

Durante la década de los 60 y 70, como consecuencia del desarrollo económico de este país, la sociedad empieza a demandar cuidados de calidad ante la enfermedad, y así es como en la construcción de nuevos hospitales, se instauran las Unidades de Reanimación.

¿QUÉ PAPEL DESEMPEÑAN ENTONCES ESTAS UNIDADES?

En ellas se da entrada a todo tipo de patologías, intervenciones quirúrgicas, politraumatizados, diálisis peritoneales etc., con lo cual es fácil deducir que los enfermos permanecían a veces hasta meses, pues al no existir las U.V.I.S. nosotros asumíamos a todos los enfermos de riesgo.

Y cuando las especialidades se fueron identificando y tomando posiciones en los hospitales, la Reanimación ya estaba totalmente identificada y clarificada su posición dentro del hospital. Poco tiempo después se empezaron a construir las U.V.I.S., las unidades de diálisis, de coronarias, etc., y es cuando se reconoció y apoyó para que la Reanimación cumpliera el papel de dar cabida a enfermos postquirúrgicos con los cuidados propios de una recuperación postanestésica.



Nosotros entendemos que la Enfermería ha desempeñado un papel muy específico, aunque en alguna ocasión se han producido intentos de confusión al querer aplicarnos para todo.

Afortunadamente, hoy en día, se va clarificando cual es nuestro papel como enfermeras dentro de estas unidades.

La enfermería de Anestesia y Reanimación en España, se ha venido ejerciendo de forma un tanto acomodada a las costumbres y necesidades que los hospitales demandaban, sin haber tenido en cuenta nuestro criterio u opinión dentro de nuestra área de trabajo.

A veces se ha considerado que la Reanimación es sinónimo de cuidados diversos o cuidados intermedios, donde los pacientes han de permanecer por tiempo indefinido, nada más lejos de la realidad, ya que está demostrado por diversas técnicas y experiencias que no deben permanecer más de 24 horas, salvo excepciones, ya que se considera que este tiempo es suficiente para su recuperación, al cabo del cual se les traslada a sus respectivas plantas en las mejores condiciones psíquicas y físicas.

En la Unidad de Reanimación se les recupera de una anestesia, sea del tipo que sea y de los problemas que deriven de la misma, pero la patología por la cual fueron intervenidos ha de tener continuidad en la especialidad correspondiente.

Ésto viene a demostrarnos que nuestra experiencia y trayectoria a través del tiempo nos permite expresarnos en los conocimientos técnicos y científicos al alcance de nuestras responsabilidades.

No debemos olvidar que nuestra propia historia está basada en la sólida formación de las pioneras que hicieron posible el funcionamiento de los hospitales de hoy, aunque nuestra línea de trabajo difiera bastante, sobre todo

Historia y evolución

TERESA VICENTE MARTÍN

en cuanto a metodología se refiere, ya que ahora nos basamos en las planificaciones, objetivos e investigaciones acorde con las exigencias y las inquietudes del momento.

Hemos pasado por distintos avatares, períodos buenos y menos buenos, pero nuestra verdadera esencia está basada en la creatividad, en el espíritu sensible de la calidad humana y en la comprensión inteligente que hacen que los cuidados de enfermería sean eficaces y de calidad.

Esta es nuestra labor, ya que nos esforzamos por plasmar con todo el realismo posible como son nuestras unidades y el personal que lo configura. Nuestra inquietud por la Enfermería nos proporciona a su vez la motivación para mostrar el desarrollo histórico según nuestras vivencias y evoluciones.

Es cierto que no nos sentimos satisfechos perpetuando los métodos, ya que queremos ocuparnos cada vez más en nuestra propia creación.

La historia de la Enfermería ha sido una historia de frustración, ignorancia e incompreensión; una epopeya llena de desgracias triunfos, y lo que es más importante, ha sido la historia de un grupo profesional cuyo status siempre ha venido marcado por las pautas prevalentes de la sociedad.

Los momentos decisivos para la historia también lo han sido para la Enfermería. Los acontecimientos que dan lugar a un mayor

grado de consideración hacia los desvalidos y oprimidos etc, tienden a promover actitudes también de consideración hacia la Enfermería.

Con el paso del tiempo se pone de manifiesto que la dedicación y la entrega no bastan por sí mismos para fomentar la salud o vencer la enfermedad. El desarrollo de la Enfermería depende de ingredientes esenciales: habilidad, experiencia y conocimientos.

La destreza manual es la ejecución de procedimientos específicos. Es una realidad que se perfecciona a través de la experiencia. A medida que se dispuso de mayor información acerca de las enfermedades, fue surgiendo una actitud que recalca la necesidad de mayores conocimientos tanto teóricos como prácticos y ético-morales. Es por esto que la negligencia de cualquiera de estos aspectos daría por resultado un desequilibrio en los cuidados.

A medida que se acerca el final del siglo XX, la Enfermería se encuentra situada entre el pasado y el futuro.

La pregunta de ¿ qué es lo que hay por delante ? queda abierta a la especulación ya que la situación es siempre cambiante y responde a las necesidades de la sociedad. El siglo XX se ha caracterizado por grandes transformaciones en las artes de la curación, sin embargo, muchas de las innovaciones más extraordinarias que se han producido han sido continuación de las del pasado. Estos cambios son fruto de la interconexión de numerosos

factores que han surgido en una era cada vez más tecnológica.

No hay duda de que la práctica de la Enfermería se ha visto forzada a realizar reajustes dentro de este contexto social más amplio, que han aumentado los conocimientos y han ido variando las actitudes. Algunos consideran que esta expansión ha sido forzada y que el engrandecimiento profesional surge más de la limitación de las funciones que de su extensión.

Estas personas creen que el foco de atención debe centrarse más en las funciones que son de naturaleza profesional y forman parte integrante de la Enfermería.

Otros piensan que los papeles ampliados satisfacen una necesidad vital, y proporcionan

ratorio. De esta forma se empieza a establecer una progresión de cuidados intermedios intensivos y autocuidados o cuidados a largo plazo. Este desarrollo de cuidados de tipo específico, aunque resulta ventajoso en muchos aspectos, obligaba a contar con algún tipo de enfermería especializada.

La calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción del paciente han ido creciendo ya que se celebran reuniones de equipo para planificar y valorar, se hacen encuestas a los usuarios donde se analizan los resultados y se trata de asegurar la continuidad de los cuidados, pero a veces se tiene la sensación de que las enfermeras están fragmentadas ya que no todas tienen acceso a los mismos desarrollos tecnológicos.

fármacos potentes.

Con todo esto es evidente la necesidad de un enfoque distinto y especializado de los cuidados de Enfermería. La enfermera es el "factor primordial" en el cuidado de los pacientes y coordina los esfuerzos combinados del enfermo, la familia y los suyos propios para resolver los problemas que pudieran obstaculizar la recuperación total.

Aunque se han dado grandes pasos en la Enfermería, los problemas siguen vigentes. Las condiciones de trabajo y los entornos siguen siendo fuentes de conflictos. En estos momentos las enfermeras están expresando sus preocupaciones, por los bajos salarios, las largas horas de servicio, las prácticas peligrosas, la imposibilidad de utilizar los propios

de las unidades de reanimación

ENFERMERA DE LA UNIDAD DE REANIMACIÓN DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA VEGA • SALAMANCA

servicios de cuidados de salud donde estos no existen o son limitados. Además, el hecho de que las enfermeras hayan asumido funciones adicionales se ve como algo necesario para ofrecer la mejor atención posible.

También otros acontecimientos y elementos sociales influyeron directa o indirectamente en el sistema de los cuidados de salud y en los papeles y funciones de quienes los proporcionan.

Hay otros movimientos sociales que han afectado profundamente los cuidados de salud y la Enfermería; por ejemplo el consumismo, la creciente concienciación y exigencia del paciente de recibir cuidados de calidad; cambios en los modelos de trabajo-ocio; la lucha por los derechos civiles y el progreso de la salud pública. Todos estos factores combinados con las fuerzas internas de Enfermería para aumentar su concienciación e innovar su ámbito de responsabilidad han modelado el papel de la Enfermería.

A esta situación se sumaron otros acontecimientos significativos que llevaron al desarrollo paulatino de un nuevo modelo de organización para los cuidados de enfermería.

El éxito demostrado de las salas de Reanimación en la II Guerra Mundial se tradujo en la creación de cuidados especiales para el cuidado de los pacientes. Se establecieron salas de postanestesia y recuperación para prevenir las complicaciones del postope-

Por eso decíamos al principio que los años 60 supuso una época de revolución para los cuidados de la salud.

Ejemplos de los importantes avances que se produjeron durante esta década son el estudio del corazón, las extracorpóreas, la cateterización cardíaca, la hemodiálisis, la cirugía con láser, las nuevas vacunas, medicamentos y aparatos de monitorización. La ampliación del campo de la ciencia médica había hecho de los cuidados de la Enfermería algo cada vez más complejo, al tiempo que había puesto mayores exigencias sobre las enfermeras. Para impartir los cuidados con eficacia, las enfermeras tienen que identificar cambios muy sutiles en el estado de los pacientes, estar familiarizados con sofisticadas técnicas de tratamiento, aumentar su habilidad de interpretación de datos de laboratorio y poder controlar de cerca la eficacia de los tratamientos con



conocimientos, juicios y toma de decisiones y otras circunstancias que les impiden proporcionar unos cuidados de alta calidad.

De la Enfermería actual se espera que sean demasiadas cosas para tanta gente y que funcionen en una gran variedad de contextos. Deben ser excelentes cuidadoras, investigadoras capacitadas, eruditas y pensadoras basadas en el razonamiento científico y lógico.

Las enfermeras se ven envueltas en avances científicos y técnicos y en todos tipos de nuevos papeles que han ampliado sus oportunidades pero que han multiplicado sus responsabilidades.

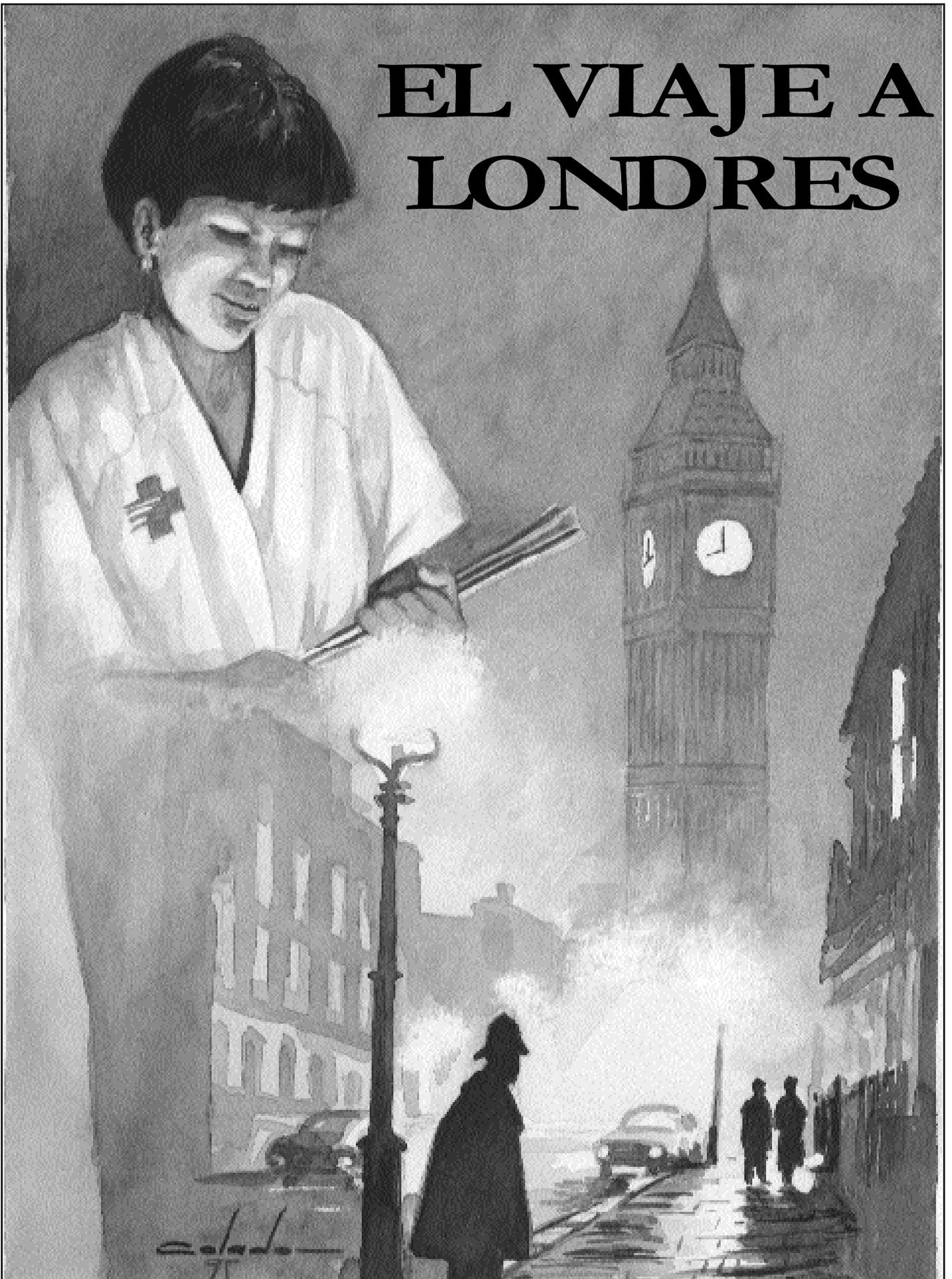
Nos estamos dirigiendo lenta pero firmemente hacia una meta de tratamiento más racional para todas las personas dentro de una estructura que no siempre las apoya.

Las enfermeras seguirán haciendo frente a los retos del futuro. Ningún sistema perdura si nos cambia. ¿Nos dirigimos hacia el futuro o hacia el pasado ?.

¿ Estamos progresando, o estamos estereotipadas ?

Recordemos que estamos cruzando el umbral de la civilización de la Enfermería, todavía queda tanto por hacer, que debemos reconocer aquellas cualidades y características de nuestro trabajo; de forma muy especial, debemos resistir a cualquier intento de arrebatarnos el derecho a enseñar nuestro propio trabajo con nuestras propias manos. ■

EL VIAJE A LONDRES



“Un SUEÑO llamado ANESTESIA. Un DESPERTAR hecho REALIDAD”

BEATRIZ ARGÜELLO AGÚNDEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

El objetivo primordial que me he planteado con estas “notas” es facilitar una relación de los cuidados de Enfermería e información básica acerca de la formación continuada de las Enfermeras al cuidado de los pacientes en las Unidades de Anestesiología-Reanimación y Terapia del Dolor, así como en las de Anestesia Loco-Regional. Pretendo atraer la atención sobre todo al personal de enfermería entrenado y especializado en estas salas especiales. Realicé un estudio comparativo de la carrera de Enfermería,

especialidad y funciones de Anestesia-Reanimación entre España y el Reino Unido. Fueron tres meses los que me llevó esta tarea, recorriendo distintos Hospitales Universitarios de Londres. Todos ellos de 500 a 1.000 camas de ocupación.

Deseo expresar mi agradecimiento al Fondo de Investigaciones Sanitarias de S.S. A la Dirección de Enfermería, a las Supervisoras y a todas las personas que contribuyeron a que mi sueño se llevara a buen término.

En Inglaterra como en España, la Administración de la Anestesia, ha sido siempre competencia del Anestesiólogo. No obstante la mayoría de los cuidados generales de los pacientes requieren enfermeras totalmente capacitadas para realizar su tarea apropiada en el Equipo de anestesia.

Por eso las habilidades prácticas se deben combinar con un adecuado fondo de conocimientos y entendimientos.

La función asistencial es con la que más se identifica el personal de enfermería; éstas actividades se realizan de acuerdo con criterios de calidad (protocolos, planes de cuidados, registro de gráficas, tratamientos, etc.), todo ello evaluado por la Comisión de Garantía de Calidad de Cuidados de Enfermería.

La función docente llevada a cabo por la enfermería, se diversifica en varios niveles de formación: Escuela Universitaria de Enfermería, Formación Rama Sanitaria y Formación Continuada (existe una enfermera responsable con dedicación exclusiva). Por otra parte, se contratan Cursos y cursillos de interés general para impartirlos en el propio centro. (Por ejemplo, a veces Cursos de Salvamento en Incendios, y lo imparten los Bomberos).

La Carrera de Enfermería en el R.U. se puede dividir en dos grupos:

1.- REGISTER NURSE. Es la enfermera que cursa tres años de estudios básicos de enfermería, que le capacita para estar en posesión del Título y ejercer sus funciones -al igual que nuestro país-.

2.- ENROLLER NURSE. Equivalente a los estudios de F.P.I en España. Consta de dos años teóricos-prácticos mediante los cuales obtiene el Título de Auxiliar de Enfermería.

Estos profesionales pueden acceder a

dios de un año de duración en Hospitales con Escuelas de enfermería.

3.- STAFF NURSE. Se trata de la Dirección de Enfermería cuyo Organigrama se representa al igual que en España, con alguna mínima diferencia.

Ciertamente, para que se eficaz la Dirección de enfermería, ha de tener una buena base, una estructura, unas motivaciones estimulantes, unos controles, una eficacia y una calidad.

Nuestra Formación Profesional, la enseñanza teórico-práctica debe estar dirigida por enfermeras debidamente cualificadas con objeto de evitar la deformación, y ayudadas o en colaboración con expertos, aunque siempre impartidas por Enfermeras.

En nuestro país, las funciones de la enfermera de anestesia están supeditadas -la mayoría de las veces- al criterio médico.

Todas las enfermeras son y deben ser gestores en su propio trabajo. Debemos **resolver** más y no tanto **controlar** o **mantener**.

En cuanto a la especialidad de Anestesiología-Reanimación y Terapia del Dolor en Enfermería se necesita:

- Al menos un año de trabajo en dichas unidades

- Un curso intensivo -mañana y tarde- de seis meses de duración recibiendo clases teórico-prácticas.

- Examen para obtener el título de especialista en Anestesia-REanimación.

Durante este curso, se remunera económicamente a la enfermera, ya que es condición indispensable que ésta no trabaje.

Las plazas que se ofertan son entre personal especializado en estas unidades, y se hace por riguroso “Curriculum Vitae” y examen de éstas disciplinas.

La gran diferencia que observé fué la ausencia -afortunadamente- de acceso a cualquier puesto de trabajo a través de lo

za”. Sólo a través de Concurso de méritos regulados por Baremo o exámenes, se puede optar a estas plazas.

Las enfermeras españolas tenemos un alto nivel profesional y una gran experiencia.

Desde aquí, quiero hacer un llamamiento a todas las enfermeras/os que trabajan en estas Unidades para que se unan en un mismo sentir a la lucha por la Especialidad y que lo hagan a través de los medios que tienen a su alcance: La Asociación Española de Anestesiología-Reanimación y Terapia del Dolor, puede ser uno, muy importante y eficaz.

No olvidemos que estamos -al menos igual- yo diría que mejor, preparadas que muchas enfermeras de otros Países.

¿Por qué a veces tenemos tanto complejo?

¿Por qué pensamos que en otros Países son mejores profesionales que nosotros?

Yo, me dí cuenta que todo estaba inventado, absolutamente todo.

Solo cabe destacar que ellos son más metódicos y tal vez más ordenados, con lo cual minimizan los riesgos y además trabajan menos.

Pero vamos a hacer justicia a los españoles. nosotros somos creativos, tenemos el don de la improvisación, aunque a veces lo empleamos demasiado.

Pero no tenemos que tener ningún miedo. A lo único que debemos tenerlo es a estacionarnos. Tenemos que vencer ese obstáculo reciclándonos continuamente. Podemos mejorar y debemos hacerlo.

Ya lo decía Florence Nyctingale: “**La Enfermería es un arte progresivo, en el que estancarse es retroceder. Una mujer que piensa para sí: ahora soy una Enfermera experta, he aprendido todo lo que tenía que aprender, ella no sabe nada y nunca lo sabrá: ya ha retrocedido.**”

El progreso nunca puede terminar

Protocolos en reanimación:

cuándo,
cómo,
para qué

NIEVES MARTÍN SIMAL

SUPERVISORA DE REANIMACIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO
VIRGEN DELA VEGA
SALAMANCA



PROCOLOS

- Cuándo? Cómo? Para qué?

- Cuando sean precisos.
- Como método de trabajo.
- Para unificar criterios entre el equipo y garantizar efectividad.

Grado de Eficacia

- Establecen normas correctas en las actividades y procedimientos.
- Evitan errores.
- Facilitan el trabajo.
- Enriquecen y forman profesionalmente.

Cuándo surge la necesidad de establecer protocolos?

- Como sistema de información de las actividades de la Unidad, a los profesionales que se incorporan (sustituciones, etc.)
- Como garantía del trabajo bien realizado.
- Como medida de seguridad en la preparación de las personas y material.

Qué protocolos hemos de establecer en la Unidad?

- Los que enfermería crea son de necesidad e interesen.
- En los que necesiten efectuar actividad específica.
- Todos los que sean de utilidad.

Contenido de protocolos y metodología

- Recursos humanos necesarios.
- Material preciso.
- Descripción de la técnica a emplear.
- Conclusiones de realización.

Se deben estandarizar los dosier de Normas y Procedimiento? Protocolos SÍ o NO?

Se deben revisar? Se deben modificar?

Protocolos SÍ.

Estandarizar SÍ, pero respetando criterios específicos.

Revisar SÍ, y además con relativa frecuencia.

Modificar SÍ, siempre que sea preciso.

Ejemplos de actividades protocolizadas

- Parada Respiratoria.
- Sondajes.
- Administración de bombas y perfusión.
- Monitores y aparataje.
- Sistema de control, desinfección, entorno, etc.

Uso y Manejo

- Su contenido ha de suponer para enfermería un documento bibliográfico de manejo y uso.
- Han de estar en el lugar idóneo y de fácil alcance.
- Se han de usar cuando la actividad a realizar y enfermería lo precise.

SU USO Y MANEJO NO DEBE SER UNA CARGA
NI PREOCUPACIÓN U OBSESIÓN NI MODISMO.
ROTUNDAMENTE NO.

Nuevos protocolos en las Unidades

- Cuando se detecte necesidad y el equipo lo decida.
- Cuando faciliten la eficacia en el procedimiento o norma.

LA HABILIDAD Y DESTREZA EN SU APLICACIÓN
ROTUNDAMENTE SÍ.

Evolución postoperatoria de los electrolitos en cirugía abdominal

MERCEDES
FERNÁNDEZ CASTRO

ALICIA
CÓRCOLES INIESTA

M^a DOLORES
TURRADO MARTINEZ
DE LA PEÑA

ANA
FRUTOS ARRIBAS

RAMÓN
ARRANZ DIEZ

ASUNCIÓN
ALDAZ ARURETAGOYENA

UNIDAD DE REANIMACIÓN Y ANESTESIA
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PINO
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

INTRODUCCIÓN

Los electrolitos de los líquidos corporales son sustancias químicas activas (aniones y cationes) cuya concentración se expresa en miliequivalentes, que es una medida de su actividad química; 1 miliequivalente es la actividad electroquímica de 1 miligramo de Hidrógeno.

El Sodio es el electrolito más abundante del líquido extracelular, en concentraciones que van de 135 a 145 mEq/l.

El hecho de que el Sodio no atraviese la membrana plasmática con facilidad, junto con su predominio en el líquido extracelular explica su función primordial en la regulación de la distribución de agua en todo el cuerpo; regula la presión osmótica (fundamental en la distribución de fluidos), y, asimismo, participa en la regulación de la contracción muscular y en la transmisión de impulsos nerviosos.

El Potasio es el principal electrolito intracelular, el 98 % del Potasio corporal se encuentra en el interior de las células, mientras que el 2 % restante corresponde al líquido extracelular. El Potasio influye en la actividad de los músculos estriados y cardíaco; sale y entra en forma constante de las células conforme a las necesidades corporales, como resultado de la bomba Sodio-Potasio; es fundamental en los procesos vitales y energéticos y tiene un papel primordial en la transmisión del impulso nervioso.

El Cloro es el principal anión del organismo, se encuentra en forma de Cloruro Sódico, Cloruro Potásico y ácido clorhídrico; abunda especialmente en los fluidos extracelulares; interviene en la regulación osmótica entre las células y los líquidos extracelulares, en el mantenimiento del equilibrio ácido-base y en la correcta realización del metabolismo celular.

Comprobamos que distintos tipos de cirugía pueden provocar cambios importantes en los niveles plasmáticos de electrolitos en el postoperatorio, sometiendo a estos pacientes a una morbilidad no deseada, como arritmias cardíacas severas o disminución del nivel de conciencia.

OBJETIVO

Determinar si toda cirugía abdominal provoca los mismos cambios en los niveles de electrolitos en plasma durante el postoperatorio inmediato, para poder establecer un proceso de enfermería eficaz, encaminado a determinar los cuidados específicos que ayudarán a detectar y corregir cambios no deseados.

EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA DE LOS ELECTROLITOS EN CIRUGÍA ABDOMINAL

MATERIAL Y MÉTODO

Seleccionamos 19 pacientes sometidos a cirugía de Colon (GRUPO I), y a otros 19 sometidos a cirugía gástrica (GRUPO II), registrando los niveles de Sodio, Potasio y Cloro en el preoperatorio, postoperatorio inmediato y tercera hora posterior.

Además se tuvieron en cuenta otra serie de variables que podrían influir sobre resultados, como son el sexo, edad, enemas, nutrición parenteral, diabetes y diuréticos. La hoja diseñada para la recogida de datos es la siguiente:

ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS EN CIRUGÍA ABDOMINAL

Sexo: _____ Edad: _____ Patología quirúrgica: _____
 Recibió enema: _____ Nutrición parenteral: _____
 Diabetes Mellitus: _____ Diuréticos: _____
 Cirugía realizada: _____

	VALOR BASAL	VALOR POSTOPERATORIO APORTE EXTRA	VALOR POSTOPERATORIO 3 H. APORTE EXTRA
SODIO	/	/	/
POTASIO	/	/	/
CLORO	/	/	/

Las características del grupo con respecto a las variables estudiadas son:

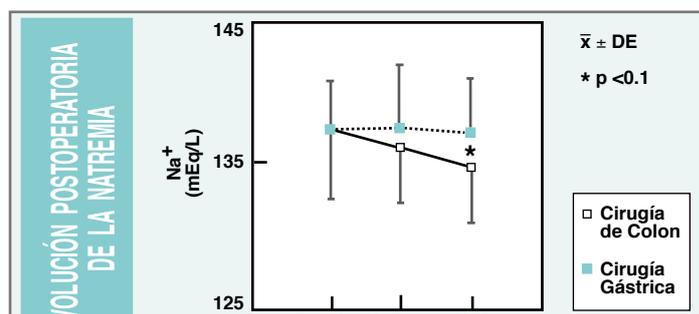
VARIABLES	CIRUGÍA COLON	CIRUGÍA GÁSTRICA	P
Nº	19	19	
SEXO	13 V. / 6 H	17 V. / 2 HP	
EDAD	64,5 ± 14	59,2 ± 18	Ns
ENEMA	SÍ 13 / NO 6	SÍ 6 / NO 13	< 0,1
NPT	SÍ 1 / NO 18	NO 19	Ns
DIABETES	SÍ 5 / NO 14	SÍ 6 / NO 13	Ns
DIURÉTICOS	SÍ 2 / NO 17	SÍ 4 / NO 15	Ns

RESULTADOS

Analizaremos la evolución de los valores para cada uno de los tres electrolitos estudiados:

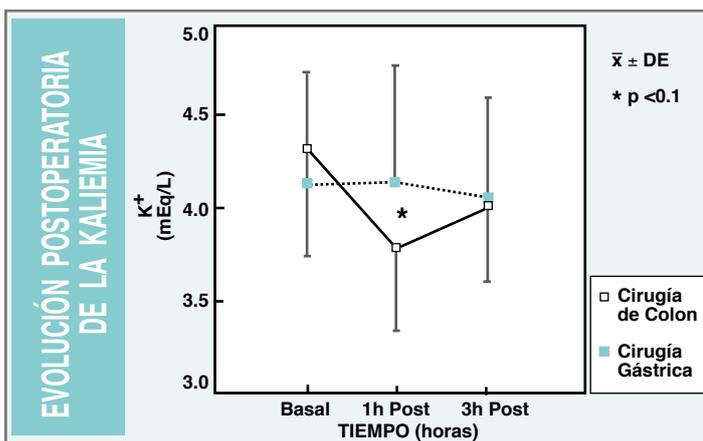
EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA EN LA NATREMIA

- El nivel basal de Sodio en el preoperatorio es similar en ambos grupos.
- En el postoperatorio inmediato apenas se diferencian.
- En las tres horas siguientes a la intervención, el nivel de Sodio está claramente disminuido en el GRUPO I, lo que indica un valor estadístico casi significativo: P<0,1 (que se cumplirá en el 99,09 % de los casos), mien-



EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA EN LA KALIEMIA

- El nivel basal de potasio en el preoperatorio es similar an ambos grupos
- En el postoperatorio inmediato, hay un descenso del potasio casi significativo en el GRUPO I, esto se cumplirá en el 99,09 % de los casos (P es menor que 0,1)
- En la tercera hora postoperatoria, los niveles en ambos grupos vuelven a igualarse.



DISCUSIÓN

Se confirman las observaciones que mostraban un nivel reducido de electrolitos en el plasma de los pacientes sometidos a cirugía de Colon, con respecto a los de la cirugía gastrica. El sodio disminuye visiblemente a la tercera hora, el potasio también disminuye notablemente en el postoperatorio inmediato, por lo que se necesita reposición extra del mismo y, en la tercera hora, aparecen estos valores corregidos.

Pasamos pues a analizar las causas que pueden producir éstas pérdidas:

Los pacientes que van a ser sometidos a cirugía gástrica, son preparados para ésta con enemas Cassen o de limpieza durante el preoperatorio, mientras que los que van a ser sometidos a cirugía de Colon (GRUPO I) se les administrará, además, solución de Bohn por vía oral; ésta produce una eliminación estrepitosa de heces, con deposiciones muy abundantes y diarreas, lo que supone una mayor pérdida de agua y electrolitos que el paciente acusará en el postoperatorio (los líquidos intestinales tienen concentraciones relativamente altas de potasio, la diarrea líquida puede llegar a tener hasta 80 mEq/l. del citado elemento).

Por otro lado, la cirugía cólica es, en general, de mayor duración que la gástrica, pudiendo provocar un secuestro de litros de líquidos, además la evaporación desde la superficie expuesta de peritoneo parietal y visceral, conduce a pérdidas importantes de agua y calor.

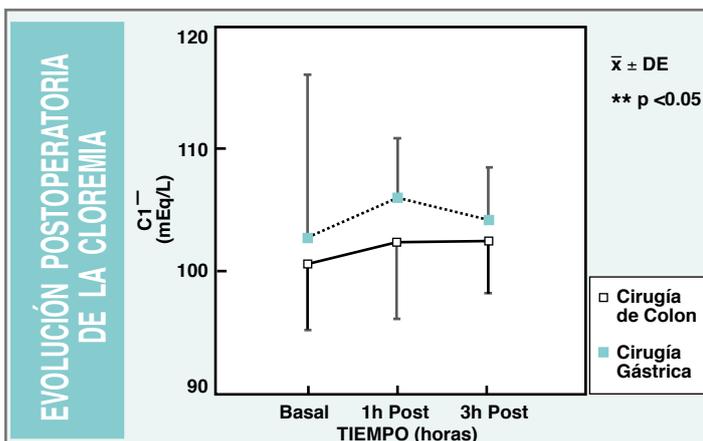
Otro punto a tener en cuenta es la función reabsortiva del colon; en general las secreciones digestivas, incluida la saliva, son de unos 5 litros/día, de los cuales la mayoría son reabsorvidos, por lo que no supone una pérdida para el organismo; la secreción de colon tiene un contenido de bicarbonato y en potasio superior a la del plasma, sin embargo, en los casos que nos ocupan se provocan fuertes diarreas en la preparación prequirúrgica (aparte de la patología cólica de cada paciente) lo que puede dificultar la absorción, con la consiguiente pérdida de agua y electrolitos.

En el caso del Cloro, los resultados muestran un aumento de su valor en el GRUPO II durante el postoperatorio inmediato, esto podría explicarlo el hecho de que las perfusiones intraoperatorias que se utilizan, suelen ser soluciones hidratantes que no contienen iones sino en cantidades discretas (algunas carecen del ión potasio), ya que el riñón no funciona normalmente en este período, pudiendo producirse una acumulación del mismo con el consiguiente peligro.

La mayoría de las perfusiones intraoperatorias contienen Cloro y Sodio, esto explica que sus valores no estén afectados en el postoperatorio inmediato, incluso el Cloro aparece aumentado.

EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA EN LA CLOREMIA

- El nivel basal de Cloro preoperatorio es similar en ambos grupos
- En el postoperatorio inmediato aumenta el valor en el GRUPO II, P es menor de 0,05, lo que supone una significación del 99,05 % de los casos.



CARACTERÍSTICAS IÓNICAS DE LAS PERFUSIONES MÁS UTILIZADAS

SOLUCIÓN	meq / L. DE SOLUCIÓN			
	NA	K	CL	CA
GLUCOSA (5% - 10% - 20%)	-	-	-	-
LEVULOSA (5% - 10% - 20%)	-	-	-	-
DEXTROSA	-	-	-	-
MANITOL (10% - 20%)	-	-	-	-
RINGER (SOLUCIÓN HARTMAN)	130	4	109	3
SALINA 0,9% (ISOTÓNICA)	154	-	154	-
SALINA 0,45% (HIPOTÓNICA)	77	-	77	-
SALINA 3% (HIPERTÓNICA)	513	-	513	-
GLUCOSALINO 5%	154	-	154	-
GLUCOSALINO HIPOSÓDICO 0,3%	51	-	51	-

COMPARACIÓN DE VARIABLES

- Cirugía / SexoNo significativo
- Cirugía / edadNo significativo
- Cirugía / enemaCasi significativo (P es menor que 0,1)
- Cirugía / NTPLa muestra es insuficiente para poder hacer una valoración, pues sólo hay un paciente con NTP
- Cirugía / diabetesNo significativo
- Cirugía / diuréticosEn la muestra sólo aparacen 6 pacientes con diuréticos, por lo que no podemos sacar conclusiones.

En el cuidado y manejo postoperatorio de los pacientes sometidos a cirugía de colon, habrá que hacer un seguimiento de los electrolitos y realizar aportes extraordinarios de los mismos para evitar una morbilidad innecesaria, así es imprescindible la elaboración de un proceso de enfer-

PROCESO DE ENFERMERÍA

Es importante tener un conocimiento sobre la distribución del Sodio, Potasio y Cloro dentro del organismo, así como las funciones que desempeñan y sus mecanismos de acción.

HIPONATREMIA (valores iniciales menores de 135 nEq/l)

1. Valoración inicial; diagnóstico de enfermería

- Se trata de identificar los sujetos de riesgo de hiponatremia, de modo que se les vigile con mucho cuidado, dichos sujetos serían postoperatorios de patologías cólicas, pero teniendo en cuenta que no sufran otras patologías que pudieran agravar su hiponatremia; entre otras:
- pacientes con insuficiencias suprarrenales (deficiencia de aldosterona)
- pacientes con síndrome de hipersecreción de hormona diurética (tumor hipotalámico)
- el uso de fármacos como la pitocina, ciclofosfamida, vincristina, tioridacina y anitriptilina
- Registro de incrementos y pérdidas de líquidos del peso corporal.
- Tomar nota de manifestaciones gastrointestinales: diarreas, vómitos y náuseas
- Centrar la atención en cambios del sistema nervioso central, letargia, confusión, espasmos musculares, convulsiones.

La mayoría de los síntomas de la hiponatremia son neuropsiquiátricos y es probable que se relacionen con el aumento del volumen celular y el edema cerebral que la acompaña. Al disminuir la concentración extracelular de Sodio, el líquido celular presenta una concentración relativamente más alta del elemento., por lo que el agua pasa a través de la membrana hacia el interior de la célula. Entre los signos más llamativos aparecen: la anorexia, calambres musculares y sensación de agotamiento. Cuando la concentración sérica de sodio cae por debajo de 115 mEq/l. suelen aparecer signos de hipertensión intracraneal como los de la letargia, confusión, espasmos musculares, debilidad focal, hemiparexia, papiledema y convulsiones. Después del análisis de los síntomas junto con la anamnesis del paciente, realizar el diagnóstico de enfermería, y avisar al médico para poder instaurar el tratamiento adecuado.

2. Actuaciones de enfermería

Ordenaremos estas actuaciones según los siguientes puntos:

- Realización de la valoración inicial de síntomas.
- Poner en práctica medidas para diagnosticar el trastorno antes de que sea grave.
- Familiarizarse con el contenido de Sodio de las soluciones parenterales.
- Extremar los cuidados cuando se administran soluciones hipertónicas de Sodio (como la de cloruro sódico al 3-5%), dado que pueden tener consecuencias mortales si se administran de forma descuidada.
- En los individuos que toman compuestos de Litio, debe estar atento a la intoxicación por dicho elemento cuando se pierde el sodio por vías anormales; deben evitarse los diuréticos a menos que estén bajo supervisión médica estrecha.
- Los diuréticos fomentan la excreción del Sodio.
- La administración de Sodio en un paciente con normovolemia o hipervolemia predispone a la sobrecarga de líquidos. En los sujetos con trastornos cardiovasculares, la administración de líquidos con sodio corre el riesgo de provocar sobrecarga circulatoria, como las crepitaciones pulmonares.
- En presencia de hiponatremia grave, el objetivo del tratamiento es aumentar la concentración sérica de Sodio en grado suficiente para aliviar los signos neu-

HIPOKALIEMIA (valores menores de 3,5 neq/l)

1. Valoración inicial; diagnóstico de enfermería.

- Identificación de los sujetos de riesgo; conocer patologías asociadas a la cirugía que pudieran agravar el cuadro:
- Pacientes con alcalosis metabólicas.
- El hiperaldosteronismo aumenta la excreción renal de Potasio, y puede originar depleción grave del elemento.
- Pacientes en tratamiento con diuréticos excretorios de Potasio tales como la furosemida, tiacidas y ácido atacrínico.
- En pacientes con hipersecreción de insulina, pues ésta favorece y fomenta la entrada de iones potasio en las células y músculos estriados.
- Registro y balance de líquidos.
- Manifestaciones neurológicas y gastrointestinales como: fatiga, anorexia, náuseas, vómitos y calambres.
- Vigilar los cambios electrocardiográficos con el monitor, tales como arritmias, aplanamiento de la onda T, depresión del segmento ST (se puede originar la muerte a través de paro cardíaco o respiratorio).
- Síntomas de intoxicación digitalica, pues la hipopotasemia aumenta la sensibilidad a los digitales.

2. Actuaciones de enfermería.

- Valoración inicial de los síntomas.
- Realización de medidas prácticas para llevar a cabo el diagnóstico ayudándonos con la anamnesis.
- Extremar la cautela en la administración endovenosa de potasio.

En términos generales:

no se administran soluciones con más de 60 mEq/l en la vía venosa periférica a una velocidad no mayor a 10 mEq/h, ya que pueden producir dolor y esclerosis venosa.

En vía venosa central la velocidad no debe ser mayor a 40 mEq/h, con tal velocidad de goteo debe vigilarse al paciente con el electrocardiograma y observarlo en busca de otros signos, como cambio en la fuerza muscular.

- Sólo debe administrarse en presencia de gasto urinario adecuado. Si diuresis menor a 20 ml/h, durante dos horas, es necesario detener la administración de potasio ya que, como la excreción del elemento es principalmente renal, su administración en presencia de oliguria puede causar aumentos de la concentración sérica hasta valores riesgosos.

CONCLUSIONES

Podemos afirmar que se produce una disminución postoperatoria de los electrolitos en los pacientes sometidos a cirugía de Colon, mientras que en los sometidos a cirugía gástrica, se mantienen dentro de los valores normales.

Estudiamos como causas de este detrimento:

- la administración de enemas.
- la mayor duración de la cirugía cólica.
- las alteraciones reabsortivas del Colon.

Según esto deberemos plantearnos la necesidad de realizar controles analíticos de la evolución electrolítica en estos pacientes considerados de riesgo, además de la elaboración de un proceso de enfermería que nos permita detectar los síntomas para realizar un diagnóstico oportuno; ello nos llevará a practicar unos cuidados específicos para cada tipo de trastorno estudiado, siempre teniendo en cuenta que la atención debe ser individualizada para cada paciente. ■



ESE GRAN ROMPECABEZAS

PILAR GARRIGA MAYUGO

SUPERVISORA DE URGENCIAS HOSPITAL PRÍNCIPES DE ESPAÑA • L'HOSPITALET DE LL. (BARCELONA)
COORDINADORA EQUIPO SIAD (SERVEI INTEGRAL D'ATENCIÓ DOMICILIARIA). ACTUA (ASSOCIACIÓ DE PERSONES VIH+)

Seguro que ya sabemos lo que es el “SIDA” (Infección debida a la destrucción del sistema inmunitario por un retrovirus llamado VIH). En los doce años que hace que conocemos la existencia de este Síndrome de InmunoDeficiencia Adquirida, esta enfermedad se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública de todo el mundo. El objetivo de este artículo está en intentar facilitaros algunos de estos conocimientos que son necesarios, primero para desdramatizar la enfermedad y situarla, al menos un poco más, en su justo contexto, y segundo facilitaros conocimientos y herramientas

¿Qué produce esta enfermedad?

Un virus, de la familia de los retrovirus, llamado VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Descubierta en 1983 por el Instituto Pasteur (Francia).

Los retrovirus tienen como característica que no pueden replicarse sin usurpar el aparato biosintético de la célula, el material genético de los retrovirus es RNA y utilizan un enzima, la transcriptasa inversa, para utilizar el RNA vírico del molde para fabricar DNA.

¿Qué células ataca?

En primera instancia tiene preferencia por los linfocitos y los macrófagos. Un subtipo de los linfocitos, las células T4 ó CD4 son las primeras infectadas.

Una molécula de las células CD4, goza de una afinidad intensa por una de las glicoproteínas de la cubierta del virus, la gp120; las células T4 sanas se unen a la gp120, el virus queda anclado en la membrana celular y otra proteína del virus, la gp41, se ancla también a la membrana celular para penetrar en las células y utilizarlas como una minúscula fábrica de virus, capaz de producir nuevos virus que se liberarán en el torrente sanguíneo y atacarán nuevas células.

Con el tiempo, las células T originales mueren y el número de éstas células en la sangre disminuye cada vez más, cuando su número es demasiado reducido el complejo sistema inmunológico ya no puede funcionar.

El VIH mata las células T4 directamente, está claro que no basta con la muerte directa de tales células para explicar la evolución hasta el SIDA. Existen también otros mecanismos indirectos, la infección por VIH puede provocar que células infectadas y sin infectar se fusionen en sincitios, células gigantes que no son funcionales. Las respuestas de autoinmunidad, en las que el sistema inmunológico ataca a los propios tejidos del cuerpo pueden también que ver. Además, el VIH es frágil y cuando las partículas víricas abandonan las células hospedadoras, de la cubierta exterior del virus se desprenden también gp120 que se unen a nuevas moléculas CD4 sin infectar, que cuando el sistema inmunológico reconozca estos complejos, también destruirá estas células.

¿Qué son los CD4?

Los CD4 O T4 son, como ya hemos dicho, un subtipo de linfocitos fundamentales en la defensa inmunitaria. Su aniquilación constituye la causa principal de la disfunción inmunitaria progresiva que caracteriza la

Ante el ataque inmunitario de un patógeno, las células “carroñeras” que son los macrófagos ingieren al invasor y exhiben sus componentes antigénicos ante los receptores de las células T. La interacción entre los macrófagos y las células T4 insta la maduración de otras células los T8 que son las encargadas de destruir las células infectadas. La destrucción de T4 impedirá que se produzca una “defensa” adecuada y dará lugar a las infecciones oportunistas.

Las cifras normales de CD4, oscilan entre 1500-900 células / mm³ según el recuento de células de este marcador se distinguen tres estadios :

- * + de 500
- * entre 200-500
- * - de 200

¿Cómo se transmite el VIH?

- * Vía sexual (Semen y flujos vaginales)
- * Vía hemática (inoculación de sangre infectada al torrente sanguíneo)
- * Vía vertical (de la madre al hijo durante la gestación o el parto)

Debemos empezar por tener claro que **las vías de transmisión del VIH son exclusivamente estas tres**, por tanto empezaremos a hablar de situaciones de riesgo ante la infección y dejaremos de lado otras valoraciones que se han hecho en relación a grupos de riesgo.

Si tenemos claro que las vías de transmisión son exclusivamente estas tres, cualquier situación que no esté incluida en uno de estos tres supuestos queda descartada con toda seguridad automáticamente.

¿Cómo protegernos de la infección?

Vía sexual

Las prácticas de riesgo sexuales ordenadas de mayor a menor grado según el riesgo de transmitir o no el VIH son las siguientes:

- * **Penetración anal receptiva sin preservativo.**
- * **Penetración vaginal receptiva sin preservativo**
- * **Penetración anal insertiva sin preservativo**
- * **Penetración vaginal insertiva sin preservativo**
- * **Felación con ingestión de semen**
- * **Cunnilingus (riesgo más alto durante la menstruación)**
- * **Compartir juguetes sexuales sin preservativo**
- * **Felación sin ingestión de semen**
- * **Coito anal/vaginal con uso correcto de preservativo**
- * **Contacto oral (pene, vagina o ano) con preservativo**
- * **Besos con intercambio de saliva**

Teniendo en cuenta que el tratamiento eficaz contra la infección por VIH, hoy por hoy

por tanto la prevención, va a ser la medida fundamental y más eficaz para evitar la propagación de esta infección. En relación a las prácticas sexuales, deberemos aprender que por ser de naturaleza privada y debido a que las conductas de riesgo son condenadas por la sociedad, es difícil a veces acceder a todos los segmentos de población donde se debe impartir educación. Los mensajes educativos deben ser siempre comprensibles y exactos, y el primer reto antes de dar consejos acerca de las prácticas sexuales con protección es empezar a utilizarlas uno/a mismo/a.

La supuesta fidelidad de la pareja no nos va servir como medida de protección, es necesario negociar con nuestras parejas prácticas sexuales seguras: utilización del preservativo. (ESTO ES VÁLIDO PARA TODOS).

En caso de tener relaciones sexuales con penetración se recomienda el uso de profilácticos de látex homologados por la DGDS. Se debe colocar el profiláctico antes de la penetración, y utilizarlo durante todo el tiempo que dure la penetración para evitar el contacto de la mucosa rectal, vaginal, o uretral con el semen, las secreciones vaginales y o cervicales. Otra alternativa al clásico preservativo masculino es el preservativo femenino (Femy), este tiene la ventaja de que puede ser colocado antes de iniciar la relación sexual, también lo encontraremos en las farmacias.

Para las relaciones entre mujeres existe un protector (Dental-Dam) que todavía no es fácil de obtener en nuestro país sin embargo podemos recomendar la utilización de un cuadrado de plástico, del tipo de envolver alimentos, que hara las veces de protector y se coloca en la zona genital durante el contacto sexual. Con estas medidas el riesgo es nulo.

Vía hemática

Ya se ha citado también anteriormente, que una de las vías de transmisión del VIH es vía hemática, es decir cuando se inocular directamente al torrente circulatorio sangre infectada por el VIH.

En España, existen diversas disposiciones, Resoluciones y Decretos de Ley que regulan la obligatoriedad de detección de anticuerpos en sangre y hemoderivados, también en la obtención y extracción de órganos en caso de transplante injerto o implantación de los mismos. Estos controles también incluyen los casos de donación y recepción de semen.

La protección recomendada para prevenir la transmisión por esta vía será :

- 1º) Utilización siempre de material esteril.
- 2º) Seguimiento estricto de las precauciones universales.

La finalidad de las precauciones universa-

de mucosas y de piel no intacta de los trabajadores sanitarios o de toda persona que deba tener contacto con sangre y otros líquidos orgánicos que pueden transmitir infección o infecciones. Siempre que se de una situación que debamos o podamos tener contacto con uno de los líquidos que se detallan a continuación utilizaremos de forma rutinaria las medidas de protección , utilización de guantes de látex, y en caso de dispersión del líquido , batas , mascarillas , gafas; sin olvidar nunca las técnicas correctas del lavado de manos después de la retirada de los guantes protectores . Los guantes nunca se reutilizarán .

Tampoco olvidar que cuando se utilicen bisturis , agujas o cualquier material cortante, se debe tener precaución al manipularlo evitando doblarlo, o colocar después de su utilización los protectores de plástico , siempre se desecharan en un contenedor adecuado dispuesto de forma accesible , para este fin.

Los líquidos orgánicos sobre los que se aplican precauciones universales son :

- * sangre
- * secreciones vaginales
- * semen
- * Líquido cefalorraquídeo
- * Líquido sinovial
- * Líquido peritoneal
- * Líquido pericárdico
- * Líquido pleural
- * Líquido amniótico
- * Exudados
- * Leche materna
- * Otros líquidos contaminados visiblemente con sangre.

La transmisión yatrogénica ocurre fundamentalmente en los países en desarrollo, donde la poca disponibilidad de material sanitario lleva a la reutilización de agujas y jeringas que no se han esterilizado adecuadamente.

En el medio sanitario , la tasa de seroconversión del personal que se ha pinchado , es del 0'5%, por tanto podemos afirmar que es baja en relación , por ejemplo en relación a la seroconversión por virus de la hepatitis B, VHB, que es del 30%, en situaciones parecidas de exposición.

Entre la población el riesgo de transmisión por esta vía está cuando se comparten jeringas no esterilizadas , como por ejemplo en el consumo de drogas por vía parenteral. Las conductas asociadas al consumo de drogas , como el hecho de compartir las jeringuillas son las que ponen en situación de máximo riesgo , a la población que tiene estas conductas, evidentemente , el tratamiento de la drogodependencia , y la re inserción de los UDVP , serán las medidas deseables , pero en todo caso se deberá trabajar en conseguir una mejora adecuada de las medidas higiénicas del consumo,

esteril, y en su defecto enseñando al UDVP como debe limpiar su jeringa ya sea hirviéndola o sumergiéndola en lejía.

Vía vertical

La transmisión vía vertical es la infección que se produce en el feto y en el neonato durante la gestación o en el momento del parto.

La madre seropositiva o afectada de SIDA va a contagiar a su bebé en una de las dos situaciones citadas, de todos modos hay que señalar que sólo entre un 15 % y un 20 % de niños nacidos de madres seropositivas estarán infectados por el VIH. También es posible que el bebé al nacer tenga anticuerpos que va a perder durante los primeros 18 meses de vida, y a este proceso se le llama negativizar (en estos casos no ha habido transmisión del virus).

Los últimos estudios están demostrando que iniciar el tratamiento con antiretrovirales (AZT) a partir de la 14 semana de embarazo en la mujer seropositiva embarazada se reduce significativamente la tasa de transmisión del VIH al feto.

El asesoramiento correcto a una mujer seropositiva embarazada incluirá la alternativa de la interrupción voluntaria del embarazo, caso previsto dentro de los límites temporales de gestación por la legislación vigente . En el caso de que la mujer opte por la continuación del embarazo se realizará un seguimiento y control estrictos.

¿Cómo se destruye el virus?

La bioseguridad frente al virus VIH , implica la disminución del riesgo de contagio por manipulación de instrumental o secreciones contaminadas por el VIH. El hipoclorito sódico (lejía) puede utilizarse como inactivador de secreciones potencialmente infectadas, dejándolo actuar 30 minutos.

Los desinfectantes fenólicos al 2 ó 5% y el glutaraldehído al 2% se utilizaran para inactivar el material médico-quirúrgico presuntamente contaminado (sumergir durante 30 minutos el instrumental en uno de los desinfectantes antes citados. A continuación proceder al lavado del mismo y su posterior esterilización por autoclave vapor-presión u óxido de etileno)

ANTIASEPTICOS :

- * Alcohol etílico o isopropilo , 70%
- * Polivinil polipirrolidona yodada (detergente , solución acuosa y solución alcohólica)
- * Dicluonato de clorhexidrina (detergentes y solución acuosa)

DESINFECTANTES:

- * Hipoclorito Sódico , diluido al 10%
- * Desinfectantes fenólicos al 2% ó 5%
- * Glutaraldehído 2%

¿Cómo actuar ante el enfermo VIH + en quirófano y reanimación?

Las recomendaciones en relación a las normas de bioseguridad a utilizar por el staff ante cualquier acto quirúrgico serán las precauciones universales citadas anteriormente en el apartado que hace referencia a cómo protegerlos. Añadiremos que el material recuperable se inactivará con glutaraldehído al 2% durante 30 minutos. En el caso de vertido de secreciones, se procederá a la inactivación de las mismas con detergentes fenólicos al 5% durante 30 minutos. Existirán containers de bioseguridad para depositar materiales punzantes o cortantes, y finalizada la intervención se procederá a la desinfección del quirófano, lavado de todas las superficies con detergente fenólico al 5%. Todos los materiales utilizados recuperables serán esterilizados por autoclave vapor presión ó programa frío de óxido de etileno.

La seguridad de que estamos atendiendo a un paciente seropositivo , solo se tendrá ante una confirmación analítica de su serología VIH, por tanto estas recomendaciones serán de aplicación ante **TODOS** los pacientes para evitar la transmisión yatrogénica , a otros pacientes , o la transmisión a los profesionales, ya que podemos hallarnos ante personas que desconocen su situación o bien que se hallan en el periodo ventana (6 meses) antes no es posible afirmar ó descartar la seroconversión.

La atención psicológica del enfermo VIH+ que tiene que ser sometido a una intervención quirúrgica tendrá una característica especial, y es que al miedo que cualquier paciente puede sentir ante el hecho de tener que someterse a una intervención, se añadirá el miedo al posible rechazo por parte del personal sanitario que lo va a atender, sobre todo en un momento en que no va a controlar sus respuestas. Por tanto el apoyo psicológico , entendido como un proceso de diálogo y de interacción entre el paciente y el profesional se establecerá , lo antes posible ; nos acercaremos a él/ella, lo trataremos con **normalidad**, ofreciéndole garantías de aceptación que le permitan minimizar estos miedos, le permitiremos hablar de sus expectativas en su paso por la zona quirúrgica , le informaremos de que técnicas le van a ser realizadas , como a cualquier otro paciente .pero tendremos presente que en algunas ocasiones , la razón de someter a un paciente VIH+ a una intervención quirúrgica supone que su estado de salud en relación a la enfermedad VIH puede verse en una situación de compromiso mayor que en otro paciente , por tanto la angustia ante la muerte que está siempre presente , puede estar incrementada, y será necesario ofertar un apoyo psicológico en ese sentido , permitiendo expresar sus temores y tranquilizarlo al

Profesión y competencias

Como enfermero, inmerso en el medio hospitalario, a diario percibo la realidad de mi ocupación, mi especialización y actividad con la persona enferma. Al pasar por las dependencias hospitalarias me siento observado por los familiares y enfermos hospitalizados y en muchas ocasiones identificado por ellos en función de mi trato y relación profesional.

Igualmente, reconozco e identifico en estas personas, expresiones de esperanza y manifestaciones de aceptación de su falta de salud, que a su vez genera actitudes de entrega y confianza en el correcto hacer o

proceder de los profesionales de la sanidad.

Nada de esto es ajeno a todos, al contrario, nos produce satisfacción poder cubrir la necesidad de cuidados que tiene el paciente y estimulación para aumentar nuestro campo de conocimientos propios.

Todo esto, que a diario experimentamos y que es una realidad palpable, no ha sido siempre así. El reconocimiento y el contenido de la profesión de Enfermería ha evolucionado hasta nuestros días y seguirá enriqueciéndose con la práctica e investigación de la misma.

Si realizamos un recorrido breve por la evolución histórica de la profesión de Enfermería, relacionándola con sus fines y contenidos, veremos etapas muy diversas pero perfectamente acreditadas en función de sus prestaciones y servicios a la sociedad; en función, en definitiva, de la necesidad de salud de los ciudadanos y de atención de cuidados en la enfermedad.

- El hombre primitivo confía su seguridad a la figura de la MADRE, que protege y se preocupa de preservar a la especie.

CURANDERO, que cura sus males y desarrolla la magia contra las enfermedades.

- Las primeras civilizaciones desarrollan la figura del SACERDOTE que interpreta las causas del mal con mitos y creencias, estableciendo todo tipo de rituales..

- El Cristianismo y la Edad Media sitúa la motivación religiosa como elemento dinamizador de la preocupación por la enfermedad. EL RELIGIOSO, altruista y caritativo, encarna la figura que presta un servicio social y humanitario al

- En los tiempos modernos, la preocupación por la salud pública y el desarrollo de las ciencias sanitarias configura a la ENFERMERA como impartidora de cuidados en el servicio a la comunidad y a los individuos. Adquiere importancia la atención al concepto global de salud.

La profesión de Enfermería, en su evolución histórica, no ha alcanzado su madurez y pleno desarrollo. Cada cultura y su época están llamados a transformar el crecimiento de sus competencias y la gama de servicio y responsabilidades que le son

Toda profesión comporta una actividad permanente, que sirve de medio de vida y configura a un grupo profesional determinado. Las competencias de una profesión, el conjunto de funciones atribuidas por el Ordenamiento Jurídico y Académico, se reflejan en la configuración de un catálogo de servicio o prestaciones.

En el caso de Enfermería, es bueno conocer cuales son sus competencias para no olvidarlas, mejorarlas e incrementarlas con el avance de la investigación y de las técnicas. Socialmente es instructivo y acreditativo mostrar los contenidos de una profesión, Enfermería, generalmente

JOSÉ ÁVILA PINTO
HOSPITAL UNIVERSITARIO
"VIRGEN MACARENA" • SEVILLA

La complejidad de nuestra sociedad, sumamente tecnológica y dinámica, demanda para cubrir sus necesidades de salud y bienestar, cambios constantes del papel de la enfermería y conocimientos cada vez más sofisticados para la práctica de la misma. Todo ello obliga al desarrollo de planes de estudios y programas de formación especializada que permitan adquirir conocimientos, desarrollar habilidades y enriquecer el marco jurídico-ético-moral que soporte su responsabilidad profesional.

Pero la ciencia y la teoría; la dedicación y el espíritu; las habilidades y la práctica, que Enfermería ha desarrollado y acreditado como cimientos de la profesión

Es bueno conocer nuestras competencias para no olvidarlas, mejorarlas e incrementarlas

identificada por todos, pero escasamente conocida por sus contenidos, y a lo sumo, identificada con actividades arquetipos o imágenes fáciles y primitivas que no reflejan la riqueza de su cuerpo de conocimientos y su proyección de servicio en la sociedad moderna.

Es curioso observar que siendo el enfermero/a el profesional de la sanidad más cercano a la sociedad, resulte el fenómeno ENFERMERÍA el menos conocido en su amplio espectro y diversidad.

La representación adecuada y definición del producto que la Enfermería ofrece en sus servicios a la sociedad es una forma de mostrar los contenidos y usos que los eventuales clientes pueden hacer y consultar.

Como hemos analizado anteriormente, el transcurso del tiempo y los cambios sociales han ido perfilando el "status"

moderna en el campo de los cuidados y la investigación, no pueden desequilibrarse por desajustes que aún están patentes hoy día:

- * Dedicaciones y tareas en la asistencia, no acordes con la formación Universitaria de Enfermería y la demanda de la sociedad.

- * Sumisión, dependencia y falta de autonomía en contraste con la permanente organización y eficacia que el estamento de enfermería acredita.

- * No desarrollo pleno de la carrera profesional de Enfermería que atenaza su futuro en el campo de los cuidados y de la especialización.

La indefinición de competencias genera intrusismo y afición, factores ambos que no ayudan a crear PROFESIÓN ni COMPETITIVIDAD en las prestaciones que deben corresponder a la

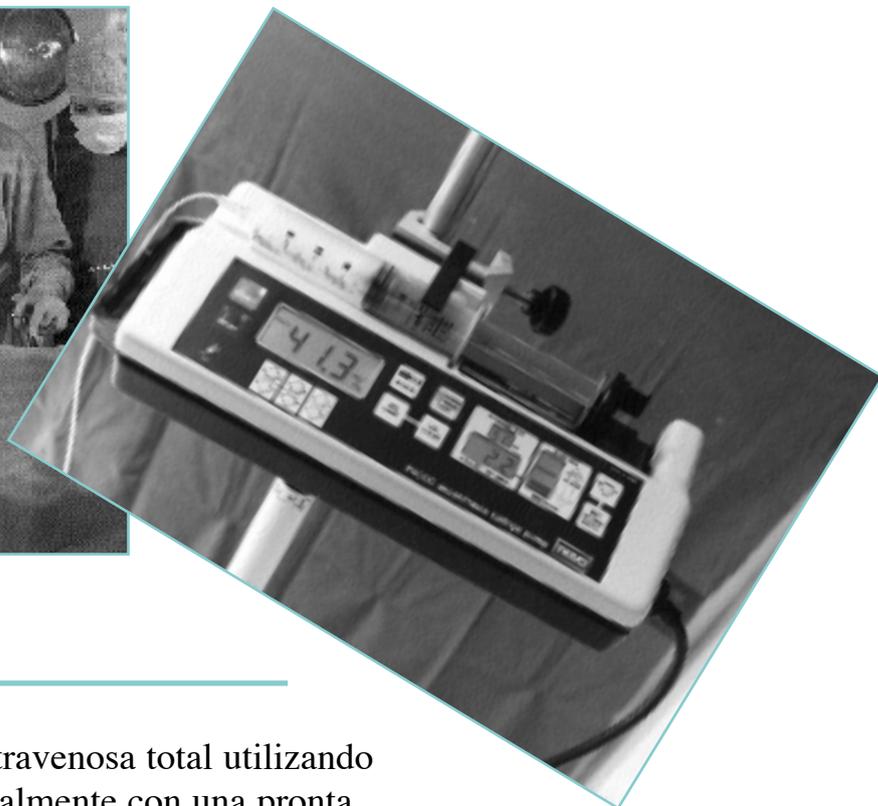
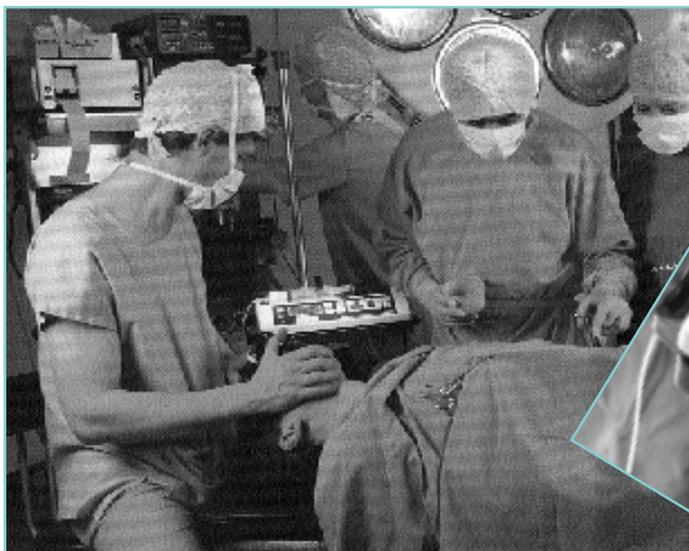
IVAC

ELECTROMEDICINA IVAC, S. L.

Un enfoque práctico de la anestesia intravenosa total

A.P. FISCHER, FRCA, CONSULTANT

DAY SURGRY CENTRE, KINGS COLLEGE HOSPITAL, LONDON • REIMPRESO DE TODAY'S ANAESTHETIST • VOL. 8, Nº 4, JULY / AUGUST 1993



INTRODUCCIÓN

La técnica de la anestesia intravenosa total utilizando propofol está asociado generalmente con una pronta recuperación del paciente y con buena calidad, y, a menudo, la reducción de incidencia de náusea y vómitos post-operatorios. Algunos estudios han sugerido que el uso de anestesia intravenosa total puede permitir que el paciente de cirugía de día pueda abandonar más pronto el hospital.

En el contexto de cirugía de día, cualquier posibilidad de reducir el tiempo de recuperación podría tener un impacto considerable si pudiera ser totalmente explotado para crear huecos adicionales para pacientes y de este modo aumentar la rotación de los mismos.

A pesar de los beneficios potenciales, hasta fechas muy recientes la aplicación más amplia de la técnica se ha visto imposibilitada por la falta de un sistema de administración intravenosa de fácil utilización. Las bombas de jeringa convencionales (de uso general) no pueden proporcionar la flexibilidad y control adicionales que son necesarios en la anestesia; por ejemplo, encargarse de la inducciones y ajustar (titrate)

UNA BOMBA DISEÑADA PARA DICHO PROPÓSITO

El año pasado, y asistidos por nuestro departamento de Física Médica, introducimos en nuestro Centro de Cirugía de Día un instrumento de infusión que está diseñado específicamente para la anestesia intravenosa total: la bomba de jeringa para anestesia IVAC P4000.

Me he sentido impresionado por la facilidad de uso que proporciona el instrumento. La P4000 está totalmente alejada del viejo estilo de “empuja jeringas” que habíamos tenido disponibles con anterioridad, las que, al carecer de facilidades para la administración de ajuste y control de bolos, no constituían una oferta práctica. Anteriormente, para administrar un bolo con tales bombas, había que parar la bomba, sacar fuera la jeringa y entonces administrar la dosis de bolo manualmente (apretando el émbolo “a dedo”) hasta que el paciente estuviese suficientemente “dormido”. La jeringa tenía después que cargarse de nuevo en la bomba y volver a poner ésta en marcha -otra vez un proceso laborioso-. Además de ello, había que hacer manualmente cálculos tales como cuánto fármaco se había administrado.

Con la bomba diseñada específicamente para anestesia, basta una simple presión sobre un botón para administrar la infusión de un bolo, mostrándose claramente el tamaño del bolo en una ventana de pantalla de volumen. Cuando se suelta el botón de purga / bolo se detiene inmediatamente la administración del bolo y el instrumento vuelve al flujo de infusión establecido. El volumen del bolo se añade automáticamente a cualquier volumen administrado previamente, siendo indicado con claridad y precisión en un contador el volumen total de fármaco administrado durante un proceso.

El flujo de la infusión también se aumenta o disminuye tocando un botón. Por consiguiente, es fácil realizar una inducción, volver al flujo de mantenimiento escogido al inicio, ajustar y controlar el flujo de infusión y administrar dosis de bolos cuando sea necesario.

Con el instrumento utilizado, puede fijarse el flujo de infusión hasta 199 ml/h. 50 / 60 ml, con la opción de una velocidad de flujo ampliada hasta 999 ml/h. con jeringas de 50 / 60 ml. Las infusiones de

bolos pueden administrarse a flujos desde 100 hasta 1.900 ml/h en pasos de 100 ml.

Si se produce una presión de bombeo excesiva, funciona un sistema de alarma para parar la bomba avisando de una amenaza de oclusión u oclusión real. No obstante, la incidencia en un caso así es extremadamente baja si la cánula se ha situado inicialmente de forma adecuada, dada la corta duración de la infusión que se necesita en el entorno de cirugía de día. Al emplear un sistema que evita cualquier necesidad de cambiar la jeringa o línea de administración en el transcurso de cada caso, es posible rotar un par de jeringas de 50 ml, para minimizar el desperdicio del fármaco que quede.

Desde un punto de vista práctico, el funcionamiento de la bomba es extremadamente sencillo, siendo muy fácil la carga de cambios de jeringas. Además de ello, todas las pantallas están iluminadas para ayudas con una buena visibilidad.

INTERFASES DE SERIE (RS 232 C)

Cada vez más, la instrumentación médica incluye una facilidad para interfase con ordenador para una monitorización y control remotos. La bomba de jeringa para anestesia IVAC P4000 no es una excepción y ofrece el estándar de la industria para comunicación con instrumentos médicos -el interfase RS 232 C-. Pese a ello, nosotros no estamos en posición de utilizar esta facilidad hoy en día; el potencial está de cara a un futuro muy próximo.

Hay mucho esfuerzo de investigación dirigido hacia la idea de que, monitorizando en forma visual o auditiva los potenciales evocados en el paciente anestesiado, y retroalimentando la información a un ordenador, será posible que éste, a través de un interfase RS 232 C, controle la administración de anestésicos a través de la bomba, cerrando así el bucle de la anestesia. Aunque es vital que el anestesista mantenga un control ejecutivo durante la operación de este bucle, existen ventajas potenciales en ligar directamente el control de la administración de anestésicos a un indicador de anestesia profunda, tal como un potencial evocado.

Tal sistema podría ser beneficioso, por ejemplo, en aquellos casos en que el con-

portamiento del paciente bajo anestesia cae fuera del rango habitual. Un instrumento de administración de anestésicos, controlado por respuestas evocadas, respondería automáticamente a un paciente anestésicamente “ligero” incrementando la velocidad de infusión antes de que hubiese alguna manifestación clínica del problema.

CONCLUSIÓN

La anestesia intravenosa total tiene que jugar una parte importante en el campo creciente de la cirugía de día y, tal vez también, y por otra parte, dada la preocupación con respecto a polución y el uso de agentes volátiles y óxido nítrico.

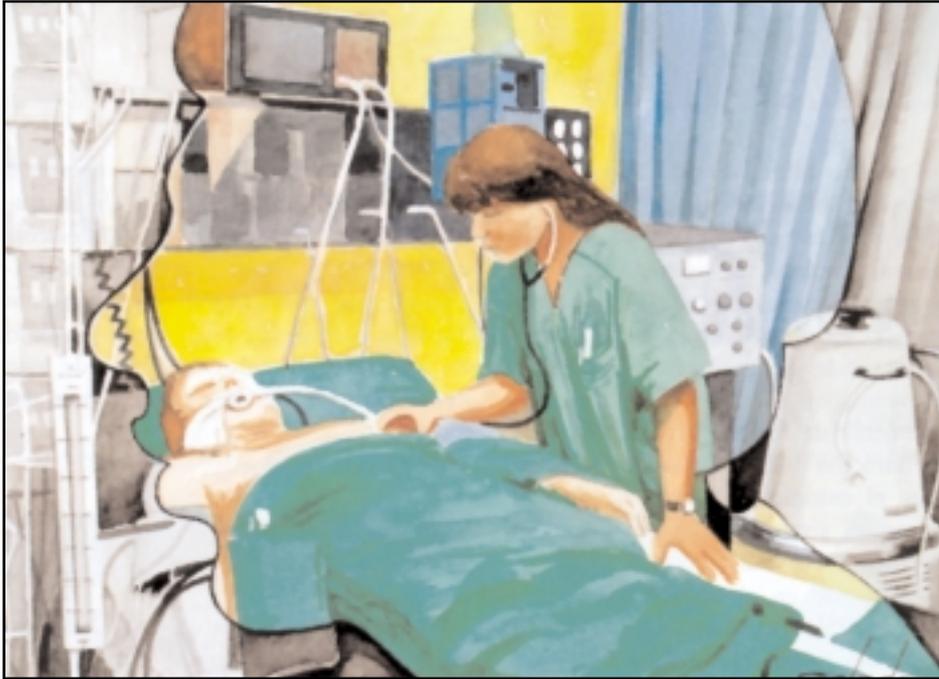
Hasta muy recientemente, la falta de equipo apropiado era un impedimento serio para la adopción de ésta técnica. Con el advenimiento de instrumentos de aplicación específica, como la IVAC P4000, la anestesia intravenosa total se ha convertido en una propuesta manejable.

El personal de anestesia en el King's Day Surgery Centre está entrenado en la administración de anestesia intravenosa total utilizando el instrumento, y, dada la facilidad de uso que ofrece, anticipo que animará a muchos de ellos a incluir la anestesia intravenosa total dentro de sus propias técnicas de anestesia.

No debería pasarse por alto el potencial de este tipo de bomba de jeringa para anestesia en el entorno de cuidados intensivos ya que aporta la misma flexibilidad para la infusión y dosificación de bolos de analgésicos, hipnóticos y relajantes musculares. Un entrenamiento comprensivo del personal de enfermería en el funcionamiento del instrumento es, por supuesto, esencial en dicho contexto. ■

REFERENCIAS

1. VALANNE - J. Recovery and Discharge of patients after long propofol infusion vs isoflurane anaesthesia for ambulatory surgery. Acta. Anesthesiol. Scand. 1992; 36:530-533



FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEROS/AS ANESTESISTAS

NORMAS PARA EL EJERCICIO

PERFIL PROFESIONAL

La Federación Internacional de Enfermeros/as Anestésistas es una organización de enfermeros/as titulados con una formación especializada en enfermería de anestesia. Un enfermero/a anestésista es una persona que ha superado un programa básico en enfermería y en enfermería de anestesia y que está cualificada y autorizada en su país para ejercer ésta especialidad. Los miembros de esta organización profesional están dedicados al precepto de comprometerse al progreso de las pautas (normas) de formación y ejercicio que impulsarán el arte y la ciencia de la enfermería con el fin de respaldar y aumentar la calidad de la atención al paciente.

Una de las características de cualquier profesión es la responsabilidad hacia el público en cuanto al desarrollo de normas se refiere, es a través de éstas que la calidad del servicio prestado por los profesionales puede ser juzgada.

Establecer normas/pautas es esencial para mejorar la calidad del ejercicio; éstas las desarrollan y aprueban todos los miembros y se basan en la filosofía, teoría, ciencia y en principios e investigaciones profesionales. Las normas proporcionan una manera de evaluar el ejercicio de la enfermería de anestesia y dotan al practicante de un nivel de expectativa y de un marco en el cual operar.

Propósito de las Normas

Aunque los servicios de enfermería de anestesia se utilicen en varios países del mundo, el ejercicio de la anestesia varía de un país a otro o de una localidad geográfica a otra, dentro del mismo país debido a los requisitos y limitaciones impuestos por la ley local o instituciones. Además, el ejercicio del enfermero/a anestésista está regulado por principios, normas y reglamentaciones establecidas por la institución sanitaria en la cual se proporcione la asistencia anestésica.

El Objetivo es:

1. Proporcionar conocimientos básicos comunes a enfermeros/as anestésistas para coordinar la asistencia y unir esfuerzos en el desarrollo de la cali-

2. Asistir al profesional en la evaluación de la calidad de la asistencia suministrada.

3. Asesorar a las jefaturas sobre qué esperar del enfermero/a anestésista.

Normas

- I.- El paciente recibirá una evaluación pre-anestésica completa.*

Interpretación:

El enfermero/a anestésista realizará o participará en la realización de una evaluación fisiológica y psicológica previa a la anestesia. La evaluación incluye una revisión de la historia clínica del paciente, de los problemas de salud actuales y del estado físico como base para la determinación de la asistencia requerida durante el período transoperatorio.

Para el enfermero/a anestésista la evaluación del paciente es requisito necesario antes, durante y después del suministro de un anestésico.

- II.- Se formula un plan de atención anestésica basado en conocimientos básicos, conceptos, principio científicos y de enfermería.*

Interpretación:

Se desarrolla, de manera sistemática, un plan de atención anestésica basado en: información sobre la historia médica psicológica y social del paciente, pruebas de laboratorio y radiográficas y datos diagnósticos varios. El plan también se basa en un proceso de previsión del material esencial y de coordinación con los suministradores de atención sanitaria adecuados.

- III.- La operación anestésica incluye administrar y/o participar en la administración de anestesia general o local y de agentes terapéuticos coadyudantes a todas las edades y clase de pacientes con variedad de procedimientos quirúrgicos y médicos.*

Interpretación:

El enfermero/a anestésista utilizará una varie-

coadyudantes y accesorios y equipamiento para suministrar la atención anestésica.

- IV.- El enfermero/a anestésista supervisará las respuestas psicológicas y fisiológicas, interpretará y utilizará los datos obtenidos de la utilización de los métodos de supervisión invasivo y no invasivo y tomará las acciones pertinentes para mantener o estabilizar el estado del paciente y para procurar los cuidados de reanimación.*

Interpretación:

El enfermero/a anestésista supervisará, anotará y comunicará los síntomas fisiológicos y psicológicos y procurará los cuidados de reanimación que incluyen terapia líquida, mantenimiento de las vías respiratorias y suministro de oxigenación asistida o controlada.

- V.- El enfermero/a es responsable del registro inmediato, completo y exhaustivo de la información relevante en la historia del paciente.*

Interpretación:

Un informe exhaustivo facilita la comprensión de los cuidados administrados al paciente, proporciona información para el análisis retrospectivo, facilita la búsqueda e investigación de datos y establece una historia médica legal.

- VI.- El enfermero/a anestésista terminará o participará en la finalización de la anestesia; determinará si el estado fisiológico y psicológico es el adecuado y comunicará los datos pertinentes al personal apropiado.*

Interpretación:

El enfermero/a anestésista termina o participa en la finalización de la anestesia, identifica problemas del paciente y lleva a cabo las acciones apropiadas en el período postoperatorio inmediato. El enfermero/a anestésista comunica detalladamente el estado del paciente a personas que requieran este tipo de información y permanece con el paciente hasta que sea propicio transferir la responsabilidad

VII.- El paciente recibirá una atención post-anestésica por parte del personal apropiado.

Interpretación:

El enfermero/a anestésista permanece con el paciente hasta que sea necesario para estabilizar el estado del paciente y comunica los datos esenciales en relación al período perioperatorio al personal encargado del próximo nivel de atención.

VIII.- Se tomarán medidas de seguridad apropiadas para garantizar la seguridad en la administración de cuidados anestésicos.

Interpretación:

Las medidas de seguridad y los controles, tal y como establece la institución, tienen que ser incorporados con el objetivo de reducir los riesgos eléctricos, de incendio y de explosión en las zonas donde se procuran las atenciones anestésicas. El equipo de anestesia deberá ser probado e inspeccionado por el anestésista antes de su utilización. Éste comprobará la disponibilidad, limpieza y condiciones de trabajo de todo el material, detectará posibles fallos y tomará las medidas adecuadas para solucionar dichos problemas. Además, el anestésista seguirá estrictamente las normas institucionales para proteger al paciente y al personal sanitario de enfermedades infecciosas y otros riesgos, utilizará principios de ciencias básicas y de conducta apropiados para proteger a los pacientes de complicaciones iatrogénicas.

IX.- El trabajo del enfermero/a anestésista se revisará y evaluará para garantizar la calidad de la atención prestada.

Interpretación:

El enfermero/a anestésista participará en una revisión periódica y en una evaluación de la calidad y conveniencia de la asistencia anestésica. Repaso y evaluación serán efectuados de acuerdo con el programa de garantía de calidad de la institución.

X.- El enfermero/a anestésista mantendrá el ejercicio de la anestesia basándose en un repaso y evaluación continuos de la teoría científica, descubrimientos en el campo de la investigación y trabajos actuales.

Interpretación:

El enfermero/a anestésista pondrá en práctica las nuevas técnicas y conocimientos que hayan sido aceptados a través de la adquisición de una formación continuada. El enfermero/a anestésista participará en investigaciones ya sea como investigador de sujetos o como usuario de éstas investigaciones para potenciar el avance de la profesión. El enfermero/a anestésista protege los derechos de los pacientes o animales implicados en los proyectos de investigación y conduce el proyecto de acuerdo con las normas de comunicación/información y de ética.

XI.- El enfermero/a anestésista apoya y preserva el derecho a la intimidad del paciente protegiendo la información de naturaleza confidencial de aquellos quienes no la necesitan en cuanto a la atención al paciente se refiere. Además, el enfermero/a anestésista apoya los derechos de libertad de expresión, decisión y acción del paciente.

Interpretación:

cialidad de la información sobre los pacientes y por encima de todo respeta y mantiene los derechos básicos de los pacientes demostrando interés por la dignidad personal y las relaciones humanas.

XII.- El enfermero/a anestésista participa en la educación de los pacientes y de otros miembros de la comunidad de interesados como la familia, el cirujano y otros enfermeros/as que atienden al paciente durante el período perioperatorio. El enfermero/a anestésista está además capacitado/a para reanimación cardiopulmonar y otros tipos de atención al paciente

Interpretación:

Como profesional especializado en anestesia el enfermero/a anestésista educa a los demás.

XIII.- El enfermero/a anestésista reconoce y asume la responsabilidad de ejercer profesionalmente y mantiene el nivel de conocimiento, juicio, formación tecnológica y valores profesionales como prerrequisito para proporcionar servicios sanitarios de gran calidad.

Interpretación:

El enfermero/a anestésista acepta la responsabilidad de ejercer esta profesión, se compromete de por vida en actividades de formación profesional y participa en mecanismos de garantía de calidad como base para evaluar la calidad de la asistencia y del ejercicio de la profesión.

G L O S A R I O

Evaluación: Primer componente de un proceso de asistencia. (Evaluación, identificación del problema, Plan de atención al enfermo, Aplicación de Plan de Atención y Evaluación de la atención prestada; estudio equivalente al examen médico: revisión de la historia clínica de un paciente, de sus problemas actuales de salud y del estado físico como base para la determinación de la atención que el paciente precisa y que el enfermero/a prestará o en la que participará. Para el enfermero/a anestésista, la evaluación del paciente es una función necesaria antes, durante y después del suministro de una anestesia.

Anestesia, Medicamentos Coadyudantes y Accesorios: Tres clases de medicamentos que se utilizan en enfermería de anestesia y que se incluyen en los cursos avanzados de farmacología impartidos como parte del programa de formación de enfermería de anestesia.

1.- Medicación anestésica: Aquellos medicamentos que contienen anestesia o analgésico, con efectos hipnóticos, sedantes que son utilizados con este propósito en el suministro de una anestesia.

2.- Medicación coadyudante: Aquellos medicamentos necesarios para la suministación de la anestesia y/o el establecimiento de determinadas condiciones quirúrgicas como parte del anestésico. Entre estos se incluyen medicamentos

o para la relajación del sistema músculo-esquelético o los medicamentos hipotensores en caso que se utilice hipotensión controlada para disminuir la hemorragia.

3.- Medicación Accesorio: Aquellos medicamentos que los pacientes toman como parte de su condición física o psicológica habitual y que pueden afectar en la elección de la anestesia y/o medicamentos adicionales. También forman parte aquellos medicamentos que el paciente pueda necesitar durante la anestesia para mantener el balance fisiológico dentro de los límites normales o para corregir cualquier complicación.

Comunidad de Interesados: Aquellos grupos de gente que tienen un interés significativo en una cuestión concreta. En el caso de la anestesia la comunidad de interesados podría ser el paciente, la familia, el cirujano, los suministradores de la anestesia (médico y enfermero/a), otros enfermeros/as que atenderán al paciente antes, durante y después de la anestesia y de la intervención quirúrgica y, por último, la administración del hospital. Esta comunidad de interesados puede incluso extenderse a compañías farmacéuticas y a fabricantes dependiendo de las circunstancias.

En el caso de la formación académica del enfermero/a anestésista, la comunidad de interesados serán los estudiantes, el cuerpo docente y los empleados de la profesión, además del público como pacientes potenciales que serán beneficiarios de los servicios prestados por los graduados de estos programas.

Plan de Atención: Documentación de enfermería de anestesia que incluye la evaluación, organización de un plan, aplicación del plan y evaluación posterior.

Peligros (riesgos): Situación de riesgo o perjuicio potencial al personal sanitario o al paciente. Esto incluye, pero no se limita a, la contaminación y la exposición a láser o Rayos X.

Perioperatorio: Alrededor del período operatorio: preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.

Pertinencia: De gran significancia o relevancia.

Personal de recursos: Un individuo que a través de su formación y experiencia ha adquirido dominio en un campo y es capaz de asistir, asesorar, consultar o supervisar a otro personal en cuanto a la prestación de un servicio, abarcado en su ámbito de dominio se refiere. Ejemplo: El enfermero/a anestésista, como experto en canales de respiración y en ventilación (oxigenación), puede servir como ayuda a otro personal de sanidad para corregir una vía de respiración o un problema de ventilación en un paciente o porque su experiencia en técnicas de reanimación le cualifique para ser líder o miembro de un equipo de reanimación en un caso de complicación cardiopulmonar o de trauma grave. El enfermero/a puede servir también de profesor/a para ayudar a otros a aprender técnicas de corrección de problemas en las vías respiratorias o de reanimación a pacientes en caso de un paro cardiopulmonar; en este caso el enfermero/a anestésista sería

CÓDIGO ÉTICO

Preámbulo

La responsabilidad fundamental del enfermero/a anestésista es prestar o participar en la prestación de servicios avanzados y especializados de anestesia y asistencia a pacientes que requieran anestesia, atención respiratoria, reanimación cardiopulmonar y/o otras emergencias que puedan tener lugar.

Los servicios especializados de asistencia y anestesia avanzados incorporan las ciencias biológicas y de comportamiento a la práctica, puesto que están relacionadas con los pacientes y sus familias. Inherente a la anestesia el ejercicio de la enfermería comporta un respeto por la vida, la dignidad y los derechos del hombre, sin discriminación por motivos de nacionalidad, raza, creencia, color, edad, sexo, ideología política o clase social.

El propósito de un código ético es la comprensión, por parte del profesional, de su responsabilidad, de la confianza que la sociedad en él ha depositado y el reconocimiento de las obligaciones internacionales inherentes a esta confianza. El Código de Ética de la Federación Internacional de enfermería de Anestesia está configurado a partir de la premisa que, en calidad de profesionales de asistencia sanitaria, los enfermeros/as anestésistas deberán esforzarse, tanto individual como colectivamente, para lograr las pautas de comportamiento (ética) más altas posibles.

Conceptos Éticos

I.- El enfermero/a anestésista y la gente

- A. La responsabilidad primaria del enfermero/a anestésista es hacia quienes requieran asistencia anestésica. Prestando la atención requerida, el enfermero/a contribuye a crear una atmósfera en la cual los valores, costumbres y creencias religiosas del individuo son respetadas.
- B. El enfermero/a anestésista defiende el derecho a la intimidad del paciente pro-

confidencial de quienes no la precisan para fiens médicos.

- C. Un enfermero/a anestésista mantiene la integridad personal, actúa para salvaguardar a los pacientes de acciones no éticas o ilegales de cualquier persona, y lucha para establecer su libertad de conciencia, puesto que se relaciona con pacientes y con todos los miembros del equipo de asistencia sanitaria.

II.- El enfermero/a anestésista y el ejercicio

- A. El enfermero/a anestésista presta servicios respetando la dignidad humana y la individualidad del paciente, sin discriminación por motivos de clase social o económicos, de atributos personales o de la naturaleza de sus problemas de salud.
- B. El enfermero/a anestésista demuestra continuamente un alto nivel de competencia. Competencia es el compuesto del conocimiento profesional individual, el juicio, los valores y el dominio en los ámbitos tecnológico e interpersonal.
- C. El enfermero/a anestésista es responsable y está profesionalmente capacitado para juzgar y actuar de manera individual y es abogado de los derechos del paciente.

III.- El enfermero/a anestésista y la sociedad

- A. El enfermero/a anestésista tiene dos obligaciones hacia la sociedad: como profesional, con licencia para prestar determinados servicios de asistencia médica, y como miembro responsable de la sociedad y de la comunidad donde vive.
- B. El enfermero/a anestésista participa en el esfuerzo de la profesión para proteger al público de la desinformación y desvirtuación y para mantener la integridad de la profesión.
- C. El enfermero/a anestésista colabora con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria y con otros ciudadanos para fomentar esfuerzos comunitarios y nacionales que contribuyan a satisfacer las necesidades médicas de la pobla-

IV.- El enfermero/a anestésista y sus colaboradores

- A. El enfermero/a anestésista mantiene relaciones de cooperación entre enfermeros/as anestésistas, médicos anestésistas y con otros miembros de la profesión médica, de la profesión de enfermería, hospitales y organismos representantes de cualquier comunidad de interesados en la enfermería de anestesia.
- B. El enfermero/a anestésista trata a todos los asociados y colaboradores con lealtad, seriedad, fiabilidad, fidelidad, honestidad, formalidad y sinceridad.

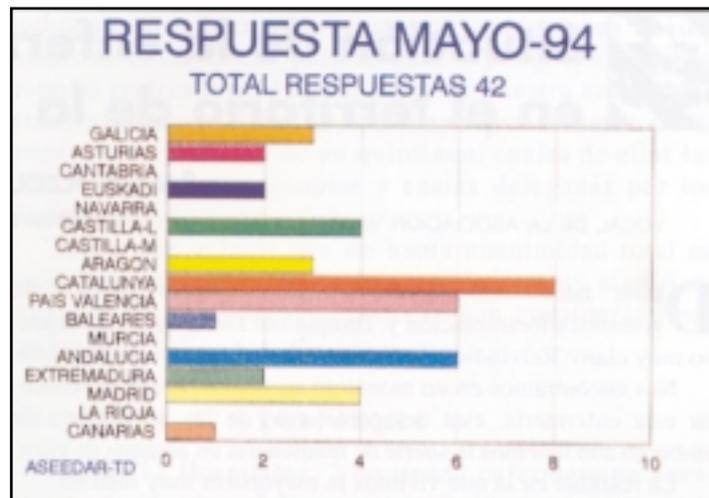
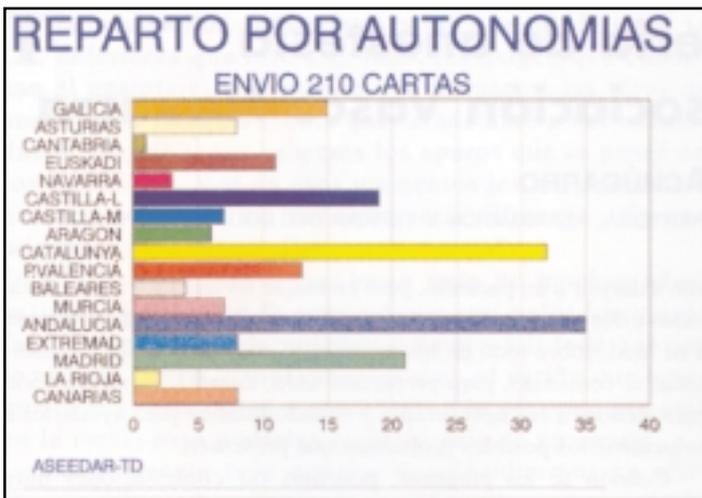
V.- El enfermero/a anestésista y la profesión

- A. El enfermero/a anestésista juega un papel crucial a la hora de determinar y llevar a cabo las pautas deseadas de educación y ejercicio de la enfermería de anestesia.
- B. El enfermero/a anestésista participa en actividades que contribuyen al continuo desarrollo del corpus teórico de la profesión.
- C. El enfermero/a anestésista protege los derechos de los pacientes o animales en los trabajos de investigación y conduce estos proyectos de acuerdo con las normas de comunicación/información y de ética.
- D. El enfermero/a anestésista participa en el esfuerzo para establecer y mantener las condiciones laborales que propicien una asistencia anestésica de alta calidad.

Sugerencias para la Aplicación de Conceptos del Código de Ética

El Código de Ética es una guía de acción basada en valores y necesidades de la sociedad. Tendrá sentido sólo si se convierte en un documento vivo aplicándose a las realidades del comportamiento humano en una sociedad cambiante.

Para conseguir su propósito, el Código deberá ser entendido, interiorizado y utilizado por los enfermeros/as anestésistas en todos los aspectos de su trabajo. Deberá estar continuamente disponible para estudiantes y practicantes durante sus vidas de



¿Estamos reconocidos realmente?

Una enfermera perteneciente a nuestra asociación, solicitó de la junta directiva, una postura ante un problema puntual de su hospital con respecto al enfermero/a de anestesia y reanimación.

RAFAEL MIRET CAÑIZARES
VICEPRESIDENTE ASEEDAR-TD

Por este motivo, en Mayo de 1994 la junta directiva de ASEEDAR-TD quiso saber cual era la realidad de nuestra especialidad en los hospitales de nuestro país.

Para ello enviamos 210 cartas a otros tantos hospitales de todas las autonomías. En ella preguntábamos si reconocían la figura del enfermero/a anestesista en su hospital, en los quirófanos y en las unidades de cuidados post-anestésicos.

Los resultados, fueron comentados en la asamblea que ASEEDAR-TD celebró en Barcelona durante el 8º congreso. Ahora estudiaremos con mas profundidad estas respuestas.

El total de hospitales que respondieron a la circular fueron 42, el 17,87% de los centros consultados. Por comunidades, Aragón con el 50% fue la mas participativa, seguido del País Valencià con el 46,5%. Cinco comunidades no respondieron a nuestras cuestiones, estas fueron: Castilla-La Mancha, Cantabria, Navarra, Murcia, La Rioja.

De éstas 42 respuestas, 23 nos decían que sí disponían de D.U.E en la unidad de cuidados post-anestésicos y eran reconocidos en el hospital, dando un porcentaje del 54,76%.

D.U.E. en quirófano con dedicación única en anestesia junto al anesthesiólogo, encontramos 17 respuestas afirmativas el 40,47% del total, siendo el mayor incremento en el País Valencià con el 66% de estas respuestas afirmativas.

La comunidad más consultada fue Andalucía con 35 hospitales, seguida de Catalunya con 32 consultas. Las menos fueron, Cantabria con 1 hospital y La Rioja con 2 hospitales consultados.

Las conclusiones que podemos deducir es que necesitamos ser más conocidos en los hospitales de nuestro país. Para ello es necesario que entre todos, empujemos el carro de la especialidad, los mejores representantes para ello, son los vocales autonómicos, que deben de canalizar la opinión del todo el colectivo profesional. En la actualidad hay autonomias pendientes de ellos éstas son: Galicia, Asturias, Cantabria, Castilla la Mancha, Baleares, Murcia, Extremadura y La Rioja. ■





Situación de la enfermería de anestesia en el territorio de la Asociación Vasco-Navarra

AMAIA AZCUE ACHÚCARRO

VOCAL DE LA ASOCIACIÓN VASCO-NAVARRA DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR • GUIPÚZCOA

Desde hace tiempo la Asociación Vasco-Navarra de Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor tiene un objetivo muy claro: Reivindicar la figura de la enfermería de anestesia.

Nos encontramos en un momento en el que en vez de fomentar esta enfermería, está desapareciendo de los hospitales; sin embargo aún tenemos la suerte de mantenerla en algunos de ellos.

La realidad en la que vivimos la mayoría es muy distinta.

Voy a centrar el trabajo en la enfermera dentro del quirófano, donde se va a practicar una intervención, olvidándome un poco del resto de la enfermería en otros lugares del área quirúrgica como despertar, reanimación, etc..

Nuestros compañeros los Anestésistas, no se ponen todos de acuerdo a la hora de solicitar una enfermera de anestesia cuando

van a dormir a un paciente, pero en lo que no tienen ninguna duda todos ellos es en la necesidad que tienen de tener una enfermera a su lado, sobre todo en los momentos importantes de una anestesia; al comienzo, para prepararlo todo, durante la intervención para atender a sus necesidades y cuando finalice para ayudarles a solucionar los posibles problemas que presenten.

Cuando se les pregunta, podemos oír contestaciones muy diversas:

¿Necesitas una enfermera de anestesia en el quirófano?

Muchos tienen la respuesta correcta => Sí, sin lugar a dudas

Otros => Yo necesito una enfermera, me da igual de qué sea, o que nombre tenga.

¿Es cierto esto? => No.

TAREAS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

DESCRIPCIÓN DE TAREAS	A	EA o EC	AE	Propia	Delegada
Preparar medicación	X	X		X	
Preparar sueroterapia		X		X	
Preparar respirador y circuitos de anestesia		X		X	
Preparar sistemas de aparataje de monitorización e inyectores		X		X	
Revisión y puesta a punto del aparato de anestesia y monitores	X	X		X	
Preparar material específico para las técnicas loco-regionales		X		X	
Preparar material específico de intubación		X		X	
Preparar material de Sondaje Nasogástrico		X		X	
Preparar material de Sondaje Vesical		X		X	
Preparar material de Sondaje Aspiración		X		X	
Admisión del paciente	X	X		X	
Cuidado integral del paciente quirúrgico (protección y seguridad)	X	X		X	
Valoración del estado del paciente quirúrgico (ansiedad, riesgo)	X	X		X	
Administrar medicación (inducción)	X				X
Ventilación del paciente	X				X
Intubación del paciente	X				X
Sondaje Nasogástrico	X				X
Canalizar vía periférica		X		X	
Canalizar vía central	X				X
Canalizar vía arterial	X	X			X
Sondaje vesical	X	X		X	
Colocación adecuada del paciente en la mesa quirúrgica (en cuanto a los sistemas de protección y seguridad)	X	X		X	
Vigilar fluidoterapia y transfusiones	X	X		X	
Control de monitores durante el período intraoperatorio	X	X			X
Control de hoja de evolución de anestesia (gráfica)	X				X
Análisis intraoperatoria. Gases	X	X			X
Control de diuresis, pérdidas hemáticas y electrolíticas	X	X		X	
Extubación y despertar del paciente	X				X
Aspiración vías respiratorias	X				X
Aspiración vía gástrica	X	X			X
Preparación del paciente para el traslado a la unidad de Reanimación	X	X		X	
Traslado a la Unidad de Reanimación	X			X	
Limpieza y esterilización de materiales y aparatos de anestesia			X	X	
Abastecimiento y control de la medicación		X		X	
Control de estupefacientes		X		X	
Control del material específico de anestesia y abastecimiento		X		X	

Código: A: Anestésista EA: Enfermera Anestésista EC: Enfermera campo AE: Auxiliar Enfermería

Todos aquellos anestesistas a los que les da igual la enfermera que esté a su lado, les exigen que conozcan al aparataje de anestesia, los fármacos, las técnicas anestésicas y normalmente que se adelante a sus necesidades, porque todos sabemos los apuros que se pasan en los quirófanos, y si en esos momentos les volviésemos a hacer la pregunta, su respuesta sería diferente: “Quiero una enfermera especialista en anestesia”.

A esto yo añadiría que hasta hace no muchos años, existían enfermeras de anestesia en casi todos los quirófanos y gran parte de nosotras estamos allí todavía, con lo cual se sirven de nuestra voluntad, el cariño que tenemos a la especialidad y sobretodo a la persona que está en la mesa, para poderles sacar de más de un apuro.

Curiosamente creo que todos coincidiremos en afirmar que los anestesistas que están más a favor de la enfermera de anestesia son los que tienen más años de experiencia y conocimientos y ¿por qué?, porque saben lo importante que es para el Servicio y para el paciente

todos nuestros logros se vayan unificando y nos quedemos con cosas claras para lo cual expongo un pequeño estudio realizado en 12 hospitales de nuestra comunidad en el que hemos definido las tareas que venimos realizando a diario dentro de un quirófano; cuales de ellas las consideramos como propias y cuales delegadas por los Anestesistas.

Tengo que aclarar que no había unanimidad total en todas las respuestas, pero sí una mayoría muy significativa, por lo tanto los resultados se han considerado por mayoría.

CONCLUSIONES:

De los 12 Hospitales, 7 no tienen enfermera de anestesia y de los otros 5 restantes no llega ni a una por quirófano.

Podemos comprobar que el número de enfermeras por quirófano varía, con lo cual en muchos casos la enfer-

	Enfermera anestesia	Enfermera/Quirófano	Reivindicación Enferm. Anestesia
Hospital N° 1	NO	2 1/2	NO
Hospital N° 2	NO	1	SI
Hospital N° 3	NO	2 1/3	SI
Hospital N° 4	NO	2	SI
Hospital N° 5	SI 1/2	2	
Hospital N° 6	1	2	
Hospital N° 7	NO	1 y 1 ajena al servicio	SI
Hospital N° 8	NO	2	SI
Hospital N° 9	SI 1/2	2 1/2	
Hospital N° 10	NO	2	
Hospital N° 11	SI 1/2	2	
Hospital N° 12	SI 1/2	2	

y también aunque no se lo crean los economistas de la sanidad para la buena utilización de los recursos y para la conservación del material. Yo creo que todo lo que pretenden ahorrar al no tener enfermeras especializadas (cosa que no existe en España en la teoría, pero sí en la práctica), terminan gastándolo de otras maneras, ya que los aparatos se estropean más, tienen menos vida, se abre un fungible pero como no es el adecuado hay que desecharlo, etc.

Para todos aquellos que vivimos el día en un quirófano nos sería fácil demostrar esto que digo, pero es evidente que quien decide no conoce demasiado las necesidades que existen. Desconocen que para poder ser enfermera de anestesia necesitas tener una destreza manual como intelectual, estar continuamente estudiando y ponerte al día de todas las novedades que surgen ya que en sí es una especialidad que está cambiando mucho y exige una formación continuada.

Una formación que hasta ahora todos aquellos que estamos interesados en nuestra especialidad la vamos

mera circulante tiene que ocuparse no sólo del anestesista, sino también del campo quirúrgico y de los Cirujanos.

Aunque no hemos contemplado en nuestros resultados la presencia de la auxiliar de enfermería en el quirófano, sí que lo hicimos en la encuesta previa y esto nos lleva a pensar que en muchos casos se permite o se utiliza a la auxiliar de quirófano ya que a veces faltan manos para las demandas existentes, y si a esto añadimos que en ningún quirófano hay distintivos para reconocer a una auxiliar o a una enfermera, nos encontramos con el caso de que un Anestesista recién llegado al Hospital, puede solicitar a una auxiliar que le coja una vía a un paciente al igual que el paciente le llama Doctor al Sanitario.

Este trabajo no tiene gran base científica, pero esperamos que os ayude a todos para sacar vuestras propias conclusiones y a su vez animaros a que determinéis protocolos de actuación con criterios consensuados para de esta manera impulsar en la definición de funciones en enfermería y desde nuestra asociación las funciones de



8º Congreso Nacional de ASEEDAR-TD



El 8º Congreso Nacional de Enfermería en Anestesia - Reanimación y Terapia del Dolor, celebrado en Barcelona ya es historia. Durante los días 3, 4, y 5 de Noviembre del año pasado, pudimos disfrutar un año mas de la compañía y los nuevos avances que profesionales de la enfermería apartaron al acontecimiento.

Bajo la sombra del lema del Congreso **“DEL SUEÑO AL DESPERTAR”** se desglosaron los cinco temas fundamentales que marcaron los ejes del encuentro:

- * Papel de las unidades de reanimación post-quirúrgica.
- * Uso, administración y efecto de nuevos fármacos.
- * Anestesia y reanimación en el servicio de urgencias.
- * Futuro de la especialidad de enfermería en Anestesia-Reanimación y terapia del dolor.
- * Atención integral al paciente quirúrgico.

El numero de comunicaciones libres recibidas con anterioridad a la celebración del congreso, obligó que el comité científico

y el comité organizador a trabajar a fondo, para poder acoger la demanda que los profesionales en enfermería de nuestra especialidad estaban solicitando un año mas.

Por vez primera, se planteó en el seno del comité organizador la adjudicación de tres premios, que si bien no tienen un peso económico importante, sí se creyó que era una recompensa mínima al esfuerzo que nuestros compañeros hacen para nuestra profesión y también para todos los profesionales de enfermería en Anestesia -Reanimación y Terapia del dolor.

El 1º Premio otorgado por ASEEDAR-TD a la mejor comunicación fue para el trabajo **“Evolución Postoperatoria de los Electrolitos en Cirugía Abdominal”**, de la Unidad de Reanimación del Hospital de Ntra. Sra. del Pino, Las Palmas de Gran Canaria. El 2º Premio fue otorgado a la comunicación **“Lesiones Neurológicas Periféricas Intraoperatorias”**, de G. Cabedo, M. T. Peix, N. Oler, M. Vivancos, M. Puente y N. López del Hospital Clínico de Barcelona. El Premio al mejor

poster fue para *“La Piel, Puerta de Acceso a Infecciones I.V.”*, de A. Rodríguez y J. M. Rodrigo, de la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario La Fe de Valencia. También se otorgó un Accesit a la comunicación *“Proyecto de Especialización en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor en nuestro Centro”*, de M. Imirizaldu, de la Clínica Universitaria de Navarra.

Durante la celebración del congreso se cumplieron los objetivos que con anterioridad se había fijado la organización, Se trató y se mantuvieron debates sobre todos aquellos aspectos que, como enfermería que trabaja en anestesia - reanimación y terapia del dolor, nos preocupan profesionalmente. Se logró una colaboración en la formación y un desarrollo científico-profesional de los colegas que nos mostraron sus avances dentro del campo de nuestra tarea del día a día.

Paralelamente al espíritu científico del Congreso, se realizó un programa social, que gracias a los asistentes y al comité organizador se consiguió que se dejaran a un lado y por unos momentos los comentarios profesionales de las salas del Hotel Princesa Sofía. Mediante este programa los organizadores tuvieron la oportunidad de dar a conocer a los compañeros de todo el Estado Español la ciudad de Barcelona.

Hay que hacer una referencia obligada a las Casas Comerciales que durante los tres días de congreso estuvieron a disposición de cualquiera de los asistentes para mostrar y aclarar las posibles dudas que pudiéramos tener de sus productos, y también su colaboración económica para que el 8º Congreso Nacional de Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor fuera un éxito.

Ahora, valorando lo acontecido, vemos una vez mas, que enfermería tiene fuerza dentro de la sanidad de nuestro país, y un alto nivel profesional; valores que, a buen seguro, se repetirán en el 9º Congreso que A.S.E.E.D.A.R-T.D. celebrará en la bella ciudad castellano-leonesa de Salamanca. Desde esta perspectiva debemos seguir trabajando dentro de nuestro mundo científico laboral. ■



Acto inaugural



Más de 300 participantes asistieron al Congreso



La exposición de stands estuvo muy concurrida

PROYECTO DE ESPECIALIZACION EN ANESTESIA-REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR EN NUESTRO CENTRO



M. IMIRIZALDU

CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA

INTRODUCCIÓN

Presentamos un proyecto teórico-práctico del contenido científico y de la tarea asistencial de la especialidad de Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor, para proporcionar la atención integral al paciente quirúrgico, que abarca desde la preparación psicológica y física del paciente para el acto anestésico, hasta su recuperación completa y tratamiento adecuado después del mismo.

EVOLUCIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN NUESTRO CENTRO

- En nuestros quirófanos, siguiendo la evolución de otros países europeos, la figura de la enfermera de Anestesia existe desde el año 1970, especialmente preparada y exclusivamente dedicada a las funciones del Departamento de Anestesiología-Reanimación.

Para nuestra formación, en una primera época, se elaboró un programa de especialización que fue impartido durante un tiempo y además, para mantener una formación continua, asistíamos a las sesiones clínicas del Departamento, y colaborábamos en trabajos de investigación.

- Este programa inicial, con el incremento de las actividades del Departamento, lo fuimos completando y renovando, así en 1982 actualizamos el programa con temas relacionados con:

•Preoperatorio. •Anestesia loco-regional. •Sala de despertar.

Siguiendo el desarrollo de algunos países europeos, considerábamos 2 años de formación y las prácticas con dedicación exclusiva, para conseguir un conocimiento teórico práctico de los temas señalados en nuestro programa.

Desarrollo de la especialidad en algunos países de Europa:

PAÍS	Comienzo	Duración	H. Teóricas	H. Prácticas
Alemania Federal	1969	2 años	240 h.	480 h.
Austria	1958	2 años	240 h.	480 h.
Dinamarca	1955	2 años	Coordinación Teórico - Práctica	
Suiza	1969	2 años	100 h.	100 h.

Igualmente en los Estados Unidos de Norteamérica existía un programa de 2 años de duración con clases teóricas y prácticas.

Posteriormente, en 1985, consideramos que uno de los puntos que más apoyaba la necesidad de la especialidad, era el estudio detallado de las funciones que realizaba la enfermera de Anestesia, que eran diferentes de las realizadas por los anestesiólogos, y las agrupaciones en ese momento en tres apartados.

- A - FUNCIONES PROPIAS O DE CUIDADO DEL PACIENTE
- B - FUNCIONES DELEGADAS O DE APOYO AL ANESTESIÓLOGO
- C - FUNCIONES ADMINISTRATIVAS

Tanto las funciones propias, como las de apoyo al anestesiólogo, las estudiamos durante el PRE - PER - Y POSTOPERATORIO.

Funciones en el periodo preoperatorio:

Las funciones propias en el periodo preoperatorio las centramos en la valoración y preparación tanto física como psicológica del paciente quirúrgico.

El instrumento de atención de enfermería para estos dos parámetros sería la entrevista preoperatoria, que mientras que en muchos países en esta época se estaba llevando a cabo nuestros pacientes, aún hoy en día, carecen de esta atención sistematizada.

Otro aspecto que tuvimos en consideración fue el estudio de las necesidades del paciente quirúrgico como ser bio-psico-social, para orientar los cuidados y procedimientos de enfermería. Tales necesidades se referían al APOYO EMOCIONAL, SEGURIDAD, PROTECCIÓN Y CONFORT.

En cuanto a la **función de apoyo**, informaremos al ANESTESIÓLOGO de aquellos aspectos recogidos en la entrevista preoperatoria que puedan serle de interés a la hora de llevar a cabo la técnica anestésica.

Asimismo, haremos una revisión de los controles preoperatorios y comprobación de su correcta realización.

Funciones en el periodo intraoperatorio:

Como funciones de apoyo en el periodo intraoperatorio seguimos velando por la seguridad, protección y confort del paciente quirúrgico.

En las funciones de apoyo ayudaremos al anestesiólogo a llevar a cabo todos sus planes anestésicos.

Funciones en el periodo postoperatorio:

Además de las ya señaladas, serán funciones propias durante el periodo postoperatorio, la ORIENTACIÓN DEL PACIENTE y la COMUNICACIÓN con los familiares del mismo.

Las funciones de ayuda estarán centradas en la VIGILANCIA INTENSIVA de los diferentes aparatos, sistemas y estado del paciente.

Posteriormente a todo este desarrollo nos ha ido surgiendo nuevas funciones, con la realización de nuestros propios trabajos de investigación, como son:

- D - FUNCIÓN INVESTIGADORA

BASES, OBJETIVOS Y ESTRUCTURA DE NUESTRO PROYECTO

La elaboración del curso ha surgido de nuestra propia iniciativa con las siguientes bases:

- La rápida y gran EVOLUCIÓN que ha experimentado la especialización de la Anestesiología-Reanimación durante los últimos años, nos ha puesto en la necesidad de un temario científico que responda a las exigencias de la actual Anestesiología-Reanimación y Terapia de Dolor, para profundizar en sus bases teóricas y consolidar sus realizaciones prácticas.
- Cada vez la cirugía es más agresiva, cada vez intervienen pacientes de más alto riesgo; por otra parte los pacientes, cada vez más informados, exigen mayores niveles de calidad y mayor seguridad. Ésto requiere una serie de maniobras y técnicas que hacen que el anestesiólogo necesite disponer de un profesional cualificado a su lado.
- El número de enfermeras en nuestro Departamento ha ido aumentando a medida que las exigencias de control y atención a los pacientes lo requerían. Este es otro de los motivos que nos ha impulsado a la elaboración de este programa, ya que en nuestra experiencia en la práctica diaria se ve reflejada la necesidad de personal perfectamente cualificado en situaciones críticas y/o de urgencia, que con frecuencia se presentan en nuestra especialidad. Asimismo esta necesidad queda reflejada en periodos vacacionales y de bajas por enfermedad.
- Nuestro proyecto va orientado en primer lugar para que el curso sea elaborado e impartido por los profesionales de enfermería con los que actualmente cuenta nuestro Departamento: para que cuando esté consolidado, pueda ser impartido a profesionales de enfermería al igual y con las mismas bases académicas que los cursos que están siendo impartidos en la Escuela de enfermería y Clínica Universitaria de Navarra de otras especializaciones.

OBJETIVOS

1. Conseguir que al finalizar el periodo de estudios teórico-prácticos, los alumnos puedan desempeñar las funciones propias del cuidado del enfermo como ser bio-psicosocial, durante los periodos pre-intra- y postoperatorio.
2. Capacitar al alumno para discernir y valorar las distintas situaciones críticas y/o urgentes, que pueden afectar a los pacientes anestesiados, y planificar la atención de enfermería jerarquizando las necesidades.
3. Dominar todos los parámetros (en constante evolución), medicos o clínicos, que se manejan durante el acto anestésico.
4. Conocer el fundamento y manejo de los fármacos de uso habitual.
5. Disponer de conocimientos y recursos humanos para procurar al paciente anestesiado seguridad y confort, tanto en el bloque quirúrgico, como en las salas de reanimación.
6. Desarrollar las entrevistas preoperatorias, cuyo objetivo sería disminuir la ansiedad operatoria, basándose en la información al paciente y a los familiares del proceso operatorio, desde el punto de vista de enfermería.
7. Desarrollar la función de apoyo al anestesiólogo, para conseguir los mayores estándares de nivel de calidad.
8. Conocer y cuidar los problemas, síndromes, prevención y tratamiento del dolor postoperatorio.
9. Capacitar al alumno a vigilar una completa recuperación del paciente anestesiado, bajo completo control clínico y técnico.
10. Introducir al alumno en los procesos docentes, administrati-

ESTRUCTURA DE LA ESPECIALIDAD

• DURACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Los estudios de enfermeras especialistas en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor se impartirán durante 12 meses.

Consistirá en actividades docentes, teóricas y prácticas.

Las clases teóricas y horarios de prácticas se impartirán de forma modular, dedicando diferentes periodos de tiempo a ambas actividades.

El período de vacaciones se ajustará al correspondiente curso académico.

• PROGRAMACIÓN DEL CURSO:

A. FORMACIÓN TEÓRICA

• Primer trimestre:

- Conceptos Generales de enfermería en el medio quirúrgico.

- Atención de enfermería en el periodo preoperatorio.

En este primer ciclo trataremos de que el alumno se familiarice con el medio quirúrgico, y aprenda a manejarse en un ambiente aséptico.

Teniendo en cuenta que el paciente quirúrgico vive este acto con angustia y temor, el esfuerzo irá orientado en capacitar al alumno para proporcionar al paciente apoyo emocional adecuado, sabiendo permanecer a su lado, proporcionarle conversación o silencio adecuados, abreviar lo más posible la espera, e irle explicando los procesos.

Prepararemos al alumno para que asuma las necesidades de seguridad, confort, protección e higiene.

Desarrollaremos los programas de valoración física, para realizar acciones necesarias e individualizadas.

• Segundo Trimestre:

- Atención de enfermería en el periodo intraoperatorio.

- Tipos y técnicas de anestesia

En este ciclo el alumno, aparte de aplicar los procedimientos de enfermería basados en la atención de las necesidades específicas del propio paciente, el tipo de intervención y su estado, será educado para que con la mejor destreza y habilidad lleve a cabo todas las indicaciones prescritas por el anestesiólogo, ayudándole en la preparación y realización de todos sus planes anestésicos. Conocerá también las características específicas en los diferentes tipos de cirugía

• Tercer Trimestre:

- Atención de enfermería en el periodo postoperatorio.

- Prevención y control del dolor postoperatorio.

En este ciclo centraremos al alumno en la vigilancia intensiva de los diferentes sistemas y estados del paciente, igualmente en el estudio y control del dolor postoperatorio.

B. FORMACIÓN PRÁCTICA

• Con una responsabilidad progresiva, rotarán por los distintos quirófanos y servicios del Departamento de Anestesiología

• Realizarán un rotatorio en las siguientes Unidades:

- Quirófano (bloque quirúrgico y esterilización): 1 mes

- U.C.I.: 15 días

- Unidad coronaria: 15 días.

C. PROGRAMA DE DEMOSTRACIONES TEÓRICO-PRÁCTICAS

El alumno se familiarizará con los diferentes materiales y técnicas relacionados con la Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor. Se realizará en diferentes seminarios a lo largo del curso.

EVALUACIÓN

El curso se completará con un trabajo de investigación, en cualquier área de la Especialidad, realizado en equipo o de manera individual, y bajo la dirección y ayuda del personal docente. Al final del curso será necesari-

REUNIÓN DE ASEEDAR-TD CON EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

HACEMOS

FUTURO

ANTONIA CASTRO
PRESIDENTA DE ASEEDAR-TD

El pasado día 21-3-95, tuvo lugar la segunda reunión celebrada en Madrid, con representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo y representantes de ASEEDAR-TD, siendo nuestros interlocutores en esta ocasión la Subdirectora General de Ordenación Profesional, Dra. Emilia Sánchez Chamorro y la enfermera Dña. Berta Sanchís, jefa de sección de dicho departamento.

La reunión dió comienzo a las 12 del mediodía, tras atravesar una barrera de manifestantes, médicos de familia que protestaban por los últimos acuerdos tomados por dicho Ministerio con respecto a su especialidad.

En dicha entrevista, pusieron de manifiesto la intencionalidad de incluirnos en el grupo asesor del Comité de Especialidades, para elaborar los planes de estudio de la Especialidad de Enfermería de Cuidados Especiales, dada la proyección e importancia que está alcanzando Anestesia - Reanimación y sobre todo la Terapia del dolor, en la sociedad actual.

Los deberes hechos

Nosotros, en ésta ocasión, llevábamos un proyecto del plan de estudios de nuestra Especialidad, realizado por nuestra compañera Marisol Imirizaldu, perteneciente a la Asociación Vasco-Navarra de Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor. El plazo para que este grupo de trabajo se ponga en marcha es de dos años aproximadamente.

Asimismo, se confirma definitivamente los países de la Comunidad Europea que actualmente tienen reconocida la Especialidad de Anestesia-Reanimación: **Francia, Dinamarca, Alemania, Luxemburgo y-Reino Unido.**

En estos momentos el Comité Europeo de Especialidades ha creado dos grupos de trabajo, uno que estudiará la especialidad directa por diplomatura (podología, fisioterapia etc.) y otro, la especialidad por vía única, que es la creación de las especialidades postbásicas. Una vez definidos éstos dos tipos de acceso a las especialidades, se someterán al Plenario, que durante éste año preside España, con Dña. Berta Sanchís al frente.

Especialidades postbásicas, se pondrá en marcha el grupo Asesor de Especialidades antes citado.

Nos aconsejan que previamente hayamos tenido contactos con el resto de Asociaciones que integran la Especialidad (en el momento del cierre de ésta publicación estamos pendientes de una reunión organizada por el Colegio de D. E. de Barcelona).

También se desmiente la posible puesta en marcha de las Especialidades de Pediatría y Salud Mental, quedando ésta última como probable en nuestra reunión anterior (mayo de 1994), con respecto a la de Pediatría, argumentaron que los factores sociodemográficos actuales hacen cada vez más difícil su aprobación y reconocimiento como futura Especialidad.

Intrusismo en Hospitales del I.C.S.

Asimismo, se trató el tema de la defensa y reconocimiento de la figura de la enfermera anestésista, puesto que en muchos quirófanos de nuestros hospitales ésta labor está realizada por la Auxiliar de Enfermería ante su sorpresa y desacuerdo, quedó claro, que es un caso de INTRUSISMO y pusieron en tela de juicio la labor de la Dirección de Enfermería en esos hospitales.

L.O.G.S.E.

Por último se trató la cuestión de los nuevos Decretos de Formación Profesional, que en aquellos momentos estaban a punto de aprobarse y que posteriormente fueron aprobados el 7 de abril del presente año, en los cuales se reforma el nivel académico de la Aux. de Enfermería, que hasta ahora era FPI y FP2 Técnicos especialistas, transformándose en Técnico de Grado Medio: Técnico en Cuidados Aux. de Enfermería y Técnicos de nivel 3 o Grado Superior, que serán los Técnicos Especialistas; con la obligatoriedad de acceder a los estudios de Técnico de Grado Medio con la ESO (Educación Secundaria Obligatoria).

Por lo tanto, y según nuestras interlocutoras, quedó claro que no se ha realizado una reglamentación de actividades, sino una regulación académica y el trabajo de la Aux. de Enfermería continuaría siendo el de las tareas delegadas de Enfermería.

La reunión finalizó con la garantía de que algún día se harían realidad nuestros sueños. "Tranquilos, pues estais haciendo futuro", fué la frase de despedida, aunque personalmente me gustaría

**JULIO
TORRAS SIMÓ**

PRESIDENTE
DE A.S.E.C.V.A.R.

“Optar por el asociacionismo para que las especialidades sean un hecho”

A.S.E.C.V



Cuando se me pidió hacer un artículo de opinión para este medio, estuve pensando qué sería interesante comunicar.

Si un profesional de Enfermería estuviese preocupado por su entorno laboral, seguramente estaría varios años presentando solicitudes a empresas de vario pintas actividades o seguramente habrá lamentado no haber hecho oposiciones a Notarías con lo que ello conlleva.

Me explicaré: si hacemos una rápida y somera referencia a la evolución de la Enfermería, va desde la aparición de los barberos, practicantes, pasando por A. T. S., hasta los actuales D.E., ya que la “U” se cayó por el camino, pues de haberla mantenido suponía unos emolumentos más altos, y en un colectivo tan numeroso, y dado el carácter de la Sanidad Pública en cuanto a presupuestos, ha sido muchísimo mas fácil y práctico, retirar la “U” de la circulación.

No contento con ello, se nos presenta una formación profesional de diversidad de funciones: rayos-X, laboratorio, quirófanos, etc..., con su primer y segundo grado y especialidad inclusive.

Los profesionales de Enfermería perdimos las especialidades y las posibilidades de adecuarnos al Sistema Sanitario del colectivo médico con ellas y aún menos en la superespecialización del especialista.

Los profesionales de Enfermería podemos o debemos ser ENFERMERAS/OS POLIVALENTES, chicos y chicas que sirvan para todas las parcelas del funcionamiento de hospitales o macro-hospitales.

Si se considera a unos pocos capaces de desarrollar determinadas



V Jornadas de Enfermería de A.S.E.C.V.A.R.

técnicas, que otros muchos por falta de hábito o preocupación se conforman con la polivalencia de la enfermería ¿por qué no aceptarlos como especialistas, puesto que en los Servicios en los que desarrollan sus actividades profesionales están sometidos a “mayor presión laboral”, ¿por falta de recursos económicos?, ¿Por potenciar mano de obra barata pero con categoría profesional reconocida? o ¿por qué estamos llegando a la potenciación de

mano de obra barata con la Formación Profesional?

Compañeros, entendemos que tras estas cuestiones o preguntas que muchos nos planteamos, debemos optar por el asociacionismo más puro como única arma en nuestras manos para luchar por nuestros intereses profesionales, puesto que ni la representación colegial, ni sindical ni docente son capaces de reivindicar que las “ESPECIALIDADES” sean un hecho.

Nosotros seguiremos trabajando en éllo, y como muestra están nuevamente, las V Jornadas de Enfermería de la Comunidad Valenciana en Anestesia-Reanimación y Clínica del Dolor, celebradas en Castellón en Junio del presente año, las cuales volvieron a reunir profesionales que trabajamos en estas áreas o que están interesados en ellas. En la Mesa Debate que precedió a la clausura de las mismas, se sometió a discusión el tema de las especialidades y su futuro, pudiéndose observar la inquietud que por ello existe.

Esperando vernos en Salamanca, con motivo del IX Congreso Nacional de la ASEEDAR-TD, seguiremos con nuestra lucha reivindicativa y esperemos que algún día, no muy lejano, podamos recoger los frutos. ■

Cambios en la junta de ASEEDAR-TD

Como ya la mayoría de vosotros sabéis, nuestra Tesorera Isabel Casaus ha dejado su cargo en la Asociación para participar en un proyecto de Enfermería,

con Médicos sin Fronteras, en Buenaventura (Colombia), siendo desde julio de éste año Tesorero en funciones nuestro compañero y miembro de ASECVAR

Ramon Rosella.

También, y durante este año, han habido cambios en las juntas de nuestras dos Asociaciones Autonómicas, siendo sus actuales pre-

sidentes Julio Torras Simó, de ASECVAR (Asociación Valenciana), y Ángel Diego Arévalo, de AVNEAR (Asociación Vasco-Navarra). ■