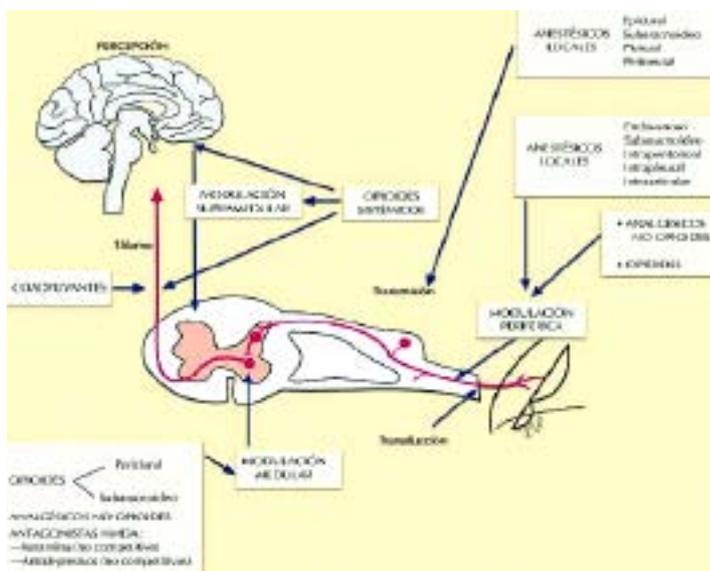
a) Bloqueando la transmisión a nivel periférico (infiltración con anestésicos locales).

b) Bloqueando la transmisión a nivel central (analgesia espinal).

c) Actuando a nivel de los receptores – transmisores:

I) Analgésicos periféricos: Aines.

II) Analgésicos centrales: Opioides.



3) Vías de administración:

La elección de la vía dependerá de la edad del paciente, de la intervención realizada, del estado general del paciente y de la experiencia del personal que se encarga de la vigilancia postoperatoria.

En el postoperatorio inmediato, la vía de elección es la IV, pues con ella podemos conseguir niveles plasmáticos más rápidamente. Otras posibilidades son la vía IM (con el problema de su errática absorción debido a la posibilidad de tener la perfusión tisular alterada como consecuencia de la intervención), la rectal, la vía intra-articular, la vía subcutánea, transdérmica y la vía espinal. Generalmente la vía oral no es una buena alternativa en el postoperatorio hasta que el paciente empiece a tolerar por boca.

Es muy importante insistir en que la analgesia estará prescrita en forma reglada y nunca a demanda, de acuerdo con la vida media de los fármacos empleados y de sus tiempos de latencia. Generalmente la aparición de náuseas – vómitos, retención urinaria, fiebre, prurito, estreñimiento, pueden estar originados por multitud de causas en el período postoperatorio y no conllevará la retirada de los medicamentos analgésicos si la pauta es correcta, intentando tratar dichos síntomas mediante medidas convencionales como antieméticos, antitérmicos, movilización precoz, etc.

4) Tipos de analgésicos.

a) Analgésicos no opiáceos.

Son los **AINES**, antiinflamatorios no esteroideos a los cuales se les denomina también analgésicos menores. Se aplican al dolor de leve a moderada intensidad. Los más utilizados son Paracetamol, Metamizol, Ibuprofeno, Diclofenaco, Ketorolaco, Derivados del ácido Salicílico, etc.

Su acción es analgésica, antiinflamatoria y antipirética, variando la intensidad en función de cada grupo farmacológico en particular. Es decir, algunos fármacos pueden tener una gran acción antipirética pero una mínima acción antiinflamatoria...

Los **efectos secundarios** son relativamente frecuentes. Alteraciones gastrointestinales como gastritis, úlcus, etc. Alteraciones hematológicas como acción antiagregante, agranulocitosis, trombopenia, etc. Alteraciones renales como nefritis e insuficiencia renal.

La intensidad de los efectos secundarios varía mucho de unos grupos a otros, e incluso entre los distintos fármacos de un mismo grupo, y, por tanto, esto va a condicionar claramente la elección del fármaco más adecuado...

Son fármacos analgésicos, antitérmicos y antiinflamatorios. Su mecanismo de acción es inhibiendo la enzima ciclooxigenasa que es la responsable de la producción de las prostaglandinas (responsables de la producción de dolor y de inflamación). Estos fármacos presentan "efecto techo", que quiere decir que cada fármaco tiene unas dosis máximas recomendadas por encima de las cuales no se obtiene mayor analgesia y sí existe aumento de los efectos secundarios.

b) Opioides.

Son los analgésicos centrales, actúan uniéndose de una manera específica a los receptores opioides presentes en el Sistema Nervioso Central. De esta manera, producen tanto los efectos analgésicos como otros efectos secundarios de tipo de sedación, disforia, etc. Estos fármacos no tienen "efecto techo". Tampoco actúan sobre la coagulación sanguínea. Los efectos secundarios más frecuentes son: náuseas, estreñimiento, íleo intestinal, y el más temido de depresión respiratoria.



Es frecuente y está indicada en el postoperatorio la asociación de dos o más analgésicos para potenciar sus acciones y disminuir la posibilidad de efectos secundarios. No deben asociarse nunca dos fármacos de la misma familia o similares mecanismos de acción (por ejemplo, Tramadol con Morfina, dos AINES). Se asociarán dos analgésicos de mecanismos diferentes (AINE + Tramadol, AINE + Morfina).

La posibilidad de que se presente adicción con los opioides en el tratamiento del dolor postoperatorio es prácticamente nula ya que la mayoría de las cirugías son dolorosas y pueden precisar para su control requerimientos analgésicos elevados, pero generalmente son de corta duración. Ante la posibilidad de efectos secundarios importantes debido a los opioides (especialmente en cuanto a depresión respiratoria) disponemos de antagonistas opioides puros como la Naloxona que permite, en un momento dado, revertir sus efectos.

5) Bloqueo de la transmisión periférica.

Mediante infiltraciones a nivel de la herida, administrando anestésicos locales en esa zona para bloquear la transmisión de todo tipo de señales, como la del dolor. Es una técnica de fácil aplicación y generalmente de escasas complicaciones.

Se suelen utilizar anestésicos locales de vida media – larga, y de esta manera podemos intentar disminuir los requerimientos de analgésicos por otras vías. Favorece la movilización precoz (ya que no conlleva ni bloqueo motor ni simpático) y es de muy bajo coste.

Entre las complicaciones que se citan estarían las reacciones alérgicas, reacciones tóxicas sistémicas, infección de la herida, hematomas y retraso en la cicatrización.

6) Analgesia de conducción.

Se realiza mediante la inyección de anestésicos locales a nivel de un tronco nervioso, de un plexo, o a nivel espinal.



Existirían diferentes tipos de bloqueo según la localización: bloqueo del plexo axilar (axilar, supraclavicular, interescalénico); bloqueo "tres en uno" (prótesis de cadera o de rodilla); bloqueos intercostales (toracotomías, colecistectomías); analgesia interpleural (catéter colocado en el espacio interpleural); analgesia paravertebral; analgesia espinal (vía intratecal, o la más generalmente utilizada vía epidural).

7) Analgesia controlada por el paciente.

Mediante este método se permite la administración de medicaciones analgésicas por vía endovenosa o por vía epidural utilizando sistemas automáticos de infusión que permiten la administración continua de medicamento junto con la posibilidad de autoadministración por parte del paciente de unas dosis preprogramadas.

Esta modalidad en la que el paciente se autoadministra una dosis de analgésico a demanda, puede realizarse por cualquier vía (IV, IM, SC, espinal). Precisa una selección correcta del paciente, que debe ser informado previamente sobre su funcionamiento.

Estos dispositivos o "bombas" constan de un reservorio donde se almacena la solución analgésica; un sistema de control de la infusión de la dosis prescrita; un mando pulsador para autoadministración de los bolos; se puede programar un intervalo entre dosis, así como unas dosis máximas a la hora (que serían las dosis máximas de seguridad), y tienen la posibilidad de poder visualizar en cualquier momento tanto las dosis administradas como la cantidad de medicación que le ha pasado al paciente.



Las **ventajas** de este tipo de sistema son:

- Aumento de la calidad de analgesia.
- Disminución de la ansiedad.
- Mayor satisfacción del paciente.
- Mayor autonomía del paciente con menor dependencia de enfermería y de personal médico.
- Menor dosis total necesaria con los consiguientes menos efectos secundarios.

Entre las **desventajas** con respecto a los sistemas convencionales, habría que citar el mayor coste de los equipos, la posibilidad de error en la programación de la bomba, error mecánico en la bomba con posibilidad de sobredosis.

En la PCA intravenosa, los medicamentos más utilizados son los OPIOIDES que, a veces, van unidos junto con fármacos AINES.

En cuanto a los **cuidados de enfermería** serían:

- Cuidados de la vía utilizada.
- Control de las constantes habituales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, etc.).
- Control de la cantidad del dolor mediante la EVA, así como la cantidad de morfina consumida y los bolos utilizados.
- Vigilancia de efectos secundarios.
- Asegurarnos de que el paciente comprende y utiliza bien el sistema utilizado.

8) Analgesia epidural controlada por el paciente (PCEA):

La analgesia epidural pretende una mayor eficacia analgésica con menos efectos secundarios con respecto a la PCA intravenosa y a la Analgesia Sistémica. La analgesia conseguida generalmente es más segmentaria, el fármaco se ha de administrar lo más cerca posible de la zona que corresponda a la incisión quirúrgica.

Los fármacos más utilizados son combinación de un opioide y de un Anestésico Local, esto permitirá más eficacia analgésica con menos dosis de cada fármaco y por consiguiente con menos efectos secundarios. La dosificación no puede ser rígida, ya que existe variabilidad de dolor entre los pacientes así como a lo largo del día en el mismo paciente; por esto, el sistema de PCA epidural con la posibilidad de autoadministración es lo más deseable.

La analgesia epidural es igual de eficaz que una PCA intravenosa en el control del dolor en reposo, pero generalmente es más eficaz en el control del dolor con los movimientos y con menos efectos secundarios.

9) Vigilancia de Enfermería

Hay 3 objetivos básicos en la vigilancia de enfermería:

- Detectar precozmente los efectos adversos potencialmente graves (depresión respiratoria, hipotensión arterial, complicaciones neurológicas).
- Valorar la eficacia analgésica.
- Valorar y tratar los efectos secundarios menos graves (prurito, emesis, etc.).

Para cumplir estos objetivos, es necesario que todo el personal implicado conozca la técnica, que existan protocolos escritos en los que se incluyan métodos e intervalos de vigilancia, normas de actuación sencillas y claras, y un responsable médico de referencia durante las 24 horas del día todos los días de la semana, generalmente un anestesiólogo.

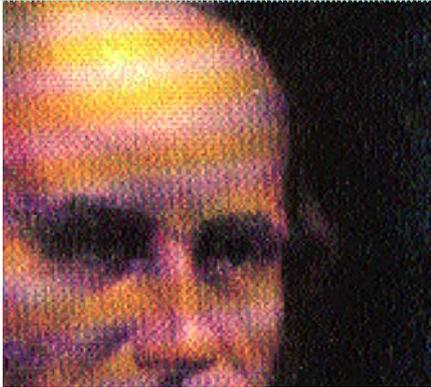
Básicamente un protocolo de vigilancia mínimo debería incluir el registro del nivel de conciencia, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial al menos cada 4 horas, vigilancia de la movilidad de las extremidades inferiores al menos cada 8 horas, vigilancia de la eficacia analgésica y de los posibles efectos secundarios al menos cada 4 horas, y vigilancia del punto de entrada del catéter en la zona de inserción al menos una vez al día.

> Resumen y normas generales del tratamiento del dolor agudo postoperatorio

1. Conocimiento de la fuente del dolor y evaluación del mismo.
2. Prevención del dolor. Posibilidad de administración del analgésico durante la intervención o inmediatamente al terminar la misma, antes de que surja el dolor.
3. Vía:
 - Postoperatorio inmediato: parenteral, espinal.
 - Pasados varios días: oral, rectal.
4. Dosis inicial de carga para alcanzar la ventana analgésica.
5. Modalidades de prescripción:
 - Postoperatorio inmediato: pauta uniforme y horaria de analgésicos, evitar "si dolor".
 - Varios días después: pauta horaria inicial y luego "a demanda" según las necesidades individuales de cada paciente.
 - PCA: es la técnica individualizada que permite la autoadministración de analgésicos por el mismo paciente. Puede ser IV o SC (utilizando AINES y/o OPIOIDES), o espinal, generalmente epidural (utilizando OPIOIDES y/o Anestésicos Locales).
 - Tipos de PCA:
 - a. Dosis de carga + perfusión analgésica + dosis extras.
 - b. Exclusivamente dosis que se autoadministra el paciente.
6. Analgesia de rescate utilizando dosis extras pautadas para el caso de dolor incidental.
7. Vigilancia adecuada de enfermería en cuanto a la valoración del dolor, constantes habituales y aparición de posibles efectos secundarios dependiendo de la técnica utilizada.
8. Apoyo al paciente tanto en el aspecto psicológico (disminuyendo el miedo y la angustia del paciente ante la soledad del dolor) y ayudándole a comprender el método de su tratamiento del dolor postoperatorio (más importante aún si lleva sistema de PCA).
9. Es un error y no se deberá de tratar este tipo de dolor con placebo.

> Bibliografía

1. Miranda A. Dolor posoperatorio. Estudio, valoración y tratamiento. Ed JIMS S.A. Barcelona. 1992.
2. E. Macintyre Pamela; Brian Ready L. Acute Pain Management. A Practical Guide. Ed W B Saunders. London. 1996.
3. Muriel Villoria C., Madrid Arias JL. Estudio y Tratamiento del Dolor Agudo y Crónico. Ed ELA. Madrid. 1995.
4. Aliaga L., Baños JE., De Barutel, C., Molet J., Rodríguez de la Serna A. Tratamiento del Dolor. Teoría y Práctica. 2ª Ed. Ed Permanyer S.L. Barcelona. 2002.



> **Autora**

Silvestre Busto, Carmen

Servicio de Medicina Preventiva y
Gestión de Calidad
Hospital de Navarra
Av. Irunlarrea, 3
31008 Pamplona
E-mail: msilvesb@cfnavarra.es



Horace Wells (1815-1848), descubridor de la anestesia en 1844.

[En el camino de la excelencia]

Florence Nightingale, fue una de las precursoras en mostrar su sensibilidad para mejorar los cuidados sanitarios. A partir de su experiencia en la guerra de Crimea - y sin ser quizás plenamente consciente de sus implicaciones- trabajó para asegurar una buena asistencia, consiguiendo para las enfermeras el estatus de profesionales como forma de consolidar la calidad de tales cuidados, lo que supuso el abandono del voluntarismo y la profesionalización de la enfermería.

Hace ya algunas décadas que Juran y Deming iniciaron el desarrollo de la calidad como ciencia, en el Japón de la postguerra. Poco a poco, todos los sectores empresariales, con el industrial como punta de lanza, entraron en el juego. La Sanidad no ha sido una excepción, desde el primer documento de la Asociación Americana de Cirujanos hemos recorrido un largo camino, en el que los asistenciales empezaron siendo los protagonistas casi exclusivos, hasta nuestros días, en los que las empresas sanitarias están en línea o incluso por delante con las demás empresas de servicios en su gestión de la calidad. El grado de desarrollo de nuestra sociedad nos impone, nos exige, que nuestro trabajo sea de calidad, lo que quizás con cierta pretenciosidad ahora se denomina "excelencia", esto supone la responsabilidad de ofrecer una buena asistencia científico-técnica y prestar un buen servicio. Nuestro nivel técnico ha de ser el mejor. Trabajamos para la salud de las personas, y la excelencia es un imperativo ético. Pero la sociedad también nos exige que esos conocimientos y técnicas los prestemos al ciudadano con un nivel de calidad suficiente. Hoy es impensable actuar al margen de las expectativas de los pacientes, ya que en la medida en que demos respuesta a tales expectativas se valorará la calidad de nuestro trabajo.

Así pues, la calidad tiene una doble vertiente, la técnica y la del servicio. Y dado que los pacientes dan por supuesta la calidad técnica, la medida de la calidad se basará fundamentalmente en la calidad del servicio.

Las empresas para alcanzar el nivel de calidad exigido utilizan en su gestión diferentes modelos de acreditación, de certificación y de evaluación de los servicios que prestan, como pueden ser el modelo EFQM o la acreditación ISO que son los dos más utilizados actualmente ⁽¹⁾. Todos ellos están orientados al cliente, siendo su trasfondo la "calidad total". Sin embargo, en el nivel más práctico del trabajo asistencial diario, el conocimiento y la aplicación del **ciclo de mejora** es el primer paso -y el más trascendente- para entrar en la mejora de la calidad, en "el camino de la excelencia".

(1) EFQM: European Foundation Quality Management. Es un modelo para evaluar organizaciones, en el que se valora como se gestionan los recursos, como se gestionan los procesos y los resultados obtenidos. La evaluación la puede hacer la propia empresa o evaluadores externos. Normas ISO: Normas de la International Standar Organization. Marca una serie de instrucciones de trabajo, procedimientos y procesos que debe cumplir la empresa. Se evalúa mediante evaluadores externos.

> El ciclo de mejora

El ciclo no es sino una secuencia lógica de actividades dirigidas a mejorar aspectos concretos de la asistencia. En su concepto incluye la repetición continua del mismo, en ciclos que se van encadenando, consiguiendo a través de ellos la mejora continua. Con distintos nombres ha pasado desde Juran hasta nuestros días sin más variaciones que las puramente formales, ya que su lógica interna es incuestionable y quizás imposible de mejorar. Se suele denominar ciclo PDCA (figura 1), de las siglas inglesas *Plan* (planificar), *Do* (hacer), *Check* (evaluar), *Act* (actuar) que constituyen los cuatro pasos que repite el ciclo. Vamos a ver en qué consiste cada uno de los pasos, y después estudiaremos diferentes herramientas que nos ayudarán a desarrollarlos.

Figura 1



Planificar: El ciclo empieza por la *detección de un problema* de calidad, que incluye su cuantificación, el *análisis inicial de las causas* posibles y las *propuestas para solucionarlo* que deben de incluir los *criterios de buena práctica*.

Hacer: En este punto se trata de *llevar a la práctica* propuestas de mejora, de ponerlas a prueba. Esta fase de implantación incluye la *recogida de los datos* que nos van a permitir evaluar los resultados.

Evaluar: los resultados, tanto del *proceso* como sobre el *paciente*, así como la satisfacción de los *profesionales* que han implantado el cambio.

Actuar: Actuar en consecuencia con los *resultados de la evaluación*, si se considera necesario reiniciar el ciclo *planificando nuevos cambios*, o bien *monitorizando* –vigilando y controlando sistemáticamente– la mejora implantada.

El ciclo PDCA es utilizado sistemáticamente en la gestión de procesos. Tanto el modelo ISO como el EFQM se basan en la llamada gestión por procesos, por ello el conocimiento de este ciclo también servirá para integrar nuestro trabajo de mejora en los modelos de gestión de la empresa o del servicio.

> Planificación

Detección de un problema de calidad. O dicho más claramente, detección de un problema de falta de calidad. Hay diferentes técnicas, que se pueden encontrar en la bibliografía, y una de las más eficientes es la *"tormenta de ideas"* (*brainstorming*). Básicamente consiste en una reunión entre los interesados que conocen el ámbito a mejorar, en la que cada uno, por turno, va indicando los problemas que identifica. La tormenta de ideas exige algunas condiciones:

- Todos han de participar, al menos en las rondas iniciales
- No se permiten las opiniones sobre los problemas identificados por el resto del grupo. Solo se permite pedir aclaraciones, pero no hacer críticas, ni emitir juicios.
- Requiere una razonable tranquilidad para su desarrollo.

Se elabora una lista con los problemas identificados y se eliminan los que son muy similares y **aquellos cuya solución no dependa de nosotros**, en el caso de que haya un listado largo (de más de 6-8 problemas) se puede proceder a una selección rápida por ejemplo, votando a mano alzada cuáles se deben conservar para el posterior proceso de valoración de su importancia o priorización.

Una vez que disponemos de un listado asequible de problemas podemos responsabilizar a algunos de los presentes de recoger datos que nos ayuden a cuantificarlos (fundamentalmente, con qué frecuencia se dan y las circunstancias en las que aparecen), en este caso, se convocará una nueva reunión, en la que se aportarán los datos recogidos, se analizarán y se priorizarán. Si por nuestra experiencia ya los conocemos suficientemente, podemos pasar a hacerlo directamente.

Un método de **priorización** puede ser la estimación de la *magnitud* (a cuántos afecta), *trascendencia* (la gravedad de sus efectos), *vulnerabilidad* (nuestra capacidad para solucionarlo) y el *coste de la solución* para cada problema. Pueden valorarse además otros aspectos, como interés para los objetivos, problemas de relación con otros servicios, etc. Cada participante hace su propia valoración puntuando de cero a tres puntos cada uno de los aspectos mencionados (hay que tener en cuenta que al anotar el coste debemos dar cero puntos si es caro y tres si es barato, se puntúa su "baratura") haciendo al final el cómputo total. El problema que más puntos obtenga es el seleccionado para mejorarlo.

El siguiente paso consiste en **analizar las causas** que provocan el problema, por supuesto no podemos quedarnos en la primera respuesta, posiblemente lo que hayamos encontrado en esta primera respuesta sea una causa intermedia. Ahora debemos volver a preguntarnos el porqué ocurre esa causa intermedia, y una vez que nos hayamos respondido, volver a plantearnos el porqué, hasta que estemos razonablemente seguros de que hemos encontrado la causa inicial o fundamental. La *"cadena de los 5 porqués"* es un aceptable método de análisis de causas.

Otro método, muy utilizado, es el *diagrama de Ishikawa* o de la espina de pescado (figura 2, en la pág. siguiente). Es un diagrama con una flecha central (la raspa de la espina), que apunta al problema a estudiar. De los lados de esta flecha surgen colaterales (las espinas), que representan los grupos de causas y sub-causas que pueden intervenir en el problema, por ejemplo,

Figura 2

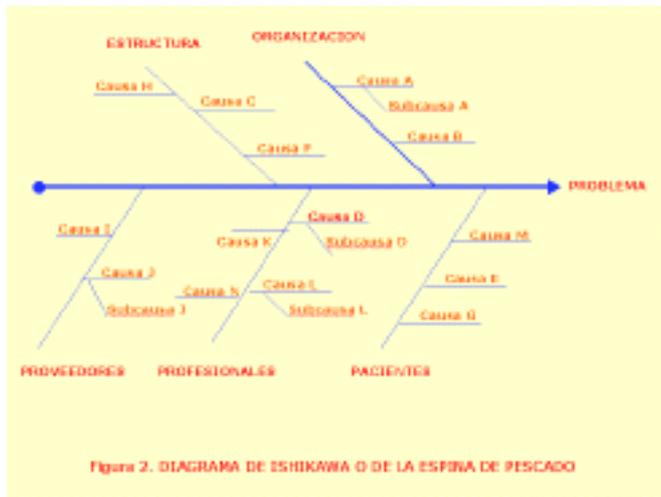


Figura 2. DIAGRAMA DE ISHIKAWA O DE LA ESPINA DE PESCADO

aspectos estructurales del centro, los profesionales que trabajan en él, la organización, etc. En cada una de estas espinas colaterales vamos escribiendo las causas que contribuyen al problema, según las vayamos identificando y consensuando en la reunión.

Cuando ya tengamos un listado de causas suficientemente completo, debemos seleccionar aquellas sobre las que vamos a actuar. En el análisis de cualquier problema siempre aparece un pequeño número de causas que son las responsables de la mayor parte del problema. Según el principio de Pareto el 20% de las causas provocan el 80% del problema y estas son las que debemos identificar, por consenso entre los participantes, sin olvidar que han de ser causas que podamos modificar, que sean vulnerables a nuestra actuación, pues de lo contrario, no vale la pena seleccionarlas si no vamos a poder actuar sobre ellas.

Otra herramienta importante en esta fase, fundamentalmente para analizar los problemas organizativos, es el *diagrama de flujos* o *flujograma* (figura 3), que consiste en la representación grá-

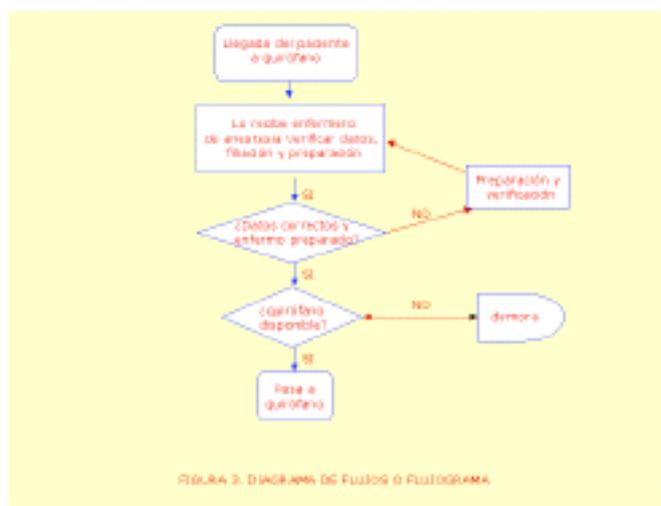


FIGURA 3. DIAGRAMA DE FLUJOS O FLUJOGRAMA

Figura 3

fica de cómo se encadenan las actividades que llevamos a cabo para realizar un proceso. En una diagrama de flujos hemos de analizar todos los pasos que se dan, y comprobar si añaden algún valor a la cadena de actividades. Los pasos que no añaden valor, que serán aquellos que no son de utilidad ni para el paciente ni para los asistenciales, pueden y deben ser eliminados. También es necesario examinar los bucles. Si un bucle hace volver varios pasos atrás, las actividades que se realicen en esos pasos han de ser cuidadosamente controladas, para evitar retrocesos en el proceso.

Seleccionado el problema y determinadas sus causas, pasamos a definir **cómo debe realizarse la actividad** para que la consideremos de calidad, cuáles son los **criterios de buena práctica**. Este es un punto importante, porque todos los demás cuelgan de él. Cada uno de esos criterios de buena práctica clínica recoge algún aspecto que añade valor a la actividad, y debemos identificar los suficientes como para estar seguros de que, si se cumplen todos, la actividad estará bien desarrollada. Los criterios emanan de distintas fuentes, pero la normativa legal y, los protocolos y guías de práctica clínica basadas en la evidencia, o en su defecto, elaborados por consenso en cada especialidad, son las bases que fundamentan su incorporación a las "normas de buena práctica". Es importante hacer constar si hay algún caso en el que un criterio sea imposible de cumplir o incluso de efecto contraproducente para algún paciente; estos constituirán las excepciones al criterio (por ejemplo, utilizar el analgésico de primera elección en un paciente alérgico al mismo).

Un **indicador** es un número, un valor, que informa de hasta qué punto el criterio se está cumpliendo. Habitualmente los indicadores son un cociente, en cuyo numerador se sitúa la actividad a realizar y en el denominador el total de la población afectada. Los indicadores que se refieren a cómo desarrollamos la actividad (indicadores de **proceso**) nos ayudarán a controlarla, pero se ha de ser cuidadoso con ellos porque son fáciles de conseguir pero aportan poco valor, al fin y al cabo se trata de contar lo que hacemos (por ejemplo: "Pacientes que tienen registrado en la historia el resultado de la escala de Aldrete en el momento del alta / pacientes dados de alta en Reanimación"). Cuando sea posible es preferible la utilización de indicadores de **resultado**, que sintetizan lo que realmente nos importa: qué queremos conseguir en el paciente (por ejemplo, no se trata de que al alta de la Unidad de Reanimación todos los pacientes tengan registrado el resultado de la escala de Aldrete, sino de que la puntuación obtenida sea alta "Pacientes dados de alta con valor de Aldrete 8 / pacientes dados de alta"). Los indicadores de resultado son más difíciles de obtener debido a que en los resultados sobre la salud somos muchos quienes influimos. A cada criterio irá unido uno o más indicadores. Los indicadores deben ser válidos, es decir que deben reflejar la realidad del criterio. En la medida de lo posible hemos de intentar encontrar uno o algunos que permitan valorar el resultado de nuestra intervención. Hay que ser críticos en su selección (un listado excesivo de indicadores hace farragoso todo el proceso) teniendo siempre presente que los indicadores han de referirse a lo que nosotros hacemos, no a lo que hacen otros, ya que sirven para valorar nuestra actuación. La **satisfacción del paciente** con la asistencia recibida es un cri-

terio de resultado que debemos incorporar sistemáticamente cuando trabajamos con pacientes, hoy por hoy es impensable un cuadro de indicadores que no lo incluya. Unas pocas preguntas, claras y concretas, y hechas en el momento oportuno, pueden darnos los indicadores referidos a satisfacción; sin embargo, siempre que sea posible, es aconsejable utilizar cuestionarios existentes y validados antes que diseñar uno propio. De la misma manera es conveniente incluir la **satisfacción de los profesionales** que realizan la actividad.

Si además podemos calcular los costes de nuestra actuación, podremos relacionarlos con los resultados. El coste no tiene que medirse obligatoriamente en euros; se puede medir en tiempo y en material, o en valores intangibles como el desgaste emocional o el sufrimiento, por ejemplo.

El último paso de la fase de Planificación consiste en **desarrollar las propuestas** que conduzcan a solucionar el problema. El tipo de solución depende de la categoría en la que se encuadren las causas. Si son *estructurales* o de *organización* las trasladaremos a los responsables correspondientes, por escrito y razonadamente. La *falta de conocimientos* se soluciona con formación (clases o conferencias más o menos participativas, sesiones, etc., son las herramientas para conseguir el conocimiento). La *falta de habilidades* requiere entrenamiento en la práctica, los talleres y la práctica tutelada serán el método de elección en este caso. Pero sin duda las causas más difíciles de resolver son las que corresponden a las *actitudes* de las personas. Las personas que realicen cualquier actividad en Calidad deben tener claro que mejorar obliga a cambiar, y que casi **nadie está predispuesto a un cambio**, si no es capaz de ver las ventajas que va a obtener. La gestión de las personas exige ser consciente y conocer bien cuál es "la agenda oculta" de cada uno, sus intereses de fondo, intereses que la mayor parte de las veces disfrazamos de falta de tiempo, falta de formación, mala organización de los demás, no hay recursos, etc. Se ha de intentar aclarar todas las dudas y hacer surgir todas las resistencias, ya que de lo contrario nos vamos a encontrar con "resistencias difusas", muy difíciles de contrarrestar porque no se manifiestan explícitamente. Para analizar todo esto es bueno escribir un "**Cuadro DAFO**" (figura 4), que simplemente consiste en identificar en qué somos *Débiles* y de qué *Apoyos* disponemos, así como en qué somos *Fuertes* y qué *Obstáculos* vamos a encontrar, y estudiar cómo unas pueden neutralizar a las otras para conseguir llevar a buen puerto las propuestas. El cuadro de la gestión del cambio (figura 5, en la pág. siguiente) nos permite hacer un repaso de todo lo que necesitamos para introducir un cambio con éxito. Nos indica los probables resultados que obtendremos según los elementos con los que contemos de partida. La recogida de los datos del cambio a introducir debe estar contemplada en las propuestas de actuación y sistematizada. De cada indicador ha de constar la fuente de datos para calcularlo, la persona responsable de hacerlo, la periodicidad y el valor deseable o estándar. Es muy importante **recoger todos los datos que son necesarios** para poder evaluar como se están haciendo las cosas. Por supuesto los datos deben ser fiables, de manera que podamos confiar en que representan la realidad de nuestro trabajo.

En resumen, finalizada la etapa de Planificación tenemos:

- un problema seleccionado, una *actividad cuya calidad es mejorable*,



- las causas del problema identificadas,
- unos *critérios* que sirven de norma de cómo debe realizarse tal actividad para que sea de calidad,
- unos *indicadores* que lo miden,
- unas *propuestas de cambio* fundamentadas, con un **plan de acción**: quién, qué, cómo se va a hacer, qué datos se van a recoger y quién y cuándo los va a evaluar.

> Hacer

Esta fase incluye la implantación del plan de mejora y su seguimiento. Ningún cambio se hace por sí solo. Primero hay que impulsarlo y una vez introducido mantenerlo. Así, lo primero que se necesita es un líder con la credibilidad necesaria, que explique el cambio, los **objetivos** que se pretenden y su repercusión sobre los individuos y el servicio. Y que consensúe con los protagonistas el plan de acción. Se ha de dar toda la información necesaria, sin escatimarla. Liderazgo, comunicación e información pueden modelar la **actitud** de quienes lo han de implementar.

Habrá que comprobar que las personas saben desarrollar la actividad, que tienen o han adquirido el **conocimiento y habilidades** necesarias. Si tenemos unos profesionales preparados y dispuestos, y unas normas claras de actuación, sólo queda asegurarse de que disponen de los **medios** para llevarla a cabo. Pero también hay que prestar atención al recurso tiempo, que es un bien preciado, porque es limitado. Si el cambio supone un ahorro de tiempo no hay problema, pero si hemos de emprender una actividad nueva tendremos que verificar que disponemos de tiempo suficiente para realizarla.

> Evaluar

Es la fase de revisión del plan de mejora en la que vamos a analizar, a través de los indicadores, los resultados obtenidos tras la puesta en marcha de las nuevas actividades. La revisión de estos indicadores nos ha de dar una visión de conjunto de cómo estamos resolviendo nuestro problema, si la actividad ocurre como la habíamos planificado; pero también nos va a permitir, observando cada uno de ellos, ver donde fallamos o qué no hacemos del todo bien. En general vamos a tener 3 tipos de indicadores: de buena práctica clínica, de satisfacción de los pacientes y de satisfacción de los profesionales.

Para evaluar la práctica clínica hemos de tener información relevante de indicadores del proceso y siempre que sea posible de indicadores de sus resultados.

Sobre el paciente hemos valorado ya en el párrafo anterior los resultados clínicos que hemos obtenido, pero también hemos de saber como valora nuestra actuación, su grado de satisfacción con la atención recibida. Este será el momento de pasar una encuesta para conocer sus opiniones.

Finalmente nos interesa también la opinión de los profesionales. Un proceso penoso para quienes lo ejecutan tiene un futuro comprometido. Hemos de conocer también su grado de satisfacción, los problemas con que se encuentran y sus propuestas de mejora.

A todo ello habrá que añadir la información del coste, si hemos podido conocerlo, así sabremos si nuestro plan de mejora ha sido eficiente, además de efectivo.

> Actuar

Actuar en consecuencia con los resultados de la evaluación. Tenemos información sobre el proceso, los resultados, su valoración por parte de los pacientes y de los profesionales y el coste. El grupo de mejora ha de analizar toda esa información, y en función de la misma decidir si interesa introducir nuevas medidas de mejora o, bien controlar (*monitorizar*) las actividades tal y como se están realizando. En todo

Figura 5



caso hay que tener presente que introducir un cambio requiere un tiempo de estabilización y seguimiento para que la nueva actividad quede plenamente incorporada al quehacer habitual. Por lo tanto, aunque ya estemos satisfechos con el nivel de calidad conseguido hemos de seguir monitorizando la actividad, y mejorándola en lo posible. Se trata pues de, con toda la información, volver a PLANIFICAR entrando en un *ciclo de mejora continua*, solo que ahora con más información y con un conocimiento más profundo de cómo ocurre nuestro trabajo.

Y así, ya tenemos una parte de nuestro trabajo cuya práctica hemos conseguido mejorar, ya hemos dado el primer paso en el camino. Pero somos conscientes de que se trata de un ciclo, y por lo tanto lo hemos de continuar. Enhorabuena, ya estáis en el camino de la excelencia.

Para saber más:
<http://www.secalidad.com/>
http://www.fadq.org/default_principal.asp?cid_ioma=2
<http://www.umh.es/calidad/es/herram.htm>



El gran Teodoro Billroth operando en el hospital General de Viena. Ideó métodos personales de anestesia general.



> Autora

Barderas Manchado, Ana
Escobar Aguilar, Gema

Unidad de Coordinación y Desarrollo
de la Investigación en Enfermería
Investén- ISCIII
Subdirección General
de Investigación Sanitaria



El mundo romano heredó los saberes médicos y farmacológicos de Oriente. El Dioscorides es un buen ejemplo de este trasvase de saberes.

[Fuentes de información en Enfermería: buscando la evidencia]

> Resumen

Todo profesional, independientemente de su disciplina, debe conocer los nuevos avances de su campo, para lo cual recurre a las diferentes fuentes de información. Partiendo de la base de que la enfermería debe actualizar periódicamente sus conocimientos para poder avanzar en el campo de la investigación y mejorar así la calidad de los cuidados en su práctica profesional, se hace necesaria la formación de los profesionales en el uso de la documentación científica. Esta utilización de forma "concienciosa, juiciosa y explícita de las mejores pruebas disponibles, en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes" (Sacket, 1996), es lo que se conoce como EBE, Enfermería Basada en la Evidencia (1,2). El objetivo del presente artículo, es mostrar algunas de las fuentes de información existentes relacionadas con el proceso de la Práctica Basada en la Evidencia, haciendo especial hincapié en los recursos específicos para los profesionales de enfermería.

> Introducción

Los orígenes de la Práctica Basada en la Evidencia hay que situarlos en los años ochenta. Fue la universidad canadiense de McMaster quien acuñó la expresión de Medicina Basada en la Evidencia para referirse a una estrategia de aprendizaje clínico cuyos impulsores definen como "el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes" (Sacket, 1996). Esto implica integrar la maestría clínica con la mejor evidencia externa derivada de la investigación sistemática (3,4). El concepto de Enfermería Basada en la Evidencia se sustenta en esta definición, ya que pretende prestar sus cuidados aplicando la mayor evidencia clínica disponible obtenida a través de una revisión crítica de la literatura. Según Julio Cabrero, la práctica de enfermería debe estar asentada firmemente en la investigación (3). De esta manera la EBE surge por la necesidad de adaptar la práctica profesional a los conocimientos generados por la investigación científica e integrar, así, los resultados de una investigación rigurosa, la experiencia profesional, las demandas y valores del paciente y los recursos existentes, sin olvidar el compromiso legal y ético que implica toda intervención profesional (5).

¿Cómo se practica esta Enfermería Basada en la Evidencia?

La EBE concibe la solución de las dudas o interrogantes que suscita un caso según la siguiente metódica: formular de manera precisa, una pregunta en base al problema del paciente; localizar las pruebas disponibles en la literatura; evaluar de forma crítica la validez y la utilidad de esas pruebas y aplicar las conclusiones de esa evaluación a la práctica clínica. Por lo que podemos distinguir cuatro pasos consecutivos: (6)

1. El primer paso es convertir el problema del paciente en una pregunta susceptible de ser respondida y reducirla a términos claros y precisos para facilitarnos la búsqueda de las "evidencias" o pruebas. Se trata de buscar repuestas válidas para realizar una aproximación a la verdad, con aplicabilidad clínica.
2. Para localizar las evidencias de forma eficaz es recomendable en primer lugar, elegir la fuente de información más apropiada, una vez seleccionada(s) se debe diseñar la estrategia de búsqueda y teniendo en cuenta las características de cada recurso comenzar la búsqueda.
3. El tercer paso es la valoración crítica de los documentos científicos, a través de una

lectura crítica de los documentos encontrados, esto nos permitirá seleccionar aquellos artículos de calidad metodológica, relevancia suficiente y utilidad para nuestra práctica profesional.

4. Por último se debe resumir y sintetizar aquella información relevante para aplicarla en la práctica diaria o para comunicarla a la comunidad científica y realizar una evaluación de la intervención realizada.

> Fuentes de información

Tal como se ha descrito anteriormente, la búsqueda de la evidencia para localizar las pruebas disponibles en la literatura, es la segunda etapa de la EBE. Para buscar la mayor evidencia disponible se deben localizar aquellas fuentes de información apropiadas para la pregunta de investigación que deseamos responder. Encontrar dicha información es un problema para los profesionales de enfermería, al igual que sucede en otras disciplinas, ya que estamos sometidos a una auténtica avalancha de información, que nos dificulta la discriminación de aquella información relevante y de calidad para nuestra práctica clínica (7). Para facilitar esta tarea están disponibles una serie de recursos que ayudan a localizar la información de forma sistematizada. Lo que ahorra tiempo y esfuerzo, de modo que se pueda aplicar en solucionar problemas que se presentan en la práctica diaria (5). Lo primero que nos debemos plantear es cuál es el recurso más adecuado para encontrar la evidencia ya que en función del contenido y temática de la pregunta escogeremos distintas fuentes de información. De acuerdo a esta realidad, se han desarrollado diferentes recursos que permiten acceder a la documentación científica. Entre ellos encontramos: (2)

1. Bases de datos
2. Recursos electrónicos
3. Catálogos

1. Bases de datos

Una base de datos es un conjunto de datos homogéneos y ordenados, que se presentan normalmente de forma legible por ordenador y que se refieren a una materia determinada. Toda base de datos se divide en registros, cada uno de los cuales presenta una sola unidad de información. El tipo de información que se obtiene del registro depende de la base de datos que se esté interrogando. Así, MEDLINE suministra fundamentalmente datos bibliográficos (la información necesaria para localizar el artículo en una biblioteca), mientras que otras ofrecen el texto completo de los documentos, como es el caso de la base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas.

A su vez, cada registro está compuesto por unidades denominadas campos. Cada uno de ellos contiene un tipo específico de información, como puede ser el nombre de los autores, el título del artículo, año de edición, resumen, palabras clave, fuente... facilitando así la identificación de la información, independientemente de la base de datos que se interrogue y el idioma.

Entre las diferentes bases de datos podríamos diferenciar entre

aquellas que son generales a todas las ciencias de la salud, destacando Cochrane y MEDLINE y aquellas que son específicas para los profesionales de enfermería como CUIDEN, CUIDATGE, ENFISPO en el ámbito nacional y CINAHL en el ámbito internacional (2).

Bases de datos bibliográficas dentro del ámbito de ciencias de la salud:

MEDLINE: (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>) es una base de datos predominante en el campo de la medicina. Producida por la National Library of Medicine de los EEUU, representa la versión automatizada de los índices impresos: Index Medicus, Index to Dental Literature, International Nursing Index. Recopila las citas bibliográficas, junto a otra información de los artículos publicados en unas 3800 revistas médicas desde 1966 y desde 1997 es de acceso libre y gratuito en Internet a través de PubMed.

Una de las características más útiles es la utilización de descriptores específicos denominados MeSH (Medical Subject Headings), que tiene su versión en castellano en el DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud; <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>) (6,8).

LA COLABORACIÓN COCHRANE: (<http://www.cochrane.org/index0.htm>) es un organismo sin ánimo de lucro, cuyo fin es elaborar revisiones sistemáticas a partir de ensayos clínicos controlados, así como revisiones de la evidencia más fiable derivadas de otras fuentes. Entre sus objetivos principales se encuentra mantener actualizadas y difundir estas revisiones, a través de la base de datos "Cochrane", elaborada por la propia Colaboración. La Cochrane Library es una base de datos elaborada por la Colaboración Cochrane, a través de la cual se difunden los trabajos realizados por la misma. Además de la versión en inglés existe la versión en español, a la cual se puede acceder a través del Ministerio de Sanidad y Consumo (6,8).

Esta base de datos está compuesta por:

- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR): revisiones sistemáticas de la bibliografía y protocolos.
 - Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE): resúmenes de revisiones de eficacia.
 - Cochrane Controlled Trial Register (CCTR): registro de ensayos clínicos controlados, recogidos exhaustivamente mediante búsquedas automatizadas en bases de datos complementadas con búsquedas manuales.
 - Economic Evaluation Database (NHSEED): base de datos del CDR de la Universidad de York, que reúne informes de evaluación económica de intervenciones sanitarias, acompañados de un resumen estructurado y una valoración crítica.
 - Se completa esta base de datos con: Cochrane Methodology Register, About the Cochrane Collaboration, Health Technology Assessment (HTA), Revisiones del dolor de espalda (Kovaks), Bandolera e Informes de gestión clínica y Sanitaria.
- La Cochrane Library Plus (<http://www.cochrane.es>) permite el acceso a la versión española de la Cochrane Library, que contiene:
- Base de datos de Revisiones Sistemáticas.
 - Registro de ensayos clínicos iberoamericanos.
 - Agencias iberoamericanas de Evaluación de tecnologías Sanitarias.
 - Acerca de la Colaboración Cochrane.

Bases de datos bibliográficas dentro del ámbito específico de enfermería a nivel nacional:

CUIDEN: (<http://www.index-f.com>) base de datos bibliográfica automatizada de Enfermería y Cuidados de Salud en español, producida por la Fundación Index (Granada, España), de acceso libre, gratuito y universal.



www.index-f.com/busquedas.php

Desde 1998 CUIDEN indiza revistas de enfermería Iberoamericanas, artículos de revistas de Antropología, Sociología de la Salud, Fisioterapia, Terapia ocupacional, Trabajo Social o Historia. Esta base de datos incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades, como la que se refiere a enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. El contenido de la base de datos -artículos de revistas científicas, libros y capítulos de libros, actas de congresos o conferencias, informes científico-técnicos y publicaciones gubernamentales, monografías y materiales no publicados- aparece publicado en series trimestrales en la revista Index de Enfermería.

En la actualidad se están desarrollando bases de datos más específicas complementarias a CUIDEN, como es el caso de CUIDEN cualitativa, CUIDEN historia y CUIDEN Evidencia.

Esta última está especializada en Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) y ha sido desarrollada por el grupo de trabajo del Observatorio EBE de la Fundación Index y vinculada a la revista Evidentia. Incluye toda la producción científica generada por la enfermería española bajo el modelo de la EBE y artículos de investigación especialmente relevantes publicados a nivel internacional, fundamentalmente en inglés.

CUIDATGE: (http://www.urv.es/biblioteca/1_on_buscar_informacio/BasesDades/cuidatge/marcos.htm) base de datos bibliográfica automatizada de Enfermería (y disciplinas afines), producida por la biblioteca de la Escuela de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili, de acceso libre y gratuito. Entre las revistas referenciadas se comprenden exhaustivamente todas las publicaciones específicas de enfermería de ámbito estatal.



www.teledoc.orb.es/cuidatge/

ENFISPO: (<http://alfama.sim.ucm.es/isishtm/enfispo2.htm>) vaciado de una selección de revistas en español que se reciben en la Biblioteca de la Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid.

En el ámbito internacional ocupa un lugar preferente:

CINAHL: (<http://www.cinahl.com>) que es la versión on line, de pago, de Cumulative Index to Nursing & Allied Health. Con una cobertura desde 1982 y una actualización mensual, contiene más de 400.000 registros, con resúmenes de los artículos publicados en más de 950 revistas de enfermería y de otras ciencias de la salud en inglés y más de 7000 artículos a texto completo, así como la práctica totalidad de las publicaciones de la American Nurses' Association y la National League for Nursing.



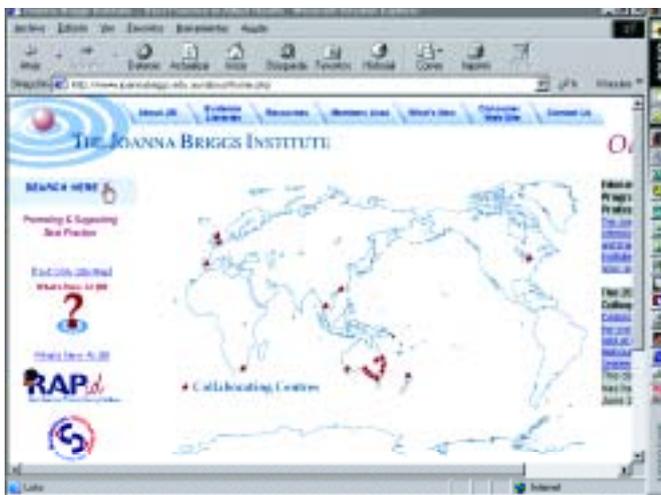
www.cinahl.com/library/library.hym

Contiene información de biomedicina, administración y gestión, ciencias del comportamiento, salud, formación y educación para la salud, a través de las referencias de libros, capítulos de libros, folletos, materiales audiovisuales, discusiones, programas informáticos formativos, resúmenes de conferencias, normas de práctica profesional, actuaciones de enfermería, protocolos en urgencias e investigación sobre instrumental, entre otras materias (2,9).

2. Recursos electrónicos

Además de estas bases de datos el acceso a la documentación científica dedicada a la EBE, se puede realizar a través de múltiples páginas en Internet. Podemos destacar :

- "Nursing Sites on the World Wide Web Evidence-Based Nursing and Health Care Resources", de la Biblioteca de la Universidad de Búfalo (EEUU), que recoge información relativa a filtros metodológicos, evaluación de la bibliografía, bases de datos o acceso completo a algunos artículos básicos sobre la materia.
- "Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Nursing & Midwifery" que permite el acceso a bases de datos de revisiones sistemáticas, protocolos... y otros recursos de utilidad.



www.joannabriggs.edu.au/about/home.php

- **Enfermería basada en la evidencia**, de la Fundación Index, **Evidentia** (Revista de la Fundación Index de Granada) y **La Enfermería Basada en la Evidencia**, de la sociedad Española de enfermería Informática e Internet (SEEI), ofrecen información relativa a guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, recursos..., lo que hace su consulta de gran interés y utilidad si se quieren conocer los aspectos relacionados con la Enfermería Basada en la Evidencia (tabla 1).

TABLA 1. Recursos generales sobre enfermería basada en la evidencia (EBE)*

1ª línea: Nombre del sitio Web

2ª línea: URL

Centre for Evidence-Based Nursing. University of York
<http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm>

Enfermería basada en la evidencia. SEEI
<http://www.seei.es/web-socios/ebe/index.html>

Evidence Based Health Care Practitioners Links McMaster University
<http://www-hsl.mcmaster.ca/tomflern/all.html>

Evidence Based Medicine Links New York Academy Medicine
<http://www.ebmny.org/>

Evidence Based Midwifery Network Homepage
<http://www.fons.org/networks/ebm/ebmmain.htm>

Evidence-Based Nursing. University of Minnesota
<http://evidence.ahc.umn.edu/ebn.htm>

Evidence-Based Nursing. University of Toronto
<http://www.cebm.utoronto.ca/syllabi/nur/>

Fisterra
<http://www.fisterra.com>

Fundación Index. Evidencia científica
<http://www.index-f.com/oebe/inicio.php>

German Center for Evidence-Based Nursing
<http://www.ebn-zentrum.de/>

Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Nursing & Midwifery
<http://www.joannabriggs.edu.au/about/home.php>

Investigación en enfermería
<http://www.enferpro.com/investigacion.htm>

Library. University at Buffalo
<http://ublib.buffalo.edu/>

Medical Library Association. Evidence-Based Health
<http://www.mlanet.org/education/telecon/ebhc/resource.html>

Care Resources on the Internet Netting the Evidence
<http://www.sheffield.ac.uk/~scharr/ir/netting/>

Práctica basada en la evidencia
www.terra.es/personal3/josevb/evidencia.htm

Proyecto NIPE
<http://www.nipe.enfermundi.com>

Royal College of Nursing
<http://www.rcn.org.uk>

Web Médica de Rafa Bravo
<http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe.htm>

Western Australian Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery
<http://www.curtin.edu.au/curtin/dept/planstats/wacebnm/>

* (Gutiérrez Couto U, Estrada Lorenzo JM, Blanco Pérez A. Recursos en Internet sobre enfermería basada en la evidencia. *Enferm Clínica* 2003;13(2):103-11).

Otra de las formas para la localización y recuperación de las mejores pruebas de la bibliografía científica es a través de los buscadores temáticos Turning Research Into Practice (TRIP Database; <http://www.trip-database.com>) y SumSearch (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/crddata-bases.htm>). TRIP Database recupera documentos presentes en páginas web de Internet relacionados con la Práctica Basada en la Evidencia; y SumSearch, cuya adaptación al español está hecha por Rafael Bravo, selecciona los mejores recursos de la Práctica Basada en la Evidencia en la red (8).

2. Catálogos

La ardua labor de la recuperación de información viene acompañada por el acceso a la documentación, lo que puede suponer un retraso en el acceso a la información. La existencia de catálogos automatizados de bibliotecas, que facilitan la localización de los documentos, y el acceso a través de Internet a las versiones electrónicas de las revistas, facilitan la tarea de cubrir una necesidad de información.

Por catálogo entendemos un conjunto de descripciones, de acuerdo a una norma, de los asientos bibliográficos de los libros y documentos de una biblioteca, con la localización (lugar) que ocupan en ella. Los datos básicos de descripción que encontramos en este tipo de fuente son los siguientes: autor/es, título, edición, lugar de publicación, editorial, año, páginas, serie, materia y signatura topográfica.

Destacaremos entre los catálogos, por su importancia en el ámbito sanitario, el C17 (<http://www.c17.net>). Se trata de un catálogo de actualización quincenal que reúne un total de 530 bibliotecas de las 17 Comunidades Autónomas y permite el acceso a 18.214 revistas y 132.000 colecciones de forma gratuita. Está gestionado por el CSI (Compact Software International), que envía cada quince días ficheros de actualización a la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. La financiación pública realizada por el Instituto de Salud Carlos III, permite que las consultas sean gratuitas. La búsqueda se puede realizar por revista, a través del nombre de la publicación o ISSN, o por biblioteca, dando información tanto de la localización del documento como de la biblioteca y de la existencia o no de préstamo interbibliotecario. Existen también los catálogos de las bibliotecas universitarias, como es el caso de Rebiun, CCUC, Madroño... formados a partir de los consorcios creados entre las universidades (2).

> Conclusión

El desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y comunicación ha posibilitado el tratamiento automatizado de la literatura científica, permitiendo el acceso a la información de datos muy recientes sobre una gran variedad de materias. En el campo de la enfermería se están desarrollando más y mejores fuentes de recogida de la información, lo que permite poner en marcha un sistema de comunicación y formación entre los profesionales de dicha disciplina, conduciendo en un futuro a cambios y avances importantes en la práctica clínica, la formación y la investigación de la profesión de enfermería.

El término Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), cobra cada vez mayor importancia dando lugar a un movimiento que se erige como un nuevo paradigma científico y en el cual, la investigación de enfermería, sustentada en la búsqueda bibliográfica y la aplicación de las normas de la evidencia, desempeñan un papel fundamental (10).

El estímulo más potente para el aprendizaje son los problemas no resueltos de nuestros pacientes. Para utilizar la bibliografía existente como ayuda para la resolución de estos problemas hay que saber cómo buscarla de forma efectiva y eficiente. El procedimiento más viable por el momento, es realizar nuestras propias búsquedas electrónicas de la bibliografía más relevante, en el momento en el que es necesario resolver el problema. Los profesionales de enfermería pueden aprender fácilmente a realizar por sí mismos una búsqueda efectiva de la información científica disponible y así basar sus prácticas en la mayor evidencia disponible (11).

> Bibliografía

1. Martínez Riera JR. Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. *Enfermería Clínica* 2003; 13:303-8.
2. Barderas Manchado A, Escobar Aguilar G, Jones Mallada C. Documentación y producción científica la enfermería española. En: *Medicina y enfermería Basada en la Evidencia*, en prensa 2004.
3. Cabrero García J. Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. *Index Enferm (Gran)* 1999; 27:12-18.
4. Gálvez Toro A. Enfermería basada en la evidencia: cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación Index; 2001.
5. Avad Corpa E, Monistrol Ruano O, Altarribas Bolsa E, Paredes Sidrach de Cardona A. Lectura crítica de la literatura científica. *Enferm Clínica* 2003;13(1):32-40.
6. Bravo Toledo R. Pasos para la práctica basada en la evidencia. Web médica de Rafa Bravo [citado 12 Jun 2004]. Disponible en: URL: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/>
7. Bravo Toledo R, Campos Asensio C. Cómo hacer una búsqueda bibliográfica en Internet. *FMC* 2000;7:307-19.
8. Gutiérrez Couto U, Estrada Lorenzo JM, Blanco Pérez A. Recursos en Internet sobre enfermería basada en la evidencia. *Enferm Clínica* 2003;13(2):103-11.
9. Gálvez Toro A, Poyatos Huertas E. El catálogo REHIC de publicaciones periódicas de Index de Enfermería. Recursos de CUIDEN y la hemeroteca de la Fundación Index. *Index de Enfermería* 1999;8(27):31-34.
10. Jiménez Miranda J, Oramas Díaz J. La información científica de calidad, aliada esencial de la Medicina Basada en la Evidencia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003;19(1):0-0.
11. Haynes RB, Gabriel Sánchez R, Jadad AR, Browman GP, Gómez de la Cámara A. Herramientas para la práctica de la medicina basada en la evidencia. I. Actualización en recursos de información basados en la evidencia para la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 2000;115:258-260.



> Autores

Girbau M.B.*
Ortega M.E.*
Aguilera L.**

*MIR. Servicio de Anestesiología
y Reanimación
Hospital de Basurto
Bilbao

**Jefe de Servicio
Servicio de Anestesiología y
Reanimación.
Hospital de Basurto
Bilbao



Aparato de Snow.

[Mascarilla Laríngea. Alternativa a la intubación endotraqueal]

> Introducción

El libre acceso de las vías respiratorias es fundamental para una adecuada ventilación. Hecho que adquiere gran importancia en situaciones de urgencia (reanimación cardiopulmonar) o en situaciones menos dramáticas: cirugía programada, sedaciones.

La ventilación hasta ahora se ha realizado con la mascarilla facial y el tubo endotraqueal (TET). Actualmente la mascarilla laríngea (ML) constituye una alternativa utilizándose para el manejo de la vía aérea que ocupa el espacio existente entre dichas técnicas¹.

La ML es un dispositivo de control de las vías respiratorias superiores desarrollado por el anestesiólogo londinense Brain en 1983. Se trata de una mascarilla que se adapta al orificio superior de la laringe. Dicha posición está en relación con la región que atraviesan los alimentos durante la deglución y, por lo tanto, es poco reflexógena².

Dos son sus principales limitaciones: 1º) no pueden generarse altas presiones en la vía aérea (el carácter hermético de la mascarilla desaparece cuando se aplica una presión de 15-20 cm de agua en el circuito ventilatorio) y, 2º) no protege contra la regurgitación.

Sin embargo, múltiples estudios han confirmado su seguridad y eficacia tanto en ventilación espontánea como en ventilación controlada^{3,4}. Su utilidad ha sido claramente manifiesta en situaciones de intubación y ventilación difícil o imposible hasta tal punto que la ML es una de las tres técnicas no quirúrgicas que recomienda la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) en el paciente no intubable, no ventilable⁵.

La evolución ha generado dos versiones de la mascarilla inicial: 1º) La ML Fastrach™ ha aportado una mejora de la facilidad de inserción y un sistema de intubación (la ML clásica no está diseñada para guía de intubación). No precisa manipulación de cabeza ni cuello por lo que, la columna cervical puede estar inmovilizada. 2º) La ML ProSeal™ presenta un nuevo elemento diferencial, el tubo de drenaje que permite la evacuación de las secreciones gástricas y el acceso al tracto alimentario evitando una insuflación gástrica inadvertida. Permite la inserción a ciegas de tubos orogástricos estándar, en cualquier posición del paciente.

> Descripción e instrucciones de uso 1

La ML es de silicona, exenta de látex, con un coste de adquisición elevado pero reutilizable (un máximo de 40 veces) si bien existen en el mercado ML desechables. Se presenta en un envase individual con un pequeño manual de instrucciones en castellano sobre su utilización y manejo. La selección del tamaño de la ML se hace en función del peso del paciente.

Se adquiere sin esterilizar por lo que debe ser limpiada en agua tibia bicarbonatada (8-10%w/w) y esterilizada en autoclave antes del primer uso y antes de cada uno de los siguientes.

Antes de utilizar la mascarilla, se debe comprobar que esté íntegra, limpia y el tubo transparente: un signo de envejecimiento de la silicona es la pérdida de la transparencia.

Además, debe comprobarse el buen hinchado sin deformidades, introduciendo un 50% más del volumen de aire recomendado para la inflación. Cualquier tendencia del manguito a desinflarse indicaría la presencia de un escape.

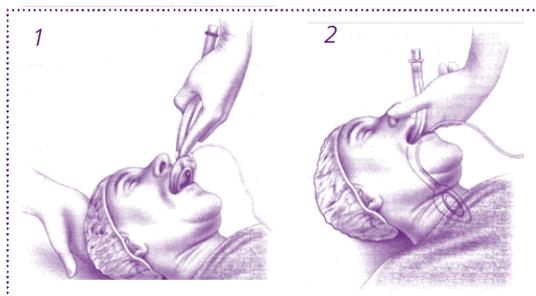
Tras flexionar el tubo 180 grados, no debe colapsarse. Después de desincharse completamente no debe volverse a rellenar, indicaría mala función de la válvula, aunque tras unas horas en contacto con aire ambiente puede incrementar el

volumen (la silicona deja pasar aire a su través). Antes de su inserción se lubrica la parte posterior y el manguito se deshincha completamente.

> Técnica de inserción 2

Inducida la hipnosis (ha de ser profunda), se coloca la cabeza del paciente en posición de olfateo. Con la otra mano se sostiene la mascarilla por el tubo, como un lápiz y se introduce en la boca con la abertura hacia abajo, es decir, hacia la lengua. El índice se sitúa en la unión entre el tubo y la mascarilla. [Fig 1]

Figura 1. mascarilla laríngea y su inserción.



Se fuerza entonces la mascarilla contra el paladar óseo y después hacia abajo, en un solo movimiento continuado. El índice aplica firmemente el conjunto del dispositivo contra el paladar óseo y luego el blando, tan lejos como se lo permita la longitud del dedo y la abertura de la boca. Una sensación de resistencia característica indica que la mascarilla está bien situada.

Tras el inflado se nota un ligero movimiento de acomodación. Se conecta entonces la mascarilla al circuito de anestesia y se confirma con el capnógrafo y la auscultación pulmonar y traqueal. Para prevenir la mordedura del tubo se puede usar o una cánula de Guedel, o un tampón de gasas. Por último, se fija la mascarilla con esparadrapo.

La mascarilla es muy bien tolerada hasta el punto que puede ser retirada por el paciente. No es indispensable desinsuflar el balón. Cuando el paciente retira la mascarilla por sí mismo, su grado de conciencia es tal que los reflejos protectores están restablecidos. Las secreciones bucofaríngeas son entonces tragadas.

Cabe hacer una pequeña referencia a la introducción de la ML Fastrach por su peculiaridad. La inserción, se puede realizar tanto desde una posición anterior a la cabeza del paciente (delante del enfermo) como posterior.

Para su introducción se mantiene la mascarilla por el asa entre el pulgar y los dedos. Con la cabeza y el cuello en posición neutra, se coloca la punta de la mascarilla contra el paladar, justo detrás de los incisivos y se desliza hacia atrás siguiendo la curva del tubo rígido. La curvatura del tubo sigue la curva anatómica del paladar y de la pared posterior de la faringe.

Una vez verificada su adecuada colocación, puede deslizarse un TET específico. Tras comprobar que ha traspasado las cuerdas, se puede retirar la ML Fastrach. Tras esta maniobra es necesario

comprobar que el TET no se ha movido. En el caso que el TET no atravesara las cuerdas y se colocara en esófago, la maniobra de levantar la mascarilla de igual manera que se realiza con el laringoscopio, suele facilitar el paso de las cuerdas. Esta ML permite además el paso del fibrobroncoscopio a su través.

> Utilidad

La ML no está indicada como sustitución del TET cuando este sea necesario y la laringoscopia no presente dificultad. Hay una serie de situaciones en las que la ML está contraindicada (Tabla 1):

Tabla 1. Contraindicaciones de ML

- Estómago lleno
- Baja elasticidad toracopulmonar
- Limitaciones de la abertura bucal (debe ser mayor de 1,5 cm)
- Tumores laríngeos o amigdalares
- Asma (en caso de broncoespasmo la ventilación controlada sería imposible)

Otras situaciones como la obesidad mórbida, el decúbito lateral o ventral, anestésicos de larga duración e intervenciones que aumentan la presión intraabdominal y, en consecuencia la presión de ventilación, para algunos autores² no constituyen ya contraindicación. Por otra parte, no debe ser utilizada en la RNM por sus componentes metálicos^{1,2}.

Si bien presenta estos inconvenientes, la ML tiene una serie de ventajas (Tabla 2) que le conceden la gran utilidad que hoy en día presenta. Como indicaciones propias estarían la anestesia en los cantantes, cirugía ambulatoria y otras.

Tabla 2. Ventajas de la ML respecto a TET

- No requiere curarización ni para la inserción ni para el mantenimiento.
- Su colocación requiere menos pericia (curva de aprendizaje alrededor de 20 inserciones)
- Menos riesgos traumáticos: menos dolores laríngeos y afonía en el postoperatorio.
- Menor trabajo ventilatorio para el paciente con ventilación espontánea.
- Alteración hemodinámica durante la inserción y retirada, prácticamente irrelevante respecto a la intubación y extubación.
- Menor incidencia de tos y ansiedad tras su retirada.
- Presión intraocular durante la inserción: ausencia de aumento, incluso descenso.
- Tolerancia con una profundidad anestésica débil permitiendo:
 - un despertar más rápido.
 - retirada cuando el paciente ha recuperado los reflejos protectores de las vías respiratorias.
 - menos riesgos de accidentes obstructivos en la fase de despertar.

Por último reseñar que la ML constituye una nueva alternativa en el manejo de la vía aérea difícil (VAD) y que ha quedado integrada ya, en el algoritmo de manejo. En ausencia de patología local obstructiva y en caso de ventilación e intubación imposibles, queda la mascarilla como maniobra de primera intención. En la fig 2 se ofrece un algoritmo básico de actuación en la VAD6.

Aunque contraindicada en el paciente con estómago lleno, puede ser temporalmente utilizada en reemplazo de la mascarilla facial, mientras se hacen los preparativos para poner en práctica otra técnica de intubación.

La mascarilla laríngea ventila desde el área supraglótica y por tanto no soluciona problemas de origen glótico y subglóticos. En estos casos el acceso quirúrgico o la ventilación transtraqueal con jet estarían indicadas.

En definitiva, tanto la ML como la Fastrach, constituyen una alternativa a las situaciones clásicas de ventilación pulmonar, tanto en situaciones de emergencia como en determinados tipos de procedimientos quirúrgicos/sedaciones.

Dada la facilidad de aprendizaje de su colocación, entendemos que gran parte del personal sanitario relacionado con las situaciones antes descritas debería tener conocimiento de su manejo.

> Bibliografía

1. II Curso Teórico Práctico de Intubación y Manejo de Vía Aérea Difícil. 14 y 15 febrero de 2002. Fundación Europea de Enseñanza en Anestesiología.
2. George B, Troje C, Bunodièrre M, Eurin B. Libre circulación aérea de las vías respiratorias en anestesiología. En Enciclopedia Médico-Quirúrgica. París. Editions Techniques. 36-190-A-10.
3. Brain AII, McGhee TD, McAteer EJ, Thomasa, Abu Saad MA, Bushman JA. The laryngeal mask. Development and preliminary trials of a new type of airway. Anaesthesia 1985; 40: 356-361.
4. Pennnant JH, White PF. The laryngeal mask airway. Its uses in anaesthesiology. Anesthesiology 1993; 79: 144-163.
5. Practice Guidelines for management of the difficult airway- a report by the American society of anesthesiologists task force on management of the difficult airway. Anesthesiology 1993; 78: 597-602.
6. Difficult Airway Society guidelines for management of the unanticipated difficult intubation. Anaesthesia 2004; 59: 675-694.

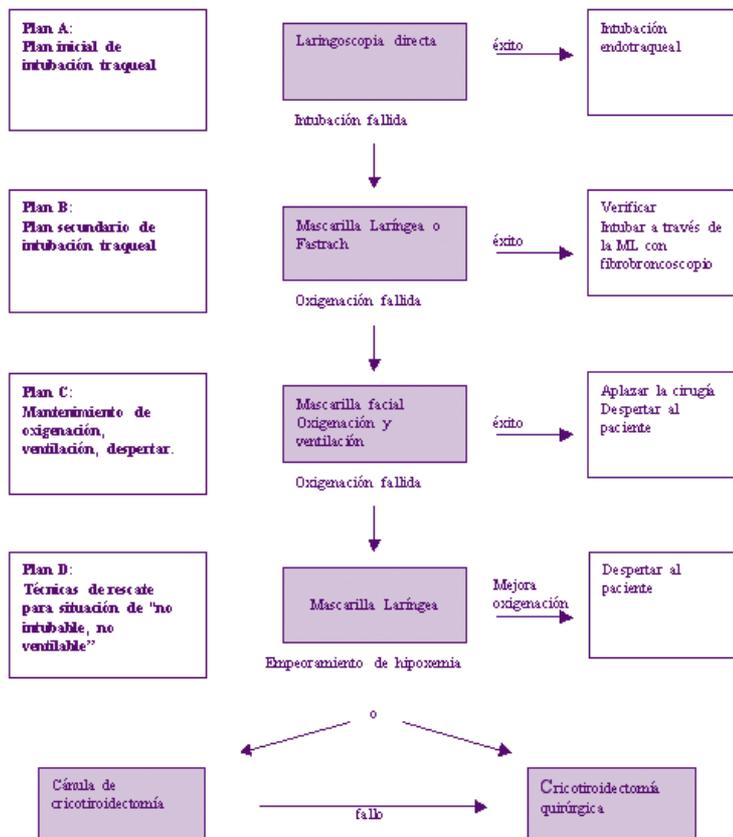


Figura 2. Modificado de 6.



Los griegos, aparte de grandes filósofos, científicos y literatos, fueron un pueblo guerrero y belicoso. En el grabado, Aquiles vena una herida a su primo Patroclo.

[La especialidad, un engaño]

Aún reconociendo los avances de este último año en materia de legislación, tan necesaria como imprescindible: La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que defiende al profesional y al usuario y que garantiza desde el punto de vista jurídico, la práctica y la formación. Y la LOPS (Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias), donde se pone de manifiesto las bases para la regulación de la formación especializada y se le da a enfermería un máximo reconocimiento como profesión sanitaria.

Seguiremos en un retroceso, si dichas leyes no se aplican, o se aplican de forma indiscriminada (porque la carrera profesional en unas comunidades autónomas y en otras no?)

Desconfiamos y seguiremos desconfiando de los políticos con grandes discursos, pero vacíos de contenido. Como Asociación Científica y tras muchos años de trabajo, de realizar propuestas y pedir enmiendas a unos cuantos borradores de proyectos para la regularización de las especialidades, nos sentimos absolutamente engañados. Año tras año hemos participado en eventos con la Ministra/o de turno, donde a bombo y platillo se nos comunicaba que durante su mandato se iban a aprobar las especialidades de enfermería, hemos llegado incluso más lejos en esta falacia: con fecha de 31 de enero de 2004, sale publicado en la Vanguardia un artículo, donde se recogen unas manifestaciones de Máximo González, Presidente del Consejo General de Enfermería y donde se afirma, que las nuevas especialidades de enfermería: Enfermería Geriátrica y Sociosanitaria, del trabajo y Salud Laboral, Enfermería Clínica Avanzada y Enfermería Comunitaria, se aprobarán en un mes.....

No sabemos que tipo de estrategia o táctica esconde esta forma de actuar de los políticos y de nuestros representantes. Al final todos hablan de "cambio", pero la realidad del cambio, se ha magnificado hasta centrifugar su comprensión, para nosotros el cambio actual, significa involución, estamos como hace muchos años, o peor, que dirían los más pesimistas. En estos momentos la cruda realidad es que la aprobación de las especialidades de enfermería, antes mencionadas, no es un tema prioritario, para la nueva Ministra de Sanidad Elena Salgado.

Está claro que vamos a seguir perseverando, pues haciendo eco a una célebre frase "solo en la acción descubre el hombre su verdadera dimensión" desde la pasividad, será difícil avanzar, vamos a intentar seguir actuando con responsabilidad, tenemos mucho que decir y hacer. Como organización, ya sabemos que los grandes cambios, son provocados por grandes mareas de conciencia, nuestra labor, la vuestra, es esa, crear conciencia a través del día a día y quien sabe, quizá algún día....



Antonia Castro
Coordinadora de ASEEDAR-TD

[Una Europa Sin Fronteras 25]



La Europa de los 25 ha hecho un gran esfuerzo para hermanarse y permitir la libre circulación de los profesionales.

Enfermería no podía ser menos que el resto de las profesiones y se ha subido al tren del cambio, del progreso, y tendrá, igual que las demás, una nueva titulación que se llamará Grado.

Una vez realizada la adaptación de la titulación actual de Enfermería al Grado, el desarrollo académico y profesional se efectuará a través de Masters y Doctorados en Enfermería.

El Grado capacitará a la enfermera generalista para afrontar nuevos retos que una sociedad cambiante y en constante evolución va a demandar, y si queremos ser útiles y ofrecer unos cuidados óptimos tenemos que demostrar que no sólo se necesita vocación para ser buenos profesionales sino también unos conocimientos conceptuales y teóricos para ejercer correctamente nuestra función profesional, con autonomía, comunicación, opinión propia y espíritu crítico positivo.

El Postgrado se divide en Máster y Doctorado. Abrirá paso a la enfermera que desee dedicarse especialmente a la función docente, gestión e investigación.

En cualquier caso, nuestro objetivo primordial será siempre lograr la excelencia en los cuidados.

Enfermería se vislumbra ante un amplio horizonte lleno de posibilidades para crecer profesionalmente, personalmente.

Cuando tomamos la decisión de investigar, de impartir docencia, o simplemente el gusto de viajar, nos da la oportunidad de conocer otros países, otras enfermeras. La comunicación con el mundo es una necesidad profesional, no un esnobismo.

El contacto con la mayoría de los países europeos a través de reuniones científicas tales como la celebrada recientemente en Pamplona, permite el intercambio de conocimientos, siempre enriquecedores para una puesta al día en la gran tarea de cuidar a los demás. La Clínica Universitaria de Navarra, en su ya III Reunión Internacional de Formación Continuada en Enfermería de Anestesia, ha invitado a un representante de Enfermería de Reino Unido, para presentarnos su programa de formación de dicha especialidad en su país. En ediciones anteriores, fueron enfermeras portuguesas las que nos hablaron de esta especialidad en Portugal.

A través de congresos nacionales (ASEEDAR-TD) celebrados anualmente nos exigimos mantener una formación constante y actualizada dirigida a optimizar la calidad de vida del paciente mediante la aplicación de los mejores cuidados. Pero también nos esforzamos por conocer lo último en actualidad laboral y educativa (Especialidades, Acuerdos de Bolonia, calendario para la homologación de su titulación a la de Grado europeo).

Igualmente importante es la participación en congresos internacionales,

donde las experiencias en la aplicación del proceso enfermero nos permiten no desfasarnos en nuestro trabajo cotidiano. La buena relación entre hospitales de otros países contribuye también a la mejora de nuestra formación profesional y al crecimiento de nuestras relaciones interpersonales.

En el I Congreso Internacional de Enfermería en Anestesia celebrado en Forlì (Italia) los días 21 y 22 de mayo, 2004, con asistencia de más de doscientos profesionales de distintos países de la Unión Europea, se expusieron diferentes modelos formativos de la especialidad de enfermería en anestesia:

- Italia.- Después de los tres años de formación básica de enfermería, se requiere un año de estudios para la especialidad.
- Francia.- Cuatro años de formación básica, un año de universidad, dos años de especialidad.
- Suiza.- Cuatro años de formación básica. Dos años de especialidad.
- Eslovenia.- Tres años de formación básica. Año y medio de especialidad.
- España.- Cuatro años de formación básica. Dos de especialidad.

Aunque existen ligeras variaciones en los modelos presentados con respecto a España, en lo que si coincidimos absolutamente todos es en el desarrollo y puesta en marcha de la especialidad.

El título de especialista será obligatorio en la U.E. para ejercer la profesión y ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros tanto privados como públicos.

Muchos de los países europeos están respaldados por asociaciones científicas de especialistas al igual que el nuestro, en un esfuerzo por contribuir al desarrollo de las distintas especialidades.

Las enfermeras italianas además de tener su propia asociación (AIIA), están también adscritas a IFNA, son miembros a su vez de otra asociación europea de "cuidados críticos" (EFCCNa), ya que ellas contemplan la especialidad con este perfil.

La obra del autor Palese A. Bulfone G. Describe un análisis exhaustivo acerca de la formación en cuidados críticos. Como dato relevante, todas las ponencias expuestas en el congreso se centraron en estos cuidados y no en la anestesia ni en la terapéutica del dolor, ya que son perfiles diferentes.

Deseamos que aunando esfuerzos con los demás países podamos conseguir en una voz común que la especialidad de Enfermería Clínica Avanzada sea una realidad a corto plazo, si bien en el momento actual se está produciendo un impasse injustificado en alcanzar el desarrollo del Real Decreto de Especialidades. No obstante, confiamos en que el Gobierno tenga la sensibilidad suficiente para resolver en un futuro próximo un asunto de tan larga e intensa negociación a lo largo de años anteriores.

Beatriz Argüello Agúndez
Representante de IFNA
Hospital Universitario de Valladolid

[Haciendo balance]

Durante este último año, hemos continuado con una intensa actividad, como asociación estamos orgullosos de contar entre nosotros con profesionales con ganas de participar en la organización de eventos y profesionales comprometidos que año tras año se van incorporando a nuestro colectivo y que cumplen sobradamente con las expectativas de asistencia en todos los actos.

Fuimos invitados a participar, gracias a M^a Ángeles Hinestrosa, enfermera de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital General Universitario de Valencia, en una interesante mesa redonda sobre "Enfermería de Anestesia" en el marco del IV Congreso Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria, celebrado en Valencia.

Asimismo participamos en el ciclo de conferencias, con motivo del 25 Aniversario del servicio de Anestesia-Reanimación del Hospital de Granollers (Barcelona), con el tema "Enfermería de Anestesia", un reto permanente, desde aquí nuestro agradecimiento a Carmen Tusquellas, actual Jefe de Área de Atención al enfermo quirúrgico, gran defensora de la enfermería de anestesia y miembro de ASEEDAR en sus inicios.

También participamos en una mesa redonda sobre "El cuerpo y la mente" siendo El Dolor, el tema principal del acto, enmarcado en el día Internacional de la Fibromialgia y la Fatiga Crónica (Barcelona).

Nuestra participación en el IV Congreso Nacional de Enfermería Militar, fue especialmente grata. Como colectivo reivindicamos la Especialidad de Enfermería de Anestesia. Estos enfermeros/as realizan su labor en los Hospitales Militares y al frente de los programas de Ayuda y Cooperación Internacional, en situación de catástrofes, guerras, etc. Ahí va nuestro agradecimiento al capitán enfermero Juan Manuel López, miembro de ASEEDAR y del Comité Organizador del evento.

En el marco de Marbella, durante los días 24 al 26 de junio del 2004, se celebró el VII congreso de enfermería en oftalmología, que organiza anualmente el Servicio de Oftalmología del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, con el patrocinio de la Sociedad Andaluza de Oftalmología.

En esta ocasión la vocalía por Andalucía de la ASEEDAR-TD fue invitada a participar con la ponencia sobre el Dolor en el Ojo y su Control Postoperatorio.

Antonia Castro
Coordinadora de ASEEDAR-TD

[Informe de Secretaría]

Aprovechando esta nueva sección que me brinda la revista, me dispongo a poner en conocimiento de los socios de ASEEDAR-TD algunos datos de interés relativos al funcionamiento de la Asociación;

- El número de socios que a Julio de 2004 estaban inscritos en la asociación era de 520, consideramos desde la junta directiva la necesidad de una actualización de archivos, informatizando estos, ya que es considerable el número de devoluciones de correo y bancarias existente en la actualidad.
- Se han registrado los nuevos estatutos y actual sede social de la asociación, además de todos los cambios pertinentes derivados del cambio de Junta Directiva.
- Durante el próximo congreso en Murcia os daremos a conocer la nueva situación de la página web, que esperamos operativa con la mayor brevedad posible.

También en este congreso esperamos poder discutir la nueva propuesta de ASECVAR relativa al convenio de ASEEDAR-TD con sus filiales.

Sin más asuntos que saludaros y esperar venos durante el congreso de ASEEDAR-TD en Murcia y recordaros que estamos a vuestra disposición.

Juan Antonio Zufia Iglesias
Secretario de ASEEDAR-TD
gaurpa@hgda.osakidetza.net.

[XVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor celebrado en Mallorca]

Asistieron más de 400 profesionales. Destacó la gran preocupación por el dolor en el niño, la ansiedad en el paciente quirúrgico y la organización de las unidades de reanimación postquirúrgica. Trataron sobre anestesia en situaciones de cooperación internacional en áreas subdesarrolladas o en conflicto, dolor en el niño, diferentes formas de ejercer la profesión de manera satisfactoria, situación de desarrollo de la especialidad de enfermería de anestesia, reanimación y terapia del dolor.

Como novedoso, destacar un concurso de relatos que curiosamente ganó Mariló Gómez, vocal de ASEEDAR-TD en Murcia y presidenta del próximo congreso nacional.

Se entregó también un simbólico testigo (larinoscopio de cerámica) en la presentación del siguiente congreso que esperamos dure mucho años y llegue a ser una tradición en la organización de los congresos.

Finalmente destacar el entusiasmo de ambos comités y la gran participación de los congresistas y dar las gracias a la asociación por el apoyo recibido.

Yolanda March Sánchez,
Presidenta del XVII Congreso
Vocal de ASEEDAR-TD en Baleares

sucedio en
noviembre 2003

[II Jornadas Canarias de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del dolor]

El colectivo de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor de los dos Hospitales Universitarios de Tenerife, vienen realizando hace tiempo innumerables trabajos y estudios mostrando que la enfermería está creciendo y tiene algo que aportar. Todo ello nos ha llevado a iniciar este proyecto, con la intención de reunir a estos profesionales y compartir conocimientos y experiencias, así como abrir nuevas líneas de investigación.

La Conferencia Inaugural que llevaba por título: Trayectoria Histórica de la Enfermera de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor. Perfil de la Enfermera. Las ponencias trataron temas como la Ventilación No Invasiva y la Hipnosis en Anestesia, abordando en este tema diferentes técnicas hipnóticas y psicológicas, además como tratar el dolor postoperatorio.

Las Mesas Redondas abarcaron temas como La Enfermera en Anestesia del Trasplante Hepático y del Renopancreático y la Competencia de la Enfermera en estas áreas. Otros aspectos debatidos fueron el Manejo de las Vías Centrales en diferentes Hospitales del Archipiélago, la Terapia del Dolor en Cirugía Pediátrica y el Duelo: La Enfermera y La Familia, Las intervenciones de la Enfermera en el Duelo y el papel de ella en el mismo.

Purificación Cerro López *
Jeanette Jonsson **

* Presidenta
** Secretaria

sucedio en
diciembre 2003

[I Jornada Vasco-Navarra de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor]

Realizada en San Sebastián. Nuestro objetivo principal era hacer sentir a la enfermería la importancia y la presencia de la enfermería de anestesia; en nuestra Comunidad somos muy pocas las enfermeras con exclusividad en este campo. Otro de nuestros objetivos era recordar a todas la existencia de la Asociación, para lo cual se hizo una introducción histórica.

La participación superó nuestras expectativas. La duración del curso fue de una jornada de mañana. Se realizó una encuesta de satisfacción con muy buenos resultados.

Entre los temas que se hablaron, el que más curiosidad suscitó fue el de Temperatura corporal y anestesia, ya que el centro organizador, Policlínica Guipúzcoa, es referente a nivel nacional en dicho tema.

Agradecemos a la Asociación vasco-navarra y nacional su apoyo, así como a todos los asistentes y comunicamos nuestra intención de hacer extensible nuestra próxima reunión.

Amaya Azcue Achucarro
Presidenta de la Reunión
Secretaria de la Asociación Vasco-Navarra

sucedio en
marzo 2004

[III Jornadas Aragonesas de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor]

Parece que fue ayer cuando en Aragón se realizaron las primeras Jornadas Aragonesas de Enfermería de Anestesia Reanimación y TD, y este año 2004 hemos llevado a cabo las terceras. Fueron organizadas en el Hospital San Jorge de Huesca por un grupo de profesionales, cuya tenacidad y empeño hicieron de ellas un éxito rotundo, contando con una asistencia de más de 100 personas, algunas venidas de otras comunidades Autónomas.

El alto nivel en las Comunicaciones y Poster presentados viene a confirmar, el trabajo y esfuerzo que la Enfermería de Anestesia Reanimación y TD sigue desarrollando año tras año con una capacidad de superación extraordinaria.

Desde estas páginas quiero dar las gracias a los Comités Organizador y Científico, por la organización tan excelente, y el tiempo dedicado a las mismas.

Para terminar quiero invitaros a todos para que asistais a las cuartas Jornadas de Enfermería en Anestesia Reanimación y TD que se celebrarán en Zaragoza y que serán organizadas por el Hospital Royo Villanova en el mes de Mayo de 2005 y cuya fecha esta sin determinar.

Un saludo

Teresa Plumed Sánchez
Vocal de ASEEDAR TD por Aragón

sucedio en
mayo 2004

[II Jornadas Andaluzas-Extremeñas de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor]

Se realizaron coincidiendo con la XLIX Reunión Anual de la Asociación Andaluza Extremeña de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, en Chiclana, Cádiz.

Magnifico encuentro de enfermería y médicos que dieron mucho de sí sobre los cuidados críticos, la organización enfermera y el seguimiento y cuidados del dolor.

Los contenidos fueron:

Planificación y Gestión de un bloque de enfermería dentro de un servicio de anestesia. • Se trató del futuro de la enfermería en anestesia, plantilla y necesidades. Gestión de la calidad en el sistema sanitario público y cambio de actitudes en la cultura de enfermería.

• Enfermería y Dolor. Se analizó el control del dolor postoperatorio agudo, manejo de fármacos y analgesia por vías epidural, espinal e infusión con bomba intratecal.

• Manejo de pacientes críticos. Se analizó los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a implantes de miembros y a cirugía torácica. Planificación de cuidados en la reanimación postanestésica. Comunicación con los familiares.

José Ávila Pinto
Vocal de ASSEEDAR-TD por Sevilla

sucedio en
mayo 2004

[La Asociación de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor de la Comunidad Valenciana (ASECVAR-TD) celebra sus XII Jornadas]

Entre los numerosos asistentes se encontraban profesionales de los cuidados de diferentes ámbitos: docencia e investigación, asistencial, gestión, así como estudiantes de Enfermería.

La Jornada científica, se dividió en la Conferencia Inaugural: "Dificultades relacionales ante la persona que sufre. Relación Enfermera-paciente" impartida por el Dr. Luis Cibanal Juan. Catedrático de Enfermería en la Universidad de Alicante.

En la Mesa Debate, "Especialidades de Enfermería en Anestesia, reanimación y Terapia del Dolor", hablaron sobre los aspectos legales, profesionales-asistenciales, académicos y la situación actual en España.

Se llevó a cabo la presentación del numero 5 de la Revista MONITOR.

Un año más las Jornadas de la Comunidad Valenciana, de la Asociación de Enfermería en anestesia, reanimación y terapia del dolor (ASECVAR-TD) supusieron un motivo justificado de reunión y reflexión entre los asociados y profesionales de enfermería afines que nos ayudan a seguir trabajando con fuerza e ilusión en el proyecto común de profundizar en el conocimiento enfermero y contribuir a mejorar la calidad de los cuidados en nuestro campo profesional. El año 2005, nos veremos en Villajoyosa (Alicante).

JUNTA DIRECTIVA DE ASECVAR-TD
E-MAIL:asecvartd@cecovva.org

sucedio en
mayo 2004

[IIIª Reunión Internacional de Formación Continuada en Enfermería de Anestesia (RIFCA)]

Celebrado en Pamplona y organizado con periodicidad bianual las enfermeras del Departamento de Anestesia y Reanimación de la Clínica Universitaria de Navarra.

La reunión contó con la representación de la Enfermería de Anestesia en el Reino Unido.

El acto inaugural consistió en una conferencia acerca de la situación actual de la diplomatura y las especialidades en España y en Europa. A continuación, la primera mesa redonda sobre las Estrategias terapéuticas del dolor, donde se nos ilustró sobre las últimas novedades farmacológicas y técnicas. Se habló del "rendimiento clínico de la consulta de anestesia".

Como tema de actualidad, la "Ética del cuidado". Pudimos conocer cómo se promueven desde la Bioética métodos útiles para la toma acertada de decisiones en situaciones límites y la importancia de una visión humanista en el cuidado de nuestros pacientes que nos eleva al rango de ser "Buenas Enfermeras". Contamos con la presencia de Markku Viherlahti, que expuso su sistema de trabajo y organización en el Reino Unido.

Contamos con vuestra presencia en la 4ª RIFCEA.

Trini Sola
Marian Marteles
Presidentas de la Reunión

sucedio en
julio 2004



sucedio en
noviembre 2003

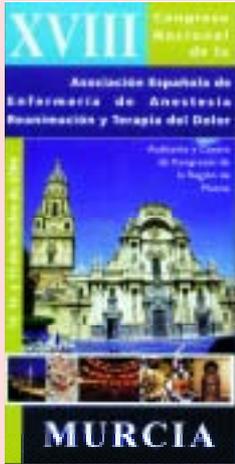
[Visita al sistema sanitario y la enfermería de EE.UU.: una experiencia en el marco de la enfermería comparada]

Un grupo de enfermeras/os, miembros de la Asociación de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor, de la Comunidad Valenciana, compuesto por, Isabel Casabona, Manuel Lillo, Roberto Galao y Mª Dolores Mora, realizó una visita profesional a EE.UU. para impartir unas charlas sobre el sistema sanitario español y realizar unas visitas a hospitales de este país.

Ésta se realizó gracias a la invitación formulada por Dula Paquilio, presidenta de la Transcultural Nursing Society, profesora de enfermería de la Universidad de Kean del estado de New Jersey y directora del Instituto de Enfermería Transcultural de la misma universidad, quien tenía interés en que sus alumnas de los programas de Master conociesen más sobre el sistema sanitario español, tanto público como privado.

Aprovechando la visita a este país, la profesora Paquilio nos organizó una serie de visitas a diferentes hospitales con el fin de conocer mejor la cultura hospitalaria americana, los cuidados que prestan las enfermeras y la organización de los servicios. Nos centramos principalmente en las áreas de cuidados críticos, reanimación, hemodiálisis, pediatría y los servicios de urgencias.

Nuestra estancia en los Estados Unidos fue inolvidable tanto en el terreno profesional como en el personal. No podemos dejar de agradecer a todas las personas que nos acompañaron durante estos días: Iluminada Jurado "Nini", Carlos Beato y su esposa, Lynn Falanga y a muchos otros. Muy especialmente queremos agradecer a la profesora Dula por acogernos y organizarnos el viaje más allá de la amistad, así como a su marido Lino y a Waldo.



[XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor]

Llegar hasta aquí no ha sido fácil. Hemos pasado un año de duro trabajo mezclado con los buenos ratos compartidos en las reuniones de los comités Organizador y Científico. Agobios, alegrías, prisas y algunos sinsabores que quedaron en el camino. El Congreso pretende una puesta al día y la reflexión sobre algunos de los temas de mayor actualidad y debate en el mundo de la Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor. Desde la interrelación y comunicación entre los profesionales de Enfermería, la visión social que ofrecemos de nuestra profesión y el papel de la Enfermería en el tratamiento del Dolor, hasta las Terapias Alternativas cuya convivencia con la Medicina convencional es casi una realidad. Nuestro agradecimiento a todos los que con vuestro esfuerzo habéis hecho posible la celebración de este Congreso. Y sobretodo y lo más importante, gracias a vosotros, los congresistas del XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor, porque sin vosotros nada de esto tendría sentido. Gracias por seguir haciendo grande a la Enfermería española. Hasta siempre:

Mariló Gómez Guillermo
Presidenta del Comité Organizador

ahora
13, 14 y 15

[2005: XIX Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería de Anestesia y Reanimación y Terapia del Dolor]

Estimados compañeros:
Me es muy grato comunicaros la celebración del XIX Congreso de la Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor, Que tendrá lugar en Sevilla los días 11, 12 y 13 de noviembre de 2005. Para ello, estamos trabajando ya con mucha ilusión y entusiasmo esperando que su contenido científico sea de tan alto nivel y calidad com en años anteriores. Sin duda, ello se conseguirá con la aportación de vuestras comunicaciones. Como presidenta del Comité Organizador del citado Congreso, os invito a que asistáis a este evento donde espero que nos volvamos a ver todos.

Un saludo.

Emilia De Soto González del Corral
Presidenta del Comité Organizador



ahí
nos veremos

¿QUIERES SER MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN ASEEDAR-TD?

Rellena y envía esta ficha de inscripción. Te dará derecho a:

- Participar en los Congresos y Reuniones patrocinadas por la ASEEDAR-TD con reducciones importantes en los precios de inscripción.
- Reducciones en la adquisición de manuales de Enfermería editados por la Asociación.
- Recibir la Revista.
- Representar y aumentar el colectivo para conseguir los objetivos de la Asociación.



Apellidos y nombre Teléfono

D.N.I. Fecha de inscripción

Domicilio

Población Provincia C.Postal

Centro de trabajo Ciudad

Servicio Teléfono

Banco/C. Ahorro

Ciudad C.Postal Provincia

ENTIDAD	OFIC.	D.C.	Nº DE CUENTA

Firma del interesado/a



*"Procura amar lo que estás haciendo, y revélate a través de tu obra."
(Paulo Coelho. El Alquimista)*

[Las siete de la tarde]

> Autora

Gómez Guillermo, Mariló
Enfermera asistencial de Reanimación
Hospital J. M. Morales Meseguer
Murcia

Premio al mejor relato en el XVII
Congreso Nacional de la Asociación
Española de Enfermería de Anestesia,
Reanimación y Terapia del Dolor
Palma de Mallorca
Noviembre del 2003

Cada tarde, al llegar las siete, la historia se repetía una y otra vez. Era como sentarse en un banco del parque a ver pasar la gente de un lado a otro, cada uno con una historia que contar.

Eran personas de orígenes diferentes unidos por un mismo vínculo que les hacía irremediablemente estar allí a esa misma hora.

Yo me limitaba a observarlos, sentada en mi silla azul, atenta y dispuesta por si tenía que actuar en cualquier instante.

Para mí era un momento muy especial porque aquella gente desconocida me hacía partícipe de vivencias muy íntimas en sus vidas y compartían, sin saberlo, todo tipo de sensaciones y sentimientos que me ayudaban a crecer humanamente y reforzaban la creencia de que había elegido sabiamente al decidir estar allí haciendo algo que tanto me gustaba y me llenaba plenamente.

Uno tras otro iban pasando delante de mis ojos. Algunos parecían no verme, encaminaban sus pasos ligeros hacia alguien que

les esperaba ansiosamente, poniendo todos sus sentidos en aquel trayecto. Otros hacían una ligera inclinación de cabeza a modo de saludo y los había incluso que intercambiaban alguna palabra conmigo antes de llegar a su destino.

Aún guardo en mi memoria todos y cada uno de los encuentros que presencié durante aquellos años. Todas aquellas lágrimas, a veces resbalando sin control sobre las mejillas y otras calladas y ahogando el corazón. Todas las miradas cómplices entre personas que compartían todo en su vida cotidiana. Momentos felices, momentos tristes, momentos de esperanza y de abatimiento. Miles de emociones que durante una hora inundaban aquella estancia dándole vida cada día.

Y allí estaba yo, sentada, observando, compartiendo la intimidad de personas a las que seguramente no volvería a ver en mi vida pero que, en aquellos momentos, eran algo demasiado importante para mí como para estar en otro sitio.

Madres angustiadas que darían cualquier

cosa por suplantar a sus hijos en aquellos momentos; esposos, cuyas mujeres se quejaban de que no las querían ni les prestaban atención, y estaban allí, de pie, intentando tomar entre sus manos temblorosas las de su esposa y susurrándoles. "te quiero, todo va ir bien"; hijos que tenían la necesidad de decirle a sus padres cuanto los querían y sentían que el tiempo se les escapaba entre los dedos como si fuese arena.

En ocasiones algunos se quedaban solos, no tenían la alegría de aquella visita tan esperada. Sus rostros poco a poco iban cambiando de expresión. La esperanza y la emoción del que espera una luz en medio de la oscuridad que les envolvía se tornaba tristeza y desasosiego de sentirse abandonados por aquellos a quien tanto querían.

Entonces cogía mi silla, me sentaba junto a ellos e inventaba alguna historia creíble de por qué no habían llegado a tiempo.

Era un momento muy especial porque aquella persona indefensa, asustada y nerviosa era capaz de verter sobre mí todo el cariño que había estado guardando para ese momento sin apenas conocerme y ese instante mágico me resarcía de las noches en vela, de los domingos que no había podido compartir con mi familia o de la ingratitud con la que a veces nos trataban.

Esos momentos entrañables me recordaban cada día por qué había elegido aquel camino y no otro, por eso aquella hora del día, de siete a ocho, era tan importante para mí.

Nunca imagine que algún día yo podría estar al otro lado, esperando impaciente que el reloj marcara la hora mágica que me brindaría la oportunidad de disfrutar durante sesenta minutos del contacto con el exterior.

Por fin podría ver un rostro conocido y una mano, cuyo contacto me resultara familiar, tomaría las mías para hacerme sentir que todo estaba bien.

Todavía no estaba totalmente despierta, mi respiración dependía de un respirador y sólo era consciente a ratos pero esos escasos momentos de realidad se me hacían eter-

nos porque la angustia de sentirme sola, en un lugar extraño, y paradójicamente tan familiar, me invadía por completo..

¡Ironías del destino! Tantos años viendo pasar frente a mí a todas aquellas personas como si formasen parte de otra realidad ajena a mí y ahora yo había pasado a ser la actriz principal de la película.

En mi oscuridad escuchaba voces que hablaban sobre mí como si yo no estuviese presente, escuchaba los monitores con su incansable sonido cuyo volumen parecía multiplicarse por diez dentro de mis oídos. Tenía frío y sentía un dolor intenso.

Intentaba tranquilizarme pensando: "Sólo tienes que esperar a que los calmantes te hagan efecto y todo habrá pasado. Vamos, no sea tonta, tu ya sabes como funciona esto".

En aquella soledad medité sobre muchas cosas. Mi mente parecía especialmente activa y las imágenes de antaño se agolpaban frenéticamente como queriendo transmitirme algún mensaje.

A veces, pensé, levantamos un muro inmenso entre las personas que nos rodean pensando que si nos distanciamos de ellas no podrán dañarnos, nos volvemos ciegos y mudos ante su sufrimiento y nos sentimos orgullosos de haber sobrevivido a un nuevo día sin astillar nuestro corazón.

Pero que equivocados estamos, cuanto más alto levantamos el muro más nos aislamos y somos incapaces de descubrir miles de sentimientos que nos permiten crecer. Debemos recordar que, aunque en el camino resultemos heridos, conoceremos el regalo de vivir una vida plena y repleta de sensaciones que nos harán convertirnos en alguien especial para muchos y sobre todo para nosotros mismos.

Mientras divagaba entre mis pensamientos guardaba la secreta esperanza de que mi familia fuese capaz de entender por lo que estaba pasando y se lo transmitiese a la enfermera. Esperaba ansiosa aquel momento, la hora de la visita, que tantas satisfacciones me había brindado en mis horas de trabajo.

Escuchaba saludos, frases de consuelo y

aliento. El sonido de cortinas que se movían de un lado a otro me mantenía alerta. Oía pasos que se acercaban y se alejaban pero ninguno se detenía junto a mí. Mi angustia iba creciendo por momentos. Podía escuchar el sonido de la manecilla del reloj que me indicaba que el tiempo se agotaba.

Me vi, reflejada en todos aquellos que esperaban impacientes su visita pero no llegaba. Recordaba aquellas miradas alertas que buscaban un rostro familiar entre la gente y no lo encontraban. Podía recordar perfectamente sus expresiones de desilusión, de tristeza, de desesperanza.....

Pero no, definitivamente yo no era uno de ellos, estaba segura de que en algún momento alguien preguntaría por mí.

De pronto sentí una mano que tomaba la mía fuertemente y me relajé por completo, fue como encontrar un oasis en medio del desierto. Noté como me pasaban la mano por la frente con una ternura que jamás antes había experimentado, entonces escuché una voz desconocida que me dijo. "no te impacientes, tu familia está a punto de entrar". Después volví a dormirme.

No sé cuanto tiempo pasé allí, los recuerdos de esos días se vuelven confusos en mi mente, pero la sensación de que ya no estaba sola me hacia sentirme segura y confiada.

Durante mi estancia en el hospital pregunté varias veces por aquella persona que, con su voz y la ternura de sus manos, me hizo encontrar el camino a casa cuando estaba perdida pero no pude dar con ella.

Al cabo de un tiempo regresé a mi trabajo como enfermera de Reanimación. El recuerdo de la experiencia vivida permanecía imborrable en mi memoria y marcaría la diferencia entre un antes y un después en mi vida, tanto profesional como privada.

A partir de aquel día, cada tarde, al llegar las siete, me siento en mi silla azul durante la hora de la visita sin olvidar nunca que una vez estuve al otro lado y alguien me hizo sentir en casa.

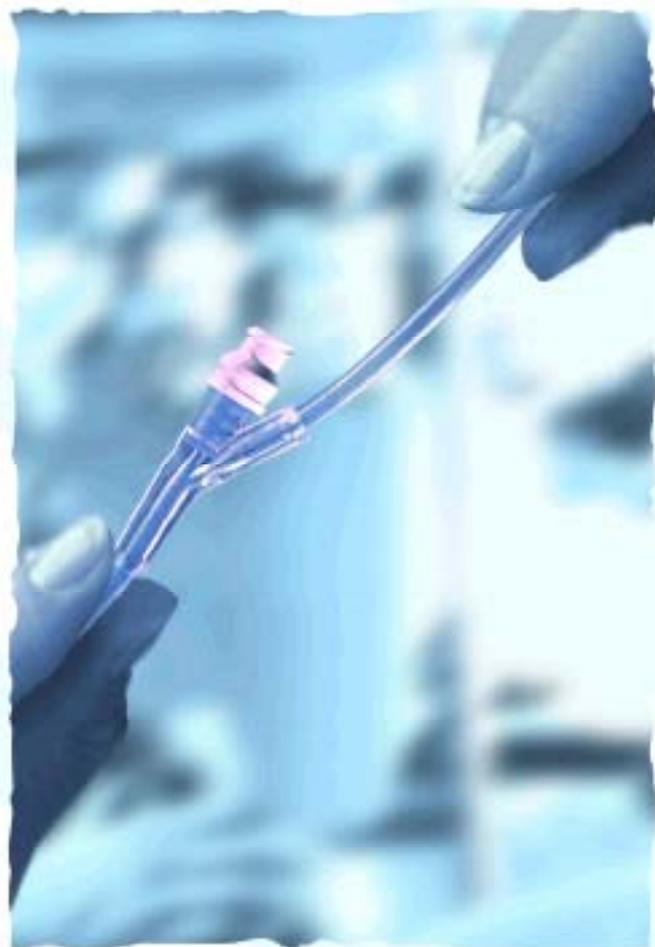
Reduce las heridas por pinchazos con aguja..

Válvula sin aguja SmartSite® es el nuevo sistema sin aguja y sin tapa de ALARIS Medical Systems.

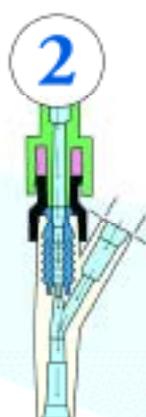
Válvula sin aguja SmartSite® permite bolos de medicación sin aguja.

Ayuda a reducir riesgos de heridas con aguja al personal sanitario y los pacientes.

Y el riesgo se reduce aún más por la eliminación total de látex.



1
Simplemente
limpie el puerto de
la válvula con un
algodón o gasa



2
A continuación
conecte el luer lock
o luer deslizante –
no hay agujas y
es rápido



3
Finalmente,
saque el luer y la
válvula se cierra
automáticamente,
sin necesidad de
tapa. Es rápido
y pulcro.

Para mayor información sobre nuestro último sistema sin aguja contacte con la delegación local ALARIS Medical Systems o visite nuestra página web www.alarismed.com

ALARIS[®]
MEDICAL SYSTEMS

Seguridad en medicación
a pie de cama

ALARIS MEDICAL ESPAÑA,
Avenida Valdelaparra
Edificio /
28108 M
Tel: (91) 657 2031 Fax: (91) 657 2

000MS00864 ISS



Seguridad Confianza



Ayudando a las
personas a vivir
saludablemente

- Un cilindro de seguridad cubre completamente la aguja tras la activación del mecanismo automático de seguridad
- Zona de agarre transparente permite una fácil visualización del retorno sanguíneo
 - BD Vialon material biocompatible clínicamente probado, reduce las complicaciones relacionadas con catéteres
 - Un exclusivo diseño de la punta del catéter disminuye el dolor de la punción

BD Autoguard™ catéter intravenoso periférico de seguridad