

Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor

ASEEDAR-TD Edición Digital

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 n°2 2020 / ISSN: 2529-9670

Indexada en:



“Nuestra mirada también cuida”

Dra. Carmen Ferrer Arnedo

**Jefa del Servicio de
Información y Atención al
Paciente en Hospital Central
de Cruz Roja de Madrid**



www.aseedar-td.org
revista@aseedar-td.org



aseedar-td
asociación española de enfermería
de anestesia-reanimación y
terapia del dolor

SUMARIO

ENFERMERÍA EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR. ASEEDAR-TD EDICIÓN DIGITAL

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº2 2020 / ISSN: 2529-9670

PRESENTACIÓN: Editorial de la Directora de ASEEDAR-TD Edición Digital Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor.

CARTA A LA DIRECTORA: Terapia medicinal con sanguijuelas para reducir el dolor. *Martínez Pizarro, S.¹ (1. Enfermera, Hospital comarcal de Huércal Overa. Almería. España)*

TRABAJO ORIGINAL: El trabajo enfermero bajo la mirada de los niños. *Bendito-Barber C.¹; Duque-González, B.²; Pons-Torres, S.³; Moll-Benejam, B.⁴; Luque-Guerrero, D.N.⁵; Ferrando-Bramona, N.⁶. (1. Enfermera Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Mateu Orfila. Maó, España. 2. Enfermera. Dirección Enfermera. Área de Salud de Menorca. España 3. Enfermera. Unidad de Formación. Área de Salud de Menorca. España 4. Enfermera. Atención primaria. Centro Atención Primaria Canal Salat, Menorca. España. 5. Enfermera. Atención primaria. Centro Atención Primaria Dalt Sant Joan. Maó, España. 6. Enfermera. Pediatría. Hospital Mateu Orfila. Maó. España).*

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: El profesional de enfermería anestesista en España. *García López, M.J.¹; Romero-Serrano, R.² (1. Enfermera en Servicio de Medicina Interna, Orden Hospitalaria San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos (Sevilla), España 2. Enfermera. Doctora en el área de enfermería. Profesora titular en el centro universitario de Enfermería de San Juan de Dios. Adscrito a la Universidad de Sevilla. Bormujos (Sevilla), España.).*

ENTREVISTA: Dra. Carmen Ferrer Arnedo. Jefe del Servicio de Información y atención al Paciente en Hospital Central de Cruz Roja de Madrid. *Ballesteros Barrado, A.¹ (1. Directora de ASEEDAR-TD Edición digital).*

SECCION ABIERTA: Dolor. *Higón Bellver, N.¹ (1. Jurista, politóloga y escritora, pero no mucho. Paciente enfermedades raras). Sopa de letras. Amorós S.¹ (1. Enfermera Hospital de día Son Espases. Profesora asociada de la Universitat de les Illes Balears)*

Editorial de la Directora de la ASEEDAR-TD Edición Digital

Editorial de la Directora de la ASEEDAR-TD Edición Digital

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº2 2020 / ISSN: 2529-9670

Autora: Antonia Ballesteros, A.¹

1. Directora de la revista Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº1 2020

Contacto: revista@aseedar-td.org



Diciembre del 2020. De nuevo difícil editorial, con las cifras de contagios y fallecidos por el SARS-CoV-2, no sólo en España sino a nivel Mundial. Por desgracia a día de hoy es difícil no conocer a alguien cercano que tenga una pérdida o se haya contagiado con este terrible virus.

Momentos difíciles para todos. Las enfermeras, nos hemos tenido que adaptar con inmediatez a las recomendaciones de evidencia que han surgido a veces en intervalos de horas o días, recomendaciones por parte del Ministerio de Sanidad o de la propia OMS. Se han reestructurado, o creado nuevos espacios de atención. Nuevos roles han emergido como consecuencia de la crisis sanitaria. Miles de circuitos, protocolos o procedimientos se han generado o remodelado. Nos hemos formado en paralelo con cargas de trabajo no sólo físico sino emocional desbordantes.

Estamos contribuyendo con un papel primordial y relevante, estamos siendo garantes de la humanización de nuestros cuidados, acompañando hasta el último momento, en un momento histórico donde el distanciamiento social es una medida de prevención.

Estamos cansadas, cansados tras estos duros meses, vivimos esperanzados en la inmunización por la vacuna...deseosos de que todo pase, de poder volver a besar, abrazar y estar con nuestros seres queridos, que nuestros pacientes puedan volver a hacerlo también...volver a vivir en definitiva.

Difícil edición de la revista donde los autores no tienen tiempo para hacer las modificaciones de sus artículos por estar sobrepasados.

Gratitud a todos los autores que habéis dedicado vuestro precioso tiempo de descanso para compartir con nuestros lectores vuestros trabajos.

En este número, el hospital de Orden Hospitalaria San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos (Sevilla), nos hace una revisión de la literatura del profesional de enfermería anestésista en España, lo que nos lleva a reflexionar de dónde venimos y hacia dónde vamos.

Menorca, el hospital Mateu Orfila, nos ilusiona con su artículo poniendo el trabajo enfermero bajo la mirada de los niños a través de un estudio pre y post intervención en centros escolares de educación primaria, con el que han obtenido 23.292 visualizaciones a la edición de ésta editorial en youtube con el videoclip que usaron, os dejo el enlace que os hará sonreír <https://acortar.link/T21B4>. Lavado de manos, quién pensaría cuando lo hicieron lo determinante que sería en los momentos actuales.

El Hospital comarcal de Huércal, Almería revisa la literatura acerca del uso de la hirudoterapia (Terapia medicinal con sanguijuelas para reducir el dolor) interesante reflexión sobre la recomendación a través de una carta a la directora.

Voces silenciadas de enfermedades raras, dando voz a luchadoras como tú Noah, cuando se vive el dolor en primera persona cobra un sentido diferente, una mirada desde otra perspectiva, una voz.... esta vez sí, escuchada, gracias por hacernos partícipes de tu reflexión, de tu sensibilidad a través de tus palabras, por enseñarnos a escuchar, por la fortaleza que transmites.

La entrevista de este número es a una de nuestras grandes líderes Nacionales, reconocida internacionalmente la Dra. Carmen Arnedo Ferre. No imaginé entrevistarla cuando en la editorial de junio la mencioné. Gracias por decir sí, por ponerlo tan fácil, por representarnos tanto y tan bien.

No puedo por menos dejaros el link de youtube en el que con pocas palabras nos identifica y describe tan impecablemente, desde la cercanía, desde el conocimiento... <https://youtu.be/IBq3NhT5sOk>

No dejéis de verlo es nuestro obsequio de Navidad a través de ella, usurpando su voz.

No quiero despedirme sin deseáros desde todos los que hacemos posible la edición de la revista, unas Navidades que, aunque extrañas, estén llenas de momentos de Amor y Cariño, como sea, por videoconferencia o con distanciamiento, pero que los tengáis. Que el Nuevo Año nos llene de Fortaleza, Esperanza y momentos bonitos que nos ayuden a superar esta etapa y recuperar la ilusión.

Gracias por saber estar, adaptaros, resistir, por ser fuertes, por acompañar, por compartir, por cuidar, por ser en definitiva ENFERMERAS.

Como siempre, animaros a compartir vuestros trabajos, autores nóveles o no tanto; porque la difusión del conocimiento es una responsabilidad compartida, que establecimos cuando decidimos dedicarnos a esta profesión nuestra y es la oportunidad de hacernos realmente visibles.

Desde el Comité de Redacción, el Consejo Editorial, Consultores Nacionales e Internacionales, esperamos nos hagáis llegar todas vuestras sugerencias de mejora y agradeceros de antemano el

que ésta sea un proyecto participativo de todos los enfermeros que nos dedicamos a la Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor

Os esperamos

Antonia Ballesteros

Directora de la revista Enfermería de Anestesia Reanimación y Terapia del dolor

Terapia medicinal con sanguijuelas para reducir el dolor

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº2 2020 / ISSN: 2529-9670

Martínez Pizarro, S.¹

1. Hospital comarcal de Huércal Overa. Almería. España.

Contacto: mpsandrita@hotmail.com

En La terapia medicinal con sanguijuelas o hirudoterapia, se ha utilizado desde hace miles años y se considera una de las prácticas médicas más antiguas conocidas. Las sanguijuelas son capaces de secretar más de 100 sustancias bioactivas con efectos analgésicos, bacteriostáticos, vasodilatadores, antiinflamatorios y anticoagulantes. Como consecuencia de ello en los estudios científicos actuales de los últimos años se ha propuesto el uso de la hirudoterapia para reducir el dolor¹.

En el estudio de Kulbida R et al² realizado en 2019 se presentó el caso clínico de un paciente con síndrome de dolor regional complejo crónico (SDRC) en la mano derecha. El SDRC es una enfermedad multifactorial asociada con el dolor incapacitante, así como con déficits sensoriales y motores. Este paciente fue tratado con cinco tratamientos de sanguijuela medicinal. En conjunto, la hirudoterapia condujo a un alivio rápido y sustancial de los síntomas, especialmente con respecto a las clasificaciones de intensidad del dolor y las asimetrías de temperatura de la piel. Además, la agilidad activa y pasiva del paciente de la extremidad afectada mejoró significativamente.

En el estudio de Hohmann CD et al³ realizado en 2018 se analizó la eficacia de la hirudoterapia en el tratamiento del dolor lumbar crónico. Los pacientes con dolor lumbar crónico fueron asignados al azar a recibir una sola sesión de tratamiento local con 4-7 sanguijuelas o cuatro sesiones semanales de terapia de ejercicios (1 hora cada una) dirigidas por un fisioterapeuta. El punto final primario fue un cambio en la intensidad promedio del dolor de espalda, medido usando una escala analógica visual (VAS) de 100 mm, después de 28 días. La puntuación media del dolor lumbar mejoró de 61.2 ±15.6 antes del tratamiento a 33.1 ±22.4 el día 28 en el grupo de terapia de sanguijuela (n=25) y de 61.6 ±14.8 a 59.8 ±16.7 en el grupo de terapia de ejercicio (n=19). También se encontraron beneficios significativos de la hirudoterapia con respecto al deterioro físico y la función, así como a la calidad de vida física. Los resultados mostraron que una sola sesión de hirudoterapia es más efectiva a corto plazo para reducir la intensidad del dolor y para mejorar la función física y la calidad de vida a medio plazo (4 semanas y 8 semanas,

respectivamente). La hirudoterapia con sanguijuelas parece ser un tratamiento efectivo para el dolor lumbar crónico.

En el estudio de Zaidi SM⁴ realizado en 2016 se presentó el caso clínico de una mujer de 60 años que sufría úlcera de pie diabético y se enfrentaba la posibilidad de una amputación inminente. La paciente tenía dolor intenso (80 mm en una escala analógica visual de 100 mm) en el pie. Además del tratamiento para la úlcera se aplicó hirudoterapia para reducir el dolor. La puntuación del dolor disminuyó a 0-10 mm en una escala analógica visual de 100 mm en 20 días y no se requirieron medicamentos adicionales para aliviar el dolor. Además durante un intervalo de tiempo de 3-5 meses, las áreas necróticas desaparecieron y la úlcera se curó por completo.

En el ensayo clínico de Shakouri A et al⁵ realizado en 2018 se examinó el efecto de la hirudoterapia en forma de gel (extracto de saliva de sanguijuela) para reducir el dolor en pacientes con osteoartritis. 60 pacientes fueron aleatorizados en dos grupos; el grupo A fue tratado solo con ejercicio fisioterapéutico durante 30 días, mientras que el grupo B fue tratado con hirudoterapia en gel y fisioterapia durante 30 días. Los resultados de la investigación mostraron que la reducir del dolor fue mayor en los pacientes del grupo B; en los cuales tras la aplicación de hirudoterapia en forma de gel durante un mes, el dolor se alivió hasta un 50%. Además, también mejoró la inflamación y la rigidez articular.

Tras examinar los estudios científicos expuestos anteriormente, realizados en los últimos años, se puede observar el potencial de la hirudoterapia para mitigar el dolor en el síndrome de dolor regional complejo crónico, en las úlceras del pie diabético, en la osteoartritis y en el dolor lumbar crónico.

Sin embargo, aunque la evidencia revisada muestre que se pueden esperar resultados positivos de la hirudoterapia, la pequeña cantidad de investigaciones realizadas en humanos y el escaso número de muestra de algunos de los estudios no es suficiente para establecer recomendaciones generalizadas. Por ello, se debe aumentar las investigaciones en este campo. Con ello se podrá examinar la eficacia y posibles complicaciones a corto y largo plazo, explorar su posible efecto sinérgico con otras terapias, examinar su eficacia sobre diversos tipos de dolor y en diversas patologías y analizar su rentabilidad económica. De esta forma, los profesionales sanitarios podrán ofrecer a los pacientes los mejores cuidados basados en las últimas evidencias científicas demostradas.

BIBLIOGRAFIA

1. Spear M. Medicinal Leech Therapy: Friend or Foe. *Plast Surg Nurs.* 2016; 36(3): 121-5. doi: 10.1097/PSN.000000000000152.
2. Kulbida R, Mathes A, Loeser J. Beneficial effects of hirudotherapy in a chronic case of complex regional pain syndrome. *J Integr Med.* 2019; 17(5): 383-386. doi: 10.1016/j.joim.2019.05.005.

3. Hohmann CD, Stange R, Steckhan N, Robens S, Ostermann T, Paetow A, et al. The Effectiveness of Leech Therapy in Chronic Low Back Pain. *Dtsch Arztebl Int.* 2018; 115(47): 785–792. doi: 10.3238/arztebl.2018.0785.
4. Zaidi SM. Unani treatment and leech therapy saved the diabetic foot of a patient from amputation. *Int Wound J.* 2016; 13(2): 263–4. doi: 10.1111/iwj.12285.
5. Shakouri A, Adljouy N, Balkani S, Mohamadi M, Hamishehkar H, Abdolalizadeh J, et al. Effectiveness of topical gel of medical leech (*Hirudo medicinalis*) saliva extract on patients with knee osteoarthritis: A randomized clinical trial. *Complement Ther Clin Pract.* 2018; 31:352–359. doi: 10.1016/j.ctcp.2017.12.001.

El trabajo enfermero bajo la mirada de los niños.

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº2 2020 / ISSN: 2529-9670

Clara Bendito-Barber¹, Bárbara Duque-González², Sandra Pons-Torres³, Begoña Moll-Benejam⁴, Dolores Natividad Luque-Guerrero⁵, Núria Ferrando-Bramona⁶.

1. Enfermera Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Mateu Orfila. Maó, España.
2. Enfermera. Dirección Enfermera. Área de Salud de Menorca. España
3. Enfermera. Unidad de Formación. Área de Salud de Menorca. España
4. Enfermera. Atención primaria. Centro Atención Primaria Canal Salat, Menorca. España.
5. Enfermera. Atención primaria. Centro Atención Primaria Dalt Sant Joan. Maó, España.
6. Enfermera. Pediatría. Hospital Mateu Orfila. Maó. España.

Contacto: Clara.bendito@gmail.com

RESUMEN

Objetivo principal: Visibilizar el rol de la enfermera en la población escolar. **Material y método:** Estudio quasi experimental pre y post intervención en centros escolares de educación primaria en Menorca. Se diseñó una sesión formativa y se analizó la visión sobre el trabajo de la enfermera, antes y después de la intervención. Se elaboró un cuestionario de satisfacción dirigido a los profesores. **Resultados principales:** 4 centros escolares, 202 alumnos. Se recogieron 397 respuestas, se clasificaron en 5 áreas temáticas. Se observaron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención. **Conclusión principal:** La intervención permitió observar que la visión inicial de los niños se basaba en conceptos más tradicionales (poner inyecciones, ayudar al médico, curar...) Tras la sesión se percibió una importante modificación de estas ideas y se incorporaron nuevos conceptos sobre las competencias enfermeras. **Palabras clave (descriptores MeSH/DeSC):** Rol de la enfermera, Educación en Salud, Enseñanza, Servicios de Salud Escolar.

ABSTRACT

Objective: To give visibility to the nurse's role in the school community. **Methods:** A quasi-experimental study was conducted pre and post intervention in schools of elementary education

of Minorca. A session was designed and the thoughts of the children about the nurse's role were analysed before and after the intervention. A satisfaction questionnaire was prepared for the teachers. **Results:** In a total of 4 schools, 202 students and 8 teachers gave 397 responses which were classified into 5 thematic areas. Statistically significant differences were observed between pre-and post-intervention. **Conclusions:** The intervention allowed us to observe that the initial view of children was based on the traditional idea as to give an injection, to assist the doctor or to treat. After the sesión we noticed an important change in the first idea and new concepts were added to the thinking of children about our professional responsibility. **Keywords:** Nurse's Role, Health Education, Teaching, School Health Services.

INTRODUCCION

La evolución de la enfermería se ha caracterizado por tener un camino largo y duro hasta que se ha reconocido como disciplina, con un pasado, una historia, unos conocimientos propios y unos métodos específicos¹.

La enfermería tiene sus orígenes en los cuidados de supervivencia en las primeras civilizaciones, a lo largo de la historia las enfermeras han ido adaptando sus cuidados a las necesidades de salud que requería la sociedad del momento^{1,2}.

Históricamente se ha visto a la enfermera como a la ayudante del médico y su único cometido era realizar tareas técnicas. Se la asociaba a estar escasamente cualificada, alejada de la ciencia y a tener poca capacidad para la toma de decisiones. Lo cual ha dificultado el desarrollo de un perfil más autónomo. Diversos autores coinciden en afirmar que la falta de autonomía, poder e independencia de la enfermería puede estar condicionada por su condición mayoritariamente femenina³⁻⁵.

Por otro lado, los medios de comunicación han ofrecido una imagen de la profesión únicamente femenina, en ocasiones denigrante, creando el estereotipo de profesión subordinada y dependiente de otros profesionales⁶.

Algunos autores han puesto de manifiesto la invisibilidad de los enfermeros en la valoración del servicio sanitario por usuarios del sistema público de salud y también de los cuidados que ofrecen y la dificultad para cuantificarlos^{7,8}.

Calvo Calvo reflexiona sobre la verdadera identidad de la enfermera, sobre sus aportaciones a la salud de las personas y la comunidad. La imagen que se había creado de los enfermeros no se ajustaba a la realidad, por este motivo es esencial que los enfermeros se comuniquen de manera eficaz con la sociedad y sean capaces de transmitir el mensaje⁶.

En la misma dirección, el autor Hernández Yáñez reflexiona sobre la responsabilidad de las enfermeras para dar visibilidad a los cuidados y tomar presencia como colectivo autónomo y con un claro perfil profesional, para ello es imprescindible diseñar un plan de comunicación⁹.

Debemos ser conscientes de cuál es la identidad de la enfermera para intentar proyectar públicamente lo mejor de esta imagen y construir así en la mente de la sociedad una imagen positiva. Las estrategias de comunicación deben ser las más atractivas posible para garantizar que la información sobre el trabajo de la enfermera se transmite eficazmente². Por este motivo la visibilidad podría verse beneficiada si aplicáramos diferentes iniciativas o campañas de marketing¹⁰.

De esta manera se conseguirá que se perciba a las enfermeras como profesionales de la salud con gran responsabilidad en promoción, mantenimiento y recuperación de la salud y empezar a abandonar así viejas creencias⁶.

Por todo lo expuesto anteriormente, coincidiendo con el día internacional de la Enfermería de 2017 y con el objetivo de mejorar la percepción que tiene la sociedad sobre las enfermeras, se planteó desarrollar una intervención para visibilizar el trabajo enfermero en las escuelas. De esta forma, se pretendía modificar las ideas preconcebidas entorno a la profesión.

OBJETIVOS

Objetivo general: Visibilizar el rol de la enfermera en la población escolar.

Objetivos específicos:

- Conocer la visión previa sobre la profesión enfermera.
- Determinar el cambio de visión del trabajo de la enfermera en los escolares tras nuestra intervención.
- Analizar la satisfacción de los profesores tras la intervención.

MATERIAL Y METODOS

Se diseñó un estudio quasi experimental pre-post intervención en cuatro centros escolares de educación primaria en Menorca.

La población del estudio la constituyeron:

- Alumnos de tercer y cuarto curso de educación primaria, de edades comprendidas entre 9-11 años.
- Profesores de los cursos en los que se realizó la intervención presente durante la sesión.

Se diseñó la intervención con una doble intención, en primer lugar, explicar el rol enfermero y en segundo desarrollar una acción que reforzara, de manera más práctica, diferentes competencias de la profesión. Por este motivo los contenidos que se trataron fueron: el rol de la enfermera, hábitos de alimentación saludables e higiene de manos.

Se planteó una intervención de 120 min que fomentase la participación de los alumnos. Cada uno de los temas se abordó con diversas estrategias pedagógicas y distintos materiales didácticos.

Con el fin de estandarizar la intervención se llevaron a cabo dos sesiones para unificar criterios entre el equipo responsable de la formación.

Desarrollo de la intervención:

- Rol de la enfermera: se decidió realizar un debate abierto. En primer lugar, todos los alumnos debían responder por escrito a la pregunta: “¿Cuál es el trabajo de una enfermera?”. A continuación, se les animó a compartir sus respuestas en público lo que dio paso al inicio del debate. Esto permitió conocer la opinión de los niños sobre la profesión enfermera y así poder redirigir aquellos conceptos erróneos y reforzar los correctos. Por otro lado, el material didáctico utilizado para esta acción fue un letrero de madera con la palabra CUIDAR que estuvo frente a los niños durante toda la intervención, convirtiendo esta palabra en el lema principal.
- Hábitos de alimentación saludables: Se explicó el proceso de la nutrición, adaptado al lenguaje y al nivel de conocimientos de los niños. Como soporte se utilizó una presentación con imágenes de alimentos. Por otro lado, se diseñó un juego basado en la pirámide alimentaria que consistía en colocar los alimentos y platos elaborados en su lugar dentro de la pirámide. Para favorecer la participación activa se distribuyó a los alumnos/as en grupos de trabajo.
- Higiene de manos: esta intervención se inició con una explicación sobre la importancia del lavado de manos y la relación con la salud.
A continuación, se proyectó un videoclip editado para la ocasión. El video versionaba el tema de Luis Fonsi “DESPACITO”, de moda en ese momento, y se realizó una coreografía, protagonizada por profesionales del Área de Salud, donde se mostraba la técnica correcta y la importancia del lavado de manos.
Tras la proyección del videoclip, todos los alumnos realizaron la técnica del lavado de manos con solución hidroalcohólica fluorescente. Para comprobar que la técnica fue correcta se utilizó una lámpara de luz ultravioleta.
Se puede acceder al vídeo en el siguiente link: <https://acortar.link/T21B4>
- Para finalizar la intervención educativa se repitió por escrito la pregunta inicial a los alumnos “¿Cuál es el trabajo de una enfermera?”

Instrumentos de recogida de datos

Para los alumnos/as se creó una hoja con una pregunta de respuesta abierta “¿Cuál es el trabajo de una enfermera?”. Dicha pregunta se realizó antes y después de la intervención.

En el caso de los profesores/as, para la valoración de la actividad, se diseñó un cuestionario autoadministrado adhoc con respuestas tipo Likert. Las preguntas hacían referencia a la

adecuación del contenido, las habilidades comunicativas de los docentes e interés de la charla. La encuesta se entregó al finalizar la sesión.

Análisis: Para el análisis de las preguntas a los alumnos se codificaron las respuestas y se agruparon por áreas temáticas. Para conocer si las diferencias pre post intervención eran significativas se aplicó el test de Fisher. En la encuesta a los profesores se realizó un análisis descriptivo con frecuencias, media, porcentajes y chi cuadrado.

RESULTADOS

Se visitaron 4 centros escolares, y se impartió la sesión en 8 clases, siendo un total de 202 alumnos y 8 profesores.

Profesores

Se recogieron 8 encuestas a profesores. Valoraron la actividad con una puntuación media de 4,375 (rango 1-5), siendo el ítem de aplicabilidad de conceptos en el día a día el mejor valorado (4,625 \pm 0.51). El peor valorado fue el tiempo asignado para la actividad (4,125 \pm 0,991).

Al analizar la valoración general por centro observamos que los centros A, B y C puntúan 5 y el centro D 3,33.

Todos los profesores excepto uno consideró interesante repetir la experiencia, siendo “hábitos saludables” el tema más solicitado (71,42%).

A la pregunta de “¿Ha cambiado tu percepción sobre el trabajo de la enfermería después de la intervención?” el 62.5% de los profesores contestó que no porque ya conocían su trabajo.

Alumnos

Se recogieron 397 respuestas (197 previas a la sesión formativa y 200 al finalizar), se desestimaron 12 por imposibilidad de lectura.

Por cada pregunta se obtuvo más de una función del trabajo de las enfermeras, siendo la media 2.29 funciones por respuesta. El total de ítems identificados pre-intervención fue 382 y post intervención 501.

Las respuestas se codificaron en 5 áreas temáticas cada una de ellas obtuvo diferentes ítems: Prevención (4), Funciones (10), Técnicas (10), Áreas de trabajo (5) y otros. Tabla1

Los ítems más repetidos en la fase pre-formación fueron: curar pacientes (109), ayudar pacientes (50), ayudar al médico (49), cuidar pacientes (43), administrar medicación (17) y revisiones (17).
Tabla1

Por otro lado, los ítems más repetidos en la fase post-formación fueron: cuidar pacientes (65), curar pacientes (58), consejos hábitos saludables (57), ayudar a pacientes (38), ayudar al médico (36), revisiones (31), higiene de manos (30) y vacunas (29). Ver Tabla1.

PREVENCIÓN	PRE	% Pre	POST	% Post	p
Consejo hábitos saludables	12	6,1	57	28,5	<0.001
Higiene de manos	0	0,0	30	15	<0.001
Revisiones	17	8,6	31	15,5	<0.05
Vacunas	14	7,1	29	14,5	<0.05
FUNCIONES					
Alimentar	1	0,5	5	2,5	n.s.
Atender pacientes	2	1,0	9	4,5	<0.05
Ayudante médico	49	24,9	36	18	0.11
Atención en partos	3	1,5	14	7	<0.05
Ayudar pacientes	50	25,4	38	19	n.s.
Cuidar Pacientes	43	21,8	65	32,5	<0.05
Curar Pacientes	109	55,3	58	29	<0.001
Diagnosticar	2	1,0	0	0	n.s.
Recetar	4	2,0	0	0	0.06
Tranquiliza/animar/consolar	2	1,0	9	4,5	<0.05
TÉCNICAS					
Administrar medicación	17	8,6	12	6	n.s.
Analíticas	3	1,5	7	3,5	n.s.
Arreglar huesos	7	3,6	5	2,5	n.s.
Curar heridas	7	3,6	8	4	n.s.
Hacer pruebas	1	0,5	1	0,5	n.s.
Inyecciones	15	7,6	6	3	<0.05
Operar	14	7,1	7	3,5	n.s.
Radiografías	1	0,5	3	1,5	n.s.
Suturar	4	2,0	3	1,5	n.s.
Transfusiones	2	1,0	3	1,5	n.s.
LUGARES DE TRABAJO					
Trabajar de noches	0	0,0	2	1	n.s.
Domicilio	0	0,0	11	5,5	0.001
Escuelas	0	0,0	2	1	n.s.
Geriátrico	0	0,0	13	6,5	<0.001
Helicóptero/barco/ambulancia	0	0,0	20	10	<0.001
OTROS					
Bailar	0	0,0	8	4	<0.01
Cualidades positivas	0	0,0	5	2,5	0.06
Trabajo independiente	0	0,0	1	0,5	n.s.
Pasear pacientes/ silla ruedas	3	1,5	1	0,5	n.s.
Alergias	0	0,0	1	0,5	n.s.
Trasplantes	0	0,0	1	0,5	n.s.

Tabla 1. Funciones de la enfermera pre y post intervención.
n.s: no significativo

En la fase de pre-intervención las aportaciones estaban relacionadas con el área temática de funciones y en menor número técnicas y prevención. En cambio, en la fase post-intervención aumentaron la prevención y las funciones, y además aparecieron dos áreas temáticas nuevas: “entorno de trabajo” y “otros”.

Se calculó el test exacto de Fisher para conocer las diferencias entre las intervenciones pre y post, resultando los 4 ítems del área temática de prevención estadísticamente significativos. Ver Tabla1.

Otros ítems significativos fueron los siguientes: atender pacientes, atención en partos, cuidar pacientes, curar pacientes, tranquilizar, inyecciones, domicilio, geriátrico y transporte sanitario. Ver Tabla1.

Al comparar el perfil profesional de las enfermeras que realizaron la intervención, se observó que las enfermeras procedentes de atención hospitalaria habían reforzado conceptos como ayudar, cuidar, higiene y tranquilizar y las de atención primaria revisiones, vacuna y domicilios, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Ver figura 1.

DISCUSION

Una comunicación adecuada con los ciudadanos y el sentimiento de responsabilidad de cada uno de los profesionales, son esenciales para mostrar una imagen más clara del cuidado enfermero^{10,11}. Adecuar y planificar la comunicación del rol enfermero podría aumentar la visibilidad de los cuidados de Enfermería¹².

A raíz de la intervención y según los resultados obtenidos, se observan cambios en cuanto a la percepción del rol enfermero. Se aprecia un aumento en el número de ítems recogidos después de la intervención, lo que demuestra que los alumnos tienen más conocimientos sobre la profesión enfermera.

Las estrategias pedagógicas escogidas influyeron en los resultados obtenidos. Así se evidencia en la intervención sobre la técnica de higiene de manos, donde la diferencia pre y post-intervención es estadísticamente significativa, ya que este concepto no aparecía en la fase previa. La causa del cambio podría deberse a la novedad de la temática y los recursos didácticos utilizados como el videoclip y la lámpara de luz ultravioleta. También se aprecia una diferencia significativa en los hábitos saludables, donde utilizamos una estrategia de juego.

Durante el desarrollo de la actividad se comprobó una elevada participación de los niños y niñas en todas las sesiones con un debate muy proactivo. Además, se evidenció un elevado conocimiento en alimentación entre los alumnos/as.

La intervención tuvo buena acogida entre el profesorado. Tras analizar las respuestas, el colegio donde se puntuó peor fue aquel en el que se organizó una única sesión con 50 alumnos. En el resto de colegios los grupos no superaron los 25 alumnos. Este hecho permitió una participación más activa, lo que nos revela que en grupos más reducidos el mensaje puede ser más efectivo.

Tras la intervención observamos que el videoclip utilizado como material didáctico tuvo gran repercusión y difusión entre la población a través de redes sociales alcanzando 9.983 visualizaciones en youtube.

Como limitación del estudio, se detectó que a pesar de haber realizado dos reuniones para unificar criterios y estandarizar la intervención, el perfil profesional de las enfermeras influyó en el desarrollo de la exposición y en los ejemplos utilizados durante la misma. Este hecho muestra que el concepto de enfermera que proyectamos puede depender del campo de trabajo de cada profesional y no de un concepto general del rol enfermero. Por otro lado, el efecto de la sesión se midió inmediatamente después de la intervención por lo que desconocemos el efecto que tiene a largo plazo.

Por último, no se ha encontrado bibliografía en la que se estudie el concepto de la figura de la enfermera en niños de edad escolar por lo que no hemos podido para comparar nuestros resultados.

CONCLUSIONES

La visión inicial de los alumnos/as se basaba en conceptos tradicionales como ayudante del médico, curar a los pacientes y poner inyecciones. Tras la intervención se observó que se habían modificado ideas preconcebidas y además incorporaron nuevos conceptos relacionados con las competencias enfermeras. Sin embargo, algunas de estas ideas como “la de ayudante del médico” siguen latentes, por lo que habría que seguir trabajando para depurarlas.

La intervención permitió conocer la visión de los niños/as sobre el rol enfermero e identificar los cambios producidos tras la misma. Consideramos esencial dar a conocer el trabajo de la enfermera a la población en general pero especialmente a los niños/as, ya que estableciendo una buena conexión con ellos apostamos por una buena relación enfermera- usuario con los adultos del mañana.

BIBLIOGRAFIA

1. García Carpintero Blas, E. Reflexión del papel de la enfermería a lo largo de la historia. *Enfermería Global* . 2007;11.
2. Calvo Calvo MA. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Índex de Enfermería*. 2011;20(3).
3. Celma Vicente M, Acuña Delgado A. Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de Antropología Experimental*. 2009;9:119-136.
4. Fahl Kemmer L, Paes da Silva MJ. La visibilidad del enfermero según la percepción de los profesionales de comunicación. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(2).

5. Arroyo Rodríguez, A., Lancharro Taverro, I., Romero Serrano, R., & Morillo Martín, M. (2011). La Enfermería como rol de género. *Index de Enfermería*, 20(4), 248-251.
6. Calvo Calvo MA. Divulgación científica de la Historia de la Enfermería. *Temperamentvm* 2005; 1. Disponible en <http://www.temperamentvm.com/1revista/a0105.php> Consultado el 3 de mayo de 2017.
7. Serrano del Rosal R, Ranchal Romero J. La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. *Index Enferm.* 2010;19(1)
8. Marchador Pinillos, Beatriz. Influencia de la prensa escrita en la imagen de la profesión enfermera. *Biblioteca Lascasas*, 2005;1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0011.php> Consultado el 3 de mayo de 2017.
9. Hernández Yáñez JF. La enfermería frente al espejo: Mitos y realidades. 2010. Disponible en: http://www.asanec.es/pdf/La_enfermeria_frente_al_espejo_mitos_y_realidades.pdf Consultado el 3 de mayo de 2017.
10. Fernández Salazar S, Ramos Morcillo AJ. Comunicación, imagen social y visibilidad de los Cuidados de Enfermería. *ENE. Revista de Enfermería*. 2013;7(1).
11. González I. Cantos de Sirena. En: *Cuidando.es* [Internet]. España. 2013. Disponible en: <http://www.cuidando.es/24h24p-2013> Consultado el 3 de mayo de 2017.
12. Del Pino Casado, R., & Martínez Riera, J. R. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud. *Rev Adm Sanit*, 2007;5(2), 311-37.

El profesional de enfermería anestésista en España. Revisión de la literatura.

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº2 2020 / ISSN: 2529-9670

García López, M.J.¹; Rocío Romero-Serrano, R.²

1. Enfermera en Servicio de Medicina Interna, Orden Hospitalaria San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos (Sevilla), España.

2. Enfermera. Doctora en el área de enfermería. Profesora titular en el centro universitario de Enfermería de San Juan de Dios. Adscrito a la Universidad de Sevilla. Bormujos (Sevilla), España. España.

Contacto: mjgarcilop@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo principal: Conocer la situación actual de la EARTD en España. Objetivos específicos: Conocer las unidades de trabajo de la EARTD. Describir las competencias de la EARTD. Conocer los diagnósticos NANDA, criterios de resultados NOC e intervenciones NIC más utilizados por la EARTD. **Metodología:** Se realiza una revisión de literatura sobre la EARTD. La cadena de búsqueda utilizada ha sido: enfermera anestésista y anestesia y Nurse Anesthetists and Anesthesia. Los idiomas de los artículos incluidos fueron en inglés y español. Las bases de datos consultadas fueron: Cuiden, Dialnet, Cinahl y Pubmed. Sin acotación de fechas. La búsqueda incluye hasta el año 2019. **Resultados:** En España no está reconocida la especialidad de la EARTD. Sus competencias y unidades de trabajo en España se han ido estableciendo según las necesidades encontradas en cada momento y a día de hoy son diversas las unidades en las que desarrolla su trabajo. **Conclusiones:** En España al no estar reconocida la especialidad, ciertas universidades proporcionan una formación específica postgrado mediante la categoría de máster. **Palabras clave (descriptores MeSH/DeSC):** enfermera anestésista, anestesia.

ABSTRACT

Objective: To know the current situation of the nurse anesthetist, resuscitation and pain therapy specialist (NARPT) in Spain. Specific objectives: To know the NARPT work units. To describe the competences of the NARPT. To know the diagnosis system of the NANDA. To know the NOC as well as the NIC. **Methods:** The work consists of a literature review about NARPT. The bibliographic keywords search used have been: "Nurse Anesthetists and Anesthesia". The languages of the

articles included were in English and Spanish. The databases used are Cuiden, Dialnet, Cinahl and Pubmed. Without date limits. The search includes up to the year 2019. **Results:** Nowadays, the Spanish Government doesn't recognize the nurse anesthetist, resuscitation and pain therapy specialty. His competences and work units in Spain have been established according to the needs found. Nowadays there are several units in which the nurse anesthetist develops his work. **Conclusions:** Since there is not a formal education for the nurse anesthetist, some universities provide a specific postgraduate education. **Keywords:** Nurse Anesthetists, Anesthesia.

INTRODUCCION

La enfermera anestesista, reanimación y terapia del dolor (EARTD) es definida por la Asociación internacional de Enfermería de Anestesia como: "Una enfermera de anestesia provee o participa en la realización de técnicas avanzadas o especializadas y servicios de anestesia a pacientes que requieran de los mismos, cuidados respiratorios, resucitación cardiopulmonar y/o otras emergencias o servicios de mantenimiento de la vida cuando sea necesario. Igualmente participa en la aplicación de las diferentes técnicas analgésicas tanto para el dolor agudo, como en el crónico, en el ámbito de las clínicas y unidades de dolor."¹

Como el área quirúrgica tiene unas características específicas con respecto al resto de servicios hospitalarios, cuenta con profesionales sanitarios expertos en el campo que deben de tener sus funciones perfectamente delimitadas para evitar equivocaciones que puedan dañar la salud de los pacientes.²

En la actualidad no se encuentra reconocida como especialidad en España, el número de profesionales de enfermería que ejercen acciones relacionadas con la anestesia es muy elevado y sus competencias cuentan con áreas como preanestesia, perioperatoria, unidades de reanimación, de dolor agudo y crónico, sedaciones fuera del área quirúrgica y cirugía menor.^{1,3,4} En España principalmente es la enfermera circulante la que asume el apoyo al anestesista y no hay figura de EARTD como tal. Aunque es un campo desconocido y poco reconocido actualmente aparece un aumento de la demanda en las diferentes instituciones sanitarias por lo que surge la necesidad de la regulación de sus competencias dentro de la enfermería y el reconocimiento de la práctica avanzada.³ Hoy en día diversas universidades españolas imparten una formación postgrado con título de máster y que compete a la anestesia, reanimación y terapia del dolor.¹ según el país e incluso dentro de España según la comunidad autónoma en dónde se ejerza la profesión, la formación y trabajo se abordarán de forma diferente.²

Al ser un área tan específica se han creado asociaciones como la Federación Internacional de Enfermeras Anestésistas con el fin de que en diferentes países se trabaje y se imparta una educación similar para así disminuir el número de errores y mejorar los cuidados que se dan al enfermo. En todo caso, en lo que se prioriza es en la seguridad del paciente, La Guía de práctica clínica para la seguridad del paciente así lo reconoce y en ella recoge recomendaciones basadas

en los resultados de la literatura científica para fomentar el uso de intervenciones y estrategias con el objetivo de reducir las complicaciones en cirugía.^{5,6,7,8}

OBJETIVO

Tras todo lo expuesto anteriormente nos planteamos como objetivo principal: Conocer la situación actual de la EARTD en España.

Y como objetivos específicos:

- Conocer las unidades de trabajo de la EARTD.
- Describir las competencias de la EARTD.
- Conocer los diagnósticos (NANDA), criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) más utilizados por EARTD.

MATERIAL Y METODO

Se realiza una revisión de literatura sobre la EARTD. La cadena de búsqueda utilizada ha sido: enfermera anestésista y anestesia (Nurse Anesthetists and Anesthesia). No se han establecido tramos temporales, la búsqueda incluye hasta el año 2019 inclusive. Los idiomas de los artículos para la selección fueron en inglés y español. Las bases de datos consultadas han sido: Cuiden, Dialnet, Cinahl y Pubmed. El criterio de inclusión de un artículo se basa en la información que aporta sobre las competencias, las unidades de trabajo y planes de cuidados de enfermería en el campo de la anestesia tanto en quirófano como en otras unidades, así, se ha descartado cualquier artículo que no hable de la enfermera anestésista.

Para ello, se llevó a cabo el protocolo de revisión de los estudios, donde se observan tanto los criterios inclusión como los de exclusión y la síntesis de datos (tabla 1).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Documentos sobre la temática elegida, publicados en revistas o webs oficiales. Idioma: inglés o español.
ESTRATEGIA DE ADQUISICIÓN DE DATOS	Se llevó a cabo en tres pasos unidireccionales y excluyentes: En primer lugar, la lectura del título, en segundo lugar, la lectura de los resúmenes y, por último, se procedió a la lectura exhaustiva de aquellos artículos que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 1. Protocolo de revisión. Elaboración propia

A continuación, podemos observar el diagrama de flujo en el que se expone el proceso de búsqueda de documentos a través de las diferentes bases de datos y los resultados obtenidos (Fig.1)

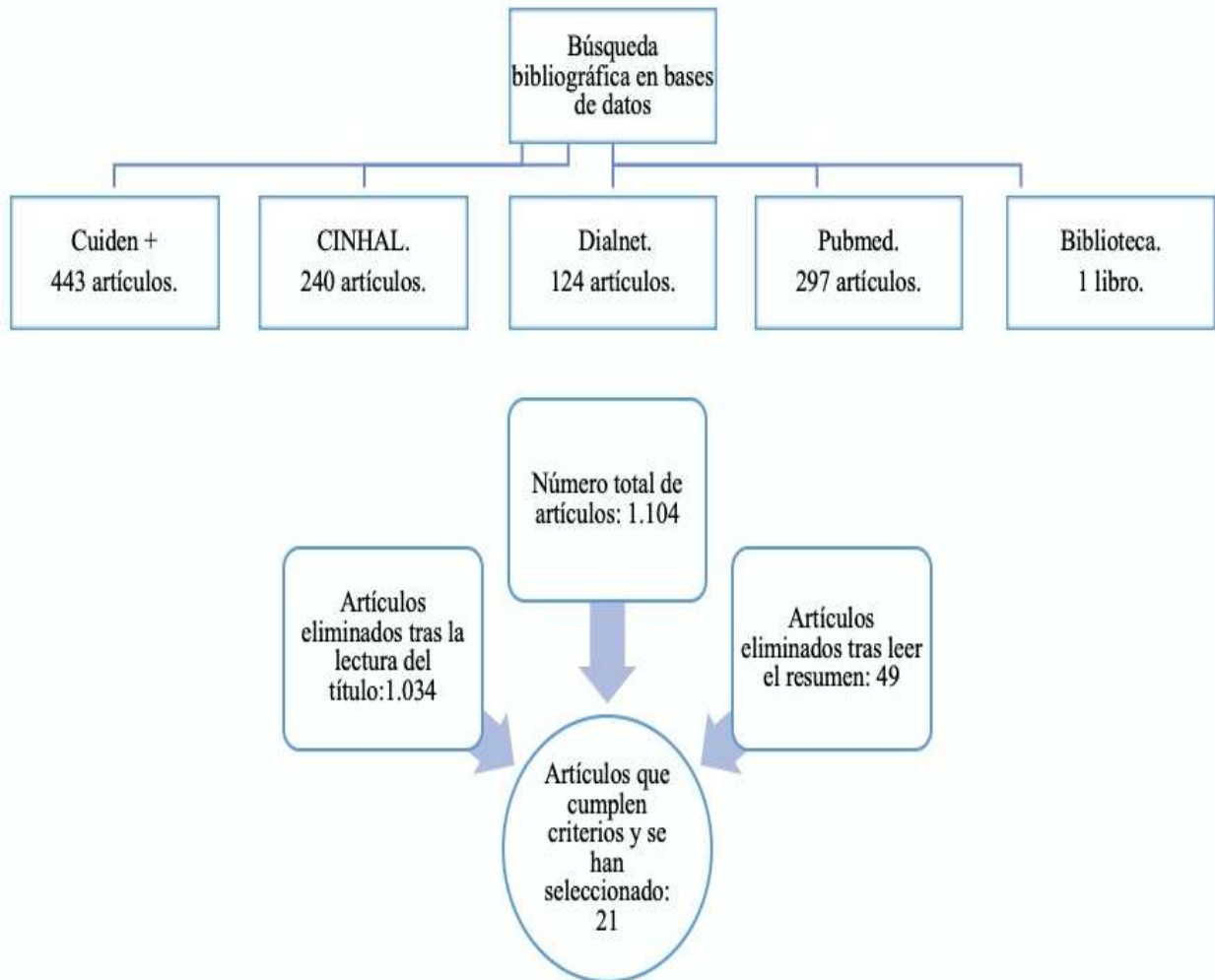


Fig.1 Diagrama de flujo. Fuente: Elaboración propia

A modo de ejemplo se presenta cómo se realizó la búsqueda en Cuiden plus: Se realizó la búsqueda de tres formas: primero introduciendo las palabras claves: enfermera anestésista y anestesia y el resultado fue de 5 artículos, luego los hicimos con enfermera anestésista y el resultado fue 15 artículos y luego con anestesia y el resultado fue de 423 artículos.

RESULTADOS

Para el trabajo se utilizaron finalmente 21 artículos en total que cumplían los criterios de selección; de los cuales el 4.8% hacía referencia las unidades de trabajo de la EARTD, el 8.7% a las competencias de la EARTD, y 14.3% a los diagnósticos (NANDA), criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) más utilizados por EARTD. El 76,1% de los estudios se realizaron en Europa, el 4,8%, en Oceanía, el 4,8% en América del Sur, y el 14,3% en América del Norte. Las características de los artículos son muy variadas: guías de actuación, revisiones sistemáticas y clasificación de resultados, entre otras.

DISCUSION

La Tras la consulta en las distintas bases de datos y aplicación de nuestros criterios de inclusión y exclusión. Exponemos lo siguiente:

Como resultado del objetivo 1: Conocer las unidades de trabajo de la EARTD en España se recogen las diferentes áreas en las que participa la EARTD, son aquellas en las que se utilizan procedimientos y tratamientos anestésicos:

Áreas de exploraciones no invasivas (ginecología, radiología, endoscopia y terapia electrocompulsiva TEC)

Salas de preanestesia

Quirófano

Unidades de recuperación posanestésica (URPA)

Unidades de reanimación postquirúrgica (RPQ)

Clínicas del dolor, Unidades del dolor agudo

RCP y emergencias hospitalarias y extrahospitalarias

Emergencias extrahospitalarias¹

Como resultado del objetivo 2: Describir las competencias de la EARTD en España se recoge:

Preoperatorio.

Las actividades de la EARTD en la consulta de preanestesia: es primordial establecer los cuidados del paciente junto con el anesesiólogo para identificar factores de riesgo en el proceso de la anestesia y cirugía. Se realiza una entrevista al paciente llevando a cabo un cuestionario que recoge datos tales como su peso, tensión arterial, frecuencia cardíaca, sus antecedentes personales, la presencia de signos de infección o lesiones cutáneas, se recoge el tratamiento habitual y si padece

algún tipo de alergias. A continuación, se realiza una valoración psicológica para determinar el nivel de ansiedad que presenta el paciente y dónde se recogen datos sobre su estado mental, temores, creencias religiosas entre otros. Tras ello, hay una planificación de métodos para enseñar al paciente ejercicios respiratorios, preparación intestinal, preparación cutánea e higiene, así como para la realización de analíticas y pruebas diagnósticas, todo ello en función de sus necesidades. Y termina, con la explicación de la asistencia de enfermería en el preoperatorio. Siempre se intenta una implicación por parte de la familia en todo el proceso. Es de vital importancia en esta consulta la detección de alergias medicamentosas y alimentarias y de enfermedades crónicas, siendo la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y valvulopatías las mayores causas de mortalidad y morbilidad Perioperatoria.^{1,9,10}

La American Society of Anesthesiologist (ASA) utiliza una clasificación para evaluar el estado físico del paciente en función de su situación física en donde nos encontramos Clasificación ASA 1 en paciente sano normal con ausencia de alteraciones orgánicas, fisiológicas o psiquiátricas, hasta llegar a ASA 6 en paciente con muerte cerebral declarada y que se le realiza extracciones orgánicas para su donación.¹¹

Las actividades en el preoperatorio inmediato, antes de la entrada del paciente al quirófano se realiza una lista de verificación de actos quirúrgicos o checklist: comprobación del correcto funcionamiento del aparataje que se va a utilizar (respiradores, mesa de anestesia, bombas de infusión...), comprobación de drogas anestésicas y medicación de soporte y material de la vía aéreas. También, la colocación de mesas estériles para los diferentes accesos: arteriales, periféricos, centrales, punciones raquídeas, sueroterapia, estupefacientes, carro de paradas, la presencia de consentimiento anestésico y quirúrgico y preparación de la zona a intervenir.^{5,10,11,12}

Se prepara la de medicación anestésica y analgésica que será administrada por anestesiología y que para la prevención de errores se procede a la colocación inmediata de etiquetas de colores de las jeringas cargadas, con el fin de que quede diferenciada la medicación utilizada en la mesa de anestesia y área de reanimación.¹³ El color de las etiquetas viene protocolizado por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) y el Sistema de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR), con dicho método se fortalece la seguridad del paciente quirúrgico y aumenta la confianza entre los profesionales a la hora de la administración de dicha medicación. “La Declaración de Helsinki sobre la seguridad y anestesia recomienda explícitamente que todas las instituciones sanitarias implanten protocolos y proporcionan etiquetas específicas para las jeringas utilizadas durante la anestesia”. El uso de etiquetado no deja libre de la obligación del profesional de enfermería de verificar “nombre de la medicación, dosis y fecha de caducidad”.^{14, 15} La proporción de errores en la administración de medicación en el área de anestesia es elevada y también disminuye el probable error de la vía de administración, debido a que un mismo medicamento puede tener diferentes vías de administración. El ISMP-España trabaja en los errores cometidos por la similitud en el nombre de medicamentos y elabora un listado de

medicamentos de alto riesgo y un listado de abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociados a errores de medicación.^{16, 17}

Intraoperatorio.

En la recepción del paciente el principal objetivo es reducir su grado de ansiedad y orientar los cuidados de manera individualizada. Se realiza el listado de verificación checklist con el que se consigue una prevención más eficaz de los efectos adversos del área quirúrgica y que consiste en confirmar la identidad del paciente para contrastarla con la historia clínica y la pulsera identificativa, confirmación del diagnóstico preoperatorio, alergias, ayuno (8 horas para alimentos sólidos y 2 para líquidos), se coordina y participa en la colocación del paciente, se encarga de la permeabilidad del acceso venoso y monitorización. Además, en la preparación del paciente se tendrán en cuenta evitar riesgos de lesión como infección, traumatismo, hipotermia e hipertermia maligna.^{18,19} También se cateteriza la vía venosa, monitorización hemodinámica y respiratoria, sedación, profilaxis antibiótica y antiemética, según pauta médica y oxigenación¹.

El apoyo emocional mientras el paciente esté despierto es muy importante. No dejarlo nunca solo y prepararlo para la técnica anestésica con su colaboración. Minimizar el grado de ansiedad o temor del momento, ya que un grado de ansiedad elevado produce en el paciente un aumento de inestabilidad vascular y de arritmias durante el proceso de anestesia e intervención quirúrgica, promueven el aumento de infecciones, una recuperación más tardía y por lo tanto, de una estancia hospitalaria más prolongada. Se comprueba que con una entrevista y visita previa a la intervención quirúrgica se reduce el estado de ansiedad del paciente y familiar y presentando un aumento del nivel de bienestar, seguridad y satisfacción del paciente.^{20,21} Como dato destacar, el paciente masculino de edad avanzada con bajo nivel de estudios y trabajo inestable presenta un nivel medio alto de ansiedad.^{22,23}

Durante el proceso quirúrgico las competencias de la EARTD en la inducción y mantenimiento de la anestesia son: participa conjuntamente con el anestesiólogo en la realización de la técnica anestésica y como objetivos debe conseguir que el paciente se duerma tranquilo, facilitar que la intervención quirúrgica transcurra sin incidencias y proporcionar seguridad y protección al paciente.^{1,5}

Los procedimientos a seguir a nivel intraoperatorio son elevados entre los que podemos mencionar: manejo de la vía aérea, canalización de vías venosas y arteriales (es exclusiva del anestesista vía venosa central cuando el acceso es vía yugular interna, externa o subclavia), asistir con el anestesista en la intubación y extubación, realización de sondaje, monitorizar a nivel cardiovascular, ventilación neuromuscular y SNC, colocación adecuada del paciente en la mesa quirúrgica teniendo en cuenta la seguridad y protección del mismo, tener en cuenta el riesgo de hipotermia, control de constantes, sueroterapia y hemoderivados, administración de la medicación prescrita, anotaciones de la evolución e incidencias ocurridas durante el proceso.¹ Seguimos con la desconexión de monitores y utensilios, revisión de vías y drenajes antes de su traslado y

acompañamiento a la unidad de recuperación posanestésica (URPA) o unidad de reanimación postquirúrgica (RPQ). Siempre hay que tener preparado el carro de intubación, reanimación cardiopulmonar, el desfibrilador, y en el caso que se prevea sangrado masivo el material correspondiente.¹

Postoperatorio.

Unidades de recuperación posanestésicas (URPA): debe estar situada cerca del quirófano, en ella el paciente suele estar entre minutos y horas. Se le proporciona una atención específica para prever complicaciones que puedan aparecer con una monitorización cardiológica y respiratoria y seguimiento del tratamiento administrado. Se realiza control de temperatura y valoración a nivel neurológico (despertar, sedación, agitación) y del dolor (analgesia prescrita). Se revisan drenajes, apósitos, estado de la piel y mucosas, diuresis y líquidos y se lleva a cabo la administración de hemoderivados y sueroterapia. Se le proporciona apoyo emocional explicándole en todo momento lo que se le va a practicar. Se establecen como criterios de alta la presencia o no de náuseas o vómitos, dolor, niveles de saturación de oxígeno, constantes vitales, movilidad, ingesta oral, diuresis y antecedentes personales. Por lo tanto, el enfermo con diuresis positiva, escaso dolor (sin dolor de cabeza), pleno estado de lucidez, sin presencia de náuseas o vómitos (tras la ingesta de alimentos y líquidos) cumple con los criterios adecuados para su alta de la unidad.^{1,24}

La EARTD en la unidad de reanimación postquirúrgica (RPQ): es una Unidad propia del Servicio de Anestesiología con capacidad para la asistencia continuada de pacientes postoperados que estén o puedan estar en estado crítico. Por lo general reciben pacientes operados de cirugía mayor abdominal, ginecológica, trasplantes, cardio-vascular, entre otros. La atención de enfermería se centrará en el dolor postquirúrgico, en la terapia respiratoria, una atención de emergencia vital, registro de gráficas, comunicación enfermera-paciente-familia y alta del paciente.¹

Su competencia en clínicas de dolor y unidades de dolor agudo son: realización de una valoración inicial del enfermo para conocer las características del dolor, efectos de tratamientos anteriores, cómo repercute en su vida diaria y diferencia entre agudo y crónico. La explicación de la técnica a realizar para disminuir la ansiedad del paciente y el tratamiento prescrito es primordial para este tipo de pacientes.¹

Como resultado del objetivo 3: Conocer los diagnósticos (NANDA), criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) más utilizados por EARTD se recoge una valoración integral del paciente siguiendo el modelo de Necesidades básicas de Virginia Henderson.

Los problemas más frecuentes se etiquetan con un diagnóstico (NANDA) que va acompañado de los resultados esperados (NOC), y las intervenciones (NIC) enfermeras orientativas y necesarias para corregir cada situación disfuncional detectada y que se adecuan a cada usuario.^{25,26,27} En las siguientes tablas (Tabla 2, 3, 4 y 5) mostramos los diagnósticos, los criterios de resultados y las intervenciones más prevalente respecto a los cuidados de enfermería en anestesia:

[00147] Ansiedad ante la muerte		
Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada para la propia existencia.		
Características:	NOC relacionados:	NIC relacionados:
Pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía	[1201] Esperanza	[5420] Apoyo espiritual
Preocupación por la sobrecarga del cuidador	[1402] Autocontrol de la ansiedad	[7040] Apoyo al cuidador principal
Temor a la pérdida de las capacidades mentales durante la agonía	[1210] Nivel de miedo	[6040] Terapia de relajación
Temor a una muerte prematura	[1211] Nivel de ansiedad	[5820] Disminución de la ansiedad
Temor al sufrimiento relacionado con la agonía	[2109] Nivel de malestar	[5230] Mejorar el afrontamiento

Tabla 2. De elaboración propia

[00087] Riesgo de lesión postural perioperatoria		
Definición: Vulnerable a cambios anatómicos y físicos accidentales como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/invasivo, que pueden comprometer la salud		
Características:	NOC relacionados:	NIC relacionados:
Alteraciones sensitivo-perceptivas debidas a la anestesia	[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas	[842] Cambio de posición: intraoperatorio
Desorientación	[0901] Orientación cognitiva	[4820] Orientación de la realidad
Edema	[0204] Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	[4062] Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial
Inmovilización	[1902] Control del riesgo	[4070] Precauciones circulatorias

Tabla 3. De elaboración propia

[00249] Riesgo de úlcera por presión		
Definición: Vulnerable a una lesión localizada de la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión combinada con cizallamiento (NPUAP, 2007)		
Características:	NOC relacionados:	NIC relacionados:
Adulto: puntuación en la escala Braden <18	[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas	[3540] Prevención de úlceras por presión
Antecedentes de úlceras por presión	[0407] Perfusión tisular periférica	[3590] Vigilancia de la piel
Hipertermia	[1922] Control del riesgo: Hipertermia	[4070] Precauciones circulatorias
Incontinencia	[0502] Incontinencia urinaria	[1801] Ayuda con el autocuidado: Baño / Higiene
Deshidratación de riesgo	[1008] Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquido	[5246] Asesoramiento nutricional

Tabla 4. De elaboración propia

[00254] Riesgo de hipotermia peroperatoria		
Definición: Vulnerable a un descenso accidental de la temperatura corporal central por debajo de 36 °C que puede ocurrir desde una hora antes hasta 24 horas después de la cirugía y que puede comprometer la salud		
Características:	NOC relacionados:	NIC relacionados:
Anestesia combinada, regional y general	[1923] Control del riesgo: hipotermia	[3900] Regulación de la temperatura
Complicaciones cardiovasculares	[0400] Efectividad de la bomba cardíaca	[4040] Cuidados cardíacos
Temperatura ambiental baja	[0800] Termoregulación	[3900] Regulación de la temperatura
Anestesia combinada, regional y general	[0802] Signos vitales	[6680] Monitorización de los signos vitales
Procedimiento quirúrgico	[2305] Recuperación quirúrgica: Postoperatorio inmediato	[6680] Monitorización de los signos vitales

Tabla 5. De elaboración propia

CONCLUSIONES

Respecto a conocer las unidades de trabajo de la EARTD en España, se aclaran las unidades en las que participa la EARTD, y se encuentran entre otras áreas de exploraciones no invasivas (ginecología, radiología, endoscopia y terapia electrocompulsiva TEC), salas de preanestesia, visita de preanestesia, Quirófano, Unidades de recuperación posanestésica (URPA), Unidades de reanimación postquirúrgica (RPQ), Clínicas del dolor, Unidades del dolor agudo, Obstetricia, RCP y emergencias hospitalarias, emergencias extrahospitalarias, Cirugía Menor y Mayor Ambulatoria.

En cuanto a las competencias de la EARTD en España, se observan que son amplias en cada unidad. Éstas van, desde la entrevista al paciente en el preoperatorio para detectar posibles factores de riesgo, pasando por la revisión de todo el aparataje, la medicación del intraoperatorio hasta llegar a la URPA y la atención en la recuperación postanestésica, entre otras.

Y, por último, en cuanto a los diagnósticos NANDA relacionados con enfermería en anestesia encontramos: Riesgo de lesión postural perioperatoria, Ansiedad ante la muerte, Riesgo de úlcera por presión y Riesgo de hipotermia perioperatoria.

Así que podemos concluir tras lo desarrollado anteriormente que en España aún no está reconocida la especialidad de enfermería en anestesia con un número de profesionales de enfermería cada vez mayor que realizan trabajo relacionado con el campo de la anestesia. “En un primer momento era un profesional que ayudaba al anestesiólogo en quirófano, pero en la actualidad es un profesional que proporciona cuidados de enfermería especializados desarrollando su trabajo en diferentes áreas”.

La evolución del profesional de enfermería en anestesia ha sido diferente según su ubicación geográfica, en España la forma de tener una formación específica es a través del postgrado en la categoría de máster.

Como limitación del estudio, podemos remarcar que al ser un tema relativamente nuevo la búsqueda de información ha sido dificultosa, por su desconocimiento en general, tanto para profesionales que no pertenecen al área e incluso dentro de la misma enfermería de quirófano. Por ello creemos que estudios como este pueden ayudar a la visibilización y reconocimiento de la EARTD en España.

BIBLIOGRAFIA

1. Competencias y funciones de la Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor [Internet] Peix Sagués MT, Pérez Castro A. Cataluña, Aseedar-td 2012 (consultado el 16/04/2019); p. 14-21. Disponible en: <http://www.aseedar-td.org/competencias>

2. Bellido Vallejo JC, Estepa Osuna MJ, Fernández Salazar S, Quero Vallejo JC. Identificación y estandarización de la actividad intraoperatoria de la enfermera de apoyo a la anestesia. Biblioteca Las casas [Internet] 2010. 6(3). Consultado el 4 de mayo de 2019. Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0549.php>
3. Sanclemente Dalmau M, Gómez Ibañez R, Rubinat Arnaldo E, Galbany Estragués P. La situación de las enfermeras de anestesia en España: ¿Pueden considerarse de práctica avanzada? Enferm. anest.-reanim. Ter. Dolor [Internet] 2018. Vol.3 nº2. Consultado el 15 de abril de 2019. Disponible en: <http://www.aseedar-td.org/articulo/206>
4. European School Health Education [Internet]. Consultado el 4 de mayo de 2019. Disponible en: <https://www.eshe.es/curso/especialista-universitario-en-anestesiologia-quirurgica-para-enfermeria>.
5. Gálvez Gómez V, García Alemán L. Seguridad de los pacientes quirúrgicos.; Inquietudes [Internet] XVII (45):22-27. Consultado el 23 de abril de 2019. Disponible en: <http://www.index-f.com/inquietudes/45pdf/4522.pdf>.
6. Guía de Práctica Clínica para a Seguridad del Paciente Quirúrgico. Consultado el 05 de mayo de 2019. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIAQS_compl.pdf
7. Tenedios C, O'Leary S, Capocci M, Desai SP. History of anaesthesia: Nurse anaesthesia practice in the G7 countries (Canada, France, Germany, Italy, Japan, the United Kingdom and the United States of America). Eur J Anaesthesiol [Internet] 2018. 35(3):158-164. Consultado el 23 de abril de 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29381592?repor>.
8. Carranza Ramírez A. Contribuciones de enfermería a la anestesiología en Costa Rica. REVENF [Internet] 2016. 30:1-12. Consultado el 22 de abril de 2019. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i30.22209>.
9. Horton BJ, Anang SP, Riesen M, Yang HJ, Björkelund KB. Proceso de Acreditación del Programa de Anestesia de la Federación Internacional de Enfermeras Anestésistas. International nursing review en español: revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras [Internet] 2014. Vol. 61, N.º. 2, págs. 305-309. Consultado el 22 de abril de 2019. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4917898>.
10. Calvo Villa G. Técnicas del TCAE en el quirófano [Internet]. Consultado el 27 de diciembre de 2019. Disponible en: https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/quiروفano_auxiliares.pdf.
11. Campos Pavón J, Ruiz Mateos B, Tajima Pozo K, Cecilia Gallardo AM, Munguía Gallardo AM, López Ble R. Editores. Manual de Enfermería Perioperatoria. (1ª edición). Iceberg Visual Diseño, S.L.N.E. Madrid. 2006
12. Sarabia Cobo CM. González de la Guerra JM, Torres Manrique B, González Campo M. El checklist: avance hacia la excelencia en calidad asistencia. Metas Enferm [Internet] 2013.

- 16(7):12-16. Consultado el 14 de abril de 2019. Disponible en <https://medes.com/publication/85884>.
13. Barceló Pedreño M, Hernández Pardo E, Rodríguez Navarro MA, Alejo Díaz C, García Fernández MR, Ruíz Quiñonero I. Prevención de errores: medicamentos etiquetados con pegatinas de colores y estandarización de la mesa de anestesia. *Enferm. anest.-reanim. Ter. Dolor* [Internet] 2018. Vol.3 nº2. Consultado el 14 de abril de 2019. Disponible en: <http://www.aseedar-td.org/articulo/208>.
14. Instituto para el uso seguro de medicamentos ISMP [Internet]. Consultado el 14 de abril de 2019. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org>.
15. Recomendaciones para el etiquetado de los medicamentos inyectables que se administran en Anestesia. [Internet]. 2011. Consultado el 14 de abril de 2019. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org>.
16. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos [Internet]. Lista de medicamentos de alto riesgo. ISMP-España. Consultado el 14 de abril de 2019. Diciembre 2007. Disponible en: http://www.ismpespana.org/ficheros/medicamentos_alto_riesgo.pdf.
17. Otero López MJ, Martín Muñoz R, Domínguez-Gil Hurlé A. Abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociados a errores de medicación. *Farm Hosp.* [Internet]. 2004. 28:141-4. Consultado el 15 de abril de 2019. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/abreviaturas.pdf>.
18. Sorli Latorre D, Rubio Lahoz N, Sorli Latorre P. Prevención y manejo de la hipotermia en el periodo perioperatorio. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2016. 19(7): 71-76. Consultado el 22 de abril de 2019. Disponible en: <https://medes.com/publication/115080>.
19. Mont Esbert M, Castillo Lucas R. Actuación de Enfermería ante la Hipertermia Maligna. *Enferm. anest.-reanim. Ter. Dolor* [Internet] 2018. Vol.3 nº2. Disponible en: <http://www.aseedar-td.org>. Consultado el 22 de abril de 2019.
20. García Cuadrado M, Sánchez Alonso S, Olmedo Gómez C, Bravo Cepeda E, Federico Alonso M. Intervención enfermera prequirúrgica para el manejo de la ansiedad. *Metas Enferm* [Internet] 2016. 19(10): 50-53. Consultado el 17 de abril de 2019. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com.us.debiblio.com>
21. Melchior LMR, Soares Barreto RAS, Prado MA, Amorim Caetano KA, Queiroz Bezerra AL, de Sousa TV. Predictores de ansiedad preoperatoria moderada y grave en pacientes quirúrgicos hospitalizados. *Enferm. glob.* [Internet]. 2018. 17 (52): 64-96. Consultado el 17 de abril de 2019. Disponible en: <https://digitum.um.es>.
22. Yilmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of clinical nursing* [Internet] 2012. 21(7 - 8): 956-64. Consultado el 17 de abril de 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
23. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand.* [Internet] 2001. 45(3): 298-307. Consultado el 17 de abril de 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.

24. Martínez Rosa M, Torres Rodilla MJ. Anestesia en Oftalmología. Invest & Cuid [Internet] 2014. 12(29): 27-30. Consultado el 22 de abril de 2019. Disponible en: http://www.bibliotecadigitalcacova.com/contenido/revistas/cat4pdf/Inves_y_Cuid_29_web.pdf.
25. NANDA International, Inc. NURSING DIAGNOSES: DEFINITIONS & CLASSIFICATION. Tenth Edition. 2015-2017. 512 p. Consultado el 01 de diciembre de 2019. Disponible en: <http://stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/NANDA-Nursing-Diagnoses-2015-2017.pdf> .
26. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. 6ª edición. Elsevier. 2013; 666 p. Consultado el 03 de diciembre de 2019. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
27. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC): Medición de resultados en salud. 5ª edición. Elsevier. 2014; 760 p. Consultado el 04 de diciembre de 2019. Disponible en: http://www.educsa.es/pdf/000_CONCEPTOS%20NOC.pdf

Dra. Carmen Ferrer Arnedo. Jefe del Servicio de Información y atención al Paciente en Hospital Central de Cruz Roja de Madrid.

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº2 2020 / ISSN: 2529-9670

Autora: Ballesteros Barrado, A.¹

1. Directora de ASEEDAR-TD Edición digital.

La Dra. Carmen Ferrer Arnedo es una reconocida líder enfermera.



A lo largo de su dilatada carrera, cuarenta años en el SNS, ha ocupado diversos cargos y formado parte de numerosos proyectos destacables, Miembro del Grupo Técnico de la Red de Escuelas de Salud. Ministerio de Sanidad, Miembro del grupo director de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico de la Comunidad de Madrid, Coordinadora Científica de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud Español, Miembro del Consejo Asesor del Observatorio de Riesgos Sanitario. Vocal Consejería de Sanidad, Revisora de la Estrategia de Promoción y prevención de la Salud del Sistema Nacional de Salud Español; Miembro del grupo de Cartera de servicios de INSALUD, Autora del Documento de Cartera de Servicios y de documento de Desarrollo

de Planes de Cuidados en cartera de cartera de Servicios en AP. Directiva en el Servicio Madrileño de la Salud, durante veinte años. Ha desarrollado su actividad gestora como Directora de Enfermería en tres Áreas distintas de Atención Primaria. Fue la primera enfermera nombrada Directora Gerente de un Área de AP, y gerente del Hospital de Guadarrama. Vicepresidenta de la Sociedad Madrileña de Ética Enfermera y coordinadora del proyecto “La ética del liderazgo”. Líder de la línea de Cuidadores y enfermedad avanzada de la Escuela Madrileña de la Salud desde 2016. Presidenta de la Comisión de Humanización del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid. Coordinadora de la Escuela de Cuidadores y pacientes vulnerables del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid. Profesora en diferentes universidades tanto en pregrado como en Postgrado. Directora Ejecutiva del Máster de Humanización en Salud de la Universidad Europea de Madrid. Y en el año del Nursing Now, colidera el grupo local Nursing Now InfoEmprende que ha publicado con la Editorial TECNO “Liderazgo Enfermero: pinceladas de experiencia”. En su haber se haya numerosas comunicaciones en congresos y participación como ponente en reuniones científicas nacionales e internacionales.

Su formación aparte de ser Doctora en enfermería (Sobresaliente y Mención: CUM LAUDE), es amplia y variada también es fisioterapeuta, diversos Másteres en su haber no sólo en gestión y dirección, calidad, bioética...tiene una amplia participación en diversos grupos de investigación y publicaciones...

A lo largo de su trayectoria ha sido galardonada con numerosos premios como al Socio del año de ANDE por una vida dedicada a la gestión enfermera 2011, premio UESCE 2012 en Gestión de Enfermería. Miembro de Honor de la Asociación de Enfermería Madrileña de Atención Primaria desde 1999 y Nombrada socio de honor en 2014. Insignia de Oro al Merito Colegial, Colegio Oficial de Enfermeras de Madrid 2013, Premio a la mejor carrera de gestión. Asociación de Salud y Enfermería, 2014. Premio enfermera 2015 a la dedicación a los pacientes desde Enfermería de la Asociación Española de Enfermedades Raras INEPF y el Primer Premio de Investigación del Colegio de Enfermeras de Madrid.2019.

Actualmente es jefe del Servicio de Información y atención al Paciente en Hospital Central de Cruz Roja de Madrid.

Pero quizás por lo que más reciente se le conoce fue por cómo nos representó, en el congreso de los diputados durante la comisión de reconstrucción, en la que expuso a los diferentes grupos parlamentarios, la necesidad de empoderar a las enfermeras y los cuidados. Dicha comparecencia se hizo viral bajo el lema " El discurso de una enfermera enmudece a los diputados", empieza diciendo me llamo Carmen y soy enfermera del SNS desde hace 40 años...os dejo el link para que os deleitéis escuchándola si es que no lo habéis hecho ya.:

https://www.youtube.com/watch?v=xOslp6uWr4g&ab_channel=ElHuffPost

Al final de esta entrevista os dejamos la infografía de @pictonurse que resume dicha comparecencia (fuente: <https://twitter.com/pictonurse/status/1285957490790850563>)

ASEEDAR-TD. ¿Qué es el liderazgo enfermero, qué se necesita para ejercerlo?

C.F. En primer lugar, gracias por pensar en mí y en que puedo aportar algo de interés en esta entrevista con mis declaraciones para los miembros de su sociedad, así que de nuevo mi gratitud.

Que es el liderazgo enfermero, significa ser capaz de influir, de movilizar personas para que los cuidados se presten de manera autónoma, excelente, v basados en evidencia y también de una manera eficaz por enfermeras y enfermeros competentes, apoyados en la cercanía y en la presencia cuidadora.

Un líder debe de ser capaz de conseguir que los ciudadanos reciban los servicios enfermeros que merecen porque estos suponen un valor en el sistema de salud.

Un líder consigue hacer crecer a los profesionales para que den lo mejor de sí mismos. Un líder genera confianza, credibilidad, innovación y tiene y aporta visión.

ASEEDAR-TD. ¿Piensa que las enfermeras estamos preparadas para asumir nuevos retos en la gestión y en las políticas de salud?

C.F. Por supuesto, podemos formarnos como los demás y asumir los mismos roles que los demás. Podemos ser gerentes, directores de gestión, directores asistenciales, líderes de procesos... como los demás y como los demás necesitamos formación complementaria, pero desde luego, como los demás y con la ventaja de que nuestra área de competencia básica es el cuidado y significa que entendemos bien las necesidades de las personas en lo básico, en lo cotidiano, en lo de las personas como nos enseñó, Françoise Colliere. Esto significa el valor de lo que es esencial y parece pequeño, pero está en el core: la alimentación, el confort, el sueño, la intimidad, lo relacional, los valores y creencias... lo de las personas en lo que los gestores también deben de pensar.

El año pasado, edite un video que está disponible en Youtube: ¿Qué es ser enfermera en 200 palabras? Y ahí se ve, para que están las enfermeras y enfermeros, los gestores lo tienen más fácil al diseñar el papel que deben de asumir estos profesionales en el sistema, y lo que aportan, un papel finalista en muchas ocasiones.

ASEEDAR-TD. ¿Por qué piensa que las enfermeras nos cuestan tanto poner en valor los cuidados, es decir nuestra profesión? ¿Cómo deberíamos trabajar para transformar esta manera de entender nuestra profesión?

C.F. Porque no se creen que tienen una responsabilidad y su conocimiento está basado en evidencia científica y no en conocimiento popular, este enfoque algunos no son capaces de defenderlo y cuando alguien hace intromisiones en la planificación de cuidados, no asumen que esta es su área competencial y lo ponen encima de la mesa de los equipos de trabajo. Lo primero es creérselo, y reconocer el cuidado enfermero como un servicio autónomo y por tanto, del que la enfermera es responsable en su prestación y resultado.

En vuestro caso, si una enfermera en el antequirófano trabaja el temor, como un diagnóstico enfermero y realiza una técnica de visualización para que el paciente entre relajado al quirófano y entonces, alguien le dice ¿qué hace? Esta enfermera debería de contestar que “es su trabajo para que el paciente este en las mejores condiciones para la anestesia”, que esto tiene que ver con que si un paciente sienta temor o tenga frío... que si no hace su trabajo esto trae consecuencias negativas para la evolución de esta persona. Este es un caso real que me contó una enfermera del área quirúrgica. Este valor hay que trasmitírselo tanto al equipo como a los pacientes.

ASEEDAR-TD. Me gustó, en su discurso en la cámara de los diputados cómo planteó lo que podemos aportar las enfermeras para el fortalecimiento del sistema o qué podemos aportar las enfermeras con nuestro conocimiento, por lo que me gustaría diera algunas pinceladas de la misma para nuestros lectores:

C.F. Las enfermeras y enfermeros aportan sostenibilidad a los sistemas. Su presencia como nos ha enseñado la Dra. Aiken genera seguridad para los pacientes. Somos entrenadoras en autocuidado y en autogestión. Sustituimos a las personas en el cuidado de sí mismos, les acompañamos, les capacitamos y trabajamos el empoderamiento. Además de estar proporcionando cuidados de promoción, generación de conductas saludables, cuidados de prevención incluidas la gestión y aplicación de vacunas y los cuidados de recuperación y curación. El trabajo de acompañamiento en los procesos vitales y hasta el final de la vida. Ahí siempre estamos y si alguien quiere sustituirnos, se equivoca porque nosotros somos profesionales que damos y garantizamos seguridad por nuestras competencias y además somos muy coste- efectivos. Nuestro trabajo en el medio comunitario: Desde las consultas de enfermería, en la Atención Domiciliaria, que incluye en ámbito de las residencias de ancianos o la Educación para la salud y nuestro liderazgo en la alfabetización en salud tiene una larga tradición que se remonta al menos a la publicación de obligado cumplimiento de la Circular 5/90 del INSALUD, que anda que no ha llovido desde entonces, para que ahora, alguien cuestione nuestro trabajo proactivo en el medio comunitario y otros pretendan ocuparlo con la excusa de que tenemos pocos recursos enfermeros en Atención Primaria. Pues si hay pocas enfermeras, o hay descapitalización como se dice, lo lógico es capitalizar en enfermeras, ¿No les parece? De esto es de lo que hable a los diputados, que por cierto fue un honor para mí que me llamasen, no sé si me escucharon, espero que sí..

ASEEDAR-TD. ¿Cómo se debe plantear, o mejor dicho reorientar la continuidad de cuidados en nuestro sistema de sanidad?

C.F. Existe una figura enfermeras para la continuidad asistencial, las enfermeras clínicas deben de comunicarse entre ellas para la continuidad de los planes de cuidados y con la continuidad se trata de ayudar en la entrada y salida de pacientes, y en su circulación de estos, por el sistema , importante para ello el estar acompañándoles por su vulnerabilidad y esto lo hacen enfermeras, salir de un hospital para ir a otro a recibir otro tipo de atención, por el nivel de dependencia de cuidados de la persona y su familia, esto no es burocracia, es valorar cada paciente para que esté en el recurso que necesita y es el trabajo de las enfermeras de continuidad y no de otros profesionales dado que ellas con el equipo valoran la necesidad de cuidados de una manera integral dentro del sistema de salud. La gestión de casos es una herramienta facilitadora y son las enfermeras quienes ejercen este rol.

ASEEDAR-TD. Durante la pandemia se ha manifestado la necesidad de hacer cambios en la humanización de las organizaciones sanitarias, usted que es Directora de un máster de Humanización en salud ¿cómo piensa deberíamos afrontar esto las enfermeras y el resto de profesionales sanitarios? ¿Qué aspectos se deberían reforzar en anestesia, reanimación y unidades del dolor?

C.F. Sin duda existe la necesidad de incorporar los valores, deseos y creencias de las personas a la hora de brindar servicios de salud.

El tiempo, la accesibilidad, la confortabilidad, la privacidad son aspectos de la humanización.

También el ejercicio de un liderazgo auténtico, un liderazgo humanizado. Está claro que trabajar para erradicar el dolor es humanización. Es por tanto preciso realizar valoraciones integrales sobre el dolor relacionado con la capacidad de afrontamiento, como las estrategias de autocuidado, conocer que hacen los pacientes para su control, de su entorno próximo... parece clave el papel de las enfermeras y el desarrollo de estrategias de adaptación, de adherencia y para ello, es esencial trabajar con los pacientes y sus asociaciones, lo que nos permite desarrollar de manera más enfoca los servicios a las necesidades específicas.

La comunicación eficaz, el trabajo de empoderamiento y el entrenamiento en la toma de decisiones y la estrategia de activación resultan herramientas esenciales en la humanización.

ASEEDAR-TD. En diversas ocasiones usted menciona los aspectos del cuidado invisible ¿A qué se refiere?

C.F. Los cuidados invisibles son, como dice El Principito: “Lo esencial”.

Existen trabajos como los publicados por la enfermera Dra. Huercano, que habla de ellos y ¿qué son?, me pregunta, aquellos que se encuentran en los pequeños detalles, los que no escribimos en las historias clínicas pero que generan confianza, cercanía, apoyo ante los malestares. Son por ejemplo, estar pendiente y decirle a un paciente si quiere agua, acompañar a una persona con un ictus y que en la noche cree que le han amputado una pierna porque no la siente y de pronto, tiene terror, se siente solo, abandonado en un lugar agresivo y en ese momento, llega la enfermera del turno de noche y pone la mano del paciente en su pierna, le acaricia la mano y le dice “ Tu pierna está ahí, aunque ahora no lo notes pero está, tócala” y le explica que con la fisioterapia irán poco a poco trabajando y comenzando a recuperarse. Entonces el paciente, se tranquiliza, nota la calidez y se duerme. Esto es un cuidado invisible, no se registra, está ahí y es esencial para la recuperación del paciente.

Cuando un paciente solo tiene a su mascota y la norma no deja entrar mascotas en el centro, pensar en cómo cumplir la norma y además que este paciente tenga a su mascota un momento porque la necesita, este pensar en ello y resolver este problema... es un cuidado invisible. Siempre

los cuidados invisibles tienen un objetivo terapéutico, pero están en el mundo que solo ven los pacientes y supone pensar en cuidar desde este enfoque más humano, más integral.

ASEEDAR-TD. ¿Qué son las Unidades de Cuidados Complejos?

C.F. Unidades de recuperación del autocuidado y de promoción de la autogestión para llegar al domicilio en condiciones de seguridad y de calidad de vida.

Pueden ser unidades, que propongo que lideren las enfermeras y que son de transición, donde se trabaja la funcionalidad, la capacitación en el cuidado cotidiano y el entrenamiento de los cuidadores para el cuidado seguro en el hogar.

Son unidades donde trabajan enfermeras grados y especialistas, porque se trata de trabajar capacitación, que va, desde la adherencia, hasta la gestión de la rutina en el autocuidado, y en la toma de decisiones. Están orientadas para cualquier edad. Pueden colaborar en ellas en función de la necesidad de cada caso: médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, nutricionistas o arquitectos, pero las gestionan y lideran enfermeras.

ASEEDAR-TD. Corresponsabilidad de los ciudadanos en la salud, difícil de enfocar, ¿Qué hace falta en nuestro sistema sanitario según su punto de vista para que esto sea una realidad?

C.F. Dedicar tiempo. Si no hay comunicación eficaz, si no hay valoración al caso, si no se negocian los objetivos, si no se trabaja la persuasión y si no hay acuerdo, al final no hay corresponsabilidad.

El tiempo y enfermeras entrenadas que utilizando este tiempo de manera terapéutica porque no puede haber compromiso y corresponsabilidad si no hay negociación y toma de decisiones.

ASEEDAR-TD. ¿Cuál es el papel que deben desempeñar las enfermeras en relación a la cronicidad, usted que ha sido coordinadora científica de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico de la comunidad de Madrid y del SNS? ¿Cómo abordar el dolor crónico desde esta dimensión?

C.F. El dolor crónico solo se puede abordar entendiendo a las personas que lo padecen, comprendiendo su repercusión en la vida cotidiana, promocionando estrategias personales en el autocuidado y la adherencia, acompañando al paciente y trabajando de manera integral, eliminando la atomización y la fragmentación en el abordaje de la cronicidad.

Muy difícil, porque nuestra tradición como sistema es ser reactivos y trabajamos fragmentados, pero nuestro futuro se basa en la proactividad, el respeto al conocimiento del otro y la integración de procesos.

ASEEDAR-TD. Desde nuestra asociación se pide el reconocimiento de las enfermeras en anestesia, reanimación y terapia del dolor ¿Cuál es su opinión respecto a las especialidades que están paralizadas?

C.F. Creo que las especialidades no son una solución. El desarrollo de competencias avanzadas y orientadas a la especificidad del cuidado es mejor.

Las Sociedades Científicas no deberían de trabajar para tener las mismas especialidades médicas, sino para tener competencia propia, autónoma, complementaria que den soluciones desde el cuidado a los ciudadanos. Deberíamos de aprender de lo que le ha pasado a la medicina, demasiada atomización les ha hecho perder la esencia que les daba el generalísimo, Hay que aprender de los errores de los otros, errores de los que no se habla nunca, a veces incluso para recuperar su generalismos, algunos se adentran en lo que son competencias enfermeras, sobretodo algunas especialidades medicas, pero esto es para otra entrevista.

Se trata de pensar en nuestras raíces disciplinares y no perderlas y solo desde ahí, trabajar el conocimiento en profundidad que te da la competencia avanzada, no desde lo que les sucede a otras disciplinas sino lo que nos pasa a nosotros, solo así, conseguiremos autonomía real en nuestra practica de cuidados. Ahora bien, esto solo es una reflexión en alto.

ASEEDAR-TD. Coincidimos plenamente que esta alarma sanitaria ha puesto en un lugar de importancia la digitalización y tele cuidado ¿Cómo potenciarlo? ¿Cómo prevenir sus sesgos frente la presencialidad?

C.F. Los profesionales deben de aprender a realizar entrevistas clínicas a través de tele consulta o del tele cuidado. No se trata de hablar por teléfono como con los amigos, sino de desarrollar estrategias de comunicación terapéutica y esto no es innato, se aprende.

Por otro lado, esto son herramientas que requieren de profesionales que las recomienden, las elijan y acompañen, esto tampoco se improvisa, se diseña, se medie, se corrige y se mejora.

Hay que trabajar con los ciudadanos, y contarles que es lo que vamos a hacer, por qué y por supuesto cambiar nuestros hábitos.

Significa que si un paciente a la 10 de la mañana, está en su trabajo, no puede coger el teléfono para una tele consulta y que a lo mejor la tele consulta, hay que hacerla después de las 17 horas, cuando el ciudadano está en su casa, y con tranquilidad podemos comunicarnos de una manera eficaz.

Hay que reenfocar los “como” desarrollamos los nuevos servicios. Es un gran reto que las enfermeras estamos dispuestas a afrontar.

ASEEDAR-TD. En su discurso a los diputados habló de dar respiro a los profesionales, ¿Qué les ha faltado a los gestores enfermeros para poder dar un respiro a las enfermeras?

C.F. Pensar en qué es respiro. Mi propuesta fue en junio y les dije a los diputados; “estamos cansados” y recomendé que cada dirección utilice este mes que hay menos trabajo y desarrolle un plan para mandar a casa a descansar, unos dos o cuatro días, a los profesionales de la atención directa y que los profesionales vieran que importa su esfuerzo, que nos preocupan y que les mandamos a casa a descansar, con su familia, a no madrugar, a leer, a ver una película o a tumbarse en su sofá.

No se trataba de decir que la gente se quiere guardar los días dados para después, NO, yo propuse que ahora, era el momento de que los profesionales noten que importan a sus gestores, que simplemente los mandan a casa a descansar cuatro días, que nos podemos organizar para hacer esto. Que es motivador sentir que importas.

Propuse esto: entrevistar uno a uno y que su dirección le dijese “ahora ve a casa unos días y descansa, te necesitamos fresco para la próxima ola”. Pero nadie lo intentó, no me hicieron caso, creo que se podría haber hecho, no era dar moscosos, era preocuparse por los trabajadores, que lo notasen los profesionales y lo sintiesen.

Se trataba de dar respiro para cargar de nuevo las pilas, pero fracasó, nadie me escuchó.

ASEEDAR-TD. No podemos obviar que esta pandemia nos ha arrollado como sistema sanitario a nivel mundial, como ciudadanos, como enfermeras, qué palabras dirigiría a todas esas enfermeras que día a día siguen en primera línea dando lo mejor de nuestra profesión, de sí mismas...

C.F. Que cuidar es un privilegio, estamos cuando la persona no tiene el conocimiento, la voluntad o la fuerza para cuidar de sí mismo como decía Virginia Henderson. Lo que hace una persona para sí misma cuando puede, nos deja a nosotros que lo hagamos cuando está enferma, que la suplamos en lo propio, esto es algo que muy pocas profesiones tienen.

Recordar porque nos hicimos enfermeras y no ingenieros o médicos, nuestros porqués, reconocernos, lo que aportamos cada uno de nosotros, reconocernos en nuestro valor para la Organización y para la salud de los ciudadanos.

Solo así, con este auto reconocimiento somos capaces de seguir dando lo mejor de nosotros mismo, no somos héroes, pero si somos importantes y esto lo primero, créenoslo y tener una actitud de reconocimiento a nosotros mismos.

Yo desde luego, reconozco en el día a día a los enfermeros y enfermeras al lado de los pacientes, acompañándolos, con cercanía a pesar de tocar con guantes y llevar mascarilla porque su mirada también cuida y los pacientes lo saben. Gracias por estar, por saber estar, por no traicionar ni abandonar lo que somos.

Lo que quizás más la define a lo largo de su trayectoria es su implicación con la humanización, siempre presente en los diferentes ámbitos de dirección o gestión, según sus palabras en una entrevista en Humanizando la gestión HUGES “Humanizar es fácil, escuchando y mirando con otros ojos” ojalá todos podamos interiorizar esa mirada, escuchar y hacerlo fácil.

Presentó su candidatura a la presidencia del Consejo General de Enfermería de España, con el apoyo de la mayoría de las enfermeras españolas, su prestigio, su candidatura, nos llenó de sueños de una nueva revolución enfermera, pero su no elección, quizás nos ha hecho más fuertes, más convencidas de que el proyecto de las enfermeras españolas todas deben sumar según sus palabras “Este no es solo mi proyecto, sino que es un proyecto donde todo aquel que quiere podrá sumar” deberemos sumar más para elevar a líderes reconocidas en el lugar que les corresponde.

Sólo puedo agradecerla infinitamente su gran generosidad al concedernos esta entrevista, por nuestro atrevimiento al contactar con ella, sin conocerla personalmente, por su pronta y cálida respuesta y llenarla con sus sabias y humanas palabras. Ojalá, en un futuro no lejano, tengamos más enfermeras con su carisma en puestos donde se toman las decisiones.



ENFERMERAS
¿PARA QUÉ?

Somos el mayor grupo de profesionales universitarios que están en el SNS. Damos cobertura continuada las 24 h. día 365 días al año

Tenemos competencias propias en el ámbito del cuidar. Acompañamos a los ciudadanos desde que nacen hasta que se mueren, y los sustituimos cuando no pueden cuidarse por sí mismos. Esto tiene que ver con el cuidado básico y la complejidad de los cuidados.

Tenemos una posición muy privilegiada. Estamos al lado de los pacientes, conocemos de primera mano sus problemas y podemos aportar soluciones con ellos.

FUENTE: COMPARECENCIA DE CARMEN FERRER EN LA COMISIÓN DE RECONSTRUCCIÓN CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

@PICTONURSE

Dolor

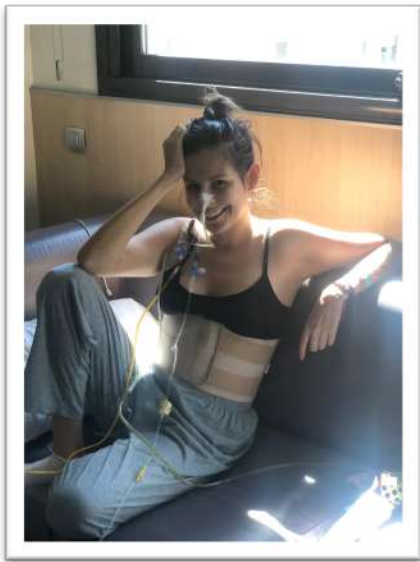
Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº2 2020 / ISSN: 2529-9670

Autora: Higón Bellverde, N.¹

1. Jurista, politóloga y escritora, pero no mucho. Paciente enfermedades raras.

contacto: @nh487

Tratamos al dolor como signo intrínseco a la secuela y precuela del vivir. Anudamos nuestros



miedos a él, pero también nuestras pequeñas victorias. Somos sus pequeños vástagos marcados ya de por vida con una vida que vivir. Ungimos de culpabilidad lasciva a todo aquel que jamás ha hablado del dolor infundado. Le cantamos nanas al oído, y lo mecemos en la cuna del naufragio.

Dolor, perro fiel que jamás abandona.

Dolor, compañero de viaje, de despegue y aterrizaje.

Dolor mudo que nos hace convertirnos en ventrílocuos de su propio devenir, implacable como el muro de Berlín antes de su caída, y con fisuras cuándo por fin era posible la huida. Dolor que inspira, dolor como melodía de cualquier sonrisa fingida.

Dolor como el tiempo que gira al revés en un reloj de cuco, y

que con cierta periodicidad nos susurra al oído que sigue ahí, inamovible. Dolor como epitafio cada 31 de diciembre, y dolor como prólogo del año que vendrá.

Algunos dirán que del dolor se aprende, y puede que esto sea cierto, pero no del todo. Del dolor se aprende, pero las rejas que se forjan alrededor de nuestro templo son jaulas que nos lastran el volar.

Así que no vanagloriéis al dolor. No lo hagáis comercial, ni habléis de él en vano. Tampoco lo subestiméis. El dolor no se ahoga en un vaso de cerveza, ni flota con las dudas que profeso día a día. El dolor cala los huesos y los besos. El dolor pervive más allá del paso del tiempo, nos recuerda que la inmortalidad es algo propio de dioses que no existen, al menos, en mi cabeza.

El dolor vive, late contigo y por ti. El dolor vuelve, aunque tú hayas decidido marcharte, porque es alérgico a cualquier adiós. El dolor es impaciente, egoísta y si intentas ignorarlo grita hasta que solo lo oyes a él.

El dolor es compañero de vida, y de juegos en la niñez. Es la tumba que cavamos día a día para que en algún momento podamos descansar. El dolor es la musa de varios poetas, el sin fin de

recuerdos que a veces, sí se olvidan, el llanto desconsolado de una vida despidiendo a otra vida, el gemido mudo al que nadie hace caso, pero no olvida. El personal, subjetivo e irreverente castigo que se impone como peaje a cambio de que nuestro sístole y diástole se sigan amando.

Dolor del que nadie habla, pero que es nuestra pareja de hecho sin haber pasado por ningún altar.

Dolor como sinónimo de rabia, dolor hambriento de gritos, de lágrimas y de verdad. Dolor que hay que contar, para reivindicar su existencia en esta sociedad. Porque sí, porque el dolor existe, y es compromiso de todos el hacer del mismo un lugar mejor en dónde poder trazar camino.

Dolor, como compromiso solemne con nuestra sanidad. Dolor como esperanza puesta en todos vosotros, en que algún día nos podías devolver lo no vivido.

Mis ojos cohabitan con el dolor, ¿y los tuyos?

Noah Higón Bellverde



Pasatiempos. Sopa de letras

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.5 nº2 2020 / ISSN: 2529-9670

Autora: Amorós S.¹

1. Enfermera. Hospital de día. Profesora asociada de la Universitat de les Illes Balears

Anímate a resolver esta Sopa de letras

C	V	P	C	U	I	D	A	D	O	S
S	O	U	S	P	M	A	N	O	S	S
A	I	R	E	P	A	N	H	E	P	A
L	F	I	O	A	S	S	E	V	I	E
U	R	F	R	N	C	O	V	I	D	R
C	O	I	T	D	A	S	R	O	S	O
I	N	C	L	E	R	V	I	R	U	S
T	E	A	I	M	I	N	I	T	R	O
R	A	D	F	I	L	A	R	R	E	L
A	N	O	F	A	L	L	T	A	U	E
P	A	R	T	I	A	G	O	T	A	S

Localiza las siguientes palabras:

GOTAS-AIRE-MANOS-AEROSOLES-COVID-PARTÍCULAS-PURIFICADOR-MASCARILLA-VIRUS
FILTRO-CUIDADOS-PANDEMIA