

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE INTERVENIDO DE ESTENOSIS TRAQUEAL

PEDRO GARZÓN MARTÍNEZ • ANTONIA CASTRO PÉREZ • RAFAEL MIRET CAÑIZARES

ENFERMEROS DEL SERVICIO DE REANIMACIÓN POST-QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL PRINCIPES DE ESPAÑA • BARCELONA

La cirugía de la traquea, especialmente la reconstructiva, es de reciente adquisición. Hasta la segunda mitad del presente siglo, las lesiones traqueales que obstruían su luz tenían como único tratamiento posible la traqueostomía por debajo de la lesión o a través de ella, con el fin de ase-

gurar una ventilación satisfactoria.

Aunque la primera resección-anastomosis traqueal en el hombre la realizó Kuester, en 1884, habrá que esperar más de medio siglo para que la cirugía torácica y paralelamente la de tráquea adquieran su verdadero desarrollo.

TIPOS DE ESTENOSIS

– ESTENOSIS TRAQUEALES CONGÉNITAS

Las estenosis traqueales congénitas son muy poco frecuentes. Pueden presentarse en forma de diafragma muy localizadas o como auténticas estenosis.

La clínica de la estenosis traqueal congénita es de distress respiratorio en el niño, con disnea, estridor y retracción torácica. Las tomografías y la endoscopia proporcionarán información sobre el diámetro, la extensión, localización y fase evolutiva de la estenosis.

– ESTENOSIS TRAQUEALES YATROGÉNICAS

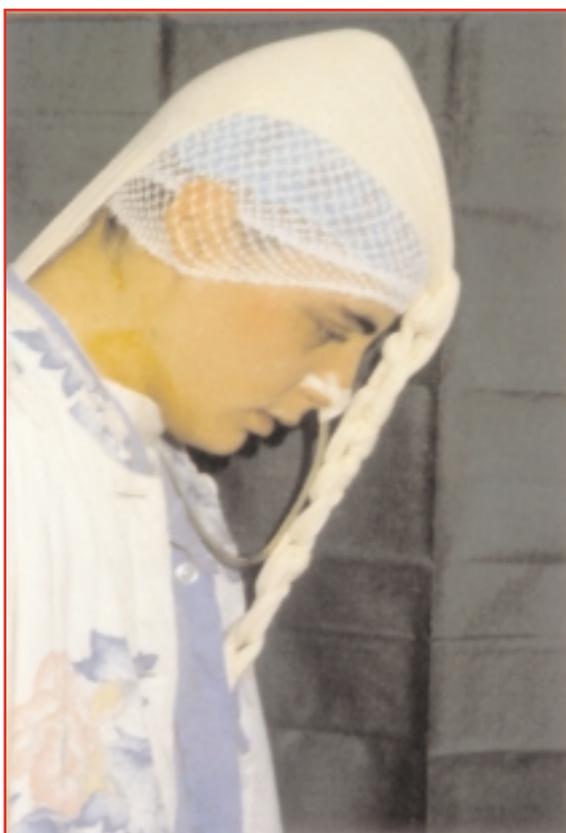
Las estenosis traqueales yatrogénicas es la complicación más grave de la reanimación respiratoria con ventilación endotraqueal, a través de una traqueotomía, o por intubación nasoro-traqueal. Esta lesión se debe considerar como grave porque produce un cuadro de insuficiencia respiratoria que, sin un tratamiento adecuado, puede poner en serio riesgo la vida del paciente.

Hace años, la frecuencia de aparición variaba, según los distintos autores, entre el 1,5 al 8 % para la traqueotomía y el 2,4 al 10 % para la intubación. Estas diferencias se explicaban por las distintas condiciones de asistencia, tipo de reanimación, contaminación hospitalaria, cuidados de la traqueotomía, tipo de material empleado e idiosincrasia personal del propio paciente.

Hoy en día el empleo de

tubos de silicona con manguitos de baja presión, el cuidado de las aspiraciones y las precauciones en la asepsia, han reducido la aparición de estenosis traqueales; no obstante sigue apareciendo esta patología, sobre todo en pacientes que han debido permanecer mucho tiempo en unidades de cuidados intensivos, precisando apoyo ventilatorio, la necesidad de la ventilación con presión positiva, el tipo de tubo utilizado, tiempo de intubación, realización de la traqueotomía alta o estrecha, realización de maniobras traumáticas en la intubación, mantener el balón muy hinchado, causa ésta muy frecuente, también puede aparecer inflamación traqueal por el roce de la punta de la cánula que puede producir lesiones, la realización de aspiraciones endotraqueales traumáticas, etc.

Otros factores coadyudantes en la producción de la estenosis, serían la esterilización de las cánulas con óxido de etileno, infección de la vía aérea, maniobras bruscas de aspiración de secreciones y movimientos incontrolados de la cabeza en





Las primeras 48 horas, la hiperflexión se asegura mediante diferentes procedimientos

pacientes intubados, factores que aislados o en combinación favorecen la presentación de granulomas, ulceraciones traqueales, necrosis y posterior estenosis.

ETIOPATOGENIA

Existe una correlación entre el mecanismo de producción, la localización y el tipo de lesión. Según su localización pueden ser:

a) Lesiones estomales. Son las localizadas a nivel del orificio de la traqueotomía, y pueden producirse: 1º por una traqueotomía alta a nivel del primer anillo o incluso a través del cricoides, 2º por defecto de técnica quirúrgica (orificio lateral, destrucción cartilaginosa excesiva u orificio insuficiente con invaginación de la cara anterior de la tráquea que forma un techo al traqueostoma), y 3º traqueostomias iterativas.

b) Lesiones supraestomales. Son las que se localizan a nivel laríngeo o laringosubglótico, y se producen por traumatismos directos en el momento de la intuba-

ción o por la irritación y en el decúbito del tubo endotraqueal con erosiones de la mucosa y condritis del sello cricoideo.

c) Lesiones infraestomales. Son las producidas por la porción terminal del tubo o cánula endotraqueal. Sobre todo, suele ser el balón insuflado el que origina

queostomias en los que se asocian dos o mas tipos de lesiones ya citadas.

d) Fístulas traqueoesofágicas. Siempre se acompañan de estenosis.

MORFOLOGIA DE LAS LESIONES

La patología suele ser variable, presentándose diversos tipos de lesiones:

1) Lesiones granulomatosas, localizadas o difusas, asentadas sobre zonas de erosión, mucosa o condritis.

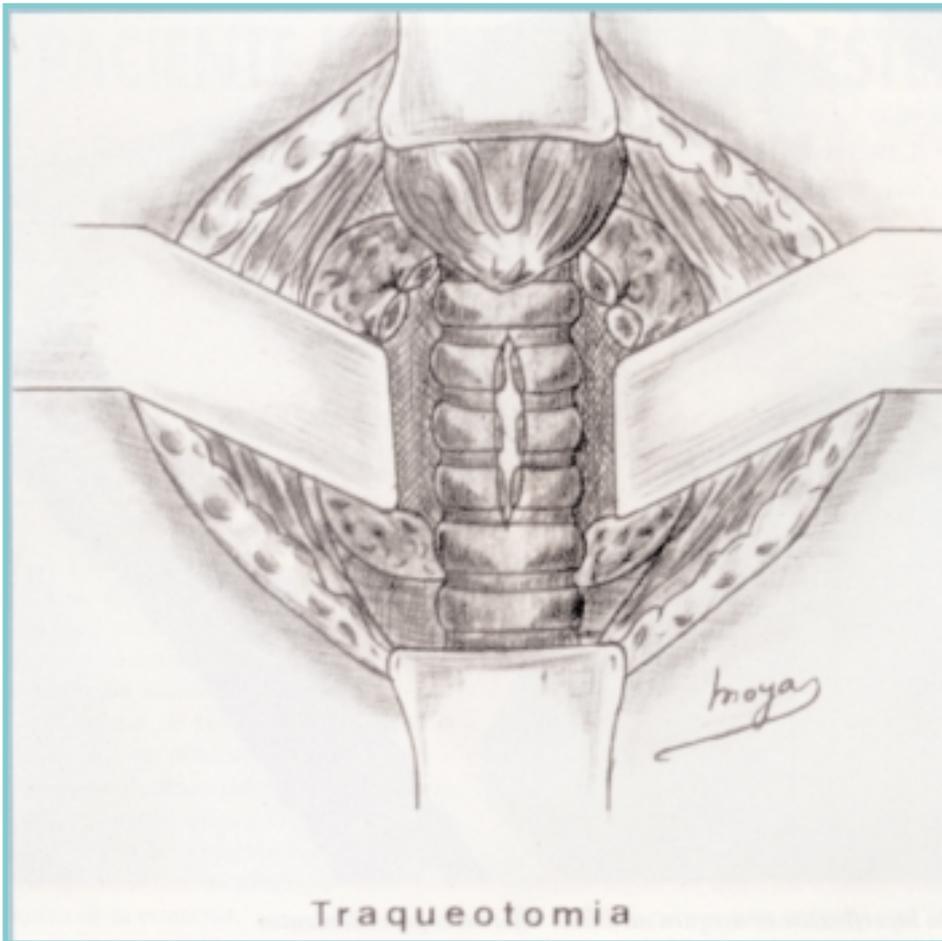
2) Lesiones fibrosas localizadas, que adoptan la forma de un diafragma y en las que generalmente no existen granulomas.

3) Lesiones estenóticas de larga extensión, que afectan a toda la circunferencia y suelen localizarse a nivel de la zona en que el manguito actúa sobre la tráquea.

4) Lesiones complejas, en las cuales, además de las ya descritas se suman zonas de pérdida de consistencia de la pared traqueal, con discinesia importante, que se

***Movimientos
incontrolados
de la cabeza, en un
paciente intubado,
pueden ser la causa
de una estenosis***

una isquemia de la pared y una necrosis con la consiguiente pérdida de consistencia cartilaginosa y cierre de la luz. Con menos frecuencia, la punta de la cánula traqueal, al apoyarse en la pared, la erosiona, llegando incluso a perforarla. Finalmente, hay paciente con intubación



Anatomía de la traquea

ANATOMIA PATOLOGICA

La anatomía patológica que podemos encontrar en las lesiones serán: presencia de granulomas, traqueomalacia, en la que la insuficiencia respiratoria será, más que por la estenosis propiamente dicha, por el colapso de la pared malácica en cada inspiración; o bien podemos encontrar un crecimiento fibroso endotraqueal.

CLINICA Y DIAGNOSTICO

La sintomatología corresponde a la de la obstrucción de la vía aérea: estridor, tiraje, tos, disfonía y dificultad de la expectoración. Algunas veces, las crisis son catalogadas como ataque asmático, tanto es así que Grillo, señala que todo paciente que desarrolle un síndrome de obstrucción de la vía aérea y haya sido intubado en un pasado reciente, debe considerarse portador de una estenosis traqueal, mientras no se demuestre lo contrario.

El momento de la aparición de los síntomas es variable en su cronología. Unas

veces se trata de un paciente traqueotomizado, que a los pocos minutos u horas de la extubación presenta síntomas alarmantes de asfixia. Más frecuentemente, el enfermo es dado de alta y, estando en franca recuperación de su enfermedad inicial, comienza de forma insidiosa a presentar estridor e insuficiencia respiratoria progresiva. Ante la más mínima sospecha de la existencia de una estenosis traqueal el enfermo debe ser trasladado rápidamente a un centro especializado donde se establezca el diagnóstico y se lleve a cabo un tratamiento eficaz.

Dos son las exploraciones sobre las que se basa el diagnóstico: El estudio radiológico con tomografías y la endoscopia. El primero permite apreciar el grado de estenosis así como la localización de la lesión y su extensión. La endoscopia determina el estado y la movilidad de las cuerdas vocales, la altura de la obstrucción, ya sea corta "en diafragma", o extensa "en túnel", la presencia o no de disquinesia traqueal asociada, y las alteraciones inflamatorias acompañantes; por lo general

existe una infección purulenta subyacente con gérmenes resistentes a los antibióticos. Por último se ha de destacar que la endoscopia, al mismo tiempo que es un método diagnóstico imprescindible, forma parte del arsenal terapéutico, pues con ella se realizan las dilataciones preoperatorias y postoperatorias de la estenosis. La espirometría y la obtención de las curvas flujo/volumen determinarán las características funcionales de la estenosis: fija o variable, intra o extratorácica.

Se realizará un T.E.G.D. si se sospecha la asociación de una fístula traqueo-esofágica, entidad relativamente frecuente en este tipo de pacientes. Estudio analítico y radiológico preoperatorio y por último si el paciente lo precisa, sesiones de fotorreducción con láser, a fin de mejorar las condiciones con las que el paciente llega a quirófano, sobre todo si la disminución de la luz es mayor del 60 %.

TRATAMIENTO

Hay que distinguir el tratamiento del enfermo con estenosis traqueal, que llega en fase aguda de insuficiencia respiratoria del paciente que bien por el tratamiento, o porque la estenosis es menos intensa, no requiere la actuación de urgencia.

INDICACIÓN QUIRÚRGICA

En principio, todo paciente con estenosis traqueal circunferencial de un diámetro inferior a 6 mm, sobre todo si no ha respondido a la terapéutica endoscópica, será subsidiario de una intervención quirúrgica. El problema de ésta indicación solo se plantea en los pacientes con una bronconeumopatía crónica obstructiva, cuya estenosis se produjo por intubación o traqueotomía con motivo de una descompensación respiratoria. En estos casos, debe sopesarse qué papel desempeña en el cuadro clínico la enfermedad respiratoria.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Todos los autores con más experiencia en la materia (Pearson, Grillo, Toty y Couraud) están de acuerdo en que el tratamiento de elección es la resección de la zona estenosada y la anastomosis cabo a cabo.

La vía de abordaje usual es la cervicotomía, que, ampliada a la sección vertical del manubrio esternal, permite el acceso a

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE INTERVENIDO DE ESTENOSIS TRAQUEAL

toda la tráquea torácica a excepción de la zona yuxtacarina, la cual sólo puede ser abordada con comodidad a través de una toracotomía derecha.

No vamos a detallar la técnica de la resección-anastomosis, pero sí dar unos principios generales: 1º) identificación de la estenosis, 2º) los orificios habituales en anestesia traqueal, especialmente la intubación temporal a través del campo operatorio, permiten la disección y sutura de ambos cabos. 3º) la resección debe hacerse en tejido con mucosa sana.

4º) La tráquea proximal y distal deben liberarse sin dañar la vascularización.

5º) Debe lograrse una perfecta aposición de los bordes mucosos.

6º) Los hilos de sutura deben ser de material reabsorbible con el fin de que no se produzcan granulomas.

7º) Con las técnicas de liberación de la tráquea descritas previamente, se puede resecar hasta un 50 % de la misma y conseguir la anastomosis sin que exista tracción sobre las suturas.

Las estenosis subglóticas presentan un problema muy peculiar, por el hecho de hallarse la estenosis dentro del anillo cricoideo que forma parte del esqueleto cartilaginoso de la laringe. Durante mucho tiempo se consideró que la resección de la anastomosis era imposible de realizar sin lesionar los nervios recurrentes. En 1975 Pearson describió su operación en la que se reseca oblicuamente el anillo cricoideo, conservando el anillo anterior. Con ello conseguía efectuar una resección de la zona subglótica salvando la entrada de los recurrentes. A partir de 1978, Couraud efectúa la resección subtotal del cricoide, manteniendo la movilidad de las cuerdas vocales y la estructura cartilaginosa, a condición de preservar el pericondrio que regenera el cartílago y dejar al menos durante 18 meses un tubo modelante endolaríngeo. Esta intervención permite la resección-anastomosis hasta el límite de las cuerdas vocales.

En los casos en que existe estenosis laríngea asociada, y en las estenosis subglóticas que falla la resección-anastomosis, se puede recurrir a la operación de Rethi, que consiste en ampliar la luz laringo-traqueal abriendo la zona estenosada e intercalando un parche de mucosa yugal y periostio en la cara posterior, a nivel de la incisión ampliadora. Al igual que en la resección subtotal se precisa un tubo tutor hasta que el periostio injertado adquiere

consistencia, lo cual ocurre en un plazo de mes y medio a tres meses.

Para grandes pérdidas de continuidad de la luz laringo-traqueal, existen procedimientos plásticos complejos en los que se forman un nuevo tubo traqueal con cartílago y mucosa, como en la operación de Meyer, o bien con piel armada y periostio.

CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS

El tiempo medio de esta intervención es de cuatro horas aproximadamente.

Una vez realizada la intervención, el paciente es trasladado a una unidad de Reanimación Postquirúrgica, incorporado, intubado, despierto y en ventilación espontánea para proceder a su extubación dentro de las primeras 24 horas, con monitorización de la tensión arterial, frecuencia cardíaca, P.V.C., Sat. O₂ mediante pulsioxímetro y diuresis.

CUIDADOS GENERALES

Dentro de los cuidados generales de todo paciente postquirúrgico, en el paciente intervenido de estenosis traqueal será muy importante que la sonda nasogástrica esté conectada a aspiración intermitente, durante las primeras 48 horas, comprobando su permeabilidad, puesto que el paciente no debe regurgitar, ni vomitar, porque además del peligro de broncoaspiración, provocaría un aumento de presión en las suturas.

Control de pérdidas por redón y retirada del mismo a las 48 horas.

Nutrición enteral por sonda nasogástrica a partir del tercer día, si no hay evidencias de ileo paralítico (el paciente ya se encuentra en su unidad asistencial).

Cambio de apósito y cura cada 12 horas, controlando el tapón y la posición del tubo de Montgomery.

CUIDADOS POSTURALES

Hiperflexión de la cabeza durante 8 días como mínimo, para favorecer una buena cicatrización de las anastomosis y plastias.

Evitar lateralización y rotaciones bruscas.

Fisioterapia sobre la región occipital, con masajes de rotación para favorecer la relajación muscular y masajes en nuca y parte posterior del cuello para evitar contracciones del músculo esternocleidomastoideo.

Movilización precoz de E.E.S.S. y E.E.I.I.

Deambulacion a partir del tercer día manteniendo la hiperflexión con la ortesis de Somy, o bien utilizando otros procedimientos.

CUIDADOS RESPIRATORIOS

La aspiración de secreciones ha de ser suave y poco frecuente.

La sonda de aspiración no debe sobrepasar el extremo distal de la cánula.

Evitar aspiraciones bucales para impedir maniobras de estimulación que provoquen tos y náuseas, porque daría lugar a un aumento de presión en la zona quirúrgica.

Hemos de intentar que el paciente se encuentre lo más relajado y tranquilo posible.

Oxigenoterapia y humidificación continua mediante inspirón y mucolíticos, aerosolterapia cada dos horas.

TRATAMIENTO MÉDICO

Antibioticoterapia. El antibiótico de elección es la Ceftriaxona durante los 10-12 primeros días.

Corticoides. Contraindicados a partir de las primeras 48 horas porque retrasan la cicatrización.

Sueroterapia. Hay que tener en cuenta que una buena hidratación del paciente también favorece la cicatrización.

COMPLICACIONES

Las complicaciones más graves y que requieren un actuación inmediata serán: hemorragia y dehiscencia de sutura, ambas candidatas de una nueva revisión quirúrgica.

TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS TRAQUEALES MEDIANTE LASER

Este tratamiento se realiza en pacientes cuya estenosis está en una fase que no precisa cirugía.

Se realiza bajo anestesia general, la ventilación se realizará mediante la traqueostomía o bien mediante el broncoscopio rígido.

El tratamiento médico será: antibioticoterapia, corticoides durante una semana, humidificación mediante aerosolterapia y a las 48 horas alta hospitalaria. ■



Reanimación sobre el asfalto



SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES

ANA PÉREZ PÉREZ

LUÍS MIGUEL DOMÈNECH FERRER

ENFERMEROS S.E.M. S.A.

ORIGEN, ORGANIZACION Y PLANIFICACION

Se define emergencia médica como aquel tipo de urgencia en el que existe una situación real de peligro inmediato para la vida de una persona o la función de sus órganos.

Catalunya, dispone desde el año 1985 del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), dependiente del Servei Català de la Salut, y cuyo objetivo es la coordinación de los recursos hospitalarios y extrahospitalarios, la optimización de estos recursos y la redistribución de los mismos para mejorar la asistencia sanitaria de urgencias a todos los niveles.

Su programa se basa en dos tipos de ASISTENCIA Y TRANSPORTE diferenciados:

- SERVICIOS ASISTENCIALES PRIMARIOS
- TRANSPORTE SECUNDARIO

El sistema cuenta con un Centro Coordinador que recibe y da información sobre la disponibilidad de recursos y frente a una emergencia, toma la decisión más conveniente: moviliza el medio móvil adecuado y escoge el hospital en función de la patología, la disponibilidad, los servicios y la distancia en tiempo, mediante los sistemas de telecomunicación apropiados.

SERVICIOS ASISTENCIALES PRIMARIOS

Se basa en la asistencia sanitaria en el menor tiempo posible y en el propio ámbito en el que se produce la demanda de dicha asistencia, ya que el pronóstico de la vida del paciente viene condicionado por la respuesta realizada, de forma que el Centro Coordinador moviliza el equipo S.E.M. con el vehículo V.A.M. (Vehículo de Asistencia Médica) cuando la llamada de emergencia así lo requiere.

Esto es, "se acerca el modelo asistencial de urgencias hospitalario al lugar de la emergencia extrahospitalaria" (1, 2).

TRANSPORTE SECUNDARIO

Es el transporte interhospitalario de cualquier paciente grave asistido por el equipo S.E.M. durante todo el trayecto con el medio móvil seleccionado según

patología y distancia desde el hospital emisor al hospital receptor adecuado (UCI MOVIL o HELICÓPTERO).

Las características (1, 2, 5) que definen un sistema de emergencias son:

- Asistencia a las urgencias y emergencias médicas en situaciones de riesgo vital que precisen asistencia rápida (victimas únicas, múltiples y en catástrofes).
- Coordinación de los recursos que intervienen garantizando la continuidad asistencial durante todo el proceso hasta la llegada al centro hospitalario.
- Disponibilidad de recursos materiales y humanos cualificados para la atención en cualquier medio, por hostil que este pueda ser (365 días al año y 24 horas al día).
- Organización y Planificación de los protocolos de actuación en medicina de emergencias
- Formación e investigación continuadas.

Es, por tanto, una actividad multidisciplinar que une los niveles de atención primaria con los de atención hospitalaria e integra conocimientos y técnicas procedentes de diferentes especialidades que se aplican durante la fase aguda del suceso.

La medicina de emergencias es practicada por equipos multiprofesionales que incluyen licenciados en medicina y cirugía, diplomados universitarios en enfermería y personal técnico en transporte sanitario. Los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la medicina de emergencias y las características de actuación en cualquier medio, confieren un perfil específico a los profesionales dedicados a esta actividad.

Con estas premisas, el Sistema de Emergencias Médicas de Catalunya inicia en Junio de 1992, de manera permanente y coincidiendo con la inauguración de los Juegos Olímpicos de Barcelona, el programa de asistencia primaria del Baix Llobregat, en donde ya se disponía de una base asistencial del SEM para transporte secundario ubicada en la ciudad sanitaria de Bellvitge.

La comarca del Baix Llobregat cuenta con una alta densidad demográfica, una intrincada red viaria (se unen y bifurcan autopistas, autovías, carreteras comarcales.



Es de vital importancia una asistencia eficaz en el lugar del accidente

SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES

locales y cinturones periféricos de la ciudad de Barcelona con los tuneles y puentes que cada uno de ellas poseen), una gran zona industrial con empresas químicas y depósitos de combustible con accesos al Puerto de Barcelona. Hay además una red ferroviaria de cercanías y trenes de largo recorrido así como el Aeropuerto de la ciudad de Barcelona sito en El Prat de Llobregat. Por último existe una amplia zona litoral con urbanizaciones de segunda residencia, lo que supone un incremento del tráfico en verano y fines de semana.

Se tuvo en cuenta la cobertura sanitaria de la zona, con hospitales comarcales (Sant Boi de Llobregat, Viladecans), de nivel 2 (Creu Roja de l'Hospitalet de Llobregat, Hosp. de San Camilo de Sant Pere de Ribes) y de nivel 3 (Ciudad Sanitaria de Bellvitge y Hospital Infantil de Sant Joan de Deu).

Para ello facilitaron su colaboración diferentes instituciones públicas y privadas de la comarca, que participaron activamente en la coordinación y activación de este plan (Dirección Provincial de

Tráfico, Guardia Civil de Tráfico, Policía Nacional, Policías Locales, Institut Català de Seguretat Vial, Reial Automòbil Club de Catalunya, empresas concesionarias de Autopistas y Túneles y otros).

Simultáneamente se trabajó con el 061 -Urgencias Médicas de Barcelona- para establecer protocolos de actuación en las zonas adyacentes a ambos sistemas de emergencia.

Es de resaltar la estrecha colaboración con dos instituciones que desde el inicio del plan de asistencia primaria apoyaron y participaron activamente con el Sistema d'Emergències Mèdiques: Bombers de la Generalitat de Catalunya y Asambleas locales de la Cruz Roja en el Baix Llobregat. Ambas entidades, en su actividad específica, están distribuidas por la zona y cuentan con equipos de técnicos, voluntarios y medios móviles que trabajan conjuntamente con los equipos sanitarios en la asistencia, desincarceración, movilización, transporte y evacuación de los heridos. Para ello se han realizado cursos sanitarios formativos básicos y avanzados para el personal de ambas instituciones. ■

CUADRO RESUMEN ACTIVIDAD GLOBAL ENERO - DICIEMBRE 1993

SERVICIOS ASISTENCIALES PRIMARIOS

Total demandas	2303	100,00%
Demandas atendidas (hay salida de vehículos).....	2281	99,04%
CANCELADAS (El vehículo no llega al destino)	252	
- No hay heridos	156	
- Heridos ya evacuados	96	
SALIDAS BLANCAS (Se llega a destino: NO HAY HERIDOS)	90	
REALIZADAS (Se llega a destino: SI HAY HERIDOS)	1939	85,01%
VAM BELLVITGE	1050	
VAM CALELLA	792	
UCI BELLVITGE	13	
UCI SABADELL	11	
UCI REUS	39	
UCI GIRONA	9	
UCI LLEIDA	2	
UCI CALELLA	3	
OTROS	4	
HELICÓPTERO RACC	1	
HELICÓPTERO BOMBEROS	15	
Demandas no atendidas.....	22	0,96%
POR FALTA DE MEDIOS	17	
POR OTRAS CAUSAS	5	

FUENTE: Centro Coordinador de SEM,SA

CUADRO RESUMEN TOTAL PERSONAS ASISTIDAS ENERO - DICIEMBRE 1993

SERVICIOS ASISTENCIALES PRIMARIOS

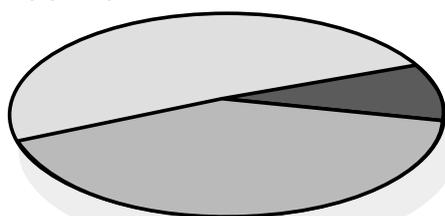
Total personas asistidas	2190 · 100,00%
Enfermos asistidos y trasladados	1834 · 83,74%
Trasladados con recursos de SEM,SA	1033
Trasladados con otros medios	801
Enfermos asistidos y NO trasladados	356 · 16,26%
llesos	161
Exitus	195

FUENTE: Centro Coordinador de SEM,SA

SERVICIOS ASISTENCIALES PRIMARIOS DE EMERGENCIA

UTILIZACIÓN DE RECURSOS - AÑO 1993
(1939 Servicios prestados)

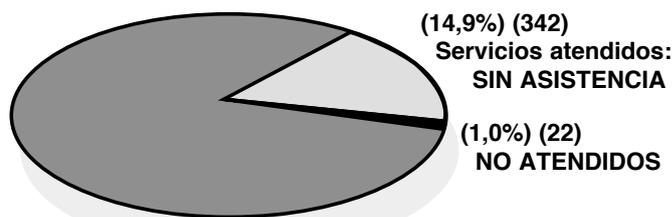
(54,2%) (1050) VAM BELLVITGE



(40,8%) (792) VAM CALELLA

SERVICIOS ASISTENCIALES PRIMARIOS DE EMERGENCIA

RESOLUCIÓN DE LAS DEMANDAS - AÑO 1993
(2303 Demandas)



(84,2%) (1939) Servicios atendidos: CON ASISTENCIA

ASPECTO DE EQUIPO EN LA RCP DEL CUERPO DE BOMBEROS DE BARCELONA

PILAR PULGAR ESPÍN

DIPLOMADA EN ENFERMERÍA • TÉCNICO SANITARIO SEIS

La reanimación cardiopulmonar en la vía pública, requiere de un entrenamiento, conocimiento y protocolo estandarizado y conocido por todo el personal que tiene que asistir a situaciones de riesgo.

Este tipo de situaciones vienen dados, ya sea por accidentes de tráfico, habituales hoy en día, por situaciones denominadas catástrofes donde el rescate de múltiples víctimas va a ser necesario, o simplemente por patología.

Existen distintas entidades en el país que realizan este tipo de asistencia y entre ellas se encuentra el Cuerpo de Bomberos de Barcelona, que cuenta con un servicio Sanitario compuesto por Diplomados de Enfermería, médico y un servicio de ambulancias y coches técnicos con los cuales se realiza el rescate y asistencia.

En este artículo vamos a especificar el tipo de actuación realizado por un equipo de profesionales que simultáneamente realizan su trabajo cada uno de ellos en su especialidad: Técnicas de Salvamento específicas a cada entorno y Técnicas de asistencia médica de soporte vital avanzado



Realizaremos la distribución del artículo de la siguiente manera :

- 1.- Concepto de Parada Cardio-respiratoria*
- 2.- Material asistencial*
- 3.- Equipo asistencial*
- 4.- Actuación*
- 5.- Conclusiones*

ASPECTO DE EQUIPO EN LA RCP DEL CUERPO DE BOMBEROS DE BARCELONA

CONCEPTO DE PARADA CARDIO-RESPIRATORIA

Es el cese de la función cardíaca de bomba.

Su diagnóstico viene dado por:

- * Inconsciencia
- * Apnea o Gasping
- * Aspecto de muerte (cianosis o palidez)
- * Ausencia de pulso en grandes vasos (Carótida y femoral)

La ausencia de pulso carotídeo es el más importante de estos signos y se le debe dar más valor que a la ausencia de ruidos cardíacos.

La midriasis se cita como un signo adicional al paro cardíaco, no hay que esperar a que esta aparezca, ya que a veces puede tardar más de un minuto en aparecer y también hay que tener en cuenta que hay drogas que pueden alterar el tamaño pupilar.

CAUSAS

Las causas más frecuentes de PC son:

- * Asfixia e hipoxia
- * Infarto coronario
- * Shock eléctrico
- * Fibrilación y taquicardia ventricular
- * Hemorragias

MATERIAL DE ASISTENCIA

- * Buen acceso a toda la anatomía del paciente debido al desplazamiento lateral de la camilla
- * Camilla abatible con ruedas
- * Monitor desfibrilador de fácil acceso y portátil
- * Respirador portátil
- * Aspirador eléctrico con batería y portátil
- * Bombonas de oxígeno fijas
- * Bombona de oxígeno portátil y con adaptación a respirador
- * Portasueros con fijación
- * Material de inmovilización y traslado ubicado y fijo
- * Esfigmomanómetro y fonendoscopio
- * Manorreductores de oxígeno y mascarilla
- * Ambú de emergencia adulto y pediátrico
- * Conexiones de 12 voltios
- * Sistemas de comunicación
- * Sistema de luces en condiciones: focos y generales
- * Sistema de aire acondicionado

Todo en el interior de la ambulancia tiene que guardar un lugar y un orden para la fácil detección del material necesario en cada situación y a causa de que el personal cambia cada 12 horas de turno.



En muchas ocasiones es difícil acceder al accidentado

MATERIAL DE IDENTIFICACION INMEDIATA

- * Función respiratoria: Color azul :
 - * Tubos de Mayo
 - * Laringoscopio
 - * Tubos endotraqueales
 - * Ambú
 - * Guías
- * Función circulatoria: Color rojo :
 - * Cánulas I.V.
 - * Smarch
 - * Sistemas de infusión
 - * Jeringas y agujas
 - * Electrodo
 - * Pasta conductora
- * Material diverso:
 - * Quirúrgico
 - * Vendas
 - * Material de curas
 - * Sondas
- * Material pediátrico: Específico para niños
Este material es básicamente igual que para los adultos pero adaptado a las diferentes edades.
- * Medicación:
 - 1.- Comprimidos
 - 2.- Inyectables:
 - * Corticoides
 - * Antiarrítmicos
 - * Antídotos
 - * Analgésicos
 - * Broncodilatadores
 - * Glucagón
 - 3.- Sueros
 - 4.- Aerosoles
 - 5.- Soluciones antisépticas
 - 6.- Tiras reactivas
 - 7.- Geles y pomadas

La medicación necesaria para la RCP está aparte y rotulada con las siglas RCP.

Todo el material es revisado y conocido por el equipo asistencial, reponiéndose el que es necesario y comprobando su buen funcionamiento para evitar posteriores problemas en la asistencia y rescate.

EQUIPO ASISTENCIAL

El equipo asistencial depende del tipo de suceso que se vaya a realizar.

Sin embargo aquí contaremos solo con el personal básico de asistencia que consiste en:

- * Diplomado en Enfermería
- * Bombero con experiencia en socorrismo
- * Bombero conductor con bases de socorrismo

Este es el equipo habitual que sale en la ambulancia y con el que realizaremos la RCP.

Cuando la asistencia y rescate tienen complicación, la dotación del equipo es mayor, nos estamos refiriendo a rescate de personas atrapadas en coches, sepultamientos, etc.

En el equipo asistencial se marca una estrategia de trabajo, aunque debido a que cada situación es diferente no se puede ser muy estricto sino mantener una flexibilidad sobre la situación.

El D.E. es el que realiza la estrategia y distribuye el trabajo una vez realizada la primera valoración.

A partir de este momento, cada persona del equipo realizará la tarea encomendada.

De esta manera se intenta mantener un orden en la actuación que nos permita desarrollar la asistencia sanitaria de forma correcta y coherente.

ASPECTO DE EQUIPO EN LA RCP DEL CUERPO DE BOMBEROS DE BARCELONA

ACTUACIÓN ANTE UNA PARADA CARDIO-RESPIRATORIA

CONCEPTO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR

La reanimación cardiopulmonar es un conjunto de técnicas que tienen como objetivos el mantenimiento artificial de las funciones vitales y el facilitar su recuperación espontánea.

Estas técnicas son:

- * Mecánicas: - Masaje cardíaco
- Ventilación
- * Eléctricas: - Desfibrilación
- * Farmacológicas

Todas ellas forman un conjunto homogéneo y estructurado que se ha de aplicar correctamente.

Aspectos a tener en cuenta ante una reanimación:

- * La recuperación de la PC es mayor si la RCP básica se inicia antes de cuatro minutos instaurada la PC.
- * La constante actualización y formación del personal que realiza la RCP es imprescindible.
- * Una vez iniciada la RCP no se puede interrumpir hasta la llegada al hospital, sólo son válidos unos segundos cuando la situación es extrema (descenso del paciente dificultoso).

Una vez establecida la salida hacia el lugar del accidente y en prevención de la información que consta en nuestro poder, iniciamos la distribución de la actuación en base a la AHA (American Heart Association) que consiste en:

- A Vías aéreas B Ventilación
- C Circulación D Drogas
- E Desfibrilación

ACTUACION ESTANDARIZADA

Técnico Sanitario:

- 1.- Valoración del estado de conciencia del accidentado
- 2.- Establecer señales de PC: Inconsciencia, Apnea, Ausencia de pulso carotídeo.
- 3.- Establecer la posición adecuada para la RCP (decúbito supino)
- 4.- Iniciar (A)
 - * Inclinación de la cabeza hacia atrás
 - * Triple maniobra modificada
 - * Mantener estabilizada la columna cervical
 - * Limpieza de cuerpos extraños y aspiración
 - * Colocación del tubo de Guedel
 - * Adaptación de mascarilla ambú
- Seguir (B)
 - * Insuflación 2 veces seguidas con ambú

- * La insuflación ha de ser lenta, de 1,5 a 2"
 - * Aporte de O₂ * Tomar pulso carotídeo
- Observar la eficacia de esta primera maniobra, elevación de tórax, evitar la distensión abdominal, posteriormente se realizará la intubación oro-traqueal.

Bombero socorrista:

- 1.- Ayudar a la colocación del paciente
- 2.- Ayuda a la colocación del collarín cervical
- 3.- Mantiene el material de resucitación a punto
- 4.- Inicia etapa (C)
 - * Colocación a un lado del paciente
 - * Localización del apéndice xifoides
 - * Colocar las manos en posición, talón mano sobre mitad inferior del esternón 2 traveses de dedo por encima del apéndice xifoides. La otra mano encima de la primera. Los brazos rectos y deprimir el esternón 4 o 5 cm.

Bombero conductor:

- 1.- Traslada el monitor desfibrilador al lugar del hecho
 - 2.- Traslada la bombona de O₂ portátil
 - 3.- Mantiene el material de traslado a punto y cercano al paciente.
 - 4.- Reemplaza al técnico sanitario en la ventilación
 - 5.- Mantiene el ritmo sincronizado con el masaje
- * Una vez realizada esta primera etapa donde ya tenemos la RCP iniciada y el personal ubicado en sus tareas, el Técnico Sanitario puede iniciar la fase D y E.

Técnico Sanitario:

Fase (E)

- * Saber que los patrones más frecuentes durante la RCP son:
 - F.V. incluyendo la Taquicardia ventricular sin pulso - Asistolia
 - Actividad eléctrica sin pulso, disociación electromecánica.
- * Una vez preparado el material de desfibrilación se realizan tres descargas seguidas:
 - 1ª.- 200 Julios
 - 2ª.- 200 a 300 Julios
 - 3ª.- 360 Julios
- * Aspectos a tener en cuenta
 - 1.- Avisar cuando se vaya a realizar la descarga, nadie ha de tocar al paciente.
 - 2.- Colocar las palas correctamente
 - 3.- Colocar pasta conductora
 - 4.- Comprobar la eficacia de la desfibrilación

Fase (D)

- * Canalización de una vía periférica
- * Tener en cuenta que tras administrar algún fármaco se ha de administrar un bolus de suero fisiológico y elevar la extremidad utilizada para favorecer el paso de los fármacos a la circulación central

* Utilización de la vía endotraqueal como alternativa a la vía e.v.:

- Dosis farmacológica 2 veces superior a la e.v.
- Las dosis se han de diluir en 10 cc de suero fisiológico
- Niveles séricos rápidos
- Administración a través del TOT
- Fármacos que se administran: Adrenalina, Atropina, Lidocaina.

* Una vez terminada la instauración de una vía endovenosa, reemplazamos al bombero conductor en la ventilación e iniciamos el periodo de traslado hacia la camilla y posteriormente hacia la ambulancia.

En este traslado ha de ser todo muy sincronizado ya que la RCP no se puede suspender más que por unos segundos.

El paciente se mantendrá en un plano duro (camilla rígida)

El traslado a la camilla de la ambulancia se hará a la cuenta de tres, interrumpiendo sólo el masaje en el momento de la elevación del paciente y reanudándose las maniobras inmediatamente, comprobándose periódicamente la efectividad de las maniobras. Durante el traslado se mantendrán las maniobras de RCP hasta la llegada al Hospital.

El Hospital ha de estar en conocimiento de que se les traslada una PC para que tenga su equipo preparado. Si es posible se les informará incluso cual es la causa, refiriéndonos a si ha sido un accidente de tráfico, una persona encontrada ya inconsciente, etc.

CONCLUSIONES

Todas las maniobras que hemos mencionado se realizan con una gran rapidez y un intento de efectividad para el paciente.

Ante cualquier dificultad de realizar una maniobra hay que tener la objetividad de buscar una alternativa, no realizar maniobras que se desconozcan ya que los que se logrará será un deterioro del estado del paciente.

Hay que tener en cuenta que se presentan situaciones de gran dificultad y es por ese motivo por lo que la actuación en equipo y su sincronización adquieren en la vía pública un gran valor. La distribución del trabajo junto con el conocimiento de las maniobras básicas es de gran importancia en este tipo de asistencia.

La constante formación y simulación de casos de rescate en situaciones adversas sirven para encontrar soluciones a situaciones posteriores que se hacen reales.

El rescate y asistencia del Cuerpo de Bomberos de Barcelona sólo se realiza en el caso urbano y rondas.

E Dolor

en los pacientes hospitalizados



JUDIT SÁNCHEZ GARCÍA
MERCEDES DAMAS LÓPEZ
AURELIO RODRÍGUEZ PÉREZ

UNIDAD DE REANIMACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DEL PINO • LAS PALMAS

El dolor constituye el motivo más frecuente por el que se solicita atención sanitaria. De todos los síntomas que existen, el dolor es el que mayor ansiedad provoca. Su alivio sigue siendo uno de los objetivos más definidos de los profesionales sanitarios. El dolor no es sólo una sensación subjetiva que se percibe en una o varias partes del organismo, sino que, al ser desagradable, se convierte en una experiencia emocional, en sufrimiento. Por fortuna, en los últimos años, el desarrollo farmacológico antiálgico y nuevas técnicas, encaminadas al alivio del dolor constituyen herramientas eficaces para suprimir en un alto porcentaje de casos, si no en su totalidad, este

síntoma que conlleva un alto grado de sufrimiento. Sin embargo, estos avances que son prácticamente asequibles a los profesionales de la medicina son infrautilizados bien por desconocimiento, bien por temor a sus efectos secundarios.

Son diversos los trabajos que informan de una alta prevalencia de dolor, tanto agudo como crónico, en la población occidental. Esta situación no varía de forma importante ya se trate de pacientes hospitalizados o ambulatorios, postoperados o no.

El estudio se realizó para conocer el porcentaje de pacientes con dolor en nuestro hospital y los hábitos de prescripción analgésica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo se realizó en el Hospital Universitario Ntra. Sra. del Pino de Las Palmas de 377 camas. El Hospital cuenta con Medicina Interna y especialidades (150 camas) y las diversas especialidades quirúrgicas, excluyendo Cirugía Infantil, Obstetricia-Ginecología, Otorrinolaringología y Oftalmología.

Atiende a una población de 363.779 habitantes, es de referencia de la isla de Lanzarote con 72.955 habitantes y soporta asimismo varias especialidades de referencia de la provincia de Las Palmas con una población de 818.030 habitantes.

Se practicó una revisión de las historias clínicas y entrevista personal al 60% de los pacientes ingresados. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, servicio en el que estaba ingresado, si el dolor estaba presente en el ingreso, si constituyó el síntoma principal de su enfermedad, cuál era su intensidad actual (según escala descriptiva simple de 0 a 10 cm, donde el 0 representaba la ausencia de dolor y el 10 el máximo dolor imaginable), la pauta de analgesia y sedación prescrita y tipo de analgésico.

Fueron excluidos de la entrevista los pacientes del área de Urgencias, Intensivos, Reanimación y aquellos que tenían alteraciones neurológicas que impedían una correcta recogida de datos.

RESULTADOS

Se practicaron 216 entrevistas, 130 a varones y 86 a mujeres. La edad media de la población de estudio fue de 57,5 +/- 18 años. Pertenecían a Servicios Médicos 87 pacientes y a Servicios Quirúrgicos 129. Del total de la muestra 125 (58%) presentaban dolor en el momento del ingreso hospitalario y en 68 de aquellos constituía el síntoma principal de su enfermedad. (TABLA I, pág. 16).

En el momento de la entrevista, el 54% manifestó dolor. La intensidad de este síntoma estaba repartida de la siguiente manera:

- Leve (1-3 cm.) en el 34% de los casos
- Moderado (4-7 cm) en el 38%
- Intenso (8-10 cm.) en un 28%

No se detectaron diferencias significativas de intensidad de dolor en relación con el sexo o la edad. Relacionando el dolor al ingreso con la prescripción analgésica, un 31% de los pacientes de los Servicios Médicos contaban con ella frente a un 58% de los enfermos de los Servicios Quirúrgicos (TABLA II, pág. 16). En el momento de la entrevista, se reduce a un 28% en los Servicios médicos y aumenta hasta un 63% en los quirúrgicos (TABLA III, pág. 16).

El 66% de las prescripciones analgésicas en los Servicios quirúrgicos eran a demanda frente a un 50% en los médicos.

La sedación estaba pautada, en todos los casos, de forma fija. El 64% de los pacientes con sedación presentaban dolor al ingreso hospitalario.

De los pacientes que contaban con prescripción analgésica manifestaban haber padecido dolor en el momento de la entrevista un 53% en el caso de los médicos y un 77% en los quirúrgicos.

El 99% de los casos, el analgésico seleccionado era del tipo de los antiinflamatorios no esteroideos.

DISCUSIÓN

El estudio demuestra que en nuestro medio hospitalario existe un elevado número de pacientes con dolor. La presencia de dolor en más del 50% de los pacientes en el momento del ingreso confirma una vez más que se trata de un síntoma de común presentación. Esto puede favorecer una desensibilización del personal sanitario que ya lo ve como cosustancial a cualquier enfermo, no prestando la atención necesaria a las características del dolor ni a su alivio precoz y eficaz. Resulta totalmente contradictorio que sea en un hospital, donde se dispone de múltiples disciplinas, de armamentario terapéutico amplio y de un buen número de profesionales para el cuidado y seguimiento de los pacientes, donde el dolor no es suprimido. Nuestro trabajo muestra limitaciones en cuanto a un mayor número de datos (dolor agudo vs crónico, características del dolor, duración del dolor, etc.) pero en cualquier caso consideramos que nuestros resultados son tan alarmantes como el de los autores revisados (entre un 50 y 80% de los pacientes tenían dolor en el momento de la entrevista). Es duro explicar a la población que aunque ingrese en un Hospital para recibir los cuidados necesarios, su dolor no va a ser aliviado.

También concuerdan nuestros resultados con los de los autores revisados en los que la utilización de analgésicos es inferior en los servicios médicos con respecto a los quirúrgicos. No deja de sorprender que en la mayoría de los pacientes con analgesia, ésta sea "a demanda". El significado de esto es que el paciente solicita un analgésico cuando ya tiene dolor y es el profesional de enfermería bajo su "libre criterio", el que administrará el analgésico.

Cualquier método analgésico farmacológico para que sea eficaz debe cumplir una serie de requisitos y entre estos destacan el uso de un analgésico con potencia suficiente para aliviar el dolor y una administración horaria fija antes de que aparezca el dolor de nuevo. Estos preceptos tan sencillos de retener se incumplen cotidianamente y ello nos lleva a ver a nuestros pacientes en un estado de sufrimiento permanente que nos obliga a deshumanizarnos para tolerar "lo mejor posible" nuestro turno de trabajo.

Nuestro mensaje quiere aportar una visión positiva de los hechos. Esta situación es potencialmente mejorable. En nuestras manos está la posibilidad de reducir el sufrimiento a nuestros enfermos y también pasa por mantener una actitud activa de combatir el dolor exigiendo y recordando al personal médico, entre otras cosas, que el alivio del dolor resulta más gratificante como ser humano que el acertar un diagnóstico difícil.

CONCLUSIONES

- 1.- Presencia elevada de dolor en los pacientes hospitalizados, independientemente de que sean médicos o quirúrgicos.
- 2.- Ausencia de prescripción analgésica en un buen número de pacientes con dolor.
- 3.- Pautas analgésicas inadecuadas e insuficientes.
"Analgésia a demanda = Dolor".
- 4.- Temor a la prescripción facultativa de los analgésicos opiáceos.
- 5.- Se precisa un **cambio de actitud frente al "dolor ajeno"**. Esta actitud se vería favorecida si se considerara la analgesia eficaz como un indicador de calidad asistencial en nuestros hospitales. ■

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Marks RM, Sachar EJ: Undertreatment of medical in patients with narcotics analgesics. *Ann Intern Med* 78:173-181, 1973.
- 2.- Lutz LJ, Lamer TJ: Management of postoperative pain: review of current techniques and methods. *Mayo Clin Proc* 65:584-596, 1990.
- 3.- Cañellas M, Bosch F, Bassols A, Rue M, Baños JE: Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc)* 101:51-54, 1993.

TABLA I • Dolor como Síntoma Principal al Ingreso y Analgesia

Servicios Médicos	Servicios Quirúrgicos
No dolor/No Analgesia: 56	No Dolor/No Analgesia: 37
No Dolor/Sí Analgesia: 9	No Dolor/Sí Analgesia: 46
Dolor/Sí Analgesia: 8	Dolor/Sí Analgesia: 24
Dolor/No Analgesia: 14	Dolor/No Analgesia: 21

TABLA II • Dolor al Ingreso y Prescripción Analgésica

Servicios Médicos	Servicios Quirúrgicos
No dolor/No Analgesia: 42	No Dolor/No Analgesia: 23
No Dolor/Sí Analgesia: 4	No Dolor/Sí Analgesia: 22
Dolor/Sí Analgesia: 13	Dolor/Sí Analgesia: 48
Dolor/No Analgesia: 28	Dolor/No Analgesia: 35

TABLA III • Dolor en la Entrevista y Analgesia

Servicios Médicos	Servicios Quirúrgicos
No dolor/No Analgesia: 47	No Dolor/No Analgesia: 27
No Dolor/Sí Analgesia: 8	No Dolor/Sí Analgesia: 16
Dolor/Sí Analgesia: 9	Dolor/Sí Analgesia: 54

¿MIEDO OSADÍA?

Amaia Azkue

SUPERVISORA ÁREA QUIRÚRGICA · HOSPITALE DE MENDARO (GUIPUZKOA)

Al finalizar los estudios de enfermería, recibimos un título que nos capacita para trabajar en cualquier sitio como enfermeras(os): un hospital, un centro de salud, un ambulatorio, etc... y dentro de un hospital en cualquier servicio (Rx, consultas, diálisis, cuidados intensivos, quirófano, etc.), pero, ¿estamos realmente capacitados para ello?.

Ni que decir tiene que la respuesta es SI, aunque la realidad es una buena dosis de incredulidad hacia esta respuesta.

Me limitaré a hacer un breve comentario de lo que sucede con esta enfermería nueva que llega a un servicio de Anestesia o Reanimación.

En el mejor de los casos son personas que durante la carrera han realizado algunas prácticas en estos servicios, pero otras muchas, es la primera vez que ven algo relacionado con nuestra especialidad.

Se encuentran rodeados de aparatos que no saben como funcionan y a veces tampoco para lo que sirven; solo recuerdan de primera impresión el sonido penetrante de las alarmas y la impotencia al querer descifrar todo lo que ven en las pantallas y no saben cómo interpretarlo.

Yo creo que este recuerdo nos asusta a la mayoría y puede ser un motivo para alejarse de nuestra especialidad.

Otras veces observamos el efecto contrario, ya que la ignorancia es muy atrevida; el no saber exactamente lo que estamos manejando (medicación, drogas, etc.), nos hace comportarnos de una manera más relajada y a veces un tanto peligrosa, ya que todos los profesionales de enfermería sabemos que la penicilina es un antibiótico, pero, ¿sabemos todos que el anectine es un relajante muscular y que “nunca” se puede administrar si no tienes un respirador en su defecto un

ambú, y que se utiliza antes de una intubación endotraqueal?

Por todo ésto, yo creo, que los dos extremos son malos. No debemos infundir miedo hacia las personas que comienzan a trabajar en un servicio de anestesia o reanimación, pero sí debemos transmitir, todas las precauciones que se deben tomar.

Sin embargo, cuando llegamos a este punto, se nos plantea a todos el mismo problema:

“Los nuevos quieren aprender pero ¿cómo? -sobre la marcha”; a través de profesionales más expertos que ponen toda su voluntad y que luchan contra el tiempo, ya que no lo tienen para realizar esta práctica de docencia y además no cuentan con el apoyo de las Instituciones, pues todavía no se contempla la necesidad de la especialidad, muy justificada sin embargo para todos los que trabajamos a diario en ella.

Desde hace años, un colectivo importante de enfermeras/os, animados por unas iniciativas autonómicas fundamos la Asociación Nacional de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor; pero eso no ha sido suficiente; tenemos que seguir luchando y tenemos que seguir trabajando, animando a los “nuevos profesionales” para que nos conozcan y no tengan miedo a enfrentarse a este tipo de trabajo, ya que el respeto que actualmente se tiene irá desapareciendo cuando a través del

reconocimiento de la especialidad tengamos unos estudios y unas prácticas específicas.

Yo, a través de este pequeño comentario quiero invitar a todos los profesionales de enfermería que trabajen en estos servicios, para que se impliquen con nosotros, ya que entre todos podemos conseguirlo, y a todos los “nuevos” para que prueben el “avanzillo” que sentimos los que hemos trabajado en ellas. ■

***La ignorancia
es muy atrevida***

Comunicación e información con el paciente

JOSÉ ÁVILA PINTO

ENFERMERO HOSPITAL UNIVERSITARIO
"VIRGEN MACARENA" • SEVILLA

Es indudable el protagonismo y la preponderancia que en nuestros días tiene todo lo relacionado con la comunicación y los medios de que ésta se vale para su expresión y alcance.

No menos cierto es la variedad y complejidad de medios técnicos al servicio de la comunicación hablada y escrita, así como la oportunidad de sus usos por parte de todos.

En este marco de abundancia de medios, variedad de oportunidades y presencia de la comunicación en todas las manifestaciones del hombre, contrasta la despreocupación y olvido de la misma (comunicar es encuentro) en los medios hospitalarios, donde el paciente es frecuentemente relegado al mero objeto del tratamiento y poco interviene en el conocimiento de cómo evoluciona su patología.

A más alarde de medios y riqueza de expresión en todo lo concerniente a la comunicación, más deshumanización y aislamiento de la persona con lo que le rodea y le acontece.

Es una contradicción observar los adelantos y medios eficaces que la medicina tiene a su alcance para diagnosticar, tratar y resolver con rapidez la enfermedad en el hombre, y cuanto se tarda (en muchas ocasiones se prescinde) en manifestar información y comunicación de los procesos patológicos en los propios pacientes.

Las áreas quirúrgicas de nuestros hospitales y en concreto las zonas de quirófano y reanimación, son un campo abonado, por sus especiales características y estado anímico y de conciencia del paciente al pasar por ellas, para que el aspecto de la comunicación y la información sea pasado con mucha frecuencia por alto, o en el mejor de los casos, sea tratado como de segundo orden, con mucha superficialidad y poca conciencia de qué necesita o espera conocer el paciente.

Se investiga con análisis y recogidas de



Es fundamental que el paciente no se sienta solo

datos de las situaciones del paciente, elaboración de cuidados y establecimiento de suplencias, etc..., pero parece que se olvida la voluntad, deseo situación específica que presenta el paciente en cada momento para darle satisfacciones y conocer qué grado de confianza y conocimiento tiene de su proceso patológico.

Investigar para conocer y poder aplicar soluciones a las demandas y problemas, es el camino idóneo para responder a las exigencias de la profesión de Enfermería y expectativas de la sociedad para con ella; pero todo este ejercicio tendría que estar siempre acompañado de una visión práctica de utilidad y como respuesta válida a las necesidades reales de los pacientes.

Por todo ello, es de desear que la investigación, la técnica, lo programático, en definitiva la norma, no evite el encuentro con la persona enferma ni amordace la expresión

de sus necesidades y preocupaciones.

El medio quirúrgico, la reanimación y no digamos las clínicas y tratamientos del dolor, colocan en las manos de la Enfermería al hombre enfermo en unos momentos muy fuertes y cruciales, que requiere un especial tacto en la relación, y en donde comunicar e informar despiertan en el paciente fuerzas de apoyo que actúan como verdaderas defensas del organismo para su curación y le coloca en las mejores disposiciones de recibir los tratamientos.

Es reciente la constatación de la importancia que tiene en el proceso de curación del cáncer la información, el apoyo psicológico, en definitiva la comunicación y el encuentro con las preocupaciones del paciente para liberarle de sus miedos, ansiedad y así despertarle autodefensas que pueden hacer frente a la enfermedad con verdadera eficacia. ■

En cuantas ocasiones, mientras realizamos nuestro trabajo, nos damos cuenta que a través de una pequeña ventana, la familia del paciente, con cierta expresión de angustia y/o extrañeza, observan todo lo que acontece en el box donde atendemos a su ser querido.

Al percatarnos de esta situación, y en la mayoría de los casos, procedemos sin más, a bajar la cortina de dicha ventana, alegando que no disponemos del tiempo necesario para dar explicaciones.

Ante la situación temporal, de ignorar a la familia, lo más seguro es que aumentemos la angustia que ya poseen y dar lugar a que se enojen, por la falta de comunicación que hemos tenido por nuestra parte.

Otras veces, han volcado su hostilidad hacia el equipo asistencial, concretamente hacia Enfermería, por ser quien más tiempo atiende al paciente, hasta el punto de amenazarnos con demandas judiciales, y partes escritos a la Dirección del Centro, demandando falta de atención.

La hospitalización de una persona querida, emocionalmente, comporta que la familia viva unas experiencias muy dolorosas, aún más, si el estado del paciente es crítico.

Para los familiares, el Hospital, la unidad donde atendemos a su ser querido, resulta un entorno desconocido, inquietante, y en ocasiones aterrador.

Mi experiencia ante estas situaciones, es que debemos actuar con calma y seguridad, nuestro objetivo es ganar la confianza de la familia, de manera que en vez de ser un obstáculo para la relación paciente-enfermería-familia, sus integrantes se conviertan en una ayuda, tarea en ocasiones sumamente difícil...

Debemos ayudar a los familiares a superar todos aquellos problemas que surgen, desde el ingreso del paciente a los cuidados post-exitus.

Veamos algunos de los problemas que con más frecuencia suelen aparecer en las familias cuyos seres queridos permanecen en cualquier Unidad de Reanimación o Cuidados Críticos, problemas, que Enfermería debe afrontar y tratar de solucionarlos.

Sensación de angustia, no saben, si el ser querido padece o tiene dolor, si está despierto y tiene miedo, lo mal que se pasa cuando tose y se desadapta del respirador o porque está solo la mayoría del día ?

Cansancio de la familia por falta de sueño, en ocasiones agotamiento tanto psíquico como físico, debido a la permanencia durante varias horas e incluso días, en el hospital ?

Miedo por permanecer en un entorno físico desconocido, extraño, intimidante ?

Falta de información sobre normas del hospital y de la Unidad donde se atiende al paciente?

Que hacer en caso de duda, a quien dirigirse, como obtener información acerca de su ser



¿Qué hacemos con los familiares?

¿Qué actitud adoptamos?

JOSEP JIMÉNEZ PÉREZ

ENFERMERO DE CUIDADOS INTENSIVOS
HOSPITAL DE BELLVITGE • BARCELONA

Diariamente nos enfrentamos con los familiares del paciente ingresado en nuestra unidad, a diversas situaciones, desencadenadas por múltiples causas, bien porque han transcurrido varias horas que se han separado del ser querido por ingreso en una zona restringida, intervención, exploración, etc.. o sencillamente nadie les ha informado, o si se hace, no encontramos a ningún familiar, otras veces, no se tiene en cuenta, etc...

Pongámonos por un solo instante en el lugar de la familia, y experimentemos la sensación de impotencia, angustia, temor, etc... ya que han pasado varias horas y todavía nadie nos ha dicho nada...

En otras ocasiones, los familiares están en su domicilio, y reciben una llamada telefónica, que les dice que acudan urgentemente al Hospital...

En mi Hospital, al igual que en la mayoría de Centros, se ha elaborado una hoja informativa, con la finalidad de informar a los familiares del paciente que ingresa en la UCI, RPQ, acerca de:

- ¿Qué es un Servicio de Cuidados críticos?
- ¿Quién forma el equipo profesional?
- ¿Qué hacemos por los pacientes?
- ¿Cómo nos pueden ayudar a cuidar mejor a nuestros pacientes?
- ¿A quién debe dirigirse en caso de duda?
- ¿Cuál es el horario de visita, cuando se da información?

Dicha hoja informativa se les da a los familiares del paciente después de ingresar, además rellenamos los datos necesarios por si tenemos que localizarlos por alguna causa, y no están en la sala de espera, (Teléfono, apellidos y parentesco con el paciente).

En cuanto podemos, enseñaremos a los familiares a orientarse en un ambiente desconocido, donde esta la habitación del paciente, los pasillos para acceder a ella, localizar el número de box...

La familia agradece el que les acompañemos y vean donde atendemos a su ser querido. Este breve contacto personal, refuerza la impresión que tienen de Enfermería, como a un grupo de personas que se preocupa del paciente y de la familia.

En la mayoría de las ocasiones, no es fácil hablar con la familia, debido a la gran tensión emocional a la que está sometida. Lo más probable es que no oigan ni comprendan todo lo que decimos, incluso, confunden o interpretan mal la información que se les ha dado.

Teniendo en cuenta estas premisas, cuando informemos a la familia, debemos ser claros y fáciles de entender, responderemos a las preguntas que siempre nos hacen:

- ¿Oiga me han dicho que...
- ¿Cómo está, es grave....
- ¿Tiene fiebre, no come nada...
- ¿Saldrá de esta situación, mejorará...
- ¿Está dormido, tiene dolor, se mueve...
- ¿Cómo es que se ha complicado tanto...
- ¿La curva de arriba, la de color rojo, (se refieren al monitor)
- ¿Escuche, este suero está vacío, no baja nada...
- ¿Se está muriendo, verdad...
- ¿Por la noche quien lo atiende, ya lo hacen igual de bien que por la mañana...
- ¿Cuántos de nosotros pueden entrar a verlo...

Tenemos que comunicarnos con la familia, aunque sea de forma breve, lograremos reducir la ansiedad y crearemos una relación de confianza.

El no hacerlo, conduce a que transmitamos preocupación o generemos más tensión, en ocasiones, puede ser malinterpretado como de que algo no va bien, de que es más grave de lo que se le está diciendo.

En las Unidades donde se atiende a enfermos críticos, puede

Si ocurre dentro del horario de visitas, deberemos sacarlos del box, conduciéndolos a la sala de espera, para que ni vean ni oigan nada de los que ocurre. Procederemos de igual manera con los familiares que están visitando a otros enfermos de la Unidad.

Debemos evitar que malinterpreten lo que ocurre durante la reanimación. Es obvio que después de la emergencia necesitan información exacta y puntual de lo ocurrido, incluso si es grave. La incertidumbre de no saber qué ocurre, empeora la situación generando más tensión y preocupación.

Los familiares, pueden pensar, que saben todo lo que ha ocurrido, afrontándolo de mejor manera, en ocasiones antes de la crisis, estaban hablando con su ser querido, y luego se les notifica que ha empeorado, hasta el punto de esperar lo peor...

Una vez finalizada la emergencia, y en cuanto se pueda, dejaremos que los familiares pasen al box. El que vean por ellos mismos que se ha solucionado la crisis, les calma y reduce la angustia.

También puede ser bueno para el paciente, que en ocasiones, recuerda de forma confusa, que hablaba con la familia y de repente...

Cuando con la familia establecemos una relación de apoyo emocional, debemos facilitarle la ayuda de otros profesionales, como la Asistencia Social o los Servicios del Sacerdote...

En otras circunstancias, nos encontramos con la muerte del paciente, por los que procedemos a llamarlos por teléfono, en el caso de que no se encuentren en la sala de espera.

Nosotros les decimos que acudan urgentemente al Hospital.

La responsabilidad de notificar la defunción es del médico, ya que aparte de firmar el certificado de defunción y demás trámites burocráticos, a los largo del proceso asistencial han establecido una relación con la familia por las repetidas ocasiones de hablar con ella.

Generalmente, ante esta situación, los familiares suelen estar en un estado de shock emocional y no ser capaces de reaccionar con facilidad ni de pensar con claridad, por lo que debemos orientarlos para que tomen diferentes decisiones y organizarlos a realizar algunos trámites.

Debemos preguntar si desean ver el cuerpo del difunto, que en la mayoría de ocasiones sí quieren. Ver el cuerpo de un familiar suele ser una experiencia bastante dantesca.

Prepararemos el cuerpo del difunto retirando los equipos de suero, vías, TOT, drenajes, etc..., y sacaremos de la habitación el respirador y todo el material, lavaremos el cuerpo y cambiaremos la ropa de la cama.

Debemos acompañarlos a la habitación, dejando que entren las personas que quieran y que expresen sus sentimientos, así como el tiempo necesario para despedirse.

El cerrar las puertas de box, puede ser una opción interesante, pues los aísla del resto de la unidad, y los pacientes no se angustian al oír lamentaciones y llores.

Una vez notificada la defunción, entregamos una hoja de información a los familiares del difunto, y se les dice lo que deben hacer; así como ponerse en contacto con la funeraria, los documentos que deben llevar, la ropa para vestir al difunto...

La muerte de un paciente siempre es una experiencia triste que nos suele preocupar, en ocasiones solemos llevar una relación larga mientras asistimos al paciente, por lo que hace que pasemos algunos instantes con la familia compartiendo sentimientos y de que somos conscientes de la pérdida que han sufrido.

Los familiares necesitan tener la seguridad de que se ha hecho todo lo humanamente posible y que el paciente no se ha encon-

Anestesia y Reanimación en un Hospital de Campaña

DR. FRANCISCO G. BOROVIA

SERVICIO DE URGENCIAS DE CIRUGÍA - HOSPITAL DE BELLVITGE (BARCELONA) • MIEMBRO DE "MÉDICOS DEL MUNDO"



• La guerra en Bosnia y Herzegovina •

Los acontecimientos desarrollados en los últimos años en los Balcanes han conmocionado a la opinión pública europea por lo irracional y violento de los mismos. En 1992, como parte de la desintegración de la “antigua Yugoslavia”, se desarrolla el referéndum por la independencia de la república de Bosnia y Herzegovina. Este evento fué boicoteado por la población serbia de Bosnia, animados por un espíritu ultranacionalista con claros rasgos fascistas. Estos, apoyados por la vecina República Serbia y con el armamento del antiguo ejército federal, decidieron unificar todos los territorios en los cuales existiera

población de origen serbio, utilizando para ello la fuerza de las armas, las expulsiones, el terror.... en definitiva, lo que ha venido denominándose “limpieza étnica”. Así reza el lema nacionalista serbio “*Samo Sloga Srbina Spasava*”, que traducido significaría “Sólo la unidad puede salvar a los serbios”. Encabezados por un líder local el psiquiatra **Radovan Karadzic** y apoyado por su homólogo de Belgrado **Milosevic**, se autoproclamó la República Serbia de Bosnia, sin tener en

cuenta la opinión y sentimientos del resto de población que convivía en la zona. El objetivo final sería la conquista de la mayor superficie posible y su unión con el resto de territorios serbios.

Serbios y croatas, rivales desde antes de la creación del Estado Yugoslavo, se enfrentaron militarmente, tanto en sus respectivas repúblicas como en el territorio de Bosnia. Todo ello ante el asombro y pasividad de la Comunidad Internacional, que en todo momento mostró su oposición al conflicto pero que tan sólo reaccionó mediante sanciones económicas y el bloqueo de la venta de armamento a las partes. Ambas partes, con intereses territoriales en zonas ocupadas por musulmanes, arremetieron

contra éstos con el pretexto de una nueva “cruzada” por la pureza de la raza y contra el “fundamentalismo islámico” estrangulando al estado bosnio libre, limitándolo a un pequeño corredor en Bosnia central, donde iban siendo arrojados todos los musulmanes capturados en los territorios ocupados.

Mostar, capital de Herzegovina, se halla situada en el valle del río Neretva, a unos 150 Km de Sarajevo. Fué un símbolo más de la interculturalidad yugoslava. Posee un pasado ligado a la dominación turca que se inició en el s. XVI y durante cuyo período se construyó su emblemático puente que



La ventilación a pacientes en situación de extrema gravedad sólo era posible de forma manual

crossa el río y numerosas mezquitas que jalonan la ciudad.

Tras el inicio de la guerra civil croatas y musulmanes expulsaron de la ciudad a la minoría serbia. Sin embargo, un creciente nacionalismo croata, similar al desarrollado en Serbia, desencadenó en Mayo de 1993 la guerra entre éstos y bosnio-musulmanes que hasta la fecha habían sido aliados. El *HVO* (Consejo de Defensa Croata) marcó una línea divisoria entre ambos en la ciudad y expulsó al sector Este a aquellos cuyo delito fuera el profesar la religión islámica o simplemente por llevar un apellido de rai-gambre otomana. Todo ello con la absurda justificación de frenar el avance del extremo islámico en Europa

Así la ciudad quedó dividida en dos sectores: el bosnio (de mayoría musulmana), correspondiente a los barrios más antiguos y típicos, y el croata, en la zona nueva de la ciudad. Durante diez meses el sector Este de la ciudad (musulmán) fué sometido a un duro sitio que parte del *HVO*, similar al practicado por los serbios en Sarajevo: miles de proyectiles de mortero, artillería, disparos de ametralladoras y de francotiradores castigaron a la población civil, con un solo objetivo: destruir la ciudad, mutilar sus símbolos culturales -como el puente viejo- y aniquilar a sus habitantes. Sin agua, sin corriente eléctrica, sin teléfono, sin alimentos...

... y con armamento escaso y rudimentario, sus 50.000 habitantes han sobrevivido encerrados en este “gueto” gracias a la ayuda humanitaria que entraba con cuentagotas por la ruta del Neretva por medio de la escolta de UNPROFOR (los “casco azul españoles”). Todos con un único anhelo en sus mentes: sobrevivir y escapar, escapar aunque fuera a Sarajevo. Al otro lado de la línea, la zona croata, con todas las comodidades y servicios, donde

parece que la guerra les sea ajena.

Durante ese tiempo Mostar-Este vivió aislada del resto del mundo y tan solo unida al resto de Bosnia por un peligroso corredor controlado por la *Armija* (Ejército bosnio) que evitaba el éxodo hacia Sarajevo. Y es que la población fué utilizada como escudo humano para sensibilizar a la Comunidad mundial de la masacre. La ciudad se organizó a base de improvisar, desarrollando una economía de guerra en el que cada cual debía hacer aquello que sabía (cocinar, limpiar, repartir agua y alimentos, etc..) y la mayoría estaban movilizados como soldados. En este medio, objetos como pilas, fruta o chocolate no eran difíciles de conseguir en el mercado negro, sino imposible

• El Hospital de Mostar •



Como parte de esta política del Consejo de Defensa de la ciudad se puso en funcionamiento un hospital, el único para toda la población. Se ubicó en un edificio de sólida construcción utilizando previamente como centro de registro epidemiológico y laboratorio situado en la avenida Marsala Tita (fotografía 1). Para ello hicieron acopio de material de un viejo hospital militar y material cedido por diversas organizaciones humanitarias (entre ellas “*Médicos del mundo*”). El edificio consta de 3 plantas: un sótano y 2 plantas superiores. Sin embargo, la última planta fue inutilizada debido a los frecuentes impactos de artillería. Consiguieron montar 2 quirófanos, una “sala de Rayos” (con un nuevo aparato de Rx portátil), una sala-consultorio, una farmacia, sala de partos y varias salas de hospitalización. Un total de camas no superior a las 35 pero la necesidad convirtió a los pasillos en salas suplementarias en los momentos más apurados. Acogía

no tenían otro lugar donde ir y poder comer. Se disponía en el edificio de tan solo dos retretes para todo el personal y pacientes, sin duchas sin lavabo ni agua corriente. La higiene personal era algo difícil de mantener y que cada cual solucionaba como podía, con imaginación o resignación.

La falta de material adecuado, tanto médico como quirúrgico, la falta de medios tan imprescindibles como el oxígeno, respiradores mecánicos o instrumental adecuado, hacían de cualquier intervención una aventura, en el que la buena voluntad de los que allí trabajaban hacían seguir luchando por la vida.

Un autoclave alimentado por carbón vegetal realizaba la esterilización del material y la ropa. El material desechable escaseaba: no habían pijamas ni batas; los analgésicos, antiácidos y sueros llegaron a faltar. Las pruebas de laboratorio se limitaban a recuento leucocitario, hemoglobina y sedimento urinario. El Banco de Sangre lo

grupo sanguíneo tipado, que en caso necesario acudían al centro para una donación y transfusión inmediata. El transporte de los heridos se hacía en camillas, a mano, corriendo por las calles y puentes. A menudo, por seguridad se tenía que diferir hasta la noche. El centro también disponía de una vieja ambulancia, un Land Rover destartado que había que empujar para arrancar y a menudo sin gasolina. Las ventanas del hospital estaban bloqueadas por sacos de arena y maderas. La falta de luz eléctrica debido al racionamiento del combustible para el generador, sumía al edificio en una continua penumbra con un olor característico. El pase de visita a través de pasillos y salas se iluminaba con la triste luz de una vela sostenida por una enfermera. Con dificultad se apreciaba el estado del enfermo o si la herida presentaba buen aspecto....Así un sinfín de detalles que la pura necesidad hacía tolerables, pero que no dejan de asombrar a aquellos que estamos acostum-

ANESTESIA Y REANIMACIÓN EN UN HOSPITAL DE CAMPAÑA

El centro aglutinó a varios especialistas, idealistas, refugiados o simplemente atrapados por su destino, en su mayoría musulmanes: Un cirujano, un anestesiista, dos ginecólogos, un neurocirujano y cuatro médicos generales componían el cuerpo facultativo. Todos ellos de guardia permanente, no sólo por necesidad, sino también porque el riesgo de los desplazamientos los obligaba a permanecer en el sótano del hospital. De hecho vivían allí, algunos incluso con sus familias.

El trabajo de enfermería lo desarrollaban en su mayor parte voluntarios y voluntarias de la ciudad. Algunos eran profesionales que habían trabajado en hospitales antes del inicio del conflicto. En muchos casos con pocos conocimientos científicos pero con una gran vocación de ayuda. Su labor se desarrollaba siempre en la misma área. Realizaban turnos de 24 horas a días alternos. La intensidad del trabajo era fluctuante, dependiendo del número de heridos. Se podía pasar rápidamente del hastío al trabajo continuo. Cuando aparecían los heridos en el pasillo todos ayudaban como podían: poniendo vías endovenosas, retirando la ropa, colocando vendajes, entrando el enfermo en quirófano, etc... Como pago: comida, unos cartones de tabaco y algún paquete de Unicef. El tiempo transcurría en los pasillos y en las habitaciones donde charlaban mientras tomaban café y fumaban. No parecía importarles la guerra, o mejor preferían ignorarla. Se arreglaban y pintaban como si nada pasara, sin embargo, el recuerdo del pasado, de sus familias y sus casas las entristecía.

Mi pequeña aventura se inició tras ponerme en contacto con miembros de "Médicos del Mundo" y recibir información sobre la situación en ese centro. Esta organización humanitaria está volcada en la ayuda a Mostar con personal y material para el Hospital. Se necesitaban urgentemente anestesiistas, cirujanos y traumatólogos para el Hospital de Mostar-Este. La idea me pareció interesante, una mezcla de novedad, riesgo y altruismo; un pasaje para vivir la realidad de los Balcanes.

Después de múltiples conversaciones telefónicas, curriculum y entrevista se organizó la expedición que aparte de mí incluía, entre otros, un anestesiista, la Dra. Amalia Alcón, y una pediatra, la Dra. Rosa Elcarte.

Tras cuatro horas de vuelo en un Hércules de las Fuerzas Aéreas llegamos a Split (Croacia), desde donde nos dirigimos a Metkovic, donde la Organización tenía su

base de operaciones. Desde allí y con salvoconducto de UNHUCR (United Nations High Commissioner for Refugees) fuimos transportados hasta Mostar-Este. Nos alojamos en el mismo hospital, en la primera planta, una oscura habitación protegida con sacos de arena con literas para ocho personas. Permanecimos la mayor parte del tiempo en el hospital debido al riesgo que suponía salir. Nuestras salidas y los controles de los enfermos se iniciaban al oscurecer por la seguridad que la noche ofrecía frente a los *snipers* (francotiradores).

La actividad laboral comenzaba a las 10 am con una sesión clínica de todos los facultativos en la que se comentaban los enfermos asistidos en el día anterior. Por suerte para nosotros, los términos médicos técnicos se describían en latín.

Posteriormente un pase de visita fulminante a la penumbra de una vela. Cuando la actividad lo permitía se programaban intervenciones reparadoras, si no, pendientes de los pacientes o heridos que podían acudir. La mayoría de intervenciones eran por heridas penetrantes por proyectil o metralla. Fracturas abiertas de extremidades por impacto de metralla de mortero que obligaban a colocar fijadores externos. Heridas en tórax que se trataban inicialmente mediante colocación de tubos de drenaje torácico, etc. También se realizaban intervenciones por patología abdominal aguda (perforaciones duodenales, apendicitis agudas, etc.) aunque en menor número. Cuando la actividad lo permitía nos dedicamos a la revisión de heridas, fijadores externos y curas con la colaboración de los equipos de enfermería, que gracias a sus conocimientos de inglés nos ayudaban en la asistencia y en la relación con los heridos.

Nuestra integración en el equipo del centro fué buena, con reconocimiento y ayuda de la mayoría del personal que allí trabajaba. La adaptación a las condiciones de trabajo y al medio fué algo más costoso, pero que logramos superar. Todos nos conocían y apreciaban la labor realizada por la organización. Para nosotros eso era el mejor pago que podíamos recibir de esas nobres gentes



Las lesiones por amputación de miembros son frecuentes

Durante el período de diez meses que duró el conflicto fallecieron en esta parte de la ciudad más de 1.600 personas, la mayoría civiles, y más de 6.000 fueron heridas lo que indica un poco la actividad que llevó el hospital.

Es difícil expresar los sentimientos experimentados durante mi estancia en ese centro. Pienso que se podría resumir como una mezcla entre compasión y un gran sentimiento de impotencia ante el sufrimiento y la muerte de personas inocentes. La vivencia de semejante situación cambia tu apreciación de la valía de las cosas y tu tiempo transcurre lenta pero intensamente. Es difícil mantener tu voto de imparcialidad ante semejante visión de lucha desigual, y de forma inconsciente te pones al lado del perdedor y te conviertes en uno más.

En la actualidad la ciudad se encuentra desmilitarizada y bajo la tutela de la Unión Europea. Croatas y bosnio-herzegovinos han formado, forzados por la Comunidad Internacional, una federación. Se vive una calma tensa, pendientes de sus vecinos serbios, mientras se inicia la reconstrucción de la urbe. Se ha puesto en marcha en Julio un nuevo hospital en contenedores que dispone de mayores medios, mientras el viejo hospital se ha convertido en un símbolo de la resistencia de la ciudad ■

PREVENCIÓN DE LOS DOLORES DE ESPALDA EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN DE NARCISO SEVILLA *

La prevención de dolores de espalda tiene una importancia decisiva, no sólo para los profesionales afectados por esta dolencia, sino de una forma directa (muchas de las veces insuficientemente entendida por las direcciones de los centros de trabajo) a la organización en la que están encuadrados (empresa, hospital,..) y al conjunto de la sociedad (I.L.T., pensiones de invalidez,..). Ya que en la profesión de enfermería tenemos el triste privilegio de estar a la cabeza del ránking, entre los trabajadores con lesiones dorsolumbares (por delante se sectores como la construcción y la madera).

El artículo de J.J. Knibbe, MSc, N.E. Knibbe, MSc., intenta interesar e informar al lector/a sobre el problema. Y lo hace de una forma clara y sencilla a la vez que documentada y rigurosa, que si bien utiliza una información epidemiológica de referencias internacionales, es perfectamente extrapolable a la realidad de nuestro entorno.

Especialmente interesante resulta el enfoque preventivo de los autores, pues hace hincapié en la **participación** voluntaria, posible (sin limitaciones organizacionales: altas cargas de trabajo, altos niveles de rotación, inseguridad laboral,..) y racional (establecimiento de protocolos).

Tampoco deja de lado el enfoque ergonómico, pues toma en consideración tanto las posibles deficiencias del diseño de los espacios, como la utilización de esas máquinas-herramientas que son las grúas, las cuales a pesar de facilitar el trabajo de una forma tan evidente (quizas seamos el único colectivo laboral que manipula a brazo pesos de más de 60 kgr.) son generalmente poco y mal utilizadas.

AUTORES
J.J. KNIBBE, MSc, N.E. KNIBBE, MSc.
ASESORÍA DE SALUD • HOLANDA

Ocuparse de los pacientes es una profesión que produce un gran desgaste físico y emocional. Una elevada proporción del personal de enfermería padece dolores de espalda y otras alteraciones del sistema músculo esquelético. En la mayoría de los países, ello ocasiona elevados costes a la sociedad en general, así como sufrimiento emocional individual entre el personal de enfermería. Jensen afirma que el personal de enfermería y sus colaboradores (junto con los basureros) ocupan el primer y el segundo lugar, respectivamente en incidencia de lesiones de espalda.

Los costes resultantes a menudo se relacionan directamente con los costes de baja por enfermedad, pensiones de invalidez y reclamaciones por incapacidad laboral. Aunque estos costes resultan elevados, también los gastos indirectos pueden serlo. Estos se relacionan, por ejemplo, con el elevado índice de rotación debido al desgaste físico de la profesión, la reducción de la calidad de la atención médica, los costes elevados debido a la necesidad de preparación, selección y publicidad para encontrar más personal de enfermería. Estos costes son distintos en cada país, pero en todos ellos se considera como un problema importante.

Paralelamente al aumento de edad de la población en general, también aumenta la demanda de atención para los enfermos crónicos y la gente mayor (Knibbe, 1988) lo cual implica una mayor presión para la profesión de enfermería, tendencia que llevará a aumentar las exigencias físicas del trabajo en sí. El proceso de levantar y transportar pacientes constituye una parte sustancial del trabajo de carga en general. Una mayor



atención para este tema queda justificada porque ello conllevaría a la prevención de dolores de espalda entre el personal de enfermería.

Aparte de estos motivos inherentes a la salud, la creación de unas líneas por parte de la CEE sobre el levantamiento manual de cargas resulta, en algunos países, una razón importante para volver a examinar las prácticas laborales corrientes del personal de enfermería ().

En este artículo nos concentraremos en las posibilidades de reducir la carga de trabajo físico del personal de enfermería, con el fin de prevenir los dolores de espalda y de reducir los costes que ello lleva consigo. En primer lugar, se identificará el problema de los dolores de espalda y de las alteraciones músculo esqueléticas. A continuación, se establecerán los principios de prevención y, por último, se discutirá sobre la eficacia de

DOLORES DE ESPALDA

Las investigaciones epidemiológicas afirman constantemente que la profesión de enfermería en general corre el riesgo de padecer dolores de espalda. Entre el personal de enfermería son sobre todo quienes efectúan un trabajo físicamente duro los que corren el mayor riesgo. Al ocuparse día a día directamente de los pacientes, se producirán una cantidad y una diversidad sustancial de situaciones en las que haya que efectuar un esfuerzo físico importante. Los grupos de mayor riesgo son: los auxiliares de enfermería, el personal de enfermería permanente y los ayudantes de enfermería. Al establecer comparaciones diversas, los grupos que corren un riesgo son: el personal de enfermería dedicado a los centros de enfermería, asistencia geriátrica y asistencia en el hogar (Jensen y al., 1988). En algunos estudios efectuados se ha comparado el predominio de dolores de espalda entre los estudiantes de enfermería en distintas fases de su dedicación a esta profesión (Jensen y al., 1988). Mientras que la existencia de dolores de espalda entre los estudiantes de enfermería no resulta elevada sino que, en realidad, es inferior a la padecida por la población en general a esa edad y por separación de sexos, el predominio de dolores de espalda al ejercer esta profesión si que resulta elevada (Cedercreutz y al., 1987; Knibbe, 198; Schroer & Landewe, 1993) (Gráfica 1).

Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos cinco años en 60 centros de Holanda indican un predominio medio anual de dolores de espalda entre el personal de enfermería del 55-65% en los centros de enfermería, del 65-75% en asistencia en el hogar y del 45-55% en los hospitales en general (Knibbe & Knibbe, 1994).

Basándonos en estos resultados, se puede afirmar que la profesión de enfermería incurre en el riesgo de dolores de espalda y que la causa puede ser la naturaleza exigente de este trabajo en cuanto a esfuerzo físico se refiere.

CARGA DINÁMICA: LEVANTAMIENTO

El factor de riesgo más destacado se produce por el levantamiento y el transporte de pacientes. Desde una perspectiva sanitaria, se han trazado límites para una manipulación manual segura. A menudo, estos modelos o fórmulas resultan de difícil apli-

cación en situaciones cotidianas, puesto que requieren el uso de un instrumental biomecánico complejo. Zuidema y al. (1983) desarrollaron un sistema bastante fácil y práctico, basado en una revisión de la información. Las conclusiones se encuentran en la misma línea que los sistemas más complicados y proporcionan una visión fundamental para la valoración de situaciones cotidianas (Cuadro 1). Por ejemplo, las conclusiones resultan a menudo comparables con los resultados de la aplicación de las líneas del NIOSH (Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo, USA). Estas líneas del NIOSH indican que las cargas que superen los límites provocarán un riesgo de salud en el trabajo para la mayoría de mujeres.

Según la frecuencia de levantamientos, se puede elegir entre tres categorías. Por regla general, la columna de la derecha («levantamientos frecuentes») nunca se producirá, puesto que se refiere a levantamientos frecuentes (varias veces por minuto). Puede elegirse entre una de las otras dos columnas, según la frecuencia de los levantamientos. La mayoría de los centros de enfermería y períodos prolongados de cuidados se situarán en la columna del centro; mientras que pueden darse casos de poca frecuencia de levantamientos en algunos departamentos de hospitales generales.

En los estudios realizados se observa una cifra elevada en cuanto a la frecuencia de levantamientos. Estry-Behar y al. indicaron que el 83% del personal femenino en un hospital general de Francia efectuaba al menos un levantamiento por turno, mientras que el 37% efectuaba al menos 5 levantamientos por turno. TaKala y Kukonen calcularon una frecuencia media de levantamientos de 4,1 durante un turno de mañana. Liundberg y al. (1989) observaron una frecuencia de 30 levantamientos en un centro sueco antiguo mientras que en uno moderno y bien equipado la media era de 14 pacientes transportados.

La mayor parte de la manipulación manual en sanidad se efectúa bajo circun-



tancias difíciles. La falta de espacio y la complejidad de la «carga» humana hacen que con frecuencia resulte difícil el movimiento de la misma, y que a menudo deba hacerse en una posición inestable y asimétrica.

Siguiendo la línea de orientación del cuadro uno, se obtendrá el límite seguro para la manipulación manual, dependiendo de la edad y sexo del personal de enfermería que deba realizar la labor.

Para las mujeres de 21 a 44 años, el límite seguro, cuando se hagan levantamientos varias veces al día y bajo circunstancias difíciles, es de 10 a 12 Kilogramos (Zuidema, 1983 resulta evidente que este límite se supera con bastante frecuencia, incluso cuando la carga se divide entre dos o tres miembros del personal de enfermería, lo cual pone de manifiesto que la carga dinámica es un factor de riesgo para los dolores de espalda.

CARGA ESTÁTICA

Además del hecho de que el proceso de levantamiento y traslado de pacientes o de otras cargas puede ocasionar dolores de espalda debidos a la actividad laboral, también deberán tenerse en cuenta otras razones

PREVENCIÓN DE LOS DOLORES DE ESPALDA EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

que provocan alteraciones músculo esqueléticas y, sobre todo, dolores de espalda. Aparte de la carga dinámica durante el levantamiento y traslado de pacientes o de material, la carga estática en el trabajo también se considera como un factor de riesgo importante para los dolores de espalda (Burdorf, 1993).

Unas investigaciones llevadas a cabo por Baty y Stubbs (1976) demostraron que el 70% del tiempo laboral se pasa trabajando en una posición encorvada. A continuación se indican algunos ejemplos de situaciones en las que puede haber una carga estática: al lavar a los pacientes en una cama baja, al curarles las heridas en una posición complicada, al bañarles mientras se hallan sentados en una silla a una altura determinada, al ayudar en una operación, etc. Si bien no existen límites fijos para la carga estática de trabajo, Jorgensen ha indicado que la mayoría del personal tiene problemas si se trabaja con una inclinación superior a los 30° durante más de un minuto (Jorgensen, 1970). Además, si se trabaja a una altura inadecuada, se puede producir una elevación prolongada del contorno del hombro y, por consiguiente, existe un mayor riesgo de que ello produzca dolores de cuello o de espalda (Chaffin y Andersson, 1984).

Así pues, parece ser que tanto la carga dinámica como la estática son causas potenciales de dolores de espalda por razones profesionales entre el personal de enfermería.

PREVENCIÓN

El enfoque tradicional para prevenir los dolores de espalda entre el personal de enfermería consiste en enseñarles las técnicas de manipulación manual segura. En la mayoría de los países, es un fisioterapeuta o un miembro de personal de enfermería con experiencia quien, durante varias horas, enseña al personal de enfermería como realizar su trabajo. La finalidad de la preparación consiste en enseñar y practicar las técnicas de manipulación manual de pacientes. Estas técnicas consisten, en parte, en utilizar al máximo la propia capacidad de los pacientes y en estimularles a hacer uso de ella. La otra parte de la preparación consiste en técnicas dirigidas a reducir la tensión biomecánica durante el proceso de levantamiento y traslado de un paciente.

Se han desarrollado diversas escuelas de levantamiento sobre esta base. Tras investigar los efectos, se han obtenido unos resultados decepcionantes. Aunque no resultan fra-

cuentos los estudios con una firme base metodológica, los efectos son mínimos o nulos, lo cual ha llevado a la investigación de estrategias preventivas más eficaces. Aparte de la sanidad. Es decir, en otras profesiones que también requieren el uso de la fuerza física, se ha producido un cambio de enfoque en la línea - de preparar - al personal en el uso de soluciones más ergonómicas. Este cambio de orientación también ha afectado la estrategia dentro de la sanidad. La perspectiva ha cambiado, de intentar mejorar la capacidad del personal de enfermería para hacer frente a la carga de trabajo, a cambiar las exigencias del trabajo en lugar del personal de enfermería. La base de elección ha consistido en llevar a cabo una valoración de la carga física de un miembro del personal de enfermería en sus labores cotidianas.

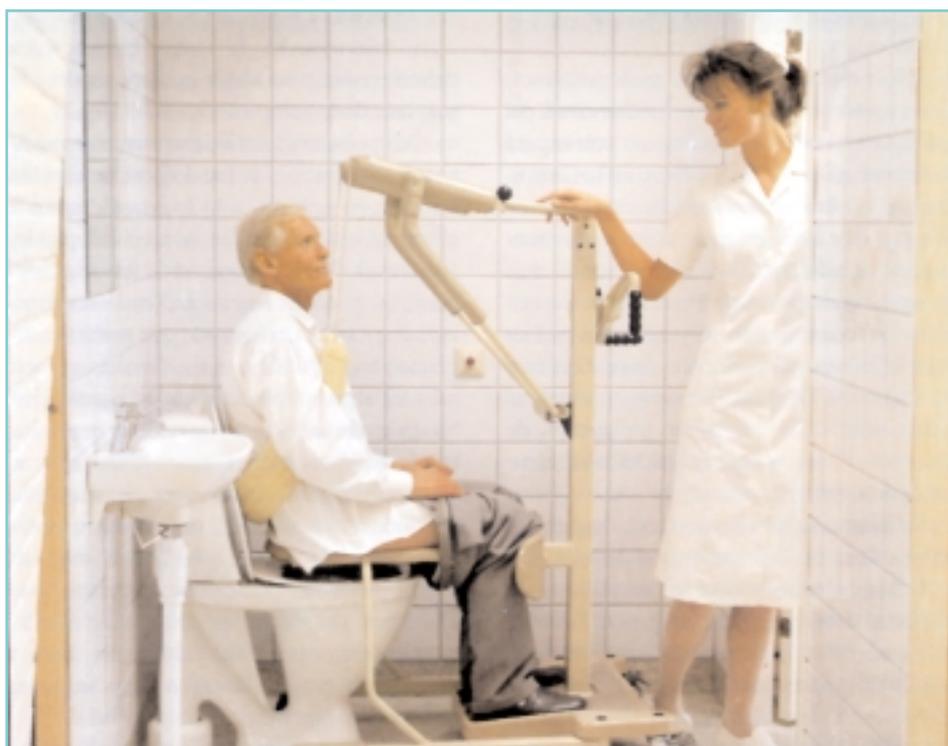
Si observamos la carga dinámica desde un punto de vista más cercano, resulta evidente que la carga durante el traslado manual de los pacientes supera a veces los límites fijados para una manipulación manual segura. Además del hecho que se ha puesto de manifiesto desde los límites de una perspectiva de salud, el Consejo de la Comunidad Europea ha adoptado recientemente una directiva que deben cumplir todos los estados miembros a partir del 31 de Diciembre de 1992 (Diario Oficial de la CE, 1990). En el cuadro 2 se presenta un resumen. De hecho, equivale a aplicar los límites seguros para una manipulación manual en el lugar de

trabajo. En algunos países, esto ha llevado a la fijación de 25 kilogramos como el límite seguro para la manipulación manual. Si se aplica este límite en un peso medio de 50 kilogramos del paciente, resulta claro que, al menos, se requieren dos o tres miembros del personal de enfermería para levantar a un paciente con seguridad, en el caso de que no pueda esperarse ninguna colaboración por parte del paciente. No obstante, también en los casos en los que sólo se necesite una ayuda parcial pueden superarse los límites de seguridad. Ello viene dado por las circunstancias desfavorables bajo las cuales el personal de enfermería debe efectuar levantamientos ().

Esta carga excesiva indica que el trabajo del personal de enfermería puede ser intrínsecamente inseguro si resulta común el levantamiento manual de los pacientes. En uno de sus artículos, Stubbs 1983 ha indicado nuestra anterior falta de comprensión para prevenir los dolores de espalda entre el personal de enfermería. Stubbs afirmó:

Si el trabajo resulta intrínsecamente inseguro, ninguna preparación puede corregir esta situación .

Ello significa que la preparación en técnicas de manipulación manual puede aportar algo de ayuda, pero el grado de sobrecarga es tan excesivo que el hecho de apoyarse sólo en la preparación no ayudará a reducir la existencia de dolores de espalda de modo significativo; sino que incluso puede conlle-



PREVENCIÓN DE LOS DOLORES DE ESPALDA EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

var a un aumento de los mismos. Este hallazgo contradictorio se basa en el hecho de que, al prepararse en manipulación manual, los participantes desarrollan un sentido de confianza en sus habilidades. Consecuentemente, puede que intenten levantar más peso del que en realidad debieran, o del que habrán intentado levantar antes, asumiendo que ahora ya resulta seguro, puesto que se les ha enseñado cómo hacerlo.

Sin embargo, el grado en que estos límites para una manipulación manual segura se sobrepasan conlleva a una solución potencial. Los traslados manuales que superen los límites deberían eliminarse; lo cual puede lograrse estimulando al paciente a que se mueva por sí mismo. Con frecuencia, es mucho lo que se gana actuando de este modo. Ahora bien, si la necesidad de desplazamiento no puede evitarse, debería sustituirse por un uso adecuado de grúas de levantamiento de pacientes.

Este planeamiento indica un cambio fundamental en la orientación preventiva. En lugar de concentrarse en preparar al personal de enfermería para que cumpla con las exigencias de su trabajo, éstas se reducen estructuralmente, de modo que un miembro del personal de enfermería con capacidad media sea capaz de realizarlas. Este enfoque se conoce generalmente como enfoque ergonómico.

No obstante, las grúas para pacientes, que constituyen una parte fundamental del enfoque ergonómico, se utilizan con escasa frecuencia (Bell, 1984) i incluso en los hospitales y centros de enfermería en donde se dispone de ellas. En lugar de estas experiencias desagradables, unos experimentos más recientes demuestran que estas ayudas se utilizan de forma frecuente y continuada. Los resultados son prometedores especialmente en la última década. Por tanto, merece la pena estudiar el potencial preventivo de estas soluciones, así como los descubrimientos aparentemente contradictorios.

Elaboración de un programa de prevención: soluciones hechas a medida para prevenir los dolores de espalda causados por la actividad laboral, es evidente que la carga física no debería sobrepasar los límites de seguridad fijados para la espalda de los seres humanos. Si bien los dolores de espalda a menudo están causados por distintos facto-

res que se interaccionan entre sí (psicológico, biomecánico, fisiológico y sociológico), este argumento aún se mantiene. La carga biomecánica en la espalda, debida a actos dinámicos (levantamiento y traslado) y estáticos (inclinación sobre un paciente durante una cura), se considera una causa importante de los dolores de espalda. Cuando los dolores de espalda persisten en una ocupa-



ción determinada, la carga biomecánica debería reducirse a la que pudiera soportar la mayoría de los empleados.

Así pues, un desafío importante en cuanto a la prevención de los dolores de espalda consiste en reducir tanto la carga dinámica como la estática hasta un nivel aceptable. Esto resulta fácil y evidente de llevar a cabo pero, tal y como hemos indicado anteriormente, ya se ha demostrado que resulta complicado lograrlo. Con el fin de elaborar una estrategia preventiva con las máximas posibilidades de éxito, se ha de realizar una valoración básica completa, sobre la que se cree y se mejora gradualmente una política. Esto nos indica que no existe una solución generalizada del problema, sino que se requiere una solución a medida. Se presentan dos ejemplos de estos estudios, los cuales demuestran que una valoración básica incompleta puede llevar a una solución incompleta o ineficaz.

St. Vincent y al. (1987) indican los efec-

tos de la preparación en técnicas de manipulación manual para el personal de enfermería de centros geriátricos. En la práctica real de enfermería, apenas si pudieron encontrar efectos. Una razón importante de ello fue el hecho de que las camas eran demasiado anchas y su altura no era regulable. Por ello, llegaron a la conclusión de que el programa había sido diseñado sin tener en cuenta las realidades del trabajo en sí.

Otro ejemplo procede de un Hospital de la Universidad de Holanda, en el que las técnicas que se enseñaban en la escuela de enfermería no se practicaban en los departamentos de ese hospital. Algunas de las razones indicadas por los investigadores fueron: las limitaciones ergonómicas en general, poco espacio alrededor de las camas, presión en el tiempo de trabajo y ubicación inadecuada del material ().

Estos ejemplos demuestran que merece la pena efectuar una cuidadosa valoración de base. A continuación presentaremos algunos ejemplos de experiencias realizadas en Holanda, los cuales ponen de manifiesto la necesidad de elaborar un programa a medida para cada organización.

LA ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

La actitud del personal de enfermería hacia las opciones preventivas determina en gran medida su comportamiento real y, por consiguiente, el éxito del programa. Resulta importante incluir sus obligaciones al elaborar el programa, al menos por dos razones:

Primera: el personal de enfermería es quien debe hacer el trabajo y, por tanto, su opinión determinará el éxito o el fracaso. Son especialistas en su ámbito y su opinión a menudo refleja importantes conocimientos y experiencia.

Segunda: la participación del personal de enfermería en la ejecución del programa aumentará su motivación y apoyo al mismo. Por ejemplo: la actitud hacia las grúas se considera como uno de los factores determinantes para el comportamiento preventivo, puesto que el uso de este tipo de material es esencial para prevenir las alteraciones musculoesqueléticas (Owen, 1989). Friele y Knibbe (1993) demostraron que la actitud del personal de enfermería frente al

PREVENCIÓN DE LOS DOLORES DE ESPALDA EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

uso de material para el levantamiento de pacientes se compone de cuatro elementos fundamentales: la destreza para usar el material, los problemas percibidos, las ventajas percibidas y la actitud básica del personal de enfermería como que un buen miembro del personal de enfermería es aquel que es eficaz y que realiza su trabajo sin quejarse. Para prevenir los dolores de espalda debe prestarse atención a los cuatro puntos.

Además de estos aspectos del comportamiento, también es conocido que el personal de enfermería a menudo sigue trabajando aunque padezca dolores de espalda; lo cual puede tener consecuencias en cuanto a la calidad de los cuidados y la carga de trabajo físico de sus compañeros, puesto que podrán querer evitar agravar el dolor evitando desplazamientos y transfiriendo la atención de los pacientes pesados a sus compañeros.

EL PACIENTE

Generalmente, el personal de enfermería piensa que los pacientes se oponen a la utilización de mecanismos para levantar pacientes. En realidad, lo que sucede es que los pacientes no están acostumbrados al uso de este tipo de material, por lo que no saben lo que de él pueden esperar. Esta inseguridad puede convertirse rápidamente en miedo, pero también en una actitud positiva hacia el material. En Holanda se observó que los pacientes presentaban una actitud negativa sobre todo cuando el personal de enfermería se mostraba inseguro y desconfiado con el uso del material (Knibbe, 1992). Por ejemplo, un miembro del personal de enfermería que no esté convencido de sus propias habilidades al utilizar el material se ocupa de un paciente que está un poco asustado ante algo desconocido. El miembro del personal de enfermería necesita la mayor parte de su atención para hacer funcionar la grúa.

¿Dónde cuelgo esto? o ¿Cómo puedo girar la grúa hacia la cama y hacia la silla de ruedas? El paciente, que en estos momentos resulta extremadamente sensible a la confianza, o a la falta de ésta, que presenta el miembro del personal de enfermería, se da cuenta de esta inseguridad. Consecuentemente, el paciente e presa su miedo. Esta reacción negativa hacia el miembro del personal de enfermería que, por su parte, es sensible al bienestar de los pacientes, además de aumentar su sensación de inseguridad, hace que decida dejar de utilizar el material. En este caso, la razón dada para no



utilizar el material a menudo se dice que es el miedo del paciente cuando, de hecho, es la falta de dominio del material la que determina, en gran parte, su no utilización.

EL DESPLAZAMIENTO EN SÍ

Observando el modo en que se efectúan los desplazamientos, resulta evidente que puede ganarse mucho mejorando también las técnicas generales de manipulación manual. Dos ejemplos pueden ilustrar este punto. Con frecuencia, la posición de la cama y la silla de ruedas no es la óptima, lo cual ocasiona una carga suplementaria para el miembro del personal de enfermería, así como una tensión innecesaria para el paciente. Además, la planificación total del desplazamiento es incompleta. A menudo también se plantea el principio de un desplazamiento con sumo cuidado, pero a mitad del mismo puede ser que el paciente acabe estando demasiado abajo de la cama, o bien que algo se interponga, o que la cama no se haya bajado hasta la posición correcta. Todo ello puede provocar situaciones innecesarias y, en ocasiones, peligrosas.

No hace falta decir que cada miembro del personal de enfermería y cada auxiliar

de enfermería necesita una preparación previa la cual debería completarse con una preparación periódica adicional mientras se ejerza la profesión ().

EL ENTORNO

Tal y como se ha indicado anteriormente, las limitaciones ergonómicas de un edificio pueden complicar considerablemente los levantamientos. No sólo los desplazamientos manuales se verán dificultados, sino que también pueden ser numerosas las barreras que impidan la utilización de grúas. Debemos enfatizar que se deben eliminar todas las barreras posibles, aunque parezca que no tengan mucha importancia. Incluso las barreras pequeñas pueden convertirse en una carga si deben ser superadas varias veces al día. Según el punto de vista de un miembro del personal de enfermería, ésta puede ser una razón para no utilizar el material del que se dispone. Y lo mismo sucede con las técnicas de levantamiento manual. Si el uso de una técnica de levantamiento correcta requiere que se coloque antes otro material, el miembro del personal de enfermería elegirá, por regla general, técnicas menos óptimas. Es una norma del comporta-

PREVENCIÓN DE LOS DOLORES DE ESPALDA EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

miento humano el hecho de elegir entre ventajas y desventajas y, a continuación, seguir la vía más ventajosa.

Las limitaciones ergonómicas también pueden producir una cantidad indebida de carga estática en la espalda. Por ejemplo, al tener que inclinarse para curar llagas en las piernas no se presentará ningún problema de desplazamiento.

Ahora bien, debido al largo y cuidadoso proceso de inclinarse hacia la herida, puede ocasionarse una carga estática excesiva si la pierna no puede colocarse a la altura adecuada. Al diseñar y volver a diseñar el lugar de trabajo para el personal de enfermería, se ha de tener en cuenta tanto la carga dinámica como la estática.

Al planificar los cambios ergonómicos en un hospital en funcionamiento o al diseñar un nuevo edificio, hay que tomar en consideración la opinión y la experiencia de los futuros usuarios. Así pues, resulta aconsejable pensar en la influencia que tendrán los futuros cambios en cuestiones de atención médica (envejecimiento de la sociedad). Los arquitectos a menudo carecen de esta experiencia específica que, concretamente en Holanda, ha provocado la necesidad de efectuar alteraciones posteriores muy caras o bien la imposibilidad de que el personal de enfermería trabajase en condiciones laborales seguras.

Un grupo de personal de enfermería, directores y un arquitecto, apoyados por expertos seleccionados en ergonómica y por material (sobre todo camas, material de desplazamiento, material higiénico y material específico para determinados centros (cirujía, ortopedia, etc.) pueden elaborar un diseño eficaz, que en un futuro evitará muchos problemas.

LA PREPARACIÓN

En la mayoría de países, la preparación del personal de enfermería antes de su contratación a menudo no incluye la preparación en cuanto al uso del material de manipulación de pacientes, tal y como grúas por ejemplo. Si se quieren utilizar las grúas de forma frecuente y eficaz, el grado de habilidad que se requiere resulta bastante elevado. Si se contratan nuevos miembros de personal de enfermería que carezcan de estas técnicas básicas, la posibilidad de que la política de prevención se deteriore lentamente resulta bastante elevada. En Holanda la utilización de un

manual de referencia sobre levantamientos ha aportado una experiencia positiva. En este manual, las técnicas manuales y el uso del material se explican mediante imágenes e instrucciones escritas. Este folleto contiene todas las técnicas que se consideran seguras y apropiadas y que, además se enseñan en la formación. Por otra parte, este folleto también constituye la base para una preparación continuada. El folleto puede encontrarse en todos los centros, en el caso de que alguien se sienta inseguro respecto a alguna técnica determinada. Se entrega una copia a todos los miembros del personal de enfermería que soliciten un trabajo en un hospital.

LA ORGANIZACIÓN

Los cambios de naturaleza meramente organizativa también pueden producir una reducción de la carga de trabajo físico. Dos ejemplos de observaciones realizadas en un centro de enfermería de Holanda pueden ilustrar este punto. Por la mañana, ayudaban a salir de la cama a una paciente que había sufrido un ataque de apoplejía con anterioridad, y que quería ir al lavabo, que la lavasen y la vistiesen. Cuando llegaron a la salita, decidió que quería volver a la cama. Así pues, la llevaron y, diez minutos después, empezó de nuevo con todo el ritual; con lo que decidieron efectuarse varios traslados pesados. Esto resultó totalmente innecesario porque, cuando el equipo de enfermería decidió que sería la última persona de esa habitación que trasladarían, ya no quiso regresar a la cama puesto que ya no quedaba nadie en la habitación y ello ya no

tenía ninguna gracia.

Un segundo ejemplo es el de una paciente anciana con graves pérdidas de memoria a la que, cuando la llevaban al lavabo y sin motivo aparente, cogió miedo al agua. Con este comportamiento evitaba ir al lavabo y ello provocaba una disputa más o menos fuerte cada vez que tenía que utilizarlo. Un miembro del personal de enfermería con experiencia descubrió la solución: le aplicaba una ligera presión en la espalda, colocándole una mano en la parte inferior de la misma con lo cual daba confianza y hacía mover a la mujer. Era éste un movimiento suave, que el miembro del personal de enfermería podía efectuar con seguridad. Antes de ello, se necesitaban dos miembros del personal de enfermería y, además, la situación resultaba agotadora. El equipo utilizó el protocolo de levantamiento de un paciente y la solución con la que dieron se anotó en el protocolo de la paciente y, por tanto, fue considerada como una decisión de equipo. Como que todos utilizaban esta técnica de un modo parecido, este enfoque común creó un ambiente tranquilo y no se produjeron mayores problemas.

Así pues, para llevar a cabo una política preventiva total se necesita el apoyo de la dirección y es preferible que se transmita al personal de enfermería. Un ejemplo derivado de un centro de enfermería presenta al director general, en la página frontal de la publicación dirigida al personal de aquel grupo de centros de enfermería, con una expresión feliz mientras permanece colgado de una grúa. Este gesto fue muy valorado por el personal de enfermería y produjo un fuerte impacto en cuanto a motivación y entusiasmo.



PREVENCIÓN DE LOS DOLORES DE ESPALDA EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

LOS EFECTOS: MODOS DE PROCEDER EN PREVENCIÓN

Resulta evidente que al efectuar un análisis profundo de un punto específico, se presentarán problemas de diversa índole y posibles barreras. A continuación se muestra un ejemplo de un centro de enfermería que utiliza este enfoque.

Se llevó a cabo una valoración completa de las líneas básicas en 1990. Se evidenciaba la persistencia de dolores de espalda y, por tanto, resultaba necesaria su prevención. También desde el punto de vista del personal de enfermería, el levantamiento y traslado de pacientes era un problema importante. Aunque hablan algunas grúas, resultaban insuficientes para evitar que se efectuaran todos los desplazamientos de peso considerable. Junto con otros puntos fundamentales de acción, un comité de multidisciplinario para levantamientos formuló un plan de actuación y empezó la ejecución del mismo. Se adquirió un cierto número de grúas, se eligieron y formaron especialistas en levantamiento (uno por centro) y se introdujo el uso de protocolos de levantamiento. Los resultados (un año después) fueron alentadores. La persistencia de molestias en 12 meses se redujo de forma significativa y el personal de enfermería estaba satisfecho con las grúas. Se formularon varios nuevos puntos de acción para las fases posteriores, basados en esta valoración. Aparentemente, se efectuaban aún algunos desplazamientos manuales y el personal de enfermería que aún padecía dolores de espalda tomaba calmantes. Los resultados se confrontaron con los especialistas en levantamiento, los cuales los tradujeron en aspectos relevantes para los centros. La siguiente valoración, algo más de un año después, puso de manifiesto una considerable disminución de la persistencia de los dolores de espalda. Esta vez, los resultados indicaron que, según el punto de vista del personal de enfermería, la carga estática mientras se lavaba y duchaba a los pacientes se había convertido en el problema principal. Así pues, a partir de ahora el centro de atención de este proceso será la carga estática.

Los resultados publicados durante los últimos dos años siguen apoyando el efecto positivo del enfoque ergonómico.

Takala y Kukkonen (1987) describen un estudio sobre los hábitos de levantamiento de pacientes en centros geriátricos de cinco hospitales. Afirman que se utilizaron las grúas con regularidad sólo en los centros que poseían una preparación del trabajo bien organizada. A pesar de ello encontraron que incluso con problemas en la columna vertebral, se seguían levantando cargas en posiciones inadecuadas por lo que el programa no funcionó por completo.

Kilbom, Ljungberg y Hagg (1985) estudiaron los levantamientos y desplazamientos en un hospital geriátrico de Suecia. Compararon un centro moderno y bien organizado, donde los trabajos de atención a los pacientes se realizaban en equipo, en el que había espacio suficiente y que tenía grúas altas para el 50 % de los pacientes con un centro tradicional, en el que las grúas se utilizaban pocas veces y eran antiguas y donde los espacios resultaban desfavorables dentro del entorno. Los autores llegan a la conclusión de que el uso de grúas modernas en un entorno bien distribuido ergonómicamente puede reducir el esfuerzo debido a levantamientos y desplazamientos. Garg y Owen (1992) efectuaron una prueba de prospectiva en un centro de enfermería utilizando material (sobre todo grúas y cintas de caminar), introduciendo cambios ergonómicos y preparando al personal de enfermería sobre la utilización del material. Encontraron una reducción del índice de frecuencia de 83 en 200.000 horas laborales a 47 en 200.000 horas laborales después de la intervención. Anotaron que no se produjo ninguna pérdida del tiempo de trabajo ni restricción alguna de trabajo debida a lesiones de espalda en los últimos cuatro meses posteriores a la intervención. En cuanto a la carga de trabajo, ésta resultaba aceptable para el 83 % de las mujeres después de la intervención, mientras que solo lo era para el 41% antes de ella.

Existe un ejemplo más reciente referente a asistencia en el hogar. En un proyecto de un estudio NIVEL se observó una reducción de la persistencia de dolores de espalda después de instalar grúas para los pacientes en casas particulares de pacientes que se hallan al cuidado de la organización de asistencia en los hogares, en la ciudad de Rotterdam (). ■

CUADRO 1

Límites para una manipulación manual segura (Zuidema, 1983)

Circunstancias	Edad/Sexo	Levantamientos frecuentes		Levantamientos escasos		Levantamientos varias veces al día		
		Ideal		Difícil	Ideal	Difícil	Ideal	Difícil
Hombres	16-17	25 kg.	12	15	8	10	3	
	18-20	30	15	20	10	15	5	
	21-44	50	20	25	15	18	8	
	45 +	40	20	10	15	15	5	
Mujeres	16-17	15 kg.	8	7	5	5	2	
	18-20	20	10	10	7	8	3	
	21-44	30	12	12	10	10	5	
	45 +	20	10	10	7	8	3	

CUADRO 2

Consejo de las Comunidades Europeas (1990)

Principio básico:

Evitar riesgos de salud en las manipulaciones manuales para todos los empleados

1. Valorar todos los procedimientos de manipulación manual
2. Si presentan un riesgo, eliminar este riesgo introduciendo cambios organizativos o en el entorno y/o proveerse del material adecuado para levantamientos.
Si esto no es razonablemente posible:
3. Garantizar educación preparación e información para los empleados, de modo que se minimizen tanto como sea posible los riesgos.

Toxicidad de los anestésicos

NARCISO SEVILLA

ENFERMERO

TÉCNICO DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

RESPONSABLE DE SALUD LABORAL DE LA F.T.S. DE CCOO DE CATALUNYA



Es un hecho demostrado que los gases anestésicos pasan al aire ambiente del quirófano.

El anestesista y demás personal del área (tanto en quirófanos como en salas de reanimación o recuperación post-anestésica) estarán sujetos a una serie de riesgos para su salud por la exposición crónica a agentes anestésicos inhalatorios

Lo cual ha dado lugar según J.J. Gestal Otero a la delimitación de una nueva e importante patología derivada de la exposición crónica a dichos agentes

El problema básico de toda esta patología gira en torno a la posible acción tóxica de los agentes anestésicos inhalatorios o de sus metabolitos. Abortos, malformaciones congénitas, cáncer, enfermedades hepáticas y renales, alteraciones psíquicas y del sistema nervioso, alteraciones de la espermatogenesis y división celular en general, (cuadro 1) han sido atribuidas, en diversos estudios, a las acciones tóxicas de los anestésicos

Antecedentes históricos y situación actual

En el desarrollo histórico de la polución de los quirófanos por gases y vapores anestésicos y sus efectos sobre la salud del personal que trabaja en estas áreas, se pueden diferenciar dos fases bastante bien delimitadas: por un lado, una serie de observaciones aisladas, efectuadas por diversos autores desde el descubrimiento de los anestésicos hasta 1967 y, por otro, el inicio, en el año 1967, de estudios científicos sistemáticos que, en la actualidad, han concienciado a anesthesiólogos, investigadores y al sector de la enfermería afectado y preocupado por dicho problema.

Primera fase:

Los anestésicos inhalatorios comenzaron a usarse en la década de 1840-1850. Los primeros en emplearse fueron el éter dietílico, el óxido nitroso y el cloroformo, la técnica utilizada consistía en verter el líquido anestésico directamente de una botella a una esponja o pañuelo sobre la cara del paciente, con lo cual se vertían importantes cantidades de anestésico en el ambiente de trabajo. En aquel momento se consideraba inevitable la respiración de estos vapores y un gran número de médicos y enfermeras desarrollaban síntomas de dolor de cabeza, mareos, debilidad y pérdida de apetito.

Los primeros informes sobre la peligrosidad de la anestesia surgen desde el comienzo de su aplicación, una de las primeras víctimas documentadas fue el médico inglés John Snow que murió en 1958 a consecuencia de una nefritis (relacionada ya entonces con los vapores de éter) después de administrar más de 4000 anestésicos. El problema de la contaminación de los gases anestésicos fue constante a lo largo de todo este tiempo (1).

En 1948 Werthmann definió detallando los síntomas (debilidad, cefaleas, anorexia, pérdida de la memoria y de capacidad de concentración, eosinofilia y linfocitosis) la "intoxicación crónica" por el éter en tres individuos que trabajaron largos períodos de tiempo en quirófanos donde la anestesia con éter era muy frecuente, que una vez mejoradas sus condiciones de trabajo pudieron reanudar su actividad profesional.

Situación actual

A partir de la publicación en 1967 por parte de Vaisman de un trabajo, donde observó un mayor número de abortos espontáneos y de anomalías congénitas entre la descendencia directa de los anesthesiólogos soviéticos, se hicieron gran cantidad de estudios epidemiológicos para averiguar los posibles efectos asociados a una exposición crónica de residuos de gases anestésicos.

Casi todos los estudios se hicieron entre **enfermeras, anesthesistas y cirujanos, tanto de quirófano como de las salas post-anestésicas.**

Los principales efectos que se pueden ver comparando unos y otros estudios, es el aumento del número de abortos espontáneos y malformaciones congénitas en hijos de mujeres expuestas o incluso en las mujeres de los hombres expuestos.

Vaisman publicó el primer estudio epidemiológico en 1967, sobre 303 anesthesistas soviéticos. En este trabajo se puso de manifiesto que la exposición a los anestésicos iba asociada a

cefaleas, aumento de la irritabilidad, trastornos del sueño, pérdida del apetito y disminución de la resistencia al alcohol. Observó también una alta incidencia de abortos espontáneos entre las mujeres anesthesistas: **de 31 embarazos 18 terminaron en aborto espontáneo**, además hubieron dos nacimientos prematuros y un niño nació malformado, las mujeres que presentaron embarazos anormales estuvieron expuestas 25 h. a la semana y las que tuvieron embarazos normales 15h.

Describió las intoxicaciones crónicas por éter, dietil-éter y óxido nitroso, y las calificó de enfermedades profesionales..

Esta anesthesióloga no achacó los resultados de su encuesta únicamente a la contaminación ambiental por gases anestésicos del área de quirófano, sino que subrayó también la importancia de otros aspectos desfavorables relacionados con el trabajo del anesthesiólogo (jornadas de trabajo prolongadas y a horas intempestivas, esfuerzo mental mantenido, condiciones inadecuadas de temperatura y humedad, etc.) como causantes de la aparición de cifras altas de abortos y de otros trastornos comunicados por sus colegas, como eran las cefaleas, el prurito, el insomnio y las disfunciones hepáticas.

En 1971, Cohen y col. (2) presentaron un trabajo sobre 67 enfermeras de quirófanos y 92 fisioterapeutas y enfermeras generales como grupo de control. El resultado fue de **un porcentaje de abortos espontáneos del 29,7% frente a un 8,8% del grupo de control**, un estudio posterior y similar realizado sobre mujeres anesthesistas dio resultados parecidos.

Por la misma época aparecen los primeros informes sobre malformaciones congénitas entre los hijos de las mujeres expuestas a agentes anestésicos, frente a las que no ejercieron su profesión durante el embarazo.

Uno de los estudios más significativos fue el informe del comité de la Sociedad Americana de Anesthesiología en el año 1974, en colaboración con el NIOSH, en el que se analizan los efectos sobre la salud del personal expuesto en los quirófanos a los agentes anestésicos. El informe muestra los resultados de una encuesta realizada a nivel nacional, en la que se comparan 49,585 personas que trabajan en el ambiente del quirófano con otras 23,911 que no trabajan en las áreas quirúrgicas. Los resultados de la encuesta fueron los siguientes:

- Mayor índice de abortos en las mujeres expuestas (20 %) que en las no expuestas (10 %).
- Mayor número de anomalías congénitas en las mujeres expuestas (5-9%) que en las no expuestas (3-7 %).
- Mayor incidencia de enfermedades hepáticas y renales.
- Mayor frecuencia de cáncer.
- Aumento de malformaciones congénitas entre los hijos de mujeres que no trabajan en los quirófanos pero su marido sí.

El informe hace una severa advertencia sobre la necesidad de eliminar los vapores y gases anestésicos de las áreas quirúrgicas, por su peligro potencial para el personal expuesto.

Actualmente, tanto en los EE.UU. como en muchos otros países, las autoridades sanitarias y hospitalarias tienen conciencia del problema, y los quirófanos suelen estar dotados de medios adecuados para la eliminación de los gases anestésicos.

(1) En el capítulo 21 de "Riesgos en el T. del P. S." de J.J.G. O. pp. 246-247, se puede encontrar información más detallada al respecto.

(2) Cohen E. Belvill J.N. "Anesthesia, pregnancy and miscarriage. A study of operating room nurses and anesthesists."

Trastornos atribuidos a la exposición crónica a los gases anestésicos. (CUADRO 1.)

Este apartado será prácticamente una transcripción del esquema que siguiendo a Cascorbi desarrollan JJ Gestal O y M.R.L. (3)

1. Alteraciones en la conducta y en la respuesta a test psicométricos

Se han observado trastornos de la percepción, cognoscitivos y de habilidad motora en voluntarios expuestos a trazas de gases anestésicos, si bien estos resultados no han podido ser reproducidos. Por lo que hoy sabemos, parece ser que a concentraciones inferiores al 80% de óxido nitroso y 0,1% de Halolano, no se producen efectos agudos sobre la conducta

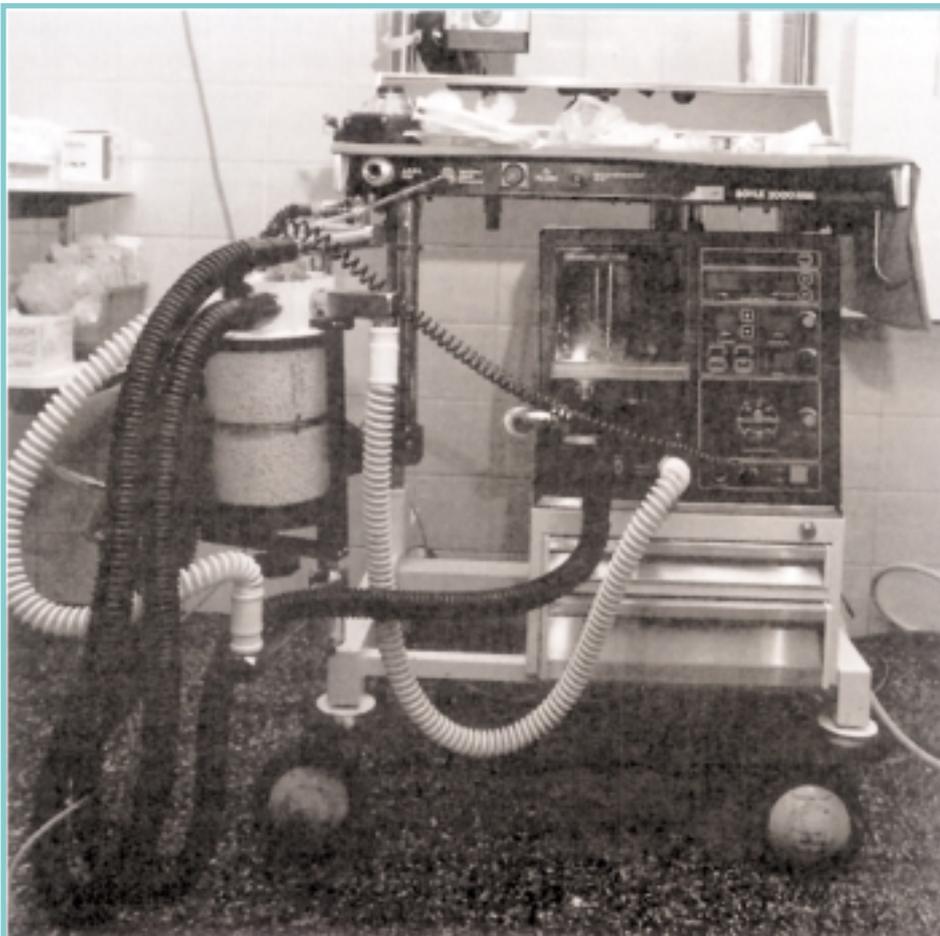
Se ha observado en anestesiólogos una frecuencia de suicidios muy elevada, habiendo la Sociedad Americana de Anestesiología calificado a éste como el principal problema de salud de los anestesiólogos menores de 55 años.

2. Enfermedades de los órganos metabolizadores y excretores

En el personal de quirófano se han descrito aumentos temporales de transaminasas, ictericia y cirrosis hepática, así como aumento de la frecuencia de enfermedades hepáticas. También se ha descrito, sobre todo en mujeres, mayor frecuencia de enfermedad renal por exposición al metoxifluorano.

3. Alteraciones de la multiplicación celular

De todos los efectos sobre la salud atribuidos a los gases anestésicos, los más controvertidos son el riesgo de malformaciones congénitas (sobre todo, del SNC, musculoesqueléticas y cardiovasculares) y el riesgo de aborto ya señalado por Vaisman y luego confirmado por numerosos investigadores (Askrog y Harvald, Cohen y cols., Knill-Jones y cols., Rosenberg y Kirves, Gothe V cols., y Tomlin), en tanto otros no lo observan. La validez de estos estudios, en su mayoría retrospectivos y realizados mediante cuestionario postal, ha sido recientemente cuestionada, sobre todo por Ferstanding,



• CUADRO 1 •

1.- Alteraciones neuropsíquicas

2.- Alteraciones de los órganos metabolizadores excretores

- a) Hígado
- b) Riñón

3.- Alteraciones de la multiplicación celular

- a) Aborto espontáneo
- b) Malformaciones congénitas
- c) Mutaciones
- d) Cáncer

(3) Este apartado, está ampliamente documentado por los autores citados en el art. publicado J.J. "Riesgos en la prevención de sustancias

Axelsson y Rylander , y Tannenbaum y Golberg, que ponen de manifiesto numerosos errores metodológicos y apuntan la necesidad de realizar estudios prospectivos adecuadamente diseñados.

También se han realizado numerosos estudios sobre el riesgo carcinogénico por exposición profesional, e incluso sobre la posibilidad de (que actuasen como un carcinógeno trasplacentario sin que hasta la fecha se haya podido confirmar que la exposición crónica a trazas de gases anestésicos suponga riesgo de cáncer.

4. Otros efectos

Se han descrito cuadros de irritación de las vías respiratorias tras la inhalación crónica del éter y de laringitis y crisis de asma tras la exposición a halotano y enfluranol respectivamente. También se han descrito neuropatías.

En lo que respecta a las **medidas de prevención** a tener en cuenta para nuestra seguridad y al **marco legal** en el que nos movemos, dada ya la excesiva extensión del artículo, lo deja-

remos para el siguiente número de la revista. De todas maneras de manera esquemática en los cuadros 2 y 3 podemos ver los factores que afectan a la presencia de gases anestésicos en el entorno laboral y unas breves recomendaciones técnicas.

En lo que respecta al **marco legal** es de esperar que a la publicación de la siguiente revista ya contemos con la tan esperada "Ley de Salud Laboral" , actualmente en fase de discusión con los agentes sociales. ■

Bibliografía:

- * Xavier Guardino Solá y M^a. Gracia Rosell. Exposición Laboral a Gases Anestésicos. INSHT, NTP-141
- * B. Unceta-Barrenechea Orué , S. V. P , B. G. S. , A. S. de A. y A. S. de L. Exposición Laboral del anestesiólogo al óxido nítrico y halotano. Medidas de control. Rev. Esp. de Anestesiología y Reanim. 1989, 36::267-275
- * E. Bossi Azpelicueta, E. V. V., M.J. M. O. y J.C. V. V. "Efecto de los gases anestésicos sobre el personal quirúrgico"
- * J.J. Gestal Otero y M. Romani Liston. Riesgos en la prevención de sustancias químicas en los hospitales: su prevención. Mapfre Medicina 1991, vol - 2 n^o 3
- * Vicente Ginesta Galán y JJ Gestal Otero. Riesgos en el trabajo del personal sanitario. Interamericana- McGraw-Hill. Madrid 1993

• CUADRO 2 •

Factores que afectan a la presencia de gases anestésicos residuales en el aire

1. Tipo de anestesia (con mascarilla o mediante intubación)
2. Tipo de circuito (con o sin reinspiración)
3. Flujos y concentraciones de anestésicos utilizados
4. Factores propios del quirófano (ventilación, volumen, nivel de renovación del aire)
5. Factores propios del instrumento (fugas, envejecimiento, conexión a un sistema de vacío, etc.)
6. Factores propios del anestesiólogo (tipo de técnica anestésica, despreocupación del problema)
7. Criocauterío
8. Factores propios de la administración del hospital (despreocupación del problema, ausencia de programas antipolución y de programas de mantenimiento)

• CUADRO 3 •

Recomendaciones para el control de la contaminación ambiental en los quirófanos por gases anestésicos

1. Utilización de sistemas de eliminación de gases residuales (scavenging)
2. Ventilación general con renovación o tratamiento del aire y funcionamiento permanente.
3. Revisión periódica de los aparatos anestésicos: búsqueda de fugas, sustitución de filtros y comprobación de los sistemas de eliminación
4. Modificación de la técnica anestésica(corrección de los hábitos de trabajo inadecuados)
5. Formación del personal
6. Consideración de los gases anestésicos como tóxicos laborales
7. Controles ambientales y biológicos
8. Aplicación de programas de mantenimiento

Reconocimiento de la especialidad de enfermería en Anestesia-Reanimación

Esta frase aunque no lo parezca ya es historia, pues estaba presente en los objetivos marcados por ASEEDAR-TD, en el año 1987, cuando se constituye dicha Asociación.

Durante todos estos años, se ha intentado un reconocimiento de la especialidad, lo sé y me consta, por el informe que ASEEDAR-TD realizó desde el año de su fundación hasta 1993: Reuniones con el Consejo General y con diferentes Asociaciones de Enfermería de ámbito nacional, cartas al Ministerio de Sanidad y Consumo... todo hasta entonces bastante desalentador y sin respuesta.

Durante el año 1994, uno de nuestros objetivos era continuar con la línea de ASEEDAR-TD e intentar descubrir en qué paso se había quedado parada nuestra especialidad.

Tras un estudio exhaustivo de todos los informes que obraban en nuestro poder, nos pusimos en contacto con el Ministerio de Sanidad y Consumo, ante la imposibilidad de contacto directo con el Presidente del Consejo General y con el Comité Asesor de Especialidades.

Por fin, el día 17 de mayo estábamos en Madrid, Pedro Garzón como secretario y yo misma, como representantes de ASEEDAR-TD.

La entrevista la realizamos con el Director General de Ordenación Profesional, el Sr. Don Ángel Carrasco, y posteriormente se sumó a la misma, a petición del Sr. Director, la jefa de sección de dicho departamento, la Sra. Berta Sanchís, para conocer todo el proceso de especialidades, a partir del decreto-ley de 1987. Nuestro encuentro fue cordial y agradable, pasado el susto y los nervios del primer momento, pudimos departir con bastante tranquilidad el tema que nos había llevado allí. La reunión dio comienzo tras un breve repaso de los documentos que teníamos en nuestro poder, a partir del mencionado decreto:

- 1989. Acta de reuniones del comité de expertos, con representantes de ambos Ministerios (Sanidad y Educación), el Presidente del Consejo General y representantes de las diferentes Asociaciones profesionales de enfermería.

- Propuesta de programa o proyecto para un primer curso (tronco común) de la especialidad de enfermería en Cuidados especiales. Dicho programa fue elaborado por las

ANTONIA CASTRO PÉREZ

PRESIDENTA ASEEDAR-TD



Necesitamos una especialidad con reconocimiento profesional

siguientes Asociaciones de enfermería: AEC (Asociación de Enfermería Cardiológica), FEAER (Federación de Asociaciones de Enfermería Radiológica), SEIUC (Sociedad de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias) y SEO (Sociedad de Enfermería Oncológica).

- 1990. Dossier emitido por el Ministerio de Educación y Ciencia con la aprobación, de forma provisional, de los planes de estudio de todas las especialidades de enfermería aprobadas en el decreto- ley:

- Enfermería Obstétrico y Ginecológica
- Enfermería Pediátrica
- Enfermería de Salud Mental
- Enfermería de Salud Comunitaria
- Enfermería Geriátrica
- Enfermería de Gerencia y Administración

No constando en el programa el de la especialidad de enfermería en Cuidados Especiales.

A continuación los datos más relevantes que nos ofrecieron fueron los siguientes:

- La **IMPORTANCIA** de la puesta en marcha de la especialidad de Matronas durante este curso académico.

- La **PROBABLE** puesta en marcha durante el curso 1995-96 de las especialidades de **ENFERMERÍA PEDIÁTRICA Y SALUD MENTAL**.

- Que el **CRITERIO** para la aprobación de **ESPECIALIDADES**, en estos momentos, dependía de un **CONSEJO EUROPEO DE ESPECIALIDADES**, creado para facilitar la libre circulación profesional y el reconocimiento de diplomas y títulos.

- Que las **ESPECIALIDADES** se crearían

an con un reconocimiento **PROFESIONAL**, no estético (como estaban anteriormente). Esto significa: **OBLIGATORIEDAD** de poseer la especialización para el ejercicio profesional en las diferentes áreas de trabajo.

- Que el programa de la **ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS ESPECIALES** no aparecía en el documento de aprobación de los planes de estudio, junto con el resto de especialidades, porque no se había llegado a elaborar, dada la dificultad y complejidad para incluir en un plan de estudios de 2 años de duración:

- UCI Y CORONARIAS
- BLOQUE QUIRÚRGICO
- NEFROLOGÍA Y UROLOGÍA
- ONCOLOGÍA
- HEMODINÁMICA

A continuación nos aportaron los datos actuales con respecto a nuestra especialidad en la Enfermería Comunitaria.

Países con reconocimiento académico y profesional:

DINAMARCA - LUXEMBURGO
REINO UNIDO - FRANCIA

Países con reconocimiento académico:

ALEMANIA - IRLANDA

PRE-ACUERDOS TOMADOS POR PARTE DEL MINISTERIO

-Intentar incluir Anestesia-Reanimación dentro de la especialidad de Enfermería en Cuidados Especiales.

-Llegar a elaborar el plan de estudios de dicha especialidad, junto con el Comité Asesor de Especialidades, esta vez con una representación de ASEEDAR-TD.

CONCLUSIONES

Por un lado **OPTIMISMO** aunque, en realidad, no sabemos si hemos conseguido algo con esta gestión, pues no hay ningún acuerdo firmado y como todos sabemos "las palabras se las lleva el viento", pero continuamos **CREYENDO** lo que hacemos y con ganas e ilusión de seguir adelante.

Por otro, **REALISMO**. Sabemos que es un proceso muy largo, que depende de muchos "organismos oficiales", y que excepto en los impuestos (que vamos a la cabeza), nuestro país continúa lejos de ser Europeo, en un tema tan importante y que afecta tanto a nuestro colectivo, como es el de las especialidades. ■



Informe: Reunión IFNA



La reunión acogió representantes de diversos países

El día 11 de mayo tuvo lugar en París, en el Palacio de Congresos, una reunión de la Junta Ejecutiva del IFNA (Federación Internacional de Enfermeras/os Anestésistas), junto con los delegados de los diferentes países asociados, todos ellos representantes de Asociaciones de Enfermería de Anestesia-Reanimación de sus respectivos países.

Como recordaréis nuestra integración se hizo realidad en mayo de 1992, durante una reunión en Teufen (Suiza), y la aportación económica es de 1/2 F.F. anual por asociado siendo de los países que menos número de asociados tenemos (o teníamos), según su informe. Los países pertenecientes al IFNA tienen especialidad reconocida, siendo España una excepción. Parece ser que bastó el

tener una Asociación reconocida y con bastantes años de antigüedad.

En la reunión todos los países participantes expusieron la situación actual, los problemas, y dificultades por las cuales pasaba Enfermería en anestesia-reanimación.

La situación de los países africanos es diferente con respecto a los demás, pues es la enfermera quien administra la anestesia. Existen numerosas escuelas para formar especialistas y una Federación que agrupa a las diferentes Asociaciones en Anestesia-Reanimación africanas. Sin embargo, expusieron las graves dificultades económicas que atraviesan a nivel profesional (falta de medios), así como a nivel académico, como en Zaire, que de otras carreras se puede acceder directamente a la especialidad, sin una base de enfermería. Durante la reunión se aprobaron ayudas económicas a Benin y Costa de Marfil para la organización de sus congresos.

Aunque el IFNA no es una agencia de empleo, solicita de cada país que envíe las condiciones oficiales para trabajar como enfermera anestésista. Puesto que no hay equivalencias de diplomas y condiciones de trabajo y educación, el IFNA ha escrito algunas recomendaciones que sirvan como "standard" de referencia, aunque cada país tenga sus propias regulaciones.

Aunque el IFNA no es una agencia de empleo, solicita de cada país que envíe las condiciones oficiales para trabajar como enfermera anestésista. Puesto que no hay equivalencias de diplomas y condiciones de trabajo y educación, el IFNA ha escrito algunas recomendaciones que sirvan como "standard" de referencia, aunque cada país tenga sus propias regulaciones.

Nigeria y Zaire presentaron su petición como miembros del IFNA siendo ésta aceptada. No siendo aceptado un formulario de solicitud de Paraguay porque la titulación de base es de "técnicos".

Actualmente el IFNA financia un estudio de investigación internacional que trata de la práctica en Enfermería de Anestesia en el mundo.

A continuación se nos pasó un informe sobre el IV Congreso Mundial del IFNA previsto para los días 12 -15 de mayo en París, en el que participarán 3.000 personas de 49 naciones (¡Todo un éxito!).

Por último, hubo un compromiso por parte del Presidente del IFNA para mandar al Ministerio de Sanidad español todos los datos referentes a los países integrantes, así como diferentes planes de estudio de la especialidad. Asimismo, se escogió Viena como sede del próximo Congreso Mundial para el año 1997.

Aunque la reunión fue densa y maratónica, con graves problemas de comunicación por parte de algunos delegados (por ejemplo, nosotros), volvimos a casa con la sensación del "deber cumplido". Nos consta que Enfermería en Anestesia-Reanimación somos muchos, muchísimos, y aunque repartidos por el "mundo", tenemos inquietudes comunes.

PAÍSES PERTENECIENTES AL IFNA

FRANCIA	NORUEGA*	Países africanos:
USA	ESPAÑA	GHANA
COREA	SUIZA	NIGERIA
DEL SUR	ISLANDIA	BENIN
FINLANDIA*	ESLOVENIA	GABÓN
AUSTRIA*	ALEMANIA	ZAIRE
SUECIA*	(* futura CEE)	COSTA DE MARFIL

Jornadas valencianas

Durante los días 3 y 4 de Junio de 1994, se han celebrado en Valencia las IV JORNADAS VALENCIANAS DE ENFERMERÍA EN ANESTESIOLOGÍA-REANIMACIÓN, organizadas por la Asociación de Enfermería de la Comunidad Valenciana en Anestesiología-Reanimación (ASECVAR), y declaradas de INTERES CIENTÍFICO SANITARIO por la Consellería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Valenciana.

El acto inaugural fué presidido por Dña. Concepción Rico Canet, jefa de programas de enfermería en asistencia especializada de Valencia, Dña. Vicenta Nadal Ortuño, jefa de programas de enfermería en asistencia especializada de Alicante y Castellón, ambas en representación de la Consellería de Sanidad y Consumo, Dña Antonia Castro Pérez, presidenta de ASEEDAR-TD y D. Ramón Rosella Aizpuru, presidente de ASECVAR.

La asistencia fué de 160 enfermeros/as de diferentes comunidades, los temas expuestos trataron sobre la enfermería en Anestesia, Reanimación, Terapia del Dolor y S.A.M.U., y el nivel científico de las conferencias volvió a ser excelente; otorgándose el premio, que fué compartido, a las conferencias tituladas "PROTOCOLOS DE CUIDADOS PARA UN T.C.E." de Dña M^a Carmen Jimenez Molero y colaboradores, y "ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑO CRÓNICO Y TERMINAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS" de Dña. M^a Dolores Hernández Borlán; la mención de honor se otorgó a "STAPHILOCOCCUS AUREUS METICILIN RESISTENTE. IMPLICACIÓN EN LOS SERVICIOS DE REANIMACIÓN" de Dña Teresa Aibar y colaboradores.

Por último se realizó una mesa debate sobre "LA ENFERMERÍA EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR", que se centró



En el centro de la foto Ramón Rosella, presidente de ASECVAR

La valoración global realizada por encuestas a los asistentes fué muy buena, volviendo a demostrar ENFERMERÍA el alto nivel y la fuerza específica que tiene dentro de la Sanidad, tanto pública como privada, demostrándose también por la colaboración y presencia de numerosas casas comerciales que saben el poder logrado, y no regalado, que ENFERMERÍA está logrando merecidamente.

En la Clausura se invitó a todos a participar en el VIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA-REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR, que se celebrará en Barcelona los días 3, 4 y 5 de Noviembre de 1994, organizado por ASEEDAR-TD; y las V JORNADAS VALENCIANAS DE ENFERMERÍA EN ANESTESIOLOGÍA-REANIMACIÓN, que se celebrará en 1995, esta vez en Castellón, puesto que cada año se realiza en una de las tres provincias de la Comunidad, y organizadas

LISTADO DE SOCIOS A SEEDAR-TD

CARMEN ALBA ALONSO
ROCIO ALBA MARTINEZ
CARMEN ALARCON BURGUES
M^ª PILAR ALCALA ESCRICHE
VICTORIA ALCOBER BOSCH
FCO. JAVIER ALEGRE SANCHO
ENRIQUE ALVAREZ ALVAREZ
M^ª JESUS ALFONSO GONZALEZ
M^ª CARMEN ALVAREZ MARQUINEZ
PILAR ANDREU GALVEZ
BEATRIZ ARGUELLO AGUNDEZ
SUSANA ARRIBAS GARCIA
M^ª JESUS ARROYO RODRIGO
JUNCAL ARRUBARRENA AYARBIDE
MERCEDES ARSUAGA ARELLANO
JOSE AVILA PINTO
AMAIA AZKUE ACHUCARRO
MARIA BANET GARCIA
M^ª LUISA BARTOLOME CUBERO
M^ª CONVERSION BAUTISTA MANCEBO
PILAR BECHER DIAZ
M^ª CARMEN BENITO JIMENEZ
VICENTE ANA BLASCO BLASCO
M^ª JOSE BUENO DOMINGUEZ
ARACELI CABASES MALLADA
MERCEDES CASAPRIMA GONZALEZ
ISABEL CASAUS IBOR
PILAR CASTEJON GUZMAN
ANTONIA CASTRO PEREZ
RAQUEL CAVERO SANCHEZ
MATILDE CELMA VICENTE
ROSA COBACHO CASAFONT
CONTRERAS GARCIA
NATALIA CORTES GARCIA
FRANCISCO COSTO LUENGO
ANTONIA CUEVAS CAMPOS
BLANCA CUZCANO GARCIA
NIEVES DE LA CALLE HERVAS
ESTELA DE LUCAS PRELLEZO
CELESTINA DEL BLANCO ESCANCIANO
CARLOS DIAZ DE LA QUINTANA GONZALEZ
CARMEN DUEÑAS LOPEZ
MARIA LUISA DURAN PEREZ
ROSA MARIA ESCRIBANO MARTIN
LIGIA ESPINOSA JUEZ
M^ª DEL CARMEN ESTEBAN YAGÜE
MARIA JOSE ESTERAS VALTUEÑA
CRISTALINA FERNANDEZ VALLE
NURIA FONTANALS ALLUE
MARIA JOSE FOS FERRANDIS
M^ª DEL PILAR FRAILE GARCIA
CONSUELO FRANCO VALLE
ESPERANZA GALARRAGA GOMEZ
LUIS GALVEZ FUENTES
M^ª VICTORIA GARCIA BASOCO
CONCEPCION GARCIA CARRERA
ANTONIO MARCIAL GARCIA HELLIN
INMACULADA GARCIA PANTOJA
M^ª ROSARIO GASTON ETAYO
M^ª DEL CARMEN GARITAS ABRIL
HERMINIA GIL GARCÉS
MARIA JESUS GONZALEZ GONZALEZ
ANGELA GONZALEZ HERNANDEZ
MERCEDES GONZALO PARDO
ELENA GORENA GUTIERREZ
CARMEN GUARDIA RUFACA
OLGA GUILLARDIN PLAZA
P. MIGUEL GUTIERREZ GUEDES
JOSEFA GUTIERREZ LUNA
EMILIA HERNANZ DIEZ
PILAR HERNANDEZ RODRIGUEZ
JOSE ANTONIO HERRERA PEREZ
ELENA HUERTAS PASTOR
ALICIA HURTADO ALVAREZ
MARIA DOLORES JIMENEZ HURTADO
M^ª DEL MAR LLOATO TORRE
ANA JOSEFA LLEBRES MOLINA
ARACELI MARTIN MATEO

NIEVES MARTIN SIMAL
ANA MARIA MARTINEZ ARETA
M^ª ASUNCION MARTINEZ JUAREZ
JOSE MARIA MAUPOEY ALFONSO
ROSA MARIA MENDEZ GOMEZ
MARIA MILLAN RUBIO
RAFAEL MIRET CAÑIZARES
CARMEN YOLANDA MOLINA ROLDAN
DAMIAN MONTALT CATALUÑA
F. CONCEPCION MONTERO VICENTE
ASUNCION MONTESINOS RUBIO
M^ª CRISTINA MORALES HUESTOS
DOLORES MORALES RODRIGUEZ
ROSA MARIA MUÑOZ DONATE
IGNACIO NARBONA VERGARA
MERCEDES NAVA MURVA
PURIFICACION NAVARRO SEGURA
FCO. JAVIER OLEAGA GOYA
SANTIAGO OLIVERO PALOMEQUE
JOSEFA PALOMERO COMES
EMILIO PARDO CONEJO
CARMEN PASTOR CORRAL
BEATRIZ PEIRO MURILLO
TERESA PEÑA TAMAME
MARIA JOSE PEREZ LOPEZ
REMEDIOS PEREZ MARTOS
CARLOS PEROMINGO ALBALADEJO
TERESA PLUMED SANCHEZ
M^ª ISABEL POLO RODRIGUEZ
M^ª PILAR PRIETO ALAGUERO
LUISA PRIVAT MARCE
FCO. JAVIER QUILEZ CASTILLO
ENCARNA QUERO MORENO
ESPERANZA RICARDO LLANO
AMPARO RODRIGO MONRABAL
JOSE MARIA RODRIGO ROYO
M^ª TERESA RODRIGUEZ ABAJO
TOMAS JOSE RODRIGUEZ ARTEAGA
ANTONIA RODRIGUEZ DIAZ
CARMEN RODRIGUEZ SAIZ
TERESA ROJANO NUÑEZ
M^ª ANGELES ROJO RAMOS
MERCEDES ROMAN NOGUERAS
MANUEL RUIZ BRINCONES
JOSE MARIA RUIZ RUIZ
M^ª CARIDAD SACRISTAN MARTIN
MANUEL SAEZ GONZALEZ
M^ª JOSE SANCHEZ MILARA
ASUNCION SERRATS HERCE
ROSARIO TABERNER ANDRES
GREGORIA TAJADA BAQUEDANO
MISERICORDIA TAPIA CID
JULIO TORRAS SIMO
FLORA TUDERO JUAN
ERNESTO TOVIAS LOPEZ
CARMEN TUSQUELLAS OTO
M^ª PILAR UBEDA DOMINGUEZ
FERNANDA VALERO DE LA CRUZ
ANTONIO VAZQUE MONTES
M^ª DARCLE VELASCO ALVAREZ
TERESA VICENTE MARTIN
NURIA VICENTE TRIADO
CELIA ZAZO GUIO
CARMEN ZUDAIRE ECHARRI
EMILIA MORALES ROMAN
M^ª ANGELES ANTON GALLARDO
EUGENIO ORTEGA ALANIS
ANTONIA POY CHAVARRIA
M^ª ANGELES MONTES GUERRERO
AZUCENA SUAREZ ALVAREZ
M^ª JOSE ESCUIN AZCONA
ELENA BUJES OLIVENCIA
MERCEDES SIMON JARA
NURIA PILAR SERRA PEÑALOSA
FRANCISCO CASADO ZURIGUEL
GEMMA MARTINEZ ESTALELLA
PILAR SCHNEIDER JIMENEZ
CARI ES PAGES I FORTS

JORDI GARCIA NAVARRO
ANA CANO MARQUES
MAITE LOPEZ GUERRERO
M^ª ISABEL ESPAÑOL JUAN
ASSUMPTA ESPINAGOSA VILARO
GEMMA CABEDO OLIVA
MONTSERRAT VIVANCOS AZOR
M^ª TERESA PEIX SAGUES
ISABEL ARRIAZU LOPEZ
NARCISO SEVILLA MARTINEZ
ALICIA M^ª CORCOLES INIESTA
MONTSERRAT FERRER
M^ª CRISTINA SALVADO
PEDRO GARZON MARTINEZ
PALOMA RONCERO
NEUS SOLER ARNAL
JUAN CARLOS CANO
M^ª JOSE MULAS GONZALEZ
MARIA PUYO CASTANERA
YOLANDA RUBIO VARGAS
NURIA GARCIA MORON
TERESA GUTIERREZ
ESTER RODRIGUEZ ROMERO
ANA ALTOLAGUERRI GORROCHATAGUI
M^ª DOLORES ARMENDARIZ ERROBA
M^ª JESUS ARROYO RODRIGO
MARISA COTERA GORDOVIL
ANA CHUECA AJURIA
ANGEL DIEGO AREVALO
MARISOL ECHEVARRIA BARRENECHEA
M. MERCEDES ESQUIROZ JAUREGUI
INES ESTEBAN MARTIN
VIRGINIA FERNANDEZ MARCILLA
M^ª SOLEDAD IMIRIZALDU GARRALDA
M^ª ITZIAR ITURRIZAR ARRIETA
ANA M. LACALLE PEREZ
BEGOÑA LEZAMA ANGUIANO
SAGRARIO LOPEZ SANZ
M^ª ANGELES MARTELES RIPA
ELENA OJEDA SANTOLAYA
AMAGOYA ALDAZABAL MUNIATEGUI
M. LUISA PORTOLES OSTE
M^ª ROSA SAINZ NIETO
M. ROSARIO SANTAMARIA LOPEZ
JANA M. TELLERIA MUGICA
M. SOCORRO UBANI ALZUETA
FERMINA URBIAIN IRIARTE
M^ª VICTORIA URBINA SAN MIGUEL
CAMINO ULLATE EQUIZA
JUAN ANTONIO ZUFIA IGLESIAS
MARIA ZUGASTI HUARTE
JULIA ALONSO RAMIREZ
YOLANDA MARTINEZ DE LA HIDALGA
MERCEDES ARSUAGA ARELLANO
CARMEN ZUDAIRE ECHARRI
AMAIA AZKUE ACHUCARRO
ADORACION CENZANO SANCHO
ELENA GORENA GUTIERREZ
ELENA HUERTAS PASTOR
ANA M. MARTINEZ ARETA
MONTSERRAT PEREZ DE ALBENIZ CRESPO
CARMEN RODRIGUEZ SAIZ
M. TERESA ROJANO NUÑEZ
ESTHER SANCHEZ SOLA
SAGRARIO MARTICORENA MUTILVA
MARISA ANSOAIN ARAMENDIA
CARMEN ROYO FERNANDEZ
PIEDAD PEREZ FERNANDEZ
FELI IMAS ECHEVARRIA
CARMEN MARIA GONZALEZ RIOA
M^ª TRINIDAD SOLA ZABALZA
M^ª TERESA CASTRO GARRUES
EMILIA CAMARA QUINTANA

**AL CIERRE DE ESTA PUBLICACIÓN,
NO DISPONEMOS DEL LISTADO DE-
FINITIVO DE SOCIOS DE ASEEDAR-TD.
POR LO QUE PEDIMOS DISCULPAS
A LOS QUE NO SE VEAN REFLECTADOS**

PRESENCIA DE ASEEDAR-TD EN LAS V JORNADAS DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Con motivo de las V Jornadas de Enfermería Quirúrgica celebradas en Jaén el día 6 de Mayo de 1994, asistieron a este acontecimiento dos miembros de la Junta Directiva de ASEEDAR-TD para presentar nuestra asociación ya que no era conocida por los participantes de dichas Jornadas. Del mismo modo se hizo difusión del 8º Congreso Nacional de Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor a celebrar en Barcelona En Noviembre de 1994.

El Comité Organizador de las Jornadas nos brindó en todo momento su colaboración dando todo tipo de facilidades para desempeñar nuestra labor, logrando con ello una gran aceptación y una buena respuesta por parte de todos los asistentes.



REUNION ASEEDAR-TD Y LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA (A.E.E.Q.)

El 28 de Abril de 1994, dos representantes de la Junta Directiva de ASEEDAR-TD participaron en una reunión celebrada en Madrid (en la sede de laboratorios Prim) donde asistieron Angels Sancho, Presidenta de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica (AEEQ) y enfermera del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona. Angela Garcia, vocal de AEEQ y enfermera del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, Hortensia Vargas, supervisora del Hospital Clínico de Valencia y Boro Verja, supervisor de Urgencias de la Ciudad Sanitaria la Fe de Valencia.

El tema a tratar era la conveniencia por parte de los compañeros de Valencia de crear una Asociación Valenciana del personal de quirófano y Unidades de Reanimación.

La tarea de los componentes de ASEEDAR-TD fué asesorar a los miembros de AEEQ nuestro funcionamiento y relación con las asociaciones autonómicas que hasta la fecha están contempladas en nuestra asociación, como son la Asociación de la Comunidad de Valencia de Anestesia-Reanimación y Asociación de Enfermería Vasco-Navarra de Anestesia-Reanimación.

El contacto de AEEQ con ASEEDAR-TD abrió un camino de futuras conversaciones para encontrar puntos en común que puedan acercar la tarea de los