Estandarización de los cuidados de enfermería en preanestesia

ANDREU ATIK, PILAR*
PINILLOS BARTOLOMÉ, MANEL**

*Uno de los rasgos que definen la atención sanitaria actual es la aplicación de la **cultura de la evaluación**: Evaluación del proceso y evaluación de resultados.*

*Para poder evaluar es imprescindible **estandarizar** los procesos.*

*El **Manual de Cuidados de Enfermería en Preanestesia**(*) es el resultado de esta necesidad de estandarizar la atención y cuidados al paciente quirúrgico.*

***Preanestesia** es el **primer contacto** que tiene el paciente con el Área Quirúrgica y al recibirle deberíamos poder transmitirle seguridad y tranquilidad.*

Todas nuestras funciones en Preanestesia son importantes. Pero si estamos demasiado preocupados por cómo preparar al paciente, nos olvidamos de que ese paciente es una persona que va a someterse a un proceso quirúrgico y que en esta situación ve agredida su integridad.

*Todos sabemos que la **ansiedad** y el **miedo** son en mayor o menor medida un denominador común y NO DEBERÍAMOS OLVIDARLO NUNCA.*

*La desorganización de las tareas, la falta de previsión, las prisas, la falta de habilidad, las dudas... pueden y generalmente suelen transmitir inseguridad al paciente y aumentar su ansiedad. Por el contrario si somos capaces de estandarizar y sistematizar estas tareas podemos individualizar los cuidados facilitando la **relación enfermera-paciente** (relación de ayuda) y permitir su posterior evaluación.*

*El Manual de Cuidados de Enfermería en Preanestesia es una **herramienta de trabajo** que permite centrar nuestra atención en el paciente ofreciéndole la mejor acogida, a partir de la estandarización de los aspectos básicos de su preparación quirúrgica.*

MARCO CONCEPTUAL

El *Manual de Cuidados de Enfermería en Preanestesia* de la Fundación Hospital Manacor (FHM) se sitúa en un contexto de plan de cuidados al paciente quirúrgico durante el pre, intra y postoperatorio como proceso integral.

El Área Quirúrgica de la FHM consta de 1 sala de preanestesia, 4 quirófanos y 1 sala de reanimación.

La Sala de Preanestesia en la que se recibe a los pacientes a intervenir cumple las funciones de:

- Acogida e identificación del paciente.
- Valoración del estado del paciente.
- Comprobación de la preparación previa a la entrada en el Área Quirúrgica.
- Preparación específica inmediata antes del procedimiento quirúrgico.

Punto de partida:

- En el Área Quirúrgica de la FHM existían **protocolos médicos de Anestesia**, pero su manejo y aplicación por parte de enfermería no era ágil.
- Los **aspectos de los cuidados de enfermería para la preparación** del paciente que dependen del tipo de procedimiento quirúrgico y cómo se desarrolla éste en quirófano no estaban protocolizados.
- Este contexto conducía a una **dependencia** entre enfermera y médico anestesista innecesaria, lo que entorpecía la organización de las tareas y aumentaba los tiempos de preparación, proporcionando inseguridad a la enfermera en la toma de decisiones.

OBJETIVOS

Estandarizar los cuidados de enfermería para:

- Conseguir una preparación adecuada y correcta del paciente quirúrgico, optimizando tiempo, recursos materiales y humanos, unificando criterios entre el equipo médico y enfermero del Área Quirúrgica.

(*) El "Manual de Cuidados de Enfermería en Preanestesia" de la Fundación Hospital Manacor fue presentado en formato de comunicación libre en la II Jornada Balear de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor celebrada el pasado Mayo 2000 en Palma de Mallorca, con el título de "Cuidados de enfermería en Preanestesia: Elaboración de una guía", recibiendo el premio a la mejor comunicación libre.

- Proporcionar una base de conocimientos y procedimientos a seguir a cualquier enfermera que asuma su función en preanestesia.
- El conocimiento del entorno y procedimientos especificados proporcionarán a la enfermera una seguridad que transmite al paciente que entra en Preanestesia, mejorando así la relación enfermera / paciente.
- Velar por el confort del paciente desde el momento en que entra en el Área Quirúrgica y durante su postoperatorio.
- Facilitar la evaluación y detectar áreas de mejora.

MÉTODO

- **Revisión de los protocolos** ya existentes realizados por el equipo médico de Anestesia en relación a pruebas preoperatorias según ASA, profilaxis antibiótica, profilaxis de la endocarditis bacteriana, paciente diabético y paciente pediátrico. (*Fig. 1*)

Protocolos revisados pertenecientes al Servicio de Anestesia de la FHM

1. Protocolo Preoperatorio (pruebas preoperatorias según ASA)
2. Protocolo de Profilaxis Antibiótica
3. Protocolo del Paciente Diabótico
4. Protocolo de Sueroterapia en Pediatría
5. Protocolo de Profilaxis Antibiótica de la endocarditis bacteriana

Figura 1. Protocolos revisados pertenecientes al Servicio de Anestesia de la FHM.

- **Revisión retrospectiva de todos los procedimientos quirúrgicos** realizados hasta la fecha en el Área Quirúrgica de la FHM gracias al sistema de información que registra la actividad quirúrgica. Clasificación y cribaje según especialidades y preparación necesaria en Preanestesia, para estandarizar los procedimientos quirúrgicos más frecuentes.
- **Seguimiento prospectivo** (revisión semanal) durante la elaboración del manual (1 año) de todos los procedimientos quirúrgicos que se realizaban.
- Búsqueda de **asesoramiento** en cuanto a:
  - Posición del paciente en quirófano
  - Riesgos de sangrado e hipovolemia
  - Intervenciones en las que se realiza isquemia de extremidades
  - Intervenciones en las que se colocan prótesis
  - Indicación o no de profilaxis antibiótica en cada proceso
  - Sueroterapia en pacientes con patología asociada (ej IR, IC)

ya que todo ello determina líneas de actuación en su preparación.

- Definir ítems para la **descripción sistemática** de los pasos a seguir para cada procedimiento quirúrgico que se realiza en el Área Quirúrgica de la FHM.
- **Evaluación consensuada** con el equipo médico de Anestesia y el equipo enfermero de quirófano. Aprobación y puesta en funcionamiento del manual.

Descripción del Manual de Cuidados de Enfermería en Preanestesia

El *Manual de Cuidados de Enfermería en Preanestesia* es una herramienta de trabajo que define las funciones de la Enfermera de Preanestesia.

Su interés se centra en proporcionar una base de conocimientos en cuanto a la preparación del paciente quirúrgico, asegurando a su vez la aplicación de los protocolos de Anestesia.

El *Manual de Cuidados de Enfermería en Preanestesia* consta de 2 bloques:

- **Protocolo de actuación de enfermería en Preanestesia**, donde se recoge la preparación quirúrgica general para todos los procedimientos quirúrgicos detallada paso a paso. *(Fig. 2)*
- **Tabla** estructurada por apartados de especialidades *(Fig. 3)* donde se detallan todos los procedimientos quirúrgicos que se realizan en el Área Quirúrgica de la Fundación Hospital Manacor (actualización cada 6 meses) y que ofrece a la Enfermera de Preanestesia toda la información necesaria para la correcta preparación quirúrgica de un paciente, a partir del único conocimiento del procedimiento al que va a ser sometido (parte de programación quirúrgica).

Para una mejor comprensión de la información, dada la utilización de siglas para la optimización del espacio, va acompañada de un **anexo**. *(Fig. 4)*

(Las figuras 2, 3 y 4 muestran páginas extraídas del Manual)

La **elección de los ítems** que debían constar en la tabla del *Manual de Cuidados de Enfermería en Preanestesia* se hizo en base a los criterios de:

- Asegurar una correcta preparación.
- El cumplimiento de los protocolos de anestesia.
- Facilitar la comodidad y la posterior optimización del espacio dentro de quirófano.

Facilitar la comodidad del paciente desde su entrada en el Área Quirúrgica y durante su postoperatorio.

Estructuración de la Tabla en 7 columnas: Contenidos

1) **Ref.**

Se detallan los apartados de especialidades quirúrgicas y una clasificación de los procedimientos.

2) **Procedimiento Quirúrgico**

Nombra cada uno de los procedimientos quirúrgicos que se realizan en el Área Quirúrgica de la FHM.

3) **Atb**

Este apartado hace referencia a la indicación de la aplicación del "Protocolo de Profilaxis Antibiótica" del Servicio de Anestesia.

Se especifica, si es necesario, el antibiótico de elección y dosis.

Para una mejor comprensión de las siglas y tratamiento alternativo en caso de alergias, ver anexo.

4) **Isqum**

Hace referencia a la utilización de isquemia de extremidades en ciertos procedimientos quirúrgicos de Traumatología.

Esta técnica condiciona la indicación de tratamiento de profilaxis antibiótica según la duración del procedimiento quirúrgico y es por tanto información útil para la enfermera de Preanestesia.

PROTOCOLO de actuación de enfermería en Preanestesia

- **Identificación paciente**
  Comprobación en la hoja de programación quirúrgica, nombre y orden establecido (si no se ajusta / si no coincide, comentar con Supervisión o Anestesia).
- **Adjuntar Hoja de programación quirúrgica del paciente**
  Ref. Xisco, secretario en recepción
  si no está cumplimentada, abrir una
  en pacientes de CMA se encuentra dentro de la HC
  * registrar la hora de entrada en el control si se realiza anestesia en Preanestesia (ej. bloqueos) registrar también hora de inicio anestesia.
- **Colocar gorro y polainas**
- **Colocar electrodos ECG**
- **Revisión Historia Clínica**

1) Hoja de anestesia: patologías asociadas, existencia de posibles alergias, controles preoperatorios realizados o pendientes de realizar…

2) Revisar pruebas preoperatorias realizadas según ASA (*protocolo preoperatorio Anestesia*):
- analítica
- ECG
- placa de Tx

* registrar

3) Consentimiento informado de la IQ, firmado por el paciente, tutor o representante

4) si procede, reserva de sangre: comprobar que es portador de " pulsera" con el nº identif.
comprobar telefónicamente la reserva y nº de concentrados de hematies (lab. 7046)
* registrar

- **Toma de constantes vitales:**

TA, FC (si es necesario, monitorizar paciente), FR, valorar si es necesaria la Tª axilar.
* registrar

- **Instaurar venoclisis (ver *anexo de la Tabla de procedimientos quirúrgicos*)**

Abbocath nº 18
Excepciones:riesgo de sangrado (reserva de sangre) / hipovolemia -> Ab 16 oftalmología -> Ab 20 pediatría -> Ab 20 o 22

- **Iniciar sueroterapia**

adultos RL 500 + equipo + llave de 3 pasos con alargadera
* registrar
nota: cuando la anestesia de elección sea raquídea se procura prehidratar bien al paciente (administración de los primeros 500 cc aprox en preanestesia, antes de la entrada a quirófano).

Excepciones:
- Paciente diabético:
  según *protocolo paciente diabético* (3) debe llegar a preanestesia con perfusión de SG10% a 63 ml / h, al que añadiremos en " y" RL 500 + llave de 3 pasos.
  Es conveniente comprobar la hora y el resultado de la última glicemia, y la hora de la última administración de Insulina Rápida, así como registrarlo.
- Paciente pediátrico:
  SGS 100 o 250 ml + microgotero + dosiflow + llave de 3 pasos con alargadera
  ver *protocolo de pediatría* (4), el volumen (ml) del suero y la velocidad de infusión dependen del peso del niño y de las pérdidas previstas según la intervención.
- Especialidades de Oftalmología y ORL:
  equipo + llave de 3 pasos + alargadera universal + llave 3 pasos c/alarg
- Paciente de Urología RTU: SF 500, no Ringer.
- Paciente con insuficiencia renal (IR): SF 500, lento.
- Paciente con insuficiencia cardíaca (IC): STP lenta.

Figura 2.

Se especifica con una X.

5) **Via Ven**.

En esta columna se especifica el calibre de preferencia del catéter endovenoso y la zona de elección donde instauraremos la venoclisis.

En el anexo encontraremos información adicional acerca de las siglas utilizadas y pasos para la correcta elección de la zona de punción.

6) **Rva. Sgre**.

Se especificará con una X la posibilidad de que se haya cursado una reserva de sangre al paciente que vaya a ser sometido a este proceso quirúrgico.

La enfermera de Preanestesia deberá comprobar en este caso que se haya realizado y el nº de concentrados de hematíes en reserva.

Este apartado se detalla también en el anexo.

(Actualmente existe el *Protocolo de Reserva Preoperatoria de Hemoderivados* perteneciente al Servicio de Anestesia).

7) **Comentarios / anestesia**

Se reserva esta columna para información adicional y específica de cada proceso quirúrgico que pueda ser de utilidad en la preparación del paciente.

EVALUACIÓN

Elaboramos 2 modelos de **cuestionarios** dirigidos a:

- equipo enfermero del Área Quirúrgica
- equipo médico de Anestesia

Objetivos de la evaluación:

- objetivar resultados
- determinar los progresos alcanzados en materia de salud (paciente)
- disminuir los errores en decisiones y acciones
- rectificar la orientación del manual

Variables evaluadas

- el **antes** y el **después** de la existencia y puesta en funcionamiento del manual
  - qué carencias / necesidades existían antes del manual
  - qué ha contribuido a mejorar

REF	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	ATB	ISQUM	VIA VEN.	RVA.SGRE.	COMENTARIOS / anestesia
TRAUMA	politraumatizado	K		16 G - ND	x	Muy gral, comentar con anestesista
	traumatismo abierto	K		16G		si grado 3, ttº empírico, no profilaxis atb
	recambio protésico	K o K2		16 G	x	ref. prótesis actual
ESPALDA	artrodesis x laminectomía	K		16 G - ND	x	
	artrodesis x escoliosis	K		16 G - ND	x	
	hernia discal / discectomía	K		16 G - ND		Aunque no se coloque prótesis debe adm. Kurgan
	estenosis canal lumbar: descompr.	K		16 G - ND		
	rizolisis					CMA
CADERA y FEMUR	PTC = prótesis total cadera	K		16 G - HL	x	
	DHS	K		16 G - ND	x	
	Clavo Gamma	K		16 G - ND	x	
	Clavo intramedular MBA	K		16 G - ND	x	
	Grosse Kempf	K		16 G - ND	x	
	Prótesis Moore	K		16 G - ND	x	
	tornillos canulados	K		16 G - ND		
	cadera resorte: sección fascia later.					
RODILLA	rotura menisco - artroscopia	?	x	ND		Artroscopia diagnóstica (CMA) es dudoso que sea necesario realizar profilaxis, preguntar anestesista
	rotura ligamentos - artroscopia	K2	x	ND		LCA, prótesis (= HTH)
	meniscectomía abierta	K2	x	ND		
	PTR = prótesis total rodilla	K2	x	16 G - ND	x	
	cerclaje rótula	K2	x	ND		
TIBIA - PERONÉ	osteotomía tibial (Genu Varo)	K2	x	16 G - ND	x	
	fracturas -> osteosíntesis	K2	x	ND		
	fijadores externos	K2	x	ND		
	Grosse Kempf	K2	x	ND		
	clavo intramedular MBA	K2	x	ND		
HOMBRO	artroscopia	K		CL		
	fijación, suturada (ROC u otras)			CL		
	prótesis de hombro	K		16 G - CL	x	
	acromioplastia	K		CL		
CIRUGÍA						
HIGADO / V.BILIAR	hepatectomía parcial	K		16G - ND	x	
	colelitiasis: colecistectomía	K		16G - ND		
	c. laparoscópica	K		16G - ESI		Si cirujano Dr. X, ESD
	c. x laparotomía	K		16G - ND		
	(v. biliar) laparotomia exploratoria	K		16G - ND		
GASTRODUODEN.	pancreatitis	K		16 G - ND	x	
	ulcus postpilórico perforado: sutura	K		16G - ND		
	estenosis pilórica: gastrectomia sub	K		16G - ND	x	
	neo esófago: gastrostomía	K		16G - ND		
	fundoplicopexia = fundoplicatura	K		16G - ND		hernia de hiato - reflujo esofágico
	divertículectomía (Zenkel) (esófago)	K		16G - ND		
COLON - SIGMA	neo sigma - sigmoidectomía	*		16G - ESD	x	* el paciente se prepara (enemas + sol. Bohm) y se
RECTO	neo recto - resección ant	*		16G - ESD	x	premedica en planta: Flagyl + Tobra a las 7h
	neo colon - colectomía	*		16G - ND	x	deberemos comprobarlo, en caso negativo lo adminis-
	amputación abdomino-perineal	*		16G - ESD	x	traremos en pre
	pólipo colon - polipectomía	*		16G - ND	x	
	resección ileal	*		16G - ESD	x	
	cierre colostomía	*				
	resección endoanal via Kraske			16G - ND		
	rectocele - rectopexia abdominal					
	enterocele					
	colonoscopias			ESI		suele ser CMA
	oclusión intestinal	K2 + C		16G - ND		Cirugía de urgencias.
	perforación	K2 + C		16G - ND	x	Cirugía de urgencias.
	apendicectomía	M		ND		Cirugía de urgencias
PROCTO	fístula anal o perianal -> extirpación			ND		

Figura 3.

REF	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	ATB	ISQUM	VIA VEN.	RVA.SGRE.	COMENTARIOS / anestesia
	físt sacrococcígea -> fistulectomía anal			ND		
	fisura anal -> esfinterotomía			ND		
	hemorroidectomía			ND		
UROLOGÍA						
RIÑÓN	nefrectomía	K		HL - 16G	x	
	nefroureterectomía	K		HL - 16G	x	
	NPP (nefrostomía)	K		CL		nefrostomía percutánea
	ureteroscopia / cateterismo ureteral	G		ND		
	catéter doble J	G		ND		
VEJIGA	RTU por tumor vesical	G		ND -16G	x	Iniciar STP con SF, NO Ringer.
	BMV (biopsia múltiple vesical)	G		ND - 16G	x	Iniciar STP con SF, NO Ringer.
	cervicosuspensión	K		ND -16G		revisar si G, también acceso por zona perineal
	colpoperineoplastia	K		ND -16G		cistocele posthisterectomía
	cistolitotomía x litiasis vesical	G		ND - 16G		
	ureterocistotomía x litiasis	K		ND - 16G		
PRÓSTATA	RTU por adenoma de próstata	G		ND -16G	x	Iniciar STP con SF, NO Ringer.
	TCP (trigonocervicoprostatectomía)	G		ND -16G	x	Iniciar STP con SF, NO Ringer.
	adenomectomía retropúbica	K		ND -16G	x	HBP = hiperplasia benigna de próstata / Millin
TESTES	vasectomía			ND		suele ser CMA
	hidrocelectomía	K		ND		
	varicocelectomía	K		ND		
	espermatocelectomía			ND		
	TM testicular - orquiectomía I	K		ND		
	exéresis quiste epidídimo	K		ND		
PENE / URETRA	Nesbit (Enf. Peyrone)	K		ND		
	uretrotomía interna	G		ND		Sachsse - puede ser CMA
	fimosis			ND		suele ser CMA
	exéresis quiste uretral (en mujeres)	G		ND -16G	x	es cirugía abierta pero en zona periné, por tanto G
GINECOLOGIA						
laparoscopia x	quiste ovárico	K		ND (*)		(*) siempre riesgo laparotomía, 16G si acceso fácil
	embarazo ectópico	K		16G - ND	x	
(como	quiste hemogénico	K		ND (*)		
procedimiento	sospecha patología anexial	K		ND (*)		
quirúrgico)	ligadura de trompas (LT)			ND		
	las laparoscopias diagnósticas son poco agresivas y de corta duración, normalmente CMA, y no llevan profilaxis atb.					
laparotomía x	neo ovario	K		ND -16G	x	
	quiste hemorrágico ovario	K		ND -16G		
	histerectomía	K		ND -16G	x	(útero miomatoso, útero hipertrófico, neo...)
	histerectomía vaginal	K		ND -16G	x	
	masa pélvica	K		ND - 16G	x	
histeroscopia	biopsia			ND		
otros	legrado			18 o 16G - ND		
	ligadura trompas (LT)			ND		
	insuficiencia cervical - cerclaje					
	conización (carcinoma cérvix)			ND		suele ser CMA
	endotermoablación (cavaterm)			ND		suele ser CMA
	hemostasia (foliculo ovár.hemorrág)			ND		suele ser CMA
	quiste Bartholino			ND		suele ser CMA
	LBF x metrorragias			ND		
	insuficiencia cervical -> cerclaje			ND		
	condilomas, exéresis			ND		suele ser CMA
	papiloma ductal					
mamas	carc.mama: mastectomía +	K		CL - 16 G		No utilizar brazo homolateral para nada.
	linfadenectomía	K		CL - 16 G		
	madden	K		CL - 16 G		

ANEXO
Tabla de Procedimientos quirúrgicos

VIA VENOSA
Primará siempre la COMODIDAD del paciente:
Si es posible canalizaremos vía en el antebrazo no dominante para favorecer el confort en el paciente, excepto en los casos en que la posición del mismo en la mesa de quirófano o el campo quirúrgico determinen un lado de preferencia (homo o contralateral) (especificado en el apartado vía venosa de la tabla). En cualquier caso, la vena de elección será siempre la que intuyamos de más fácil acceso, con preferencia de distal a proximal, evitando a ser posible venas de la flexura.

HL Homolateral.
En el brazo del hemicuerpo donde se realiza la intervención
CL Contralateral.
En el brazo contrario al hemicuerpo donde se realiza la intervención
ND No dominante.
Brazo no dominante

Excepción: En los pacientes en los que se prevea la retirada de la sueroterapia y venoclisis en el plazo de unas horas, (intervenciones tipo CMA, anestesia de corta duración), podemos canalizar vía en venas de flexura, menos dolorosas a la punción y a la administración de medicación, siempre que sean de fácil acceso.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA
Revisaremos la HC para informarnos si el paciente está bajo tt° atb, en cuyo caso seguiremos la pauta del mismo, previa consulta con el anestesista.
Si el paciente no está recibiendo tt° atb administraremos la profilaxis atb según corresponda.
Ref Protocolo profilaxis Antibiótica ANR (2).
Se especifica en la columna **ATB** con las siguientes **siglas**:

K **Kurgan 1 g (cefazolina 1 g)**
K2 **Kurgan 2 g (cefazolina 2 g)**
M **Mefoxitin 2 g (cefoxitina 2 g)**
F **Flagyl (metronidazol 500), ahora también Amotein**
G **Gentamicina 80**
C **Clindamicina 600**
V **Vancomicina 1 g**

En cualquier caso debemos recordar que si el paciente es alérgico a la Penicilina, no administraremos Kurgan sino:
en CIR, URO y GIN: Gentamicina 80 + Clindamicina 600
en COT: Vancomicina 1 g (que diluiremos en 250 cc SF)

Las personas alérgicas a la Penicilina pueden presentar a veces reacciones de intolerancia o de alergias cruzadas frente a las cefalosporinas en general (cefazolina, cefoxitina etc). Siendo el Mefoxitin antibiótico de elección en las amputaciones y apendicitis, consultaremos al anestesista en caso de alergia a la penicilina.

Figura 4.

- La **aceptación** del manual, su utilidad y manejo.
- La **adecuación** de su contenido a las necesidades de nuestro servicio.
- **Beneficios** en relación al trabajo consensuado entre equipo médico y enfermero.

los resultados de la aceptación, adecuación y beneficios para el personal fueron satisfactorios (99-100%).

RESULTADOS

- Mejora de la calidad de los cuidados
- Optimización de los recursos y mejora de los tiempos de espera en Preanestesia
- Aumento de la satisfacción del personal de enfermería de Preanestesia
- Facilidad para la integración de nuevos enfermeros a nuestro equipo garantizando un apoyo escrito en cuanto a líneas de actuación.
- Posibilidad de evaluación de nuestro trabajo.

CONCLUSIONES

La existencia del *Manual de Cuidados de Enfermería en Preanestesia* elaborado a partir de una unificación de criterios entre el equipo enfermero y el equipo médico de anestesia ha contribuido a: mejorar la calidad de los cuidados de enfermería, consiguiendo una preparación adecuada del paciente quirúrgico, optimizando tiempo y recursos; y a aumentar el grado de satisfacción del personal de enfermería de Preanestesia.

El *Manual de Cuidados de Enfermería en Preanestesia* ha colaborado en la estandarización del proceso quirúrgico contribuyendo en la evaluación continuada de los cuidados de enfermería.

Agradecemos a la Dra. Caterina Ramon (Coordinadora del Área Quirúrgica de la FHM) la revisión del manuscrito.

* Enfermera del Equipo Preanestesia / Reanimación del Área Quirúrgica de la FHM.

** Enfermero de Quirófano del Área Quirúrgica de la FHM.

Cuidadores de Enfermos

Gómez Guillermo María Dolores
Enfermera asistencial de la U.R.P.A. del Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia 2000.

Jiménez Cortés Alfonso
Enfermera asistencial de la U.R.P.A. del Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia 2000.

Pueden llamarnos A.T.S., D.U.E o enfermeros, pueden incluso atribuirnos el apelativo de "casi médicos" pero lo cierto es que, desde cualquier punto de vista y desde que el mundo es mundo, lo que realmente somos es cuidadores de enfermos.

La denominación puede gustarnos más o menos, el título nos puede parecer o no atrayente pero lo que no podemos negar ni repudiar es nuestro origen y la base de nuestro quehacer diario.

Los términos de cuidados de enfermería y cuidar han sido usados por las enfermeras durante más de un siglo. Leininger dice: "el cuidado es la esencia y el dominio central, unificante y dominante que caracteriza a la enfermería: es una necesidad esencial humana para el total desarrollo, mantenimiento de la salud y supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo... aunque el cuidado no ha recibido el mismo grado de atención por los profesionales y el público como la curación.

Cuidar no es la actitud del fuerte frente al débil, cuidar es algo que se da entre iguales. La palabra inglesa "care" (cuidar) tiene su raíz en el término godo "Kara", que significa afligirse, sufrir, gritar de dolor, aquel que realmente cuida debe unirse a la otra persona en su sufrimiento. A veces, muy importante, es lo único que se puede hacer: cuidar es asistir.

Florence Nightingale definió la enfermería hace unos cien años como "la actuación sobre el entorno del paciente para ayudarle en su recuperación" según ella, un ambiente limpio, ventilado y tranquilo era fundamental para recuperar la salud. Considerada como la primera enfermera teórica, Nightingale elevó la enfermería al

status de profesión. Anteriormente se las consideraba como expertas amas de llaves y no como personas dedicadas al CUIDADO de los pacientes.

El rol de cuido/consuelo de la enfermera tradicionalmente ha incluido las actividades que protegen la dignidad del individuo y aquellas a las que a menudo se conoce en enfermería como "acciones maternales". Sin embargo los cuidados incluyen conocimiento y sensibilidad hacia lo que es importante para los clientes. El rol de cuidado es difícil de definir aisladamente. Es el rol de las relaciones humanas. La meta fundamental de la enfermera en este rol es transmitir comprensión sobre qué es lo importante y dar apoyo. La enfermera apoya al cliente por medio de actitudes y acciones que muestran interés por su bienestar y su aceptación como persona, no meramente como un ser mecánico.

Mayeroff habla de 8 componentes básicos a desarrollar para disponer de la capacidad de cuidar: conocimiento, alternancia del ritmo (es decir, el cuidado se lleva a cabo entre un *continuum*, entre experiencia pasadas y situación presente, entre la atención concreta y pormenorizada y la atención global), paciencia, honestidad, confianza, humildad, esperanza y coraje.

Cuidar y ayudar nunca se refieren a algo neutral, siempre están circunscritos en una relación entre personas.

Esta relación terapéutica enfermera - paciente debe basarse en la empatía y no en la simpatía, debemos sentir o padecer como el otro y no con el otro, de forma que podamos entenderlo sin necesidad de atraparnos en la situación del enfermo.

Con el paso del tiempo, con el avance de la ciencia y la tecnología, nuestro trabajo se deshumaniza, pierde el encanto que un día nos hizo ser enfermeros. En nuestro querer avanzar, en el afán de intentar ser más y especializar nuestras acciones hemos

ido dejando a un lado todo aquello que nos identifica.

Nos hemos convertido en ese grupo humano con una profesión en la que el objetivo es el cuidado, pero que ha evolucionado del uso de los medios que la naturaleza prestaba para el bien del paciente hacia unas actividades cada vez más tecnificadas que es fundamental saber realizar aunque sea sin mirar a los ojos del paciente

Es triste comprobar que estamos perdiendo los valores en nuestra profesión. Los enfermeros de hoy sentimos vergüenza de expresar sentimientos de amor, comprensión e incluso compasión hacia nuestros enfermos sin darnos cuenta que es eso realmente lo que nos hace ser especiales, lo que nos identifica.

Es posible que con el tiempo sean capaces de desarrollar una máquina perfecta capaz de canalizar vías, colocar sondas o extraer analíticas. Una enfermera ejemplar que no genere bajas laborales y no proteste a los facultativos, una enfermera más barata. Pero jamás podrán crear una enfermera mecánica capaz de sentir empatía, respeto o amor hacia los enfermos, capaz de escuchar o de sonreír, capaz de cuidar integralmente.

Si los enfermeros somos profesionales del cuidado seremos eternos por insustituibles.

Que nadie clame al Cielo ni se rasgue las vestiduras. No he venido aquí en defensa de la mojigatería ni a formar misioneros. Que quede claro que no estoy en contra de la investigación y el desarrollo de la Enfermería tan sólo me opondré al avance si con ello potenciamos el dejar de ser lo que somos: cuidadores de enfermos.

Benner y Wrubel plantean que el cuidado es el centro de la práctica efectiva de la enfermería... la enfermería no se puede reducir a mera técnica y conocimientos científicos, porque el humor, la ira, "el amor duro", la administración de medicamentos y hasta la enseñanza al cliente tienen diferentes efectos en un contexto cuidado que en otro que no lo es". El afecto es básico en la mayoría de las actuaciones de enfermería y un atributo esencial de la enfermera experta.

La profesión de enfermería ha evolucionado durante siglos. El rol clásico de la enfermería fue el cuidado humano, tutela, consuelo y apoyo. A todos estos hay que añadirles las características propias del verda-

dero profesionalismo, incluida la educación, un código ético, un dominio del oficio, una persona informada e involucrada en la profesión y responsable de sus actos.

Si tomamos como modelo para nuestro trabajo diario el de Virginia Henderson, muy extendido por nuestros hospitales, nos encontramos con que el papel del enfermero es complementario – suplementario; consiste en suplir lo que al paciente le falta para hacerlo completo, total e independiente. La enfermera es, por tanto, temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor a la vida para el suicida, la pierna del amputado, los ojos del invidente, un medio de locomoción para el niño y el conocimiento y confianza para la madre joven.

También nos encontramos con que los problemas con los que debemos enfrentarnos a la hora de cubrir las necesidades del paciente están relacionados con la escasez de conocimientos, voluntad o fuerza del propio enfermo.

Si extrapolamos estos problemas a nuestra profesión y nos paramos a reflexionar quizá descubramos el origen de nuestras propias limitaciones.

Conocimientos no nos faltan. No hace falta recordar que somos diplomados universitarios y probablemente muy pronto seamos licenciados.

Quisiera poder afirmar, sin miedo a equivocarme, que no es voluntad el principal problema que nos ataca.

Nos queda por tanto la fuerza. Seguramente alguno de vosotros se estará preguntando: " ¿De dónde querrá ésta que saque fuerzas para ser humano cuando me paso las horas de trabajo corriendo de enfermo a enfermo, administrando medicación, cogiendo vías y rellenando papeles?" . " ¿Cómo se puede ser humano cuando el estrés es insufrible y las cargas de trabajo nos ahogan?" . " ¿De qué forma puedo añadir la humanidad a mi trabajo diario?" . " ¡Ah!, ya sé, podemos integrar un protocolo de actuación, muy de moda actualmente, de cómo ser humano con nuestros pacientes" .

No es necesario llegar a estos extremos. Los enfermeros de hoy, gracias a nuestra formación, somos capaces de pinchar, sondar y curar y, por el solo hecho de ser personas somos capaces de escuchar, comprender y sentir, en conjunto estamos en disponibilidad de CUIDAR. No debemos separar nunca estos dones que poseemos en el desarrollo de nuestro quehacer diario. Que los avances tecnológicos, que la búsqueda de nuevas metas no nos separe nunca del ser humano que llevamos dentro. En definitiva, no debemos olvidar nunca que cualquier día podemos ser nosotros los que estemos " al otro lado" demandando cuidados.

Me gustaría terminar con unas palabras de la doctora Kubler-Ross de su libro La rueda de la vida: " el conocimiento va muy bien, pero el conocimiento solo no va a sanar a nadie; si no se usa la cabeza, el alma y el corazón, no se puede contribuir a sanar ni a un solo ser humano" .

BIBLIOGRAFIA

1. NOVOA JURADO A. Libro de comunicaciones XVI jornadas nacionales de enfermería en traumatología y cirugía ortopédica. Conferencia inaugural " Bioética y Enfermería" . MURCIA 2000. pp.15-28.
2. MARRINER A. " Modelos y teorías de enfermería" . Barcelona. EDICIONES ROL. 1989. pp.53-78
3. KOZIER. " Enfermería profesional" . Madrid. Mc.Graw – Hill. 1994. Vol. I pp 1-4, 9, 15.
4. Temario especifico ATS / DUE de las instituciones sanitarias del Insalud. Sevilla. MAD. 1999. Vol.1.
5. DONAHUE P. Historia de la enfermería. DOYMA.1995.
6. CORMELLES J.M. " Cuidar y curar. Bases para una historia antropológica de la enfermería hospitalaria" . REVISTA DE ENFERMERIA ROL. 1992. Nº172. pp. 35-41.
7. MARTINEZ HERNAEZ A. " Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico de la asistencia sanitaria" . REVISTA DE ENFERMERIA ROL.1992. Nº172. pp. 61-67.
8. KÜBLER-ROSS E. " La rueda de la vida" Barcelona. EDICIONES B. 2000. pp.156

XIV Congreso Nacional

de la Asociación de Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor

OVIEDO 1, 2, 3 y 4 de Noviempre de 2000. Auditorio Príncipe Felipe

Se ha celebrado en Oviedo durante los días 1, 2, 3 y 4 de Noviembre de 2000, en el Auditorio Príncipe Felipe, el **XIV CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR**, declarado a su vez en Interés Científico y Sanitario.

Organizado por las Unidades de Cuidados Críticos, Despertar y Quirófanos del Hospital Central de Asturias en Oviedo, aceptando la Presidencia de Honor a S. M. la Reina.

Participando y colaborando en el mismo todas las Entidades Colaboradoras. (casas comerciales).

Tanto la parte Científica como la parte Lúdica ha resultado todo un éxito. Gracias a la colaboración y asistencia de todos los Congresistas que han hecho posible que esto llevase a buen término. Esperamos sepáis disculpar todas aquellas situaciones anómalas que nunca fue de nuestro interés que ocurriesen, causando algún desaire y disgusto. Una vez más rogamos vuestras disculpas.

Que podamos seguir luchando desde la Enfermería para que nuestro interés en seguir adquiriendo más conocimientos científicos vaya cada año en aumento.

Desear a Bilbao el mayor éxito posible para la Celebración del XV Congreso.

Dar las gracias de forma especial a la Junta Directiva que desde el comienzo nos ha ayudado y solventando todas las dudas (muchas) que nos ha resuelto y por los ánimos que desde el principio nos dieron para poder seguir adelante.

En nombre de toda Junta Directiva: tanto del Comité Científico como el Comité Organizador.

Oviedo a 15 de diciembre de 2000

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

Durante los días 15 y 16 de Junio, se celebraron las IX Jornadas de Enfermería de la Comunidad Valenciana en Anestesia, Reanimación y Terapia de Dolor, organizadas por ASECVAR y cuya sede tuvo lugar en el recién inaugurado Hospital de La Plana de Villarreal (Castellón).

Dichas Jornadas contaron con la presencia de gran número de profesionales, superando a las ediciones anteriores tanto en la cantidad de trabajos presentados como en la calidad de los mismos.

Destacamos la difícil selección llevada a cabo por parte del Comité Científico, cuya Presidenta Dña. Mª Dolores Magro Tena supo coordinar perfectamente, otorgando los siguientes premios:

Premio a la mejor Comunicación: " Utilización de superficies especiales para el manejo de la presión en la prevención y tratamiento de úlceras por presión en pacientes de Cuidados Intensivos". Autores: J. E. Torra y J.Rueda. Unitat Interdisciplinar de Ferides Cròniques. Consorci de Terrasa. Otorgado por ASEEDAR-TD de

mano de su Presidenta Dña. Mª Victoria Dato.

Premio al mejor Póster:" Revisión de las diferentes vías utilizadas en el tratamiento del dolor". Autores M. C. Zafra, J. V. Llanes, A. Suey. Hospital de La Ribera de Alzira. Otorgado por ASECVAR de mano de su Presidenta Dña. Mª. Asunción Martínez.Premio a la mejor comunicación de estudiantes de tercer curso (cuyas practicas se realizan en nuestras unidades): " Anestesia combinada espinal-epidural". Autores: M. V. Alvarez, A. Abril, M. A. Daras. E.U.E. Ntra. Sra. Sagrado Corazón. Castellón. Otorgado por el Ilustre Colegio de Enfermería de Castellón de la mano de su Vicepresidente D. Francisco Pareja.

En el transcurso de las Jornadas se llevó a cabo una Mesa Debate bajo el título:" LA EUTANASIA". Dicha Mesa estuvo moderada por D. F. Pareja, miembro del Comité Organizador e integrada por los siguientes miembros: Dr. D. Ricardo Abizanda i Campos Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General de Castellón Master Universitario en Bioética. D. Rafael Ballester Arnal. Prof.Titular de Psicología Básica.Dpto. de Psicología Básica Clínica y Psicobiologia. Universidad Jaime I. Castellón. D. Jerónimo Canós Martí. Abogado. Asesor Jurídicos del Colegio de Enfermería de Castellón. D. José María Marín Sevilla. Sacerdote.

Se entabló un animado debate sobre tan controvertido, actual y discutido tema, que resultó, a la vez que ameno, clarificador. La clausura corrió a cargo de la Directora de Enfermería del Hospital de La Plana Dña. Carmen Amer Soler. Sin más , agradecer a todas las personas, entidades públicas y privadas,

Secretaría Técnica, Comité Científico y Organizador que con su esfuerzo y participación han hecho posible el éxito de las IX Jornadas. Os animo a participar en las X que se celebrarán en Alicante, los días 7 y 8 de Junio de 2002 en la Clínica Vistahermosa-ASISA.

Dña. Mª. Asunción Martínez Juárez
Presidenta de ASECVAR

Factores asociados a la Sepsis por Catéter tras la implantación de un protocolo de manipulación

N. Bisbe Company
C. Fuentes Pumarola[1]
A. Galvany Ferrer
A. Picart Nogue

DUE asistencial
[1]Supervisora UCI
Servicio de Medicina Intensiva.
Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta

Para conocer la incidencia de Sepsis por Catéter y los factores asociados se implantó en nuestra UCI un protocolo de manipulación por parte de un equipo multidisciplinar y se realizó un estudio prospectivo durante 17 meses, en el que se incluyó a los enfermos de nuestra unidad con previsión de estancia de 3 ó más días a los que se insertó un catéter multi-lumen por vía subclavia o yugular. Se recogieron datos epidemiológicos, grupo patológico, SAPS y TISS, utilización de antibióticos, número de luces, lugar de inserción, uso del catéter (Nutrición parenteral total, extracciones sanguineas), entre otros. A la retirada del catéter se realizó cultivo de la punta (técnica de Maki), frotis cutáneo y 2 hemocultivos.

Todos los cateteres se asignaron aleatoriamente y se usaron dos tipos de conexiones diferentes: sistema Luer-Lock de tres pasos y sistema multipaso de válvula sin tapón (Smartsite"). El estrecho cumplimiento del protocolo permitió tener una baja incidencia de sepsis por catéter, disminuyendo el papel de algunos factores de riesgo. El uso del sistema multivalvulas se comportó como protector frente a la sepsis por catéter.

INTRODUCCIÓN

Los enfermos de las unidades de cuidados intensivos presentan un mayor riesgo de desarrollar infecciones nosocomiales dada su gravedad y la necesidad de medidas invasivas para su monitorización y tratamiento. La inserción de catéteres venosos centrales (CVC) ha permitido una mejor monitorización de los enfermos, un acceso más estable y seguro para la administración de tratamientos endovenosos prolongados y asegurar también el aporte nutricional en los enfermos con intolerancia a la vía enteral. A pesar de la gran utilidad de este procedimiento hay que tener en cuenta que comporta una serie de complicaciones, una de las más frecuentes es la sepsis secundaria a la infección del catéter venoso central (CVC) y es la causa mas importante de bacteriemia nosocomial. En consecuencia esto comporta un aumento de la morbi-mortalidad de los enfermos y del gasto sanitario.Dentro de las medidas que permitirían reducir la incidencia de bacteriemia relacionada con los catéteres venosos centrales (BRC) se le ha atribuido una importancia fundamental al establecimiento de un protocolo de inserción y manipulación.

Diversos estudios publicados en el año 2000 por Sherertz et al. y Eggimann et al. demuestran que la incidencia de BRC disminuye significativamente tras la implantación de un protocolo de inserción y manipulación (tabla I)

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es conocer y minimizar la incidencia de las infecciones nosocomiales relacionadas con los catéteres venosos centrales en la UCI y los factores asociados a su aparición tras la instauración de un PROTOCOLO DE INSERCION, MANTENIMIENTO Y MANIPULACION.

MUESTRA Y MÉTODO

Se elaboró un protocolo para la colocación, mantenimiento y manipulación de los CVC por parte de un equipo multidisciplinar siguiendo las recomendaciones tipo I y II de las " Guías para la prevención de infecciones en los catéteres intravasculares" de la CDC (Center Dissase Control).

Los puntos básicos de nuestro protocolo son los siguientes:

- Estricto cumplimiento de las precauciones barrera.
- El cambio y montaje de equipos conexiones y alargaderas se realizó cada 72 h de forma estéril y se rotularon con la fecha.
- Las jeringas de las bombas se cambiaron cada 24h cambiando la aguja en cada recarga y una vez cargadas se protegían con una talla estéril.
- Las botellas de infusión de drogas vasoactivas de reserva se dejaron tapadas con una gasa estéril y se desinfectaron con alcohol de 70º y se desecharon a las 24h de su preparación.
- Los equipos utilizados son sin el sistema en " Y" . No se realizaron desconexiones y si era preciso purgarlos se realizaba por sistema cerrado (vasos comunicantes).
- En las ocasiones que se requería extracción o administración de sangre era preciso realizar un buen lavado posterior de la conexión.
- El punto de inserción se revisó a las 6 h de la colocación de la vía. Posteriormente se cambiaba el apósito cada 72h o cuando fuera preciso. El apósito era poroso y de gasa.
- Siempre se protegieron las conexiones entre la alargadera y catéter con povidona yodada y gasa estéril. El resto de los sistemas con una talla .

El estudio fue prospectivo en cuanto a la aplicación del PROTOCOLO y comparativo entre dos sistemas de conexión durante 17 meses en una UCI de un hospital Universitario de 420 camas. La unidad de cuidados intensivos en la cual elaboramos el protocolo es polivalente y consta de 12 camas. Tiene una media de ingresos anual de 500 enfermos con índices de gravedad de APACHE II 16, SAPS II 34 y TISS 32.

Se incluyeron en el estudio todos aquellos pacientes a los que se les colocó, en nuestra unidad, un catéter venoso central MULTILUMEN por vía subclavia o yugular, con una previsión de estancia de tres o más días. Todos los catéteres fueron asignados aleatoriamente a uno de los dos grupos de intervención, siendo el **grupo control** el sistema de conexión no desinfectable utilizado habitualmente (llave de tres pasos) y el **grupo estudio** en un sistema de conexión desinfectable (Smartsite").

Los catéteres fueron retirados por sospecha de infección, finalización del tratamiento, exitus o alta del paciente, procediéndose al cultivo semicuantitativo (SQ)de la punta del catéter según la técnica descrita por Maki, cultivo cualitativo(Q) en liquido de la punta del catéter, frotis del punto de inserción y dos hemocultivos periféricos. Se definió catéter colonizado ante la presencia de mas de 15 unidades formadoras de colonias en el cultivo SQ y BRC la combinación hemocultivos positivos y catéter colonizado por el mismo microorganismo en un paciente con cuadro clínico compatible y en ausencia de foco previo.

Se recogieron datos epidemiológicos (sexo, edad), escalas de gravedad al ingreso (SAPS) (TISS), diagnóstico (medico, qui-

TABLA I

AUTOR	TIPOS U.C.I	AÑO	BRC/1000 DIES DE C.V.C.
LEGRAS ET AL	polivalente	1995	4,8
SHERERTZ ET AL	polivalente	1997	2,4
FINKELSTEIN ET AL	polivalente	1998	12,0
EGGIMANN ET AL	medica	1997	2,3

TABLA II. Evolución de los Pacientes y Catéteres.

SISTEMA DESINFECTABLE	SISTEMA NO DESINFECTABLE
ESTANCIA UCI: 19,9 ± 1,9	ESTANCIA UCI: 19,8 ± 1,8
DIAS DE CATÉTER: 9,8 ±6,1	DIAS DE CATÉTER: 10,1 ± 6,1
Nº EXTRACCIONES: 7,7 ±5,6	Nº EXTRACCIONES: 7,8 ± 5,8
RETIRADA SOSPECHA: 23%	RETIRADA SOSPECHA: 21,9%

rúrgico o traumático) y características del catéter y su manipulación (vía de inserción, nº de luces, NPT, nº de extracciones sanguíneas, y días de inserción).

Para el estudio de la homogeneidad de los dos grupos de estudio se compararon sus principales características mediante la prueba de la Chi al cuadrado para aquellas variables categóricas y mediante la prueba t-Student para las variables cuantitativas. Se tomó como significativa una $p< 0,05$.

RESULTADOS

Doscientos setenta y ocho catéteres, insertados en 243 enfermos, cumplieron con los criterios de selección establecidos y fueron aleatorizados a uno de los dos grupos de estudio.

El 32,7% (91) correspondían a pacientes médicos, el 36,3% (101) a pacientes quirúrgicos y el 31% (86) a pacientes traumáticos.

La estancia media en UCI fue de unos 19 días con un mínimo de 3 días y un máximo de 79. El número de extracciones sanguíneas en ambos grupos fue de 7.

El 22,6% fueron retirados por sospecha de infección.

La duración media de los catéteres fue de unos 10 días siendo el 53,6% de los catéteres de 2 luces y el resto de 3 luces (46,4%). El 83% de los catéteres fueron colocados por vía subclavia y el 17% por vía yugular. El 29% se utilizaron para NPT .(Tabla II)

Solo se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de conexión y la presencia de BRC. En total, se diagnosticaron 8 BRC, de las cuales 1 ocurrió en el grupo estudio, con una tasa de incidencia de 0,7 BRC/1000 días de catéter, y 7 en el grupo control, con una tasa de incidencia de 5 BRC/1000 días de catéter, siendo una $p= 0,03$.

CONCLUSIONES

Con la instauración, el estricto cumplimiento del protocolo y el uso del sistema cerrado de válvulas desinfectables (Smartsite") obtuvimos, en nuestra UCI, una baja incidencia de BRC/1000 días de catéter.

BIBLIOGRAFIA

1. Pearson ML. Guideline for prevention of intravascular-decive-related infections. Hospital Infection Control Practices Advisory Comitee. Infect Control Hosp Epidemiol 1996;17:438-473
2. Pittet D, Mourouga P, Perneger TV and the Members of the Infectious Control Programe. Compliance with handwashing in a teaching hospital. Ann Intern Med 199;13:125-130.
3. Edited by J.- L.Vincent. Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine. 2001.

Agradecemos su colaboración con la revista a las casas comerciales implícitas en ella y al Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

VI Congreso Mundial de Enfermería de anestesia

Chicago, agosto 2000

REUNIÓN DEL COMITÉ NACIONAL DE REPRESENTANTES DEL IFNA

Durante los días 3 y 4 de agosto de 2000 y previo a la realización de Congreso Mundial de Enfermería de Anestesia, nos reunimos todos los Representantes Nacionales con el Comité Ejecutivo, exceptuando los representantes Nacionales de Países menos desarrollados que no pudieron asistir por problemas de índole económico.

Allí estuvimos representantes de Francia, Suiza, Alemania, Finlandia, Austria, Croacia, Dinamarca, Ghana, Gran Bretaña, Hungría, Islandia, Costa Ivory, Jamaica, Suecia, Holanda, Nigeria, Noruega, Polonia, España, Taiwan y Estados Unidos de América.

Todos presentamos nuestros informes, con una gran diversidad de situaciones, desde la preocupación por la reducción del programa de su especialidad, a 12 meses, como es el caso de Suecia, a la situación de Gran Bretaña que la práctica de la enfermera anestesista es ya un hecho consolidado que va a dar lugar a la creación de una especialidad, aunque con los anestesiólogos en contra. Otra gran mayoría de países basaban su informe en datos sobre la acreditación en los hospitales y programas educativos. Los países africanos presentes, reiteraron su petición de ayuda para poder trabajar en mejores condiciones. Su presencia en estos foros nos sirve de reflexión y una vez más deberíamos sentirnos culpables del derroche de recursos materiales que utilizamos en nuestros hospitales.

Se aprobó el acta de la reunión anterior que tuvo lugar en Rasperwill (Suiza) en el año 1998.

Se aprobaron los presupuestos y se revisaron los estatutos, se modificó la definición de enfermera anestesista: *"Una enfermera anestesista es una persona que ha finalizado una educación de enfermería y una educación formal y/o buscando una educación formal en enfermería anestésica y que esté cualificada y autorizada para practicar la enfermería anestésica en su país".*

Hubo elecciones de todo el Comité Ejecutivo (se celebran cada dos años), siendo curiosamente España país miembro seleccionado para la elección de dicho Comité (los votos fueron enviados previamente por correo), antes de la votación de todos los asistentes, pedí que se retirara mi nombre, por razones obvias, al idioma y económicas, ASEEDAR-TD no puede financiar las múltiples reuniones de dicho Comité.

También se aprobó por unanimidad un aumento de las cuotas, que a ASEEDAR-TD le supone un pago de 11.250 ptas. anuales, por pertenencia al IFNA.

Por último, se discutió un documento que salió publicado en la Revista Europea de Anestesiología, referente a " ¿Quién debe proveer anestesia?" , llegando a manifestar su acuerdo la mayoría de asistentes, a las conclusiones del estudio que dice literalmente:

"El hecho, que partes de la anestesia puedan cederse o no, depende entre otras cosas, de las características del paciente, tipo de cirugía, tipo de procedimiento anestésico y del nivel del anestesista "no médico", así como de las normas de colaboración con el anestesiólogo, en el que se mantiene la responsabilidad. En la mayoría de los servicios de anestesia, este tipo de cesión de poderes a personal menos cualificado es práctica común. Mientras la cesión no implique una reducción demostrable de la calidad de los cuidados, no habrá argumentos razonables contra ella".

Los días posteriores fueron los del Congreso Mundial, un congreso muy americano con discurso de bienvenida mediante videoconferencia del mismísimo Presidente de los EEUU, Bill Clinton, desfile de banderas con los representantes de cada País, con su Himno Nacional. Hubo una asistencia de 3.929 personas, 416 exhibitores comerciales, donde se mezclaban marcas comerciales, con stands de numerosos hospitales que acudían para

darse a conocer y a contratar directamente a los profesionales de anestesia, stands de diferentes religiones para atraer y hacer nuevos fieles, etc... curioso y sorprendente, sobre todo después de haber asistido a otros Congresos Mundiales en París y Viena, éste como digo es sorprendente.

Aunque en todos los Congresos Mundiales ha habido un denominador común para los españoles : problemas con la traducción simultánea. En Viena sí que hubo traducción al español sólo en las sesiones plenarias, en Chicago brilló por su ausencia, aunque en el programa sí que hacia referencia, una vez allí nos dijeron que el elevado coste que suponía y la poca presencia de españoles (11), les había hecho desistir de su propósito. Sólo en las sesiones donde expusimos nuestros trabajos, junto con Alemania y Austria, pudimos tener traducción simultánea.

Sí que les transmití que si no se solucionaba el tema era muy difícil que en Helsinki donde se realizará el próximo Congreso Mundial en el 2002, haya presencia alguna de españoles.

Los temas lógicamente trataban de aspectos clínicos en la anestesia, dificultades en la anestesia en diferentes situaciones, con talleres prácticos, acreditaciones y enfoques de calidad, etc...

España tuvo un alto índice de participación con cuatro trabajos expuestos durante el Congreso: " Resumen histórico de la recuperación de la anestesia, administrada por enfermeros/as en España, desde 1938 al presente " de Beatriz Arguello Agúndez.

" Temblor postoperatorio y el uso de clorhidato de petidina " de Manuel Pérez.

" Efectos deletéreos de la anestesia regional y general sobre la función cognitiva " de Ana Mª Contin Anderiz y el video " Sueños para despertar " presentado por Antonia Castro.33

A destacar un hecho de generosidad, durante la celebración del Congreso, se realizó una fiesta benéfica, donde los beneficios de la misma, así como los donativos de los asistentes iban destinados a una ONG. Bonito detalle. Tomamos nota.

Antonia Castro
Coordinadora de ASEEDAR-TD

NUESTRA ESPECIALIDAD

Antonia Castro. *Coordinadora de ASEEDAR-TD*

Durante este último año han sucedido tantas cosas y a la vez tan contradictorias entre sí, que espero poder plasmar la realidad de lo sucedido sin dejarme llevar por mi situación anímica con respecto a la especialidad de enfermería de Cuidados Especiales.

NOS VUELVEN A RECIBIR EN EL MINISTERIO DE SANIDAD

Iniciamos el año bien, la Ministra Dña. Celia Villalobos, contesta a nuestra petición de entrevista y el día 10 de enero fuimos recibidas en su nombre, Victoria Dato como Presidenta de ASEEDAR-TD y yo misma, por D. Julio Sánchez Fierro, Subsecretario del Ministerio de Sanidad, Dña. Carmen Navarro y Dña. Emilia Sánchez Chamorro, Directora y Subdirectora del Departamento de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios, respectivamente. Los temas tratados fueron: situación legal y jurídica de las enfermeras de anestesia en cuánto al ejercicio profesional y las normas de reglamentación jurídica actualmente vigente y totalmente obsoletas, por carecer de una legislación actualizada y reglamentada de la enfermería de anestesia, y que surgen en una sentencia a favor de una comadrona del Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (Madrid, julio de 1999), donde se pone de manifiesto que el anestesiólogo no puede delegar " *los actos profesionales de preparación administración y vigilancia de la anestesia durante el parto*" al personal de enfermería, ni matronas, " *actos que requieren una capacitación profesional de la que adolecen los colectivos anteriormente descritos*" .
Ante esta cuestión, nos transmitieron tranquilidad al respecto y acordaron que era una sentencia aislada, que sí creaba jurisprudencia con respecto a las matronas, pero que en absoluto afectaba, o podía repercutir en los profesionales de enfermería y que como Administración Sanitaria eran conscientes que el ámbito del ejercicio profesional que define la ley suele ser más restringido que la capacidad de acción de las enfermeras/os.

LA ESPECIALIDAD SALE ESTE AÑO

Nuestra satisfacción fue plena cuando llegamos al tema de las especialidades. Nos comunicaron que la especialidad de enfermería de Cuidados Especiales vería la luz durante este año 2001. Ante tal sorprendente noticia, invitamos en ese mismo instante a Dña. Emilia Sánchez Chamorro a dar la buena nueva durante el transcurso de nuestro XV Congreso Nacional en Bilbao. Actualmente Dña. Emilia ha confirmado su presencia en el mismo, pero existen varios interrogantes, desde entonces: se ha creado un Acuerdo Marco entre el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de Enfermería para el desarrollo de las Especialidades, se ha creado una Federación de Asociaciones Científicas, y **se nos ha obviado** como Asociación Científica, creemos que por no estar de acuerdo con las decisiones y la forma de trabajar " manipuladora" del Consejo General de Enfermería.

LLEVAMOS 15 AÑOS JUSTIFICANDO

Lo último: a estas alturas la Federación de Asociaciones Científicas nos pide que justifiquemos la necesidad de la Especialidad. Creo que ya hemos justificado suficientemente y que el Ministerio de Sanidad tiene todos los documentos de ASEEDAR-TD referentes a la misma.
Espero que entre todos se aclaren y que por el bien de nuestra profesión y de los pacientes, lleguemos pronto a buen fin.

Valoración del dolor

María Soledad Peláez Vielva
Unidad del Dolor. Hospital Universitario La Fe de Valencia.

Introducción

Al control del dolor es una vieja aspiración de la humanidad pero a pesar de los grandes avances en la comprensión de los mecanismos que cronifican el dolor, esta aspiración sigue sin haberse solucionado de una manera satisfactoria.

En muchas áreas clínicas donde se cuida al paciente con dolor carecen de registros estandarizados. En muchos casos intentamos controlar las expresiones del dolor sin aliviarlo, con frases tales como: "Intente autocontrolarse", "No es tan malo como se cree", "Va a tener que aprender a manejar esto usted solo". Le estamos diciendo al paciente que no somos responsables, le estamos pidiendo que sufra en silencio, que aprenda a vivir con su dolor.

La evaluación adecuada del dolor es necesaria para su correcto tratamiento, siendo un problema para todos los profesionales la salud pero en especial para el personal de enfermería, ya que pasan más tiempo con los pacientes que ningún otro miembro del equipo de salud.

La IASP define el dolor como:

Una "experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial" .

Otros la definen como una experiencia compleja que engloba procesos físicos, mentales sociales y conductuales, que compromete la calidad de vida de muchas personas.

Melzack y Casey describieron la experiencia dolorosa como tridimensional, abarcando una dimensión sensorial-discriminativa, afectiva-emocional y cognitiva-evaluativa. No es por tanto una mera sensación, sino que está modificada en cada individuo según sus experiencias previas, ambiente social, etnia, cultura, etc. El hecho de ser experiencia y subjetiva es lo que confiere la complejidad en su evaluación.

PROBLEMÁTICA DEL DOLOR

Es una experiencia muy personal y subjetiva que no puede verse ni tocarse ni medirse por otras personas que no sea el individuo que lo esta experimentando.

La persona con dolor es la única autoridad sobre la existencia y naturaleza del mismo, debido a que la sensación dolorosa es subjetiva y no puede ser medida por nadie excepto por la persona que sufre el dolor, esto ha representado un problema insalvable para el estudio de este fenómeno en los pacientes debido a los conceptos erróneos sobre como valorar el dolor .

DIFICULTADES AÑADIDAS EN SU EVALUACIÓN

1. En muchos casos el enfermo quiere " ser un buen paciente" , y por miedo a molestar evita hacer peticiones repetidas de alivio de dolor.
2. En otros casos adoptan actitudes de estoicismo y se sienten incómodos para hablar de su dolor, excepto a determina-

das personas y en momentos seleccionados.

3. El dolor es agotador. Después de que el paciente ha estado sintiendo dolor durante horas o durante días el paciente se encontrará demasiado cansado que puede quedarse dormido y no podrá hablar de su dolor. Para algunos profesionales de la salud es sinónimo sueño de alivio de dolor.
4. La distracción. El paciente puede bromear o reírse con sus visitantes o acompañantes y cuando se hayan ido pedir un analgésico. La distracción puede conseguir que el dolor se tolere pero no que desaparezca, incluso puede sentirse más agotado por el esfuerzo realizado para atender a las visitas.

DIFERENCIAS ENTRE DOLOR AGUDO Y CRÓNICO

El dolor agudo es súbito, puede presentar cualquier intensidad. Incluye desde un pinchazo de alfiler hasta la amputación traumática de una extremidad, remite a medida que se produce la curación, es decir, tiene un final predecible. Constituye una señal biológica de alarma que avisa de daño corporal, haciendo que el paciente solicite ayuda médica. Apenas tiene repercusiones psicológicas.

El dolor crónico, en cambio, se mantiene a pesar de que la enfermedad que lo provocó haya desaparecido. Otras veces ocurre por causas incurables, pero en todos los casos el mantenimiento del dolor y el sufrimiento que lo acompaña se convierten en una enfermedad destructiva por ella misma, independientemente de la causa. Es una enfermedad de toda la persona. Siempre asocia cambios psicológicos como ansiedad, angustia y depresión que complican el proceso.

El dolor crónico es la causa mas frecuente de incapacidad y por tanto un serio problema nacional y mundial, originando altísimos costes sociosanitarios.

Sin embargo, para el adecuado tratamiento del dolor crónico se precisa considerarlo según un modelo biopsicosocial, donde factores ambientales y psicológicos se suman al proceso orgánico, complicando la evaluación del dolor y su tratamiento.

Los pacientes que sufren de dolor crónico pueden verse afectados por lo que se ha dado en llamar Síndrome de Dolor Crónico. Para establecer una presunción diagnóstica de este síndrome, deben existir al menos cuatro de las siguientes características: (Las 8 D)

- Duración. Es muy variable. Hace años se convino en seis meses, pero actualmente este parámetro no es el más importante, pudiendo en ocasiones presentarse ya a las 2-4 semanas duración.
- Dramatización: Presentan conducta verbal y no verbal con gran carga emocional y exageración.
- Dilema diagnóstico. Aportan gran cantidad de pruebas diagnósticas e informes, muchas veces sin aportar conclusiones claras en cuanto al origen del dolor.
- Drogas. Con frecuencia consumen gran cantidad de fármacos.
- Dependencia: Son muy dependientes del personal sanitario, exigiendo atención de manera continuada y exagerada.
- Depresión. Muestran conducta depresiva, ansiedad, histeria, hipocondría, etc.
- Desuso. Debido a la inactividad física añaden síndromes dolorosos musculares y óseos.
- Disfunción. Se retraen del medio social y se autoaislan, abandonando obligaciones e incluso actividades recreativas.

ESCALAS DE MEDICIÓN DEL DOLOR

En el proceso de valoración la enfermera reune datos subjetivos y objetivos, información del paciente tanto física como psicológica y social del paciente que le permite comprender su experiencia y los efectos sobre su vida. La información obtenida guía a la enfermera en la planificación y evaluación de estrategias de cuidados. El dolor no es estático, por lo tanto la valoración debe seguir.

La valoración en el dolor crónico es un proceso complejo y largo.

Dado que el dolor es una experiencia totalmente subjetiva, no existe ningún instrumento que nos permita su medición objetiva. Se han diseñado diferentes escalas que nos sirven como instrumento clínico para evaluar el grado de dolor y repercusión psicológica y poderlo comparar con sucesivas mediciones.

Estas escalas se pueden clasificar, según su complejidad y los parámetros que evalúan.
Escalas unidimensionales
Escalas multidimensionales
Pruebas psicológicas.
Evaluación conductual.
Evaluación fisiológica.

1. Escalas Unidimensionales

Solamente miden la intensidad del dolor.

Naturalmente la persona que experimenta el dolor es la única que conoce su intensidad.

El objetivo es trasladar la intensidad subjetiva del dolor que siente el paciente a números o palabras que proporcione la descripción más objetiva posible.

Pueden emplearse varias escalas numéricas, 0 al 5, 0 al 10, 0 al 100, donde el 0 es la ausencia del dolor y el número más alto equivale al dolor más intenso. La escala más utilizada es la llamada Escala Visual Analógica (EVA), basada en una línea de 10 cm. donde 0 es la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor imaginable

Para los pacientes con dificultades en la comprensión de esta escala, se pueden utilizar descriptores verbales como: Mínimo, Leve, Moderado, Marcado.

Una de las ventajas de usar la escala numérica es el consenso en la interpretación y comunicación entre los miembros del equipo. Es una compresión mas clara de la experiencia del paciente, se comprende mucho mejor que una frase descriptiva como “ el dolor es muy fuerte” .

La escala análoga visual se considera el método más sensitivo y fidedigno para medir la intensidad del dolor. También cambia según sea la posición, si es vertical o horizontal. Una progresión vertical, por ejemplo de abajo arriba, puede ser un concepto más familiar para los pacientes y por lo tanto más fácil de aplicar a la intensidad del dolor.

Pero además de saber que escala o que clave hay que utilizar para clasificar la intensidad del dolor lo más importante es:

- Usar aquella que tenga sentido para el paciente y la entienda bien.
- Emplear siempre la misma escala con el mismo paciente.
- Especificar los parámetros que hayamos usado (si es una escala del 0 al 5, o si es del 0 al 10) para que el significado de la clasificación del dolor sea claro.

2. Escalas multidimensionales

En las escalas previas solamente medíamos la intensidad del dolor, pero existen otros muchos parámetros que necesitamos evaluar, como por ejemplo su duración, frecuencia, limitaciones personales, incapacidades que provoca, cambios psicológicos, etc. Para esta evaluación más compleja se han diseñado estas escalas que recogen varias dimensiones del dolor:

Test de Latinnen: Consta de cinco grupos de preguntas, cada uno con cuatro posibles respuestas, de tal forma que se puede alcanzar una puntuación entre 0-20.

Los grupos de preguntas son:

- Intensidad del Dolor (0 ausente, 1 leve, 2 moderado, 3 intenso, 4 insoportable).
- Frecuencia (0 nunca, 1 raro, 2 frecuente, 3 muy frecuente, 4 continuo).
- Usos analgésicos (0 ninguno, 1 ocasional, 2 moderado, 3 alto consumo, 4 excesivo).
- Disminución de la actividad física (0 ninguna, 1 ligera, 2 moderada, 3 precisa ayuda, 4 encamado).
- Sueño (0 normal, 1 despertar ocasional, 2 despertar frecuente, 3 insomnio total, 4 precisa hipnóticos).

Preguntar al paciente que describa su dolor es a veces es muy difícil de realizar, algunos pacientes comentan que su dolor es indescriptible. También preguntar si el dolor varia según las actividad, si mejora o empeora en determinados momentos del día o de la noche y si ha variado en intensidad o calidad desde la primera vez que lo sintió. Algunas de las expresiones marcadas en el cuestionario corto de MrGill pueden ser útiles para determinar su origen y poner en practica medidas efectivas.

El cuestionario de McGill sobre el dolor es uno de los más conocidos. Sin embargo es largo y complejo, siendo apropiado para la investigación. Recientemente se ha desarrollado una forma abreviada del cuestionario de McGill.

Algunas de las expresiones marcadas en el cuestionario corto de MrGill pueden ser útiles para determinar su origen y poner en practica medidas efectivas.

- *Pulsatil*. Sensación de pesadez
- *Fulgurante Dolorimiento*. Penetrante.
- *Como si le partieran en dos. Agudo.*
- *Agotador*. En forma de calambres. Le provoca nauseas.
- *Como si le royeran*. Atemorizado.
- *Como si le quemaran*. Torturador
- *Fijo y continuo*. Como una descarga.

3. Variables conductuales

Interesa también valorar y documentar la conducta del paciente ante su dolor, como quejidos, posiciones antiálgicas, expresiones faciales y la solicitud de analgésicos.

Algunos pacientes son incapaces de comunicarse verbalmente, adoptaran claves para indicar su dolor, estas indicaciones pueden ser todo lo que dispongamos para la valoración del dolor.

4. Variables fisiológicas

En el dolor agudo el organismo muestra una serie de respuestas fisiológicas que son objetivables, como la F.C., ritmo respiratorio, T.A., etc. En dolor crónico, existen con frecuencia modificaciones en el sistema nervioso vegetativo que son detectables por termografía

5. Variables psicológicas

Especialmente en el dolor crónico, es importante detectar posibles trastornos de la personalidad, así como alteraciones depresivas que se manifiesten como dolor somático, cuando en realidad su origen en psicológico. Son de utilidad algunas pruebas psicométricas que miden alteraciones psicológicas, grado de depresión, ansiedad, etc.

Recogida de datos

La información obtenida guía a la enfermera en la planificación y evaluación de estrategias de cuidados. El dolor no es estático, por lo tanto debe seguir un proceso de evaluación continuada que se lleva a cabo mediante la obtención de la historia, una entrevista y un examen físico. Estos datos se pueden registrar en hojas de valoración:

1º UNA HOJA PARA LA VALORACION INICIAL

Donde estarán impresos los datos de filiación, un mapa corporal de frente, de espaldas y de perfil para que el paciente señale la zona dolorosa. Si hay mas de un dolor debe indicarlo con letras A,B,C, para distinguir los diversos lugares. Cuando se le pide al paciente que localice su dolor, no hay que fiarse solo de la descripción verbal de la localización. Indicarle que señale con la mano o los dedos el área dolorosa.

Debe incluir una regla de medición de la intensidad del dolor mediante el VAS.

2º HOJA PARA LA VALORACION CONTINUADA DEL DOLOR

Las características de la hoja de valoración son:

- Hora del comienzo del tratamiento de su dolor.
- Puntuación del dolor: es importante anotar que escala de valoración se va a utilizar.
- Fármacos utilizados: dosis y vías de administración.
- Constantes hemodinamicas del enfermo (Pulso T.A. Respiraciones, Nivel de conciencia).
- Otros parámetros individualizados según el paciente.
- Plan y comentarios: que incluyen las estrategias para mejorar o mantener el control del dolor.

Las hojas de control continuado permiten una rápida documentación de las respuestas del paciente junto con una fácil recuperación de la información para la evaluación continuada. Aclaran al equipo de salud como se deben de administrar algunos analgésicos y que precauciones hay que tomar ante dosis elevadas de narcóticos o otros medicamentos.

COMENTARIOS ADICIONALES A LA VALORACION

Siempre preguntarle al paciente si hay algo más que quiera decir y que pueda ayudarnos a trabajar para conseguir el mejor control de su dolor.

Es posible introducir cambios que se ajusten a la situación individual del paciente. Puede acompañarse de una educación sanitaria para el paciente y su familia.

Esto puede ser muy útil para que el paciente en la próxima visita cuente como ha tolerado los fármacos, si ha tenido algunos efectos secundarios, como ha influido en su vida y en sus actividades, si ha cambiado la puntuación previa del dolor.

CONCLUSIONES

1. El dolor es subjetivo y por tanto difícil de cuantificar.
2. Es necesario medir y registrar la intensidad del dolor para su correcto tratamiento.
3. Existen múltiples variables de difícil medición que interfieren y modifican la respuesta dolorosa.
4. Se han desarrollado varias escalas de medición y valoración de todas estas variables.
5. La tarea de medir el dolor es difícil, aunque no imposible.
6. Se requiere preparación y experiencia y habilidad.

Postanestesia en reanimación y uci: cuidados generales de enfermería

Carmona Simarro, José Vicente
Enfermero. Unidad de Vigilancia Intensiva. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia)

Tras la anestesia de una intervención quirúrgica, pueden aparecer una serie de problemas que hacen que la reanimación sea incómoda para el paciente en el mejor de los casos, hasta darse situaciones en las cuales se pone en peligro la vida del paciente; A/ Complicaciones respiratorias; Cuidados derivados de la prolongación de la vía aérea (VA), limpieza ineficaz de la VA, obstrucción parcial o total del TET, movilización accidental del TET, etc., B/ Inestabilidad hemodinámica; Alteración de la hemodinámia del paciente; Hiper-hipo tensión arterial (PA), presión venosa central (PVC) por encima o por debajo del rango normal, Presiones cardíacas (PAP, PCP) muy altas etc., C/ Alteraciones electrocardiograficas; arritmias, IAM postquirúrgico, etc., D/ Trastornos orales y gastro-intestinales; Sensación de sed, náuseas, vómitos, etc.

La Enfermería actual debe estar preparada para detectar estos problemas, es decir prevenirlos, y realizar los cuidados de enfermería necesarios a cada situación.

PALABRAS CLAVE

Anestesia, Críticos, Cuidados, Destete, Enfermería, Ramsay

CUIDADOS GENERALES Y OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA EN LA POSTANESTESIA

Como paciente de post-anestesia nos referimos en este trabajo, al que viene de quirófano tras ser intervenido, en ventilación mecánica (VM), es decir, intubado, sedado, posiblemente hipotérmico, y hasta que se le retire un tubo endotraqueal (Destete) para pasar a ventilación espontánea, debe tener unos cuidados de enfermería diferentes al paciente que ya viene en ventilación espontánea, con ventimask o simplemente con FiO2 al 21 %. Definimos el destete como el período de tiempo durante el cual el paciente es retirado progresivamente de la ventilación mecánica y asume su propia ventilación (8).

En el caso de que los efectos de la anestesia duren mucho tiempo, o se hayan administrado nuevos sedantes o relajantes, en la UVI, por criterio del médico, el paciente al despertarse presenta generalmente una serie de síntomas generales, como son; somnolencia, crisis de delirio, síndrome central colinérgico; síntomas dependientes del tipo de fármaco administrado, su dosis y la respuesta del paciente al anestésico.

Farmacología de sedación y analgesia de mantenimiento: El modo más adecuado de administración de estos fármacos será a través de perfusión (en bomba de infusión) de esta manera se evitan las oscilaciones en la concentración plasmatica de los fármacos, aunque a partir de esta base se pueden administrar fármacos en forma de bolus intravenoso. La sedación se adaptará siempre a la respuesta del paciente, evitando así el desarrollo de taquifilaxia o el acumulo de fármacos que ocasiona un aumento de la estancia del paciente en la unidad.

Como principales fármacos utilizados tenemos:

Para sedación y analgesia de mantenimiento

Benzodiacepinas:

- Propofol (Diprivan ®)
- Midazolam (Dormicum ®)

Opiáceos:

- Fentanilo (Fentanest ®)
- Cloruro Mórfico (Morfina ®)

Para relajación:

Bloqueantes neuromusculares:

No Despolarizantes

- Atracurio (Tracrium ®)
- Pancuronio (Pavulon ®)

El metabolismo y eliminación de los anestésicos se producen por vía renal, hepática o pulmonar, dependiendo del fármaco utilizado:

Fármacos	Vía de eliminación
Propofol	Renal
Midazolan	Hepática
Fentanilo	Hepática
Cloruro mórfico	Hepática/renal
Atracurio	Vía de Hofmann
Pancuronio	Hepática/renal

Los metabolitos de los anestésicos en general y los no liposolubles, se eliminan vía renal; los liposolubles se trasforman en

hidrosolubles en el riñón y se eliminan en la orina. Los anestésicos inhalatorios se eliminan a través del sistema respiratorio (en la mayoría de los casos). (6)

Ingreso en la unidad: Control de los parámetros del respirador; **Ventilación mecánica** y anotación en la gráfica de la UVI:

- Modalidad respiratoria; IPPV (Ventilación Controlada), BIPAP, SIMV (Ventilación Mixta Intermitente), VPS (Presión soporte).
- FiO2 (Porcentaje de oxigeno).
- Volumen tidal (VT) (Volumen inspiratorio en una inspiración).
- Volumen minuto inspiratorio (VT x respiraciones minuto) y espiratorio.
- Frecuencia respiratoria (Mandatoria o espontánea).
- Presión Pico.
- Otros parámetros: PEEP.

Tener preparada la aspiración en caso de necesidad: El paciente tose, se visualiza mucosidad en el tubo endotraqueal (TET), gusanillo o filtro, y/o la presión pico muy alta. Recordar las medidas de asépsia en la aspiración del TET: Asistidos por una segunda persona que nos abrirá el tapón del TET y nos dará la sonda de aspiración, utilización de mascarilla y guantes estériles, colocación de la FiO2 (% de oxigeno) al 100%, durante la aspiración, y tener en cuenta que sólo aspiraremos al sacar la sonda, de forma intermitente y nunca continua ya que podríamos crear una presión aérea negativa y provocar un colapso alveolar.

Monitorización electrocardiografica; Trazado del ECG, y **Hemodinámica**; Presión arterial (PA), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR). La derivación II de ECG, muestra buenos complejos QRS, que reflejan la actividad ventricular, y que marcan el ritmo cardíaco. Lugar de colocación de los electrodos para conseguir esta derivación; Los cables del ECG están codificados con un color determinado según las normas IEC:

- ROJO (R) (-); En la parte superior derecha del tórax, por debajo de la clavícula en la línea media.
- AMARILLO (L) (referencia); En la parte superior izquierda del tórax, por debajo de la clavícula en la línea media.
- VERDE (F) (+); En el lado izquierdo del torso, por debajo del pezón, en la línea media clavicular, a nivel del electrodo amarillo.(4)

Realización de un ECG de 12 derivaciones. Durante la intervención quirúrgica se puede producir un Infarto agudo de miocardio, no detectado en el cardioscopio del monitor de quirófano, ya que no presenta todas las derivaciones cardíacas (Que nos informaría de alguna " cara" del corazón) y el paciente no puede referir síntomas ya que está sedado. Realizaremos un ECG de 12 derivaciones, para valorarlo, y compararlo en caso de alteración, con el ECG pre-operatorio.

En el caso de llevar el paciente un catéter arterial, de localización radial generalmente, para monitorización cruenta de la PA y para extracción de muestras sanguíneas para gasometrías, colocaremos el transductor de presión a nivel de la aurícula del paciente, en el brazo, lo fijaremos, y procederemos a calibrarlo, " hacer el cero" , en el monitor. Comprobaremos que la presión del manguito de presión (Fengual) es de 300 mmHg. El mismo procedimiento realizaríamos en el caso de llevar insertado el paciente un catéter pulmonar (Swan Ganz ®) que mide presiones cardíacas; Presión arterial pulmonar (PAP), presión capilar pulmonar (PCP), presión venosa central (PVC), también nos mide el gasto cardíaco (GC), etc.

Monitorización de la saturación de Oxigeno (SpO2).Hago la distinción entre SpO2 y SaO2 para definir la SpO2 como la saturación de oxigeno obtenida con un pulsioximetro y la SaO2 la obtenida gracias a una muestra de sangre arterial analizada en un gasómetro. Colocaremos el sensor de pulsioximetro en la mano contraria a la que tengamos colocado el manguito de PA, para que cada vez que tome una medición de PA no salte la alarma de la SpO2.

Mientras vuelve la conciencia del paciente, hay que tener en cuenta que la audición es uno de los primeros sentidos que se recuperan, así pues, aunque el paciente parezca dormido puede ser capaz de oír, por tanto mientras valla recuperando la conciencia:

- Orientarlo; Decirle que la intervención quirúrgica ha finalizado.
- Explicarle donde está, en nuestro caso en la UCI.
- Proporcionarle apoyo emocional.
- Antes que realizarle cualquier técnica, explicarle el procedimiento y su finalidad, para que se encuentre tranquilo.
- No comentar detalles del paciente o su intervención delante de él.

Para valorar el **nivel de sedación** aplicamos la Escala de Ramsey:

ESCALA DE RAMSEY

Paciente consciente

Nivel 1	Agitado, ansioso
Nivel 2	Tranquilo, colaborador
Nivel 3	Despierta bruscamente con estimulo

Paciente Inconsciente

Nivel 4	Respuesta perezosa a estimulo glabelar
Nivel 5	Respuesta a estímulos dolorosos
Nivel 6	Sin respuesta

NIVELES DE SEDACIÓN

1	Respuesta insuficiente
2 - 5	Respuesta adecuada
6	Respuesta excesiva

Control de las **"Crisis de delirio"**; Alteración del nivel de conciencia que cursa con una excitación breve postanestésica, con aumento de la actividad motora, desorientación e intento de vocalización (En el caso de intubación orotraqueal) y con frecuencia, con intento de quitarse el tubo endotraqueal, vías venosas, sondas, etc. Aquí se plantea la cuestión de si en pacientes que tras una intervención quirúrgica se mantiene el tubo endotraquel hasta que sea posible quitárselo, es necesario sujetarles las manos para que en caso de crisis de delirio no se autolesionen.

Control de las **Alarmas de Monitorización**; Hemodinámicas; PA, PVC, PAP, PCP, Ventilatorias; VM, VT, presión pico, apnea, Electrocardiograficas; Arritmias, y si procede Neurologicas; PIC. Dependiendo de la patología e intervención, el paciente estará monitorizado de diferente forma; No solo anotaremos en la gráfica de críticos, las constantes de los diferentes parámetros de monitorización, sino también colocaremos los límites de alarma acordes a la situación del paciente. Imprimiremos las alarmas electrocardiográficas; alteraciones en la morfología del ECG, arritmias; e informaremos al médico de cualquier valor que esté fuera del rango de alarma o de la indicación médica en el tratamiento.

Control de la temperatura; *Hipotermia*. Por lo general el paciente intervenido quirúrgicamente ingresará a la unidad de críticos con hipotermia; Temperatura de 35ºC o menos. En este caso, colocaremos el "Convector de hipotermia" destinado para esta situación, y lo dejaremos hasta que el paciente alcance una temperatura de 36.5 ºC aproximadamente. En caso de estar el paciente con TET, uno de los criterios de extubación es el de tener una temperatura fisiológica adecuada para el buen funcionamiento orgánico (36.5 ºC.). En caso de febricula o *hipertermia,* informaremos al médico, por si proceden cultivos sanguíneos (Hemocultivos) o la administración de fármacos hipotérmicos, o medios físicos,

Control y valoración del **dolor**; El paciente que se ha sometido a una intervención quirúrgica generalmente experimenta algún grado de dolor que provoca una serie de síntomas como son la inquietud, ansiedad, taquicardia e hipertensión. El grado de dolor variará en función del tipo de intervención realizada. En estos últimos años se utiliza cada vez con más frecuencia la analgesia epidural; Combinación de fentanilo (Fentanest ®) y bupivacaina en disolución de suero fisiológico, administrada en bomba de perfusión continua y a velocidad de infusión según requerimiento del paciente; Está demostrado que la analgesia epidural produce un grado de analgésica igual o superior a la IV y con una incidencia de efectos secundarios menor. Durante su administración hay que controlar los efectos secundarios de estos fármacos como hipotensión y depresión respiratoria. La explicación de todos los procedimientos que le vamos a realizar al paciente junto con un adecuado apoyo emocional disminuye la ansiedad creada e influye sobre el grado de dolor, disminuyéndolo.

Control de la vía aérea; Procedimientos

- Limpieza adecuada de la vía aérea; Evitar la obstrucción de la vía aérea superior o en la glotis; aspiración de cuerpos extraños, como vómito, saliva, drenaje sanguinolento, alimentos, etc.
- En caso de tapón de moco; pueden observarse signos y síntomas, como disminución de la SpO2, taquipnea, no pasa la sonda al querer aspirar, etc., administrar 10 ml de suero fisiológico por el TET, colocar el ambú con oxigeno al 100% y bolsa reservorio, y ventilar con fuerza 4-5 veces; veremos como el tapón de moco sale junto con acumulo de secreciones y muchas veces pasaran a la válvula ins/esp del ambú, aspirar con una sonda y ver permeabilización de la vía aérea; la saturación aumenta a cifras normales (97-100%) y la taquipnea pasados unos minutos desaparece, el paciente se encuentra más tranquilo.
- Control de la colocación y fijeza del TET; ver en el TET el número localizado a nivel de la comisura labial, para valorar su correcta localización; Si está muy para adentro o demasiado fuera; En el primer caso, en el 99% de los casos se alojara en el bronquio derecho (Por anatomía), ventilando solo el hemitórax derecho, en el segundo caso se podrá apreciar fugas en el respirador, ya que parte del aire ira a parar a la boca, y también se puede apreciar por el valor en el respirador del parámetro "fuga" que nos indica los litros/minuto de fuga de aire que no forman parte de la inspiración. La fijación del TET se debe realizar idealmente con veta; rodearemos el TET, junto al tubo de Mayo, y posteriormente pasaremos la veta por encima de las orejas, no por el cuello, ya que esto podría provocar una compresión de las venas yugulares. En el 1º Congreso de Medicina Critica en Internet, celebrado en Burgos, (CIMC99) se presento un póster, en las comunicaciones de Enfermería, titulado "Fijación del Tubo orotraqueal: Arnes Inmovilizador ANGEL 2"; Es un nuevo sistema de fijación del TOT que no comprime el sistema venoso yugular, proporciona una mayor resistencia a la tracción, disminuyendo así el riesgo de extubación accidental e igualmente impide la progresión del TOT al árbol bronquial (2)
- Valorar el hinchado del neumo, sobretodo en caso de fugas.
- En caso de tener que movilizar TET, por orden del médico, tanto para introducirlo como para sacarlo, hay que tener en cuenta:
  - Lo primero que hay que hacer es realizar una aspiración de la boca, ya que si no hacemos esto, y movilizamos el tubo, introduciremos este contenido hacia tráquea pudiendo provocar una aspiración (Si es muy abundante) y contaminación de la vía aérea.
  - Antes de movilizarlo deshincharemos el neumo del TET, hinchándolo después de la movilización.
  - El procedimiento se realizará con una técnica aséptica, para evitar la contaminación de la vía aérea.
  - Fijaremos de nuevo el TET, anotando en la gráfica el procedimiento y la nueva situación.
- Observación de signos y síntomas relacionados con la hipoventilación; agitación, hipertensión, taquicardia, arritmias cardíacas, taquipnea, disnea, etc.
- En el proceso de destete, ya definido anteriormente, se incluye el procedimiento de "Tubo en T"; El paciente se desconecta de la VM sin quitarle el TET y este se conecta a un tubo en T con oxigeno;
  - Antes de quitarle el respirador mecánico seria conveniente realizar una aspiración para permeabilizar completamente la vía aérea dejándola libre de mucosidad.
  - Explicar el procedimiento al paciente; A partir de ese momento el paciente tendrá que realizar el solo todo el trabajo respiratorio.
  - Colocar la cama a 45 º aproximadamente para facilitar la respiración.

Tras la extubación, incentivar y estimular al paciente para que respire, explicándole como debe respirar correctamente, decirle que haga una respiración profunda periódicamente.

Tener en cuenta que los fármacos también pueden disminuir la ventilación, deprimiendo el centro respiratorio y provocando hipoxia e hipercadmia. Los narcóticos afectan a la FR, disminuyéndola. Los relajantes alteran la FR y el volumen circulante; Averiguar que fármacos se le han administrado en el Quirófano durante la intervención (Hoja de Anestesia) y medidas preoperatorias (Hoja de la sala).

En caso de realización de una **Gasometria arterial** recordar las normas de conservación y transporte de las muestras obtenidas, ya que hay una serie de factores que alteran significativamente el resultado de los gases como son; La temperatura, la presencia de burbujas de aire en la jeringa, una excesiva cantidad de heparina sódica en la jeringa, etc. Se valorará generalmente el Ph, PO2, PCO2, CO3H- y SaO2. Anotar con qué FiO2 se realiza la gasometria y el modo ventilatorio. Hay gasómetros que nos pedirá, a parte de la FiO2, la temperatura y la hemoglobina, ya que corrige los resultados, según los valores de estos dos parámetros (9).

Ingesta oral; El paciente tras la extubación, presentará frecuentemente sensa-

ción de sed por lo que nos solicitará líquidos continuamente. La privación de agua durante el período pre y peri-operatorio, y los fármacos anestésicos, como el halotano y otros fármacos intravenosos, provocan posteriormente sensación de sed. No hay que administrar líquidos por vía oral, hasta que en el tratamiento médico esté indicado; La reposición de líquidos, en un principio, se realizará a través de fluidoterapia intravenosa. El inicio de la tolerancia oral dependerá del tipo de intervención quirúrgica realizada. Si el paciente refiere tener la boca muy seca, humedecerla con una gasa con agua, hecho que el paciente agradecerá.

Los anestésicos generales pueden provocar con frecuencia la aparición de náuseas y vómitos, también dependiendo del tipo de intervención quirúrgica puede hacer más susceptible la aparición de estos síntomas, pe. Cirugía abdominal, con resección de vísceras; en cirugía de vía aérea alta, pe. amigdalectomia, por ingestión de sangre. En caso de vómito colocar al paciente en decúbito lateral (DL) para evitar la aspiración de contenido gástrico a vía aérea.

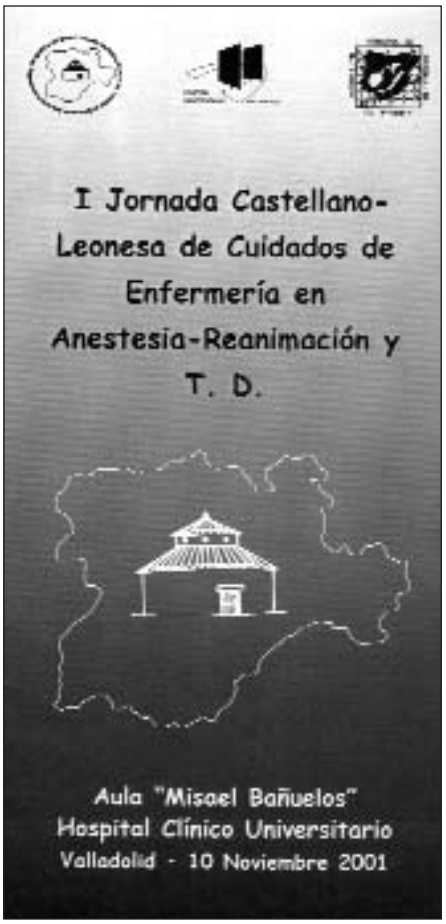
Vía venosa. Cuando el paciente llega a la unidad de críticos, tras la intervención quirúrgica, y dependiendo del tipo de intervención, llevará insertadas varias vías venosas periféricas o una vía venosa central. Todas las vías que estén sin perfusión, estén o no heparinizadas, las purgaremos antes de administrar fluidos o fármacos, ya que en el caso de llevar algún fármaco de quirófano en su interior y colocar una perfusión por esta vía, produciremos una embolada de ese fármaco hacia el torrente sanguíneo, provocando un efecto indeseable.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Es necesaria la creación de especialidades y funciones específicas en el campo de los cuidados críticos de enfermería, Reanimación y cuidados intensivos, para poder dar una atención asistencial de nivel, acorde a las necesidades de este tipo de pacientes.
- En este artículo he pretendido abordar en conjunto de cuidados que comprende la postanestesia en las unidades de críticos; Reanimación y UCI, haciendo un breve comentario de cada uno de ellos; Vía aérea y venosa; Monitorización electrocardiográfica hemodinámica, respiratoria y neurologica, y sus alarmas; Control de la farmacología y fluidoterapia, etc.
- La incorporación de Internet a nuestros hogares y centros de trabajo, ha contribuido sobresalientemente a la eficacia de la búsqueda bibliográfica de artículos, libros y publicaciones "on line" y por tanto a la actualización de conocimientos para una mejor labor asistencial.
- El control de los problemas derivados de la postanestesia en realizada por el personal de enfermería, casi en su totalidad, ya que somos los que nos encontramos más tiempo a "Pie de cama" y supervisando el monitor central. Si sabemos detectar estos problemas, previniéndolos y dándoles una solución eficaz, precoz y en su momento, contribuiremos de buen grado a la evolución del paciente para su alta a planta de hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGUILERA L. , RUIZ L.E. , et al. Sedación del paciente con ventilación mecánica. Sedación del paciente con ventilación mecánica. Actualizaciones en anestesiologia y reanimación. 1991. 1:78-81.
2. IGLESIAS SANTOMÉ JA, RODRIGUEA OZORES JA. Web del CIMC99. Congreso Internacional de Medicina Crítica en Internet, Póster; Fijación de Tubo orotraqueal, Arnés inmovilizador "ANGEL2". 1999 [En línea] < http: www.unitet.edu.cimc99/full-text/00143JI/00143JI.htm>.[Consulta. 22/02/2000].
3. COVINO B.G., SCOTT D.B. Manual de analgesia y anestesia epidural. Caps 4, 5 y 6. 1989. 109-130.
4. CARMONA SIMARRO, JV. Enfermería Extrahospitalaria; Monitorización electrocardiografica. Enfermería en Aneste-sia-Reanimación y Terapia del Dolor. 2000. 8: 5-10.
5. LECHAT P. Medicamentos utilizados en anestesia y reanimación. En: Manual de Farmacología y Terapéutica. Toray-Masson SA.1980. 500-509.
6. LUMB PhD. Sedative and muscle relaxants in the intensive care unit. Critical care state of the art. 1989. 10: 145-185.
7. MASSON. Diccionario Médico. Masson S.A. 1998.
8). MARTÍN SERRANO F., COBO CASTELLENO P. Guía práctica de Cuidados Intensivos. Dpto. de Cuidados Intensivos Hospital 12 de Octubre. Madrid. Ventilación Mecánica. 81:98. Sedoanalgesia-relajación en UCI.1998. 313:328.
9. CARMONA SIMARRO, JV. Alteraciones en los resultados de las gasometrias arteriales por el manejo incorrecto de las muestras a procesar; Una tarea de enfermería. Consideraciones. Enfermería Integral.1996. 40: 30-26.
10. GALLEGO LÓPEZ J. M., CARMONA SIMARRO JV. Monitorización en el paciente crítico. Enfermería Integral. 1999. 49: 12-19.



I Jornadas Aragonesas
de Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor

13 de Abril de 2002
Zaragoza

Sinopsis del procedimiento de cuidados en enfermería en anestesia y reanimación de pacientes quirúrgicos alérgicos al látex

Pérez González, Sandra
Enfermera. Área Quirúrgica de la Fundación Hospital Manacor

Lozano Olea, Franosco
Enfermero. Área Quirúrgica de la Fundación Hospital Manacor

Rodríguez Osuna, Miguel Ángel
Enfermero. Área Quirúrgica de la Fundación Hospital Manacor

Con este artículo queremos dar a conocer en líneas generales un procedimiento que hemos elaborado a lo largo de dos años y medio en el Área Quirúrgica de la Fundación Hospital de Manacor; dicho procedimiento sigue en investigación continua por motivos tales como los cambios de materiales y casa comerciales ajenos a nosotros.

Son de especial importancia los cuidados de enfermería de anestesia en estos pacientes por el manejo de la vía aérea, parenteral y sondajes que junto con la herida quirúrgica son la puerta de entrada más importante del caucho al medio interno, y por tanto, de mayor responsabilidad en las reacciones alérgicas graves posibles.

*Teniendo en cuenta que es **enfermería** quién prepara el material sanitario tanto para técnicas propias como para otros profesionales (anestesiólogo, cirujanos...), así como la limpieza, asepsia y control del medio ambiente del paciente, es la **mayor responsable** de impedir en la forma más efectiva conocida las reacciones alérgicas por látex: evitar el contacto con el alergógeno. Trataremos de demostrar que es la prevención la medida más eficaz, entendiendo por tal el aislamiento del paciente del látex, especialmente en terapias y técnicas invasivas.*

PALABRAS CLAVE

Alergia: estado de hipersensibilidad por la exposición a un antígeno específico (alergógeno) con el resultado de reacciones inmunológicas dañinas en exposiciones subsiguientes.

Látex (=caucho, ="goma"): principal componente de los materiales de goma o caucho, natural o sintético, de amplio uso en elementos domésticos, de limpieza, sanitarios...

Shock anafiláctico: estado de insuficiencia circulatoria con salida de líquido del lecho vascular al intersticio, grave y repentino, causado por reacción alérgicas anafiláctica.

"Certificados de material": término que empleamos en el procedimiento para referirnos a documentos certificativos por la empresa fabricante de la composición fundamentalmente en látex de los diversos elementos empleados en la anestesia y cirugía.

"Sets de material Libre de Látex (L/L)": conjunto de elementos L/L necesarios para realizar una técnica de enfermería, con un listado y empaquetados para optimización de su uso.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de hipersensibilidad al látex se ha incrementado mucho y está en aumento, tanto por la mayor utilización doméstica de productos de caucho como por su elevado uso sanitario (guantes quirúrgicos y desechables, sondas, catéteres, preservativos...). Así, por ejemplo, se le responsabiliza del 12.6 % de las reacciones de anafilaxia acaecidas durante la anestesia según arroja un estudio realizado en 21 hospitales franceses.

El caucho, como derivado del látex o en su variedad sintética, ha demostrado ser un elemento alergógeno capaz de producir reacciones alérgicas que van desde el eccema a la reacción anafiláctica grave o mortal.

Como paciente alérgico al látex entendemos aquel sensibilizado al caucho en cual-

quiera de sus formas (natural o sintética), de evidencia (con antecedentes de algún caso declarado) o sospecha (perteneciente a algún grupo de riesgo).

Los objetivos perseguidos fueron:

1. Reducir el número de reacciones alérgicas al látex.
2. Elaborar un procedimiento de cuidados de enfermería en el paciente quirúrgico alérgico al látex.
3. Fomentar la investigación en la protección y cuidado de estos pacientes cuya sensibilización es de incidencia creciente.

Estos son los métodos empleados para alcanzar dichos objetivos:

1. Identificación de pacientes sensibilizados al látex.
2. Preparación de material libre de látex (L/L):
   2.1. Revisión bibliográfica.
   2.2. Petición de certificados de material L/L a las casas comerciales.
   2.3. Registro de base de datos de material L/L.
   2.4. Confección de set de material L/L para las diferentes técnicas invasivas.
3. Elaboración de un ***PROCEDIMIENTO*** estandarizado para el área quirúrgica.
4. Registro estadístico de todos los casos.

* En definitiva hemos creado un ***PROCEDIMIENTO*** que aplicamos a los pacientes alérgicos al látex en sus distintos grados.

Los resultados obtenidos fueron:

De siete casos acaecidos pertenecientes:

a) Dos a grupos de riesgo (grado 1).

b) Un eccema cutáneo (grado 2).

c) Cuatro sensibilizaciones evidentes. (grado 3).

Obteniendo un resultado de 0% de reacciones alérgicas, es decir, un 100% de efectividad y eficacia.

Las principales conclusiones se cifran como:

1. La profilaxis farmacológica no ha demostrado ser eficaz (bibliografía).
2. La medida verdaderamente eficaz es la prevención, es decir, evitar el contacto del paciente susceptible (alérgico al látex) con dicho alergógeno, especialmente en las técnicas invasivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

PRINCIPIOS GENERALES

1. Partimos de la prevención como la mejor y única medida eficaz para evitar las diferentes reacciones alérgicas que van desde un simple prurito a una grave reacción anafiláctica, puesto que la profilaxis farmacológica como tal, no ha demostrado ser efectiva.
2. Los cuidados de enfermería son esenciales a la hora de prevenir riesgos potenciales, destacando la **preparación de todo el material libre de látex (L/L)**, tanto en técnicas propias (sondajes, acceso venoso...), como anestesia y la preparación quirúrgica de la intervención. Además, en función del grado de alergia del paciente cobra especial importancia el cuidado de la contaminación meramente instrumental o la más amplia: ambiental.
3. Para evitar errores y dar una máxima agilidad en la atención a estos pacientes, parte importante del procedimiento consiste en el registro de listados según bibliografía, certificación del contenido en látex por el fabricante... que en el caso de las técnicas más sencillas y usuales (cateterización venosa, sondaje vesical, nasogástrico...), elaboramos en ***SETS*** empaquetados en el que todo lo necesario se encuentra dentro.

CIRCUITO IDENTIFICATIVO EN EL MEDIO HOSPITALARIO

La identificación de pacientes con alergia al látex en el medio hospitalario debe ser lo más precoz posible dado el gran número de material sanitario utilizado compuesto por caucho, así como las técnicas invasivas transgresoras de la barrera cutánea y su repercusión directa sobre el medio interno en que puede estar implicado: vía parenteral (catéteres, fármacos contenidos en frascos de tapón de caucho), sondajes, intervenciones quirúrgicas, curas...

La enfermería de los servicios de entrada del paciente en su valoración previa ha de buscar siempre, tanto en procesos ordinarios (consultas externas, unidades de hospitalización) como de urgencia (Urgencias, Quirófano, U.C.I., Radiología...), entre las posibles alergias la del látex, debiendo contemplarse un registro en la historia de enfermería para ello. Debe conocerse la clínica alérgica así como los grupos de riesgo para dirigir la entrevista en este punto hacia dicha alergia. Así, por ejemplo, serán seguros indicadores de sensibilidad significativa al látex clínicas reactivas a contactos cutáneo-mucosos como: eritema, prurito y edema tras el contacto con productos de goma (guantes, balones, preservativos...); eritema lingual o labial tras un examen dental o después de inflar globos.

Una vez identificada la **alergia** al látex de un paciente y su **grado**, se registra, se comunica a los demás profesionales del equipo, se realizan los cuidados necesarios y se da la ***ALERTA SANITARIA*** correspondiente. Será responsabilidad del equipo identificador comunicar al siguiente que trate/cuide al paciente con el tiempo suficiente para que estos a su vez adopten las pautas de actuación correctas para dicho paciente.

PREPARACION DEL MATERIAL LIBRE DE LATEX (L/L)

La medida terapéutica más eficaz frente a reacciones alérgicas al látex, como en todas las reacciones alérgicas, es evitar el alergógeno. Para ello hemos de seleccionar el material necesario para cada actuación con absoluta seguridad de que es L/L, la agilidad precisa para un trabajo dinámico y a veces, la suficiente rapidez que requiere una urgencia. Todo ello nos ha llevado a la elaboración de un circuito en la selección de material L/L y otro genérico descriptivo del paso del paciente alérgico al látex por el área quirúrgica que pasamos a resumir brevemente dada la corta extensión de la publicación.

PRINCIPIOS BASICOS DEL CIRCUITO DE SELECCIÓN DE MATERIAL L/L:

1. Elaboración de listado de todo el material necesario para los cuidados de enfermería, incluyendo la preparación de material al anestesiólogo y cirujano, en el área quirúrgica.
2. Elaboración de listado de todo el material y equipos susceptibles de eliminar en la sala/quirófano en que se encuentre el paciente alérgico por no ser esenciales, sobretodo en caso de precisarse medio ambiente L/L (sensibilización grave con ruptura importante de la barrera cutánea, v.g.: intervención quirúrgica).

3. Revisión bibliográfica de los materiales libres de látex.

4. Petición de certificados de composición en látex de aquellos artículos que no hallamos encontrado en la bibliografía o estén concedidos a otra marca comercial en nuestro hospital. Habrán de tenerse en cuenta las siguientes determinaciones:

   4.1. Ha de pedirse el certificado del articulo a su casa comercial indicando el modelo y solicitando que especifiquen fechas o lotes de fabricación si fuese necesario (fabricación L/L de un articulo desde una determinada fecha/lote).

   4.2. Revisión del certificado recibido con el solicitado.

   4.3. Estas solicitudes de certificados deben hacerse en coordinación con el servicio de compras del hospital para asegurar marcas comerciales de abastecimiento así como el contacto con sus distribuidoras si fuese preciso. Una vez completado todo el procedimiento se pasará una lista del material esencial L/L al departamento de compras para que cualquier adquisición fuera de las marcas registradas sea evitada y comunicado.

5. Registro en una base de datos, abierta para posteriores incorporaciones, escrita e informatizada, de todos los artículos investigados:

   5.1.1. Por especialidades y dentro de ellas por grupos de artículos, v.g.: ANESTESIA y dentro de ella " material de la vía aérea" .

   5.1.2. General alfabetizada.

   5.2 Deben consignarse como mínimo los siguientes datos por artículo: nombre genérico del artículo, marca comercial, modelo según dicha marca, composición en látex, observaciones útiles tales como: fechas anteriores/lotes con látex, alternativas de sustitución/forraje...

6. Elaboración de sets de material L/L cuando sea práctico para las técnicas más frecuentes cuyo material prepara enfermería: vía venosa, sondaje vesical, nasogástrico, anestesia subaracnoidea, cateterismo arterial... que habrán de cumplir los siguientes requisitos:

   6.1. Contener todo lo necesario para la realización de la técnica en material L/L.

   6.2. Incorporar un listado visible de su contenido (envoltorio transparente).

   6.3. Empaquetado práctico.

7. Todo el material L/L se almacenará junto, siempre dispuesto y sometido a revisiones periódicas asegurando las cantidades mínimas de materiales y sets que se estimen necesarios en el procedimiento específico de cada hospital, así como el registro y revisión de la caducidad de los materiales que incluye.

SINOPSIS DEL CIRCUITO GENÉRICO DESCRIPTIVO DEL PASO POR EL ÁREA QUIRÚRGICA DEL PACIENTE ALÉRGICO AL LÁTEX: GENERALIDADES

1. Se procederá por las **pautas de actuación** según el grado de gravedad de alergia al látex que presente cada

ALERTA SANITARIA.	ACTITUD / ACTUACION.		
1. SOSPECHA DE SENSIBILIZACION.	ACTITUD EXPECTANTE.		
Grupos de riesgo sin DNI reac. Alergica.	(Vigilancia constante de clinica sugestiva)		
			Parenteral.
			Respiratorio.
			Quirúrgico (esterilización especial).
2. SENSIBILIZACION LEVE.	IMPEDIR CONTACTO CON LATEX.	a) Uso material L/L:	Sondaje/mucoso/lesivo en general.
Reacción no alérgica: dermatitis por contacto.			Contacto directo con piel/mucosas (aquel que no se pueda sustituir por L/L se forrará con material L/L - tubitón, tela...-)
	b) Preparar cargada medicación de choque: ADRENALINA, ANTIHISTAMINICO, CORTICOIDE de acción rápida.		
			Parenteral.
			Respiratorio.
			Quirúrgico (esterilización especial).
3.SENSIBILIZACION GRAVE.	IMPEDIR CONTACTO CON LATEX.	a) Uso material L/L:	Sondaje/mucoso/lesivo en general.
DNI episodio reacción alérgica local,cutáneo-mucosa, respiratoria o leve cardiovascular.			Contacto directo con piel/mucosas (aquel que no se pueda sustituir por L/L se forrará con material L/L - tubitón, tela...-)
	b) Preparar cargada medicación de choque: ADRENALINA, ANTIHISTAMINICO, CORTICOIDE de acción rápida.		
	* En caso de AMPLIA RUPTURA DE LA CONTINUIDAD CUTANEA : I.Q., grandes heridas o quemados... c) CREAR MEDIO AMBIENTE L/L : eliminar o forrar todo aquello que lleve látex en la sala en que se encuentre el paciente evitando la aerosolización de partículas d		
4. SENSIBILIZACION MUY GRAVE. DNI episodio de SHOCK ANAFILACTICO por alergia al látex.	d) DERIVACION a hospitales especializados en caso de amplia ruptura de la barrera cutánea: I.Q., grandes heridas, quemados...		

Figura 1

Tabla 1

Tabla 2

paciente como se describe en el cuadro 1 (pgs. siguientes). Tomaremos *el grado 3, sensibilización grave* por ser el más completo que comprenderá el uso de material L/L para toda técnica que contacte con el medio interno, directamente con su piel y mucosas así como el aislamiento del medio ambiente, eliminando o forrando todo aquello que lleve látex en la sala donde se encuentre el paciente mientras presenta una ruptura importante de la barrera cutánea (herida quirúrgica), por la posibilidad de migración de partículas aerovagantes a espacios tisulares abiertos al exterior bajo la piel y por tanto al medio interno.

2. El **personal** que atienda al paciente ha de ser el menor posible, evitándose además las entradas innecesarias y material superfluo para disminuir el riesgo de contaminación. La **indumentaria** ha de ser libre de látex, los zuecos de caucho deben forrarse con venda tubular protectora ("tubiton"), tela..., desaconsejamos el gorro femenino por llevar goma en su sujeción (a pesar de estar forrada por tejido sin tejer). Es vital la eliminación de guantes de látex en todas las salas por las que pase el paciente sustituyéndolos por guantes L/L, v.g. de polivinilo ("tru-touch"). Tanto el uniforme (pijama) quirúrgico como las mascarillas suelen ser L/L, pero habrá que confirmarlo según el empleado en cada hospital.

3. Todo el material L/L a emplear se colocará en una mesa para evitar tomar artículos clínicos de otras ubicaciones que podrían contener caucho.

4. La limpieza general del quirófano y la esterilización de utensilios será especial.

* En el PROCEDIMIENTO quedan registrados todos los cuidados asistenciales más importantes para estos pacientes: cuidados en Preanestesia, por técnicas (anestesia subaracnoidea, plexos, vía aérea, sondajes, etc.), de Reanimación... que por la extensión de este artículo son imposibles de incluir. Les remitimos a nuestras direcciones de correo electrónico para mayor información.

RESULTADOS:

a) CUADRO SINOPTICO ALERTA/ACTUACION (Figura I).

b) RESUMEN DE CASOS SEGÚN GRADO DE ALERGIA Y RESULTADOS.
SECTORES CIRCULARES (Tabla I y II).

DISCUSIÓN

Nos ha sido imposible dar inferencia causal estadística en lo que a análisis de los casos se refiere por dos motivos principalmente:

1. En un estudio prospectivo sería ***ETICAMENTE INCORRECTO*** someter a parte de los pacientes susceptibles al látex a materiales con caucho (cohorte factor de riesgo + expuesta) por el grave riesgo al que los someteríamos.

2. Para un estudio retrospectivo necesitaríamos casos en los que dichos pacientes sensibilizados hubiesen estado expuestos a materiales con látex en técnicas invasivas, pero desde el primer caso intervenido en nuestra Área Quirúrgica (1998) se aplicaron materiales libres de látex.

Por otro lado sería tema de discusión la ambigüedad con que algunos autores consultados en el cuerpo bibliográfico en este procedimiento registran productos y elementos usados en la técnicas cotidianas y muchas veces invasivas (equipos de suero, jeringas...). Así por ejemplo se citan: "Se puede **usar libremente**: Cánulas de guedell **transparentes**, cánulas de traqueostomía...", "circuitos de respirador: circuitos desechables **transparentes**", (no usar) "Sistemas de infusión venosa: sistemas simples con conexiones de látex (**marrones**)".

En nuestra opinión habría de consignarse detalladamente cada producto: NOMBRE GENÉRICO, CASA COMERCIAL-DISTRIBUIDOR, NOMBRE, MODELO y REFERENCIA según dicha marca, con sus correspondientes observaciones (existen productos que se fabrican L/L desde cierta fecha o lote, materiales alternativos según composición...).

Esto nos lleva a un tercer punto discutible: ¿SE HAN DE REGISTRAR LAS MARCAS COMERCIALES EN LA BASE DE DATOS DE MATERIAL L/L? A nuestro juicio es imprescindible para que cambios de casa comercial por el departamento de compras no pasen inadvertidos en la selección de material L/L por los equipos de Enfermería. Así cuando escojamos un equipo de suero, unos guantes estériles para un paciente alérgico al látex... leeremos en la BASE DE DATOS el modelo y referencia exactos de la casa comercial L/L del material que queremos seleccionar del almacén del Area Quirúrgica, al igual que para confeccionar set de materiales L/L para las distintas técnicas.

CONCLUSIONES PRINCIPALES

I. ESTADÍSTICA: a lo largo de estos dos años y medio hemos llevado un registro del número de casos de pacientes a intervenir con alergia al látex, su grado de alergia, el grado correspondiente de aislamiento según el cuadro 1 y los resultados: número de reacciones alérgicas. Hemos obtenido un resultado del **0% DE REACCIONES ALÉRGICAS**, es decir, un 100% de eficacia y efectividad en evitar reacciones alérgicas por látex. La distribución del grado de alergia entre el número de casos se esquematiza en el cuadro 1 y los resultados en las tablas I y II.

II. La profilaxis farmacológica no ha demostrado ser eficaz (bibliografía). La medida verdaderamente eficaz es la prevención, es decir, evitar el contacto del paciente susceptible (alérgico al látex) con dicho alergógeno, especialmente en las técnicas invasivas.

III. LABORALMENTE este procedimiento ha supuesto una **MAYOR CALIDAD** de trabajo en el perioperatorio tanto de intervenciones urgentes, por la elaboración de sets y listados para las distintas técnicas, como programadas con listados abiertos en los que añadir las nuevas investigaciones en materiales de cada especialidad. Quedaría trabajar en la comunicación interna y coordinación entre servicios para el correcto y continuado tratamiento/aislamiento de estos pacientes desde su detección como alérgicos al látex hasta su seguimiento en atención primaria.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todo el servicio del Area Quirúrgica de la Fundación Hospital de Manacor el apoyo prestado, especialmente al personal de enfermería, auxiliares y anestesiólogos.

Así también agradecer al servicio de Compras facilitarnos la petición de certificados a las distintas casas comerciales y a éstas por expedirlos.

Finalmente nuestro agradecimiento al servicio de Informática por su colaboración en la edición de diagramas, apéndices, cuadros... para esta publicación.

BIBLIOGRAFIA

1. JAVIER MATA. "Alergia al látex". Servicio de Anestesiología y Reanimación Hospital Fundación de Manacor, 1999.

2. CARMEN GARCÍA VIDAL, JOSEFA GOMA MIRO, TERESA MATA GARRIGA Y ROSA SALLERAS MONTELL. "Experiencia en un quirófano de cirugía ortopédica y traumatología ante un paciente con alergia al látex en una intervención de columna". Boletín nº 2 de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica, 1997.

3. M. MARTORELL. "Cuidado de los pacientes quirúrgicos con alergia al látex". Boletín 3º de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica, 1996.

4. SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN DEL HOSPITAL FUNDACIÓN DE MANACOR, 1998. "Actuaciones de Enfermería en Anestesia y Reanimación".

5. DULANTO Y COLABORADORES. "Dermatología Médico-Quirúrgica". EDICIONES ANEL S.A., 1981.

SET DE VIA VENOSA LIBRE DE LATEX.

ARTICULO-*MODELO* .	REF. COMERCIAL	REF. HOSP.	*MARCA*	OBSERVACIONES.
GUANTES MEDIANOS.	480213	448	*TRU-TOUCH.*	
COMPRESOR, VENDA TUBULAR EXTENSIBLE: *TUBINET Nº 3.*		385	*TUBINET.*	(100% ALGODON).
GASAS HIDROFILAS S/HILO DE Pb.: *TEXPOL.*		814	*TEXTIL PLANAS OLIVER S.A.*	
SUEROS.			*GRIFOS.*	TODOS LOS TIPOS DE ESTA MARCA.
EQUIPO DE GOTEO: *INTRAFIX AIR L/L.*	388456	33	*BRAUN.*	
ALARGADERA : *PROLONGATEUR POLYVALENT.*	220 10	4229	*VYGON.*	
LLAVE DE TRES VIAS : *DISCOFIX*	4095111	37	*BRAUN.*	
CATETERES I.V. (LARGO 51MM, 18 G Y CORTO 32 MM 20 G: *ABBOCATH.*	G 715 G 717-A01.	66 Y 67	*ABBOT.*	TODOS LOS TIPOS DE ESTA MARCA.
JERINGA PLASTICO 10 CC. CON CONEXION LUER: *DISCARDIT.*		13	*BECTON DICKINSON.*	
ESPARADRAPO DE PAPEL HIPOALERGENICO: *MICROPORE.*	1530-1	355	*3M.*	
APOSITO ADHESIVO CON COMPRESA ABSORVENTE ESTERIL 15X9 CM: *MEPORE.*	33276	328	*SCA MÖLNLYCKE.*	TODOS LOS TAMAÑOS.

PROXIMA CADUCIDAD: ALARGADERA (*PROLONGATEUR POLYVALENT*) **12/2002**

EMPAQUETADO GLOBAL **NO ESTERIL**

SET/LISTADO MATERIAL L/L PARA TECNICA PROPIA.

Figura 2

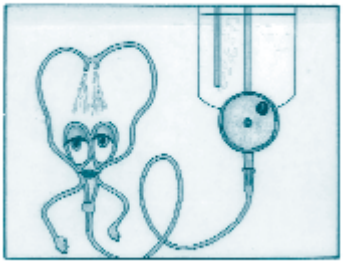
UN DIA EN DESPERTAR

PROTOCOLO INFORMATIVO PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE DESPERTAR

BUENOS DIAS Dn. ANSELMO
LO TERMINAN DE OPERAR,
TE ENCUENTRAS EN UNA SALA
QUE LLAMAMOS DESPERTAR

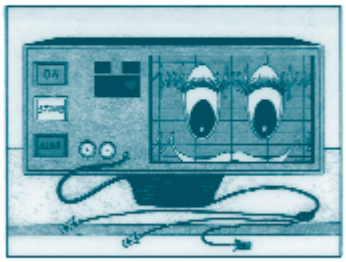
SOY MARIA LA ENFERMERA
ENCARGADA DE CUIDARTE
ESTARAS AQUI UNAS HORAS
HASTA QUE EL Dr. LO MANDE

AQUI ESTAN ESTOS AMIGOS
DISPUESTOS PARA AYUDAR
LOS IREMOS COLOCANDO
TE LOS VOY A PRESENTAR

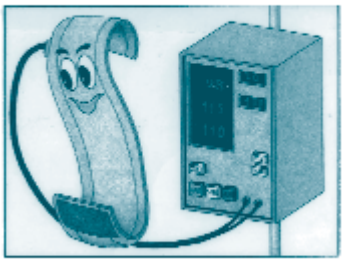


SOMOS LAS GAFAS COQUETAS
QUE VAMOS EN TU NARIZ
CON ESTE AIRE QUE ECHAMOS
SE VA A SENTIR MUY FELIZ

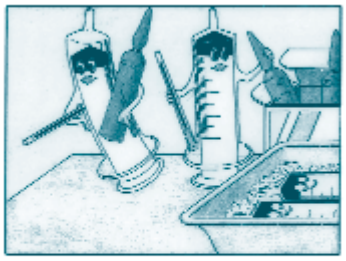
ESTE ES EL DEDO CON LUZ
ES UN POQUITO EXIGENTE
SI LO QUITAS O TE MUEVES
SUENA UN PITIDO ESTRIDENTE



YO SOY PEPITO EL "CHISPITAS"
MARCO TU RITMO COMPLETO
SOLO ME ALTERO UN POQUITO
SI TU NO TE QUEDAS QUIETO

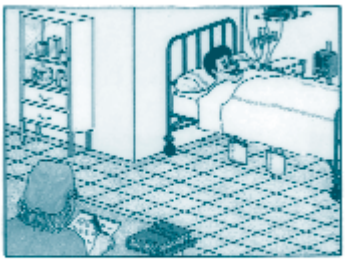


AHORA LE TOCA AL MANGUITO
QUE EN TU BRAZO HACE PRESION
NO TE ASUSTES NI PREOCUPES
YA QUE MARCA TU PRESION

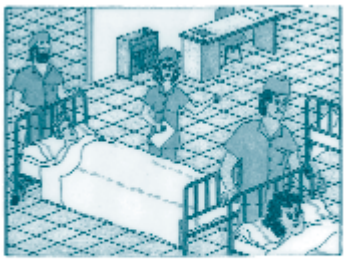


AQUI LLEGAN LAS QUE FALTAN
SE CREEN MUY IMPORTANTES
SON UN POQUITO "ORGULLOSAS"
PORQUE SE LLAMAN CALMANTES

LAS SONDAS Y LOS DRENAJES
PASAMOS A COLOCAR
Y UNA VEZ TODO DISPUESTO
TE DEJARE DESCANSAR



YA ESTA TODO COLOCADO
ANSELMO MUY TRANQUILITO
AHORA ME TOCA PASAR
A DEJARLO BIEN ESCRITO



YA LLEGA Dña. MARIA
Y TAMBIEN Dña. ASUNCION
PONDREMOS UNA EN EL CENTRO
Y LA OTRA EN EL RINCON

ESTA SALA ESTA AL COMPLETO
YA NO CABE NADIE MAS
POR AQUI VIENE EL DOCTOR
QUE ALGUN ALTA NOS DARA

MUY SONRIENTE ESTA ANSELMO
LE ACABAN DE DAR EL ALTA
SE MARCHA CON SU FAMILIA
QUE LO ESPERAN EN LA PLANTA

LA JORNADA HA TERMINADO
VACIO ESTA EL DESPERTAR
MAÑANA SOBRE LAS NUEVE
VOLVEREMOS A EMPEZAR