
Mesas redondas del XXX Congreso Nacional de la SEEIUC

Tarragona, 6-9 de junio de 2004

178

PREVENCIÓN Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO

Esta mesa conjunta fue moderada por Olga Soriano (SEEIUC) y Lluís Cabré (SEMICYUC).

El objetivo de ésta era analizar los sistemas de control que se establecen en el cuidado del paciente crítico, con el fin de garantizar la calidad asistencial.

Conocer los diferentes sistemas de gestión de errores, omisiones y riesgos en la asistencia, así como las medidas correctoras que se instauran.

Por parte de SEEIUC aportaron sus intervenciones Almudena Santano (Hospital Gregorio Marañón) y Gemma Gimeno (Hospital de Barcelona-SCIAS), que centraron su ponencia en efectos indeseables, riesgos y omisiones en la asistencia así como en la importancia de la enfermería en la prevención de errores de medicación.

Por parte de SEMICYUC participaron en la mesa Derek Angus (University of Pittsburg, EE.UU.) y Jeanine P. Wiener-Kronisch (Cardiovascular Research Institute, EE.UU.), y sus aportaciones hablaban de las estrategias basadas en la evidencia para la prevención de errores y seguridad en la monitorización, programa UCSF.

Se habló de que el desarrollo de los sistemas sanitarios, junto con los avances tecnológicos, conllevan la aparición de efectos no deseables derivados de la propia actividad, lo que conocemos con el nombre de iatrogenia. Estos errores pueden clasificarse en: diagnósticos, quirúrgicos, de medicación, relacionados con el equipamiento médico y la monitorización, así como en la seguridad física.

Se resaltó la importancia de que cuando alguno de ellos se produce sea rápidamente comunicado, de forma voluntaria y no punitiva, a fin, no sólo de dar resolución al problema que se haya podido originar y cumplir con la normativa sanitaria, sino para colaborar en evitar la repetición aplicando estrategias para su prevención.

Se relacionaron mortalidad y morbilidad con cargas de trabajo, cualificación del personal, experiencia profesional, etc.

Es de vital importancia que todas estas medidas se vean como una mejora en la calidad asistencial.

De la actitud de las organizaciones y de los profesionales, dependerá en buena medida conseguir hospitales seguros.

El objetivo, tanto de los centros sanitarios como de los profesionales, es ofrecer un entorno seguro a los pacientes, prevenir los errores y minimizar los riesgos asistenciales.

No olvidemos que cuando se produce un error, omisión, riesgo o efecto indeseable en la asistencia, la primera víctima es el paciente, pero existe una segunda víctima, y es aquel profesional implicado en ella.

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS

Moderador: Pedro M. Lastra Cubel (Enfermero. UCI Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca).

Ponentes: Pedro Lacasaña Bellmunt (Enfermero. UCI Hospital Can Mises. Ibiza), «Relación del profesional de enfermería con el paciente»; Lourdes Rubio Rico (Enfermera. UCI Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona), «Relación entre los profesionales de enfermería y el equipo asistencial»; y Consuelo Zazpe Oyarzun (Enfermera. UCI Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona), «Integración de la familia en los cuidados».

En primer lugar habló Pedro Lacasaña sobre la humanización/deshumanización que existe en las UCI debido a la gravedad de las patologías que se tratan, a condiciones de tipo estructural/tecnológico, y a una falta de formación del profesional de enfermería.

El paciente objetiva la deshumanización como «una percepción de su persona como un objeto». Se prescinde de sus sentimientos y valores y se le identifica como un número o una patología.

Destacó el insuficiente respeto a la autonomía del paciente, y que ésta no se circunscribe a los actos terapéuticos y diagnósticos, sino que también a la capacidad de los pacientes a decidir en los cuidados que reciben.

Por último, la humanización en una relación entre paciente y enfermera estaría definida por una serie de características que haría establecer un paradigma de

cuidados menos científico y más empático dentro del contexto excesivamente técnico en que nos movemos, y para conseguirlo debemos introducir las estrategias de cambio adecuadas para conseguir un mayor respeto y consideración al paciente.

Lourdes Rubio nos puso en antecedentes de que el estudio de la humanización de la atención de la salud, se ha abordado preferentemente desde la perspectiva de la asistencia a la familia o desde la visión de la aportación del cuidado enfermero o la atención médica aisladamente, y se ha obviado la contribución del trabajo en equipo.

Emergen 2 paradigmas profesionales obligados a convivir en un mismo contexto de trabajo: el paradigma humanista (al que se acercan las prioridades enfermeras), caracterizado por la asistencia a la salud, compromiso profesional, autonomía, responsabilidad, justicia, respeto, tolerancia, etc., y el paradigma biomédico (prioridad del médico), vinculado a valores como la prevención, asistencia y curación de la enfermedad, sumisión, corporativismo y tecnicismo.

La confrontación de estos 2 paradigmas ha marcado la dificultad de la relación entre los profesionales sanitarios.

El respeto mutuo, la comunicación franca y la clara definición de roles y responsabilidades de cada uno de los profesionales, son esenciales para la creación de un entorno laboral humano que invite a la humanización del cuidado.

La creación de mecanismos para la resolución de conflictos y el reconocimiento formal y regular del trabajo excelente, constituyen requisitos indispensables para conseguir un ambiente humanizado que asegure la humanización del cuidado. En definitiva, la promoción del cuidado humano a pacientes y familiares sólo es posible en un entorno donde los cuidadores son tratados con humanidad.

RESUMEN SESIÓN CONJUNTA: PATOLOGÍAS CRÍTICAS EMERGENTES

Síndrome respiratorio agudo severo

Moderadores: Enrique Fernández Mondéar (Hospital de Traumatología. Hospital Virgen de las Nieves. Gra-

nada); Gemma Martínez Estalella (Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet del Llobregat. Barcelona).
Ponentes: Fernando Barcenilla Gaité (Hospital Arnau de Vilanova. Lleida), y Amelia Urbaneja Arrue (Hospital de Basurto. Bilbao).

El Dr. Barcenilla realizó una breve evolución de la historia de esta enfermedad, centrada en su aparición a finales del año 2002, pero que mundialmente se estableció en el año 2003. Quedó de manifiesto que, aunque sea hoy en día una enfermedad controlada, no está erradicada y que en cualquier momento podría volver a crear una alarma mundial si no se mantienen las medidas de control epidemiológico pertinentes al caso. Nos habló de los diferentes estudios que se dieron a raíz de la epidemia del año 2003, y de lo que de ellos podemos aprender, también nos puso al día de los últimos avances científicos en cuanto a esta nueva enfermedad.

La Sra. Urbaneja nos invitó a compartir la experiencia práctica que tuvo lugar en su servicio el año pasado, dado que fue el lugar donde ingresó el único paciente que aún consta como caso probable en toda España. Nos relató toda la serie de medidas de prevención, control y tratamiento que se llevaron a cabo en el centro, así como la angustia vivida por todo el equipo asistencial. Nos indujo a la reflexión, dado que ella considera que en caso de un brote más numeroso las consecuencias en el ámbito sanitario hubieran sido de difícil control.

Golpe de calor

Ponentes: Angustias Navarro Guzmán (Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves. Granada), y Guillermo Vázquez Mata (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona).

La Sra. Navarro expuso la fisiopatología de las enfermedades producidas por el calor, nos relató las medidas de prevención que se deben llevar a cabo para evitar el golpe de calor, sobre todo en aquellas personas que disponen de factores de riesgo. A partir de aquí nos comentó cuál es el tratamiento y los cuidados de enfermería a seguir delante de un pa-

180 ciente afectado de golpe de calor. De forma muy didáctica, comentó la evolución de 3 casos que tuvieron lugar en su centro, lo cual sirvió para ver de forma práctica cómo fueron evolucionando y las medidas de soporte y tratamiento que se aplicaron según la fase evolutiva de la enfermedad. Finalmente, y junto con el Dr. Vázquez, se hizo una reflexión social del contexto de esta afectación, quedó claro que en verano de 2003 se enmascaró la información en cuanto al número de pacientes muertos por culpa de la ola de calor y las pocas medidas llevadas a cabo por los responsables sanitarios, este hecho debe animar a que este año se pongan medidas de actuación institucional, tanto en el ámbito preventivo como asistencial.

RESUMEN SESIÓN CONJUNTA: TRAUMATISMO MEDULAR

Moderadores: Dña. María Amparo Bodí Saera (Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona), y Dña. María de los Desamparados Bernat Adell (Hospital General de Castellón. Castellón).

Ponentes: D. Emilio Alted López (Hospital 12 de Octubre. Madrid); Dña. María de los Ángeles Alba Vara (Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo); D. Francisco Bella (paciente tetraplégico) y Dña. Rosa María Solé (familiar de paciente tetraplégico).

La sesión se realizó el día 9 de junio de 2004, de las 12:00 a las 13:00 h en el Auditorio del Palacio de Congresos de Tarragona.

Tras una breve introducción, de la que cabe destacar que el traumatismo medular es un daño ocasionado por lesión directa a la médula espinal o por lesión indirecta ocasionada en los huesos, en los tejidos blandos y en los vasos sanguíneos que la circundan, se plantea el por qué y la importancia del tema a tratar, centrándose en su, y que basándome en los datos del National Center for the Dissemination of Disability Research (NCDDR, EE.UU.) entre 12.000 y 15.000 personas presentan lesiones de médula espinal cada año y 10.000 parálisis permanente. Mientras que en nuestro país la incidencia de lesión medular traumática es de 20 a 25 nuevos casos cada año por millón de

habitantes, según el Boletín de la Sociedad Española de Neurociencia (SENC).

En su exposición, el Dr. Alted refuerza estos datos incidiendo en que la mortalidad de traumatismo medular está cifrada del 4,4 al 16,7% de los casos, siendo los accidentes de tráfico la causa más destacada, con una incidencia del 40 al 50%. Por otro lado, la lesión a nivel C1-C7 es la más habitual, se da en un 55% de los casos de traumatismo con afectación medular.

Durante su exposición destacó la importancia de que las lesiones completas pasasen de ser de un 66 a un 44%, y para esto resaltó la importancia de:

- Mejorar el manejo inicial del paciente, evitando el manejo impropio ante la sospecha de lesión medular.

- Mejorar el sistema de transporte del paciente.

- Incidir en las maniobras para evitar la lesión secundaria.

Los objetivos del tratamiento son:

- Preservar la función neurológica.

- Evitar la lesión secundaria.

- Restaurar alineamiento y estabilidad.

- No olvidar las complicaciones de la inmovilización espinal, tales como la aparición temprana de UPP, el riesgo de aspiración, como causa de posteriores complicaciones pulmonares, y los problemas de exploración e higiene que van unidos a dicha inmovilización.

- En cuanto al tratamiento farmacológico, y tras presentar una exhaustiva revisión bibliográfica con respecto al uso de esteroides, concluyó afirmando la necesidad de que se realicen más estudios al respecto, ya que algunos de los revisados sí relacionan el uso de esteroides con un ligero beneficio neuroprotector, pero otros estudios destacan que la recuperación del paciente no depende de la administración de éstos, sino de la edad del paciente y del tipo de lesión.

- Por último, destacó la importancia de un correcto examen radiológico como fuente de información básica para poder establecer un diagnóstico exacto.

Por otro lado, Dña. María Ángeles Alba, nos presentó el Plan de Cuidados de Enfermería para el lesionado medular espinal en fase de shock medular, fase que define como el estado de inestabilidad pasajera y pérdida de la función de la médula espinal aislada por

debajo de la lesión, después de su sección parcial o total.

En este punto, resulta muy difícil resumir un plan de cuidados tan bien estructurado como el presentado por M. Ángeles, de tal manera que voy a destacar los cuidados que podrían resultar más interesantes para prevenir complicaciones:

- Prevención de complicaciones pulmonares mediante drenaje postural, humidificación de vías aéreas, aspiración de secreciones, fisioterapia respiratoria y evacuación gástrica e intestinal. Destacar la movilización en volteo para pacientes con fracturas costales.

- Prevención de complicaciones ocasionadas por la vejiga neurógena, mediante la utilización de sondas vesicales de silicona permanentes con circuito cerrado para recogida de orina, fijando la sonda vesical a la pared abdominal y comprobando su permeabilidad, ya que una de las complicaciones más importantes sería la rotura vesical por estallamiento. Se realizan urocultivos reiterados como medida de control de la infección.

- Prevención complicaciones ocasionadas por el intestino neurógeno, mediante la realización de cambios posturales cada 3 h, SNG de evacuación junto con medidas manuales y farmacológicas que favorezcan la defecación, sin olvidar la colocación de una sonda para alimentación enteral o una gastrostomía cuando se precise.

- Prevención de alteraciones motoras y sensitivas evitando la flexión de la muñeca, el apoyo de los codos, dejando las manos en posición funcional. La columna debe de estar siempre alineada dejando a las caderas en rotación neutra con ligera flexión de rodillas y evitando el pie equino.

- Prevención de alteraciones vasomotoras, procurando cambios posturales cada 3 h, controlando la temperatura en miembros inferiores, realizando circunmetrías diarias y consiguiendo un balance equilibrado.

- Prevención de alteraciones de la termorregulación, manteniendo una temperatura constante dentro del cubículo del paciente, la ropa de la cama se mantendrá seca y se vigilará la aparición de hipotermia.

Finalizó su exposición tratando las distintas fases psicológicas por las que atraviesa un lesionado medu-

lar hasta que se adecúa a su realidad, destacando que no todos los pacientes atraviesan todas estas fases y que tampoco lo hacen todos en el mismo orden.

Fases:

- Shock psicológico.
- Fase de negación.
- Fase de protesta, caracterizada por cólera y agresividad.
- Fase depresiva.
- Fase de identificación.

Finalmente, se entrevistó al Sr. Francisco Bella y a la Sra. Rosa María Solé, previo a esta entrevista ambos moderadores preparamos una serie de preguntas dirigidas y conocidas tanto por el paciente como por el familiar. Necesitábamos conocer su punto de vista de la forma más exhaustiva posible, fue complicado evitar que surgieran sentimientos y mantener una cierta frialdad para conseguir que no se perdiera el valor científico de la sesión. Ambos ponentes colaboraron en todo momento y me gustaría destacar sólo 2 preguntas con sus respectivas respuestas. Al paciente se le preguntó: ¿cuándo, cómo y quién le informó de su situación de tetraplejía? Su respuesta fue: «Cuando el enfermero que vino por la mañana me dijo: ¿cómo está mi tetra favorito?». Al familiar se le preguntó: ¿precisó apoyo económico?, su respuesta fue que sí, ya que perdió su empresa, pero a la pregunta: ¿quién se lo facilitó?, su respuesta fue, yo misma.

Sólo agradecer a todos los ponentes su aportación y destacar la colaboración de Rosa María y Kiko, que sin haber estado antes en ninguna sesión científica, su breve participación nos deberá hacer reflexionar bastante a todos los profesionales implicados en el tratamiento y cuidados al paciente crítico con lesión medular.

RESUMEN MESA REDONDA: ENFOQUE INTEGRAL DEL PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA

Moderadora: Alicia Robas Gómez (SMI Hospital Provincial Ntra. Sra. de la Misericordia. Toledo).

Ponentes: Luis Arantón Areosa (Enfermero. UCI del Hospital Arquitecto Marcide. El Ferrol. A Coruña); M

182 Jesús Tomey Soria (Enfermera coordinadora de trasplantes. Hospital Gregorio Marañón. Madrid); Dolors Ruiz Montilla (Enfermera de la Reanimación de Urgencias. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospital de Llobregat. Barcelona).

Se inicia la mesa con una breve introducción por parte de la moderadora, en la que se pone de manifiesto la importante evolución experimentada en la ventilación mecánica desde sus inicios en los años treinta con la aparición del pulmón de acero hasta nuestros días. Para conseguir dar una visión integral de los cuidados del paciente sometido a ventilación mecánica, cada uno de los ponentes se ocupó de tratar aspectos del tema diferentes y a la vez complementarios.

En primer lugar, intervino D. Luis Arantón Areosa, que se ocupó de la ventilación mecánica invasiva: cuidados respiratorios, movilización y nutrición. Nos hizo un breve recordatorio de la evolución histórica de la ventilación mecánica, a continuación pasó a darnos una visión global de cuáles son los cuidados de enfermería que deberían recibir los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva, y por último, esbozó un plan de cuidados para este tipo de pacientes.

A continuación intervino Dña. M. Jesús Tomey Soria para hablarnos de *Técnicas de ensayo en el tratamiento del distrés*, haciendo en primer lugar un repaso de su etiopatogenia, para pasar después a describirnos aquellos tratamientos que con diferentes resultados se están utilizando de manera relativamente reciente, como pueden ser la ventilación protectora, el óxido nítrico, la ventilación líquida, etc., y el paso del paciente a decúbito prono.

Por último, Dña. Dolors Ruiz Montilla, que además de enfermera, es psicóloga, nos habló de *Ventilación mecánica no invasiva: comunicación y apoyo psicológico*. Insistió en la necesidad de que con nuestro apoyo, estos pacientes piensen y verbalicen sus pensamientos en positivo, cuando por el contrario, sus pensamientos suelen ser «no puedo más» y su tendencia es a dejarse llevar.

Tras dar respuesta a las preguntas surgidas de entre los asistentes a la sala, se dio por finalizada la mesa redonda.

MESA REDONDA: DESARROLLO PROFESIONAL

Moderadora: Rosa García Díez (Hospital de Basurto. Bilbao). *Ponentes:* Dña. Miriam del Barrio Linares (Enfermera. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona); Dña. Blanca Marín Fernández (Profesora Titular de Enfermería Médico-Quirúrgica. Universidad Pública de Navarra. Pamplona. Miembro del Grupo de Certificación de la SEEIUC), y Dña. Roser Ricoma Muntane (Profesora de Enfermería Médico-Quirúrgica. EUE Rovira y Virgili. Tarragona).

Miriam del Barrio presento *El Proyecto Nipe*, expuso cuáles son los objetivos de dicho proyecto, que consta de 4 fases, y en qué fase estamos en el momento actual, cómo desde los colegios de enfermería se ha estado trabajando en la identificación de las intervenciones (primera fase), y que actualmente se está llevando a cabo la segunda fase para validar las actividades. Quedan pendientes las 2 últimas de imputación de costes, presentación de resultados e implementación en el Sistema Nacional de Salud.

Como resumen de la presentación, destacó que al normalizar la práctica de enfermería se puede identificar la aportación específica de los profesionales de enfermería al sistema sociosanitario. Permitirá cuantificar el coste y relacionarlo con la calidad prestada y, por tanto, su conocimiento permitirá mostrar el alcance de la actividad enfermera en el Sistema Sanitario, favoreciendo el desarrollo de nuestra profesión.

A continuación, Blanca Marín Fernández, expuso *La Certificación de Enfermería en el cuidado del paciente crítico*. Inició su intervención presentando los comienzos del proyecto de certificación en el año 1995, donde la SEEIUC comenzó a trabajar el proyecto para la Certificación de la Competencia Profesional de las enfermeras que desarrollan su actividad profesional con pacientes en estado crítico. Se toma como modelo de referencia el sistema de acreditación implantado con gran éxito, la American Association of Critical Care Nurses (AACN) y la Canadian Association of Critical Care Nurses (CACCN). En 1996 se planteó la creación de un grupo de trabajo, que ha ido elaborando dicho modelo de certificación y en 1999 se realizó el primer examen de certificación

A continuación, nos describió la situación actual de la acreditación de la competencia profesional, que ya está recogida en textos legales que regulan la profesión y citó los organismos que pueden realizarla.

También destacó qué supone acreditar la competencia profesional y cómo acredita dicha competencia profesional la SEEIUC. La acreditación que otorga la SEEIUC verifica la competencia de la enfermera para el cuidado del paciente en estado crítico, adquirida mediante formación (actualizada) y mediante práctica clínica (experiencia en activo).

Dicha certificación es temporal y debe renovarse cada 3 años para demostrar la actualización y la práctica en activo. No es un mérito estático, como el que otorga un título de posgrado, sino que es un mérito que equilibra la formación y la experiencia

Para finalizar, Roser Ricoma presentó *La integración de los estudios de enfermería en el espacio europeo*. Describió el recorrido que se ha hecho hasta el momento actual hacia la convergencia europea. Qué circunstancias han contribuido en la definición

de las líneas de actuación, y la importancia del desarrollo de un espacio europeo de educación superior antes del 2010, como consecuencia, en España, en el año 2003 el Ministerio de Educación Cultura y Deporte hizo unas propuestas para la integración del sistema universitario español en el espacio europeo basándose en 4 ejes principales: implantación del sistema europeo de créditos, suplemento europeo al título, garantía de calidad (certificación, acreditación) y estructura de las titulaciones

Roser destacó, que no debemos perder la oportunidad que nos brinda la convergencia europea y debemos prepararnos para desarrollar nuestra disciplina y alimentar nuestro cuerpo de conocimientos a través de la investigación.

Finalizadas estas interesantes exposiciones, nos permitió ver los proyectos de futuro que tenemos las enfermeras. Europa nos mueve hacia la convergencia en la educación superior, hacia la definición de las competencias y hacia la normalización de la práctica profesional y, en definitiva, hacia el desarrollo académico y profesional.