Los CUIDADOS PALIATIVOS

VISIÓN GENERAL

La confortabilidad se busca en todas las dependencias del servicio. En la foto, Hospital de Día y Sala de Espera

AMPARO GONZÁLEZ VIÑUELA
ENFERMERA DE REANIMACIÓN H. C. SALAMANCA
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

LOS CUIDADOS PALIATIVOS. POR QUÉ SON HOY UNA NECESIDAD NO CUBIERTA

Los Cuidados Paliativos surgen hoy como algo nuevo, cuando en realidad han existido desde siempre. Nuestra cultura cristiana ya establecía en su filosofía, desde un principio, la necesidad de ayudar a las personas que se enfrentaban a la muerte.

Somos testigos de cómo en las últimas décadas de este siglo, sobre todo, los avances científicos y tecnológicos han cambiado nuestra forma de vida y, por su puesto, han influido profundamente en la Medicina en el CURAR y en el CUIDAR.

Entre los cambios sociales, éticos y culturales podemos destacar:

- Un aumento considerable de la población anciana (se prevé para el año 2005, 1.000 millones de personas mayores de 65 años).
- Hoy las poblaciones son urbanas, no rurales, como hasta hace pocos años.
- La estructura familiar ha cambiado (antes cuidaba a sus miembros ancianos, enfermos y moribundos).
- Existe diversidad de creencias y culturas en la población por los movimientos migratorios.
- En los países desarrollados se promueve el estado de bienestar, el consumo. Se hipervalora el cuerpo, lo joven. Se rechaza a los ancianos, a la enfermedad y el dolor.

Hace no tantos años el hombre moría en su casa, rodeado de los suyos. Se entendía más la muerte como un proceso natural y como parte de la vida. Era el momento de las despedidas y reparticiones. La familia [illegible] amigos.

Hoy, la muerte ha ido ocultando y silenciando cada vez más. ES TABÚ. La sociedad ha delegado el cuidado de los enfermos y moribundos a los hospitales. Pero... ¿qué pasa en los hospitales?

Debido a la aplicación de estos conocimientos científicos y técnicos, que parecen no tener límites, la Medicina ha conseguido grandes logros, pero también tenemos la otra cara de la moneda:

- Un aumento de enfermedades crónicas y [illegible] muchos años (en los países subdesarrollados llevan a la muerte de forma rápida).
- Un aumento cada vez mayor de enfermedades incurables como el Cáncer y el Sida, que tienen un fuerte estigma social y que acaban topando con el Tabú de este siglo: LA MUERTE.

Nuestra medicina moderna y científica no ha podido evitarla, aunque sí ha alargado el tiempo de espera. Los hospitales tienen enfocada toda su actividad exclusivamente hacia la curación. La sociedad nos confía el cuidado de los moribundos, pero los profesionales de la Salud no estamos preparados para ello:

- Porque no se nos ha enseñado.
- Porque también sentimos el miedo colectivo a la muerte, añadiendo además el fracaso de no haber conseguido la curación.

Vemos coexistir, con frecuencia, la aplicación de la más alta tecnología con unos cuidados mínimos e inhumanos aplicados al mismo enfermo. Debido al enfoque que hemos dado a la Tecnología (no por necesidad) se ha ido produciendo un divorcio entre el CURAR y el CUIDAR. También la tecnología ha influido en la comunicación entre equipo sanitario y paciente, desplazando la Palabra. Esto nos ha llevado a la tan nombrada "deshumanización de la Medicina".

Ante los enfermos terminales la Medicina es muda. Hoy morimos solos y en silencio. Es por lo que surge la creciente demanda de unos cuidados específicos para el proceso de morir, que en definitiva forma parte de la vida.

HISTORIA RECIENTE DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

El lugar donde se recibían a los enfermos moribundos para proporcionarles cuidados eran los Hospices, más tarde llamados Hospitales. La palabra Hospice se utiliza por primera vez en 1842 por Jeanne Garniere en Lyon, Francia. En 1905 se [illegible]

En 1967 la enfermera Cecyle Saunders, después de finalizar sus estudios de medicina inaugura el St. Cristhoper Hospice de Londres. Iniciativas parecidas a estas se van extendiendo por EE.UU., Canadá y Europa.

El término de Medicina Paliativa se remonta al año 1977. Los Colegios de Médicos del Reino Unido la reconocen en la actualidad como una especialidad médica.

SITUACIÓN EN ESPAÑA

En 1948 en el Hospital de la Paz de Madrid, la psicóloga Pilar Arranz inicia un programa de los Cuidados de los problemas psicoemocionales de los pacientes y familiares en fase terminal.
En 1987 se inaugura la primera Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital Marqués de Valdecilla, Santander.

En 1988 se pone en marcha en el Hospital de La Coruña un programa de asistencia domiciliaria para los enfermos oncológicos en la etapa final.

En 1989, el Hospital de Sabinal de Las Palmas de Gran Canaria inicia un programa para el dolor que se transforma después en Unidad de Cuidados Paliativos. Hoy colabora con el Clínico de Madrid y con la Asociación Española contra el Cáncer, en el desarrollo de un programa de C. P. en varias comunidades. Existen en la actualidad una docena de equipos de la Asociación.

En Cataluña en 1990 el departamento de Sanidad en colaboración con la O.M.S. inicia un programa piloto para la implantación de los Cuidados Paliativos. También en el País Vasco, Andalucía y Valencia existen programas de atención domiciliaria.

Aparece la Sociedad Española de los Cuidados Paliativos. En Castilla y León se funda en 1993.

Como vemos existe una inquietud en el mundo sanitario para dar una respuesta más humana al paciente terminal, para que pueda vivir, tanto él como su familia

posible si el paciente y la familia lo desean en su domicilio.

LA ENFERMEDAD TERMINAL

Se considera enfermedad terminal aquella que:

- Es progresiva.
- No tiene tratamiento curativo.
- Presenta síntomas muy intensos y cambiantes.
- Existe un gran impacto emocional para el enfermo, la familia y el equipo sanitario.
- El pronóstico de vida es inferior a los seis meses.
- El equipo sanitario sufre una gran presión por la intensa demanda asistencial.

Es importante agotar todas las terapias de que se disponen antes de etiquetar a un paciente como terminal, pero también hay que ser lo suficientemente razonable para hacerlo cuando no hay respuesta a las terapias. Es frecuente el "ensañamiento" o "furor terapéutico" que ocasiona a veces prolongadas agonías. El dato de seis meses es estadístico, dar límites exactos es inseguro e inútil. La familia tiene que acostumbrarse a vivir con la incertidumbre.

Vemos ingresar repetidas veces en los Hospitales a enfermos terminales porque se agudizan algunos síntomas o porque están próximos a la muerte y la familia no sabe que hacer con ellos.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Cecyle Saunders los define como: **CUIDADOS INTENSIVOS DE CONFORT**. Están dirigidos al paciente y a la familia.

Ante el diagnóstico fatal, ese "ya no se puede hacer nada", el equipo de C. P. dice que **SÍ SE PUEDE HACER Y MUCHO**. El objetivo es:
1) Potenciar y mejorar la calidad de vida.
2) Conseguir a ser posible una muerte

Se valorará el grado de disconfort y las causas desencadenantes. La actuación del equipo estará dirigida a potenciar en lo posible la autonomía y la autoestima, tan disminuida por la enfermedad, la dependencia y las mutilaciones de la Cirugía. La ansiedad, insomnio, el miedo sobre todo a la noche y la depresión estarán presentes en distintas etapas. El deterioro físico puede ser muy severo.

Cecyle Saunders habla del Fenómeno del Dolor Total, que afecta a los niveles físico, mental, social y espiritual, que componen la Realidad Total del hombre. Los Cuidados se irán planificando y adaptando para restaurar el confort a todos los niveles.

La **FAMILIA** es incorporada al Equipo. Es preciso valorar el estado de ánimo y la situación. Va a ser receptora de cuidados:
1) Proporcionándole seguridad y apoyo emocional continuo.
2) Hay que prever el agotamiento y la claudicación familiar. También el duelo patológico.

Existe una **inquietud** *en el mundo sanitario para dar una respuesta más* **humana** *al paciente terminal*

Los **cuidados** *se irán planificando para reinstaurar el* **confort** *a todos los niveles*

Para que pueda proporcionar los cuidados (sobre todo si el paciente está en el domicilio) le enseñaremos a incrementar el confort, en la alimentación, curas, movilización, cuidados de la piel e hidratación...

También le explicaremos el por qué de los síntomas y la acción de los fármacos. Lo mismo se hará con el aspecto psicoemocional, los cambios tan frecuentes que a veces producen tanta angustia y alarma.

EL TRABAJO EN EQUIPO

El proporcionar unos cuidados totales exige la actuación de un equipo multiprofesional. Si el trabajo en equipo es necesario para la curación lo es aún mayor para atender a los pacientes terminales.
Un tratamiento adecuado que corrija, prevea y mejore los síntomas, así como la administración correcta de la medicación observando los efectos que produce. Es tan importante como el apoyo emocional

Cualquier profesional por bueno que sea no puede atender en solitario los problemas que le presenta el enfermo y la familia. La implicación de distintos profesionales: Asistente Social, Administrativo, Celador, Auxiliar de Enfermería, Psicólogo, Médicos, Enfermeras, Sacerdote o guía espiritual... Es necesaria una buena coordinación para conseguir el objetivo. Todos somos necesarios, pero nadie es imprescindible excepto **EL ENFERMO**. También es preciso destacar la excelente ayuda de los Voluntariados.

Los profesionales de estas Unidades tienen que autoprotegerse del stress. El coordinador establecerá programas para este fin. Añadiendo la Formación Continuada y una buena comunicación, podemos estar seguros de la satisfacción personal y del éxito a la hora de conseguir los objetivos.

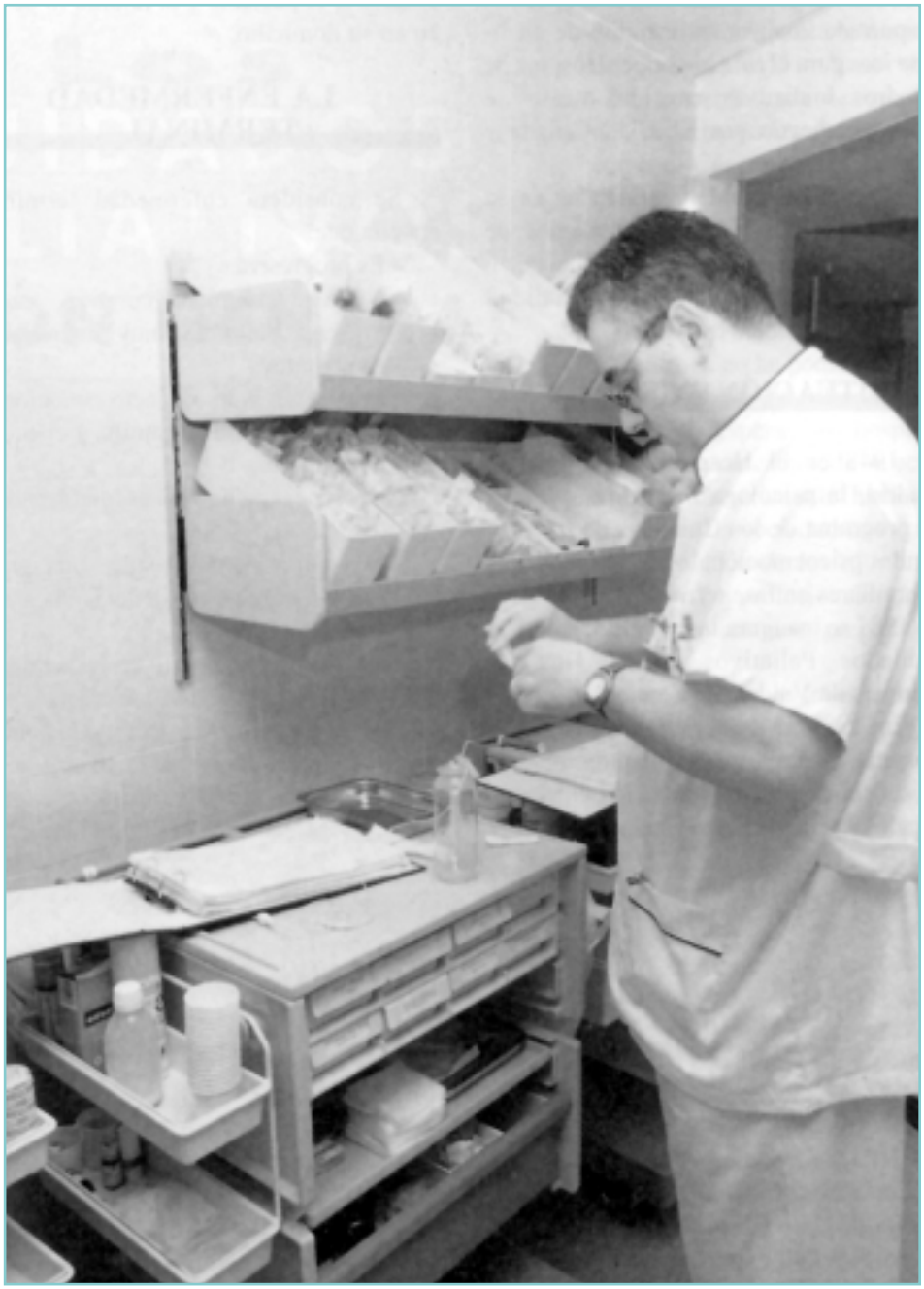
LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ENFERMERÍA MODERNA Y EN LOS PLANES DE ESTUDIO

Si hacemos un recorrido por las diferentes teorías de Enfermería (desde la Humanista de Florence Nithingale, a la de Relaciones Interpersonales de Erikson, o de los Sistemas de Roig, incluyendo la teoría de los Campos de Energía de Rogers y Newman) podemos ver cómo se hace hincapié en el cuidado holístico e integral... Es decir, si encontramos un lenguaje y unos conceptos que se manejan en Cuidados Paliativos.

Sin embargo, no se hace ninguna mención sobre los cuidados cuya finalidad no sea la curación del paciente. No contamos con ningún desarrollo teórico sobre el proceso de morir y el cuidado de los moribundos y sus familias.

La muerte como parte del proceso vital, tiene entidad suficiente para ocupar y preocupar a los teóricos de la Enfermería en sus planteamientos e investigaciones.

En diversos estudios realizados se constata la dificultad que tienen la mayoría de las enfermeras y estudiantes para cuidar a los enfermos terminales. La enfermería se ha ido decantando por los cuidados curativos, que son los que practican el sistema Sanitario, y muchas veces cuando nos retiran las analíticas, monitores, bombas de perfusión... es decir, la técnica (porque se desiste de la curación) nos encontramos sin saber qué hacer con el



los familiares nos sentimos molestos e incómodos.

En el Reino Unido, pionero de los Cuidados Paliativos, en muchas de sus escuelas ya se ha integrado la asignatura y se promueve la investigación. En Australia, Canadá, EE.UU. existen programas.

En España no se contempla en las escuelas de Enfermería el tema. Los puntos de la geografía donde empiezan a emerger estos cuidados son entre otros: Santander, Vic, Las Palmas de Gran Canaria, Valencia y Madrid. Estos profesionales están trabajando duro y nos marcan pautas.

Pero es necesario reciclar al

programas específicos. Para los post graduados se pueden realizar cursos, seminarios, talleres... impartidos en los Hospitales y Centros de Salud por las enfermeras que tienen experiencia.

La Sociedad nos pide estos cuidados. La Administración, encargada de distribuir los recursos sanitarios, tiene que asumir la demanda.

LA MUERTE DE LAS PERSONAS EN UN SISTEMA SANITARIO, AL IGUAL QUE EL NACIMIENTO, SON LOS EXTREMOS DONDE SE CIERRA EL CICLO DE LA VIDA. CUIDAR UNO Y DESCUIDAR EL OTRO NO ES DE SERES INTELIGENTES

MUSICOTERAPIA

UN ENFOQUE CREATIVO PARA LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA SALA DE DESPERTAR

Mª. TERESA VILLAR ARNAL

HOSPITAL MIGUEL SERVET
(TRAUMATOLOGÍA) • ZARAGOZA

El aire se serena
y viste de hermosura y luz no usada,
Salinas, cuando suena
la música extremada,
por vuestra sabia mano gobernada.

A cuyo son divino,
mi alma, que en olvido está sumida,
torna a cobrar el tino
y memoria perdida,
de su origen primera esclarecida.

(Oda a Salinas de fray Luis de León)

Continuamente surgen fármacos y métodos analgésicos más eficaces, seguros y con menores efectos secundarios, que son de gran ayuda en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio resultante de la agresión quirúrgica. Como enfermeros de las salas de despertar y reanimaciones administramos analgesia bajo prescripción facultativa y colaboramos en otros procedimientos de alivio del dolor, todo ello dentro de nuestras funciones delegadas de la medicina. Sin embargo, cuando realizamos las observaciones de enfermería y valoramos el estado del paciente comprobamos que los signos físicos que acompañan al dolor no siempre están en proporción directa con la magnitud de las algias, ni con el grado de lesión o alteración que padece el paciente. También distinguimos otras posibles fuentes de dolor como distensión vesical o intestinal, espasmos musculares, lesiones nerviosas secundarias a tracciones indebidas durante el acto operatorio o patologías médicas diversas. Pero, además, con mucha frecuencia observamos respuestas psicológicas que debidas a la integración de los impulsos nociceptivos a nivel de los centros corticales superiores, provocan en el paciente una serie de manifestaciones de miedo y de angustia o ansiedad, características según la magnitud del dolor y la personalidad del paciente.

La identificación de todos estos signos y síntomas, diferenciándolos del dolor físico, se engloba dentro de lo que denominamos disconfort o incomodidad. Problemas planteados en las necesidades de seguridad, tanto física como psicológica de la persona, y que con frecuencia forman parte del cortejo doloroso durante el postoperatorio inmediato. Su percepción, diagnóstico y tratamiento son atribuciones de enfermería, que junto con la aplicación de medidas y cuidados enfermeros caracterizan una buena actuación y garantizan el alivio de estos síntomas coadyuvantes del dolor y, por ende, del dolor mismo, potenciando el efecto de los fármacos. Esto es lo que nos diferencia, reafirma y hace insustituible nuestra labor en el cuidado del enfermo.

Sabemos por nuestra formación y experiencia que el dolor es completamente subjetivo, y que provoca reacciones individualizadas. Comprobamos que algunos analgésicos proporcionan un alivio eficaz y duradero del dolor pero no existe fármaco alguno que, sin provocar una disminución importante del nivel de conciencia, mitigue los síntomas de incomodidad, miedo y ansiedad que presenta el paciente.

Llegados a este punto, considero necesario definir, de forma breve, los conceptos de ansiedad y de miedo de los que parto, para asentar una base común que nos permita entender más fácilmente la conexión con la musicoterapia, objeto de esta comunicación. La ansiedad, según o conjunto de circunstancias que obstaculicen la operación de las funciones vitales del organismo» (LOWEN, 1977, 118). La ansiedad es un sentimiento vago, mal definido, de aprensión y de desasosiego. Una sensación de incomodidad e inestabilidad de origen desconocido para el individuo. Es una respuesta a la amenaza y la persona tiene sensación de peligro inespecífico. Existen unos datos objetivos de valoración, resultado de la estimulación simpática (respuesta de lucha o de huída): aumento de la tensión arterial, taquicardia, taquipnea, enrojecimiento, sudoración, dilatación pupilar; y, otros, como agitación, inquietud, locuacidad, voz temblorosa, miradas furtivas en derredor, irritabilidad y temblores generalizados, por citar algunos signos conocidos por todos. El miedo es una identificación de la ansiedad; la amenaza es definida con claridad por el paciente, por ejemplo: el paciente manifiesta sentir miedo a morir durante la intervención, a no despertar de la anestesia, a desangrarse, etc. Estoy segura de que en nuestra práctica diaria utilizamos multitud de enfoques creativos en los cuidados, para ayudar a restablecer el bienestar del paciente. Aquí quiero hacer una pequeña aportación, exponiendo mi experiencia con la musicoterapia en la sala de despertar postquirúrgica de traumatología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

¿QUÉ ES LA MUSICOTERAPIA?

Según la Sociedad Norteamericana de Musicoterapia, la musicoterapia es el uso de la música y los sonidos en la consecución de los objetivos terapeúticos: la restauración, mantenimiento y perfeccionamiento de la salud física y mental. Es la aplicación sistemática de la música dirigida por el musicoterapeuta, en el entorno terapeútico, para conducir hacia cambios deseables en la conducta del individuo (CHOI, 1995).

La música y el sonido en general pueden ser usados como herramienta movilizadora del cuerpo y de diversas emociones, así como instrumento facilitador de la comunicación. Está presente en todas las culturas y su efecto terapeútico es descrito y utilizado desde la más lejana Antigüedad. Los egipcios le atribuían efectos medicinales para el alma. La Biblia también relata la curación de Saúl después de oir a David tocar el arpa. Para griegos y romanos la música ejercía de catártico en la consecución de la armonía cuerpo-alma. Muchas tribus indias americanas han usado la música en el tratamiento de la enfermedad. La sabiduría oriental de los lamas tibetanos enseña, todavía hoy, el medio para obtener con el sonido la relajación psicosomática, la misma que provoca la letra asociada a la música (vibraciones guturales). Sin embargo, la explosión tecnológica del siglo XX disminuyó el vínculo que siempre había existido entre música y medicina.

De nuevo en los años cuarenta de nuestro siglo, el psiquiatra Altschuler desarrolló su teoría de la *respuesta talámica*, según la cual, si la música no produce cambios en el nivel consciente, inconscientemente puede estimular una respuesta en el nivel talámico. Este es el nivel en el cual las emociones y los sentimientos son transmitidos hacia los centros corticales superiores. Esta teoría desemboca en el principio de igualdad (*iso-principle*), según el cual, el estímulo musical iría emparejado con el humor del paciente; de este modo, podrían efectuarse cambios en éste, utilizando la música (SCHULLIAN, 1948, 293-321; COOK, 1981).

En 1954, Jost (ingeniero, psicólogo y musicoterapeuta) investigó en la Facultad de Medicina de París, con ayuda de un electroencefalógrafo, el poder afectivo de la música como poderoso elemento psicológico, y sus efectos sobre la ansiedad y el temor en el tratamiento de ciertas neurosis (CAYCEDO, 1974, 270-271).

En 1982, Alvin catalogó los efectos psicológicos específicos de los elementos musicales. Por ejemplo, el tono actúa sobre el sistema nervioso autónomo: los tonos altos crean tensión y los tonos bajos causan relajación. El volumen elevado, en torno a 130 decibelios, puede causar dolor físico. El ritmo aparece como uno de los elementos de la música que producen más respuestas: los ritmos lentos tienen un efecto calmante y tranquilizador y los ritmos rápidos elevan la tensión (COOK, 1981).

De todo lo expuesto podemos extraer las

siguientes afirmaciones útiles para el trabajo que nos ocupa:

— La música facilita y provoca determinadas respuestas físicas y psicológicas.

— La música es una expresión emocional y, como tal, puede modificar estados emocionales y propiciar cambios de humor.

— Diferentes tipos de música provocan reacciones diferentes en la persona, pudiendo emplearse como fuente de sanación.

— La utilización clínica de la música proporciona un ambiente confortable y seguro, que ayuda a la reducción de la ansiedad.

— La música, al desviar la atención del paciente de su dolor hacia algo más placentero, puede conseguir la disminución de la intensidad del episodio doloroso.

— La música es una forma de comunicación, un lenguaje universal que permite establecer una relación terapeútica empática.

Después de haber fundamentado y justificado la utilización clínica de la música como vehículo de sanación y herramienta de los cuidados de enfermería, las enfermeras de la sala de despertar decidimos que podía ser útil iniciar un estudio de los efectos de la música sobre determinado grupo de pacientes postoperados. La hipótesis que se pretende verificar es la siguiente: la música actúa como agente reductor de los niveles de ansiedad, induciendo un estado de relajación en el paciente, que favorece el alivio del dolor y, por tanto, la disminución de la demanda de analgesia.

METODOLOGÍA

De entre la variedad de intervenciones quirúrgicas que recibimos en el servicio, optamos por centrar el estudio en pacientes operados de la columna vertebral, en concreto de hernia discal y/o artrodesis vertebral. La razón de dicha elección fue, en primer lugar, el predominio de edades: entre 35 y 60 años, que nos proporcionaba pacientes con un estado físico general bueno y unos niveles de consciencia normales, que permitían realizar valoraciones fiables; y, en segundo lugar, la parte del cuerpo objeto de la intervención. La columna vertebral, sobre todo en la zona lumbosacra (mayor incidencia de hernias discales), soporta la tensión de dos fuerzas opuestas: por una parte la gravedad y, por otra, la fuerza que actúa hacia arriba, manteniendo la postura erecta del individuo y sosteniéndolo. Los pacientes afectos de esta dolencia presentan con mayor frecuencia un componente espástico de los grupos musculares de esta zona, que desequilibran dicha tensión, originando el prolapso del disco intervertebral. Incluso después de la intervención quirúrgica habíamos observado como, a menudo, estos pacientes presentan episodios de rigidez, contracción y vasoconstricción periférica generalizadas (una reacción somática "hacia dentro" del individuo), acompañando o precediendo a las manifestaciones dolorosas y acentuándolas. Pensamos que en estos casos podría resultar beneficioso inducir un estado de relajación por

En este estudio preliminar hemos valorado veinte pacientes de edades comprendidas entre 35 y 55 años, a los cuales dividimos en dos grupos: un grupo con el cual se utilizó música en la sala de despertar, y un grupo control con el que no se empleó música.

Se solicitó la colaboración de tres anestesistas del equipo médico, llegando a un acuerdo para que las anestesias generales realizadas a los enfermos fueran similares. Y, de este modo, al evaluar la acción de la musicoterapia, separar los efectos de la música de los efectos de los agentes anestésicos.

Seleccionamos el tipo de música que íbamos a emplear, procurando que tuviera un efecto calmante y relajante, teniendo en cuenta la personalidad y las preferencias del paciente. Utilizamos música clásica, sobre todo música instrumental barroca, descrita como beneficiosa por sus efectos sobre la ansiedad y el miedo. Obras de Bach, Vivaldi, Haendel y Mozart, junto con música de la denominada New Age (Enya, David Sun, Enigma, Loreena McKennitt, etc.) y sonidos de la naturaleza, constituyen nuestro principal repertorio.

De la hipótesis formulada se han extraído tres variables para su estudio: la ansiedad, el dolor y la demanda de analgesia. Los indicadores designados para medir estas variables y, por tanto, para evaluar los efectos de la música son:

1. La observación directa de signos y síntomas relacionados con la presencia de ansiedad y de dolor. Según M. Bunge «la observación científica es una percepción intencionada e ilustrada: intencionada o deliberada porque se hace con un objetivo determinado; ilustrada porque va guiada de algún modo por un cuerpo de conocimiento» (BUNGE, 1983, 727). Esta afirmación nos obliga a partir de tres premisas en la observación: estructurada, descriptiva y objetiva. Somos tres enfermeras, es decir, tres observadores distintos con un formulario previamente establecido de datos a recoger, basados en los signos y síntomas reconocidos y descritos de ansiedad y de dolor.

2. Medición de la variación en las constantes vitales hemodinámicas (tensión arterial, frecuencia y ritmo cardiacos, frecuencia y características ventilatorias) cada quince minutos durante la primera hora y, posteriormente, cada treinta; como indicadores influenciados no sólo por trastornos fisiológicos, sino por determinadas respuestas

3. Tiempo que tarda el paciente en solicitar analgesia después de salir del quirófano y frecuencia de las peticiones durante su estancia en la sala de despertar.

4. Uso de una Escala Visual Analógica (EVA) de medición de la intensidad de dolor. Consiste en una línea recta horizontal o regla de unos diez centímetros de longitud, en cuyos extremos se encuentran los dos polos opuestos de intensidad de dolor: no dolor en un extremo y máximo dolor imaginable en el otro extremo. El paciente debe señalar en la línea el lugar donde cree que se encuentra el nivel de dolor que percibe. Por detrás, esta marca se corresponde con una numeración de 0 a 100, que ayuda a cuantificar la valoración realizada.

5. Manifestaciones subjetivas del paciente acerca de su estado, recogidas como anotaciones; las cuales pueden considerarse el prisma a través del cual hay que valorar el resto de los indicadores, pues no hay que olvidar que el objeto del estudio es comprobar si la música produce una modificación placentera de las sensaciones del paciente durante su postoperatorio inmediato.

CONCLUSIONES

El propósito de este estudio inicial era poner a prueba la validez del método y de los instrumentos de medición propuestos; es decir, hacer un ensayo con una muestra de población que nos permitiera verificar y corregir la metodología. Para lo cual, realizamos por espacio de cinco meses una investigación experimental, recogiendo y procesando datos y efectuando las comparaciones con el grupo de control. Los resultados obtenidos son los siguientes:

— Los pacientes que escucharon música presentaron con más frecuencia, comparativamente con el grupo de control, una reducción más acusada de las cifras de tensión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia y profundidad de la respiración, dentro de los límites normales; y, además, una apariencia de calma, sosiego y relajación, llegando incluso a conciliar un sueño ligero.

— Aunque no hubo una disminución significativa en la petición de analgesia entre ambos grupos, sin embargo, el grupo que escuchó música tardó más tiempo en solicitar la primera dosis analgésica.

— Las valoraciones realizadas de la intensidad del dolor con la EVA alcanzaron cifras cuantitativamente más bajas en el grupo que oyó música.

— El grupo tratado con musicoterapia percibió su estancia en la sala de despertar de forma más placentera y agradable que el grupo de control no sometido a musicoterapia.

Podemos concluir que el método propuesto para el estudio de los efectos de la música en los pacientes de la sala de despertar es adecuado, pues resulta operativo para validar la hipótesis formulada. Asimismo, se puede avanzar la recomendación del uso de la música como un instrumento original y efectivo en

La figura de la Enfermería de anestesia (todavía una desconocida)

Este trabajo pretende dar a conocer la situación actual de la Enfermería de Anestesia en Quirófano. Lamentablemente, no todos los Hospitales cuentan con los recursos humanos y económicos necesarios para incluir en la dotación de personal de Quirófanos, profesionales de enfermería con dedicación exclusiva a las tareas propias de Anestesia. Lo que se plantea para la reflexión es que todo lo relacionado con los recursos de enfermería supone un coste elevado, puesto que se trata de personal cualificado.

JOSEFINA FREIXA GARCÍA
MONTSERRAT MARCOS SÁIZ
HOSPITAL DE TERRASSA • BARCELONA

La planificación de recursos puede presentar amplias diferencias de unas áreas a otras, y es por ello que existen diversos métodos, fórmulas y modos de acercarse al tema de la estimación de la dotación de personal. Centrándonos en el Área Quirúrgica, el personal de enfermería desempeña diferentes funciones:

- Instrumentista
- Circulante
- Reanimación
- Esterilización
- Traslado de enfermos

Es obvio que estas funciones están plenamente reconocidas, y la falta de alguna de ellas puede mermar el buen funcionamiento del Quirófano. Sin embargo, todavía hoy, parece prescindible la figura de la enfermera de Anestesia. Creemos que la presencia de la misma contribuye a elevar la calidad asistencial que se da al enfermo.

HISTORIA DE LA ANESTESIA

Desde siempre, la humanidad sufre dolo- de la analgesia sólo se consideró realmente cuando surgió la necesidad del tratamiento quirúrgico de las enfermedades; hasta ese momento, los intentos por aliviar el dolor fueron esporádicos.

Durante siglos se realizaron verdaderas operaciones, pero siempre se trató de enfermedades superficiales (fractura, amputación, extracción de catarata, trepanación del cráneo, etc.). Para estos fines estaban en boga las propiedades anestésicas de la hipnosis y el trance, la presión sobre nervios periféricos y vasos sanguíneos, la aplicación de frío, la intoxicación alcohólica o la ingesta de cocciones de hierbas.

Nunca dejó de estudiarse la forma de conseguir aliviar el dolor, investigando con animales y descubriéndose el poder de algunos gases al ser inhalados.

El 11 de diciembre de 1844, Gardner Quincy Colton administró óxido nitroso al dentista Horace Wells para que le fuera extraído un diente cariado. Aunque la primera demostración pública de intervención quirúrgica con anestesia inhalatoria Massachusetts) y en ella se utilizó vapor de éter. Dada la trascendencia del descubrimiento, no fueron pocas las discusiones y controversias que provocó. A pesar de ello, la anestesia no ha dejado de evolucionar y ello ha contribuido al avance de la cirugía.

La incorporación de nuevas técnicas y fármacos a través del tiempo obligó a los médicos a iniciarse en un complejo aprendizaje. Fue John Snow (1813-1858) el primer especialista en anestesia, aunque durante mucho tiempo se combinó la práctica anestésica con la medicina general. En 1912 se fundó la Asociación Americana de Anestesistas (ASA). Paralelamente al desarrollo médico de la especialidad, aunque mucho más anónimo, está el papel de Enfermería. No sólo ha sido testigo y artífice del avance de la anestesia y, por ende, de la cirugía, sino que hasta bien entrada la segunda mitad de este siglo, era competencia de la enfermera la reanimación postquirúrgica del paciente. El equipo de enfermería recurría al cirujano o al anestesiólogo cuando lo creía oportuno, puesto

contaba con un responsable médico. De hecho, internacionalmente, se considera que el modelo ideal para el cuidado de los pacientes siempre será el esfuerzo conjunto de un equipo que incluya cirujanos, anestesiólogos y enfermería.

LA ENFERMERA DE ANESTESIA

La figura de la enfermera de anestesia surgió en 1878 cuando la enfermera Mary Bernard fue llamada para asumir las funciones de anestesista en el St. Vincent's Hospital de Erie, Pennsylvania. En septiembre de 1919, en el Hospital de la Universidad de Michigan se estableció uno de los primeros programas universitarios, que había sido precedido por la utilización en clínica de enfermeras anestesistas en la Clínica Mayo de Rochester, Minnesota, en la década de 1890.

En nuestro país no existe tradición académica para la formación de enfermeras anestesistas, sin embargo cualquier profesional con unos cuantos años en la profesión recuerda cómo, hasta no hace demasiado, existían enfermeras/os entrenados y con suficiente experiencia para asumir perfectamente una anestesia, sobre todo, general. En nuestra investigación, hemos obtenido el siguiente texto, que viene a confirmar lo expuesto: "...en efecto, la existencia de la especialidad de Anestesiología y Reanimación reconocida como tal en el Real Decreto 127/1984 de 11 de enero (obtención de títulos de especialidades médicas) es reciente. Antaño era una enfermera u otra auxiliar quien, bajo la dirección del cirujano, suministraba la anestesia; posteriormente estuvo vigente la concepción de la relación del cirujano con el anestesista como de trabajo en equipo, con solapamiento de las responsabilidades de uno y otro; en la actualidad, se tiende a la autonomía de la actividad de cada uno de los profesionales que toman parte en la operación". Audiencia Provincial de Palma de Mallorca Secc. 3ª S 17 Dic. 1992. Ponente Sr. Gómez Martínez. La Llei, 1993-1, 772 (650-R).

Cualquier anestesiólogo aprende enseguida que el personal de quirófano es el que influye de forma más crucial en su trabajo. Su colaboración ayuda en la programación, en la realización expeditiva de las operaciones y en muchas otras formas de cuidado del paciente.

El personal de quirófano ayuda al anestesiólogo mediante una actitud de apoyo y amabilidad hacia el paciente, especialmente durante la inducción de la

otras obligaciones es responsabilidad suya la disponibilidad de fármacos y la preparación del utillaje que vaya a necesitarse en la anestesia.

FORMACIÓN Y TITULACIÓN

En España, la enfermera que, una vez terminada la carrera, siente atracción por la anestesia, tiene dos opciones para conseguir un buen aprendizaje. Por un lado están los cursos de post-grado de Enfermería Quirúrgica, no reconocidos oficialmente como especialidad, pero con un merecido prestigio. La anestesia es una más de las asignaturas que se imparten, aunque su valor en créditos es de los más altos. La otra opción es la iniciativa privada de algunos Hospitales, que diseñan cursos de formación para sus enfermeras verdaderamente cualificados.

Por supuesto, nada enseña tanto como la práctica, por lo que la mayoría de enfermeras de anestesia saben lo que saben (que es mucho) gracias a su inquietud por aprender y a la buena voluntad de algunos anestesiólogos que saben ver en su ayudante a un profesional con un alto nivel de formación que, en el campo de la Anestesia, aspira a algo más que a preparar unas jeringas, hinchar un pneumo o lavar un laringoscopio.

En España la enfermera tiene dos opciones para conseguir un buen aprendizaje en anestesia

A continuación detallamos brevemente la situación de la Enfermería de Anestesia en algunos países:

SUIZA: Desde 1953 existe en Basilea una escuela profesional de anestesia, donde las enfermeras reciben una instrucción que dura dos años y medio. No sólo deben ayudar al médico especialista y encargarse del servicio técnico en un departamento de anestesiología, sino también administrar en gran parte con independencia las narcosis. Deben utilizar una técnica sencilla, con intubación o sin ella y efectuar la terapéutica intravenosa de acuerdo con las direcciones del cirujano. Las enfermeras/os anestesistas deben ayudar en la conducción de la anestesia y administrar narcosis bajo la dirección y responsabilidad de un anestesista.

son auxiliares del médico anestesista. Están encargadas de la preparación, servicio y cuidado de aparatos, medicamentos e infusiones. Ayudan al médico anestesista en la práctica y vigilancia de la anestesia. La aplicación independiente de la narcosis no es una obligación de la enfermera de anestesia ni constituye uno de los objetivos de su formación, ya que la anestesia debe ser aplicada exclusivamente por el médico. La formación consta por lo menos de un año de actividades prácticas en un departamento de anestesia y de una formación teórica de 100 horas de enseñanza.

AUSTRIA: Se considera que la duración mínima del período de formación para enfermeras de anestesia debe ser de dos años.

DINAMARCA: Desde 1955, las enfermeras de anestesia son formadas mediante un curso práctico y teórico de dos años de duración.

SUECIA: La mayor parte de anestesias las practican enfermeras bajo la dirección de médicos anestesistas. Su formación tiene lugar en un departamento de anestesia que, siguiendo el modelo americano, lo dirige un médico anestesista.

FRANCIA: Las enfermeras reciben una formación de dos años mediante un curso de post-grado que las capacita para realizar diferentes técnicas de anestesia bajo la supervisión de un anestesiólogo.

EE.UU: La instrucción completa de las enfermeras en ese país dura generalmente cuatro años, dos de los cuales están dedicados a la enseñanza básica. La formación especial de dos años para la enfermera anestesista tiene siempre lugar en un departamento de anestesia bajo la dirección de un médico anestesista.

CUBA: Una vez acabada la carrera de Enfermería, se accede a una formación de post-grado que dura tres años, tras la cual se obtiene el título de Técnica de Anestesia. Esta profesional realiza técnicas indicadas por el anestesiólogo y administra fármacos prescritos, siempre supervisada por un anestesiólogo. No hacen pediatría.

LEGISLACIÓN

Nula. Al no estar reconocida la especialidad, tampoco existe ninguna legislatura que la contemple. Antes al contrario, la presencia de la enfermera de anestesia, para la ley, es invisible y según se mire, despreciable.

Existe, por supuesto, la responsabilidad civil, pero nuestra presencia no sirve

de imprudencia punible del anestesiólogo, como se deduce de este texto, obtenido del Tribunal Supremo, en sentencia del 7/7/93: "Ni el conocimiento y consentimiento del cirujano-jefe de su ausencia sirve de causa exculpadora porque el anestesista asume, dentro del equipo médico de que forma parte, con plena autonomía y responsabilidad, todas las funciones que son de su competencia y atinentes a su especialidad (preparación, ejecución y vigilancia del procedimiento de narcosis y control de las constantes biológicas del intervenido); no puede escudarse tampoco en la presencia de una Ayudante técnico-sanitario, experta en anestesia, porque el cometido de la anestesista es de su exclusiva y personal incumbencia, indelegable en el personal auxiliar no médico (...) Las sentencias de esta Sala de 11 de octubre de 1979, 26 de junio de 1980, 19 de febrero y 11 de junio de 1982, 22 de abril de 1988, 4 de septiembre de 1991 y 18 de marzo de 1993, constituyen un precedente de lo expuesto".

Queremos hacer hincapié en la expresión **indelegable**. A estas alturas, la enfermera de anestesia ha demostrado con su preparación, iniciativa y entusiasmo que está suficientemente preparada para asumir tareas delegadas por los anestesiólogos.

INTEGRACIÓN DE LA ENFERMERA EN EL EQUIPO DE ANESTESIA

Lo ideal sería que la enfermera de anestesia fuera un componente más del Servicio de Anestesiología, y de hecho en algunos Hospitales así es, pero en la mayoría de Centros forma parte de la plantilla de

La enfermera de anestesia ha demostrado con su preparación, iniciativa y entusiasmo que está suficientemente preparada para asumir tareas delegadas por los anestesiólogos.

podido observar que la dotación de personal de quirófano no siempre es la idónea, puesto que al estrés que supone a veces trabajar en un área quirúrgica no siempre es la idónea, puesto que al estrés que supone a veces trabajar en un área quirúrgica, se suma la sobrecarga de trabajo. Sobre todo, en los quirófanos de cirugía programada existe una expectativa de objetivos; hay que realizar determinadas intervenciones al día, en el menor tiempo posible, con un óptimo resultado para el paciente y, por supuesto, para el Hospital.

A pesar de ello, en todos los Hospitales encuestados, se reconoce el momento crítico de la inducción de la anestesia, así como la intubación y extubación. Se procura en estos momentos que el anestesista no quede solo y haya una persona pendiente de un posible problema. Sin embargo, en algunos Centros, esta persona reanuda su actividad en el quirófano (no siempre vinculada a la anestesia) una vez empieza la intervención quirúrgica, desvinculándose así del proceso anestésico.

cia que existe entre los Hospitales que cuentan con enfermería de anestesia y los que no. En los primeros, la atención al paciente es integral. No solamente se vela por el perfecto desarrollo de la cirugía, sino que se atiende a las necesidades que surgen derivadas del proceso anestésico, sin olvidar que el hecho de estar permanentemente al lado del paciente contribuye a su bienestar y seguridad.

EL ROL

Con las lógicas variaciones, según el protocolo de cada Hospital, el rol de la enfermera de anestesia suele estar bastante definido. Sus tareas y competencias le son confiadas directamente por el anestesiólogo, aunque en general pertenece al staff de enfermería de quirófano. Sus funciones abarcan, básicamente, tres niveles en el proceso de atención quirúrgica.

Período preoperatorio:
- Visita prequirúrgica en planta
- Recepción, identificación y preparación del paciente en preanestesia
- Preparación de fármacos y utillaje para la anestesia
- Apoyo psicológico al paciente

Período intraoperatorio:
- Asistencia al anestesiólogo en la inducción y mantenimiento de la anestesia
- Control de venoclisis y sueroterapia
- Control y medición del balance de líquidos
- Control de la disponibilidad de fármacos
- Gestión de analíticas y extracción de sangre. Hemoterapia
- Control de parámetros hemodinámicos y ventilatorios
- Apoyo psicológico al paciente, si éste estuviese consciente

Período postoperatorio:
- Asistencia al anestesiólogo en la reversión de la anestesia y extubación
- Reanimación postquirúrgica del paciente

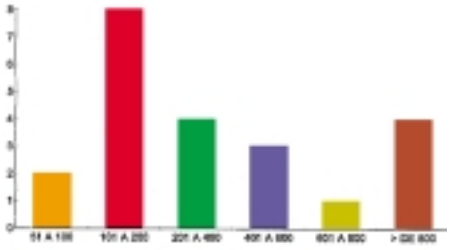
Además de estas funciones, propias del acto anestésico, también es competencia de la enfermera de anestesia la preparación, comprobación y conservación del material que vaya a utilizarse en el mismo.

ESTUDIO SOBRE LA ENFERMERÍA DE ANESTESIA EN BARCELONA Y PROVINCIA

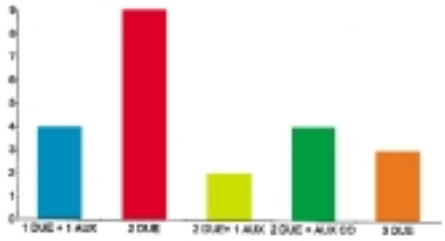
Fueron encuestados 22 Hospitales de Barcelona y su provincia. Como puede verse en el gráfico, la muestra no es homogénea, por lo que al número de camas hospitalarias se refiere. De esta forma, preten-

la envergadura del Centro en el hecho de contar con enfermería de anestesia y, por lo tanto, con una mejor dotación de personal.

Dotación de personal de quirófano



Estos son los resultados obtenidos en nuestra encuesta:

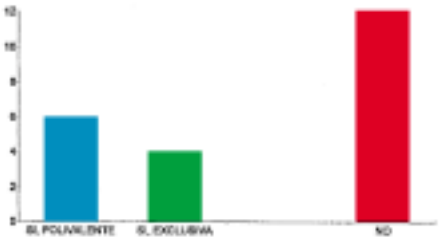


criterio de mínimo personal necesario por quirófano, lo cual no permite disponer de personal dedicado exclusivamente a anestesia.

A la pregunta, ¿cuentan en su plantilla de enfermería de quirófano con enfermeras de anestesia? ésta fue la respuesta:

No: 12 hospitales

Sí: 10 hospitales. De éstos, en 4 centros existe enfermería que se dedica exclusivamente a anestesia.



Curiosamente, lo que más nos llamó la atención no fue el porcentaje de Hospitales que no cuentan con enfermería de anestesia, sino los malabarismos que tiene que hacer el personal que trabaja en

gico, anestesia incluída, sea óptimo.

Si el anestesiólogo necesita ayuda, puede o bien solicitarla a la circulante (no siempre con titulación que la capacite para algunas técnicas), o bien entra en el quirófano la supervisora o quien esté libre en aquellos momentos (lo cual en ciertos momentos de la jornada puede ser bien difícil) o se le puede pedir ayuda a otro anestesiólogo (siempre que éste no tenga también dificultades).

Resultado: Puede existir desatención al paciente si, por escasez de personal, no pueden cubrirse todas sus necesidades. Otro factor a tener en cuenta es que la sobrecarga de trabajo y el desdoblamiento de actividades desencadenan un agotamiento físico y psíquico del personal, que redunda en una falta de motivación profesional y, lo que es peor, en un detrimento de la calidad de su trabajo.

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE TERRASSA

El origen de nuestro Hospital, antiguamente llamado de San Lázaro, no es conocido, pero se encuentra documentación que data del año 1644. A partir de esa época, ha habido diferentes remodelaciones hasta llegar a nuestros días. En 1989 se traslada al nuevo edificio, pasando a llamarse Hospital de Terrassa.

Nuestro Centro desarrolla los servicios propios de un hospital comarcal de referencia, con algunas especialidades de mayor nivel. Cuenta, además, con una moderna Unidad de Hospitalización de referencia para la población reclusa de Catalunya, promovida por los departamentos de Justicia, Sanidad y Seguridad Social, y con una Unidad asistencial y preventiva para el Centro de Alto Rendimiento Deportivo de Sant Cugat (CAR).

El Hospital de San Lázaro estaba regentado desde siempre por religiosas, pero a partir del año 1970, con la incorporación de enfermeras tituladas, comienza una nueva época por lo que a la Enfermería de Quirófano se refiere, no sólo desde el punto de vista quirúrgico, sino también por las tareas derivadas de la anestesia.

A partir de ese momento, los anestesiólogos delegaban funciones de alta responsabilidad en las enfermeras, hasta tal punto que era frecuente que éstas asumieran cometidos propios de anestesista (ventilación asistida, reanimación post-extubación en quirófano, etc.), y valorando ellas mismas el momento adecuado para trasladar el paciente a su habi-

Enfermería de anestesia, en nuestro Centro hoy día existe una tradición en este campo, y así, las profesionales de nueva incorporación encuentran un aliciente para realizar su trabajo con más entusiasmo, a la vez que, mediante una esmerada enseñanza, adquieren una experiencia profesional como ayudantes de anestesia. Hoy, siguiendo con esta constante evolución, tenemos dos grandes objetivos:

- La puesta en marcha a partir de enero-96 de un proyecto de visitas preanestésicas a pacientes sometidos a cirugía mayor, con seguimiento intra y post-operatorio.
- Programa de formación continuada, en el que destacan la asistencia a Congresos y Jornadas Científicas, reciclaje en farmacología y medios técnicos y sesiones informativas.

Contamos para ello y en todo momento con la colaboración del Servicio de Anestesiología y el soporte de la Dirección de Enfermería.

CONCLUSIONES

Creemos, por lo expuesto anteriormente, que debería existir la especialidad de Enfermería de Anestesia por varios motivos:

- Equiparación profesional con la enfermería de los países más desarrollados.
- Estamos capacitadas para asumir con responsabilidad las funciones delegadas por los anestesiólogos.
- Conseguir un mayor nivel de formación profesional.

Por todo ello, es preciso:

- Promover la creación de cursos postgrado especializados en anestesia, independientemente de los que ya existen de enfermería quirúrgica.
- Fomentar la iniciativa de los Hospitales para:
  - Establecer programas de formación del personal de quirófano
  - Reciclaje mediante formación continuada llevada a cabo por el Servicio de Anestesiología
  - Modificación de las plantillas de enfermería de quirófano, a fin de facilitar la incorporación de enfermeras ayudantes de anestesia.

TODO ELLO SERÁ DIFÍCIL DE CONSEGUIR, PERO SI TODOS LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA NOS UNIMOS, PODREMOS LOGRAR NUESTROS OBJETIVOS.

El paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo de diálisis durante el proceso del pre y postoperatorio de cirugía mayor

JOSEP VIDAL I COLELL
DIPLOMADO EN ENFERMERÍA

La insuficiencia renal crónica terminal, (IRCT) sujeta a diálisis, es una enfermedad grave que repercute en todo el organismo. Esto hace que estos pacientes tengan unas características especiales en preoperatorio y en el postoperatorio de una intervención quirúrgica de cirugía mayor.

Enfermería en la unidad de reanimación postquirúrgica debe conocer bien estas características para dar una atención adecuada y prevenir posibles complicaciones. Un breve resumen de esta enfermedad servirá como introducción de base para la planificación de los cuidados de enfermería en el preoperatorio y postoperatorio.

LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

La insuficiencia renal crónica terminal es consecuencia de nefropatías que van lesionando el riñón. Se manifiesta con la pérdida de las funciones renales, esto la hace incompatible con la vida y requiere un tratamiento substitutivo con diálisis o transplante renal. Las principales alteraciones son:

Alteración del equilibrio ácido-base

En condiciones normales, el riñón participa en la regulación del equilibrio ácido-base mediante mecanismos que regulan la excreción de los iones hidrógeno (H +) provenientes del catabolismo protéico y de la eliminación o reabsorción de bicarbonatos. En la IRCT, el riñón es incapaz de regular esta función produciéndose una acidosis.

Alteraciones hídricas

La incapacidad renal para eliminar en forma de diuresis los aportes hídricos, provoca una hipervolemia, esto se traduce en un aumento de la presión venosa central (PVC) y de la tensión arterial (HTA). Si no se trata, evoluciona hacia la insuficiencia cardiaca (IC) y al edema agudo de pulmón (EAP).

Alteraciones electrolíticas

En la IRCT, el sistema renal no puede ejercer su función reguladora de los diferentes iones en el organismo. Los principales trastornos electrolíticos son:
-Hipernatremia (Na + > 135 mEq/L). convulsiones y coma.
-Hiperpotesamia (K+ > 5,5 mEq/L). Puede provocar fibrilación ventricular y asistolia.
-Hiperfosfatemia (P > 5mg/dl). Resultado de ésta se da la Hipocalcemia (Ca+ <1,5 mEq/L) que puede provocar descalcificación ósea.

Alteración en la eliminación de tóxicos endógenos

En la IRCT, el sistema renal es incapaz de realizar su función depuradora mediante la filtración y excreción en orina de substancias tóxicas procedentes del catabolismo para mantener sus niveles en sangre normales. Las principales son: La urea y el ácido úrico.
-Hiperuremia (>3gr/L). Puede provocar trastornos digestivos y neurológicos.
-Hiperuricemia (>7mg/dl). Puede provocar crisis gotosas.

Alteraciones hematológicas

-Anemia: En la IRCT el riñón no puede sintetizar la hormona eritropoyetina.
-Inmunodepresión: En la IRCT los leucocitos se ven afectados en la respuesta celular.
-Hemostasia disminuida: En la IRCT la función plaquetar está alterada.

ATENCIONES ESPECÍFICAS

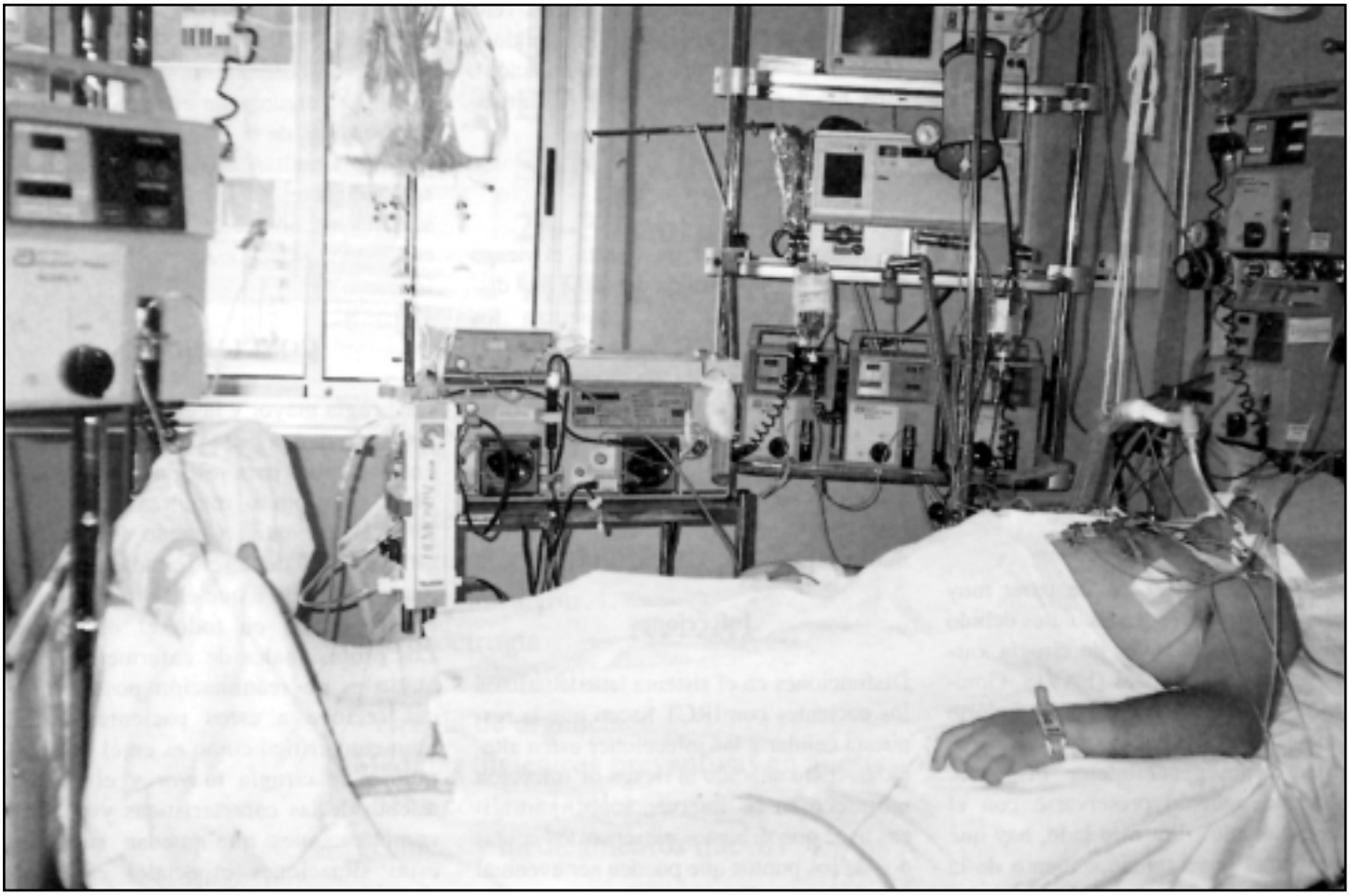
La muestra de pacientes tributarios a estas atenciones específicas estará en función del tipo de diálisis que reciben y a las características de la intervención quirúrgica. En base a estos criterios los clasificamos en tres grupos:
1. Pacientes con IRCT sujetos a programa de hemodiálisis mediante fístula arterio-venosa interna (FAVI).
2. Pacientes con IRCT en programa de diálisis peritoncal.
3. Pacientes con IRCT sujetos a programa de homodiálisis mediante canalización vascular por catéter (Shaldon).

PREOPERATORIO

Se deberá dializar al paciente en las horas que preceden inmediatamente a la intervención quirúrgica, con el fin de que pase al quirófano con los parámetros séricos más cercanos posibles a los fisiológicos. Después de la diálisis se obtendrá el peso exacto del paciente así como una analítica completa.

En los pacientes portadores de FAVI se les protegerá con un vendaje la zona donde esté ubicada, especificando de manera clara y visible que debajo se encuentra una FAVI funcionante. Es importante no tomar la presión arterial en la zona, una bajada de tensión local o sistemática puede paralizar el flujo arterio-venoso y en consecuencia perder la funcionalidad de la FAVI de forma permanente.

En los pacientes que utilizan el procedimiento de diálisis peritoneal es preferible vaciar la cavidad abdominal del líquido dializador. Se obtendrá el peso exacto del paciente así como una analítica completa. En estos pacientes si la interven-



toneal se debe retirar el catéter de diálisis peritoneal y se canaliza un acceso vascular con un catéter adecuado para hemodiálisis. En estos casos, el paciente no podrá volver al método de diálisis peritoneal, debido al alto riesgo de bridas y compartimentación que conlleva este tipo de cirugía. En los pacientes que se deben hemodializar por medio de catéter (Shaldon), éste se protege y no debe utilizarse como vía de acceso vascular para perfundir sueros, mediación u otros, si no es absolutamente necesario ya que de éste depende la hemodiálisis del paciente. Se dializarán igualmente en las horas inmediatas que preceden a la intervención quirúrgica y posterior hemodiálisis se obtiene el peso exacto y analítica completa del paciente.

En todos los casos si las características lo requieren pueden dializarse de forma simultánea en quirófano.

POSTOPERATORIO, POSIBLES COMPLICACIONES

Las atenciones de enfermería en el postoperatorio son las propias de cualquier intervención de cirugía mayor y por esto sólo vamos a tratar las características específicas de estos pacientes y las posi-

Metabolización de los fármacos

El sistema renal constituye la vía principal de eliminación corporal de los medicamentos. Numerosos fármacos tienen efectos tóxicos cuando disminuyen la función renal, sin importar que se metabolizen por esa vía, debido a que están alterados factores farmacinéticos y farmacodinámicos. En el paciente con IRCT, hemos de tener presente que el despertar de la anestesia puede ser más lento, incluso ajustando la dosis y administrando el anestésico más adecuado. En estos pacientes hay que realizar determinaciones de fármacos en sangre para poder ajustar las dosis a los márgenes terapéuticos. Es importante saber si el medicamento se hemodializa, en caso de que así fuera tendremos que administrar una dosis suplementaria después de la sesión de hemodiálisis.

Regulación hídrica

En estos pacientes hay que reducir al máximo la administración de líquidos, y el control del balance hídrico y la PVC es muy importante. La administración de drogas irá a concentraciones altas o bien

los trastornos volumétricos sólo podrán corregirse mediante diálisis.

Regulación electrolítica

Debido a la incapacidad renal para excretar los electrolíticos que se le administran al paciente, éstos tenderán a acumularse. El aporte de sueroterapia o nutrición parenteral puede predeterminarse puesto que la cantidad viene dada en el análisis cuantitativo, no ocurre así con el aporte de electrolitos que provienen de transfusiones de plasma y sangre, se deberá proceder por consiguiente a determinaciones de iones en plasma después de la transfusión y vigilar las alteraciones electrocardiográficas por si aparecen signos de hiperpotasemia.

Desequilibrios de pH sanguíneo

Debido a la incapacidad para la regulación renal del equilibrio ácido-base, el paciente con IRCT es más propenso a desequilibrios del pH sanguíneo. Habrá que realizar pues determinaciones del pH sanguíneo con relativa frecuencia, con especial atención a los signos de acidosis que pueda presentar el paciente para poder dar

Hemodiálisis

La hemodiálisis se produce mediante un circuito sanguíneo extracorpóreo, lo que conlleva un secuestro de cierta cantidad de sangre de forma continua (de 150 a 300 ml/mn), que sumado a los cambios osmolares que produce, puede provocar hipotensión, generalmente de forma brusca y que obliga a una rápida respuesta. Por otra parte, hay que tener presente que para que no se coagule el circuito sanguíneo extracorpóreo se utilizan anticoagulantes que en el postoperatorio pueden estar contraindicados. Esta circunstancia provoca generalmente pérdida hemática en el circuito.

Accesos vasculares

El paciente con IRCT puede tener muy deteriorados los accesos vasculares debido a antiguas intervenciones de cirugía vascular para fistulizar vasos (FAVIS, Goretex no funcionantes). En el postoperatorio el paciente necesitará de los pocos accesos vasculares que generalmente disponen, por lo que deberán preservarse con el máximo cuidado. Por otro lado, hay que comprobar el buen funcionamiento de la FAVI funcionante mediante los tres signos: thrill (vibración que genera la turbulencia del paso de sangre de arteria-vena que se percibe a la palpación), latido y soplo (este se percibe a la auscultación). Una hipotensión puede dañar definitivamente la FAVI.

Hemorragias

Es importante tener en cuenta el riesgo potencial de hemorragia debido a una disfunción plaquetar que presentan los pacientes con IRCT, incrementando el riesgo de hemorragia en el proceso de intervención quirúrgica y us postoperatorio. Hay que tener presente que estos pacientes tienen ya de por sí un hematocrito bajo debido a su anemia y los síntomas hemodinámicos se manifestarán con mayor rapidez.

Infecciones

Disfunciones en el sistema leucocitario en los pacientes con IRCT hacen que la respuesta celular a las infecciones estén alteradas. Esto añadido al riesgo de infección intrínseco en las intervenciones quirúrgicas hace que debamos extremar los cuidados de los puntos que pueden ser eventual foco infeccioso: venoclisis, suturas, drenajes...

Patologías asociadas a la IRCT

Es habitual encontrarnos con patologías asociadas, algunas de ellas en gran parte responsables de la IRCT y que habremos de tratar simultáneamente. Las principales son la diabetes y las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y vasculopatía periférica.

CONCLUSIONES

La cirugía mayor y la enfermedad que la provoca, tienen por sí mismas suficiente entidad como para relegar a secundarias otras patologías menores que pueda tener el paciente. Cuando ésta se trate de una IRCT debe ser tratada simultáneamente, debido a que el fallo renal tiene consecuencias en todo el organismo. Los profesionales de enfermería de las unidades de reanimación postquirúrgicas reciben a estos pacientes en un momento crítico como es en el postoperatorio de cirugía mayor y el conocimiento de las características y posibles complicaciones que puedan surgir en estas situaciones especiales es básica para una rápida recuperación de estos pacientes.

NUESTRO PRÓXIMO ENCUENTRO

XI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA - REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR

CÁDIZ · OCTUBRE 1997

¡te esperamos!

Funciones de enfermería en la clínica del dolor

ESTHER SÁNCHEZ SOLA
CLÍNICA DEL DOLOR DEL HOSPITAL
NTRA. SRA. DE ARÁNZAZU (SAN SEBASTIÁN)

El dolor tanto en su forma aguda como crónica es uno de los motivos que, con más frecuencia, llevan los enfermos a la consulta médica, siendo una de las causas que limitan más la vida activa y produce mayor sufrimiento. Su control es una aventura difícil y, en ocasiones, frustrante. Tal es la complejidad de su problemática que ha sido necesaria la creación de unidades especializadas para su estudio y tratamiento

Es a principios de los años 70 cuando surgen en España las primeras unidades, nacen en el núcleo de los grandes hospitales a iniciativa de médicos y enfermeros sensibilizados y formados en estos temas. No hay una regulación oficial sobre estas unidades, por lo que su supervivencia depende de los presupuestos y de la organización hospitalaria a la que pertenece el servicio.

Pese a todo se continúa funcionando y aumentando día a día el volumen de pacientes.

La Clínica del Dolor existe para investigar y proporcionar una terapia eficaz a aquellos pacientes con dolor crónico, tanto benigno como maligno, que no han podido obtener alivio de forma convencional. Ahora sabemos que el manejo de un paciente con dolor intratable es realizado de la mejor manera en una unidad organizada para este fin.

El dolor crónico debe ser aliviado curando, eliminando o controlando la causa. El A.T.S. de esta unidad habrá de tener un especial interés por el problema del dolor y una formación adecuada para desempeñar su labor de especiales carac-

FUNCIONES

En Consulta:
- Recibir al paciente.
- Toma de constantes.
- Inserción de vías venosas y arteriales.
- Realizar extracciones de sangre.
- Curas.
- Petición, control y mantenimiento de todo el material y medicaciones necesarias.
- Preparación de mezclas ambulatorias que contengan mórficos o derivados.
- Vigilancia y cuidados a los pacientes, una vez realizados los bloqueos (diagnósticos, epidurales, celíacos, estrellados, etc.).
- Realizar tratamientos ordenados por el médico, los cuales pueden y deben asumir de forma autónoma.
- Colocación de electroestimuladores transcutáneos (TENS), informando y enseñando su utilización, realizando el seguimiento de los pacientes.
- Tratamiento de acupuntura.
- Tratamiento mediante Iontoforesis, seguimiento pacientes.
- Bloqueos simpáticos de guanetidina.
- Administración de mórficos por vías

- Rellenado de bombas implantables.
- Telemetría de las bombas implantables.
- Programación y Telemetría de los Neuroestimuladores Medulares.
- Uso y manejo de las bombas de infusión (P. C. A.) ambulatorias.
- Ayudar en técnicas de bloqueos nerviosos e implante de catéteres.
- Interconsultas telefónicas.
- Volantes, recetas, citaciones y envío de pacientes a los diversos servicios hospitalarios y extra-hospitalarios.

En Quirófano. Ayudar y colaborar:

- Implantes de reservorios intratecales.
- Implantes de bombas de infusión internas.
- Implantes de electrodos de Estimulación Medular.
- Bloqueos neurolíticos bajo radioscopia.
- Tunelización de catéteres epidurales.

El objetivo de estos tratamientos consiste en que el paciente tenga una calidad de vida aceptable y, en último extremo, una muerte digna

estimulación intraoperatoria.

- Visita a los pacientes ingresados después

rándoles información, instrucción y cuidados, tanto a ellos, como a los familiares, según sean las técnicas especiales a las que hayan sido sometidos, y seguimiento de los mismos después del alta hospitalaria en nuestra Unidad.

CONCLUSIÓN

También la enfermera debe de participar en la elaboración de los trabajos de investigación y clínicos, colaborar y ayudar al gran objetivo de todos estos tratamientos que consisten en que el paciente tenga una calidad de vida aceptable y, en último extremo, una muerte digna, recordando que buscar el bienestar del enfermo, el cariño y la comunicación, la mayoría de las veces, es tan importante como el uso de fármacos y de otros trata-

El nacimiento de una nueva era en el tratamiento del dolor: BOMBA P.C.A. IVAC PCAM

El uso en aumento de la Analgesia Controlada por el Paciente (PCA) en el tratamiento del dolor agudo ha supuesto para los diseñadores un desafío en la producción de bombas PCA, especialmente diseñadas para esta aplicación. Este artículo explora algunas de las áreas en las que las bombas PCA han llegado hasta este estado.

PCA-Controlando al paciente

El objetivo principal de la PCA es la participación del paciente de cara a determinar su propia terapia del dolor. Un elemento principal en la adaptación del paciente es el diseño del control (normalmente con un interruptor manual) usado por este mismo para administrar una predeterminada dosis de analgésicos.

El dispositivo manual PCA debe estar al alcance del paciente siempre que lo requiera, además ha de ser de cómodo agarre y fácilmente distinguible de otros utensilios situados alrededor de la cama, como mandos a distancia de televisores o botones de llamada a enfermeras. Más importante todavía ha de ser su fácil manejo, que permita su uso a un amplio conjunto de pacientes, desde edad infantil hasta ancianos con distintas habilidades físicas y condiciones médicas.

Una luz indicadora en el dispositivo manual puede indicar al paciente si la bomba está en correcto funcionamiento, suministrando la droga calmante. El dispositivo manual puede ser configurado para parpadear cuando se está administrando una dosis para que el paciente se asegure que la bomba está respondiendo a sus requerimientos

Nuevo sistema: más aplicaciones

Programación simplificada de la PCA

Un área de importancia ha sido la relativa complejidad y el tiempo que ha conllevado programar algunas bombas PCA. En consecuencia y con tal de minimizar el potencial de errores, el suministro de protocolos PCA preconfigurados permite determinar el nombre de la droga, su concentración normal y valores de las dosis PCA por defecto que se cargarán en la memoria de la bomba junto con valores para límites de seguridad, períodos de parada, dosis de carga y cifras de administración de PCA.

El usuario puede seleccionar ahora el protocolo adecuado, escogiendo entre los que se han cargado en la memoria de la bomba. Si el paciente necesitara una modificación de un protocolo estándar, sería posible con la añadida protección que, si el usuario introduce una cifra fuera de la capacidad de la misma droga, la máquina instantáneamente así lo advertiría.

Un avance importante es el suministro de dos posiciones de cierre: una dando acceso a los procedimientos rutinarios como cargar y reemplazar la jeringa, y la otra para actividades clínicas como programar y modificar el protocolo PCA.

Información para la asistencia

A diferencia de otros sistemas que pueden ser usados en una amplia gama de aplicaciones, las bombas PCA están especialmente diseñadas para la administración de analgesia, por lo tanto, pueden ser configuradas para proveer información, cuya relevancia clínica es importante en esta situación.

Por ejemplo, al presionar el botón “HISTORY” el nuevo sistema IVAC PCAM puede proveer información valiosa al asistente sobre el uso del paciente de su bomba PCA. La gráfica “pattern of use” identifica las peticiones satisfactorias y fallidas revelando muestras como la disminución en el uso de PCA, períodos de descanso y una alta proporción de peticiones fallidas. Una vez identificadas, éstas pueden ser utilizadas para tomar decisiones de guía clínica.

Junto con las muestras de peticiones de la PCA, una gráfica de la dosis actual de analgésicos administrados puede ser muy significante, ya que incluirá todas las infusiones continuas, dosis a cargar y otras peticiones clínicas que se den al paciente. También reflejará modificaciones en el protocolo de PCA, como cambios en la dosis, droga o concentración de la droga.

Toda esta información puede ser imprimida, formando un parte valiosa del historial del paciente, alternativamente se puede usar un interfaz informático para recoger la información electrónicamente.

Más opciones clínicas

En los lugares donde un paciente requiere analgesia temporal adicional ahora hay más opciones clínicas para administrar dosis controladas mediante la bomba PCA. Por ejemplo, en respuesta al dolor transitorio o en anticipación a un tratamiento que resultará doloroso para el paciente, el IVAC PCAM permite al clínico entrar un código especial, y después seleccionar una dosis precisa de analgésico y la duración de la operación.

La dosis adicional puede ser administrada como una infusión continua permitiendo al paciente requerir dosis adicionales de PCA; o como infusión que bloquea el dispositivo manual hasta que se ha administrado totalmente y el tiempo normal de bloqueo ha finalizado.

Finalmente, las bombas PCA están programadas en MODO MASA, seleccionando una masa en mg. o mcg., por ejemplo, 1 mg. de dosis de morfina. La bomba calcula automáticamente el tamaño del bolo dependiendo de la concentración de droga utilizada. Una alternativa a veces utilizada en PCA pediátricos, donde los volúmenes administrados pueden ser importantes, es el MODO VOLUMEN, estando seleccionados los límites máximos y la infusión en volumen (mls).

ELECTROMEDICINA IVAC, S. L.

Avda. Valdelaparra, 27 (Edificio Alcor) Teléfs. (91) 657 20 30 - 657 20 40
28100 ALCOBENDAS (Madrid) Fax: (91) 657 20 42

DELEGACIONES:

Ramón Turró, 69, 3º 2ª	Nicolás Alcorta, 2 - 3º Dpto. 16	Roig de Corellá, 7, 2ª, Pta.
08005 BARCELONA	**48003 BILBAO**	**46007 VALENCIA**
Telf.: (93) 309 88 37	Telf.: (94) 444 76 00	Telf.: (96) 380 91 43
Fax: (93) 309 82 42	Fax: (94) 444 76 00	Fax: (96) 380 97 30

MORBILIDAD en la sala de despertar

Alicia Corcoles Iniesta
Mª Dolores Turrado Martínez de la Peña
Mercedes Fernández Castro
Pablo Benítez Martín
Trinidad Revilla Villegas
Edilia Montesdeoca Yánez

Unidad de Reanimación y Anestesia
Hospital de Nuestra Señora del Pino
Las Palmas de Gran Canaria

La importancia de la sala de recuperación postanestésia está más que demostrada. La anestesia y cirugía provocan una gran vulnerabilidad en la salud de los pacientes en el postoperatorio inmediato, haciéndoles susceptibles a complicaciones serias.

Dos de los cometidos más importantes de estas salas son la VIGILANCIA y la TERAPEÚTICA; para enfermería con gran labor en la vigilancia, el conocimiento y la detección de las complicaciones más frecuentes, le procura un nivel de cuidados individualizados con anticipación, ayudándole a planear la restauración de los trastornos fisiológicos con rapidez, seguridad y comodidad máximas.

El Hospital de Nuestra Señora del Pino cuenta, para el servicio de recuperación postanestésica, con una sala de Reanimación, con 5 camas, y una sala anexa de despertar con 4.

OBJETIVO

El propósito de este estudio es detectar la frecuencia de aparición porcentual de las complicaciones postoperatorias que tienen lugar en la sala de despertar para su prevención y tratamiento oportunos.

MATERIAL Y MÉTODO

Aplicamos, de forma retrospectiva, el protocolo de morbilidad postanestésica del Hospital de San Vicente, en Australia, (TABLA 1), a 1.637 pacientes que ingresaron en la unidad de despertar durante el año 1993, todos procedentes de quirófano, en cirugía programada. Al ingreso en la sala de despertar, todos los pacientes fueron monitorizados siguiendo criterios mínimos de valoración en este tipo de

- registro EKG continuo
- monitorización TA no invasiva
- Fc
- Fr
- diuresis horaria
- saturación arterial de Oxígeno
- aporte suplementario de oxígenoterapia.

Los pacientes fueron evaluados por un sistema de calificación variante del sistema Apgar, que posibilita la apreciación más objetiva del estado físico del paciente en la sala de despertar, de donde recogimos los datos para nuesto protocolo. El tiempo de estancia en la sala dependió de la estabilidad de los parámetros vitales y del cese de la actividad de los anestésicos, y nunca fue menor a 30 minutos.

RESULTADOS

La distribución de los pacientes en especialidades quirúrgicas fue la siguiente:

ESPECIALIDAD	Nº DE CASOS
Urología	276
CMF	61
Neurocirugía	112
COT	500
CCV	138
C. Tórax	43
C. Plástica	46
C. General	461
TOTAL	1.637

De la muestra global se obtuvo: (TABLAS II Y III)

- El 67% de los pacientes recibió anestesia general, frente al 33% restante que se le aplicó anestesia regional.
- Siendo el 56,6% varones y el 43,3% hembras.
- La edad en % de los pacientes ingresados fue:

menores de 40 años: 22,5%
entre 40 y 65 años: 39,5%
mayores de 65 años: 38%

De la totalidad de la muestra estudiada, un 11,4% (188 casos) no presentaron ninguna complicación.

DISCUSIÓN

Según nuestro estudio la complicación con más porcentaje es la hipotermia con un 60,5%. En quirófano:

- La temperatura media oscila entre 19ºC y 20ºC, por resultar óptima desde el punto de vista microbiológico.
- Existe un aumento de las pérdidas calóricas a consecuencia de la exposi-

superficies viscerales.
- Hay imposibilidad de reproducción del escalofrío a causa del bloqueo neuromuscular.
- Existe una vasodilatación producida por anestésicos generales o por la anestesia raquídea.

Todas estas causas hacen que el paciente llegue a la sala de despertar a veces con temperatura inferior a 35ºC, con reacciones fisiológicas como son los temblores y escalofríos para recuperar la normotenia, que enfermería debe solventar.

El dolor cuenta con un porcentaje significativo, 53,9%, la Asociación Internacional para el estudio del dolor lo define como: "Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión histica presente o potencial, o bien expresada en términos de dicha lesión".

Aunque se considera esencial un control efectivo del dolor postoperatorio para el correcto cuidado de los pacientes operados y, pese al desarrollo de las técnicas más efectivas, existen aún muchos pacientes que padecen molestias considerables en el transcurso del postoperatorio.

Las enfermeras dedican más tiempo que los demás miembros del personal asistencial a los individuos con dolor, por lo que tienen la oportunidad de comodidad del sujeto y el alivio del dolor.

En nuestro estudio el mayor porcentaje de dolor con respecto a la especialidad quirúrgica, apareció en los pacientes sometidos a cirugía torácica (81,3%); la cirugía que afecta al tórax provoca una serie de cambios en la función respiratoria susceptibles de agravarse ante el dolor, como son la rigidez muscular, imposibilidad para la respiración profunda o para toser de manera efectiva y, en algunos casos, hipoxenia, hipercapnia, retención de secreciones, atelectasias y neumonía; contrapuesto a esto en el número de casos de cirugía torácica estudiados, no se observa porcentaje en ningún parámetro respiratorio.

La OLIGURIA se registra en un 17,4%. A pesar de que el día de la operación se administran entre 2000 y 3000 ml. de solución intravenosa, la primera micción suele ser de 200 ml. o menor, y el gasto urinario de ese día es inferior a 1500 ml., esta reducción obedece a:

- la pérdida de líquidos corporales durante la operación
- al aumento de pérdidas insensibles
- a los vómitos
- al aumento de la actividad de la aldosterona

A medida que se estabilizan las funlectrolítico recupera su normalidad.

En cuanto a los parámetros hemodinámicos cabe destacar un 27% de BRADICARDIAS, y un 5,5% de casos de HIPOTENSIÓN aparecidas en los pacientes de cirugía urológica, coincidiendo con un alto porcentaje (81,6%) en esta especialidad de aplicación de la anestesia raquídea.

La TAQUICARDIA tuvo un mayor porcentaje en nuestro estudio en pacientes de la especialidad de cirugía maxilofacial en un 21,3%. Creemos que este parámetro pueda ser un indicador objetivo de la angustia e incomodidad del paciente, debido a la localización de la herida quirúrgica, dando además complicaciones respiratorias de tipo HIPOVENTILACIÓN en un 1,6% de los casos, debido al acúmulo de flemas y su imposibilidad, muchas veces subjetiva, de expulsión.

La HIPERTENSIÓN apareció en un 14,4% de los casos revisados en cirugía cardiovascular.

La HIPOTENSIÓN aparece con mayor porcentaje en cirugía ortopédica (6,6%), signo de una de sus posibles complicaciones como es la hemorragia.

En nuestro estudio los pacientes sometidos a cirugía general (digestiva) fueron los de mayor porcentaje de NAÚSEAS y VÓMITOS. Presentaron

CONCLUSIÓN

- La existencia de tres grandes parámetros en el postoperatorio inmediato, independientemente del tipo de cirugía (HIPOTERMIA, DOLOR y OLIGURIA).
- Respecto a las especialidades quirúrgicas podemos relacionar:
UROLOGIA-BRADICARDIAS-C. ORTOPÉDICA-HIPOTENSIÓN-C. GENERAL-NAÚSEAS-VÓMITOS
- La aplicación de este protocolo nos permite conocer puntualmente las complicaciones más frecuentes dependiendo del tipo de cirugía, a la vez que controla la calidad asistencial, tanto a nivel anestésico-quirúrgico como en la propia sala de despertar. Consideramos que debe examinarse, al menos anualmente, con frecuencia la tasa de complicaciones, posibilitando así una atención protocolizada a los problemas detectados con mayor frecuencia.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención en el postoperatorio se centra en el restablecimiento del equilibrio fisiológico del paciente, la prevención del dolor y complicaciones.
La valoración cuidadosa e inmediata ayuda a planear la restauración del funcionamiento normal; el conocimiento de las complicaciones que pueden aparecer de forma más frecuente nos procura un nivel de cuidados individualizados, actuando con rapidez, seguridad y comodidad.

Exponemos aquí los cuidados de enfermería dirigidos a parámetros significativos en nuestro estudio:

- Hipotermia
- Dolor
- Oliguria
- Bradicardia
- Hipotensión
- Vómitos

HIPOTERMIA

- Aplicación de oxigenoterapia, vigilancia de FR, monitorización de saturación arterial de Oxígeno por oximetría de pulso, ya que el frío aumenta el consumo de oxígeno, pues deprime el sistema nervioso central produciendo temblores que aumentan la tensión
- Monitorización EKG continua con valores FC.
- Monitorización no invasiva de TA.
- Aplicación de calor suave mediante mantas eléctricas, pudiendo tenerlas ya calientes, al ingreso del paciente.
- Informar al paciente tranquilizándole de que el frío que siente es normal.
- Hidratación con líquidos vía intravenosa utilizando, si fuese preciso, un calentador de infusiones.
- Evitar administrar medicamentos vía intramuscular, pues la hipotermia produce vasoconstricción periférica, con lo cual se dificulta la absorción de los mismos.

DOLOR

- Monitorización EKG continua y FC, monitorización TA, valoración y registros.
- Convencer al paciente de que se sabe que su dolor es real y se le va a calmar.
- Valorar los datos del dolor y sus características: sitio, tipo, duración y frecuencia.
- No considerar que el sueño es ausencia de dolor, la fatiga puede extenuar a una persona que todavía siente dolor.
- Administrar analgésicos para lograr el alivio óptimo, siempre bajo prescripción médica, y conociendo los efectos adversos de cada fármaco, extremando las medidas de asepsia en la administración, ya sea por vía intravenosa o epidural.
- Realizar cambios posturales en bloque, movilización o elevación de un segmento corporal actuando siempre con suavidad, buscando el bienestar del paciente.
- Disminuir la intensidad de la luz (FOTOFOBIA) procurando un sitio cálido al paciente, preguntándole cómo se siente más cómodo.
- Recomendarle que se proteja el sitio de la incisión cuando tosa.
- Hacer que participe en actividades que le distraigan (conversación...).
- Pedir a la persona que indique cuando vuelve el dolor, antes de que sea severo.

El proceso de atención en el postoperatorio se centra en el restablecimiento del equilibrio fisiológico del paciente, la prevención del dolor y complicaciones.

OLIGURIA

- Monitorización EKG y TA no invasiva.
- Medición de la orina excretada, sea de forma natural o con sonda vesical, y registrar el volumen, realizando balance hídrico.
- Facilitar la intimidad en pacientes con diuresis espontánea.
- En pacientes con sonda vesical, cerciorarse de la permeabilidad del conducto con la mayor asepsia posible en la manipulación.
- Informar al médico de un gasto urinario bajo.
- Reponer volemia con infusiones venosas.
- Utilización de diuréticos (bajo prescripción médica), teniendo en cuenta sus efectos adversos.
- En pacientes con dificultad en la micción espontánea, realización de sondaje vesical, si fracasan las medidas conservadoras.

BRADICARDIA

- Monitorización continua EKG, FC y TA.
- Registro y vigilancia de los parámetros.
- Administración de oxigenoterapia, con vigilancia de la FC.
- Situar cerca la medicación del carro de parada (atropina).
- Avisar al médico si disminuye progresivamente la FC.
- Estimular al paciente, posiblemente adormilado por efecto residual anestésico.
- Registro de la temperatura del paciente.
- Asegurarse de que el paciente no siente dolor.
- Valorar el estado neurológico del paciente.

HIPOTENSIÓN

- Monitorización, valoración y registro de EKG continuo, FC y TA.
- Administración de oxigenoterapia y valoración de frecuencia respiratoria.

de expansión (coloides y cristaloides), estando familiarizadas con la composición de cada uno de ellos y su utilización.

- Localización de la manilla de la cama, por si hiciese falta colocar al paciente en posición de Tren-de-lenbourg (si no se poseen camas articuladas).
- Tener al alcance la bandeja de medicación del carro de parada.
- Valorar si existen pérdidas importantes, es un paciente con o sin drenaje (hemorragia).
- Controlar hematológicamente el sangrado, para su valoración.
- Valorar estado neurológico del paciente.
- Registro y valoración de la diuresis horaria.
- Medición de P.V.C.

VÓMITOS

- Ladear la cabeza del paciente para evitar broncoaspiración, cuyas consecuencias podrían agravar considerablemente la función respiratoria del paciente, pudiendo llegar a desarrollar un edema de pulmón. Debemos estimular la tos para la expulsión del contenido gástrico fuera de las vías respiratorias.
- Tener cerca bateas y gasas.
- Valoración del aspecto, tipo, cantidad y color del vómito.
- Comentar con el médico la posible utilización de antieméticos.
- Si el paciente tuviese SNG, colocarle a un sistema de aspiración suave.
- Si el paciente mancha la cama, cambiarle las sábanas lo antes posible para preservar el bienestar.
- Explicarle que puede ser debido a la anestesia.
- Realizar enjuages y lavados de boca.

DEFINICIÓN DE LAS COMPLICACIONES
TABLA I

SISTEMA	PARÁMETRO	CRIT. DIAGNÓSTICOS
CARDIOVASCULAR:		
	Bradicardia	Pulso < 60 1pm
	Taquicardia	Pulso > 100 1pm
	Arritmias	EKG
	Hipertensión	TAs > 170 mmHg
	Hipotensión	TAs < 90 mmHg
	Angor	Clínica y EKG
RESPIRATORIO:		
	Cianosis	
	Broncoespasmo	Sibilantes
	Laringoespasmo	Estridor
	Aspiración	Sospecha de vómito
	Reintubación	Requerida
	Hipoventilación	Fr < 10 rpm
GASTROINTESTINAL:		
	Vómitos	
	Náuseas	
S. NERVIOSO:		
	Sin respuesta	No responde a estímulos
	Dolor	
	Agitación/disforia	Por observación
	Parálisis residual	Signos clínicos
	Hipotermia	< 35,5º
	Hipertermia	> 38º
RENAL:		
	Oliguria	< 25 ml/h
	Poliuria	> 150 ml/h

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA
TABLA II

	ANESTESIA				SEXO			
	GENERAL		RAQUIDEA		VARONES		HEMBRAS	
ESPECIALIDAD	Nº CASOS	%	Nº CASOS	%	Nº CASOS	%	Nº CASOS	%
UROLOGIA	33	18,3	147	81,6	236	85,5	40	14,4
MXF	15	100,0			42	68,8	19	31,1
NEURO	74	97,3	2	2,6	57	50,8	55	49,1
TRAUMA	125	50,7	129	50,7	276	55,2	224	44,8
CCV	32	42,1	44	57,8	109	78,9	29	21,0
C. PLAST.	28	65,1	15	34,8	24	52,1	22	47,8
C. GRAL.	292	95,1	15	4,8	151	32,7	310	67,2
C. TORAX	30	88,2	4	11,7	32	76,1	11	26,1
TOTAL	749	67	356	33	927	56,6	710	43,3

PORCENTAJE DE COMPLICACIONES EN ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS ESTUDIADAS
TABLA III

PARAMETRO	UROLOGIA		MXF		NEURO		C.O.T.		CCV		C.PLAST.		C.GRAL.		C.TORAX		TOTAL	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
BRADICARDIA	76	26,0	6	9,8	21	18,7	70	14,0	17	12,3	8	17,3	66	14,3	10	23,2	274	16,7
TAQUICARDIA	16	5,7	13	21,3	5	4,4	78	15,6	17	12,3	3	6,5	64	13,8	6	13,9	212	12,9
ARRITMIAS	4	1,4			1	0,8	3	0,6	2	1,44	1	2,1	2	0,4			13	0,7
TA↑	20	7,2	6	9,8	15	13,3	39	7,8	20	14,4	4	8,6	58	12,5	2	4,6	164	10,0
TA↓	15	5,4			1	0,8	33	6,6	2	1,44	1	2,1	20	4,3	2	4,6	75	4,5
HIPOVENTILACION	1	0,36	1	1,6	2	1,7	1	0,2							13	2,8	18	1,09
VOMITOS	16	5,7	4	6,5	8	7,1	13	2,6	2	1,44	4	8,6	37	8,0	3	6,9	87	5,3
NAUSEAS	3	1,08			8	7,1	4	0,8			1	2,1	45	9,7			61	3,7
AGITACION	4	1,4			1	0,8	7	14,0	1	0,7			6	1,3			19	1,1
DOLOR	112	40,5	39	63,9	34	30,0	277	55,4	57	41,3	22	47,8	307	66,5	35	81,3	883	53,9
PARALISIS	10	3,6					21	4,2	2	1,44	1	2,1	24	5,7			60	3,66
HIPOTERMIA	185	67,0	30	49,1	62	55,3	316	63,2	91	65,9			279	60,5	21	48,8	984	60,1
OLIGURIA	19	6,8	7	11,4	8	7,1	80	16,0	35	25,3	1	2,1	106	22,9	19	44,1	285	17,4
POLIURIA	9	3,2			4	3,5	5	1,0	8	5,7	1	2,4	44	9,5			71	4,33

U.P.P:
Tratamiento con Apósito Hidrorregulador

Rodríguez Díaz A.
Rodrigo Royo, J.M.
Berlanga Mena B.
A.T.S./D.E. Unidad de Reanimación, Hospital de Rehabilitación, Hospital Universitario La Fe. València

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de los tiempos, el hombre ha intentado acelerar la cicatrización de las heridas. Tenemos constancia, que estudios realizados en restos prehistóricos, han revelado la existencia de daño en tejidos óseos por lesiones de tipo ulceroso.

Durante años, se han experimentado distintos métodos de curación, que han llevado a la conclusión de que las heridas que se cubrían cicatrizaban mejor, y más rápido que aquellas que no eran cubiertas.

En el antiguo Egipto, se utilizaban vendas de lino impregnadas en diversas sustancias pegajosas, con el fin de formar una coraza impermeable, que mantuviera un medio asépticamente limpio.

La primera referencia a la cura húmeda, se encuentra en el "Tratado sobre las heridas" de Hipócrates (460-376 a de C.), quien señaló que: "Las heridas contusas con bordes irregulares y coágulos sanguíneos, era necesario estimular la formación de pus, para desintegrar las partes contusas y restos de sangre".

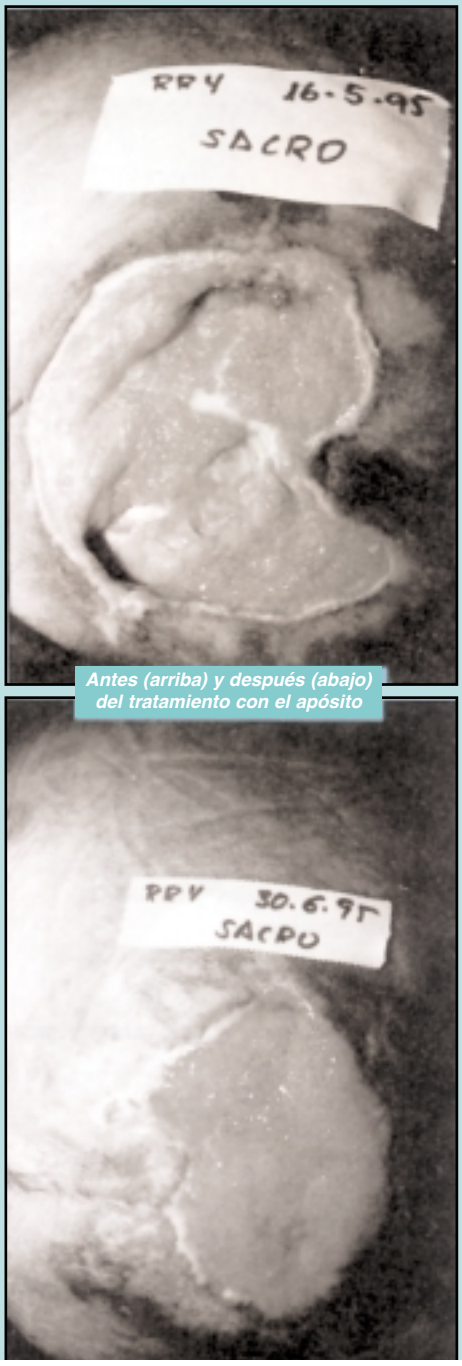
Posteriormente, Galeno (130-200 d. C) añade que: "Las heridas con pérdida de sustancia, tenían que supurar para lograr su completa recuperación".

La variedad de cubrir las heridas ha ido, desde el barro, hojas de plátano, hojas de té, cortezas de árbol, tejidos impregnados en grasa animal, carne cruda e incluso nieve y arena, sin olvidar las prácticas tan poco médicas como el "Toque Real", técnica practicada por los monarcas medievales, que aún realizó Napoleón.

A Ambrosio Paré (1509-1590), cirujano barbero francés, se le considera el precursor de las curas tópicas, al aplicar ungüentos sobre las heridas externas. Autor del libro "Métodos para tratar las heridas" (1945).

Truetar (1897-1977), trató las heridas con el método que lleva su nombre, consistente en cubrirlas mediante vendajes de yeso.

Actualmente, aún podemos oir, que se sigue utilizando en curas algunos materiales como el azúcar o la miel. No es de extrañar, ya que ambos tienen gran capacidad de absorción del exudado, y poseen propiedades bactericidas, así como poder de desbridamiento de los tejidos necróti-



Antes (arriba) y después (abajo) del tratamiento con el apósito

Estos métodos no son prácticos para el personal de Enfermería, pues necesitan cambiarse de 2 a 4 veces al día, del mismo modo que no son cómodos para el paciente, pues su fijación es difícil y le limita la movilidad.

Tras varios años de estudio, Knugton (1981-1983), afirma que el apósito oclusivo favorece la angiogénesis, ya que es inversamente proporcional a la cantidad de oxígeno existente en el medio.

Hacia 1971 hacen su aparición en el mercado los primeros apósitos representantes de la cura húmeda, y cuya finalidad era:

- Mantener la herida caliente y húmeda.
- Eliminar el exudado y los tejidos necróticos.
- Facilitar la cicatrización.
- Reducir la probabilidad de infección.

Los primeros representantes fueron **"LOS LAMINARES DE PLÁSTICO"**, formados por una lámina de poliuretano que permitía el paso de gases y vapor de agua. Transparentes, por lo que se puede ver cómo evoluciona la lesión. Su absorción es mínima. No evitan el crecimiento bacteriano. Su frecuencia de cambio oscila entre las 24 y 72 horas.

Hacia 1982 aparecen los **"APÓSITOS BIOACTIVOS O HIDROGELES"**, que son hojas o geles de aspecto similar a la gelatina. Semitransparentes y absorventes. No son adhesivos, por lo que precisan de un vendaje o soporte secundario. Indicados en lesiones de exudado medio o ligero. Su frecuencia de cambio es de 8 a 48 horas.

Hacia 1985 hacen su aparición en el mercado los **"APÓSITOS HIDROCOLOIDES"**. Ya son adhesivos, flexibles y elásticos. Impermeables al paso de las bacterias y a los líquidos. Facilitan el intercambio gaseoso, aportando Oxígeno a la herida y eliminando el exceso de humedad formando una barrera contra la contaminación. Constituidos en esencia por una sustancia con poder de absorción del exudado, ayudando a su vez al proceso de desbridación y favoreciendo el preceso de limpieza, granulación y epitelización. Su frecuencia de cambio es de 2 días en lesiones altamente exudativas a 7 días.

En 1995 aparece el **"APÓSITO**

LADOR", que incorpora a su composición la Supercarboximetil celulosa (Super CMC) que le proporciona un mayor poder de absorción del exudado de manera sostenida. La película de poliuretano hidriófilo le permite una evaporación selectiva. Su sistema de perfil ultrafino, no solo incrementa el tiempo de permanencia, sino que el sistema de control evolutivo nos permite un mejor seguimiento de la lesión.

Con el presente estudio hemos pretendido demostrar la eficacia del Hidro-regulador en el tratamiento de las U.P.P., y las ventajas para los profesionales de la enfermería al reducir el tiempo que se dedica al cuidado de la lesión y el distanciamiento de las mismas.

ESTUDIO

MUESTRA

Está compuesta por pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación, hospital de Rehabilitación del hospital Universitario la Fe de Valencia durante el primer semestre de 1995 y que han presentado úlceras por presión, y han sido tratados con apósito hidrocoloide Hidro-Regulador.

Se ha tenido presente el motivo de su ingreso y las patología/as asociadas, si las presentaban, por si fueran favorecedoras o no de aparición de úlceras por presión.

PARÁMETROS

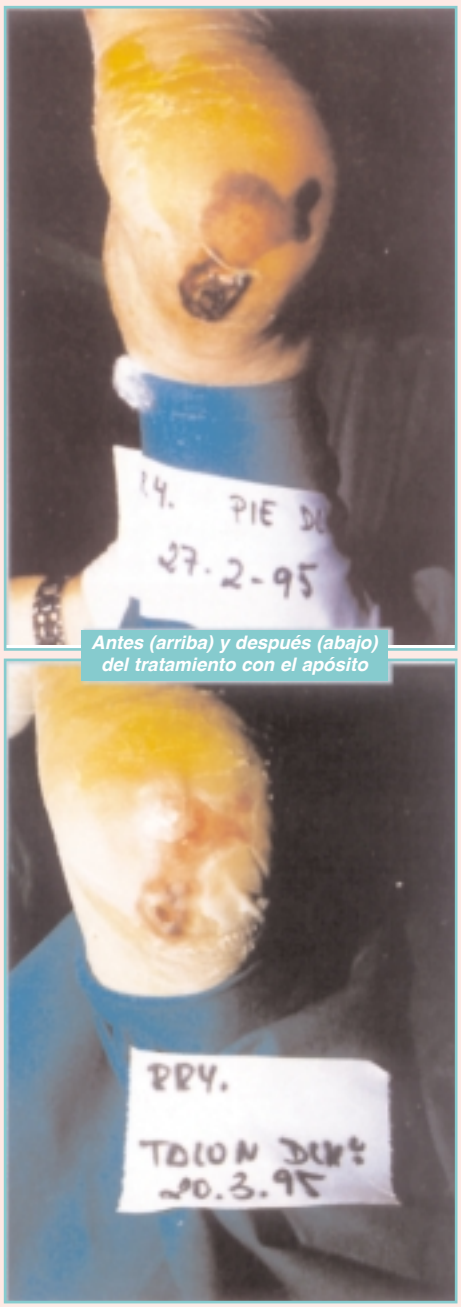
Con el fin de unificar criterio por el equipo, se creó una "Tabla de valores" y una "Hoja de registro de datos y seguimiento".

*** TABLA DE VALORES:**

- Valoración de riesgo de lesión por la escala de Norton modificada por E.K.
- Etiología
- Grado o estadio de la lesión
- Tamaño (cm)
- Forma
- Fondo de la lesión
- Bordes de la úlcera
- Secreción
- Base de la úlcera
- Curso o evolución
- Infección
- Piel perilesional
- Signos de infección

*** HOJA DE REGISTRO DE DATOS Y SEGUIMIENTO:**

- Datos del paciente



Antes (arriba) y después (abajo) del tratamiento con el apósito

- Valoración escala de Norton
- Colchón: agua, normal
- Cambios posturales y frecuencia, o movilizaciones
- Apósito aplicado
- Fecha
- Tabla de valores, desglosada por parámetros
- Control bacteriológico
- Control fotográfico

*** PATOLOGÍAS ASOCIADAS:**

De los 5 pacientes estudiados:

- 2 no presentan ninguna patología asociada.
- 1 presenta hipertensión arterial.
- 1 diabetes

*** CAUSA DEL INGRESO:**

- 1 Gran quemado
- 1 Politraumatismo
- 1 Post-Operatorio de digestivo
- 1 Lesión medular incompleta
- 1 Insuficiencia respiratoria que precisó de ventilación mecánica

MATERIALES

El material utilizado y sometido a estudio ha sido:

*** APÓSITO HIDROCOLOIDE HIDRO-REGULADOR**

Características:

- Lámina constituida por:
- alginato de calcio, que le posibilita una rápida absorción instantánea
- super carboximetlicelulosa sódica (Super CMC), que le proporciona una absorción sostenida.
- nueva película de poliuretano hidrófilo, que le permite una evaporación selectiva.
- Flexibles y elásticos lo que les permite:
- adaptación perfecta a cualquier zona.
- resistencia a la tracción.
- Adhesividad constante y no agresiva:
- respetando el lecho de la lesión
- protegiendo la piel perilesional.
- Impermeable a los microorganismos:
- hacia la herida, evitando impedimentos a la cicatrización.
- desde la herida, minimizando la posibilidad de infecciones cruzadas.
- Sistema perfil ultrafino:
- evita el levantamiento de los bordes del apósito.
- incrementa el tiempo de permanencia.
- Tensión superficial de oxígeno en el lecho de la herida:
- permite la estimulación de la fase de neoangiogénesis.
- permite la presencia de oxígeno atmosférico en el lecho de la herida.
- Sistema de control de evolución:
- permite el seguimiento más preciso de la lesión
- facilita, junto al "efecto semáforo" las pautas de tratamiento.

MÉTODO

El método utilizado ha sido:

1º.- Valoración de la lesión según tabla de valores y registro.

2º.- Limpieza de la zona con suero

Antes (arriba) y después (abajo) del tratamiento con el apósito

3º.- Secado con gasas o compresas estériles.

4º.- Control fotográfico de la lesión (al retirar el apósito, antes de colocarlo).

5º.- Colocación del apósito oclusivo.

RESULTADOS

De los 51 pacientes ingresados en el periodo que comprende el estudio, 7 han presentado úlceras por presión, de los cuales 5 han sido tratados con apósito hidrocoloide Hidro-Regulador. Para mejor control del estudio y de los resultado obtenidos los

CONCLUSIONES

De las 11 lesiones tratadas con apósitos hidrocoloide Hidro-Regulador, la evolución ha sido buena en 10, y tórpida en 1.

Desde el inicio del tratamiento de las U.P.P., con el apósito Hidro-Regulador, se ha podido comprobar la buena evolución de las mismas.

En aquellas lesiones, que por su tamaño, anteriormente, hubiera sido preciso la intervención del Servicio de Cirugía Plástica, para su total resolución mediante injertos, se ha podido observar la reducción progresiva de su tamaño, limpieza de la base, proceso de granulación y epitelización por sí misma.

En aquellas úlceras en las que no hubo pérdida de solución de continuidad, no fue preciso recortar piel, ya que hubo reabsorción.

En lesiones que una vez curadas, se aplicó el apósito Hidro-Regulador como preventivo, la permanencia del mismo, sin presentar ningún tipo de alteración fue de 14 días en que se volvió a revisar dicha zona.

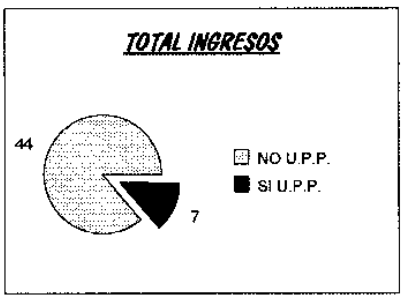
Por todo ello, podemos decir, que tras el presente estudio, el tratamiento de úlceras por presión con apósito Hidro-Regulador ha supuesto un nuevo avance en el tratamiento y prevención de estas lesiones.

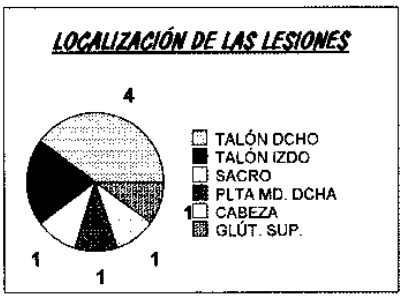
DISCUSIÓN

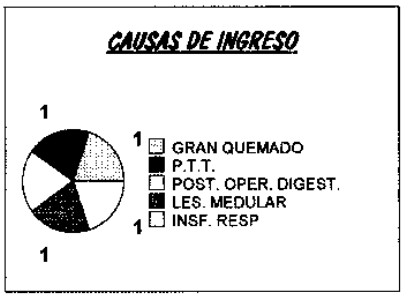
Tras varios años de experiencia en el tratamiento y prevención de úlceras por presión hemos podido observar, el avance que ha supuesto el tratamiento de estas lesiones con el apósito Hidrocoloide Hidro-Regulador, ya que:

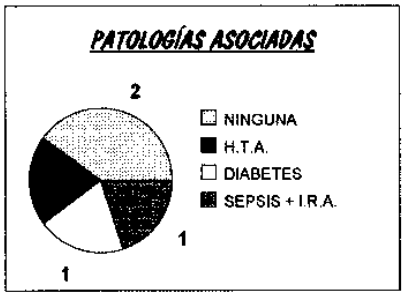
- reúne en un sólo producto, lo que con anterioridad suponían varios
- en algunos casos, evita el paso por quirófano del paciente
- nos permite un mejor seguimiento de la lesión
- mayor permanencia
- disminución de la carga de trabajo para enfermería al tener que dedicar menos tiempos a las curas y al distanciarse las mismas.

En muchas ocasiones, al hablar de úlceras por presión, hemos oído: “Es un problema de Enfermería”, pero si aprovechamos todos los medios de que disponemos, y el amplio campo de investigación que enfermería tiene ante sí, con el tiempo oiremos: ”Es un logro de Enfermería”.









DESARROLLO DE UNA UNIDAD QUIRÚRGICA EN EL SAHARA (1990-1996)

JULITA ALONSO
A.T.S
ASOCIACIÓN VASCO-NAVARRA DE ENFERMERÍA
EN ANESTESIA-REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR.
VITORIA-GASTEIZ. JUNIO 1996.

Gran parte del pueblo saharaui sobrevive, desde el año 1976, en el desierto argelino próximo a Tindouf.

Tras la retirada de España como potencia colonizadora y la vergonzosa entrega de los territorios del antiguo Sáhara Occidental a Mauritania y Marruecos, la mayoría de sus pobladores emprendieron un forzoso exilio hasta la vecina Argelia, perseguidos y diezmados por el Ejército Marroquí.

A pesar de su voluntad inquebrantable, y la capacidad organizativa de este pequeño pueblo, la supervivencia en los campamentos de refugiados del desierto argelino de la población civil saharaui está sometida a infinitas dificultades

Uno de sus problemas básicos, es la atención sanitaria.

Con la ayuda argelina, la cooperación internacional, principalmente cubana, y un embrionario Ministerio de Salud Saharaui, se comenzó a funcionar en este aspecto, concentrando los medios disponibles en programas de salud y atención primaria, de acuerdo a un estricto sistema de prioridades.

En la Comunidad Internacional y, en concreto, en el estado Español, se organizaron Asociaciones de ayuda humanitaria al pueblo saharaui, materializándola de diversas maneras.

Así, en Vitoria-Gasteiz, la "Asociación de Amigos del Pueblo Saharaui" bajo el patrocinio de las instituciones, entre otras actividades, posibilitó la venida de niños de los campamentos en los meses de verano.

En este trato con los pequeños, se detectó el nivel de salud de los mismos, se trataron algunos casos, y se pensó en la necesidad de cooperar en este campo con las autoridades sanitarias saharauis para llevar asistencia especializada

PROGRAMA DE COOPERACIÓN SANITARIA

Con la financiación del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, la Asociación de Amigos del Pueblo Saharaui de Euskadi, elaboró un proyecto, con continuidad asegurada por cinco años, presentado y aprobado por el Ministerio de Salud de la R.A.S.D. (República Árabe Saharaui Democrática), para la atención médico-quirúrgica, preferentemente a la población infantil, en los propios campamentos de refugiados.

Se contemplaba, como valor añadido, la posterior utilidad del personal sanitario saharui formado y la infraestructura, tanto material como sistemática de trabajo, para una más amplia y continuada asistencia quirúrgica.

El equipo de la Asociación encargado del desarrollo del proyecto se componía, inicialmente de: especialistas en O.R.L., Oftalmología, Anestesia-Reanimación, más Electromedicina y un equipo de Enfermería, que se completó posteriormente con Audioprotesistas y Análisis Clínicos.

La actuación inicial se encaminó a la dotación y diseño operativo de una unidad Quirúrgica, e inicio de la actividad asistencial con las máximas garantías posibles.

Un problema añadido se presentó al comenzar las intervenciones, dada la desconfianza de la población ante la Anestesia-Cirugía, que se resolvió ante la ausencia de complicaciones y secuelas, así como a la observación de los buenos resultados por parte de pacientes y familiares.

El equipo se ha desplazado, según el proyecto elaborado, en dos viajes anuales, en primavera y otoño, por las mejores condiciones climatológicas del desierto en estas épocas, llevando realizadas 986 intervenciones en las especialidades reseñadas.

UNIDAD QUIRÚRGICA DE RABBOUNI

Actualmente la Unidad Quirúrgica funcionante comprende:

* Sala de ingresos pre-operatorios, con once camas. Es habitual el ingreso de los pacientes la víspera de la intervención, dadas las difíciles condiciones de transporte y comunicación con los Campamentos, distantes en algunos casos hasta 200 Kms. de la Unidad Quirúrgica.

Allí son historiados y explorados pre-operatoriamente, con E.C.G. y analítica incluidos.

En la rutina de actuación en esta sala, en la que es básica la actuación del personal de enfermería saharaui, se incluyen la identificación, peso, control del periodo de ayunas pre-operatorio y la venoclisis.

* Dos Salas Quirúrgicas, dotadas, desde el punto de vista de Anestesia-Reanimación respectivamente, con:

- Máquina de anestesia con ventilación mecánica, iguales a las utilizadas en los quirófanos de Vitoria-Gasteiz.
- Monitorización incluyendo E.C.G., T.A. y Pulsiosimetría.
- Material de reanimación incluyendo desfibrilador.

* Una Sala de Despertar, con siete camas y medios adecuados a sus fines.
* Una Sala de Esterilización, con Autoclave, Poupinelle y Statin.

El soporte asistencial se completa con un laboratorio, que cubre las necesidades habituales, y el Encamamiento con capacidad actual de cuarenta pacientes, sólo los quirúrgicos, que son suficientes por el sistema de alta precoz y drenaje de operados al Hospital nacional (no quirúrgico).

El adecuado equipamiento y la instauración de una sistemática de trabajo común entre cooperantes y personal saharaui, se han mostrado como altamente satisfactorio, y han permitido la apertura de la Unidad Quirúrgica a nuevos programas de cooperación en distintas especialidades, como Cirugía General y Urología, que han comenzado a desarrollar su actividad de forma habitual.

El futuro inmediato, debiera de ser la no necesidad de esta Unidad en el desierto argelino, por el regreso de los refugiados a sus territorios arrebatados por Marruecos.

Entretanto, y hasta que especialistas saharauis en las distintas áreas quirúrgicas, actualmente en formación en diversos países, puedan hacerse cargo de la asistencia, será necesaria la colaboración de grupos de trabajo en régimen de cooperación y debidamente coordinados, se hagan cargo de la utilización de la Unidad Quirúrgica.

En el pasado año 1995 y durante los días 9, 10 y 11 de noviembre tuvo lugar en Salamanca la celebración del IX Congreso Nacional de Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor. En el Congreso se abordaron diferentes temáticas profesionales y se otorgaron diferentes premios

IX Congreso Nacional De Enfermería En Anestesia-Reanimación Y Terapia Del Dolor

Teresa Vicente Martín
Responsable del Comité Científico

El acto inaugural se inició a las 18 horas en el Paraninfo de la Universidad de Salamanca. Este estuvo presidido por las primeras autoridades así como por los responsables de la Sanidad Provincial.

La conferencia inaugural sobre "La Reanimación y reanimados en la Edad

asistentes, que fueron obsequiados con un libro a la salida de dicho acto.

Dentro del programa científico, los principales temas que se abordaron fue-

- Evolución científica e investigadora de Enfermería en Reanimación-Anestesia, terapia del dolor y quirófano.

- Tratamiento del dolor y cuidados paliativos, tanto en unidades específicas como en seguimientos a domicilio.

- Riesgos y avances en las Unidades de Anestesiólogía, Quirófanos, Reanimación y Terapias del dolor.

- Presente y futuro de las funciones y actividades respecto a las unidades específicas y especializadas.

Dando continuidad a la adjudicación de premios iniciada por nuestra Asociación (A.S.E.E.D.A.R.-T.D.) se otorgaron los siguientes premios:

Ponencia: "La figura de la enfermera de anestesia", de Montserrat Marcos Saiz. Hospital de Terrassa. Barcelona.

Mesa Redonda: "Visión general de los cuidados paliativos", de Amparo Viñuela González. Hospital Clínico. Salamanca.

Comunicación libre: "Musicoterapia: un enfoque creativo para los cuidados de enfermería en las salas de despertar", de Teresa Villar Arnal. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

El premio al póster, patrocinado por A.S.E.E.D.A.R.-T.D., fue para "Protocolo de anestesia", de Alfonso Tauroni Padrón, Pilar Espezta Roig y J. Pedro Linares Herrera. Hospital "Virgen de la Cinta". Tortosa. Tarragona.

En el transcurso de este Congreso se debatieron aspectos tan relevantes como la necesidad de la investigación en Enfermería y la preocupación por mitigar el dolor a través de nuevas tecnologías, además de crear unidades de cuidados paliativos ante la demanda que la comunidad exige. En la parte lúdica de este Congreso, los asistentes pudieron disfrutar de la monumentalidad, el folklore y la gastronomía de Salamanca, incluído el aguacero que quiso acompañarnos durante la celebración del mismo y que todos agradecimos después de una intensa sequía.

Cabe destacar la presencia de prensa, radio y televisión, que siguieron con interés el desarrollo del Congreso y que hicieron una estupenda labor divulgativa e, incluso, con reseñas a nivel nacional.

Nuestro agradecimiento más sincero a todas las casas comerciales que, con su colaboración, nos ayudaron y nos animaron en la gestión del Congreso.

Después de concluído y haciendo balance hemos observado que los profesionales de la enfermería sienten por el futuro que "algo se está moviendo" y que necesitamos aunar esfuerzos para lograr

Comité organizador del Congreso

Los asistentes siguieron con interés todos los actos

Una de las mesas que concurrían en esta edición

REFLEXIONES

• TONI CUEVAS • DIPLOMADO DE ENFERMERÍA

Tengo una pesadilla que se me repite constantemente: abro la nevera y cuando voy por Molins de Rei ya no tengo ganas de ir a la playa, no podría ser de otra forma, tengo un poco de miopía. Y es que la vida del suplente es un poco rara.

Creo parecerme al prototipo de suplente medio en España, tengo ganas de trabajar, progresar en mi profesión y hacer que esta progrese conmigo, casarme y ser multimillonario, pero a no ser que cambien un poco las cosas, veo difícil todas y cada una de mis ambiciones.

La verdad es que trabajar ya es un hándicap, no menos difícil que sentirte profesional cuando lo consigues.

¡Ya soy enfermero!, tengo inestabilidad de horarios e inestabilidad económica, poco reconocimiento social, interprofesional y por mi condición de suplente, en ocasiones poco reconocimiento entre mis compañeros.

-¡Tío no te quejes!, por lo menos trabajas. Dice Begoña.

-¡Joder!, y trabajas en lo que has estudiado. Esta es Marga.

Una acabó enfermería ya hace un año, ha trabajado dos meses. La otra es profesora de EGB, pero trabaja en una cadena de montaje de muñecas "chochona".

¿Soy diplomado en enfermería y no soy capaz de mover un dedo sin consultarlo antes con otro diplomado en enfermería? ¡Ah!, ya sé, he de hacerme con la dinámica de trabajo de esta unidad asistencial.

Esto empieza a no gustarme, llevo ya unos cuantos años y he memorizado la dinámica de trabajo de unas cincuenta unidades y servicios asistenciales, aun así sigo dependiendo de mis compañeros para poder garantizar el proceso atención de enfermería en alguno de esos servicios, proceso que tan flaco favor hace a los suplentes y a los intereses de la enfermería, pero eso es otra historia, la escuela no es más que un simple trámite para poder entrar en otra escuela que es la vida laboral de enfermería. ¡Ah!, ya sé, tengo que hacer un post-grado o un máster, o los dos, valen poco y con lo que gano... Con ello conseguiré un mayor conocimiento del cuidado integral que deben recibir los pacientes con problemas cardiológicos. ¡O no!, mejor deme uno de estos y otro de esos, me intento quedar fijo y una vez lo consiga ya cogeré experiencia y me formaré bien, a conciencia, entonces podré considerarme todo un profesional.

Lo malo es que Carlos escuchó el otro día que en Maastrich se habían acordado las tendencias económicas que se debían seguir en la Comunidad Económica Europea. Se tenderá a abaratar el despido y se sustituirán los contratos fijos por los laborales y temporales. Puede que Carlos halla escuchado mal siempre va medio dormido, Carlos trabaja de noche en un matadero y Sara dice que siempre huele a jamón.

No sé por qué me preocupo tanto lo mejor que puedo hacer es esperar a que salga la licenciatura en enfermería. Por fin tendremos nuestras competencias y funciones bien definidas, saldrán las especialidades, cobraremos más, un licenciado estará mejor reconocido social e interprofesionalmente y con todo ello el suplente tendrá lo necesario para sentirse profesional, vamos supongo que eso es lo que buscan con la licenciatura.

FE DE ERRATAS

- Durante la pasada edición de nuestra revista, salió como trabajo ganador del 8º Congreso Nacional de ASEEDAR-TD: *'Evolución Postoperatoria de los Electrolitos en Cirugía Abdominal?*, siendo en realidad *'Morbilidad en la Sala de Despertar'*, desde aquí nuestras disculpas a las compañeras de Canarias.

- Las fotos del publirreportaje y de Reanimación fueron realizadas en la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge

- Los protoolos que aparecen en la fotografía de la página 8 fueron realizados por el departamento de Política de Calidad de la CSUB

AGRADECIMIENTOS

- Gracias a las casas comerciales que con su aportación publicitaria hacen que la revista, año tras año, sea una realidad.

- Así como nuestro más sincero agradecimiento al Colegio Oficial de D. E. de Barcelona por su aportación económica a la revista, gracias a la vocal de asociaciones Dña. Carmen Font, nuestra interlocutora.

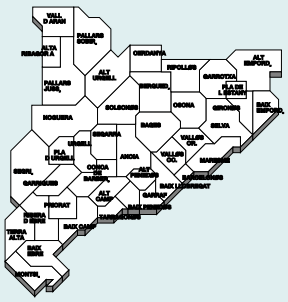
Las fotografías que ilustran los artículos de las páginas 19, 21, 22, 24, 36 y 37 han sido realizadas en el Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet (Barcelona)

PRIMERAS JORNADAS DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA EN LOS HOSPITALES COMARCALES

MATARÓ. NOVIEMBRE 1995.

Durante la celebración de estas primeras jornadas de enfermería de Anestesia, que se celebraron conjuntamente con las 4as de Anestesiólogos en Hospitales Comarcales, el primer día y a puerta cerrada, ya que únicamente estaban convocadas supervisión y direcciones de enfermería, así como la Asociación de Enfermería Quirúrgica y ASEEDAR-TD, se celebró una mesa redonda, donde presentamos nuestra asociación y nuestros proyectos como tal.

En el transcurso de la misma, quedó patente que la función de la enfermera quirúrgica o quirofanista es bien diferente en la práctica que la función de la enfermera de anestesia, aunque sobre el papel se definan como "enfermería que realiza un cuidado integral del paciente quirúrgico", incluyendo, cómo no, anestesia.



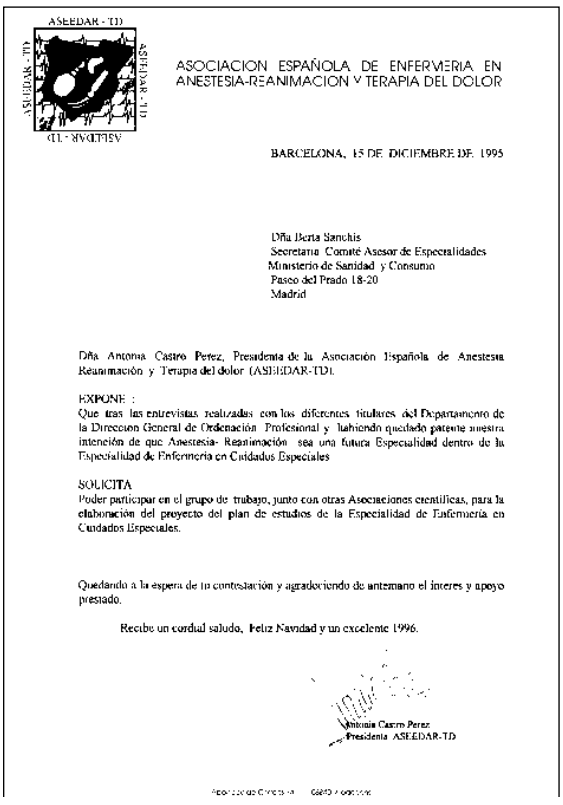
Personalmente pienso que nuestras compañeras de enfermería quirúrgica deberían unirse y proteger lo que hasta ahora han realizado: la instrumentación dentro de quirófano, y si no es así ¿qué hacemos dos asociaciones en el mismo ámbito de trabajo y con los mismos objetivos?

Desde aquí voto por la unión y el apoyo mutuo, pero no por la rivalidad.

LO ÚLTIMO DEL MINISTERIO DE SANIDAD

• A. CASTRO

La verdad es que este año, no sé si saltar de alegría o llorar de tristeza, aunque sea muy contradictorio podemos hacer ambas cosas. Por un lado tenemos por escrito una promesa del Comité Asesor de Especialidades: incluirnos en el grupo de trabajo para elaborar el programa de la especialidad ENFERMERÍA DE CUIDADOS ESPECIALES, el problema es que no existe fecha probable para tales reuniones. Desgraciadamente, con la entrada del nuevo gobierno existen otras cuestiones más prioritarias que poner en marcha unas especialidades de enfermería, que las estamos ejerciendo sin ningún tipo de reconocimiento y que las ejercerán futuros profesionales sin una preparación adecuada. Existe un vacío legao -o ilegal, diría yo- después de haberse aprobado las especialidades en un decreto ley del año 1987. Seguiremos intentándolo.



ASEEDAR - TD

ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN ANESTESIA-REANIMACION Y TERAPIA DEL DOLOR

BARCELONA, 15 DE DICIEMBRE DE 1995

Dña Berta Sanchis
Secretaria Comité Asesor de Especialidades
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado 18-20
Madrid

Dña Antonia Castro Perez, Presidenta de la Asociación Española de Anestesia Reanimación y Terapia del dolor (ASEEDAR-TD).

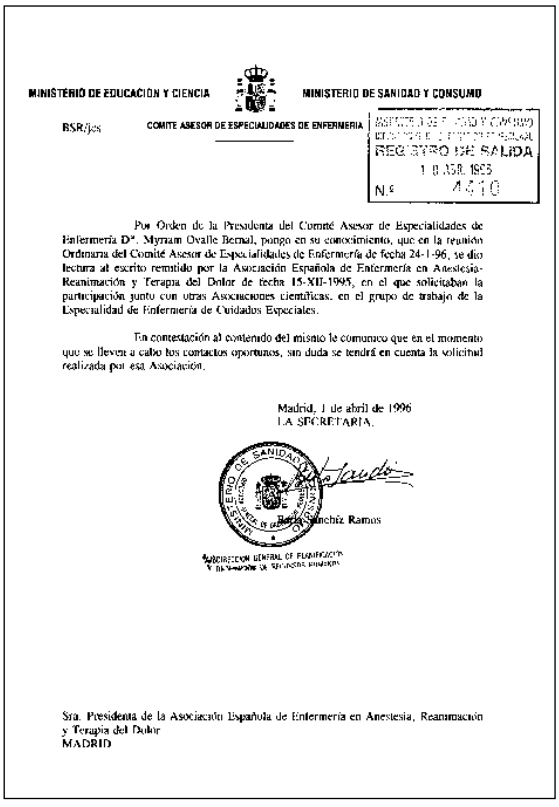
EXPONE :
Que tras las entrevistas realizadas con los diferentes titulares del Departamento de la Direccion General de Ordenación Profesional y habiendo quedado patente nuestra intención de que Anestesia- Reanimación sea una futura Especialidad dentro de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Especiales

SOLICITA
Poder participar en el grupo de trabajo, junto con otras Asociaciones cientificas, para la elaboración del proyecto del plan de estudios de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Especiales.

Quedando a la espera de su contestación y agradeciendo de antemano el interes y apoyo prestado.

Recibe un cordial saludo, Feliz Navidad y un excelente 1996.

Antonia Castro Perez
Presidenta ASEEDAR-TD



MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA — MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

BSR/jcs — COMITE ASESOR DE ESPECIALIDADES DE ENFERMERIA

REGISTRO DE SALIDA
18 ABR. 1996
Nº 4510

Por Orden de la Presidenta del Comité Asesor de Especialidades de Enfermería Dª. Myriam Ovalle Bernal, pongo en su conocimiento, que en la reunión Ordinaria del Comité Asesor de Especialidades de Enfermería de fecha 24-1-96, se dio lectura al escrito remitido por la Asociación Española de Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor de fecha 15-XII-1995, en el que solicitaban la participación junto con otras Asociaciones científicas, en el grupo de trabajo de la Especialidad de Enfermería de Cuidados Especiales.

En contestación al contenido del mismo le comunico que en el momento que se lleven a cabo los contactos oportunos, sin duda se tendrá en cuenta la solicitud realizada por esa Asociación.

Madrid, 1 de abril de 1996
LA SECRETARIA,

Berta Sánchez Ramos

Sra. Presidenta de la Asociación Española de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor
MADRID

El derecho a la vida y a la salud es un derecho básico recogido por nuestra Constitución y no debería estar sometido a negociaciones o intereses particulares de ningún tipo. Atentar contra este derecho es considerado por la ley como un acto criminal. A pesar de ello nos encontramos con que en muchos de nuestros hospitales se priorizan los factores económicos antes que los preventivos, y en caso de no estar vigilantes al respecto, corremos el riesgo de pagar con nuestra salud la mejora de la competitividad de nuestro servicio. Con la aparición de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) la legislación que regula nuestras condiciones de trabajo ha mejorado considerablemente

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales

Narciso Sevilla • A.T.S. y Profesor asociado de Salud Laboral. Escuela Universitaria Rovira i Virgili • Tarragona

Nuevo marco legal en las condiciones de trabajo

Este hecho sorprende, y resulta como mínimo estadísticamente extraño, en los tiempos de liberalización desaforada, y diseño economicista de las condiciones laborales, en que nos encontramos la gran mayoría de los profesionales sanitarios. Para entender este curioso fenómeno legal, debemos tener en cuenta varios factores:

1.- **Legislación**, obsoleta e ineficaz de la que partíamos y en su mayor parte preconstitucional, inmersa en un tremendo marasmo legislativo y muy desvertebrada en lo que se refiere a las competencias de los diversos organismos con competencias en la materia..

2.- **Incumplimiento** del Estado Español de la legislación europea en materia de prevención de riesgos, y por tanto imperativo legal del marco de la CEE. Se trataría de competencia desleal por parte del país que no las tenga en cuenta.

3.- **Priorización** del tema, por parte de los interlocutores sociales (principalmente CC.OO. y UGT) en las negociaciones con los diferentes gobiernos socialistas y despues con el Partido Popular.

4.- **Accidentabilidad laboral** desproporcionada, con respecto a los países de nuestro entorno político-económico. Según el anuario estadístico de la OIT sobre mortalidad en el trabajo, en los diferentes países de la CEE 1982-1991.

En qué nos afecta a los trabajadores de las áreas quirúrgicas y de reanimación

Según la Ley, la prevención es una obligación empresarial y un derecho laboral. La LPRL en este momento está pendiente de concretarse, a través de toda una batería de Reglamentos. De todas formas podemos conocer los criterios mínimos de seguridad que contemplarán, ya que en gran parte son la transposición de legislación existente en la CEE en materia de prevención de riesgos en el trabajo. Comentar esta normativa excede la intención y objetivos del artículo, no obstante me parece conveniente citar los Reglamentos que ya están en forma de propuesta-borrador de la Administración a los interlocutores sociales :

Servicios de prevención. Son organismos multidisciplinares que sustituyen a los antiguos Servicios Médicos de Empresa. Desarrollan la actividad preventiva e integra las especialidades de medicina del trabajo, higiene industrial, ergonomía y psicosociología.

Señalización. Homogeneiza las señales que proporcionan indicaciones u obligaciones relativas a la seguridad en el trabajo. Sean estas visuales (luminosas, paneles,..), acústicas (alarmas, indicaciones verbales...) o de otro tipo (olfativas o táctiles).

Riesgo biológico. Define y clasifica según su peligrosidad a los agentes biológicos en 4 grupos y obliga al empresario a tener un registro de los trabajadores expuestos a los grupos 3 y 4, y conservar el historial de dichos trabajadores durante un periodo de 10 a 40 años.

Cancerígenos. Determina la índole el grado y la duración de la exposición a los agentes cancerígenos de los trabajadores, así como la identificación y evaluación de dichas substancias en el lugar de trabajo.

Riesgo dorsolumbar. Regula las condiciones en que se deben realizar la manipulación manual de cargas, haciendo especial énfasis en la "utilización de equipos

para el manejo mecánico de las mismas...” y en el entorno ergonómico y organizativo de la tarea.

Equipos de protección individual. Establece las condiciones mínimas que deben de cumplir estos equipos. No se entienden como tales los uniformes y las prendas que no estén destinadas a proteger al trabajador.

Trabajo con equipos que incluyan pantallas de visualización de datos (PVD). Regula el entorno, las características técnicas de los equipos y las relativas a la organización.

La LPRL, otorga a los trabajadores y trabajadoras entre otros los siguientes derechos:

Información: sobre los riesgos presentes en el puesto de trabajo, previa evaluación de dichos riesgos. Se deberá incluir información, sobre la toxicidad de las substancias químicas y biológicas existentes, así como los resultados de las evaluaciones de contaminación ambiental. Art. 16.

Formación de los trabajadores en materia preventiva. Formación teórica y práctica, suficiente y adecuada que deberá actualizarse cuando se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo. El tiempo dedicado a formación se considera tiempo de trabajo real. Art. 19.

Participación, en las cuestiones relacionadas con la prevención de riesgos en el trabajo. En las empresas que cuenten con Delegados de Prevención, la participación se realizará fundamentalmente a través de éstos. Arts. 14, 18, 33, 34.

Vigilancia periódica de la salud: en función de los riesgos existentes en el puesto de trabajo; se pueden exigir reconocimientos médicos específicos. Art. 22

Protección de la maternidad (y lactancia) : en caso de existir algún riesgo para el feto o la madre la LPRL contempla el cambio de puesto de trabajo y turno (en caso de ser turno rodado o nocturno). La realización de exámenes prenatales y técnicas

realizar durante la jornada laboral, considerándose tiempo de trabajo real, y por tanto con derecho a remuneración. Art. 26.

Resistencia: en caso de existir un riesgo grave e inminente para la salud del trabajador/a la Ley reconoce el derecho del/la profesional de interrumpir la actividad y abandonar el trabajo. En una decisión como ésta, siempre que sea posible, deberéis implicar a vuestros delegados de salud laboral o representantes sindicales.

Cómo hacer que la LPRL se aplique en vuestra área y/o puesto de trabajo

En todas las empresas de más de 50 trabajadores se deberá constituir un Comité de Seguridad y Salud (CSS). A las reuniones del CSS asistir “trabajadores de la empresa que cuenten con una especial calificación o información respecto de cuestiones concretas que se debatan en este órgano” , como lo es la evaluación de riesgos del propio puesto de trabajo, de modo que es conveniente que nos impliquemos en nuestra seguridad haciendo propuestas al CSS e interesándonos por su actividad. Es conveniente que las sugerencias y solicitud de información al CSS la realicemos siempre por escrito y a ser posible con registro de entrada. Ante todo tener presente que vuestra implicación lejos de ser una molestia, será un refuerzo y apoyo para los compañeros presentes en el CSS de vuestro centro de trabajo, y a la vez una garantía de seguridad para vosotros.

REUNIÓN de DELEGADOS del IFNA

ANTONIA CASTRO

La Federación Internacional de Enfermería en Anestesia (IFNA), de la cual somos miembros activos desde el año 1992, como ya recordareis, viene realizando reuniones anuales de delegados de los 22 países miembros. Este año la reunión se celebró en Viena durante los días 18 y 19 de mayo, y ASEEDAR-TD estuvo presente junto con delegados de Francia, Suiza, EE.UU., Finlandia, Austria, Alemania, Islandia, Costa de Marfil, Holanda, Suecia y Gran Bretaña, aprobándose este año las solicitudes de México y Luxemburgo como nuevos países miembros. El Comité Ejecutivo también informó sobre los países que han solicitado los formularios para llegar a ser miembros del IFNA: Polonia, Uganda, Gambia, Guyana y Camboya.

Durante el transcurso de la reunión los delegados presentes realizamos un informe de la situación de nuestro colectivo en cada país correspondiente. Así pues, países como Islandia, que tiene un programa de 4 años como base, llamado Bachillerato en Ciencias de Enfermería, cuenta con un programa con reconocimiento universitario de dos años para la especialidad de Enfermería de Anestesia. Luxemburgo también tiene un programa de 2 años para la especialidad. Noruega, por su parte, cuenta con un programa de 18 meses tras 4 años de Educación General de Enfermería. También hay que destacar a México que cuenta con un programa de la especialidad de 3 años de duración.

Aunque el requisito es el cumplimiento de un programa básico de educación de 36 meses, 3 años o 4.600 horas lectivas, los estándares educacionales son diferentes en cada país, queda patente que la carrera para Enfermería de Anestesia es una especialidad que demanda una educación apropiada para poder cumplir adecuadamente con las necesidades de la práctica.

El Comité de Educación de la IFNA está preparando unas pautas para los programas de inicio de Enfermería de Anestesia y la elaboración de un currículum modelo para los países, que como España no tengan una especialidad reconocida, aunque como ya publicamos en la pasada edición de nuestra revista, ya tenemos un código ético, y un marco de funciones definido, sólo nos falta que seamos reconocidos y ponerlo en marcha.

Una vez más fuimos conscientes, y esto nos da valor para seguir adelante, de que no estamos solos, que somos un colectivo con "cara y ojos", y que con el apoyo de la IFNA y, cómo no, del vuestro, al final conseguiremos nuestro objetivo.

¿Enfermería de Anestesia?

JESÚS MALLOU
VOCAL DE ASEEDAR EN GALICIA

En Galicia, como en el resto del estado español, no se puede hablar de una enfermería especializada. La relación del personal de enfermería con las especialidades médicas y quirúrgicas es de asistencia y colaboración con los especialistas. En Anestesiología esta relación se concreta en el momento actual en: preoperatorio, peroperatorio, pacientes críticos (post-operatorio y reanimación) y tratamiento del dolor.
Aunque no existe una especialización de la enfermería, de hecho, se funciona como tal.

En el preoperatorio la misión de la enfermería es, fundamentalmente, de asistencia en la consulta.

Además puede tener una misión importante,

informativa de lo que es la anestesia, del tratamiento del dolor, de cómo se debe preparar, etc.

En el peroperatorio es donde las funciones de la enfermera están más diluidas: su función es asistir al anestesiólogo que se responsabiliza de un paciente en quirófano: preparación de medicación, preparación de la ventilación, ayuda en la inducción, técnicas locorregionales, vigilancia, monitorización.

Estas funciones nunca puede realizarlas sin supervisión. Además deben destacarse aspectos como recepción de pacientes y cuidados hasta que los médicos se responsabilizan de ellos, así como el traslado del paciente a la sala de cuidados postanestesia.

Aunque son funciones específicas de la anestesia, habitualmente, no hay personas dedicadas a eso.

Es el personal de enfermería de los quirófanos el que habitualmente lo hace, turnándose en las funciones de instrumentista y circulante.

Esto tiene sus ventajas (hay más personas que conocen la sistemática de Anestesia) e inconvenientes

(menor dedicación, peor preparación, desconocimiento del material, no protocolos, etc.).

Postoperatorio. Es en esta faceta donde la enfermería cobra un gran protagonismo a la hora de tomar decisiones y realizar gestos. Aunque siempre bajo la supervisión de un médico anestesiólogo, la función de la enfermera en esta unidad es más clínica, de cuidado y valoración de pacientes.

Dolor agudo. También aquí tiene un gran papel la enfermería, no solo preparando y programando la medicación, sino valorando el dolor, la eficacia de los tratamientos, diagnóstico de efectos secundarios, etc.

En reanimación tienen una misión similar a la enfermería de unidades de pacientes críticos de asistencia a los especialistas, cumplimiento de protocolos, etc.

En conclusión:

- En Galicia no existe la enfermería especializada en anestesia.
- Se funciona como especialistas, sobre todo, en pre y postoperatorio.