

CUARTO DE RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA*

Por CATHERINE F. CONBOY, R.N.

La presente exposición se refiere a la experiencia de un hospital al proyectar y establecer un cuarto de recuperación para la atención inmediata de casos postoperatorios. La ventaja más importante de este servicio consiste en el ahorro de tiempo en los trabajos efectuados por las enfermeras, esto es, el empleo de una sola enfermera para atender a más de un caso postoperatorio, así como la administración de transfusiones, inyecciones intravenosas y otros tratamientos terapéuticos que sea necesario realizar sin pérdida de tiempo.

El Hospital Duke, inaugurado en julio de 1930 como una institución anexa a la escuela de medicina de la Universidad Duke, fué construído para atender 600 enfermos. La administración apenas si pudo prever que durante el año 1946 la atención dada a los enfermos ascendería a un equivalente de 170,400 días de asistencia, y que el número de visitas de enfermos externos sería 129,504, e intervenciones quirúrgica 9,185 en total. Este aumento imprevisto se debió en parte al gran incremento de la proporción de ingresos y altas.

Este aumento del servicio ocasionado por la afluencia de un mayor número de enfermos, trajo problemas para cada departamento del hospital, pero donde más se hizo sentir fué en el servicio de enfermería. El problema que más preocupaba a los cirujanos, anestesistas y enfermeras era la necesidad de dar la atención adecuada que requieren los casos postoperatorios.

El procedimiento regular hasta febrero de 1949, consistía en enviar a los enfermos a sus salas correspondientes inmediatamente después de las intervenciones quirúrgicas. Sólo había dos excepciones en este caso: los pacientes que sufrían de "shock" quirúrgico y los de cirugía plástica. Estos enfermos se colocaban en pequeños cuartos de anestesia de manera que el cirujano y los anestesistas pudieran hacer con más rapidez las observaciones pertinentes, y para que las enfermeras encargadas del caso pudieran dar la atención inmediata y constante. Los enfermos de cirugía plástica no solamente necesitan de la observación constante que requieren todos los casos generales después de la anestesia, sino que también requieren la protección contra accidentes que pudieran lastimar los injertos de tejidos y las heridas. Para estos casos se utilizan los servicios de una enfermera.

Bajo estas circunstancias era difícil para una enfermera atender a más de un enfermo después de la operación, ya fuera en el cuarto de anestesia o en la sala regular asignada al enfermo. El promedio diario de 29 operaciones requería una atención más inmediata de los casos post-

* Cortesía del *American Journal of Nursing* octubre de 1947, pp. 686 y 687.

operatorios por parte de las enfermeras, lo cual no era posible debido a que el servicio correspondiente estaba sobrecargado.

Para solucionar este problema se sugirió el establecimiento de un cuarto de recuperación para atender exclusivamente los casos post-operatorios. En consecuencia, se celebraron conferencias entre el jefe del departamento de cirujanos, el jefe de los anestésistas, el administrador del hospital, la directora auxiliar del servicio de enfermería, la inspectora del servicio de cirugía y el jefe del departamento de suministros del hospital, los cuales discutieron tales problemas como la ubicación de dicho cuarto, número de pacientes que podían atenderse, administración, personal y equipo.

De acuerdo con un proyecto bien planeado, se estableció un cuarto con cuatro camas en el pabellón de cirugía, en el mismo piso donde se encontraban las salas de operación, y cerca del cuarto central de suministro. La ubicación del cuarto de recuperación cerca de las distintas salas de operación ofreció mayores ventajas y comodidad a los cirujanos y a los anestésistas. Estos últimos son directamente responsables de los enfermos hasta que los mismos hayan reaccionado completamente.

El tamaño del cuarto de recuperación es de 15 por 18 pies, y su preparación y equipo son muy sencillos. Las paredes son de color verde claro y el cielo raso es blanco. El piso es veneciano y, por lo tanto, muy fácil de limpiar. Tiene dos ventanas, un lavamanos y un teléfono. Se dispone de facilidades para atender cuatro enfermos y queda un pequeño espacio para el equipo. Dicho cuarto está deslindado del resto de las salas en lo que se refiere a la administración y al personal, a pesar de que tiene en común el uso del cuarto de servicio de las salas y de que recibe la atención del personal auxiliar de salas que prestan distintos servicios.

Uno de los problemas más difíciles de solucionar fué el nombramiento del personal en lo que se refiere a la clase y a la cantidad del mismo. Para el servicio de dicho cuarto se nombraron dos enfermeras graduadas para trabajar durante once horas diariamente; una de ellas trabaja de 8:00 A. M. hasta 4:30 P. M., y la otra de 10:30 A. M. a 7:00 P. M. Este arreglo ha servido para dar un servicio máximo durante el período de tiempo que requiere mayor atención. Estas enfermeras trabajan 48 horas a la semana y tienen el domingo libre.

Generalmente es posible sacar a los pacientes de la sala antes de las 7:00 P. M. debido a que después de las 5:00 P. M. no se realizan más operaciones. Si a las 7:00 P. M. un enfermo no ha reaccionado, entonces se envía un aviso a la sala correspondiente indicando el estado del enfermo y su envío a dicha sala. Esto ha ocurrido muy pocas veces.

Con una capacidad de cuatro camas, la distribución de atención es tal que cada enfermera puede atender a dos enfermos sin necesidad de alejarse de ellos. Los servicios del cuarto de recuperación se ofrecen a

toda clase de enfermos con la excepción de aquellos que hayan recibido anestesia local y los que padezcan de alguna enfermedad infecciosa.

El jefe anestesista se encarga de dar las instrucciones respecto a la atención que debe prestarse a los casos inmediatamente después de las operaciones. Una vez que el enfermo sale de la sala de operaciones, el anestesista presenta todos los datos relacionados con el curso de la anestesia durante la operación y con el estado actual del enfermo. De acuerdo con las necesidades individuales, se dan las órdenes pertinentes al caso, como por ejemplo, cuando se trata de un enfermo sufriendo de "shock" después de una operación grave. También se trata de la pérdida aproximada de sangre y su reemplazo, de la terapia intravenosa, y del cambio de posición, manejo y succión adecuada a través del conducto traqueal empleado para el paso del aire. El anestesista visita al paciente con frecuencia para vigilar el cuidado y el estado del mismo.

Los enfermos que hayan sido sometidos a raquianestesia y cuya presión arterial permanezca estable por un período de tiempo de treinta a cuarenta y cinco minutos después de la operación, se consideran en condiciones de ser enviados a su sala correspondiente. Los que hayan sido sometidos a anestesia general tal como el ciclopropano se consideran suficientemente recuperados cuando han reaccionado o despertado completamente y cuando su presión arterial permanezca estable por un período de tiempo entre treinta y cuarenta y cinco minutos.

Las enfermeras destinadas al cuarto de recuperación son escogidas de acuerdo con el interés, la habilidad y la aptitud que demuestran. Hasta este momento no se han utilizado los servicios de estudiantes o alumnas de enfermería en estas actividades. Si se considerara aconsejable utilizar este servicio en el futuro, las alumnas deberán trabajar bajo la constante vigilancia y dirección de una enfermera especialista en los procedimientos utilizados en los cuartos de recuperación postoperatoria.

Se ha observado la mayor sencillez posible al amueblar y equipar el cuarto de recuperación. Todos los enfermos llegan de la sala de operaciones en sus propias camas, lo cual elimina el problema relativo al suministro de camas especiales. El mobiliario permanente del cuarto es el siguiente:

4 Mesas de noche	2 Sillas
1 Cómoda	1 Teléfono

Equipo y Materiales

Uno de los factores más importantes para el éxito del cuarto de recuperación consiste en disponer de un equipo completo, el cual debe consistir de lo siguiente:

- 2 Máquinas eléctricas de succión
- 2 Tanques grandes de oxígeno con reguladores ajustados (Casi todo el oxígeno se suministra mediante catéteres o sondas nasales)

- 1 Cilindro de bióxido de carbón
- 4 Soportes, con ganchos dobles
 - Bloques de 6 y 12 pulgadas para levantar la cama en casos de "shock"
 - Tableros laterales para camas
- 4 Tensiómetros, tipo de pared
- 4 Estetoscopios

Cada mesa de noche está equipada con:

- 3 Bolsas de agua caliente
- 2 Riñoneras
 - Almohadillas de algodón
 - Tablilla con vendaje para el brazo
 - Manta adicional
 - Formularios clínicos especiales
 - Conductos traqueales

La cómoda ofrece espacio para:

- Vendajes y gasa
- Catéteres o sondas nasales
- Abatelenguas
- Torniquetes
- Esparadrapo
- Bandejas estériles con equipo para transfusiones de sangre
- Bandejas estériles con equipo de flebotomía
- Cuadritos de gasa en paquetes estériles
- Ropa de cama limpia
- Mantas
- Inmovilizadores
- Bandejas estériles con equipo para inyecciones intravenosas

Sobre la cómoda hay espacio para:

- Termómetros orales y rectales
- Envases estériles con jeringuillas de las capacidades siguientes: 2 cc, 5 cc, 10 cc y 20 cc.
- Agujas estériles en envases individuales de vidrio para inyecciones hipodérmicas, intravenosas y para transfusiones

La bandeja higiénica contiene:

- Tapones de algodón estériles, en alcohol tapones de algodón estériles secos, quemador de alcohol, torniquetes, pinzas estériles, yodo, éter, alcohol (al 70%) y depósito para desperdicios.

Drogas de emergencia:

- Coramina
- Sulfato de efedrina
- Prostigmina
- Sodiobenzoato de cafeína
- Metrodina
- Adrenalina
- Neosinefrina
- Metrazol

Antes de llegar los enfermos al cuarto de recuperación, las enfermeras reciben instrucciones respecto a cualquier equipo especial que se necesitara para el caso, de modo que cuando llegue el paciente, el equipo ya esté preparado y listo para la aplicación, ya sea para la succión de pecho, la succión Wangenstein, etc.

Siguiendo este plan, el enfermo se recupera completamente de la anestesia y generalmente su condición es francamente satisfactoria antes de la primera visita de la familia, lo cual encierra ciertas implicaciones emocionales de capital importancia, como seguramente podrá apreciar toda enfermera de experiencia.

A pesar de las ventajas ideales de este cuarto, el costo del mismo ha sido un factor de demora en cuanto a su establecimiento en muchos hospitales. Más abajo aparece un detalle de los gastos en que se incurrió por las distintas partidas de acuerdo con nuestra experiencia, la cual parece indicar que el costo total no es prohibitivo. Las distintas partidas no toman en cuenta la utilidad que el hospital recibiría si este espacio fuera dedicado a sala regular de enfermos. No obstante, el ahorro de tiempo en los servicios prestados por las enfermeras y la mayor eficacia del servicio dado a los enfermos después que éstos han reaccionado, sin duda alguna tienen cierto valor monetario, aun cuando sea difícil de calcular.

Costos por partidas:

Muebles	\$200.00
Utensilios esmaltados	30.00
Artículos de goma	25.00
Jeringuillas y agujas	50.00
Equipo para la terapia de oxígeno	400.00
Tensiómetros y estetoscopios	112.00
Miscelánea	60.00
Total	<u>\$877.00</u>

Durante los primeros tres meses después de establecer el cuarto de recuperación, se realizaron 2,269 intervenciones quirúrgicas en las ocho salas de operaciones; entre estas intervenciones hubo 829 casos tratados en el cuarto de recuperación. A pesar de su reciente establecimiento, es evidente que ya el cuarto de recuperación es demasiado pequeño para el servicio quirúrgico, pues se necesita espacio adicional para colocar una buena cantidad de equipo de cirugía.

Debido a los servicios prestados por el cuarto de recuperación se ha notado que la moral del personal y de los enfermos ha aumentado y que la atención dada a los casos postoperatorios se ha caracterizado por una mayor eficacia. Todos los cirujanos, anestesiistas y enfermeras han dado una entusiasta acogida al cuarto de recuperación ya que el mismo ha simplificado grandemente el difícil problema de dar atención postoperatoria de manera eficaz y segura a los casos de cirugía.

CINCUENTENARIO EN CUBA

En celebración del Cincuentenario de la Profesión de Enfermeras de Cuba, se efectuó en la Academia de Ciencias un brillante programa de actos, auspiciado por el Colegio Nacional de Enfermeras de Cuba, los días 3, 4 y 5 de noviembre de 1949. Fué representante de honor la Srta. Isabel Walker, enfermera norteamericana, quien con la ayuda de otras enfermeras norteamericanas, fundó las primeras escuelas de enfermeras de Cuba, y a quien le fueron hechos todos los honores y condecoraciones por ser la única superviviente de esa época.

Asimismo, fueron condecoradas en la Academia de Ciencias, las primeras enfermeras cubanas, resultando todo en un acto bello, sentimental y también revelador de las faenas cotidianas que las enfermeras, delegadas de la piedad y bondad, tan dignamente ejecutan diariamente para aliviar el sufrimiento humano.

Entre los actos conmemorativos para dicho cincuentenario, se hace mención especial a la misa celebrada en el Hospital Mercedes por el alma de las compañeras difuntas, además de una visita al Decano de la Facultad de Medicina, Reunión Solemne en la Academia de Ciencias, visita al Sr. Ministro de Salubridad, la inauguración del local social del "Colegio" y colocación de un cuadro del Dr. Finlay, donado por el Instituto Finlay.

Todas las enfermeras asistieron a los Actos vistiendo sus uniformes de gala, produciendo un efecto magnífico, acreedor del Colegio Nacional de Enfermeras de Cuba.

ALUMNAS DE ENFERMERÍA EN MEXICO QUE RECIBEN PREMIOS

La Sección de Enfermería Rural de la Escuela Superior de Medicina Rural del Instituto Politécnico Nacional de México, celebró en agosto de 1949, en el Palacio de las Bellas Artes, un festival con motivo de la entrega de petos, gorros y premios a las alumnas. Después de una ceremonia simpática, se entregaron insignias y distintivos a sesenta alumnas en concursos interesantes, como los de: anatomía y fisiología, a la señorita que presentó el mejor trabajo sobre el sistema nervioso central; a tres señoritas que en el primer semestre realizaron los mejores trabajos en prácticas de enfermería sanitaria en el campo; a dos señoritas que, durante el primer semestre obtuvieron la mejor puntuación (mejor uniformadas); un premio a la alumna que realizó el mejor trabajo en curas y quemados; un premio a la alumna que realizó las mejores prácticas en enfermería médica; un premio a la alumna que hizo las mejores investigaciones en enfermos hospitalizados, y el Premio Florence Nightingale a la alumna que obtuvo la mejor puntuación en sus calificaciones.

CELEBRACIÓN DEL CINCUENTENARIO DE LA ENFERMERÍA EN CUBA (1899-1949)



La Presidenta del Colegio Nacional de Enfermeras, Sra. Regla María G. de Arencibia, ofreciendo el homenaje con motivo de la condecoración con Medalla de Oro a las primeras enfermeras graduadas en 1902 y a la Srta. Isabel Walker como símbolo de las enfermeras americanas organizadoras de las escuelas de enfermeras de Cuba.



La Srta. Isabel Walker recibiendo la condecoración de Medalla de Oro.



Una vista del paraninfo de la Academia de Ciencias de la Habana, durante la celebración del Cincuentenario de la Enfermería en Cuba.

ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA RURAL DE MÉXICO



Ceremonia de entrega de petos y gorros, así como premios, a las Alumnas de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, dependiente de la Escuela Superior de Medicina Rural del Instituto Politécnico Nacional de México, celebrada en el Palacio de las Bellas Artes, el día 26 de agosto de 1949.