

Mesas del XXIX Congreso Nacional de Enfermería Intensiva

171

MESA 2

Resumen de la mesa redonda sobre «hemoterapia en UCI»

Moderadora: Olga Soriano Berenguer (CIMA, Barcelona).

Ponentes: Pilar Medina Sagra (Hospital de Bellvitge, Barcelona); Mercedes de Miguel Lasheras (Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona); Almudena Santano Magriño (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid).

Fecha: 09/06/2003 a las 16:00.

Tras una breve introducción por parte de la moderadora y de la presentación de los ponentes se inicia la mesa redonda.

El primer tema a tratar fue: «Cuidados de enfermería en la administración de hemoderivados y sustitutos de la sangre». Pilar Medina Sagra realiza una exposición detallada de los diferentes hemoderivados y sus características principales, así como los cuidados de enfermería generales y específicos en este tipo de terapia. Al final expuso una visión de futuro de como deberán ser sustituidos estos productos, líneas de investigación y fármacos que actualmente se hallan en fase estudio.

Mercedes de Miguel Lasheras, seguidamente pasó a desarrollar «Las bases técnicas de la plasmaféresis, sus indicaciones en el paciente crítico, cuidados específicos de enfermería en el desarrollo de esta técnica y posibles complicaciones».

Almudena Santano Magriño, basó su exposición en los «Problemas ético-legales en el tratamiento con hemoderivados», realizando un elaborado resumen de los aspectos legislativos que afectan a este tipo de terapia, reseñando la importancia que adquiere el consentimiento informado. Analizó la confrontación que puede darse a nivel ético frente a determinadas actitudes o demandas de los pacientes y como la jurisprudencia se ha ido pronunciando sobre ellos. La hemoterapia sigue siendo un tratamiento insustituible no exento de riesgos.

Tras finalizar las exposiciones se inició el turno de preguntas, tras las cuales se dio por terminada la sesión.

MESA 3

Sesión temática: «¿Cómo evitar el burn out?»

Moderadora: Alicia Robas Gómez.

Ponente: José Fidel Delgado Mateo.

El día 10 de junio, dentro del XXIX Congreso Nacional de la SEEIUC celebrado en Salamanca, tuvo lugar la sesión temática titulada «¿Cómo evitar el burn out?»

José Fidel Delgado Mateo, psicólogo clínico hospitalario y con amplia experiencia en trabajar con personal sanitario, fue el encargado de impartirla, aunque quizás este término nos resulte demasiado académico a los que allí estuvimos.

Cuando previamente a la celebración del congreso me puse en contacto con Fidel, ambos convinimos a instancia suya que lo más interesante sería abordar el tema desde la perspectiva de exponer cuáles son los recursos personales de que disponemos cada cual para intentar lograr el autocontrol emocional.

Entre bromas y veras, fuimos entrando en materia y sin herir sensibilidades (muy al contrario, la risa y el ambiente distendido era palpable), hizo que en algún momento nos viéramos reflejados en lo que estaba teniendo lugar en el enorme Auditorio del Palacio de Congresos, logrando por méritos propios que éste llegara a convertirse en una pequeña y acogedora salita.

Creo que a ninguno de los allí presentes olvidaremos fácilmente aquella bata blanca repleta de objetos para impresionar, aquel mandil de «supermán» para hacer creer a los demás que somos todopoderosos, cuáles son los síntomas de aquellos que padecen «asquerosis múltiple» y que lo mejor que podemos hacer por nosotros mismos y por los demás es apuntarnos a la cofradía de «Santa Vileda», que absorbe, no se deforma y no se acartona.

A todos aquellos que ya le conocían, estoy segura que no les defraudó; a aquellos que aún no le conocíamos, nos enganchó y creo que no me equivoco ni exagero si digo que a todos los presentes nos cautivó.

Alicia Robas Gómez

172 MESA 4

Resumen sesión conjunta

En el transcurso del XXXVIII Congreso Nacional de la SEMICYUC y el XXIX Congreso Nacional de la SEEIUC, y durante la mañana del día 10 de junio de 2003 de 11:30 a 13:00 horas, se celebró en el Auditorio del Palacio de Congresos de Salamanca la Sesión Conjunta SEMICYUC/SEEIUC «Toma de Decisiones Conjuntas, pro y contra».

Los ponentes de dicha sesión fueron el Dr. Ricardo Abizanda Campos, jefe del SMI del Hospital General de Castellón y Dña. Carme Jover Sancho, supervisora de Cuidados Intensivos posquirúrgicos del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, como moderadores actuaron el Dr. Lluís Cabré Pericas, presidente de la SEMICYUC y Amparo Bernat Adell, presidenta de la SEEIUC.

Desde el principio, los moderadores habían indicado a cada ponente que postura debería defender, dándoles un papel a realizar; independientemente de sus opiniones personales, creencias y actitudes.

En esta línea el Dr. Abizanda defendió la postura del «contra» basándose en:

- La existencia de una diferencia de objetivos y fines en el trabajo entre médicos y enfermeros/as en UCI, teniendo en cuenta que compartir los medios y los instrumentos no equivale a tener los mismos objetivos finales.
- La conveniencia de mantener una estructura parroquial y no colegial, dentro de las UCI, basada en que cada profesional debe ocupar el sitio que le corresponde.
- Destacó que las plantillas de enfermería son adscritas a los servicios de medicina intensiva (SMI), mientras que las plantillas médicas son personal del propio SMI.
- Defendió una estructura jerarquizada que ocasiona una dificultad para que el enfermero/a acceda al nivel de decisión, lo que se traduce en una situación de agravio persistente.
- La existencia de trabajos que demuestran que incorporar médicos a los procesos de atención y asistencia de enfermería mejora los resultados y

es más eficiente. Sin embargo no existen datos sobre la bondad de incorporar enfermeras a los procesos de decisión médica.

- Destacó la carencia formativa de los enfermeros/as para llegar a asumir ciertos niveles de responsabilidad.

Por otro lado, Dña. Carme Jover defendió la postura del «pro» basándose en:

- La conveniencia de una estructura colegial en la que cada profesional, y siempre ocupando el lugar que le corresponda, sea capaz de enfocar conjuntamente sus acciones y decisiones para que el tratamiento y los cuidados ofrecidos al paciente crítico sean individualizados.
- La toma de decisiones precisa hablar del trabajo en equipo interdisciplinar, dirigido a la persona que necesita nuestra atención. Es el compromiso hacia el logro de objetivos comunes por parte de los profesionales que intervienen desde diversas disciplinas y trabajan en colaboración. Los miembros de un equipo evolucionan desde la multidisciplinariedad a la interdisciplinariedad.
- Ofrecer una atención personalizada es un imperativo ético ineludible, para poder ejercer el principio de libertad, la sociedad nos demanda cada vez más respuestas a sus interrogantes y debemos responder desde la responsabilidad profesional, ejerciendo nuestra competencia profesional tanto en la parte física de la enfermedad como en su vivencia, respetando las decisiones y voluntades de paciente.
- La necesidad de implantar un modelo de enfermería, destacando la importancia de la formación y respetando las líneas de investigación.
- Disponer de autonomía control y responsabilidad sobre el propio campo de actuación son factores que caracterizan a toda profesión, y la enfermería es una profesión de servicios que disfruta de características propias. Para dar una atención de calidad, la formación de los profesionales y la adecuada organización son imprescindibles; pero también es imprescindible mantener relaciones de trabajo caracterizadas por la confianza y el respeto. No se pueden hacer planteamientos de motivación sin autonomía y responsabilidad.

- La importancia del lenguaje utilizado, así como de la colaboración y mejora de las relaciones entre profesionales médicos y enfermeros/as en las UCI.
- Teniendo en cuenta las respectivas responsabilidades profesionales, en algún momento pueden interpretar y explicar la realidad de modo diferente. Sin embargo siguen siendo complementarios, siendo el objetivo final el mismo, la comprensión de una experiencia de salud. Es así como diferentes percepciones y competencias pueden ser valoradas en un clima de compañerismo dentro del equipo de salud.
- Cómo potenciar el coloquio entre ambos estamentos profesionales, destacando la importancia de la información que el enfermero/a transmite al médico.
- En definitiva, cómo evitar una relación disfuncional, y en ocasiones abusiva, mediante la comunicación, tras un proceso de reflexión en lugar del silencio.
- Es posible que así se descubra que, en el fondo, no hay tanta diferencia entre «cuidar» y «tratar» porque ambas actividades se orientan al mismo objetivo: restaurar y preservar la salud, la cantidad y calidad de vida o el acompañamiento en situaciones de final de la vida. Cada profesional es responsable de los diversos aspectos que conforman la atención integral sanitaria.

Las fuentes bibliográficas más citadas por ambos ponentes fueron: *Critical Care Medicine*, *New England Journal Medicine*, *J Respi Critical Care Med*, *J Nurse, Pensamiento enfermero* (S. Kérrouak), *Enfermería Intensiva y Aspectos Éticos en la Práctica de la Enfermería* (Diego García).

Para finalizar, agradezco a ambos ponentes el esfuerzo realizado y su excelente exposición así como su colaboración al responder a las preguntas realizadas por los congresistas asistentes; todo ello llevó a que una sesión planteada inicialmente como controversia se convirtiera en un coloquio donde los cambios de impresiones fueron del interés general.

Amparo Bernat Adell

MESA 5

173

Resumen de la mesa redonda sobre «infarto cerebral: monitorización, tratamiento y rehabilitación»

Moderadora: Dña. M. del Mar Sánchez Soria.

Ponentes: Dña. M.ª José Guerra Gallego (DUE de UCI. Hospital Nuestra Señora de Alarcos. Ciudad Real); Don Joaquín Álvarez Sánchez (DUE de UCI. Hospital Clínico San Carlos. Madrid); Don Francisco José Celada Cajal (Supervisor de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo).

Los accidentes cerebrovasculares son uno de los *case-mix* más frecuentes en cuidados intensivos y que durante su estancia en estas unidades demandan gran cantidad de cuidados de enfermería.

Dña. M.ª José Guerra inició su intervención definiendo el infarto cerebral como la interrupción brusca del flujo sanguíneo a una parte del cerebro, provocando la muerte de células cerebrales, lo que provoca una pérdida o deterioro de las funciones orgánicas. Desde la aparición de los primeros síntomas hasta llegar a la lesión es fundamental hacer un diagnóstico para prevenir la lesión neurológica irreversible o minimizar las secuelas.

Los accidentes cerebrovasculares se pueden clasificar según su evolución o la duración o por su extensión. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización de la lesión. Generalmente hay un déficit motor y sensitivo (parálisis, paresia, afasia, desconocimiento del entorno), amaurosis fugaz, alteraciones de los campos visuales y de los nervios craneales.

La enfermera debe realizar una valoración inicial (datos personales, antecedentes, alteraciones de las necesidades básicas, etc.), para ello se pueden aplicar diversas escalas (Glasgow, escala canadiense, o de Barthel o de Pankin o Norton); asimismo, debe establecer medidas básicas de soporte vital para evitar la extensión de la lesión, reducir la mortalidad, prevenir complicaciones, disminuir las secuelas. Las primeras medidas serán: asegurar la permeabilidad de la vía aérea, implantación de la sonda nasogástrica, control de la función hemodinámica, mantener el balance

174

hidroelectrolítico y nutricional, administración de fármacos, prevenir atrofias, infecciones, tromboembolismo pulmonar, etc.

En resumen, M^a José Guerra nos trasmitió que la actuación de enfermería al ingreso del paciente es fundamental en las primeras 6 h para restablecer el flujo cerebral y evitar así la muerte cerebral, que es irreversible (penumbra isquémica).

Don Joaquín Álvarez nos expuso la responsabilidad para el personal de enfermería que cuida a estos pacientes, debido a la complejidad de la asistencia que requiere y el estrés psicológico que genera en el paciente y en los familiares.

- El primer diagnóstico de enfermería a estudiar sería la alteración de la perfusión tisular cerebral relacionada con los cambios fisiopatológicos que reducen el flujo sanguíneo. Estas alteraciones pueden ser por obstrucción al flujo venoso (hiperflexión o hiperextensión de la cabeza, elevación de las presiones sanguíneas), fluctuaciones en la presión sanguínea o en la intracranial, etc. Otras medidas generales hemodinámicas serán: precaución del manejo de los líquidos, control de la temperatura y frecuencia cardíaca, etc. Otras cuestiones a tener en cuenta serán evitar las infecciones, las hiperglucemias. Es necesario realizar una buena monitorización cerebral: observación frecuente de las pupilas, control de la presión intracranial, etc.
- Es fundamental mantener la permeabilidad de la vía aérea (fisioterapia respiratoria, drenaje postural, aspiración de secreciones, etc.).
- Prevenir las lesiones relacionadas con el déficit visual, motor o perceptual del paciente. Vigilar y evaluar las deficiencias motoras, sensoriales y los ojos.
- Evitar el deterioro de la movilidad física del paciente relacionado con la parálisis y el déficit motor y sensorial. La asistencia debe ir dirigida para preservar la función intacta, restablecer la función alterada y prevenir las complicaciones. El empleo precoz de las técnicas de Bobath va dirigido a cuidar el lado afectado, a facilitar el tono, la postura y el movimiento normales y a desarrollar una función más normal.
- Prevenir las alteraciones sensoperceptivas debidas

al déficit en la percepción y/o transmisión secundarias al deterioro neurológico. Las actividades de enfermería irán encaminadas a crear un entorno comunicativo.

En resumen, debido a nuestro contacto directo continuo y directo con el paciente somos los profesionales destinados a detectar las distintas alteraciones que pueden producirse y poner en marcha los mecanismos encaminados a anular o disminuir el impacto de las mismas.

Tras el alta de cuidados intensivos, los pacientes permanecen ingresados en áreas de medicina interna.

Don Francisco José Celada inició su exposición con la valoración del paciente a su llegada a la unidad. Para ello, se aplican las escalas neurológicas que permiten detectar el empeoramiento o mejoría de los déficit de las funciones neurológicas básicas (las más difundidas son la canadiense y la de Glasgow), las escalas funcionales para valorar la capacidad que tienen los pacientes para realizar las actividades de la vida diaria (el índice de Barthel y la escala de Katz) y las escalas de evolución global para valorar el grado de minusvalía (escala de Rankin). En los protocolos de enfermería es fundamental incidir en los siguientes aspectos: *a*) la vía venosa no se colocará en el brazo patético; *b*) dicho brazo estará en postura declive; *c*) se iniciará sedestación y la deambulación precoz; a veces, los pacientes necesitarán ortesis para andar y prevención de contracturas, y *d*) las actividades de enfermería irán dirigidas a prevenir recidivas y preparar al paciente y a su familia para su reinserción social.

MESA 6

Resumen de la mesa redonda sobre «problemas ético-legales en enfermería intensiva»

Moderadora: Dña. M^a de los Ángeles Rosado Muñoz. *Ponentes:* Dña. Inmaculada García Palomero (DUE por la Universidad de Salamanca. Miembro del Comité de Ética del Hospital Universitario de Salamanca. Licenciada en Psicología. Experta en Bioética Clínica. Especialista en Enfermería Psiquiátrica); D. Andrés Domínguez Luelmo (Doctor en Derecho. Profesor Titular de Derecho Civil de la Universidad de

Valladolid. Director de la Escuela de Prácticas Jurídicas de Valladolid. Profesor de los cursos de posgrado sobre Responsabilidad Civil Médico-Hospitalaria de la Universidad de Salamanca); D. Luis Cabré Pericás (Médico Intensivista. Hospital Escías. Barcelona. Experto en Bioética Clínica. Presidente de la SEMICYUC).

La moderadora abrió la sesión con una breve introducción sobre el tema, en la que resaltó la dificultad y la responsabilidad de la toma de decisiones en enfermería, así como los problemas ético-legales que pueden surgir en el ejercicio de la profesión. A continuación, presentó a los ponentes, destacando que representan a 3 de las partes implicadas, enfermería, medicina y jurisprudencia, sin olvidar la falta de una cuarta parte, el enfermo, no representada en la mesa pero cuya voz también se dejó oír.

A continuación, cedió la palabra al primer ponente, Dña. Inmaculada García Palomero, que inició su intervención sobre el tema «Comités Asistenciales de Ética» con una breve introducción, para seguidamente revisar la historia de estos comités, desde el decenio de 1960, en el que empezó a funcionar el primer centro de diálisis, lo que plantea necesidades de selección de pacientes basada en criterios no exclusivamente médicos, para el uso más eficaz y mejor de los escasos aparatos disponibles, con los consiguientes problemas éticos que llevaron a la creación de estos comités, citando a continuación los diversos momentos y lugares donde se fraguó la historia de los comités. A continuación pasó a referir las funciones propias y funciones excluidas de la competencia de los Comités Asistenciales de Ética (CAE), así como su composición, resaltando la voluntariedad de sus miembros y su funcionamiento, modo de acceso al mismo, etc. Para terminar, la ponente resaltó las dificultades para la aceptación de estos comités en las instituciones y concluyó con la cita de Mark Siegler: «La ética clínica pretende mejorar la calidad de la atención al paciente, de la investigación clínica y de la educación de los profesionales sanitarios, identificando, analizando y ayudando a resolver los problemas éticos que surgen en cada uno de estos quehaceres».

En segundo lugar, tomó la palabra el segundo ponente, Don Andrés Domínguez Luelmo, que abordó

el tema del «consentimiento informado», inició su exposición con una referencia a la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. A continuación trató problemas concretos, como: ¿quién debe informar?, a los que se refiere la ley en su artículo 4.3 (el médico responsable como coordinador de la información y la asistencia sanitaria del paciente, pero sin olvidar la responsabilidad en cuanto a información de los profesionales sanitarios que le atienden durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o procedimiento concreto), que, en opinión del ponente, es aplicable también a los profesionales de enfermería, como recogen algunas leyes autonómicas. Sobre el aspecto «a quién se debe informar», el ponente citó el artículo 5 de la ley 41/2002, donde se señala que «el titular del derecho a la información es el paciente, y sólo se puede informar también a personas vinculadas a él cuando el paciente lo permita, de una manera expresa o tácita. En caso de incapacidad o menor de edad la información deberá hacerse de manera comprensible para el paciente, informando también a los representantes legales. Cuando a criterio del médico existe incapacidad para entender, la información se dará a las personas vinculadas. Excepcionalmente se puede intervenir sin necesidad de consentimiento, en caso de riesgo grave para la salud pública y cuando existe riesgo grave para la integridad física y psíquica del paciente y no es posible conseguir su autorización, consultando, si es posible, a las personas vinculadas». El ponente, también se refirió a los aspectos de «contenido mínimo de la información» y «forma de la información», y después pasó a los temas «carga de la prueba de haberse proporcionado la información» (es admisible cualquier prueba de haberse proporcionado la información, aunque suele preferirse la documental) y «consecuencia de la ausencia de consentimiento informado» (duda sobre si es necesario que exista lesión para que la ausencia de consentimiento informado de lugar a indemnización). La moderadora agradeció la intervención, más meritoria si cabe por el hecho de haber tenido que sustituir a última hora al ponente que figuraba inicialmente en el programa.

Por último, tomó la palabra el Dr. Luis Cabré, que

176 abordó el tema de la «limitación del esfuerzo terapéutico». Tras una breve introducción, en la que destacó el creciente sentimiento de los ciudadanos de que, cuando no hay posibilidades razonables de recuperación, debe limitarse o suspenderse el tratamiento, pues su mantenimiento sólo retrasa la muerte en lugar de prolongar la vida y puede resultar cruel atentar contra la dignidad de las personas y vulnerar principios éticos fundamentales, el ponente explicó los fundamentos para una nueva clasificación del esfuerzo terapéutico, diciendo que es un hecho que la mayoría de los pacientes fallecidos en UCI lo hacen después de haberse limitado el esfuerzo terapéutico. En el momento actual no es posible sostener que los cuidados intensivos se ocupan sólo de los pacientes críticos y los cuidados paliativos lo hacen de los pacientes terminales. Aliviar el dolor y el sufrimiento con cuidados paliativos es un objetivo prioritario de los cuidados críticos; la decisión de limitar el tratamiento es una estrategia que responde al producto de 2 factores: indicación y aceptación. En cuanto a la indicación, el ponente comentó que es muy importante que participe enfermería. Al hablar de la aceptación por parte del enfermo y familiares, el ponente se refirió a las voluntades anticipadas y al peligro de responsabilizar a la familia de decisiones para las que no tienen formación y que puede constituir para ellos

un problema de conciencia.

A continuación se abrió un turno de preguntas, a las que respondieron los ponentes, tras el cual la moderadora cerró la mesa con el siguiente comentario a manera de resumen: «Creo que la luz se ha encendido, que era el objetivo de esta mesa. Ha sido un placer oír a los expertos; quiero darles las gracias en nombre de la SEEIUC, del Comité Organizador del Congreso y, por supuesto, en el mío propio por haber realizado el gran esfuerzo de aceptar esta invitación. Muchas gracias también al público. Y, para terminar, quiero cerrar esta mesa leyendo unas frases de un enfermo que, tras su experiencia de su estancia en una UCI, dice así: "Tras el primer contacto con la UCI el enfermo contrae una relación de dependencia con sus enfermeros, que le lleva a la convicción de que buena parte de su futuro depende tanto de su diligencia y nivel de adiestramiento como del grado de comunicación y complacencia de la relación establecida, y esta especie de pacto tácito no puede ser sustituido por ningún sistema de control electrónico o informático, por perfecto que sea. Una vez más hemos de evitar la tentación de pretender resolver con la tecnología problemas que sólo pueden ser enfocados desde el mundo de los valores con una relación humanizada". Gracias también a él, al Dr. Gómez Rubí, por compartir con nosotros esta experiencia».