

Los días 16, 17 y 18 de noviembre se celebró, en el recinto ferial Luis Adaro de Gijón, el **8º Congreso nacional de enfermería quirúrgica**.

El evento contó con la asistencia de más de 300 congresistas. Aquí se presenta un pequeño resumen de los asuntos tratados:

CONFERENCIA INAUGURAL:

HISTORIA DE LA ENFERMERÍA. UNA PERSPECTIVA DESDE LA CIRUGÍA MENOR

Prof. D. Enrique Oltra Rodríguez

Máster en Ciencias de la Enfermería. Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón

El Prof. D. Enrique Oltra Rodríguez desplegó una muy didáctica conferencia sobre la evolución de los artes de cuidar y cómo desde tiempos inmemoriales la realización de las intervenciones de cirugía menor estaban dentro del ámbito de las capacidades y competencias de las figuras de enfermería para terminar.

Expuso que las ocupaciones humanas cuando están respaldados por un corpus de conocimientos propios procuran elevarse al estatus de profesiones, adquiriendo toda la simbología representativa y organizándose internamente y de cara al resto de la sociedad. Este proceso siempre ha existido, incrementándose en la sociedad postindustrial, donde la complejidad de las relaciones ha obligado a normatizar mucho más las ocupaciones y también las profesiones. La configuración, conceptualización y reconocimiento de las profesiones es un proceso muy complejo en el que intervienen múltiples factores, desde relaciones de fuerza y poder, las relaciones con el poder establecido y con el estado en particular, cuestiones de género, coyunturas sociales y económicas y hasta incluso la construcción del concepto de ciencia que en cada momento se tiene. Sin perder de vista que finalmente uno de los condicionantes claves es la aportación que la puesta en práctica del conocimiento específico aporta a la sociedad del momento. Todo ello tiene unos profundos anclajes que se han ido configurando a lo largo de la historia, con características específicas de cada época.

En esta conferencia, con un enfoque sociocrítico e interpretativo y a grandes “zancadas”, analizó algunos momentos históricos de la profesión enfermera e interpretó a su luz ciertas encrucijadas muy actuales. Entre todas las formas posibles utilizó un hilo conductor: el de la cirugía menor, actividad que ha acompañado a la profesión enfermera incluso antes de que ella misma se conceptualizara como tal. Ha sido tal el paralelismo que ambas se han impregnado mutuamente del mismo espíritu.

Históricamente, pero también en la actualidad, decir cirugía menor es decir enfermería y decir enfermería es decir cirugía menor.

Inició el recorrido en tiempos de la prehistoria. Evidentemente entonces no existían ni conocimientos ni división del trabajo en el que se pudiese atisbar cualquier rudimento de profesión. Sin embargo en un ambiente hostil como era el de entonces, las necesidades de cuidados y atenciones de salud eran primordiales para la supervivencia de la especie, alguien se ocupó de ello y ese alguien eran mujeres, podríamos acuñar el término de protoenfermeras y además afirmar que fueron las primeras que utilizaron el conocimiento empírico, pero que además sacaron conclusiones sobre la eficacia de ciertos cuidados. A este pensamiento proto-científico se contraponía el pensamiento mágico o religioso de otros miembros de



la tribu cuya eficacia era menor, pero que por su contacto con lo sobrenatural, supieron situarse mejor en las relaciones de poder.

Saltó a la Edad Media, en la que las necesidades de salud fueron perentorias, las guerras, hambrunas y epidemias diezaban a la población. La separación de clases era abismal y los cuidados de salud también, aunque en ningún caso de una eficacia suficiente. En estos tiempos destacó la figura del barbero sangrador quien aplicaba todas las técnicas de cirugía menor conocidas en la época y lo hacía en el taller que tenía en su gremio y también en las instituciones religiosas dedicadas al cuidado. Además de las citadas técnicas, estos profesionales tuvieron un importante papel en la higiene personal. Nos encontramos con ejemplos verdaderamente sorprendentes de cómo aparecen las primeras preocupaciones por la calidad de la atención y dentro de este concepto, también aparece el concepto de intrusismo. Sin embargo el acceso a la salud de la aristocracia la monopolizaron otros profesionales, cirujanos latinos, mientras que el barbero sangrador es la única figura sanitaria a la que tienen acceso las clases más desfavorecidas.

En el renacimiento se afianza la figura del barbero sangrador tanto en los hospitales como en la sociedad en general. Con la aparición de la imprenta el conocimiento se difunde más y de forma más estandarizada. En esta época se produce el cisma luterano que fragmenta la iglesia, las sociedades, las culturas y también la enfermería, resultando una tendencia anglosajona y otra latina o mediterránea, esta divergencia llega hasta nuestros días y analizaremos la forma en la que nos influye cotidianamente.

En la Ilustración las organizaciones propias de los barberos sangradores alcanzan su máximo esplendor en el protobarberato, llegando a ser estudiado en la universidad y así continúan hasta que es absorbido por el protomedicato. Se pierde una de las primeras oportunidades de autonomía y autodesarrollo.

Durante el S. XIX aparece la figura del practicante que desarrolla la cirugía menor hasta límites muy cercanos a los actuales y se inicia la reagrupación de los diversos oficios que componían la práctica enfermera. Las profesiones resultantes van heredando las competencias previas entre las que se encontraban las técnicas de cirugía menor.

Llegados a la actualidad, la cirugía menor sigue siendo motivo de debate intraprofesional y sigue siendo reconocido y practicado centro de los cometidos de la más moderna profesión enfermera, encontrándose entre las competencias descritas para la mayor parte de las nuevas especialidades.

Inició en la reforma luterana como origen de las actuales diferencias entre la enfermería latina y la anglosajona, así como las tensiones que en la normalización de los cuidados ha generado esta diferente concepción de la enfermería.

En definitiva, fue viendo toda una dialéctica de relaciones de poder y de luchas por el espacio competencial que bien se podría traducir como luchas por el mercado. El conocimiento y su aplicación, las ocupaciones y profesiones, se pueden configurar como un eficaz mecanismo para el mantenimiento de posiciones sociales de poder y privilegio o como elementos al servicio de las necesidades sociales. El crecimiento de una profesión, en nuestro caso la enfermería, deberá tener muy presente su recorrido histórico para conocerse a sí misma, para entenderse y para planificar su futuro.

MESA REDONDA 1 FAST-TRACK

La primera mesa planteó una visión integrada (enfermería quirúrgica y de hospitalización, cirujanos y anestesiólogos) de los principios, desarrollo y resultados de la rehabilitación multimodal con un protagonismo especial para las pruebas científicas como clave en este cambio copernicano que reducirá complicaciones y mejorará el uso de los recursos disponibles. Un cambio que requerirá de la enfermería la capacidad de valorar las evidencias implicadas y de establecer las herramientas necesarias para desplegar esta estrategia (formación, documentación, criterios/indicadores...).

En la mesa se abordó el tema de una nueva forma de entender los cuidados tendiendo a la optimización de los resultados en las distintas modalidades quirúrgicas, lo que se traduce tanto en unos mejores resultados para el paciente como en la disminución del coste asociado a los procesos.

Participaron en la mesa un cirujano, un enfermero de una Unidad de Hospitalización quirúrgica, un anestesiólogo y una enfermera de quirófano. Las intervenciones de los ponentes se centraron en la cirugía colorrectal,

Se inició la mesa con la participación del **Dr. Fernando Esteban Collazo**. En su intervención destacó la resistencia inicial y el escepticismo de muchos cirujanos para incorporar esta nueva forma de entender la cirugía conocida como Fast-track (rehabilitación multimodal) o ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Apuntó la necesidad de romper con lo que él denomina verdades absolutas de la cirugía. En este sentido destacó la no preparación mecánica del colon, la ingesta de bebidas isotónicas ricas en carbohidratos de carbono hasta 2-3 horas antes de la cirugía, la restricción de líquidos intraoperatorios, la no utilización de sonda nasogástrica, la movilización precoz del paciente tras la cirugía, el inicio de la alimentación a las 4-6 horas de la cirugía. La realización de incisiones transversas y la cirugía mínimamente invasiva son puntos clave del fast-track. Comentó que en España se creó en 2008 un grupo multidisciplinar conocido como GERM (Grupo Español de Rehabilitación Multimodal).

La mesa continuó con la participación de **D. José Díaz Fernández**, enfermero de unidad de hospitalización quirúrgica, que se centró en la importancia que adquiere la enfermera en esta modalidad. Se adentró en el establecimiento de las diferencias entre la preparación y seguimiento en el postoperatorio de un paciente intervenido con fast-track frente al que sigue en un procedimiento tradicional. Analizó las ventajas de esta modalidad, a la vez que apunta la dificultad para informarse y mucho más para formarse profesionalmente ante esta situación. Destacó la importancia que tiene la implicación de los miembros del equipo siendo necesaria una buena dosis de motivación, incentivar y entusiasmo. La utilización de la metodología enfermera y su aplicación a los pacientes en programa de fast-track es la herramienta a utilizar en la atención a estos pacientes.

El **Dr. Pablo Baltanás Rubio** anestesiólogo a lo largo de su intervención incidió en una serie de aspectos imprescindibles que deben cumplirse con el paciente durante el acto operatorio. Una vez más se cita el no ayuno, el mantenimiento de la normotermia, el empleo de catéter epidural para manejo del dolor, el no empleo de opiáceos, y la prevención de náuseas y vómitos. Señaló cómo la monitorización del paciente mediante el sistema Cardio-Q permite ajustar los líquidos a infundir en el paciente evitando con ello la



sobrecarga. Ello requiere un registro y valoración continua de los datos para adaptar los fármacos y fluidos a administrar en el paciente.

Cerró la mesa **D^a. Teresa Júlvez García**, enfermera de quirófano. Se centró en la importancia que tiene la enfermera desde la acogida del paciente hasta la implicación e integración en el equipo quirúrgico a lo largo de la cirugía. Comentó cómo las nuevas tecnologías como la laparoscopia han irrumpido en la cirugía, más si cabe en la modalidad de fast-track. Señaló la escasa documentación específica de enfermería para consultar y formarse en materia de fastrack.

Tras las cuatro intervenciones se dio paso al debate en el que se puso de manifiesto por parte de los integrantes de la mesa de las dificultades en la implantación, a pesar de la contundencia de los resultados que lo avalan. La puesta en marcha se consigue en muchos casos, por el empeño y el esfuerzo personal de los cirujanos, anestesiólogos y enfermeras ya que no se cuenta con la implicación y compromiso de las instituciones en este sentido. Las reticencias de una buena parte de profesionales a aceptar lo nuevo, a pesar de la evidencia científica, es otra de las razones apuntadas.

Por último la discusión sobre la escasa implicación de las enfermeras en el grupo español de fast-track se contempló como una realidad, que es subsanable desde la mayor implicación y presencia con las aportaciones que a título profesional pueden aportar al grupo de fast-track. Como idea se comentó la posibilidad de investigar, como la visita preoperatoria de enfermería puede disminuir la ansiedad de los pacientes que van a ser intervenidos y su influencia en mejorar la recuperación de los pacientes en un programa de fast-track.

CONFERENCIA:

DE LA INVESTIGACIÓN AL USO DE LA MEJOR EVIDENCIA CIENTÍFICA

D. Oscar Rayón del Barrio

Enfermero. Supervisor de la Unidad de Investigación y Calidad
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

D. Óscar Rayón del Barrio en su conferencia indicó en la necesidad de realizar esfuerzos en difundir e implementar las evidencias como única justificación de la investigación que se realiza en nuestros centros y estructuras. Puso el dedo en la llaga sobre el estancamiento del conocimiento. Nos señaló cómo tenemos mucho conocimiento que no pasa de quedarse en el disco duro o en una estantería... por ello es necesario pasar a implementar las evidencias evaluándolas. Aquí planeó la idea de las sociedades científicas como pivote en el cual se debe basar la estrategia de implementación. Compartió visiones a cerca del "estado actual de la cuestión" y de los caminos que va a seguir la investigación y su difusión.



MESA REDONDA 2 **ERGONOMÍA**

En ella se resalta la importancia de evaluar nuestras condiciones de trabajo tanto a nivel físico como a nivel mental, teniendo en cuenta que van unidas indisolublemente. Igualmente se indica que de nada sirve evaluar si luego no se van a tomar las medidas correctoras o preventivas necesarias para garantizar nuestra salud y probablemente la seguridad de nuestros pacientes.

Se trataron aspectos como los biomarcadores en la actividad mental, la evaluación de la carga física o la relación entre carga de trabajo y fatiga mental así como el Burn-out en el ámbito sanitario.

MESA REDONDA 3 **COMPETENCIAS Y FORMACIÓN CONTINUADA EN ENFERMERÍA QUIRÚRGICA**

Escuchando a los 3 profesionales que participaron en la mesa nos damos cuenta de que la formación continuada no solamente amplía nuestros conocimientos y nos hace mejores profesionales, sino que abre fronteras para conocer otras disciplinas que hacen que esta profesión se vaya enriqueciendo y vaya adquiriendo mayores competencias y mayor autonomía. Todo ello va a repercutir en una mayor calidad en el cuidado de los pacientes. Debemos ser conscientes de que los currículum son consecuencia de la inquietud y la curiosidad profesional y el no cansarse nunca de adquirir conocimientos. Por eso los congresos además de un punto de encuentro en el que se comparten experiencias forman parte de nuestra formación continuada.

La cuestión es:

¿Cómo aprendemos realmente las enfermeras quirúrgicas?

- Conociendo cuáles son nuestras competencias (actitudes y aptitudes) para el mejor desarrollo de nuestra actividad profesional.
- Con medios técnicos (aprender haciendo)
- Acercando la "Experiencia" a los profesionales con métodos como la Simulación.
- Haciendo posible la acreditación de nuestra formación (y haciéndola necesaria e imprescindible muchas veces)
- No cansándole nunca de seguir aprendiendo

La gestión de las competencias y por competencias requiere un trabajo previo que EORNA ha iniciado y en el que debemos mirar a sociedades amigas que ya tienen experiencia en este camino.

En el futuro aprenderemos sin duda con otras metodologías y utilizando sobre todo la simulación.



MESA REDONDA 4

ENFERMERÍA QUIRÚRGICA SOLIDARIA

Ha sido muy destacado el papel que las iniciativas solidarias han tenido en este congreso; desde el stand de Médicos Sin Fronteras hasta una mesa redonda y una conferencia en las que hemos podido apreciar mínimamente cómo las organizaciones humanitarias afrontan situaciones terribles para las personas en medio de presiones y riesgos debiendo, además, de hacer de testigos de los excesos y manipulaciones a los que los grupos armados les someten.

La solidaridad es un medio y no un fin en sí mismo. Más allá de solucionar problemas concretos en un espacio de tiempo, de mayor o menor duración, trata de identificar las necesidades y deficiencias de los grupos sociales, y elaborar estrategias de actuación que permitan a la población nativa encarar de forma autónoma sus necesidades de salud. Esa labor puede y debe ser asumida por la enfermería del siglo 21.

D. Avelino Ojanguren Fernández narró su experiencia como miembro del equipo que operó más de un centenar de cataratas en Angola. Expuso de una forma desenfadada las dificultades logísticas encontradas así como el choque cultural que supone una acción de este tipo.

D^a. Ángeles Sancho Giner presentó la acción humanitaria que realiza a través de la organización GESTA haciendo hincapié en que el problema es un asunto de justicia social.

Por parte de Médicos Sin Fronteras, que también participaron en la mesa, se mostró la importante labor que esta ONG realiza en situaciones de conflicto.

Posteriormente tuvo lugar una espicha en el LLAGAR CASTIELLO DE BERNUECES (GIJÓN), que contó con la participación de un grupo folclórico asturiano así como la actuación espontánea de alguna enfermera que deleitó a los presentes con sus “coplillas de quirófano”.

MESA REDONDA 5

TRASPLANTES

Esta mesa contó con la participación de enfermeros de quirófano y trasplantes del Hospital Central de Asturias, además del coordinador de trasplantes de esta región. Ellos mostraron cómo las innovaciones en trasplantes están condicionadas por la escasez cada vez mayor de donantes con condiciones ideales y estas innovaciones requieren del trabajo coordinado, entrenado y abnegado de las enfermeras especialistas en este campo.

La enfermería de Puerta del Hierro expuso la técnica “Ex vivo” en trasplante pulmonar.

CONFERENCIA:

ENFERMERÍA QUIRÚRGICA EN EMERGENCIAS HUMANITARIAS

D. Xavier Manubens Bertran

Traumatólogo. Expatriado de Médicos Sin Fronteras

El **Dr. Xavier Manubens Bertran** realizó una exposición mediante imágenes y videos muy amena y emotiva. En ella se centró en la labor en equipo que se desarrolla en la asistencia en países sometidos a catástrofes y guerras.

Resaltó la importancia de la integración de la persona en el grupo de trabajo y el esfuerzo necesario para adaptarse a su sistema de creencias, a sus valores y a sus costumbres y necesidades

MESA REDONDA 6

DEL GRADO A LA ESPECIALIDAD. PERSPECTIVA DE LA PROFESIÓN

Con el título “Del Grado a la especialidad. Perspectiva de la profesión” y ante la atenta mirada de un nutrido grupo de asistentes, comenzó esta mesa redonda en la que se aportó una visión objetiva del presente y futuro inmediato de la profesión.

En ella se expuso cómo el nuevo marco regulador del espacio europeo de educación superior ofrece a la enfermería la posibilidad de alcanzar un desarrollo educativo pleno y abre un nuevo campo como es la investigación en enfermería a través de programas de doctorado.

A pesar de las interrogantes que siguen presentes en el proceso actual de especialización de nuestra profesión, este sigue su avance ya que, la formación es uno de los puntales de nuestra condición de profesionales de la salud.

En primer lugar, la Doctora en Enfermería **D^a. Pilar Mosteiro Díaz** mostró la repercusión que el proceso de Bolonia ha tenido en los estudios de nuestra profesión, con la aparición del título de Grado en Enfermería, de 4 años de duración y 240 créditos ECTS, que a nivel enfermero, nos abre finalmente la puerta del Doctorado.

Como profesora de la Universidad de Oviedo, presentó el plan de estudios y las competencias de diversa índole que los alumnos deben adquirir.

Finalmente, explicó las posibilidades de pasar de Diplomado a Grado mediante un curso específico o la realización de un Máster que, además, da acceso al Doctorado.

En segundo lugar, la Doctora en Enfermería **D^a. Blanca Marín Fernández**, como miembro de la comisión para el desarrollo de especialidades, mostró el marco legal que afecta a las actuales 7 especialidades de Enfermería desde 2005. Estas especialidades asimilan y derogan todo el marco anterior a esa fecha.

En la actualidad, 6 de ellas ya han avanzado hasta la aprobación del programa formativo y convocatoria de plazas, mientras que la especialidad de Médico-Quirúrgica se encuentra estancada en los primeros pasos,



habiendo sido realizado el programa por la comisión correspondiente y presentado ante la comisión técnica delegada de recursos humanos del sistema nacional de salud.

A pesar del grado de desarrollo, y en algunos casos ya implantación, quedan en el tintero cuestiones de vital importancia como la capacitación profesional que los títulos de especialista pueden otorgar y la repercusión directa que puedan tener en la asignación de puestos de trabajo.

Asimismo, cuestiones como el desarrollo de la carrera profesional y el estatus laboral dentro del equipo multidisciplinar quedan un poco en el aire y son objeto de debate.

En la ronda de preguntas quedó claro que no existe periodo de tiempo de paso de Diplomados a Grados, y que ambas titulaciones están recogidas legalmente y convivirán hasta la extinción de los primeros con el paso del tiempo.

Por último se incidió en los efectos de la publicidad masiva, y en ocasiones engañosa, sobre la formación de postgrado en enfermería. Todo ello hace necesario plantearse antes de realizar cualquier acción, la siguiente pregunta: ¿Qué es lo que quiero hacer profesionalmente como enfermera?

CONFERENCIA:

LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

D^a. Carola Orrego Villagrán

Directora de Proyectos de Seguridad del Paciente. Instituto Universitario Avedis Donabedian. Barcelona

D^a. Carola Orrego Villagrán presentó esta herramienta para mejorar los resultados en salud elaborada por el Grupo de trabajo de la GPC para la Seguridad del Paciente Quirúrgico.

Enfatizó que hasta un 16% de los procedimientos quirúrgicos deriva en una complicación relacionada con la morbilidad de los pacientes o de eventos adversos, con consecuencias graves en cerca del 1%. Mostró que cerca del 40% de eventos adversos están directamente relacionados con procedimientos quirúrgicos y que casi la mitad de estas complicaciones derivadas de la cirugía son evitables.

Puso de manifiesto hasta qué punto la seguridad quirúrgica debe ser un tema de salud pública prioritario. Dado que los pacientes quirúrgicos son más proclives a desarrollar eventos adversos, es necesario aplicar medidas orientadas a la prevención, entre ellas la utilización de guías de práctica clínica, vías clínicas y protocolos.

La Guía de Práctica Clínica presentada recoge los resultados de la investigación científica y evalúa una serie de prácticas comunes en la atención peri operatoria.

MESA REDONDA 7

METODOLOGÍA ENFERMERA EN EL PROCESO QUIRÚRGICO. MUCHO QUE HACER...

En ella se habló del empleo de la metodología enfermera como una herramienta que posibilita una personalización de los cuidados y una humanización de la asistencia sanitaria. También de la identificación y estandarización de las intervenciones enfermeras para hacer visible nuestra labor en proceso quirúrgico. Esta labor requiere un esfuerzo investigador en el que aún queda un largo camino por recorrer.

D^a. Aurora Quero Rufián, partiendo de la necesidad de humanizar los cuidados enfermeros, centrados actualmente en las prioridades tanto del sistema asistencial como de los propios profesionales, presentó la metodología enfermera como una herramienta que desde la etapa inicial de la valoración nos permite aplicar un enfoque más humano y centrado en el paciente, independientemente del modelo enfermero con el que se enfoquen los cuidados. En este contexto, la investigación y por ende el conocimiento, son los instrumentos que permiten abordar esta reorientación con posibilidades de éxito.

D^a. Rosario Fernández Flórez tomó como punto de partida el inicio del proceso de implantación de la metodología enfermera en el Principado de Asturias, cuyo origen parte de la formación en metodología, para enmarcarlo posteriormente en el proceso de informatización de la historia clínica del paciente. Luego presentó el enfoque de cuidados prequirúrgicos y posquirúrgicos, orientándolos en base a la duración de la estancia hospitalaria prevista del paciente, inferior o superior a 24 h. Finalizó exponiendo la situación actual de implantación del proyecto así como las fortalezas y debilidades del mismo.

D. Serafín Fernández partió de la descripción de las distintas etapas, actores y procesos involucrados en el procedimiento quirúrgico para luego pasar a la enumeración de las dificultades, tanto asistenciales como del propio personal de enfermería. El ponente detalló el origen de la pregunta de investigación que conduce al equipo al planteamiento de un estudio de investigación que proporcione respuestas a interrogantes como: ¿Qué hacen las enfermeras quirúrgicas? , ¿Cuáles son sus roles?, ¿Es posible estandarizar su trabajo? , ¿Qué aportan al proceso quirúrgico y anestésico? A través de la descripción de su estudio y de las diferentes fases del mismo, llegó a la conclusión de la inclusión en la próxima edición de la NIC de una nueva intervención, así como de la revisión de otras dos. Presentó además tres listados de actividades relacionados con otros tantos roles enfermeros en el ámbito del procedimiento quirúrgico, todo lo cual permite dotar de mayor visibilidad a los cuidados de enfermería quirúrgica.

CONFERENCIA:

ENFERMERÍA QUIRÚRGICA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Prof. D^a. Carmen Chamizo Vega

Enfermera de Atención Primaria Área V. Profesora Escuela Universitaria de Enfermería Universidad de Oviedo

D^a. Carmen Chamizo hizo un repaso de la historia reciente de la enfermería focalizándolo en la noción de género. Realizó una introducción de este concepto como construcción cultural para ir analizando las transformaciones del rol enfermero a través de los años. Expuso el significado del lema DIOS (discretas, instruidas, observadoras y sumisas) como referente de una enfermería no muy remota. También hizo mención a la necesidad de aprobar una labor doméstica como asignatura para la obtención del título de ATS. En su conferencia quedó patente que el desarrollo profesional de la enfermería está aún lastrado por un fuerte componente de género que es necesario encarar y superar.

MESA REDONDA 8

SEGURIDAD EN EL PROCESO QUIRÚRGICO

En su exquisita exposición audiovisual sobre trazabilidad del material quirúrgico, **D^a. Iluminada Prieto Santoveña** reflexionó sobre cómo debe tratarse y monitorizarse todo material de uso exclusivamente quirúrgico. Completó la misma, aclarando uno de los dilemas tan de actualidad como es la reutilización y/o reprocesamiento del material de uso exclusivo o de único uso.

D^a. Carmen Martínez Ortega indicó que, aunque en la teoría los profesionales que trabajamos en un quirófano tenemos claro cómo debemos preservar un ambiente aséptico, la autora con las correspondientes pruebas analíticas, demuestra, que poco a poco caemos en los “brazos” de la desidia y la despreocupación, sin tener en cuenta las repercusiones que pueden acarrear dichos “vicios” que vamos transmitiendo de unos a otros en el equipo. Su exposición animó a la reeducación de una disciplina que no se debe perder por nuestro bien y por el de nuestros pacientes.

D. Xosé Manuel Meijome Sánchez argumentó su ponencia de evidencias surgidas sobre seguridad en quirófano para orientar a los asistentes sobre la forma de utilizar estas en nuestro trabajo y poder profundizar en su estudio y manejo de una forma más científica.

Clasificando los diferentes niveles de compromiso a los que se puede llevar dicha investigación, animó al “atrevido/a” a llegar donde su reflexión le lleve, puesto que como el propio autor dijo: “las respuestas a nuestras preguntas se están generando entre nosotros”.

D. Fernando Groba Pérez presentó una ponencia sobre la implantación, monitorización y evaluación, con la consiguiente mejora en resultados, de una lista de verificación del proceso quirúrgico en su unidad. Este tema fue tratado ampliamente durante el Congreso contando además con varias comunicaciones sobre check-list/listas de verificación en sus diferentes formas.



La cena de gala del congreso se celebró en el restaurante SOMIÓ PARK (GIJÓN) y contó con la animación del entusiasta grupo musical "THE GOGGLES".

CONFERENCIA:

ASPECTOS LEGALES DEL TRABAJO EN QUIROFANO. SEGURIDAD E INTIMIDAD

D. Sergio Gallego Riestra

Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias

D. Sergio Gallego Riestra trató aspectos como la intimidad o la confidencialidad de los usuarios del sistema de salud que, cada vez adquieren una importancia más relevante en nuestro ejercicio profesional.

Dejar un buen registro escrito de lo que pasa en quirófano; que la historia clínica sea un fiel reflejo de la asistencia prestada al paciente y, sobre todo, lograr una buena relación, basada en la información, tanto con el paciente como con su familia, sin miedo a detallar la intervención o las cuestiones que se han complicado en la cirugía y que pueden estar dentro de lo previsible. «Ésos son, vistos desde el mundo jurídico, los tres elementos básicos que deben guiar el trabajo en quirófano, porque en la falta de ellos radica buena parte de las demandas que nos llegan», y que acaban derivando en responsabilidades patrimoniales contra la administración sanitaria.

Gallego reconoce que el quirófano es uno de los «puntos calientes» en lo que a problemas sanitarios se refiere. «Sobre todo lo es, y así lo demuestran todos los estudios realizados a nivel mundial, en cuanto a la seguridad, ya que es donde más efectos adversos se producen», recordó. Gallego concedió importancia singular a las listas de verificación quirúrgica, «que debe implantarse como medida, simple pero efectiva e importante, para tratar de disminuir esos efectos adversos, y que supone hacer repaso obligado de lo que pasa en el quirófano, en las tres fases: preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria».

Sobre la intimidad en quirófano, Gallego hizo alusión -más como una provocación al auditorio, aunque con un gran fondo de reflexión- a la «intimidad corporal», que no siempre tiene el enfermo, aunque en el quirófano sea, posiblemente, «donde menos le preocupa, dado que ahí hay otros temores». Gallego se refirió «al respeto al pudor del paciente en las maniobras de limpieza, de higiene o de tratamiento».

MESA REDONDA 9

SALUD 2.0 y ENFERMERÍA

Esta mesa abordó de un modo muy imaginativo e innovador los usos de Internet y las redes sociales y cómo estos ofrecen una nueva forma de interacción e intercambio de conocimientos. La enfermería lejos de permanecer al margen de esta nueva realidad, es un agente activo que utiliza estas herramientas en el ejercicio de su rol profesional. Entre las ideas tratadas destacaron:

- *2.0 en salud supone cercanía, igualdad y comunicación.*
- *Tienes un micrófono a tu disposición en las redes 2.0 úsalo.*
- *Las redes sociales son tan serias y útiles como tú quieras, tú pones el listón*
- *Empleo de la regla de las dos S: sensatez y sentido común*

Los participantes en la misma propusieron un lema: "Inténtalo, si quieres puedes".

Como en este congreso había una "masa crítica" twitera importante y la organización estaba bastante sensibilizada con el tema podéis leer los tweets relevantes del congreso bajo el hastag **#aeeq11**.

CONFERENCIA DE CLAUSURA:

LA CIENCIA ENFERMERA DESDE LA TEORÍA DEL CIERRE CATEGORIAL

Prof. D. Gustavo Bueno Martínez

Filósofo. La Rioja

En ella el profesor Gustavo Bueno trató de dar respuesta a cuestiones tales como ¿Qué es la enfermería? ¿Es un arte o una ciencia?, ¿Cuál es su objeto?, ¿Cuál es su relación con otras disciplinas como la medicina, la psicología o la sociología? Realizó una extensa introducción conceptual, desde la perspectiva gnoseológica de su materialismo constructivista, abordando como tarea preliminar la definición de ésta como entidad objetiva. Así distinguió entre idea objetiva e idea subjetiva de ciencia. Como idea objetiva, la "Ciencia" es algo que se está realizando históricamente en el conjunto de todas las ciencias: Termodinámica, Topología, Economía, etc. Pero, de esa objetividad de la ciencia, no se deduce una concepción unívoca de la misma. Es más, existen casi tantas ideas de ciencia como científicos. Sin embargo, para Gustavo Bueno, la perspectiva subjetiva manifiesta sólo un momento del proceso de las ciencias, pues éstas no están sólo constituidas por los científicos sino también por sus instrumentos, por las instituciones científicas y, en cierto sentido, por la misma realidad, en cuanto ésta se incorpora al proceso científico. De ahí que los científicos, pese a ser los agentes de la ciencia, no alcancen a percibir claramente su concepto. En contra de otras corrientes, para Bueno la Ciencia no deriva de la Filosofía, sino de la técnica. Las ciencias no se han constituido como frutos desprendidos de un mítico árbol de la ciencia sino a partir de los oficios artesanos que la división del trabajo social fue engendrando. Delante de cada ciencia hay una técnica o «arte» muy desarrollado: la agrimensura precede a la geometría, antes de la química están la cocina y la metalurgia, etcétera. Y esta tesis se extiende a las ciencias humanas. La tecnología es entonces ciencia aplicada.

8^o Congreso Nacional de ENFERMERÍA QUIRÚRGICA 16 17 18 de noviembre GIJÓN 2011

organiza:



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
QUIRÚRGICA
www.aeeq.net

Bueno mencionó al carácter colonizador de cada disciplina frente a las demás y se mostró crítico con la distinción entre conocimientos de ciencias y de letras, separación arbitraria que su sistema filosófico ha superado. Razonó sobre conceptos como vida o persona e indicó que la Medicina es más una práctica que una ciencia.

La rigurosa limitación de tiempo impidió a este filósofo extenderse sobre este tema. Una mejor disquisición del mismo se puede encontrar en la página web de su fundación:

<http://www.filosofia.org/aut/gbm/1995qc.htm>

Secretaría Técnica: **SANECONGRESS®**

C/ Orense, 85 / 28020 Madrid / España / tel. +34 902 190 848 / fax: +34 902 190 850

Información disponible en: www.8enfermeriaquirurgica.com / e-mail: sanicongress@8enfermeriaquirurgica.com