

# Desarrollo de la Enfermería en Anestesia en el continente americano

**SRA. GLADYS VÉLEZ**

FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SAN JUAN DE PUERTO RICO • PUERTO RICO (EE.UU.)

Una rápida mirada al pasado histórico de una obra, sin importar su origen, ayuda a ubicarnos en una perspectiva creada. Dicha perspectiva, a su vez, facilita tomar decisiones respecto a la adopción de una experiencia similar en el futuro. Es así, que aunque en ocasiones la historia nos parezca aburrida, tiene mucho valor si la examinamos con ojo crítico. Este examen nos ayudará en el empeño de emular los aspectos positivos de la obra, y a no repetir los negativos.

Consciente de su interés por conocer algo de la trayectoria histórica de la enfermera anestesista en los Estados Unidos de América del Norte (EE.UU.), en este artículo les estaré ofreciendo una visión panorámica de la historia de la enfermería en anestesia tanto en los Estados Unidos de América del Norte, como de Puerto Rico (P.R.).

Además les ofreceré, en forma sucinta, los criterios que sirven de base para mantener la calidad de la educación de este grupo profesional.

## DESARROLLO HISTÓRICO

De acuerdo a Hamric, Spross y Hanson (1996), el rol de enfermería en anestesia es la especialidad más antigua dentro de lo que se conoce en EE.UU. como la Enfermería Avanzada. Esta especialidad fué instituída allí desde el 1.800, con el advenimiento de los agentes anestésicos y el cuidado que era necesario al aplicar dichos agentes. Comentan estos autores que, originalmente, las personas que administraban anestesia eran cirujanos en adiestramiento, los cuáles no recibían remuneración económica alguna o la que recibían era mínima. Como cirujanos, ellos se interesaban más por el procedimiento quirúrgico que por el cuidado que había que dar a los pacientes bajo influencia de los agentes anestésicos. Aparentemente, en esta época, no había incentivos para que los médicos se convirtieran en anestesistas a tiempo completo. Por lo tanto, se reclutan y se adiestran enfermeras para realizar el cuidado de anestesia de los pacientes. Desde el comienzo éstas fueron bien aceptadas, ya que ofrecían mayor estabilidad, más horas de trabajo y se concentraban más en el proceso de anestesia que los cirujanos, los cuáles se concentraron en el proceso quirúrgico.

Continúan Hamric, Spross y Hanson diciendo, que las primeras enfermeras anestesistas fueron hermanas de la caridad

o monjas, las cuáles por sus votos religiosos no esperaban ningún tipo de remuneración. Por lo tanto, dicha situación contribuye aún más a su aceptación dentro del campo de la anestesia. Además, según los autores, el hecho de ser féminas les facilitaba el dar el toque gentil que se requería para los pacientes bajo los efectos de agentes anestésicos.

Al examinar detenidamente la historia de la enfermería en anestesia en los EE.UU., podemos notar además, que la práctica de la misma ha estado ligada al trauma ocasionado por las guerras en las cuáles este país ha estado involucrado. Es así que se observa que, durante la Primera Guerra Mundial, el papel de la anestesista en el campo de batalla ayudó a reducir la mortalidad, pero dicho éxito trajo controversia con los médicos anestesistas. Esto, por la aceptación y entusiasmo que logró la enfermera anestesista por parte del público en general.

Un dato de suma importancia descrito por Hamric, Spross y Hanson, es el hecho de que los primeros médicos anestesistas fueron mujeres. Esto se debió al estatus y la mínima remuneración económica que recibían estas personas, lo cual hacía poco atractivo el rol para los varones. Son estas mujeres médicos quienes establecen la Asociación de Anestesistas de los Estados Unidos y Canadá en el año 1920. No obstante, aunque comparten el mismo género que las enfermeras, se convierten en sus

mayores opositores para que éstas ejerzan el rol de enfermeras anestesistas. Aún así, el desarrollo de la profesión no se detiene y en el 1931 un grupo pionero de enfermeras anestesistas fundan lo que se conoce hoy día como la Asociación de Enfermeras Anestesistas (AANA- siglas en ingles de "American Association of Nurse Anesthetists"), (Nagelhout y Zagllaniczny, 1997).

Por otro lado, la Segunda Guerra Mundial ayuda a afianzar aún más el rol de la enfermera anestesista. Dentro de la estructura organizativa militar de los EE.UU. se aclara la posición y se eleva el estatus de la enfermera anestesista. Son ellos los que declaran el rol como una especialidad dentro del campo clínico de la enfermería militar y definen sus funciones y remuneración económica como algo único. En la actualidad, la especialidad se considera una de difícil reclutamiento y el ejército de los EE.UU. ofrece incentivos económicos especiales (dinero y rango militar elevado), para toda aquella enfermera/ro que desee entrar en las fuerzas armadas, ya sea a tiempo parcial (Reserva) o a tiempo completo (Activo).

Inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial (en 1945), AANA inició su programa de certificación y lo formalizó en el 1952. Las credenciales establecidas dentro del programa fueron consideradas más adelantadas que las de otras especialidades en enfermería.

Éstos son clave en la historia de la enfermería avanzada, rol que, actualmente, está muy en boga en los EE.UU. y Puerto Rico.

A medida que fue reafirmando el rol de la enfermera anestesista se fueron desarrollando los programas educativos formales de enfermería en anestesia. La asociación con el ejército y enfermería en anestesia continuó en la posguerra. Las fuerzas armadas establecieron programas educativos formales, incluyendo uno en el Hospital Militar Walter Reed el cual graduó su primera clase en el año 1961. Dicha clase fue en su totalidad de varones. Observamos, pues, que desde entonces el rol del varón, dentro del campo de la enfermería en anestesia, ha ido en aumento. En los últimos conflictos bélicos de los EE.UU., éstos han tenido un rol protagonista de suma importancia. Finalizan Hamric, Spross y Hanson diciendo que en la actualidad, el 65% de la administración de anestesia, a nivel nacional en EE.UU. es realizada por enfermeras/os anestesistas y que a nivel rural es de un 70%.

#### DESARROLLO EDUCATIVO EN EE.UU.

Cuando se examina el comienzo de la educación de la enfermera anestesista en EE.UU., se encuentra que la misma consta de un programa de adiestramiento informal dentro de los hospitales. De acuerdo a Hamric, Spross y Hanson (1996), el primer curso oficial de postgrado fue instituido en el hospital San Vicente en el Estado de Oregón para el año 1909. Consistía de seis meses de instrucción y era dirigido a monjas. Comentan además estas autoras, que en el 1924 fue que se admitió la primera enfermera secular, en un programa que fue instituido para religiosas en el 1912. Aparentemente, desde sus comienzos el asociar la profesión de enfermería en anestesia con la figura femenina, atrasó un poco la aceptación de varones a este campo. Declaran además estas autoras, que al principio de la Primera Guerra Mundial había ya cinco programas de postgrado en anestesia. Sin embargo, no es hasta el 1952 que se establece la acreditación de programas bajo los auspicios de la AANA. Al pasar del tiempo los programas se siguen proliferando y cada vez salen más enfermeras/os preparados en el campo de la anestesia.

Aún cuando los avances en acreditación han sido notables, no es hasta años recientes que la educación de enfermería en anestesia llega a niveles graduados. El primer programa graduado de enfermería en anestesia fue establecido en la Universidad de Hawaii en el 1973. En la actualidad existen 85 programas graduados diseminados a través de todos los EE.UU. La AANA demandó un nivel de bachillerato (4 años de estudio universitario formal), para el 1987 y un nivel de Master para el año 1998. Es decir, que para poder obtener credenciales como anestesista en los EE.UU. es necesario tener un nivel mínimo de Master en Enfermería y para poder ejercer como enfermera/o anestesista, se requiere aprobar un examen escrito.

#### TRAYECTORIA DEL ROL DE LA ENFERMERA ANESTESISTA EN PUERTO RICO

En P.R. el adiestramiento de las enfermeras anestesistas dio comienzo para el año 1937 (Morales, 1997). Dicho adiestramiento siguió más o menos el mismo patrón que en los EE.UU. No obstante, en sus comienzos no estaba reglamentado el tomar una prueba particular para obtener credenciales especiales. La enfermera/o sólo tenía que aprobar el examen de reválida que se ofrecía y que aún se ofrece a las enfermeras generalistas del país. Solamente aquellas personas que desean ser certificadas por la AANA se sometían a la prueba escrita que éstos ofrecían. El resultado de este evento es que la mayoría de las enfermeras que practicaban la profesión de anestesia solo poseían una licencia que las autorizaba a ejercer como enfermeras generalistas en el territorio de P.R.. Esto, a excepción de algunas agencias en donde se requería y se requiere aún ser enfermero/a anestesista certificado/a o CRNA (Certified Registered Nurse Anesthetist por sus siglas en inglés), para poder ejercer como anestesista. Estas son: el Hospital de Veteranos, la Reserva y el Servicio Activo en las Fuerzas Armadas de los EE.UU. y para ejercer como facultad en un programa acreditado por la AANA.

Para el año 1978, el único programa de estudio de enfermería en anestesia que estaba acreditado por la AANA en ese

momento en P.R. pierde su acreditación. No obstante, como dicha acreditación era y es de tipo voluntario para efectos de ejercer como anestesista en P.R. se siguió preparando anestesistas, aunque estas no pudiesen revalidar en los EE.UU.. Por otro lado, en el 1990 la Universidad Interamericana (universidad de nivel privado), comienza un consorcio con la Universidad de Barry en Miami Florida. El mismo permitió preparar enfermeras, que ya habían completado sus estudios en anestesia en escuelas no acreditadas por la AANA, para que pudieran tomar el examen de certificación de dicha agencia. Este programa graduó un total de 17 enfermeras en el año 1996. En dicho año además, esta universidad obtiene acreditación de la AANA para comenzar un programa de enfermería en anestesia. Esta escuela todavía no ha graduado a su primer programa de nivel de Master en la Escuela de Enfermería del Recinto de Ciencias Médicas (R.C.M.) de la Universidad de P.R. (U.P.R.). El mismo fue acreditado por el Consejo de Acreditación de la AANA. Así es que, en la actualidad en P.R., sólo existen dos programas de educación de enfermeras anestesistas. Uno está ubicado en la Universidad Interamericana y el de la Escuela de Enfermería de la U.P.R. anteriormente mencionado.

Conscientes de la necesidad de mejorar aún más la calidad del servicio especializado que ofrecen, un grupo de profesionales anestesistas se unen a profesionales del campo de la enfermería en P.R. y desarrollan la ley 169 del 1996. Esta ley rige la práctica de la enfermería obstétrica y en anestesia. Además, hacen reválidas para toda enfermera anestesista y obstétrica que solicite licencia para ejercer su profesión en P.R., el tomar y aprobar un examen escrito una vez complete sus estudios en el campo de especialidad mencionado.

Es decir, en estos momentos, al igual que en los EE.UU. en P.R. también se requiere un examen adicional al de la práctica general de la enfermería para ejercer como anestesista certificado. No obstante, las personas que tenían credenciales antes de dicha ley ser aprobada, siguen teniendo sus privilegios de práctica: la ley se aplica sólo prospectivamente.

## REQUISITOS DE LA AANA PARA ACREDITAR PROGRAMAS DE ANESTESIA EN ENFERMERÍA

El estar acreditado por el Consejo de Acreditación para Programas Educativos de Enfermería en Anestesia o COA (Council On Accreditation, siglas en inglés) de la AANA trae por tanto beneficios como también un sin número de responsabilidades. Entre otras, un programa que desea ser acreditado debe tener una visita de acreditación de la agencia, previo a la admisión de estudiantes. En dicha visita este cuerpo de profesionales anestésicos se asegura de que la planificación del currículo cumple con todas las normas y requisitos establecidos en su manual de acreditación. El manual describe el tipo de experiencia y número de horas en contacto, de estudio y práctica, que deben tener los estudiantes, antes, durante y después del proceso de anestesia. La visita conlleva, además, la evaluación de los escenarios clínicos destinados a la práctica de estudiantes. Es decir, que el COA no expide una licencia de acreditación a menos de que todo el montaje curricular está de acuerdo con sus normas o estándares.

Una vez graduado el primer grupo de estudiantes, se requiere una visita de re-acreditación. En dicha visita los evaluadores se aseguran que los estudiantes hayan recibido la calidad educativa establecida en la acreditación inicial. Si todo está en orden, el COA prosigue a acreditar la institución por un período máximo de seis años, después de los cuáles se lleva a cabo una visita de seguimiento para re-acreditación. Cada una de estas visitas es precedida por un informe de autoestudio. En el mismo, la facultad analiza el progreso del programa a base de las evaluaciones periódicas realizadas por la facultad y los estudiantes dentro del programa. Además, anualmente y por el período que dure la acreditación, se envía un informe de progreso al COA. Dicho informe le permite al COA determinar el progreso del programa y, de este modo, reafirmar su acreditación.

## PROGRAMA DE ESTUDIO TÍPICO PARA LA EDUCACIÓN DE ENFERMERAS/OS ANESTESISTAS

De acuerdo con los Estándares para Acreditación de Programas Educativos para Enfermería en Anestesia (Estándar III, IV-Manual de Acreditación del COA,

1994), un programa típico para la preparación de enfermeras anestésicas debe contener, entre otros componentes, los siguientes:

Una filosofía que sea congruente con una educación a nivel graduado.

Objetivos y criterios de resultado consistentes con la misión y certificado que ofrece.

Desarrollo de un currículo de nivel Master a partir de enero 1, de 1998.

La duración total del programa no debe ser menor de 24 meses calendario. Dicha duración

debe asegurar que tanto los estudiantes como la facultad puedan completar las metas y los objetivos relacionados a la experiencia académica y clínica.

Secuencia curricular entre lo didáctico y lo clínico.

Los ofrecimientos didácticos deben contener un mínimo de:

- 45 horas - de aspectos profesionales se enfermería en anestesia
- 135 horas- de fisiología y fisiopatología
- 45 horas - de química y física relacionada a la anestesia
- 90 horas - de farmacología
- 45 horas - de conferencias relacionadas con los aspectos clínicos
- 90 horas - de principios básicos y avanzados relacionados con el equipo y la tecnología en anestesia.

- La experiencia deben ser medidas en horas de reloj o créditos hora.

- El currículo debe proveer para que se tenga contacto directo con 450 tipos de casos quirúrgicos. Ellos dividen esto en las diferentes especialidades-partos, cirurgías abdominales y otros.

En la experiencia clínica el estudiante debe funcionar en el manejo total del proceso de anestesia.

La facultad y el director del programa deben ser enfermeros CRNA. Esto incluye también a los supervisores clínicos

En el manual de acreditación del COA se describe un total de seis estándares generales y sus respectivos criterios particulares. El primer estándar se relaciona con los procedimientos y normas administrativas y, el segundo, con el apoyo institucional necesario para llevar a cabo el

programa. En el tercer estándar se definen criterios concernientes al currículo e instrucción y, en el cuarto, se definen los concernientes a la facultad. Finalmente, en el quinto estándar, se delinear los criterios de evaluación del programa y, en sexto, los concernientes a los cánones de ética necesarios dentro de un programa y, que se relaciona con el cuidado a seres humanos. No obstante, la limitación de tiempo no permite describir todos los criterios contenidos en el manual, por lo tanto, sólo hemos descrito algunos de los contenidos en el tercer y cuarto estándar. Estos, a mi juicio, pueden dar un poco de claridad a lo expuesto sobre la rigurosidad del proceso de acreditación de la AANA.

El desarrollar un programa de enfermería en anestesia requiere de mucho interés, dedicación y compromiso con la calidad del servicio que le debemos a nuestros clientes. Es importante entender que nuestros clientes, en este caso, pueden definirse como los pacientes y también como los estudiantes que recibirán la enseñanza que los capacitará para servir a dichos pacientes. Es así que, para el desarrollo de un programa de calidad, debemos partir de un estimado de necesidades de estos consumidores. Los pacientes nos pueden definir la calidad de servicio que requieren cuando están en una crisis quirúrgica. En cambio, los posibles estudiantes (las/los enfermeras/os), nos dirán si creen que es necesario y posible embarcarnos en una educación controversial. Esto es así ya que, como hemos podido ver en el análisis aquí vertido, el establecer un rol nuevo en sus comienzos trae controversias con otros proveedores del mismo servicio. La controversia puede minimizarse si tomamos tiempo de aclarar la necesidad de educar aún más a un colega, cuyas aportaciones pueden elevar la calidad del servicio que merece el pueblo. No obstante debemos aclarar que siempre habrá controversia en la medida en que hayan disidentes conderidos. Por lo tanto, concierne a los líderes comprometidos con el cambio, determinar cuándo y cómo han de actuar. Si de educar se trata, debemos tener claro que la identificación validada de una necesidad de conocimiento justifica el desarrollo de un programa de enseñanza-aprendizaje.

**SRA. JEANNE CAPRON**  
 ENFERMERA. DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERAS  
 ANESTESISTAS DEL CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL UNIVERSITARIO.  
 LILLE. FRANCIA

# **D**esarrollo de la **Enfermería de Anestesia** **en la República Francesa**

Para poder comprender la situación actual de los enfermeros/as anestésistas en Francia es necesario hacer una revisión histórica de los hechos.

Los primeros anestésicos se descubrieron en Estados Unidos y en Inglaterra lo cual hizo que en estos países se plantearan rápidamente la cuestión del nivel de cualificación de las personas que administran los anestésicos y se decidió que esta tarea competía a los médicos.

En Francia, durante casi un siglo, de 1848 a 1945, el desarrollo de la anestesia general fue lento y tardío. Su práctica empírica fue la causa indirecta del desinterés por la materia y del retraso en su evolución. No se impartía enseñanza alguna sobre anestesia. Ésta era administrada, bajo la supervisión del cirujano, por cualquier persona cercana a él que estuviera disponible: su chófer, una religiosa del centro o un estudiante que comenzaba sus estudios de medicina.

No fue hasta la segunda guerra mundial, con el desembarco de las tropas aliadas cuando se introdujeron las técnicas modernas de anestesia, lo cual, evidentemente, hizo que comenzara a enseñarse esta materia.

A partir de 1945, la anestesia experimentó un nuevo prodigioso desarrollo y algunos médicos optaron por esta especialidad. Fue en 1947, en la Facultad de Medicina de París donde se organizó por primera vez la enseñanza de esta materia que adquirió carácter oficial con el reconocimiento de la especialización en anestesia para los médicos. Luego, a partir de 1948, los profesionales paramédicos también pudieron acceder a esta formación que les permitía obtener un certificado de estudios de ayudantes anestésistas.

La anestesia general, abandonada en manos de ayudantes de dudosos conocimientos, tuvo que esperar al año 1947 para que fuera incluida entre los actos médicos que podían ser afectados por auxiliares en presencia de un médico, dispuesto a intervenir en todo momento. Este texto introduce por primera vez una restricción en lo que respecta a las cualificaciones del personal facultado para practicar la anestesia general. En cierto modo, reconoce oficialmente el derecho otorgado a los enfermeros/as para desempeñar el papel de anestésista. A este texto le seguirán otros que confirmarán este estado de hecho.

Finalmente, en 1960 se legaliza, lo que ya existía de facto, a través de un decreto que reco-

noce la especialidad con la creación de un certificado de aptitud para desempeñar las funciones de enfermero/a ayudante-anestésista. El programa de estudios era muy amplio y constaba de un nivel de conocimientos muy alto, lo cual fue considerado en esos años como una monstruosidad. La duración de los estudios era de dieciocho meses y podían presentarse al examen de acceso a la formación, los enfermeros/as o comadronas que tuvieran, al menos tres años de práctica.

En toda Francia se abrieron escuelas cuya dirección estaba a cargo de un médico anestésista profesor titular de la Cátedra de Anestesia de la Facultad de Medicina.

A partir de entonces la profesión experimentaría grandes cambios.

Enfermeros/as ayudantes-anestésistas en 1960. Enfermeros/as Especializados en Anestesia y Reanimación en 1988. Enfermeros/as Anestésistas Diplomados Nacionales en 1993. Es decir, en 30 años hemos cambiado tres veces de denominación, pero no se trata de un hecho anodino.

El paso de una denominación a otra, de la noción de ayudante a la de colaboradores eficaces y competentes es el fruto de una larga reivindicación sindical.

Este sindicato, creado en 1951 por la Señora Anne de Casamajor, sigue manteniéndose activo.

Convertido en Sindicato Nacional de Enfermeros/as anestésistas, dedica sus esfuerzos a la evolución de la profesión. Ha sido reconocido a nivel ministerial como el único interlocutor importante en lo que se refiere a los enfermeros/as anestésistas. En la actualidad le debemos la exclusividad en las competencias de anestesia y reanimación perioperatoria de los enfermeros/as anestésistas, según el artículo 7 del decreto del 15 de Marzo de 1993, y las consecuencias financieras que de ello se derivan: "El enfermero/a anestésista con titulación oficial y los enfermeros/as que se están preparando para la obtención de dicha titulación son los únicos facultados, a condición de que haya un médico disponible para intervenir en todo momento, para participar en la ejecución de las técnicas que a continuación se enumeran, después de que el médico haya examinado al paciente y establecido las indicaciones anestésicas. Dichas técnicas son:

- Anestesia general.
- Anestesia locorreional, regional y rein-

yecciones en el caso de que un médico haya aplicado un dispositivo para ello.

- Reanimación perioperatoria.

Este decreto excluye a los enfermeros/as no especializados en anestesia y otorga amplias facultades a los enfermeros/as anestésistas, los cuales pueden dormir a un paciente, siempre que haya un médico en las inmediaciones, sin que se especifique la especialidad de dicho médico. El médico deberá haber evaluado el estado del paciente durante la consulta preparatoria para la anestesia y prescrito la anestesia indicada, lo cual implica la elección de la técnica anestésica: general, locorreional o local, así como los anestésicos que se administran al paciente.

En lo que se refiere a las anestésias locorreionales, la interpretación es variable dada la falta de precisión de los textos.

Se puede considerar, siempre a condición de que haya un médico que pueda intervenir en todo momento, que los I.A.D.E. (ATS-anestésistas) pueden aplicar anestésias locorreionales que no impliquen la utilización de dispositivos, tales como raquianestesia, la anestesia regional del plexo braquial o la epidural sin colocación de catéter.

Cuando hay que colocar un catéter, los ATS-anestésistas ayudan al médico y se ocupan de la vigilancia preoperatoria y de las reinyecciones.

De hecho, las actividades de los enfermeros/as anestésistas no se limitan al quirófano. Su trabajo puede desarrollarse también en la sala de recuperación, en los servicios de admisión de urgencias, en los servicios móviles de urgencias y de reanimación (S.M.U.R.), en las unidades de cuidados intensivos y en reanimación quirúrgica.

Sus cometidos en estos diferentes sectores son múltiples. A la actividad asistencial, es decir, la que se realiza en relación directa con el paciente, hay que añadir las responsabilidades de gestión, de organización del personal y de investigación.

## **LOS ATS-ANESTÉSISTAS EN QUIRÓFANO**

El aspecto principal de su función es la asistencia médica.

En primer lugar preparan la anestesia según el protocolo establecido. Se encargan de recibir y reconfortar al paciente. Esta fase tiene una importancia capital ya que la intervención provoca una lógica ansiedad con respecto a la operación y con respecto a la anestesia. El ATS-anestésista debe procurar crear un clima de confianza y personalizar este recibimiento basándose en la observación directa de los elementos incluidos en el informe preparatorio para la anestesia.

Su participación en la aplicación de la anestesia incluye la inducción, la vigilancia, la reanimación perioperatoria y el despertar. Su trabajo varía en función de las técnicas anestésicas y el tipo de cirugía empleada, pudiendo variar desde las tareas más simples a las más complejas. Durante la intervención quirúrgica debe poder

detectar la aparición de eventuales incidentes para evitar que éstos no se conviertan en accidentes, intervenir en caso de urgencia y efectuar rápidamente las acciones, previstas para casos de urgencia y de supervivencia, que le competen.

El ATS-anestésista, paralelamente a su actividad de asistencia médica, desempeña también un papel importante en la gestión del material empleado en la anestesia, lo que implica la detección de disfuncionamientos, la programación de revisiones, así como el control de la esterilización. En este contexto, participa en los procesos de evaluación y en la elección del material nuevo.

El ATS-anestésista, se ocupa de la gestión de la farmacia, del abastecimiento de productos sanguíneos y del material utilizado cada día. Comprueba el estado de las reservas, organiza el almacenamiento y el orden de todo lo que pertenece al ámbito de la anestesia.

Ejerce un papel de mando responsable con respecto a los estudiantes ATS-anestésistas que hacen prácticas en su servicio así como con respecto a otras categorías de personal que se le confían.

Participa de los trabajos de investigación, pero también emprende y desarrolla él mismo trabajos de investigación destinados a mejorar la actividad sanitaria de los ATS-anestésistas o a desarrollar la profesión.

### EL ATS-ANESTESISTA EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA POST-QUIRÚRGICA

(nuevo nombre que se da en Francia a la sala de recuperación).

El período del despertar está indisolublemente unido a la anestesia y a la reanimación perioperatoria.

En esta sala continúa la reanimación y se vigila el final del efecto de las drogas anestésicas en el momento del despertar.

El ATS-anestésista conoce las características del despertar, así como los posibles accidentes que se pueden producir en esta etapa; se ocupará asimismo de la evaluación y tratamiento de los dolores postoperatorios.

Teniendo en cuenta todo esto pensamos que es indispensable la presencia de, al menos un ATS-anestésista en la sala de recuperación aunque no sea obligatorio ya que legalmente lo único que se exige es que en toda la sala de vigilancia post-quirúrgica haya, al menos, una persona con titulación oficial en enfermería preparada para esta tarea de vigilancia y a ser posible también un enfermero/a anestésista.

### LOS ATS-ANESTESISTAS EN LOS SERVICIOS MÓVILES DE URGENCIA Y DE REANIMACIÓN

El sistema pre-hospitalario francés ha optado por medicalizar los servicios móviles de urgencia y reanimación. A pesar de ello, aunque sea necesaria la presencia de personal paramédico, la ley no obliga a que en estas unidades haya un ATS especializado.

La aplicación de los ATS-anestésistas en el

funcionamiento de los Servicios Móviles de Urgencia es importante ya que están especialmente cualificados para ocuparse de las urgencias extrahospitalarias. Efectivamente, uno de los objetivos de su formación es “hacer frente a las situaciones de emergencia” y, bajo prescripción médica, “vigilar y cuidar a los enfermos durante los transportes sanitarios”.

Algunas de las enseñanzas recibidas durante su formación tales como: analizar las situaciones, percibir las necesidades de los pacientes, establecer prioridades y efectuar una asistencia de urgencia o de supervivencia, los capacitan para formar parte de los equipos que trabajan en las difíciles condiciones que se presentan en la asistencia extrahospitalaria.

### LOS ATS-ANESTESISTAS EN REANIMACIÓN

Una parte de su formación está dedicada también a la reanimación: el alumno debe estar capacitado para prestar la asistencia específica que requieren los enfermos en reanimación.

Sin embargo, la presencia en reanimación del ATS-anestésista no es indispensable.

Actualmente, cuando trabaja en este servicio, el ATS-anestésista constituye, prácticamente, la persona de referencia dentro del equipo paramédico, aportando un alto nivel de conocimientos que le permiten ayudar, e inspirar a sus colegas que se ocupan de cuidados generales.

Estos profesionales están perfectamente capacitados para asumir un puesto de dirección en este tipo de servicio.

Existe actualmente un sector especial, que está experimentando un rápido desarrollo, y en el cual el ATS-anestésista tiene una misión específica, consistente en la participación, la aplicación y la vigilancia de técnicas de analgesia controladas por el paciente (P.C.A.) o la analgesia epidural continua...

### LA FORMACIÓN

En Francia existen 28 escuelas, de las cuales tres son escuelas militares, reconocidas por el Ministerio de Sanidad.

Estas escuelas están dirigidas por un directivo ATS-anestésista y cuentan con un equipo docente formado por profesores ATS-anestésistas, más o menos numerosos en función del número de alumnos. (En principio hay un profesor por cada 15 o 18 alumnos).

La dirección científica está a cargo de un médico anestésista reanimador, profesor universitario, que garantiza la calidad de la enseñanza y la cualificación de las personas que intervienen en la enseñanza.

Pueden acceder a estas escuelas los ATS y las comadronas que posean dos años de experiencia profesional como mínimo y que superen las pruebas del examen de admisión.

Teniendo en cuenta el gran número de solicitantes, la selección es muy rigurosa.

Los estudios duran dos años, en régimen de dedicación exclusiva, durante los cuales se incluyen: enseñanza teórica, trabajos dirigidos, trabajos prácticos y períodos de prácticas.

Algunos de los períodos de prácticas son obligatorios y otros optativos en función del objetivo profesional del estudiante.

Las escuelas autorizadas oficialmente para la formación de un número determinado de alumnos, son supervisadas por un Consejo Técnico cuya composición está definida legalmente.

El programa, dividido en seis ciclos de formación, comprende las siguientes materias: fisiología, farmacología, anestesia, reanimación y medicina de urgencia.

La evaluación de esta formación, muy estructurada y completa, se efectúa a nivel continuo, con una evaluación teórica y práctica de cada ciclo, y con un examen final. Este examen consta a su vez de una evaluación teórica y una evaluación práctica en forma de resolución de un caso profesional que se realiza en condiciones reales.

La rigurosa selección y la calidad de la formación proporcionan un alto nivel de conocimientos y una amplia cualificación profesional.

### LA FORMACIÓN CONTINUA

La evolución casi permanente de las tecnologías, la implantación de unidades de cuidados cada vez más especializadas, la complejidad de los cuidados efectuados en anestesia y reanimación, el mantenimiento de la versatilidad de los ATS-anestésistas, característica muy reivindicada por los propios profesionales, requieren una adaptación constante y una renovación de conocimientos así como el desarrollo de actitudes dinámicas.

Los conocimientos y las conductas aprendidas durante la formación inicial son superados rápidamente.

Por tanto, es evidente que el ATS-anestésista tiene que seguir progresando en su especialidad, a todos los niveles, por medio de la formación continua, tanto a nivel técnico como en lo que se refiere a las relaciones humanas.

En este momento, la formación continua es una opción voluntaria, pero es posible que pronto se convierta en una obligación legal como es el caso para los médicos anestésistas en Francia.

### CONCLUSIÓN

El reconocimiento de los ATS-anestésistas en Francia muestra el papel, cada vez más importante que desempeñan estos enfermeros/as especializados.

Este reconocimiento se ha conseguido gracias a la evolución constante de sus cualificaciones, a su preocupación por mantener al día sus conocimientos y por aprender nuevas técnicas en anestesia-reanimación.

Francia es uno de los pocos países en los que se ha creado una rama profesional específica dotándola de una formación especializada.

Quizás algunos piensen que la importancia de estos ATS se ha visto reforzada por la penuria existente de médicos anestésistas. Sin embargo, no es así, los ATS-anestésistas no quieren ser un paliativo para la falta de médicos especialistas sino ser sus colaboradores ayudándolos pero no sustituyéndolos.

*En nuestro trabajo diario en la Unidad de Reanimación Postquirúrgica una meta a alcanzar es el control adecuado del dolor postoperatorio, nuestra labor en este campo es básica pues somos nosotras las que realmente estamos minuto a minuto en contacto con el paciente, somos nosotras las primeras en percibir bien la ineficacia de la analgesia o la excesiva sedación producida por las mismas.*

## OBJETIVOS

El objetivo primordial de ese trabajo es dar a conocer que las nuevas tecnologías aplicadas al tratamiento del dolor tanto agudo como crónico son día a día más utilizadas en todo tipo de pacientes lo que nos implica de lleno a los profesionales de enfermería abligándonos a conocer ¿QUE SON? ¿PARA QUE SIRVE? ¿CÓMO SE UTILIZAN?, así como las COMPLICACIONES que pueden aparecer con la utilización de los diferentes dispositivos para la administración de fármacos analgésicos como son:

- Los catéteres epidurales
- Los catéteres intratecales
- Los reservorios subcutáneos
- Las bombas de P.C.A.

En estas nos vamos a centrar, ya que la diferencia en la percepción del dolor y la gran variabilidad individual ante los morfínicos han hecho de la P.C.A. el sistema ideal de tratamiento del dolor por adaptarse en cada momento a los diferentes requerimientos de cada paciente.

Valorar la eficacia y efectos secundarios de los fármacos utilizados.

Nuestro papel en el control y valoración del dolor de los pacientes tratados con estas nuevas técnicas.

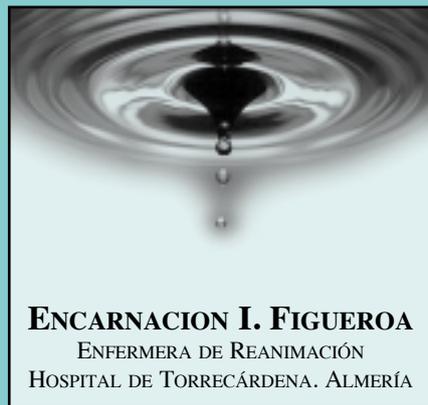
Los **CRITERIOS DE INCLUSIÓN** fueron:

1. Pacientes ASA I –II –III.
2. Consentimiento del paciente.
3. Edad entre 18-65 años.
4. Talla y peso dentro de los límites normales.

Los **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN** fueron:

1. No cumplir los criterios de inclusión.
2. Pacientes con patologías cardíacas, hepáticas, renales o pulmonares previas.
3. Pacientes en tratamiento crónico con analgésicos o sedantes.
4. Embarazadas
5. Drogodependientes, alcohólicos o pacientes con trastornos psíquicos.
6. Alergia al TRAMADOL o MORFINA

# P.C.A. en el dolor postoperatorio Valoración de enfermería



## MATERIAL y MÉTODOS

Para realizar este estudio, la técnica anestésica fue libre y únicamente se tuvieron dos premisas.

1. No usar Fentanest 30 minutos antes de la extubación.
2. No usar nunca Naloxone.

## MATERIAL y MÉTODOS I

Se hicieron dos grupos de 50 pacientes cada grupo.

### GRUPO I - TRAMADOL

Dosis inicial de 100 mg de Tramadol a los 15 minutos de la extubación a pasar en 15 minutos.

Perfusión continua de 15 mg por hora con bolo adicional de 15 mg e intervalo de cierre de 60 minutos.

## MATERIAL y MÉTODOS II

### GRUPO II - MORFINA

Dosis inicial de 10 mg de Morfina a los 15 minutos de la extubación a pasar en 15 minutos.

Perfusión continua de 1,5 mg por hora con bolo adicional de 15 mg e intervalo de cierre de 60 minutos.

## VALORACIÓN

La valoración de la analgesia se realiza mediante:

1. Dolor mediante la escala analógica Visual (E.A.V.)

Esta escala va desde 1 – 10 en reposo y movimiento, realizándose la valoración a las 2, 6, 12 y 24 horas.

2. Escala Verbal Simple realizándose la valoración a las 2, 6, 12 y 24 horas. Esta escala va desde 0 al 4.

- 0 = No dolor
- 1 = Dolor leve
- 2 = Dolor moderado – molesto
- 3 = Dolor severo - intenso
- 4 = Insoportable

3. Escala Verbal Alivio Dolor realizándose la valoración a las 2 – 6 – 12 – 24 horas. Esta escala va desde 0 al 4.

- 0 = Alivio completo
- 1 = Muy satisfactorio
- 2 = Satisfactorio
- 3 = insuficiente
- 4 = No alivio

## RESULTADOS

El análisis de los resultados nos muestra un nivel de analgesia similar en ambos grupos, quizá con mayor poder analgésico el grupo II (grupo de la morfina) pero también con mayor poder de sedación, aunque con ausencia de afectos secundarios reseñables. Las náuseas y los vómitos fueron similares en ambos grupos.

## VENTAJAS

Los pacientes con este tipo de analgesia presentan:

1. Mejor tolerancia a la sedestación y deambulación.
2. Mejor colaboración a la hora de realizar ejercicios respiratorios.
3. Menor esfuerzo al toser.
4. Mayor movilidad de secreciones.

## PAPEL DE LA ENFERMERA

La responsabilidad de la enfermera consiste en:

1. Revisar y conocer los protocolos de P.C.A.
2. Informar al paciente.
3. Mantenimiento del material.
4. Saber valorar al paciente en todo momento.
5. Recogida de datos.

## CONCLUSIÓN

Podemos llegar a la conclusión de que estas nuevas técnicas analgésicas presentan:

- MEJOR CALIDAD ANALGESICA.
- MAYOR CONFOR DEL PACIENTE.
- SIMPLICIDAD ANALGESICA.
- ANALGESIA UNIFORME.
- MENOR INCIDENCIA DE EFECTOS SECUNDARIOS.
- PAPEL FUNDAMENTAL DE LA ENFERMERA.

Como recomendación final pensamos que sería necesario una mayor INFORMACIÓN, PROTOCOLOZACION Y PROTAGONISMO por parte nuestra en la realización de estas nuevas técnicas analgésicas.

# REANIMACIÓN POSTQUIRÚRGICA

ANGELA GONZÁLEZ, CONCHA ARANA, SANDRA SACRISTÁN Y ANTONIA GÓMEZ SOBRINO  
ENFERMERAS DE REANIMACIÓN • FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (CLÍNICA DE LA CONCEPCIÓN) • MADRID

La fundación Jiménez Díaz (Clínica de la Concepción), cuenta en el bloque quirúrgico con 11 quirófanos donde se realizan intervenciones de 13 especialidades quirúrgicas y una Sala de despertar (nosotros la llamamos Reanimación) con espacio para 10 camas.

Todos ellos dotados en la actualidad con:

- \* Toma O<sub>2</sub>
- \* Toma vacío
- \* Toma aire

Monitorización:

- P.N.I.
- Sat O<sub>2</sub>
- ECG

Contamos con 1 respirador y desde hace algunos meses con 2 aparatos para la monitorización invasiva.

La sala funciona en horario de 8 AM – 10 PM, con el siguiente personal:

- \*2 Enfermeras y 1 Auxiliar en turno de mañana
- \*2 Enfermeras y 1 Auxiliar en turno de tarde

Si algún paciente debiera permanecer en la sala después de ese horario se hace cargo el personal del turno de noche del quirófano.

El diseño de este protocolo se debió a la importancia que tenía para nosotros el unificar criterios en la forma de trabajar.

La presión sobre el personal de enfermería es importante y si además ese personal no está especializado hay momentos de gran dificultad, por ello, diseñamos unas pautas a seguir son los pacientes según el tipo de anestesia a que habían sido sometidos.

Estos han sido de gran ayuda para las personas que llegan un día a la sala, así como para nuestros alumnos.

A nivel informativo les contaremos que el promedio de cirugía en el año 96 ha sido de 43,42/día.

El número de pacientes que han pasado por la sala a lo largo de este mismo año es de 8.319. Hemos puesto 1.572 bombas de analgesia postoperatoria.

Aprovechando que todas las enfermeras del Servicio pertenecemos a la Asociación, nos gustaría que esta revista sirviera para que otros compañeros nos ofrezcan sus protocolos, hojas de enfermería para compartir y reflexionar sobre ellos y mejorar nuestra cali-

## PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE SOMETIDO A A.G.

- 1.- **Observaciones del patrón respiratorio**
  - \* Comprobar movimientos respiratorios.
  - \* Comprobar permeabilidad vías aéreas (cánula mayo, tubo nasofaríngeo si lo portase)
  - \* Oxigenoterapia según proceda.
    - .- Gafa nasal
    - .- VK
    - .- nariz
    - .- Respirador (se avisara a la sala si el paciente lo precisa)
- 2.- **Monitorización del paciente**
  - \* PNI (presión art. no invasiva)
  - \* Sat O<sub>2</sub>
  - \* ECG
- 3.- **Control de líquidos hemoderivados o infusiones que traiga el paciente.**
- 4.- **Situar correctamente.** Se anotara el nivel a su llegada
  - \* SNG
  - \* S. Vesical
  - \* Drenajes
  - \* Autotransfusiones
- 5.- **Observación de apósitos**
- 6.- **Comprobar posición según cirugía**
- 7.- **Colocación de manta térmica, si procede**
- 8.- **Abrir hoja de enfermería**
  - \* Anotar todos los parámetros en ella recogidos cada 5 min. si el paciente llega inestable; cada 15 min. si el paciente está estable durante 2 horas y después cada 30 min. hasta el alta.
- 9.- **Tomar muestras para analíticas si es preciso**
- 10.- **Colocación de bomba de analgesia si está prescrita.**
- 11.- Observación, valoración global y continuada de todos parámetros para advertir o predecir cualquier novedad – Avisaremos en su caso al anestesiólogo.

UNA BUENA OBSERVACIÓN EVITARÁ COMPLICACIONES.

- 12.- Un paciente se irá de alta cuando sus ctes. vitales se mantengan estables y cumpla los siguientes parámetros:
  - \* Nivel de conciencia: Completamente despierto.
  - \* Ventilación y vía aérea: Reflejo de la tos presente.
  - \* Movimientos: Realice movimientos intencionados.

**SIEMPRE EL ALTA FIRMADA POR EL ANESTESIÓLOGO**



## PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON ANESTESIA RAQUÍDEA

- 1.- **OXIGENACIÓN.** Ventimask al 35% (28 % en broncopatas)
- 2.- Toma de constantes. T.A.; F.C. y Sat O<sub>2</sub>, cada 5 minutos los primeros 20 min., luego si estabilización cada 15 min.
- 3.- Control de infusión de líquidos, sangre y/o derivados.
- 4.- Controlar ritmo de infusión continua de inotrópicos, vasodilatadores, vasoconstrictores, etc.
- 5.- Controlar nivel de analgesia metamé-rica cada 20 min.
- 6.- Controlar posible retención urinaria (globo vesical)
- 7.- En los pacientes con catéter, antes de dar el alta, preguntar si éste ha de ser retirado.
- 8.- Al retirar un carácter, comprobar que sale íntegro.
- 9.- El paciente con nivel de anestesia por encima de D12 no debe ser evacuado.
- 10.- Observación, valoración global y continuada de todos los parámetros para advertir o predecir cualquier novedad. Avisaremos en su caso al anestesiólogo.
- 11.- **SIEMPRE EL ALTA FIRMADA POR EL ANESTESIÓLOGO**
- 12.- Prevención de la cefalea postpunción dural:
  - a) Paciente en decúbito supino durante las primeras 24 horas.
  - b) Puede elevarse la cabeza 30°
  - c) Aumentar el aporte de líquidos i.v. o, si tolera, la ingesta oral.
  - d) Dar las explicaciones pertinentes al paciente.



M<sup>a</sup> Teresa Plumed Sánchez  
Damian Montalt Cataluña  
Pilar Alcalá Escriche

A.T.S./D.U.E. Servicio de  
Anestesiología y Reanimación  
Hospital General "Obispo  
Polanco"  
T E R U E L

Debido a la  
ansiedad y  
nerviosismo con  
que el enfermo  
llegaba a  
quirófano, bien  
por falta de  
información  
adecuada, o por  
la edad, ya que  
en nuestro  
hospital un 80%  
de las  
intervenciones  
que se realizan  
tienen una media  
de edad de 65  
años, nos  
planteamos hacer  
este trabajo.



# VISITA PREVIA

al paciente quirúrgico  
por el personal de enfermería  
en anestesia y reanimación:  
**¿es beneficiosa?**

## EXPOSICIÓN Y SÍNTESIS DEL MISMO. MATERIAL Y MÉTODOS

Comenzamos por hacernos una historia en la que se planteaban una serie de preguntas, a través de las cuales queríamos tener un contacto enfermera/o-paciente, para romper con la antigua rutina del: buenos días, que le ocurre, de que le operan, toma algún medicamento, etc. y darle al enfermo la oportunidad de explayarse espontáneamente, contando lo que teme y el porqué.

Esta historia contiene tres partes:

### 1. Visita Preoperatoria

Aquí hay una serie de preguntas encaminadas a una toma de contacto.

A.- Por parte del enfermo:

- Como se llama
- Edad, Peso
- Estado civil
- Hábitos
- Antecedentes patológicos
- Enfermedad actual

B.- Por parte nuestra:

- Presentación personal
- Exposición y forma de trabajo

C.- Información de como debe venir a quirófano:

- Sin ropa
- No traer dentadura postiza
- No llevar joyas
- No tomar nada desde 9 h. antes

### 2. Un control durante la intervención

- Dosis: \*Gases
- \*Relajantes
- \*Analgésicos
- Control de constantes.
- Tiempo de despertar al enfermo.
- Reflejos.
- Tono muscular, etc.

### 3. Visita Postoperatoria

Realizada 24 h después, con otra serie de preguntas como:

- ¿Recuerda al A.T.S.?
- ¿Se encuentra dolorido en general?
- ¿Ha tenido nauseas, vómitos?.
- ¿Le hubiese gustado ir al quirófano dormido o sedado?.
- ¿Si volviera a entrar cambiaría algo?
- ¿Le gustaría conocer a la persona que le va a recibir a su llegada a quirófano?

## DURANTE LA INTERVENCIÓN

1.- El primer grupo, los vistos preoperatoriamente, un 75% se durmió más tranquilo y necesitó menor analgesia. Su T.A. y frecuencia, se mantuvieron constantes.

El despertar, el 75%, al llamar al enfermo por su nombre, reconocieron la voz y cooperaron mejor por lo que su recuperación fue más rápida, mostrándose más relajados.

2.- El segundo grupo, los no vistos preoperatoriamente, un 50% vino intranquilo, nervioso, por lo que la cantidad requerida de anestesia y analgésicos fue mayor.

El despertar fue en la mayoría, como la inducción, intranquilo, nervioso, como es lógico estos enfermos no reconocieron la voz y su cooperación fue mínima.

3.- En cuanto si cambiarían algo de todo este protocolo. El 100% de los enfermos vistos preoperatoriamente no cambiarían nada.

También el 100% de los enfermos no vistos preoperatoriamente, les gustaría conocer, a la persona que los va a recibir a su llegada a quirófano, solo por eso piden que se les visite preoperatoriamente.

## DISCUSIÓN

La visita preoperatoria ha demostrado ser muy útil en cuanto a la psicología del paciente que va a ser intervenido.

Pero a lo largo de nuestro trabajo hemos visto también, que no solo es beneficiosa de cara al enfermo, en cuanto que llega mas tranquilo a quirófano, sino que también influye en todo el proceso quirúrgico y postoperatorio.

Es decir el enfermo prefiere conocer al personal que lo va a recibir en quirófano, se siente persona y no un número mas, en ese recinto que tanto impresiona psicológicamente como es el quirófano.

Esto es muy natural, pero lo importante es que este estado psicológico influye en su manera de dormirse y en su forma de despertar. Todos sabemos que el stress, produce un aumento de catecolaminas en sangre con todos los síntomas que se derivan de ello, y que repercuten notablemente en todo el proceso pre-intra y postoperatorio.

## CONCLUSIONES

Este método lo hemos realizado en un grupo de 150 personas, en edades comprendidas entre 55 y 90 años, y cuya duración era de 1h 30 m a 2 h.

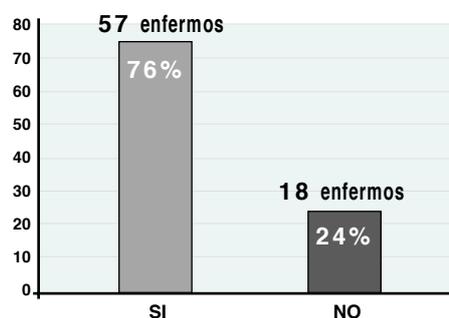
Se han dividido aleatoriamente en dos grupos de 75 personas cada uno.

A.- A todos los del primer grupo se les entrevistó y rellenó la 1ª parte de la historia, así como la 2ª y 3ª.

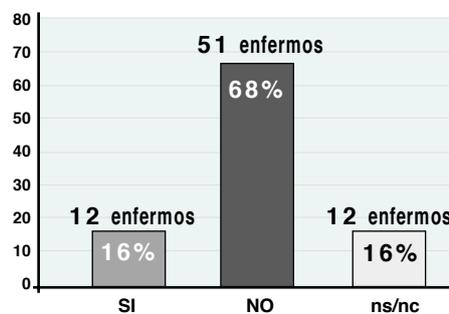
B.- A los enfermos del 2º grupo solo se les rellenó la 2ª y 3ª parte de la historia.

## VISTOS PREOPERATORIAMENTE

### Llegaron en condiciones a quirófano

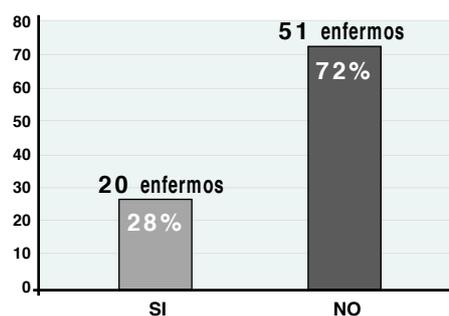


### Querían venir dormidos o sedados

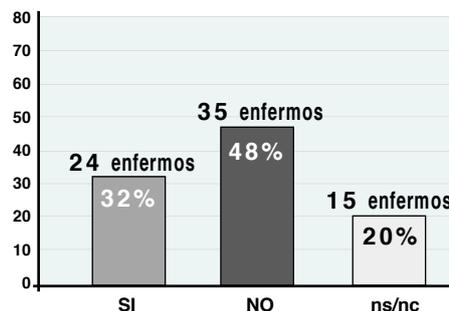


## NO VISTOS PREOPERATORIAMENTE

### Llegaron en condiciones a quirófano



### Hubiesen querido venir dormidos o sedados



**A** menudo, cuando se admite al niño en el área quirúrgica, es el primer contacto que tiene con nuestro “mundo” y, solamente este hecho es una experiencia que puede ser traumática para el .

*Entender y aceptar que el niño sienta “ansiedad”, angustia, dolor y, que esos síntomas puedan dejar huellas en él, necesita un esfuerzo de los profesionales de la salud, y una concienciación de todos nosotros para mejorar nuestros cuidados.*

*Reconocer que los llantos y las quejas nos ponen nerviosos, es el primer paso hacia el cambio de actitud y hacia unos cuidados adaptados y personalizados.*

*De esta manera, podemos esforzarnos con toda sinceridad, sin tapujos, y con todo el dinamismo que caracteriza nuestra profesión, para conseguir el único objetivo: ofrecer los mejores cuidados posibles al paciente.*

Nosotros enfermeros, debemos recordar que tratamos con seres humanos con los cuales debemos establecer una relación de confianza; **la confianza es una de las condiciones ‘sine qua nun’ para tratar a los niños.**

Un niño siempre tiene padres o tutores responsables que sufren por él, así que cuando se trata de niños la relación que se debe de establecer es con la unidad familiar, es decir el niño y los padres.

Sea cual sea el modo de intervenir, es importante que nosotros seamos generadores de una voluntad firme de mejorar las condiciones de acogida al paciente.

Pero esta claro que, uno o dos profesionales, con la mejor voluntad del mundo, no pueden actuar solos: somos unos eslabones de una cadena formada por un equipo multidisciplinario, actuando en el mismo sentido: mejorar nuestros cuidados al paciente.

Sería utópico pensar que solo la buena voluntad pueda mover el conformismo institucional de un servicio o de un hospital. Sin un equipo responsable y convencido de la importancia de cambiar, las cosas adelantaran al ritmo del paso de una tortuga bicentenaria y con parkinson.

**-Nos planteamos** como objetivo estudiar si la presencia de los padres puede reducir el estrés en el pre y post operatorio.

**-La metodología** utilizada comprendió como población diana niños entre 4 y 8 años operados en otorrino, escogidos aleatoriamente.

La mitad de ellos acompañados de uno de sus padres y la otra mitad no.

Todos los niños han recibido

los mismos cuidados en el pre y post operatorio:

- CREMA EMLA
- PREMEDICACIÓN ORAL (Midazolam con sabor a fresa).
- ACOGIDA EN LA ÁREA QUIRÚRGICA POR UNA ENFERMERA (Enfermera Payaso)
- JUEGOS Y DIBUJOS
- ENTREGA DE UN DIPLOMA DE CAMPEON.

-Se dirigió a los padres un cuestionario que consta de 6 ítems.

**En referencia a los padres, ¿su presencia en una reanimación no pediátrica es deseable?**

Considerando que el niño sin sus padres se siente sin protección y sabiendo que los padres al dejar a su hijo en manos de extraños, le transmiten su ansiedad, parece lógico pensar que los padres puedan acompañarle hasta el momento de entrar al quirófano, y también que estén presentes a la hora del despertar.

La separación de un niño de sus padres siempre es traumática, sobre todo, cuando el niño tiene menos de siete u ocho años, porque para él es difícil de entender que sus padres lo abandonen frente a algo desconocido y que él presente como algo peligroso.

### ENFERMEDADES Y HOSPITALIZACIÓN DEL NIÑO

Las enfermedades y hospitalizaciones constituyen crisis vitales importantes para los niños. Ellos son especialmente vulnerables a tales crisis.

Los factores estresantes para los niños son: **la separación, la pérdida de control y las lesiones corporales**

### ¿COMO PREVENIR EL TRAUMA LA SEPARACIÓN?:



El reto que tiene ante sí la enfermera/o es estar consciente de los factores estresantes de cada periodo de edad, aceptar las reacciones de conducta, y proporcionar el apoyo y la ayuda que necesita el menor para hacer frente a la situación en forma adecuada.

La enfermera que atiende a menores de edad debe tomar en cuenta las conductas de separación y proporcionar al niño apoyo emocional mediante su presencia física.

### ¿COMO DISMINUIR EL MIEDO A LAS LESIONES CORPORALES Y EL DOLOR?

Todos los niños sienten temor a las lesiones corporales dicho temor se reduce con la preparación de los niños para intervenciones dolorosas. En todo caso en que se requiera efectuar procedimientos, la forma más apropiada de realizarlos es: con la mayor rapidez posible y manteniendo contacto paternoinfantil.

Los niños también necesitan saber que pueden expresar su dolor. Decirle que es correcto que digan “ay”, griten o lloren les permite expresar sus sentimientos en un ambiente de apoyo y aceptación.

Los niños resultan beneficiados por el hecho que se reconozca su valentía por medios diversos como una “medalla de héroe” o un “diploma de valor”, que constituyen un aspecto positivo de una experiencia por lo demás estresante.



MIREYA ROSIQUE  
ANTONELLI  
MARILÓ GÓMEZ  
GUILLERMO  
MURCIA

El niño



en una reanimación no pediátrica

## ¿COMO ESTABLECER UNA RELACION DE CONFIANZA Y DAR APOYO MORAL?:

Resulta fácil lograr la cooperación de un niño cuando la enfermera le ha dedicado tiempo y ha establecido con él una relación positiva y de confianza.

Los niños necesitan que se les dé apoyo emocional durante los procedimientos, y para los de corta edad la mayor fuente de apoyo son los padres.

## ¿CÓMO REDUCIR EL ESTRÉS DEL NIÑO ANTES EL ACTO QUIRÚRGICO?:

El acto quirúrgico conlleva una alteración psicológica, que si no esta tratada adecuadamente podría tener consecuencias a largo plazo.

La ansiedad generada debe evitarse, ya que permitirá un manejo más fácil durante la cirugía y disminuye las alteraciones postoperatorias.

Para reducir el estrés del niño sería conveniente que una misma enfermera permanezca el mayor número de procedimientos posible con él, pero no siempre es factible.

Así que, aquí, la presencia de los padres suele ser valiosa, pues ellos, son "el hilo" que permite la continuidad de los acontecimientos que vive el niño reduciendo lo más posible su ansiedad.

La premedicación farmacéutica es importante pero no debe reemplazar unas palabras adecuadamente escogidas.

La anestesia es un tipo de sueño, de modo que los menores tienen sus propias definiciones de este concepto.

Explicarle que la anestesia es un "sueño especial" presentarle al anestesiólogo como el médico especialista quien lo vigila todo (que sabe conducir la nave del sueño como el mejor comandante de una nave espacial...)

No podemos olvidar que la separación de sus padres es asumida por el niño como una agresión a su persona así que, es responsabilidad de enfermería, de ofrecer la fórmula la más adecuada para evitar el estrés del niño durante toda su estancia en el área quirúrgica.

Después de mejorar nuestras prestaciones al niño con unos cuidados más adaptados, pensamos introducir a los padres en el área quirúrgica para aportar una supuesta mejoría en el trato de este.

Estudiamos cuales serían los cambios emocionales en la actitud de los niños.

Pretendemos haber logrado nuestro propósito y así lo hicimos:

## ANÁLISIS DE LA ENCUESTA :

La edad media de los niños incluidos en el estudio fue aproximadamente de unos cinco años.(de 4 a 8 años).

1º Como norma general se obtuvo que el 70% de los niños, en ambos casos, no tuvieron cambio de comportamiento tras su paso por nuestra unidad.

Los nuevos comportamientos negativos que aparecieron en el resto de los niños estudiados (30%) varían dependiendo de la presencia o no de los padres.

De este 30%, sin presencia de sus padres se observó:

- Que el 33,3% desarrolló miedo al personal sanitario,
- el 50% aumentó su dependencia con sus padres.
- y el 50% presentaron llantos sin motivo aparente.

En los niños **acompañados de uno** de sus padres, (Identificado en la gráfica el color amarillo), se observó:

- Que el 66,6% desarrollo miedo al personal sanitario
- el 33,3% aumento su dependencia a los padres.
- y el 16,6% presento llantos sin motivo aparente.

Podemos destacar en este estudio, que la presencia de los padres, no evita el miedo al personal sanitario.

Pero, la presencia de los padres hace disminuir notablemente la aparición de llanto sin motivo aparente.

También podemos comprobar que la dependencia con los padres, aumenta sensiblemente, cuando ellos no han acompañado a su hijo en el área quirúrgica.

2º A la pregunta de si el paso por la unidad quirúrgica había sido una experiencia positiva para los niños que entraron **solos**:  
El 70% de las respuestas fueron afirmativas;  
El 30% que fue una experiencia negativa,

En el grupo de niños que entraron **acompañados**, el porcentaje para el que fue positiva la experiencia se aumentó a un 90%, y disminuyó al 5% para quien fue negativa. Para el 5% restante fue una nueva experiencia sin especificar si era negativa o no.

De estos datos se deduce que la presencia de los padres es beneficiosa a la hora de que los niños vivan la experiencia como algo positivo.

3º Los resultados referentes a la información dada al niño sobre lo que se le iba a hacer, no correspondían a lo esperado.

A pesar de que todos los niños son informados por la enfermera de reanimación, ninguno de los niños que entraron sin padres nos mencionó en su respuesta, lo que nos hace suponer que esta pregunta fue contestada por los padres sin tener en cuenta la opinión de los niños.

## Los resultados obtenidos fueron:

### 1-Entre los niños que entraron solos:

- 1.1 El 80% fueron informados por sus padres,
- 1.2 15% por DUE de planta
- 1.3 15% por Anestesiólogo
- 1.4 10% por O.R.L.

### 2- Entre los niños acompañados de uno de sus padres:

- 2.1 El 65% fueron informados por sus padres
- 2.2 55% por DUE de reanimación
- 2.3 20% por Anestesiólogos
- 2.4 20% por O.R.L.

Por lo tanto, se deduce que la información dada a los niños, no esta hecha adecuadamente.

Como "anécdota" podríamos añadir que muchos niños que acuden al área quirúrgica, cuando les preguntamos -"¿Sabes a que has venido?"-, contestan: -"mi mamá me ha dicho que hacerme fotos!!!"-

Así que la primera tarea de la enfermera de quirofano-reanimación, es de hacer entender al niño en que va a consistir su paso por la unidad.

Los recuerdos del niño tras su paso por la unidad quirúrgica fueron:

### 1- De los niños no acompañados:

- 1.1 60% la colocación de la vía venosa,
- 1.2 70% La enfermera payaso
- 1.3 50% los juegos
- 1.4 5% otras técnicas sin especificar.

### 2- Recuerdos de los niños acompañados:

- 2.1 25% la colocación de la vía venosa
- 2.2 70% la enfermera payaso
- 2.3 40% los juegos
- 2.4 5% la nave de Spiderman, los robots
- 2.5 la ropa que llevaba su mamá.

Podemos deducir, que los recuerdos positivos son los mismos independientemente de la presencia de los padres, mientras que las experiencias negativas, como la colocación del catéter periférico, es más traumática sin la presencia de estos.

A los padres que entraron en la reanimación, se les hizo una quinta pregunta para poder mejorar nuestro servicio a los niños, y valorar la posible instauración de su presencia en la unidad.

Todos consideraron que su presencia aumenta la tranquilidad, la confianza y la seguridad de su hijo en la U.R.P.A.

## CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO:

**La presencia de los padres repercute positivamente en el comportamiento del niño tras su paso por el área quirúrgica. Es por esto que consideramos oportuna la integración, dentro del equipo, de un familiar.**



# ÚLTIMOS AVANCES EN ANESTESIA

*Como sucede en cualquier rama de la Medicina y de las Ciencias, la anestesia ha evolucionado a través de los tiempos en dos períodos completamente distintos:*

✓ *El empírico, aquel que se pierde en los tiempos más remotos, durante el cual se constatan hechos positivos, pero totalmente desprovistos de una base científica ya que se carecía de los conocimientos imprescindibles para explicar la producción del fenómeno y su posible significado.*

✓ *El científico o pasado inmediato, se inicia hace 150 años con el hallazgo del Protóxido de Nitrógeno, el más antiguo y más empleado de los anestésicos conocidos.*

*Desde entonces la Ciencia y la Técnica han ido unidas para proporcionar seguridad al acto anestésico.*

*A efectos de simplicidad y ya en la era moderna, se denominó a los mezcladores de gases, controladores de flujo, manguitos, válvulas de reducción de presión y ventiladores, como "máquina de anestesia" y la monitorización del paciente consistía en toma manual del pulso, estetoscopia precordial o esofágica, control pletismográfico de la presión arterial y finalmente observación óptica de la piel y pupilas del paciente, así como control físico del tono muscular y ventilación. Por todo ello tenía sentido el colocar la máquina de anestesia detrás del anestesiólogo para permitir un acceso libre para la ventilación manual y control visual.*

**EL EQUIPO MODERNO** de un anestesiólogo consiste en diversos monitores electrónicos y sensores que proporcionan información instantánea sobre la situación física y función orgánica del paciente, así como la función regular de los mezcladores de gases, presiones, concentración, escapes y funcionamiento de los ventiladores y velocidad añadida; presiones y volúmenes de las bombas de infusión y de jeringa, respectivamente. Además de esto, las máquinas actualizadas también incluyen ordenadores para el control y manejo de datos y generalmente se coloca a un lado un carrito que contiene los fármacos, infusiones y desechables.

está dentro de la perspectiva del ojo humano normal. Por esta razón, está garantizado que ninguna información proporcionada por instrumentos, pantallas y visión directa a través de la ventanilla, pueda perderse a un piloto en un estado de alerta normal. De la misma manera, botones, palancas de control y niveles están organizados de manera que proporcionan un fácil manejo, control y pilotaje inmediatos del aeroplano.

No ocurre lo mismo en la cabina del anestesiólogo donde la información electrónica, el control físico del paciente, el "pilotaje" del mantenimiento mecánico y químico de la anestesia y del funcionamiento cardiocirculatorio del paciente están con-



Por todo lo anterior, tiene sentido hablar hoy en día de una zona de trabajo más que de una "máquina". Mientras que la atención del antiguo anestesiólogo estaba continuamente concentrada en el aspecto y evolución del paciente, el anestesiólogo moderno tiene que concentrarse en un gran volumen de información, donde los avisos más rápidos y sensibles están concentrados precisamente en el lado contrario al del actor principal en este escenario, o sea, el paciente. A este fin, y para tener un control constante de toda la información, el anestesiólogo tiene que abarcar un círculo de 300 a 360 grados, especialmente cuando tiene que analizar alarmas, la mayor parte de las cuales están más concentradas en la tecnología que en el paciente.

Muy a menudo, la zona de trabajo del anestesiólogo se compara con la cabina del piloto de un aeroplano, pero al menos en ésta, toda la información física y también la electrónica es perceptible dentro de un ángulo de 110 grados, lo cual

fundidos por una posición no estandarizada sobre el emplazamiento del equipamiento técnico, paciente, líneas de infusión, áreas para el almacenamiento y manipulación de fármacos, desechables, así como de la documentación.

Pese a que la comparación entre el trabajo de un piloto y un anestesiólogo a primera vista parece curiosa, existen un montón de similitudes, incluso cuando observamos el instrumental. El anestesiólogo trabaja con sensores y procesadores de "pilotaje" de presiones, flujos, velocidades, reserva del combustible, control de la temperatura, etc., que han sido al menos en parte desarrolladas básicamente por el uso de vehículos espaciales.

Sin embargo, mientras que diseñadores muy especializados dedican un montón de tiempo y trabajo para organizar un área óptima para pilotos y astronautas, es obvio que no existe interés para ir al paso de las demandas actuales de los anestesiólogos, con ánimo de poder ofrecer una anestesia segura y cómoda, totalmente actualizada y moderna.

# Apoyo psicoemocional al paciente quirúrgico

## INTRODUCCIÓN

La atención de enfermería del paciente que va a someterse a **Anestesia** y **Cirugía** requiere un conocimiento profundo de lo que se conoce como **círculo perioperatorio**, el cual abarca desde el momento que se toma la decisión de practicar la intervención quirúrgica hasta que se produce el alta hospitalaria. Este periodo se divide a su vez en tres fases claramente definidas: *Preoperatorio*, *intraoperatoria* y *postoperatoria*. Este conocimiento puede, y debe, aplicarse dentro del marco del **Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.)** para promover un pasaje tranquilo y seguro a través de dicho circuito.

Se define el estrés como una *“amplia clase de experiencias en las cuales se produce tensión ante situaciones demandantes que ponen a prueba los recursos, la capacidad de resolución de problemas y el nivel de adaptación del individuo”*. El factor que estimula esta demanda se denomina agente estresante. La adaptación alude a las *“respuestas con las que el sujeto mantiene el equilibrio cuando se enfrenta a estímulos o a agentes destructivos, internos o externos, de manera consciente o inconsciente”*. Es interesante distinguir entre la atención generada al paciente que va a ser sometido a procedimientos de cirugía/anestesia desde un punto de vista general y la proporcionada a sistemas corporales o procedimientos quirúrgicos específicos.

PEDRO L. MARTÍNEZ GARCÍA • MATILDE HUERTA MACÍAS • EVA M<sup>a</sup> FLOR MATEOS  
FRANCISCA MUÑOZ PERALTA • AURORA SÁNCHEZ GÓMEZ  
CÁDIZ



## Círculo perioperatorio

El periodo **preoperatorio** comienza con la decisión de practicar la cirugía y continúa hasta la transferencia del paciente a la sala de operaciones.

La atención de enfermería, *fundamentalmente sobre la fase preoperatoria*, va a influir sobre todo el curso operatorio del paciente. La principal responsabilidad de enfermería durante este tiempo se centra en la recolección de datos, la preparación del paciente para el estrés de la cirugía/anestesia y la instrucción del paciente para reducir la ansiedad y facilitar la recuperación postoperatoria.

No existe experiencia preoperatoria “de rutina”, ésta es distinta para cada enfermo y nos enfrentamos al desafío de identificar, planear y brindar los cuidados que satisfagan las necesidades individuales de cada uno de ellos.

La cirugía es una amenaza real o potencial para la integridad corporal e interfiere con el funcionamiento orgánico normal; el individuo sufre una

lesión o enfermedad y cambios en sus hábitos personales, aunque sean de forma provisional. Son interrumpidas las rutinas normales del sueño, comida, ejercicio, actividades sociales y espirituales,... etc. La cirugía va a imponer “estrés” a todos los sistemas orgánicos, generando una doble respuesta: fisiológica y psicológica. Aunque mente y cuerpo son indivisibles, debemos discutir por razones de claridad, estos “mecanismos anti-estrés” de forma separada:

### –Respuesta metabólica a la agresión quirúrgica–

Los estímulos que acompañan la lesión son percibidos a través del sistema neuroendocrino, iniciándose las respuestas nerviosas y hormonales destinadas a conservar la energía y facilitar la reparación de la lesión. Se caracteriza por un predominio del Sistema Nervioso Simpático y liberación de catecolaminas, glucocorticoides y A.C.T.H., conduciendo a una reacción predominantemente catabólica. La duración y magnitud de esta respuesta va a estar influenciada por el tipo de agresión quirúrgica, enfermedades preexistentes, infección, medicación, anestesia, estado psicológico y factores individuales.

### –Respuesta emocional a la agresión quirúrgica–

El desconocimiento, temor, la incomodidad, la dependencia y la alteración de la vida y del cuerpo que ocurre con el acto quirúrgico despierta una fuerte reacción emocional. La ansiedad y los temores provocados por la cirugía y anestesia incluyen:

- **Pérdida del control**, asociada principalmente con la anestesia. Los pacientes pueden preocuparse por sus acciones mientras se encuentran bajo sus



efectos, pérdida de intimidad, dependencia total hasta para las funciones más básicas...etc.

- **El Temor a lo desconocido**, consecuencia de la incertidumbre del resultado quirúrgico o por falta de experiencia previa.
- **El temor a la anestesia**, incluyendo reacciones a la inducción, situaciones de emergencia médica o de "despertar" intraoperatorio. A menudo suele estar relacionado con los dos casos anteriores.
- **El temor al dolor** o a la analgesia posoperatoria inadecuada.
- **Temor a la muerte**, lo cual constituye un miedo "legítimo", ya que ninguna operación ofrece, a pesar de los avances anestésicoquirúrgicos de hoy en día, una seguridad completa.
- **Temor a la separación del grupo de apoyo usual**, como del esposo, familia,... siendo atendido por extraños durante gran parte de este período altamente estresante.
- **Temor a la alteración de los patrones de vida**, ya que el ingreso hospitalario y procedimiento quirúrgico interfiere con las actividades personales, familiares, laborales y sociales.
- **Temor a la mutilación**, o pérdida de parte del cuerpo. La cirugía interrumpe la integridad corporal y amenaza a su imagen.

Tanto la enfermedad (diagnóstico,..etc.) como el procedimiento quirúrgico en sí, como agentes estresantes que son, pueden ocasionar en el individuo respuestas negativas (no adaptativas), tanto físicas como emocionales, que comprometen la salud, aunque puedan reducir el estrés de forma provisional. (depresión, negación, ansiedad, violencia, tabaco, cambios en el peso corporal, hipertensión, taquicardia, ..etc.).

Está demostrado que el nivel de ansiedad preoperatoria influye sobre la cantidad de anestesia requerida, analgésicos posoperatorios y el tiempo de recuperación tras la cirugía.

El **periodo intraoperatorio** comienza con la transferencia del paciente al quirófano y termina con su admisión a la unidad de recuperación post anestésica (URPA). El centro de la atención de enfermería va a ser el de protector, defensor y prestador de atención, debido al aumento de la dependencia del individuo, *hacia todo el equipo quirúrgico*, dentro de esta fase.

El **periodo postoperatorio** comienza con la finalización de la cirugía y la admisión en la URPA\*. La duración de esta fase varía con el tiempo requerido para recuperarse del estrés la alteración causada por la cirugía y anestesia (desde algunas horas hasta varios meses, aún después del alta hospitalaria). Puede subdividirse a su vez en un periodo postoperatorio inmediato (6 a 8 horas) y otro tardío, ya que ambos periodos se superponen. Los objetivos de la Enfermería abarcan, además de las medidas de actuación rutinarias (control del dolor, estabilización signos vitales, seguridad emocional,..etc.), la evaluación y modificación del plan de atención perioperatorio. Como lo define la ASPAN (Sociedad Americana de Enfermería de Post Anestesia) " *asistir al paciente en el retorno a un nivel fisiológico seguro después de la cirugía y anestesia, aportando seguridad y atención de enfermería experimentada e individualizada a los pacientes y su familia, en la fase postoperatoria*".

## Cirugía

La cirugía se describe como la parte de la medicina que se ocupa de los procedimientos quirúrgicos.

De una manera clásica se clasifica en cirugía mayor o menor (aunque a los ojos del paciente ninguna cirugía puede ser considerada "menor") según el grado de intervención realizada, anestesia o ingreso hospitalario.

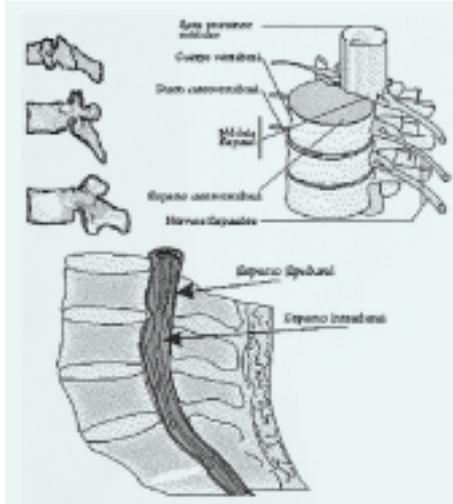
- Según la intención o propósito se divide en:
- **La cirugía diagnóstica o exploratoria** es la que se practica para determinar el origen de los síntomas, o el grado de una enfermedad o lesión.
  - **La cirugía curativa** que intenta reparar, reemplazar o extraer tejidos enfermos, defectuosos o infectados, y eliminar una enfermedad.
  - **La cirugía reparadora** recupera la función perdida o corrige deformaciones.
  - **La cirugía paliativa** no cura, pero disminuye los síntomas o retrasa el proceso de la enfermedad.
  - **La cirugía estética** se realiza para preservar o mejorar el aspecto.
- Según el grado de urgencia o de amenaza de discapacidad, de pérdida de la vida o de un miembro, se subdividen a su vez en:
- **La cirugía opcional** está basada en los deseos o preferencias personales del paciente y se planean según su conveniencia.
  - **La cirugía electiva** son operaciones recomendadas sin proceder con rapidez, y pueden programarse de acuerdo con el cirujano, paciente e institución.
  - **La cirugía preferente** es un tipo de cirugía que participa de características de la anterior y de la siguiente, ya que aún siendo de carácter programado tiene cierto grado de prioridad.
  - **La cirugía urgente** son intervenciones donde una demora podría ser perjudicial para el paciente. Deben realizarse lo antes posible.
  - **La cirugía de emergencia** es necesaria de inmediato para la preservación de la función o de la vida.

Por último se asignan nombres descriptivos a la mayoría de los procedimientos quirúrgicos sobre la base del órgano o área corporal implicada, y del tipo de procedimiento (así la amigdalectomía se refiere a la extirpación de las amígdalas).

## Anestesia

La anestesia es ausencia de sensación o conciencia ("an" significa sin y "estesia" sensación)

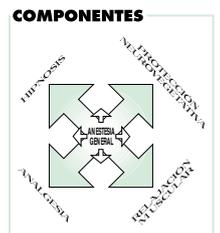
En términos generales la práctica de inducir anestesia implica volver al paciente insensible al dolor durante los procedimientos quirúrgicos, obstétricos, terapéuticos o diagnósticos, y manejarlos mientras están bajo su influencia. Básicamente puede dividirse en General, regional o local.



- **La anestesia locoregional** incluye las técnicas que producen insensibilidad al dolor solo en una región específica del cuerpo, sin pérdida de la conciencia. Esto se logra depositando una solución anestésica local a lo largo de una vía nerviosa, interrumpiendo la conducción del impulso nervioso. Estos bloqueos nerviosos a distancia se clasifican a su vez por su lugar de acción en: Locales, Tronculares, Plexo, Caudales, Epidurales e Intradurales.
- **La anestesia general** se refiere a un estado inducido por drogas en el que se produce cuatro componentes fundamentales:
  - Inconsciencia/ amnesia: pérdida de conciencia o sensación.
  - Analgésia: ausencia de dolor
  - Relajación muscular
  - Protección neurovegetativa: Inhibición mecanismos fisiológicos "antiestres quirúrgico".

Los anestésicos generales se administran por distintas vías, fundamentalmente la vía intravenosa o inhalatoria. La anestesia general puede ser inhalatoria pura, intravenosa total (T.I.V.A.) o **Balanceada**, en la que se utilizan distintos anestésicos, por distintas vías de administración, para los distintos componentes de la anestesia. La anestesia general presenta tres fases bien diferenciadas: Inducción, mantenimiento y reversión (metabólica o farmacológica).

- **La anestesia combinada** mezcla las dos anteriores: A. General y bloqueo locoregional.



## Analgésia

La analgesia es Ausencia de dolor ("an" significa sin y "algésia" dolor). Existen numerosas definiciones de lo que se conoce por dolor, todas ceñidas a un marco fisiopatológico y no al individuo como un todo. Basado en lo anterior podríamos definir el dolor como un estado en que el individuo experimenta e informa de la presencia de malestar intenso o de una sensación molesta, o lo que es lo mismo, " *Toda sensación que un individuo dice que lo es y existe siempre que un individuo dice que existe*" (Mc. Caffery y Beebe 2,3). Esta definición implica que la autoridad sobre la presencia y la intensidad del dolor se le reconoce al individuo que lo sufre y no al equipo asistencial. Al ser una característica muy subjetiva, como otras variables medidas en este trabajo (ansiedad, satisfacción, ..etc.) es difícil de valorar.

En términos generales el dolor puede clasificarse desde distintos aspectos (duración, localización, origen, ..etc.) pero en el caso que nos ocupa, dolor agudo posoperatorio, solo recalcar lo siguiente:

- 1º) El tratamiento del dolor debe ser programado no a demanda ("analgesioprofilaxis")
- 2º) Pueden utilizarse analgésicos periféricos (Aines, ..), centrales (Opiáceos) o ambos.
- 3º) Pueden utilizarse distintas vías para su administración, pero las más efectivas son la Intravenosa (I.V.) y Epidural (E.D.)
- 4º) Debe administrarse un "Bolus" (D.I.) previo al dolor, para impregnar receptores y una perfusión continua (P.C.) para mantener niveles plasmáticos. Existe también otra modalidad en la que el paciente puede autoanalgesarse (P.C.A.)

*La administración de analgésicos "a demanda" es irracional e inhumana*

## Marco conceptual: Proceso de Atención de Enfermería



La función de la Enfermería, como lo define la Asociación de Enfermeras Americanas (ANA) abarca, además del manejo de determinadas técnicas, “el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud, presentes o potenciales” (cuidados). Ahora bien ¿qué es el proceso de atención de enfermería? (PAE.)

Es un sistema de planificación de actividades dentro de los cuidados de enfermería, o lo que es lo mismo “un plan de cuidados escrito”, dirigido no solo al problema médico, sino también al paciente como individuo o Ente Biopsicosocial (Beare y Myers 1). Es la aplicación de un proceso lógico y sistemático en la solución de problemas, de tal manera que estos planes sirven de guía, durante las 24 horas, para la atención del paciente/cliente. El PAE nos ayuda a asegurar la calidad en los cuidados del paciente evitando omisiones y/o duplicaciones, o lo que es lo mismo nos **permite coordinar los esfuerzos de Enfermería.**

Destacar dos características.

**Es un plan individualizado**, ya que la recolección de información se realiza para determinar las necesidades asistenciales y evaluar los resultados en cada paciente.

**Es un proceso dinámico**, ya que los pasos son cíclicos y cualquier cambio en la salud del paciente que altere los datos de la valoración condiciona la identificación de nuevos problemas, planificación de objetivos, ejecución de actividades y reevaluación consiguiente.

Este proceso sigue una secuencia natural de 5 pasos: **Valoración, Identificación de problemas, Planificación, Ejecución y Evaluación** (aunque nosotros hemos utilizado un formato de 4 pasos).

|               |  |
|---------------|--|
| VALORACIÓN    | Recolección de datos<br><small>Observación<br/>Entrevista<br/>Exploración física</small> |
|               | Organización de datos<br>Identificación del problema                                     |
| PLANIFICACIÓN | Descripción de objetivos<br>Establecer prioridades                                       |
| EJECUCIÓN     | Realizar actividades   |
| EVALUACIÓN    | Evaluar objetivos<br>Revaloración del plan de atención                                   |

### FORMATO 4 PASOS

Pasamos a continuación a describir, de manera breve, cada una de las fases que comprende el proceso:

#### -- Valoración --

El primer apartado en la aplicación del P.A.E. es la recolección de información mediante la **observación, interrogatorio y examen físico**. Los datos de la valoración comprenden las condiciones fisiológicas, sociológicas, psicológicas y culturales del individuo como un todo...aunque centrado en la queja o problema principal. Debe garantizarse la confidencialidad de los datos reflejados en ella. Las fuentes de datos incluyen al propio paciente, familia, expediente clínico, datos de laboratorio, personal sanitario, .etc.

La observación de Enfermería permite descubrir los signos y conductas del paciente, sin hacer conclusiones o interpretaciones.

La entrevista o historia de Enfermería persigue tener información total sobre la percepción del paciente de su enfermedad y su respuesta de ella. Puede realizarse de manera formal, en una o varias sesiones, dirigida a un fin específico (identificación de las necesidades del sujeto), o de manera informal, a la vez que se administran los cuidados, creando una estrecha relación paciente-enfermera, lo cual facilita la expresión de sus sentimientos y problemas.

El examen físico, dentro de la valoración de enfermería, permite seguir un orden cefalocaudal (de la cabeza a los pies) o por sistemas (respiratorio, cardiovascular, neurologico, .etc.). Incluye técnicas de exploración física básicas (Inspección, palpación, auscultación, .etc.) e instrumentos de medición (Escala de dolor, T<sup>OC</sup>, .etc.-).

Dentro del formato de la historia de enfermería es interesante distinguir entre datos subjetivos y objetivos.

- **Los datos subjetivos** son las informaciones que proporciona el propio paciente y que no pueden ser confirmados por la Enfermera/o.(autopercepción del estado de salud). Deben reflejarse en la historia tal como los relata el propio paciente.
- **Los datos objetivos** son los datos exactos observados por la enfermera/o, o cualquier otro observador (observación, examen físico, pruebas de laboratorio, .etc.). Estos datos son verificables, pudiendo ser observados o medidos por otros profesionales de la salud.

En nuestro trabajo hemos utilizado un formulario de valoración de datos fundamentales (observación, entrevista y examen físico) basado en los modelos funcionales de la salud(Gordon,M5.7):

- **Modelo de percepción/cuidado de la salud.** Describe el modelo de salud/bienestar percibido por el paciente y como cuida su salud.
- **Modelo nutricional/metabólico.** Describe el modelo de ingesta de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas, y los indicadores de aporte nutricional local.
- **Modelo de eliminación.** Describe los modelos de la función de eliminación (intestinal, vesical y cutánea).
- **Modelo de actividad y ejercicio.** Describe el modelo de ejercicio, actividad, ocio y distracciones.
- **Modelo cognitivo/perceptivo.** Describe el modelo cognitivo y sensorio/perceptivo.

- **Modelo de sueño/descanso.**
- **Modelo de percepción/concepto de sí mismo.**
- **Modelo de papellrelación social.** Describe el modelo de papeles adoptados por el individuo y sus relaciones sociales.
- **Modelo de sexualidad/reproducción.** Describe los modelos de satisfacción/insatisfacción sexual del paciente, y los modelos reproductivos.
- **Modelo de adaptación/tolerancia al estrés.** Describe el modelo de adaptación general y la eficacia de éste en términos de tolerancia al estrés.
- **Modelo de valores/creencias.** Describe los modelos de valores, creencia y objetivos que guían las elecciones y decisiones.

Durante la fase de valoración se recoge gran cantidad de datos. Es importante considerar su significado (validación de datos), y deducir la información importante (filtrado de datos) que nos sugieran necesidades no cubiertas o la identificación de problemas, reales o potenciales.

Existen muchas formas de organizar la información. Nosotros hemos utilizado un modelo basado en la **Jerarquía de necesidades humanas de Maslow y Niveles de crecimiento y desarrollo individuales**

Maslow, A.1.5 postuló que todos los seres humanos tienen necesidades básicas comunes, que se organizan en distintos niveles. Según éste las necesidades de nivel inferior deben satisfacerse, al menos parcialmente, antes de pasar al inmediatamente superior.



- **Necesidades fisiológicas o de supervivencia** que deben satisfacerse para sobrevivir. Constituyen el nivel inferior.
- **Necesidades de protección y seguridad**, que son las cosas que hace la persona para sentirse segura y cómoda.
- **Necesidades de afecto y pertenencia**, de dar y recibir afecto y amor.
- **Necesidad de estima**, que son las cosas que una persona hace para sentirse bien consigo mismo y orgullosa de su capacidad y logros.
- **Necesidad de autorrealización**, de seguir creciendo y cambiando, trabajando hacia el logro de objetivos futuros.

Los datos organizados en cada categoría pueden indicar el estado actual de satisfacción de la necesidad, alteraciones en la satisfacción de dichas necesidades o tal vez interferencias para satisfacerlas.

Además de clasificar la información usando los niveles de necesidades de Maslow, consideramos el nivel de crecimiento y desarrollo individual. Cada edad cronológica tiene actividades de desarrollo que se corresponden tanto físicas como psicosociales. Describimos las correspondientes a la de Adulto joven: 18 a 40 Años.

*Establece relaciones duraderas, matrimonio, elección de carrera, preocupación por otros.*

*Ejerce el rol de la paternidad, educa y guía a la generación siguiente.*

*Incremento importante de responsabilidades*

*Ajuste a padres que envejecen*

Un problema puede interferir con el cumplimiento de actividades de desarrollo apropiadas a una edad o con la evolución al siguiente nivel de desarrollo.

El paso final del proceso de valoración es la formulación del **Diagnóstico de Enfermería (DdE)**

De las múltiples definiciones de DdE. Hemos escogido la siguiente: \* *“Un problema de salud, presente o potencial, del individuo, familia o grupo, que la enfermería está autorizada a tratar, de forma independiente y legal, iniciando las intervenciones necesarias para prevenir, resolver o reducir el problema”*

Un diagnóstico de enfermería no es un diagnóstico médico (D.M.) Es un informe sobre los resultados del análisis de los datos de la valoración.

Un DdE. real se refiere a una situación que existe en el momento actual de efectuar la recolección de datos (aquí y ahora)

Un DdE potencial se refiere a una situación que no existe en el momento de la valoración pero que puede ocasionar dificultad en el futuro, existiendo signos de riesgo para que se produzca. Podemos decir que el problema aparecerá si la enfermería no interviene.

Un DdE posible es cuando se sospecha la existencia del problema, presente o futuro, pero faltan datos que permitan descartarlo o rechazarlo.

Es importante distinguir entre DdE. y Problemas Interdependientes (P.I.), que son: *“complicaciones fisiológicas que han resultado o pueden resultar de situaciones fisiopatológicas o relacionadas con el tratamiento”*

Los profesionales de Enfermería monitorizan al paciente/cliente para detectar su inicio y controlar su evolución.

El P.I. entra dentro del ámbito interdependiente o la colaboración de enfermería con otros profesionales de la salud (generalmente el médico).

Para formular los DdE. dentro de nuestro trabajo hemos utilizado el formato **“PES”** (Gordon, M.2,5)

### Problema de salud en la relación a Etiología que se manifiesta por Signos

Nos hemos ceñido en todo momento a la lista de DdE. aprobados por la N.A.N.D.A. La fecha que aparece junto al diagnóstico indica el año en que este fue aprobado (DdE año)

### --Planificación--

Una vez identificados los problemas se elabora el plan de acción tendente a reducirlos o eliminarlos y promover la salud. Este debe incluir los siguientes aspectos:

- **Establecimiento de prioridades** o que *problemas son los más importantes y han de abordarse en primer lugar.*
- **Fijación de objetivos** o que *se pretende conseguir y cuando.*
- **Preescripción de actividades de enfermería o del paciente** que *permitirá alcanzar los objetivos preestablecidos.*
- **Anotación del plan de cuidados de enfermería.**

### --Ejecución--

En esta fase se lleva a la práctica el plan de cuidados. Esto supone las siguientes actividades:

- **Seguir recopilando información acerca del paciente**, por si han aparecido nuevos problemas y monitorizar su respuesta.
- **Llevar a cabo las actividades preescritas en el plan de cuidados.**
- **Anotación de las acciones de enfermería**

Para nuestro trabajo y en lo referente en el plan de cuidados, nos hemos basado en el **Modelo de adaptación** (Roy, C.1.4.1980) Según Roy la capacidad de la persona para enfrentarse por si misma al entorno favorece su propio bienestar. Es una teoría valiosa para su ejercicio porque especifica objetivos como meta de la actividad y prescribe actividades destinadas a la consecución del objetivo. Enunciamos a continuación los principios en los que se sustenta:

- **La meta de enfermería** es *ayudar al hombre a adaptarse a los cambios que se operan en lo relativo a sus necesidades fisiológicas, al concepto de si mismo a la función de rol y a sus relaciones de interdependencia (modos adaptativos de respuesta), tanto en la salud como en la enfermedad.*
- **El paciente/cliente** es *considerado un sistema adaptativo abierto que interacciona con su entorno, ajustándose a él o ajustándolo a ellos. La persona es un ser biopsicosocial que reacciona como un todo ante los estímulos del entorno cambiante mediante dos mecanismos o subsistemas internos: el regulador (neuroendocrino,...) y el cognocente (emoción,...).*
- **El rol de la Enfermería** *consiste en promover las respuestas adaptativas del individuo mediante la manipulación de los estímulos ambientales, tanto focales (directos), contextuales (indirectos) como residuales. (no verificables)*
- **El origen del problema** *está en afrontar una actividad, por parte del sujeto, que resulta inadecuada para mantener su integridad frente a un déficit o un exceso de necesidades.*
- **El enfoque de la actuación** *se centra sobre las dificultades del paciente/cliente para adaptarse a los estímulos.*
- **La forma de actuación** *consiste en la manipulación de los estímulos.*
- **La consecuencia de la intervención** *es lograr respuestas adaptativas del paciente/cliente a los estímulos*

### --Evaluación--

Como fase final que determina si se han alcanzado los objetivos propuestos en la fase de planificación. Consta de otros tres subapartados.

- **Evaluar la consecución de objetivos.**
- **Evaluar las demás etapas del P.A.E.** para determinar que factores han contribuido al éxito o fracaso del plan de cuidados.
- **Dar por concluidos los cuidados de enfermería** si estos no son ya necesarios, o cambiarlos a fin de incorporar las modificaciones pertinentes.

En relación a la consecución de los objetivos, y para la realización de nuestro trabajo, hemos determinado distintas variables, objetivas y subjetivas.

Las objetivas fácilmente mensurables, como la determinación de hormonas “antiestrés” (catecolaminas, cortisol, A.C.T.H.) realizada previa y tras la intervención.

Para las subjetivas, como el dolor, ansiedad, depresión y satisfacción, difíciles de cuantificar, hemos utilizado distintos instrumentos o escalas de medición.

En el caso de la evaluación del **dolor**, ya comentado anteriormente, hemos utilizado una **Escala Visual Analógica (EVA)**. \*en el posoperatorio inmediato (al ingreso y tras el alta de la URPA.) y el tardío (24 horas post intervención).

En lo que se refiere a la **ansiedad**, podemos describirla como: *“sensación vaga de inseguridad cuyo origen con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo”*, para ello hemos utilizado un instrumento de medida en forma de cuestionario (Escala de ansiedad y depresión en el hospital<sup>8</sup>) al ingreso del paciente, momentos antes de la intervención y 24-48 horas posterior a ella.

Para la determinación del miedo o temor: *“sensación de amenaza relacionada con una fuente identificable que el individuo valida”* no hemos utilizado ninguna escala.

En el caso de la satisfacción del usuario hemos realizado la siguiente pregunta: *¿Cómo le ha resultado la experiencia operatoria en general, en relación a lo que usted esperaba?* Utilizando una escala analógica, a las 48 horas postintervención.

|          |   |
|----------|---|
| MUY BIEN | 3 |
| BIEN     | 2 |
| REGULAR  | 1 |
| MAL      | 0 |

### ESCALA DE SATISFACCIÓN



# Referencias bibliográficas

## Aportación a un estilo de publicación propio

MARIANO RAIGÓN PÉREZ  
A.T.S. H.U.V. MACARENA • SEVILLA

*La forma de expresar conocimientos en nuestro extenso grupo profesional, ha de reunir una serie de características, un estilo cercano siempre al Vancouver<sup>1</sup>, circunstancia que todavía pertenece a un futuro cercano. Una*

*primera descripción, comparativa con las revistas de especialidades médicas de más amplio impacto, referida sólo al estilo de redacción de las referencias o citas bibliográficas; un primer paso para llegar a poseer un estilo propio.*

### Introducción:

La irrupción de la Enfermería en el mundo de la expresión de conocimientos ha sido, si quieren, paulatina, progresiva, lentamente madurada; de tal modo que, hace escasamente diez años, quien tenía necesidad de comunicar sus conocimientos, estaba abocado a buscar medios de financiación personal para afrontar su difusión.

La aparición en escena de revistas colegiales, organización de Congresos de especialistas con su consecuente edición de libros oficiales, etc., puso de manifiesto que lo que quería ser expresado, era plasmado en estos medios de difusión de modo correcto, gracias a las indicaciones que marca cada uno de ellos referentes a normas de publicación, pero todos adolecían de indicación de obligado cumplimiento referidas a *las fuentes* de donde provienen esos conocimientos, para la descripción de esas nuevas técnicas o modificaciones de las mismas.

Hoy por hoy, en las manifestaciones de cualquier ciencia médica, ya sea en forma de artículo, comunicación o ponencia, se hace condición *sine qua non* la descripción de las citas bibliográficas<sup>1</sup>, no de cualquier forma, más o menos anárquica, siguiendo unos criterios no bien definidos, y por tanto sin el más mínimo atisbo de homogeneidad, como solemos hacer nosotros.

Cuando se nos pregunta por *el índice de impacto* (impact index) que tienen nuestras publicaciones, no tenemos más remedio que reconocer que, al menos para los escritores científicos españoles, éste es *igual a cero*. Aunque es bien cierto que los compañeros norteamericanos y británicos, por ejemplo, gozan de un índice siempre mayor que cero, su nivel de conocimientos profesionales, aptitudes, etc., es sensiblemente inferior a los nuestros.

*Por ello, hoy expongo brevemente cuál es mi idea de lo que debe ser la cita o referencia bibliográfica, solamente ése aspecto en el estilo de publicación, sin pretender entrar en conflicto con los editores de las revistas profesionales.*

### Objetivo:

Se detecta en el Enfermero/a o ATS base, que está alejado de los centros de investigación hospitalaria, y que tiene afán de investigación y difusión de sus trabajos, una laguna importante en cuanto a uniformidad y homologación de criterios de publicación: cada revista maneja unos parámetros distintos y distantes de la de al lado, y por supuesto, distintos de la de la provincia o especialidad limítrofe; no digamos cuando su publicación es a nivel internacional. Por tanto, es mi intención comenzar un movimiento de unificación en los criterios de exposición<sup>2</sup>, que sea germen de otras aportaciones que hagan definir un estilo propio y adecuado en la exposición de conocimientos y experiencias.

### Material y método:

No existiendo requisitos, expresamente emana-

científicas españolas de Enfermería, he utilizado el material aportado por tres de las revistas de actualidad científica biomédica que mayor nivel de difusión tiene entre los investigadores, sólo en el apartado de citas bibliográficas: *MEDICINA CLÍNICA* (Ediciones DOYMA S.A.)<sup>3</sup>, *REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS* (GRUPO MASSON, Editorial Garsi, S.A.)<sup>4</sup>, *ANALES DE MEDICINA INTERNA* (ARÁN Ediciones, S.A.)<sup>5</sup>.

El método empleado es el **comparativo simple**; es decir, procediendo a la agrupación de conceptos definitorios por sus semejanzas, paso a describir cuáles serían los que, por nuestra propia idiosincrasia, logran expresarnos de un modo fácil y cómodo.

### Discusión:

Cuando se publica, el uso de citas se debe acreditar, tanto para apoyarse en una idea de otro autor, como para refutarla<sup>6</sup>, es decir, la solidez de la exposición hay que basarla en la experiencia de otro autor que publicó antes<sup>7</sup>.

La normativa existente en la publicación de revistas, corresponde al Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas<sup>2</sup>, aunque éstos admiten ciertas variaciones en la composición de la misma, a instancia de revistas profesionales, de especialidades, colegiales, etc.<sup>8</sup>.

Por lo tanto, paso a desglosar qué puntos considero, como aparece en el documento adjunto, necesitar de general unificación<sup>9</sup>, aunque personalmente presente puntos divergentes con Bobenrieth<sup>9</sup>, que expongo:

- lugar de aparición de las citas:** junto con los editores de Anales de Medicina Interna, considero que ha de ser en hoja aparte, pues es, quizá, la estructura más importante en que se basa la publicación, y porque facilita su consulta cuando se esté procediendo a su estudio.
- numeración de las citas:** coincido con los editores de las tres revistas en que ha de aplicarse el sistema de citación y referencia más común, por ser el más completo, denominado por Bobenrieth<sup>9</sup> **orden de mención**, que consiste en aparecer de modo correlativo, según el orden de aparición en el texto. Es comprensible que esto dificulta enormemente la realización de los trabajos, pero es una condición indispensable en un estilo apropiado.
- forma de numeración de las citas:** Coincidente con Med Clin en que, en el texto han de aparecer en números arábigos, sin estar encerrados entre paréntesis y en números volados o superíndice; en la cita, a la misma altura de la misma, pero ambas con una PICA inferior a la empleada en el texto.
- nombre de los autores:** Para potenciar el uso de nuestro propio idioma y el autóctono de nuestras comunidades autónomas, con sus características propias, y para evitar el uso de neologismos y anglicismos presentes en el idioma dominante que es el inglés, creo que es conveniente utilizar los apellidos paterno y mater-

tras ellos, el nombre completo, ya sea simple o compuesto, evitando diminutivos o abreviaturas, sin intercalar entre él ningún guión o marca; es conveniente el uso de minúsculas, para evitar la sobrecarga visual que supone escribirlos en mayúsculas.

Por fin, el número de autores presentes en las citas es uno de los aspectos más controvertidos en el estilo de cada revista; de hecho, no hay dos revistas que presenten las mismas características en este aspecto.

Creo suficiente el número de seis, y en caso de que fueren 7 ó más, utilizar la fórmula de los 3 primeros más "et al.". Pero el aspecto nuevo que apporto es que no deben ir relacionados por orden alfabético, sino por orden de responsabilidad y carga de trabajo en el estudio correspondiente.

- título del trabajo:** Coincide en las características, relativas a éste punto, de las tres revistas.
- nombre de las revistas:** ídem anterior.
- año de publicación:** ídem anterior.
- número de volumen:** ídem anterior.
- número de páginas:** ídem anterior.
- espaciamento:** no considero imprescindible el uso de doble espacio, por el aspecto de comodidad de lectura, ya que sólo tengo presente la legibilidad real del texto.
- comprobación final de citas:** es presumible que un autor o grupo de investigadores, en aras del buen servicio a los compañeros, compruebe la exactitud de las citas.
- si la cita pertenece a un capítulo de un libro:** encuentro semejanzas de conceptos con An Med Interna, aun cuando creo que es de aplicación lo referido en el apartado ch). Además, las páginas se expresarán con "p.:".
- ha de ser evitado...:** la inclusión como referencias los libros de texto y las actas de reuniones científicas, etc.

*Del mismo modo, he de hacer constar que los rectángulos que aparecen sombreados en el apartado adjunto, pertenecen a lagunas de los propios comités editoriales, en donde no se definen de ninguna manera, y por ello, los he obviado.*

### Referencias bibliográficas:

- |   |  |
|---|--|
| -The Vancouver style. Lancet 1979; 1: p. 428-430.   | -Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Ediciones Doyma S.A., 1993.  |
| -Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a Revistas Médicas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1994; 116 (2): p. 146-159. | -United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Bibliography of Publications Designed to Raise the Standard of Scientific Literature. París: Unesco, 1983.  |
| -Med Clin (Barc) 1997; 109: 441.  | -Bobenrieth Astete, Manuel Alejandro; Burgos Rodríguez, Rafael; Calzas Urrutia, Adriano; et al. Escritura y lectura críticas de artículos científicos. Burgos Rodríguez, Rafael. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 1996: p. 325-400. |
| -Rev Esp Enferm Dig. 1998; 90 (1): XVIII.   |  |
| -An Med Interna (Madrid) 1998; 15: 177.   |  |
| -Cordera A, Bobenrieth M. Administración de Sistemas de Salud. Tomo II. México: Cordera, 1983.  |  |



## Reflexiones de un enfermero suplente

Ramona es una enfermerióloga que quiere montarse un chiringuito, (entiendase por chiringuito el lugar utilizado por practicantes y ATS para desempeñar su profesión liberal). Dicen que va a hacer la licenciatura en Alicante. Ella trabaja en un hospital de tercer nivel, haciendo la suplencia de Felipe, un enfermero que pidió una excedencia pues le había salido un trabajo de contable en extremadura, donde reside su mujer.

Ramona sabe mucho, toma las constantes, cura y pincha como ninguna, tiene en cuenta los aspectos biopsicosociales del cliente, es de las mejores. Felipe, Felipito para algunos pacientes, estuvo 5 años fuera de Barcelona, pero tuvo que volver a ocupar su antiguo puesto de ATS por que se separó de su mujer y en extremadura no había sitio para los dos.

Ramona tiene un huevo de cursos, ¡huy! perdonen mi vocabulario, a veces se me olvida que soy universitario. Mirad, esto funciona de la siguiente forma, si tienes muchos cursos tienes más trabajo, o algo así. Pero un día Ramona tuvo la mala idea de seleccionar los cursos en función de, dos puntos, su precio, los conocimientos que impartían, la calidad de la enseñanza y en función de lo que a ella realmente le gustaba. Claro, ya no hacía 200 cursos por año y perdió 300 puestos en el ranking del hospital. Grave error.

Ello supuso que Felipe, Felipito, no tuviera el gusto de conocer a Ramona cuando se incorporó al trabajo.

*Primer día de trabajo:*

- Sr. Felipe: ¡Jolines! ¡cáspita! Las cosas han cambiado mucho. ¡Que mala suerte! soy menos remunerado en los festivos. Bueno, de hecho eso es lo que me contó Lupita, aunque después de ver por la tele a la Geltru de médico de familia, creo que más bien dijo algo así:

*Primer día de trabajo:*

- Sr. Felipe: ¡Joer! Que putada han cambiado las hojas de enfermería. ¡Lupita! ¿el alta no la hacían los médicos? ¡Cago en la p...! ¿que no cobro los festivos?

Felipe, Felipito, el sr. Felipe, volvió a extremadura, suplicó su antiguo puesto de contable y arregló los problemas con su mujer. Pero su

vacante ya no la pudo ocupar Ramona y ahora la ocupa Josefa.

Ramona se aferró a la iniciativa privada. Sí, hay que arriesgarse, decía Ramona, sólo se necesita, dinero, instalarme y ofrecer mis conocimientos y mi profesión a la sociedad.

El chiringuito no le funcionó muy bien, tiene una farmacia al lado, en el piso de arriba vive Vicenta que ha hecho un cursillo de ATS y sabe pinchar, además no cobra por que dice que no tiene mérito, que lo hace cualquiera y por si fuera poco la gente le hace compañía.

Por supuesto Ramona llamó al colegio y le dijo a Vicenta que se iba a enterar. Dado que en el 3º hay un fisioterapeuta, en el 4º un dietista y en el 5º un podólogo, Ramona decidió ir a una empresa que distribuye a cuidadores por los domicilios donde necesitan a personas que cuiden a ancianos o a personas dadas de alta de hospitales y que su estado de independencia y de autocuidado no se ha recuperado aún y la familia no puede hacerse cargo todo el día.

¡Fantástico! Dijo Ramona, a lo Virginia Henderson, aplicaré los roles de suplencia y los demás que todos sabemos. Voy a dejar el chiringuito por que realmente eso es de practicante, yo soy enfermera, yo no he de curar, eso lo hacen los médicos, yo no he de hacer técnicas, eso lo han de hacer los técnicos, yo he de cuidar, sí, esta es mi función, como me enseñaron en la fuente máxima de conocimientos, la universidad.

Sin dudarle, Ramona se dirigió al jefe de personal de esta empresa y le dijo:

-¡ Jefe! Déme ese puesto.

Y el jefe de personal de esa empresa le dijo:

-¿Cómo? ¿Qué? ¿me lo dice a mi? No, perdone, ¿ha dicho usted enfermera diplomada? Aquí contratamos a enfermeras auxiliares, los pacientes que necesitan enfermeras diplomadas los encontrará usted en el hospital.

Por supuesto en el hospital le esperaban con impaciencia, total, en la bolsa de trabajo sólo hay 2000 enfermeras, suerte que cada año salen entre 100 y 200 diplomados de cada escuela universitaria y por si nosotros no pudieramos con todo el trabajo ya están los técnicos para ayudarnos.



# COMUNICACIÓN VERBAL: ATRÉVETE A HABLAR EN PÚBLICO

• ANTONIA CASTRO •

*Son muchos los profesionales de enfermería que se plantean cada año ante un congreso o jornada su intención de preparar un trabajo científico.*

*Bien, el contenido de este artículo va dirigido a esos profesionales que por vergüenza, timidez y miedo a hacer el ridículo creen que no son capaces de exponer un trabajo en público.*

*Según Vallejo Nájera hay que tener presente que todos, hasta el más experto orador, se siente nervioso y preocupado minutos previos, o al inicio de su oratoria, esa tensión nerviosa provoca la secreción de adrenalina, que estimula y tonifica por igual las funciones del cuerpo y la mente.*

*La tensión convertida en estímulo puede convertirse en aliada, si sabemos canalizarla. De lo contrario, corremos el riesgo de que los nervios nos traicionen. La ansiedad junto con la exigencia de pretender hacerlo perfecto, condicionan nuestra forma de exponer y aumentar considerablemente las posibilidades de error.*



## REPETIR, REPETIR

Sin lugar a duda, todos somos capaces de salir airoso de una Comunicación Oral, si previamente ha habido un entrenamiento adecuado.

Para perder el miedo hay que repetir, repetir, y repetir hasta que este desaparezca (Goethe). Teniendo en cuenta que existe una disposición natural que hace que unas personas les resulte más fácil que a otras hablar en público, ésta es una habilidad que se puede cultivar.

Existen numerosas técnicas con las que podemos ejercitar nuestras habilidades para hablar en público entre las que destacan:

- **A solas**, imaginándote que tienes delante a un auditorio pendiente de tus movimientos, palabras y gestos. Inicia los ensayos con los medios audiovisuales que vayas a utilizar, diapositivas, transparencias, vídeo, etc.
- **Ante el espejo**, ahí analizarás los gestos y tu expresión facial. Este ejercicio permite perfeccionar la expresividad.
- **Grábate**, en uno de los ensayos utiliza una grabadora y podrás comprobar los matices de tu voz, la entonación y la vocalización.
- **Con público**, una vez has utilizado todas las técnicas anteriores, hazlo con tu familia, o con tus compañeros de trabajo, ésta es una prueba importante, pues ellos podrán ser tus críticos y tú podrás comprobar si estás aprendiendo a controlar y canalizar bien tus miedos y angustias.

## EVITA LEER

Todos preferimos escuchar a alguien que habla antes que a alguien que lee.

Llevar escrito el trabajo completo resulta más tranquilizador sobre todo para los principiantes. Pero en realidad es más difícil leer bien que hablar en público. Si lees, existe el riesgo de quedarte con los ojos fijos en las páginas, y no levantar la mirada hacia los oyentes. Y el que no mira, no comunica.

Para leer, mantener el contacto visual con el auditorio y tener una buena entonación es necesario actuar y desenvolverte con naturalidad. Intenta siempre ser tu mismo, y mantener tu identidad, sin forzar, ni pretender aparentar.

Evita que tu trabajo vaya acompañado de excesivas estadísticas y cifras, aderézalo con anécdotas, citas y otros apoyos, intentar ser capaz de captar y mantener la atención de los oyentes y evitar que la exposición sea aburrida y monótona.



## LA PUESTA EN ESCENA

- Una vez que inicies la exposición de tu trabajo, lo más probable es que los nervios desaparezcan, o al menos se reduzcan. Es el momento de máxima concentración, recuerda siempre que los nervios son internos y que el auditorio no tiene porqué saber que existen; Un público experimentado puede captar los nervios en la voz temblorosa y en la boca seca.
- No mantengas nunca la vista en el suelo, en el techo, o en los papeles, mira al público a la cara. Si fijamos los ojos en las personas que nos escuchan éstas se concentrarán en nuestras palabras, no en nuestros posibles errores.
- Debemos evitar cualquier movimiento o tic que delate nuestro estado de ánimo.
- Evitaremos la repetición innecesaria de palabras.
- Es importante adoptar la postura que te resulte más cómoda en cada momento y cambiarla con naturalidad. Si estás sentado varía tu posición, siempre que no dé la sensación de que te revuelves en la silla. Si estás de pie, tener una pierna más avanzada que la otra favorecerá la emisión de la voz.
- Puedes tomar un tranquilizante suave, siempre que hayas comprobado previamente cuáles son sus efectos.
- Terminar en el plazo previsto por la organización del congreso evitando de esta forma que el moderador, te interrumpa, y esto provoque una falta de concentración.
- No hables deprisa, procura pronunciar con nitidez y vocalizar bien.
- Haz las pausas necesarias, para marcar las frases que tú creas convenientes.
- Varía el volumen y el tono de tu voz para evitar la monotonía, evitando que el volumen no se reduzca al final de las frases.

### BIBLIOGRAFÍA

- Aprender a hablar en público hoy. Vallejo-Nájera, Juan Ant°. Edit. Planeta.
- Técnicas básicas para hablar en público. Stuart, C. Ediciones Deusto.

*Hasta siempre*

Este año, y en el transcurso de nuestro XII Congreso anual, dejo la Presidencia de ASEEDAR-TD. Tengo que confesar que mi vinculación con la Asociación se inició hace 7 años como Asociada y hace 5 años como Presidenta de la misma, de una forma casi accidental, pues un grupo de profesionales de mi hospital decidimos organizar el 8º Congreso de ASEEDAR-TD en Barcelona. Ese mismo año la Junta Directiva de aquellos momentos dimitía, viendo peligrar nuestro proyecto, si no se renovaba dicha junta, decidimos presentar nuestra Candidatura durante el transcurso del 7º Congreso de ASEEDAR-TD en Sevilla.

A partir de entonces y después de conoceros más de cerca, mi entusiasmo por la Asociación fue creciendo, a la vez que crecía la responsabilidad. Tenía claro que debía responder a las expectativas que vosotros, miembros de la Asociación, habíais depositado en mi, hasta tal punto que el trabajo de la Asociación se incorporó en mi vida como una actividad profesional más.

Me voy con la satisfacción de haber aportado ese granito de arena necesario para el buen funcionamiento de la Asociación y para nuestro reconocimiento como profesionales especialistas. Nuestro objetivo está cerca, pero aún está por cumplir. El camino, aunque no fácil, lo he recorrido con gente maravillosa que me ha alentado y ayudado en los momentos más difíciles.

Mi tarea a partir de ahora dentro de la Asociación será la de Coordinadora, ocupándome junto con la nueva junta de los preparativos del Congreso Mundial y como no y dada mi relación con los organismos competentes, con el objetivo prioritario de ASEEDAR-TD.: nuestra especialidad. Gracias por vuestro apoyo y HASTA SIEMPRE.

*Antonio*

## II JORNADAS DE ENFERMERÍA ANDALUZA-EXTREMEÑA DE ANESTESIA-REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR



*Nuestros compañeros de Almería*

Los días 13, 14 y 5 de noviembre de 1997 se celebraron en el auditorio Maestro Padilla de Almería las IIª Jornadas de Enfermería en Anestesia-Reanimación y Tratamiento del Dolor, conjuntamente con la XLIIª reunión de la Asociación Andaluza-Extremeña de Anestesiología-Reanimación y la IIª reunión de Asociación Andaluza de Cuidados Paliativos.

ASEEDAR-TD quiere dar las gracias al Comité Organizador por su invitación y muy en especial al Profesor López Timoneda (presidente de la SEDAR) por el reconocimiento público que hizo de la Enfermería en su discurso inaugural, como miembro activo de un equipo multidisciplinar.

Hay que destacar el alto nivel de los trabajos expuestos por los distintos profesionales.

ASEEDAR-TD quiso premiar la labor de Enfermería otorgando 2 premios, uno a

la mejor comunicación y otro, al mejor poster.

Las Jornadas concluyeron con una Mesa redonda, en la que se analizó la figura de la enfermera de anestesia, su evolución, funciones y futuro.

Poco a poco, y con una mayor frecuencia, los enfermeros/as que trabajamos en las áreas de Anestesia-Reanimación y Tratamiento del Dolor, comunicamos nuestras inquietudes y el hacer cotidiano, organizando y participando en reuniones, jornadas y congresos, así como en publicaciones científicas, para que ese reconocimiento laboral y académico por parte de los Organismos gubernamentales sea una realidad.

Os emplazamos para las próximas en Granada en noviembre de 1998.

• A. Rodríguez

### III JORNADAS DE ENFERMERÍA DE ANESTESIA EN HOSPITALES COMARCALES Olot (Gerona) • 21-22 de Noviembre de 1997

En esta 3ª edición podemos decir con orgullo que Enfermería de Anestesia de los Hospitales Comarcales responde y se identifica con lo que en definitiva se pretende: mejorar y progresar en el reconocimiento de que Anestesiología-Reanimación tenga, cada vez más, entidad propia dentro del colectivo de enfermería.

La peculiaridad profesional y laboral que tienen en común los Hospitales Comarcales, hace que los profesionales de enfermería estén más capacitados para afrontar situaciones difíciles y diferentes a lo largo de su quehacer diario; nuestra respuesta es franca, queremos mejorar la calidad de cuidados, elevando el nivel de conocimientos teóricos y prácticos en nuestro ámbito de trabajo.

Nuestra mejor credencial: estar preparados.

El objetivo se cumplió con un éxito de asistencia y un elevado nivel de contenido en los trabajos presentados durante las mismas. Nuestra enhorabuena a nuestras compañeras Lluïsa Privat e Irene Boix por la excelente organización

• A. Castro

# REUNIÓN DE

El pasado día 2 de Junio fuimos convocadas por el Colegio Oficial de D.E. de Barcelona a una cena reunión con las diferentes Asociaciones Nacionales y Catalanas con sede en Barcelona, siendo ésta la 4ª reunión que se realiza en los últimos 3 años.

En ella estuvimos presentes las siguientes Asociaciones:

Asociación de Enfermería en Patología Digestiva, Sociedad Española de Neurología, Asociación de Enfermería del Hospital de San Camilo, Asociación Catalana de Directivos de Escuelas de Enfermería, Asociación de ex-alumnos de Santa Madrona, Asociación de Enfermería Catalana, Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, Asociación Nacional de Enfermería de En-

doscopia Digestiva, Asociación Española de Cardiología, Asociación de Enfermería Radiológica, Asociación de Enfermería Quirúrgica, Asociación Catalana de Control de Infección, Asociación Española de Diagnósticos de Enfermería, Asociación de Enfermería Geriátrica, Asociación Española de Enfermería Clínica, Asociación Catalana de Enfermería de Atención Primaria, Asociación Catalana de Enfermería Neofrológica y ASEEDAR-TD.

Aunque dentro de un marco informal quedó patente por parte de las Asociaciones la necesidad de fo-



mentar este tipo de encuentros de forma periódica, para cooperar conjuntamente, establecer relaciones de trabajo, plantear estrategias comunes y en definitiva aunar esfuerzos para conseguir como objetivo prioritario mejorar nuestra profesión en las di-

ferentes áreas de trabajo y conocimiento.

Desde aquí ASEEDAR-TD propone una jornada estatal de Asociaciones Científicas donde podamos poner en marcha todo lo citado anteriormente. *• A. Castro*



HOSPITAL GENERAL  
DE TERUEL

## 1er curso para Enfermería de Anestesia-Reanimación: cuidados y atención integral del paciente

Del 11 al 30 de enero de 1999

Duración: 45 horas

Plazas limitadas a 120 asistentes

**Organiza:** Servicio de Anestesiología-Reanimación del Hospital Obispo polanco de Teruel

**Información:** 978 621 150 (ext. 1738) mañanas

### AGRADECIMIENTOS

Queremos de nuevo agradecer las colaboraciones que año tras año hacen posible la realización de esta revista a:

Mª Jose Martínez la Peña Presidenta del Colegio de D.I. de Barcelona.

Y a las empresas:

Alaris, Allegiance, Braun y Palex.

A todos gracias por vuestra fidelidad.

### FÉ DE ERRATAS DEL N° ANTERIOR

El Hospital de la Candelaria se encuentra en Santa Cruz de Tenerife.

-El trabajo Grado de Satisfacción entre diversos equipos de enfermería fue realizado por el equipo de enfermería del Servicio de Reanimación del Hospital Virgen de la Vega de Salamanca.

● La bibliografía de los trabajos publicados, se encuentra disponible en los archivos de

## NUESTRO PRÓXIMO ENCUENTRO

**XIII CONGRESO NACIONAL  
DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA - REANIMACIÓN  
Y TERAPIA DEL DOLOR**

**GRANADA • OCTUBRE 1999**

*¡te esperamos!*



# XI Congreso

El XI Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor se celebró en Cádiz los días 15, 16 y 17 de Octubre de 1997.

Dicho evento obtuvo el Reconocimiento de Interés Científico Sanitario, otorgado por la consejería de Salud y del Servicio Andaluz de la Salud. Tuvo lugar en el Palacio de Congresos de la ciudad y aunque la incidencia de participantes no fue la esperada, sí lo fue el nivel científico obtenido.

Los planteamientos científicos fueron serios y reflejaron las necesidades de los pacientes y de la sociedad, así como las inquietudes de los profesionales. Se buscaron temas candentes: necesidad de una base conceptual y filosófica para aplicar cuidados de calidad, el impacto ambiental en el paciente postquirúrgico, el Enfermero Anestesiista en el resto del mundo, el caos del dolor en la relación atención especializada-atención primaria, necesidad de comprender la importancia de eliminar el dolor postoperatorio y su repercusión en los cuidados, y finalmente la reanimación desde la visión de "una y para todos".

A las ponencias se sumaron trabajos de muy alto nivel, y pósters que hicieron deliberar hasta altas horas de la noche al Comité Científico.

Como en años anteriores, se realizó una mesa debate sobre "Necesidad de las Especialidades. Trabajar con más calidad" con la participación de:

- D. Fernando Neira Reina. Anestesiólogo, Miembro de AAEAR-TD (vocal por Andalucía y Extremadura). Hospital de Puerto Real. Cádiz.

- Dña. Antonia López Sánchez. Enfermera. Directora de Enfermería del H. Clínico Universitario de Puerto Real. Cádiz

- Dña. Miriam Ovalle Bernal. Enfermera. Presidenta del Comité Asesor de Especialidades para Enfermería del Ministerio de Sanidad. Madrid.

- D. Julio de la Torre Fernández Trujillo. Enfermero. Director de la Escuela de Enfermería del Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

- Dña. Gladys Vélez. Profesora de la Facultad de Enfermería de San Juan de Puerto Rico EE.UU.

- Y Dña. Antonia Castro Pérez, como moderadora.



Durante el mismo Día. Miriam Ovalle destacó la importancia del desarrollo de nuestra especialidad, asimismo nos confirmó que actualmente se está desarrollando el estudio de la misma, dicho proceso tardará un mínimo de dos años para su aprobación por parte de los organismos competentes.

El Dr Fernando Neyra subrayó entre otras cosas la necesidad de reconocer como especialistas a los profesionales que trabajan en dicha área, por su labor y preparación puesto que está demostrado en la calidad y eficacia de sus cuidados.

A continuación Dña Antonia López se sumó a la necesidad del desarrollo y puesta en marcha de todas las especialidades de enfermería.

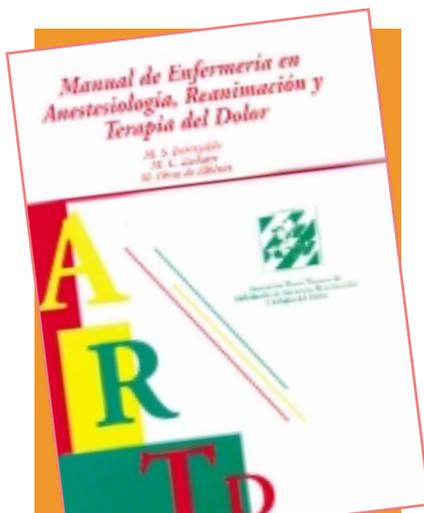
D. Julio de la Torre, además de defender y dar su apoyo total a las especialidades manifestó la necesidad de incorporar la Licenciatura y el Doctorado a nuestros estudios universitarios

Por nuestra parte quedó patente que la enfermería de Anestesia Reanimación y Terapia del Dolor no sólo ha aumentado su dotación en estas áreas por el aumento de camas y necesidades del usuario, sino que está presente en las calles con las unidades Móviles con mayor demanda día a día. Nuestra intención trabajar con eficacia, y eso no se logra sin una preparación y reconocimiento.

Como en años anteriores la cena de gala, donde se celebró el acto de clausura y la entrega de premios, puso el broche final a nuestro congreso.

Agradecemos al Comité Organizador el esfuerzo realizado para que todo se desarrollara con éxito

• V.Dato / A. Rodríguez



Durante el Congreso se presentó este manual realizado por nuestras compañeras/os de la Asociación Vasco-Navarra. ¡Zorionak!

Teléfono pedidos:  
**945 227 869**

Precio por ejemplar:  
4.000 ptas. no asociados  
2.000 ptas. asociados

## ADIOS A UN AMIGO

Desde estas páginas queremos darle el último adiós a nuestro querido gran amigo y colaborador de esta revista, **Jaume Barrufet**, delegado Comercial en Barcelona de la empresa Alaris (antes IVAC), fallecido en accidente de tráfico el pasado 30 de agosto. Lamentamos profundamente ésta gran pérdida y nos unimos al dolor de familiares, compañeros y amigos.



# REUNIÓN DE DELEGADOS DEL IFNA



Durante los días 24 y 25 de mayo del presente año, tuvo lugar en RAPERWILL (Suiza) la reunión de delegados de los países miembros de la Federación Internacional de Enfermería de Anestesia (IFNA).

En un marco idílico, puesto que la reunión se celebró en un castillo medieval, junto a uno de los numerosos lagos que embellecen la geografía suiza, estuvimos presentes delegados de EEUU, Suiza, Holanda, República Checa, Suecia, Eslovenia, España, Austria, República Democrática del Congo, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Ghana y Gran Bretaña.

Durante la misma, todos presentamos nuestros respectivos informes, destacando los presentados por los delegados de la Rep. Checa y Rep. Democ. Del Congo, países que tras los conflictos bélicos que han sufrido, han quedado en una situación de crisis económica que hace muy difícil la labor de los profesionales sanitarios, ante la falta de recursos y la situación de pobreza límite que sufre la población. Gran Bretaña presentó un programa de estudios de la especialidad.

El Comité de Educación del IFNA nos ha enviado el programa educacional de las enfermeras anestesisistas de Francia, así mismo nos ofreció su ayuda para la elaboración de nuestro programa, dado que no existe en ningún otro país del mundo un programa similar al nuestro, donde la especialidad de Enfermera de Cuidados Especiales engloba a varias especialidades.

Otro de los puntos fue la presentación de Candidaturas para el 8º Congreso Mundial del IFNA, para el año 2004 ó 2006. Fueron presentadas junto con la nuestra, la de Suiza y Holanda.

Tengo que señalar la buena acogida que tuvo España y en concreto Barcelona como futura sede del 8º Congreso Mundial.

Ahora sólo queda esperar la decisión del Comité de Planificación de Congresos del IFNA, que próximamente visitará Barcelona, el Palacio de Congresos, estructura hotelera, etc. y comprobar que la ciudad está preparada para acoger este tipo de eventos.

Los próximos congresos mundiales tendrán lugar en Chicago en el año 2000 y Helsinki en el 2002. **• A. Castro**

## El Ministerio de Sanidad apoya nuestra candidatura para el Congreso Mundial



Además del apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo, también nos han comunicado su adhesión para dar soporte a nuestra candidatura las siguientes organizaciones:

- Consejería de Sanidad y Consumo de la Generalitat de Catalunya
- Ayuntamiento de Barcelona
- Consejo General de Enfermería
- Colegio Oficial de Diplomados de Enfermería de Barcelona
- Sociedad Catalana de Anestesia
- Asociación Andaluza-Extremeña de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor
- Servicio de Anestesiología y Reanimación de la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge

**A.S.E.C.V.A.R.**



## VI JORNADAS



Los días 12 y 13 del pasado mes de Junio se celebraron en Peñíscola las VI Jornadas de Enfermería de la Comunidad Valenciana en Anestesia-Reanimación, Terapia del Dolor y SAMU y cuya sede fue el Hotel Papa Luna.

Las Jornadas fueron inauguradas por el Ilmo. Sr. Alcalde de Peñíscola D. Constantino Simó Martínez, y fueron clausuradas por el Presidente de CECO-VA, D. Juan Figueres Fernández.

También estuvieron presentes en el Acto inaugural: D. Marcial López López, Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Castellón, Dña. Antonia Castro Pérez, Presidenta de ASEEDAR-TD, y Dña. M<sup>a</sup> Victoria Dato Muelas, Presidenta de ASECVAR.

Una vez más se demostró un alto nivel en las Ponencias y Comunicaciones expuestas, y los temas principales a tratar fueron:

- El destete en los postoperados
- Últimos avances en perfusión continua de fármacos en anestesia.
- Valoración del Dolor.

La Mesa Debate despertó mucho interés sobre los asistentes. El tema fue Responsabilidad Civil y Penal del personal de enfermería, y estuvo formada por: Dr. D. Miguel Vila, Jefe del Servicio de Anestesia-Reanimación del Hospital General de Castellón, Dra. Dña. Marina Gisbert, Profesora titular de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Valencia y Médico Forense en excedencia, Dña. M<sup>a</sup> José de la Asunción, Licenciada en Derecho, y Dña. M<sup>a</sup> Victoria Angel, Enfermera jefe del S.A.U. del Hospital Universitario La Fe de Valencia.

A la clausura de las Jornadas también asistió el Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia D. Juanjo Tirado Darder, quien dedicó unas palabras a los asistentes.

**• V. Dato**