

“I Curso para enfermería en anestesiología y reanimación: Atención y cuidados integrales del paciente”

Como estaba previsto, el día 11 de enero de 1999 se inició, en el Hospital General de Teruel “Obispo Polanco”, el “I CURSO PARA ENFERMERÍA EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN: ATENCIÓN Y CUIDADOS INTEGRALES DEL PACIENTE”.

Fue organizado por el Servicio de Anestesiología y Reanimación de dicho Hospital con una duración de 45 horas. La inauguración fue presidida por el Director Médico Dr. D. J. Castiella, Dr. D. J. Prats, Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación, Dra. Dña. A. Nuel, Jefe Sección del Servicio de Anestesiología y Reanimación, Dña. M. Ferrández Directora de Enfermería y por el Dr. D. G. Ramos, F.E.A. del Servicio de Anestesiología y Reanimación, director y organizador del curso. Todos ellos tuvieron unas palabras de agradecimiento a los asistentes, haciendo especial hincapié, el Dr. Prats, en la figura de la Enfermería de Anestesiología y Reanimación.

Se realizaron 130 inscripciones, de las cuales 26 correspondieron a estudiantes de enfermería de 2º y 3º año. Las clases se distribuyeron a lo largo de los meses de enero y febrero, durante tres horas, dos días alternos a la semana, siendo el profesorado del Servicio de Anestesiología y Reanimación y del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital General de Teruel “Obispo Polanco”, con la colaboración de personal de enfermería del Hospital Clínico Universitario y del Hospital Príncipe de España de Barcelona. El temario del curso fue el siguiente:

- FISIOLÓGICA APLICADA A LA ANESTESIOLOGÍA. PRINCIPIOS DE MONITORIZACIÓN.
- CUIDADOS Y ORGANIZACIÓN EN ENFERMERÍA
- EVALUACIÓN PREOPERATORIA
- MONITORIZACIÓN
- GENERALIDADES

- FARMACOLOGÍA
- ANESTESIA EN SITUACIONES ESPECIALES
- POSTOPERATORIO

La clausura fue el día 2 de marzo a cargo del Director Gerente del Hospital General de Teruel “Obispo Polanco” Dr. D. J. Domenech. A continuación se ofreció un vino español a todos los asistentes al curso y se procedió a la entrega del libro del curso.

Deseamos agradecer especialmente a las siguientes entidades su ayuda, sin la cual no podríamos haber editado este libro:

Asociación Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor (ASEEDAR-TD).

- Caja de Ahorros de la Inmaculada, Teruel.
- Caja Rural de Teruel.
- Laboratorios Abbott.
- Laboratorios MBA.
- Datex-Engstrom-Ohmeda.



Igualmente agradecer la colaboración prestada para la realización de este curso a:

- Excmo. Ayuntamiento de Teruel.
- Centro de Estudios Turolenses.
- Colegio Oficial de A.T.S/D.U.E. de Teruel.
- Comisión de Docencia y Formación Continuada del Hospital General de Teruel “Obispo Polanco”.
- Hospital General de Teruel “Obispo Polanco”.



- Ibercaja.
- Diputación Provincial de Teruel.
- A todos los profesores y ponentes, sin los cuales no hubiésemos podido organizar este curso.
- A las secretarías: Srtas. Lola, Rosa y Mª José que de una manera altruista nos han ayudado en la elaboración de las inscripciones y en la elaboración de las diapositivas.

Vaya desde aquí mi agradecimiento a todas las personas que de alguna manera han participado y han hecho posible la realización de este curso, en especial a nuestros anestesiólogos y demás compañeros, unos impartiendo las clases y otros trabajando en la sombra.

Haré una mención especial para el director del curso el Dr. G. Ramos, que ha llevado todo el peso aguantando

todo tipo de inconvenientes que la preparación de un curso lleva consigo, pero que gracias a su entusiasmo y tenacidad ha logrado que éste sea un éxito.

Recordaros que el libro del curso lo teneis a vuestra disposición, dirigiendos a ASEEDAR-TD o al Servicio de Anestesiología de nuestro Hospital.

Dña T. Plumed
Vocal ASEEDAR-TD por Aragón.



“Pequeña historia de una gran historia”

❖ BEATRIZ ARGÜELLO AGUNDEZ *

INTRODUCCIÓN

Haciendo una revisión de la literatura de nuestra profesión tenemos conocimiento de la dedicación del personal de enfermería en el trabajo y apoyo a la Anestesia-Reanimación, desde tiempos remotos.

Como consecuencia de la creciente sofisticación de la cirugía a principios de los años 1900 surge la figura de la enfermera anestésista.

El desarrollo de las primeras especialidades de enfermería empezó a finales del S. XIX y principios del XX: la enfermera partera y la enfermera anestésista.

Aunque al principio las enfermeras anestésistas eran formadas y supervisadas por el médico, el desarrollo de la especialización autónoma en la enfermería no fue bien recibido por éstos.

Las primeras enfermeras especialistas fueron seleccionadas de entre un grupo idóneo de enfermeras preparadas con el fin de satisfacer exigencias y necesidades sociales muy específicas. Ya no resultaba seguro ni satisfactorio tener estudiantes de medicina o ayudantes sin preparación para administrar anestésicos, por lo que se hacía necesario formar a las enfermeras en la práctica anestésica.

OBJETIVO:

Demostrar desde una perspectiva histórica el papel primordial de la enfermera especialista en Anestesia.

REFERENCIAS DOCUMENTALES DE LA ENFERMERA ANESTESISTA Y REANIMADORA

Los hermanos Mayo, de Rochester, fueron los primeros en emplear enfermeras anestésistas en su práctica quirúrgica hacia el año 1900.

En España, tenemos datos iconográficos y escritos, aportados por el “Manual de la Enfermera”, de M. USAN-DIZAGA en el año 1938.

En este documento, está sobradamente demostrada la capacitación, experiencia y responsabilidad de la en-

fermera especialista en la práctica anestésica.

Era frecuente emplear la técnica de anestesia inhalatoria, utilizando el éter sulfúrico tanto en sistema abierto con mascarilla de Simmelbusch y con el aparato de Ombredánne.

El uso del cloroformo y del cloruro de etilo era menos frecuente.

Los conocimientos de reanimación que tenía la enfermera, eran lo suficientemente claros como para saber detectar los accidentes que se producían durante la anestesia, a saber: El Síncope Cardíaco y El Síncope Respiratorio.

Otra técnica de respiración artificial utilizada era la de Sylvestre.

Durante la II Guerra Mundial el éxito demostrado en las Salas de Reanimación en el frente, se tradujo en la creación de Unidades Especiales para el cuidado de los pacientes. Se establecen estas Salas de Postanestesia y Recuperación para prevenir las complicaciones del postoperatorio.

Concluida la guerra, cirujanos y anestésistas, se esforzaron para conseguir que los civiles disfrutaran de un tipo de cuidados postanestésicos similares.

En Europa, a finales del siglo pasado existían ya las llamadas “Salles de Réveil” en Francia y las “Recovery Room” en Inglaterra. Se definían como habitaciones especiales situadas próximas a los quirófanos, donde se trasladaban a los enfermos postoperados hasta que se despertaban de la anestesia.

En USA en el año 1960, todos los hospitales contaban con áreas especiales generalmente adyacentes a los quirófanos destinados a la fase de recuperación postanestésica inmediata de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico.

Inicialmente la SRPA no contaba con un director médico, sino que era llevada por el equipo de enfermería. La enfermera recurría al cirujano o al anestésista cuando lo consideraba oportuno.

Desde 1968, en USA existían enfermeras de anestesia con certificado de especialización. Habían nacido las CRNA.

Por cada dos enfermeras especialistas había un médico anestesiólogo.



En 1991 el número de anestesiólogos igualó y empezó a superar al de las CRNA (unas 21.000 por 25.000 anestesiólogos).

La lucha más clara tuvo lugar contra la oposición procedente de grupos de especialidades particulares dentro de la medicina y contra las barreras legales a estas prácticas de las CRNA.

Estos conflictos han dado como resultado la infrautilización y el uso inapropiado de estas enfermeras especializadas y altamente cualificadas.

El debate y la ambivalencia en lo relativo a su papel siguen confundiendo al público.

Desde la aparición de las especialidades, finales del siglo XIX, principios del XX, las enfermeras han intentado desesperadamente defender su área de competencia y en definitiva su área de libertad, sin querer usurpar terrenos de otros profesionales.

Hoy como ayer, necesitan las enfermeras definir y controlar su práctica de enfermería. El reto actual que tiene la enfermería es la concienciación de que es preciso mejorar la calidad de la asistencia al paciente y la aplicación de unos cuidados basados en procedimientos standardizados para el Pre, Per y Postoperatorio.

Los responsables de los cuidados, debemos realizar nuestras intervenciones dirigidas exclusivamente al servicio de los pacientes.

Por ello, es necesario realizar un análisis minucioso sobre tareas y actuaciones del profesional para potenciar las verdaderas funciones independientes que van dirigidas a incrementar el bienestar, la salud e información a nuestros pacientes, que están basadas en protocolos de actuación para dar cobertura a las principales necesidades afectadas, en nuestro caso, en los pacientes del Área de Anestesia y Recuperación postanestésica.

CONCLUSIONES

- La enfermera de antaño, como la de hoy, ha sido y es reconocida y respetada por el paciente y su entorno familiar.
- La enfermera de hoy en los cometidos de Anestesia, es un profesional con buena formación pero necesita valores y principios básicos comunes de un grupo de profesional para superar los tiempos difíciles.
- Dado que tanto la inducción como la recuperación inmediata de la anestesia, son los tiempos más dinámicos, críticos y vulnerables a todo tipo de resultados adversos, debemos dar al paciente un alto estándar de calidad en sus cuidados en la URPA.
- La regulación de nuestra especialidad es importante en la sociedad para salvaguardar la calidad de profesión en el futuro.
- Estimular la formación de la enfermera para que ésta se sienta miembro de la especialidad de anestesia con valores y metas que la identifiquen como tal especialista.

BIBLIOGRAFÍA

1. RONALD D. MILLER. ANESTESIA. 4a Edic., Volumen I, pág. 3.
2. RONALD D. MILLER. ANESTESIA. 4a edic., Volumen II. Pág. 2.245.
3. M. USANDIZAGA Y COL. G. ARCE, J. LAMETAS Y J. PUYAL. "Manual de la Enfermera", editado por Aldus S.A., en 1938 (2a edición). Capítulo XIII.
4. "Revista de Anestesiología", N°1, Vol." Cap. LA URPA.

* ENFERMERA U.R.P.A. DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID



4es Jornades d'infermeria en anestèsia als Hospitals comarcals

❖ M. DOLORS CASACUBERTA GELIS * MAITE MATIAS MATEOS **

Celebradas en Granollers el día 7 de noviembre de 1998.

Organizadas por la Dirección de Enfermería del Hospital General de Granollers.

Esta jornada ha permitido debatir y profundizar sobre la aportación de enfermería como miembro del equipo asistencial en el proceso quirúrgico.

Se ha manifestado la importancia de la formación específica del profesional de enfermería en anestesia y reanimación, para dar una atención de calidad hacia el enfermo sometido a una intervención quirúrgica.

También, se puso de manifiesto la necesidad de disponer de protocolos consensuados entre los profesionales y la institución que regularicen la reutilización del material así como el mantenimiento y la asepsia de todo el aparataje y utillaje propio de anestesia.

Por último, se ha evidenciado que la aportación específica de la enfermera en anestesia en el proceso quirúrgico se basa en un plan de curas indi-

dualizado, centrado en las necesidades del enfermo.

Ha quedado demostrado, durante la jornada, que las enfermeras "*quero-mos, podemos y sabemos afrontar los nuevos retos que se nos plantean en las organizaciones hospitalarias para poder conseguir una atención sanitaria basada en el principio de la calidad total: el cliente como elemento clave de la organización*".

* DIRECTORA D'INFERMERIA
** COORDINADORA DE LA JORNADA



Primeras Jornadas Baleares de Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor

El pasado 22 de mayo del año en curso se celebraron las Primeras jornadas Baleares de Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor, que organizó ASEEDAR-TD junto con un grupo de profesionales de Palma de Mallorca y nuestra vocal en estas islas.

Los presidentes de las mismas fueron Yolanda March y Rafael Serra y la asistencia fue del 100%.

Colaboraron en las ponencias médicos anestesiólogos y compañeros de Enfermería, incluida nuestra coordinadora que nos expuso la trayectoria de la elaboración de nuestra especialidad.

Fue un rotundo éxito y se aumentó notablemente el número de socios en dichas islas. Esperamos que el año que viene se celebren las segundas Jornadas. Ánimo.





Entrenamiento a enfermeras en las habilidades de autocontrol y comunicación relativas a la información sobre el paciente grave

❖ LUISA GARCÍA DE LUCIO^a, MARÍA D. CAMAÑO VAZ^b, BLANCA MAS HESSE^c, MARÍA T. MARÍN LÓPEZ^d, FERNANDO J. GARCÍA LÓPEZ^a

INTRODUCCIÓN

El personal sanitario a menudo se enfrenta con el sufrimiento y con la muerte. Las enfermeras, aunque han sido formadas para prevenir, cuidar y aliviar el dolor, muchas veces no son capaces de abordar la muerte y el dolor como componentes de la vida (1,2). La enfermera se encuentra con frecuencia ante la necesidad de informar a los familiares (3,4). La comunicación con la familia es inherente a los cuidados enfermeros, encuadrados en el modelo de atención integral (5). El contacto con los familiares condiciona los cuidados y la relación personal entre la enfermera y el paciente (6,7). Situaciones como el agravamiento o la muerte de un enfermo y el tener que recibir o preparar a la familia para comunicarles la noticia suelen generar respuestas de ansiedad (8,9) y facilitar conductas de evitación, que son percibidas por los pacientes como rechazo (3). Estas situaciones pueden contribuir a la desmotivación existente en la profesión de enfermería, que constituye un problema muy frecuente (10).

La demanda de información por parte de la familia sobre el enfermo grave es un momento duro para la enfermera. Requiere habilidades de autocontrol y de comunicación, habilidades entendidas como aquellas conductas que en una situación determinada producen resultados positivos a corto y largo plazo para la persona y el otro y simultáneamente minimizan los resultados negativos. El dominio por la enfermera de dichas habilidades (11) podría facilitar su apoyo a la familia, la comprensión de su dolor y a sobrellevar los primeros momentos de estas situaciones tan dolorosas. Además, la enfermera se sentiría más satisfecha, personal y profesionalmente.

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es evaluar si un entrenamiento en algunas habilidades de comunicación y autocontrol mejora el dominio por la enfermera de los recursos necesarios para una buena comunicación con los familiares del paciente grave.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario "Clínica Puerta de Hierro", de Madrid, hospital de 500 camas del Sistema Nacional de Salud, desde febrero hasta octubre de 1996. Se invitó a participar públicamente al personal de enfermería (enfermeras y auxiliares) de todo el hospital que aceptaran recibir el curso de habilidades de comunicación, tomar parte en el estudio y someterse a su evaluación. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica. Inicialmente, un total de 91 personas manifestaron su interés y fueron distribuidas aleatoriamente en los dos grupos del estudio. De ellas, 55 personas decidieron participar finalmente. Uno de los grupos recibió la intervención de modo inmediato (grupo experimental) y el otro la recibió de modo diferido, seis meses después (grupo control). Las mediciones se efectuaron simultáneamente en ambos grupos al comienzo del estudio y al término de la intervención llevada a cabo en el grupo experimental, antes de que el grupo control recibiera la intervención.

La distribución de los participantes entre los grupos experimental y control se hizo de modo aleatorio, con estratificación por área de trabajo (Reanimación Quirúrgica, Cuidados Intensivos, Unidad Coronaria, Hospitalización General) y categoría profesional. La lista de aleatorización se efectuó mediante un sistema de números pseudoaleatorios generado por ordenador. La asignación fue independiente, oculta para los investigadores en contacto con los participantes.

La intervención consistió en un entrenamiento en autocontrol emocional con técnicas de relajación muscular progresiva y de reestructuración cognitiva, y un entrenamiento en las siguientes habilidades generales de comunicación: escuchar, empatizar, informar, cortar, manejar emociones y decir que no. Las técnicas utilizadas para el entrenamiento fueron la instrucción, el modelado y el moldeamiento con retroalimentación, en donde se hizo hincapié en percibir los propios sentimientos y objetivos y los sentimientos del otro. La duración total de la intervención fue de 25 horas, repartidas en 5 sesiones semanales de 5 horas cada una e impartidas en dos grupos distintos, de mañana y de tarde, fuera del horario de trabajo. En cada sesión se dedicaba una hora al entrenamiento en relajación y cuatro al resto de las habilidades. En todas las sesiones se pautaba trabajo para realizar en casa que se revisaba al inicio de la sesión siguiente. En la primera sesión se entregó una cinta magnetofónica como apoyo al entrenamiento en relajación y un manual para facilitar el aprendizaje de las habilidades de autocontrol y comunicación. Todo el material de apoyo fue elaborado expresamente para el curso.

En todos los participantes se midió la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado con la versión española de cuestionario de autoevaluación *The State-Trait Anxiety Inventory-STAI* (12). Tanto antes como después de la intervención se administró el cuestionario tras una exposición en imaginación dirigida. Siempre el mismo investigador leía una historia que relataba un empeoramiento inesperado y la muerte de un paciente a cargo del participante y la exigencia posterior de tener que notificarlo a la familia.

Las habilidades de comunicación se evaluaron al inicio y al final del estudio mediante dos escenificaciones simuladas distintas. Cada escenificación, a su vez, constaba de dos situaciones diferentes, con interlocutores distintos. En estas escenificaciones, dos de las

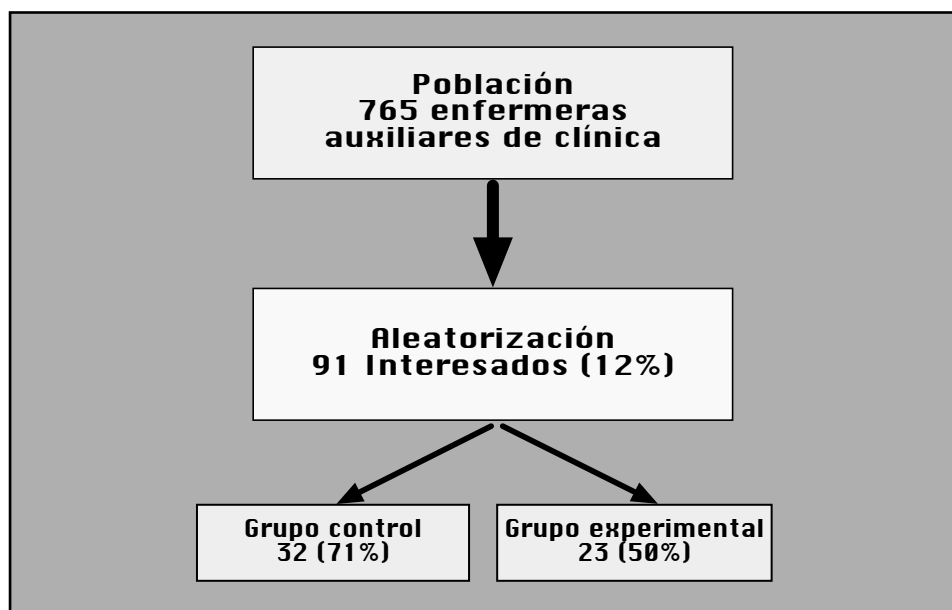


Figura 1. Diagrama del reclutamiento y participación en el estudio.

EE indica error típico	Grupo control (n=32)	Grupo experimental (n=23)
Edad [media (±EE)]	36,1 (1,5)	38,2 (1,9)
Nº enfermeras (%) Auxiliares de enfermería	25 (78) /7	17 (74) /6
Turno de enfermería: mañana (%), tarde, noche	20 (63), 10,2	13 (57), 9,1
Años de profesión [media (±EE)]	13,3 (1,8)	13,6 (2,0)
Trabaja en unidad especial (%)	25 (78)	17 (74)
Escala de ansiedad STAI-estado [media (±EE)]	34,8 (2,2)	31,1 (2,1)
Escala de ansiedad STAI-rasgo [media (±EE)]	19,4 (1,4)	20,0 (2,0)
Escala de afrontamiento-evitación [media (±EE)]	5,2 (0,2)	5,2 (0,2)
Escuchar [media (±EE)]	6,7 (0,3)	7,0 (0,3)
Empatizar [media (± EE)]	5,8 (0,3)	6,2 (0,3)
Cortar [media (± EE)]	5,1 (0,4)	5,6 (0,5)
Informar [media (± EE)]	5,1 (0,3)	5,6 (0,3)
Manejar emociones [media (± EE)]	4,9 (0,3)	5,7 (0,4)
Decir que no [media (± EE)]	4,9 (0,4)	6,2 (0,6)
Escala global de las habilidades de comunicación [media (± EE)]	5,9 (0,3)	6,8 (0,4)

Tabla 1. Comparación de las mediciones iniciales entre los dos grupos.

	Grupo control (n=32)	Grupo experimental (n=23)	Diferencia intervención-control	Intervalo de confianza 95%	Valor P
Escuchar	6,5	7,4	0,9	0,0-1,7	0,050
Empatizar	4,9	6,1	1,2	0,3-2,1	0,011
Cortar	5,0	6,5	1,5	0,3-2,6	0,015
Informar	5,3	6,1	0,8	-0,1-2,0	0,161
Manejar emociones	4,1	5,4	1,3	0,1-2,5	0,033
Decir que no	4,3	5,5	1,2	-0,1-2,4	0,064
Valoración global	5,0	6,1	1,1	0,0-2,3	0,046

Tabla 2. Comparación de mediciones de comunicación después de la intervención.

autoras representaban los papeles de familiares en situaciones críticas y demandantes y a las participantes se les pedía que actuaran como si estuvieran en una situación real. Las escenas se grababan en vídeo. Posteriormente, dos observadoras evaluaron independientemente las grabaciones para cumplimentar el instrumento de medida del

dominio por las participantes de las habilidades de comunicación estudiadas.

Se elaboró expresamente el instrumento de medida de las habilidades de comunicación, en una escala de Likert de 1 al 5, para los distintos elementos constitutivos de las habilidades estudiadas en cada escenificación. Por ejemplo, para el juicio de la habilidad "escu-

char", los elementos eran la postura dirigida, el contacto visual, las señales de asentimiento, la expresión de la cara, no interrumpir, el tono de voz y el volumen de voz; para el juicio de la habilidad "cortar", empatizar, esperar una pausa, captar la atención, dar información clara y concreta, dar alternativas y cortar. De este modo se evaluaron las habilidades de escuchar, empatizar, informar, cortar, manejar emociones y decir que no. Por último, cada habilidad evaluada en cada escenificación recibía una valoración global, basada en parte en la puntuación de sus elementos constitutivos y en parte en el juicio de la habilidad en sí. Se hizo una versión del instrumento para cada una de las escenificaciones.

Para el análisis estadístico del instrumento de observación de las habilidades de comunicación se computó para cada habilidad la puntuación global obtenida con la suma de sus evaluaciones globales, expresada en una escala de 0 a 10, en la que mayor puntuación reflejaba mejor dominio de la habilidad. También se elaboró una escala global obtenida con la suma de las puntuaciones de cada una de las seis habilidades estudiadas, igualmente ponderadas, expresada también en una escala de 0 a 10.

Una de las autoras entrenó a las dos observadoras en el uso de la escala de evaluación mediante la observación de voluntarias que hicieron la escenificación sin participar en el estudio. Las observadoras evaluaron las habilidades de modo independiente y enmascarado con respecto a la asignación al grupo de estudio.

El instrumento mostró buena concordancia interobservador e intraobservador.

Se valoró la respuesta de afrontamiento o evitación de la enfermera ante la necesidad de informar a la familia cuando hay noticias adversas mediante una escala elaborada por los autores, medida simultáneamente a las mediciones de ansiedad.

Se recogieron además las siguientes variables: edad de las participantes, su profesión (enfermera o auxiliar de enfermería), lugar y turno de trabajo, la antigüedad en la profesión, número de hijos, y si recordaba haber pasado una experiencia personal semejante a las estudiadas.

El análisis principal de las variables finales fue la comparación de las medias de las puntuaciones obtenidas al término de la intervención entre el grupo control y el grupo experimental en el cuestionario de ansiedad-estado (STAI-



	Grupo experimental efecto univariante	Intervalo de confianza del 95 %	Grupo experimental efecto multivariante	Intervalo de confianza del 95 %	Medición inicial: efecto multivariante	Intervalo de confianza del 95 %	Intersección (error típico)
Escuchar	0,85	0,01-1,67	0,70	0,09-1,31	0,64	0,43-0,84	0,82 (0,20)
Empatizar	1,16	0,30-2,02	0,92	0,30-1,54	0,68	0,48-0,88	0,39 (0,21)
Cortar	1,44	0,36-2,52	1,27	0,26-2,27	0,33	0,11-0,56	1,11 (0,33)
Informar	0,82	-0,25-1,89	0,76	-0,17-1,70	0,75	0,46-1,05	2,13 (0,87)
Manejar emociones	1,35	0,19-2,52	0,63	-0,38-0,65	1,65	0,37-0,93	0,59 (0,32)
Decir que no	1,12	-0,11-2,35	0,59	-0,60-1,77	0,36	0,11-0,60	0,69 (0,37)
Variación global	1,13	0,10-2,17	0,55	-0,29-0,63	1,30	0,39-0,87	0,72 (0,26)

En todos los modelos multivariantes, las variables incluidas fueron la intersección, las puntuaciones iniciales y la asignación a los grupos del estudio. En el caso de "informar", también se incluyó la ansiedad-estado inicial como variable independiente. La intersección indica el incremento en la puntuación para la media de la distribución inicial.

Tabla 3. Análisis de regresión lineal de las medidas de las habilidades de comunicación con respecto al grupo de intervención.

estado), en el cuestionario de afrontamiento y en la escala de habilidades de comunicación. También se hicieron comparaciones entre las diferencias obtenidas entre las mediciones del final y las del principio. El análisis se hizo según el principio de intención de tratar, es decir, se compararon los grupos según la asignación aleatoria con independencia del grado de cumplimiento o asistencia a la intervención impartida.

La comparación de medias se hizo mediante técnicas de regresión lineal múltiple de las puntuaciones sobre el grupo asignado con ajuste de la profesión y del área de trabajo.

Para calcular las puntuaciones finales de las habilidades de comunicación en base a las puntuaciones iniciales y el tipo de grupo asignado, se efectuaron análisis de regresión lineal múltiple. En estos análisis se pretendió ajustar aquellas variables que no se distribuyeron homogéneamente en los dos grupos y las variables potencialmente confusoras: puntuaciones iniciales en las escalas STAI-estado, STAI-rasgo y de afrontamiento-evitación, la categoría profesional (enfermera o auxiliar), el turno de trabajo (mañanas o tardes), el haber recordado una experiencia traumática o no, el tipo de unidad en que se trabaja (unidad especial cuidados intensivos, reanimación quirúrgica, coronarias, urgencias- u hospitalización general) y el tener hijos o no. Para cada una de las habilidades se construyó un modelo en el que la variable dependiente era la puntuación de la escala de la habilidad al final del estudio y las variables independientes eran la asignación a los grupos de intervención, la puntuación de la escala al comienzo del estudio, centrada en su media, y todas las demás variables cuya inclusión en el modelo fuera significativa.

tiva. Las pruebas estadísticas se hicieron todas a dos colas y el nivel de significación estadística se situó para probabilidades de 0'05 o menores. Los análisis estadísticos se hicieron con el programa estadístico GLIM 4.0 (13)

RESULTADOS

El flujo de participantes en el estudio se muestra en la Figura 1. No hubo diferencias entre los 55 que participaron y los 36 que no en las puntuaciones del STAI-estado, STAI-riesgo y en la puntuación de la escala de afrontamiento evitación. En la evaluación final no se hicieron mediciones de las habilidades de comunicación en 2 casos del grupo control ni de la ansiedad-estado en 9 casos del grupo control y 1 del grupo experimental. La Tabla 1 describe las puntuaciones iniciales de las escalas de ansiedad, de afrontamiento-evitación, y de las sucesivas habilidades de comunicación observadas en la escenificación simulada según la asignación a los grupos en estudio. En la Figura 2 se muestran las distribuciones iniciales por grupo de las puntuaciones de las distintas habilidades de comunicación estudiadas.

En la evaluación final, las medidas de habilidades de comunicación aumentaron en el grupo intervención con respecto al control, con aumentos significativos estadísticamente entre 0,8 y 1,5 en la escala de 1 a 10 para las habilidades de "escuchar", "empatizar", "cortar" y "manejar emociones" y en la escala global que agrupa a todas, mientras que los aumentos de al menos 0,9 en las habilidades de "informar" y "decir que no" casi alcanzaron la significación estadística (Tabla 2). En la Figura 3 se muestran las distribuciones finales por grupo de todas las habilidades de co-

municación. Cuando el análisis se hizo comparando el cambio en las puntuaciones de las habilidades de comunicación en el periodo de estudio entre los dos grupos, sólo se encontró una diferencia significativa en la habilidad de "empatizar" (diferencia en favor del grupo experimental de 0,80, intervalo de confianza del 95% entre 0,14 y 1,47, $p = 0,019$).

En la evaluación efectuada tras la intervención, no hubo diferencia entre el grupo intervención y el grupo control en las puntuaciones de la escala STAI-estado ni en la escala de afrontamiento.

En la Tabla 3 se presentan los resultados del análisis multivariante de las habilidades de comunicación. Para cada una de las habilidades se construyó un modelo en el que la variable dependiente era la puntuación de la escala de la habilidad al final del estudio y las variables independientes eran la asignación a los grupos en estudio y la puntuación de la escala al comienzo del estudio, centrada en su media. El resto de las variables estudiadas, los niveles iniciales de los cuestionarios de STAI-estado y STAI-rasgo, de afrontamiento, la categoría profesional, el turno, los años de antigüedad, la maternidad o el haber pasado experiencias traumáticas, no se incluyeron en el modelo final por no presentar significación estadística, excepto en la habilidad "informar", en donde la escala del STAI-estado sí alcanzó significación. Se observó que en tres de las habilidades estudiadas, "escuchar", "empatizar" y "cortar", la asignación al grupo experimental produjo un aumento significativo de las puntuaciones de la habilidad correspondiente después de la intervención, en comparación con la asignación al grupo control. En todas las habilidades estudiadas, la magnitud de

las mediciones iniciales de las habilidades tuvo una influencia positiva significativa en las mediciones finales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra que el entrenamiento en habilidades de comunicación y en técnicas de autocontrol emocional mejora globalmente las habilidades de comunicación de las enfermeras ante los familiares de pacientes graves y, en particular, las habilidades de "escuchar", "empatizar" y "cortar" y, en menor medida, "manejar emociones". Los hallazgos tampoco descartan que dicho entrenamiento pueda mejorar las demás habilidades estudiadas, "informar" y "decir que no". Estos hallazgos indican que hay caminos abiertos para mejorar la comunicación entre enfermeras y familiares.

Los resultados han mostrado que estas situaciones son impactantes para el personal sanitario, incluso en situación simulada. El nivel de ansiedad-estado fue alto. Al comienzo del estudio, el 60% de las participantes tenían puntuaciones superiores al percentil 75 y el 84%, superiores a la mediana, de una muestra de mujeres adultas sanas de la población española (12). Pese a niveles tan altos de ansiedad, se ha producido una mejoría en el dominio de las habilidades sociales en estas situaciones.

En resumen, un programa conjunto de entrenamiento en habilidades sociales de comunicación y en técnicas de autocontrol emocional a enfermeras ha mostrado una mejora en sus habilidades de comunicación en situaciones simuladas, lo que constituye una base empírica sólida para la adopción de programas de intervención para mejorar la comunicación entre enfermeras y familiares de pacientes graves en los centros de trabajo.

Este trabajo se ha financiado con una beca de investigación del Fondo de Investigación Sanitaria (expediente FIS 96/0290).

BIBLIOGRAFÍA

- 1 FIELD D. 'We didn't want him to die on his own' - nurses' account of nursing dying patients. *Journal of Advanced Nursing* 1984;9:59-70.
- 2 GARCÍA AGUILAR JF, CÁMARA HURTADO F, APARICIO EZCURRA A, CASES LÓPEZ LM. Comunicación e información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Clínica* 1995;5:99-104.

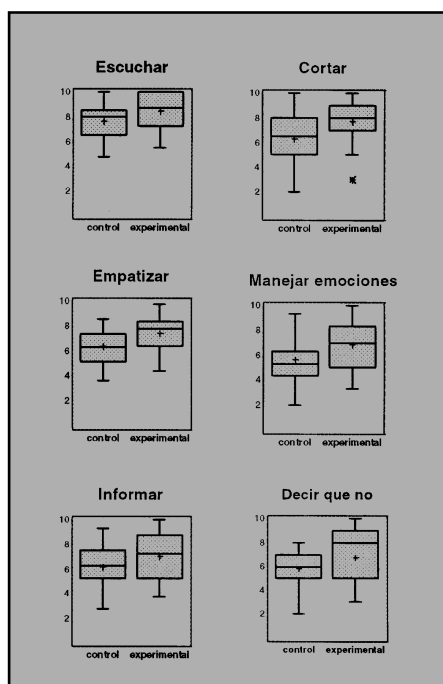


Figura 2. Gráficos en "cajas con bigotes" de las habilidades de comunicación al inicio del estudio. Cada caja está delimitada por la puntuación de los cuartiles, es decir, los percentiles 25 y 75 de cada distribución, mientras que la mediana se señala mediante una línea horizontal dentro de la caja. La media se indica con una cruz. Los bigotes señalan las puntuaciones que se extienden desde de los percentiles 25 y 75 hasta una distancia de 1,5 veces el intervalo entre el percentil 25 y el 75 o hasta la última observación de la distribución, si es menor de dicha distancia. Si hay alguna observación más allá de 1,5 veces el rango de la caja, se señala con un asterisco.

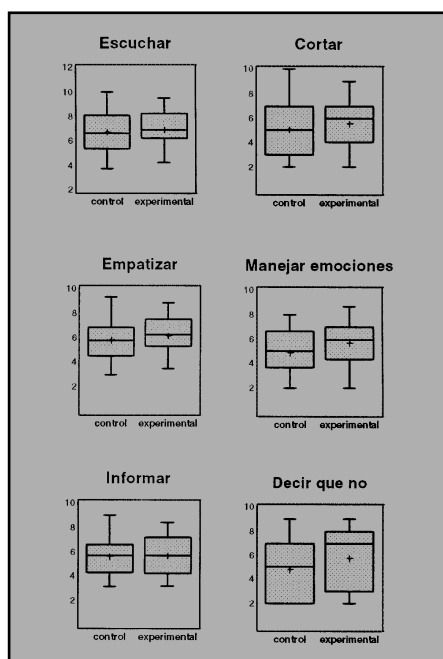


Figura 3. Gráficos en "cajas con bigotes" de las habilidades de comunicación al final del estudio. Para la explicación de las cajas con bigotes, ver el pie de Figura 2.

- 3 ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA. *Código deontológico de la enfermería española*. Madrid: Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España, 1989, pp: 14-16.
- 4 LONG CO, GREENEICH DS. *Family satisfaction techniques: meeting family expectations. Dimensions of Critical Care Nursing* 1994;13:104-111.
- 5 JARANA EXPÓSITO L, OVEJERO BERNAL A, LEÓN RUBIO JMA. *Relación profesional-usuario de los servicios de salud*. EN GIL RODRÍGUEZ F, GÓMEZ DELGADO T, JARANA EXPÓSITO L, LEÓN RUBIO JMA, OVEJERO BERNAL A. *Entrenamiento en habilidades sociales: en el marco de los servicios de salud*. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla, Área de Sanidad y Servicios Sociales, 1991 :31-55.
- 6 MAY C. *Disclosure of terminal prognoses in a general hospital: the nurse's view. Journal of Advanced Nursing* 1993; 18:1362-1368.
- 7 DUMAS L, DE MONTIGNY F. *L'évaluation familiale selon Orem. The Canadian Nurse* 1993;89:45-48.
- 8 SCULLION PA. *Personal cost, caring and communication: an analysis of communication between relatives and intensive care nurses. Intensive and Critical Care Nursing* 1994; 10:64-70.
- 9 BURGUETE RAMOS MD, VELASCO LAISECA J. *Estresores ocupacionales y estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de puerta de urgencias. Enfermería Clínica* 1996; 6:151-157.
- 10 GIL MONTE R, SCHAUFELI WB. *Burnout en enfermería: un estudio comparativo España-Holanda. Psicología del trabajo y de las organizaciones* 1991;7:121-130.
- 11 LANZAROTE PEMÁN MA, LÓPEZ MARTÍN MN, RIUS FERRÚS LM, SANZ HERRERO MA. *Ansiedad en los profesionales de enfermería. Revista ROL de Enfermería* 1993; 184:83-86.
- 12 SPIELBERGER CD, GORSUCH RL, LUSHENE RE. *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Manual. Madrid: TEA Ediciones, S.A, Publicaciones de psicología aplicada, serie menor ng 124, 1994.
- 13 FRANCIS B, GREEN M, PAYNE C. *The GLIM system. Release 4 manual*. Oxford: Clarendon Press, 1993.

^A Hospital Universitario "Clínica Puerta de Hierro", Madrid, INSALUD.

^B Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital Universitario "Clínica Puerta de Hierro", Madrid, INSALUD.

^C Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.

^D Fundación Renal "Íñigo Álvarez de Toledo", Madrid.

Necesidad de administración de oxígeno tras anestesia general

❖ MORALES REYES A.*, PÉREZ PÉREZ A. I.*, MANGAS CALERO M.J.*, NOVO MUÑOZ M.M.***, SÁNCHEZ ORTIZ S.*, DE LA PRESA MURUA I.*

INTRODUCCIÓN

La necesidad de administración de oxígeno en los enfermos intervenidos con anestesia general está justificada por una de las complicaciones más frecuentes en estas unidades, la hipoventilación, causada por los efectos de la anestesia y sin que los pacientes tengan una patología respiratoria de base. Estos problemas están favorecidos por una serie de circunstancias, como son (1):

- Posición quirúrgica.
- Aumento de resistencia de la vía aérea.
- Disminución del estímulo respiratorio por los anestésicos utilizados.

Con la administración de oxígeno por mascarilla, se consigue aumentar el gradiente de PO_2 alveolar y se disminuye la deficiencia por la hiperventilación (2).

Como consecuencia de estas alteraciones, se han puesto en marcha mecanismos de control que aseguren la buena perfusión de oxígeno en el paciente; por otro lado, los enfermeros responsables de estas unidades establecen pautas de acción que permitan la detección precoz de problemas. La oximetría de pulso (pulsioxímetro), es una técnica de monitorización no invasiva utilizada para medir la saturación de oxígeno arterial de la hemoglobina funcional (3). Su buen funcionamiento, requiere unas determinadas condiciones, tales como:

- Selección y aplicación correcta del sensor.
- Reducción de los artificios de movimiento
- Preservación del flujo de salida venosa a partir del sitio donde está colocado el sensor
- Limpieza de la zona de aplicación (retirada de esmalte de uñas, etc.).

Su buena utilización, lo convierte en un método eficaz para detectar precozmente las complicaciones derivadas de las hipoxemias.

En nuestra unidad, la $Sat.O_2$ obtenida por gasometría, está dos puntos por debajo de la saturación en pulsioxímetro (4).

La relación de la PO_2 con la Saturación de oxígeno ($Sat.O_2$) no es fija. Las alteraciones del PH, PCO_2 , temperatura y el nivel de 2,3 DPG, modifican la relación $PO_2/Sat.O_2$, según el desplazamiento de la curva de disociación de la hemoglobina (5).

En la unidad de recuperación postanestésica (URPA) del Hospital Nuestra Señora de Candelaria, se administra sistemáticamente oxígeno mediante mascarilla con sistema Venturi, a todo paciente intervenido con anestesia general, tenga o no, patología respiratoria de base. Esta situación ha hecho que el personal de enfermería se plantee una serie de dudas acerca de la necesidad y/o utilidad de su administración indiscriminada. Los valores normales en la función respiratoria, son (6):

- PO_2 : 83-108 mm de Hg.
- PCO_2 : 35-45 mm de Hg.
- $Sat.O_2$: 95-97%

Con este trabajo, se pretende:



Oxigenación con mascarilla.

- Determinar la necesidad de administración de oxígeno, en pacientes sometidos a anestesia general.
- Valorar la saturación de oxígeno, desde el ingreso hasta el alta.
- Conocer las principales complicaciones postanestésicas.
- Comparar las variaciones de la saturación de oxígeno, con colocación de mascarilla o sin ella.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en MEDLINE de los últimos cinco años y se consultó diferente bibliografía en textos y revistas españolas.

Se realizó un estudio prospectivo de grupo control, durante los meses de

mayo, junio y julio de 1997, en la URPA del Hospital Nuestra Señora de Candelaria, para determinar la necesidad de administración de oxígeno a los pacientes. El grupo de control, llevaba mascarilla de forma sistemática, con FiO₂ al 28%; mientras que el grupo de estudio, llevaba mascarilla hasta que la Sat, de O₂ llegara a 90.

La población de estudio la formaron los 743 pacientes que fueron intervenidos con anestesia general en dicho período. La muestra fue de 217 casos que suponían el 29,2% del total de ingresos en la unidad.

Los criterios de selección de los pacientes, fueron:

- Eliminar todos aquellos que tuvieran patología respiratoria de base.
- Descartar pacientes que llegan intubados a la unidad y aquellos que en la valoración tenían ASA III y ASA IV.

Se elaboró una encuesta que valoraba entre otras, variables tales como:

- Edad
- Sexo
- Valores de saturación de oxígeno
- Fi O₂
- Retirada de mascarilla
- Complicaciones

Todos los pacientes se monitorizaron con saturómetro (pulsioxímetro), de tipo dedil, en forma de pinza.

La recogida de los datos la realizó el personal de la unidad que previamente conocía el cuestionario y había sido adiestrado para su cumplimentación.

El tratamiento estadístico se realizó con el programa Rsigma.

RESULTADOS

La población de estudio la formaron 743 casos. La muestra fue de 217 sujetos con una edad media de 41,78 años, una desviación típica de 17,97 y

TIPO DE INTERVENCIÓN	FRECUENCIA	%
Urología	9	4,15
Ginecología	90	41,47
Cirugía	71	32,72
Oftalmología	16	7,37
Traumatología	6	2,77
Otorrinología	25	11,52
TOTAL	217	100

Tabla 1: Frecuencia de intervenciones realizadas con anestesia general, según patología, en el Hospital Nuestra Señora de Candelaria, de mayo a julio de 1997.

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	%
SI	77	35,65
NO	139	64,35

Tabla 2: Tipo y frecuencia de complicaciones encontradas en los pacientes que presentaron complicaciones, en el total de la muestra.

TIPO DE COMPLICACIONES	FRECUENCIA	%
DOLOR	49	64,47
TEMBLOR	32	42,10
OTROS	27	25

un error estándar de la media de $\pm 1,22$. Se colocó mascarilla de oxígeno al ingreso en la unidad a 110 sujetos y sin mascarilla a 107.

Del total, el 68,66% (149) eran mujeres y el 31,34% (68) hombres.

El tipo de intervención a que fueron sometidos, se puede ver en la Tabla 1, siendo las de tipo ginecológico las más frecuentes, el 41,47%.

Las intervenciones duraron de media 91,10 minutos, con un mínimo de 15 y un máximo de 420, el intervalo de confianza para una $P < 0,05$ para la media, estaba entre 83,15 y 99,05.

El tiempo medio en URPA fue de 151 minutos, con un mínimo de 15 y un máximo de 1.500, el intervalo de con-

fianza para una $P < 0,05$ para la media se encontraba entre 121,3 y 181.

Presentaron complicaciones 77 casos, el 35,64% de la muestra.

Las complicaciones más frecuentes en los 77 casos, fueron: dolor en el 64,47%, seguido de temblores en el 42,10 y de otro tipo tales como náuseas y/o vómitos en el 25% de los casos (Tabla 2).

Al ingreso en la URPA, 110 casos (el 50,70%), se mantuvieron con oxígeno y 107 casos (el 49,30%) sin mascarilla.

La saturación de oxígeno al llegar a la unidad, mantenía una media de 93,17 con un error estándar de la media de $\pm 0,29$ y en el alta, de 96,2 con

MEDIA DE SATURACIÓN	PREINTERVENCIÓN	INGRESO	A LOS 5'	A LOS 15'	A LOS 30'	ALTA
TOTAL DE LA MUESTRA	97,95	93,17	94,6	96,1	96,0	95,4
CON MASCARILLA	98,08	93,0	95,46	96,54	96,38	96,06
SIN MASCARILLA	97,8	93,3	93,7	95,6	95,7	96,3

Tabla 3. Evolución media de las saturaciones de oxígeno



un error estándar de la media de $\pm 0,13$, no existiendo diferencias significativas al comparar la evolución de la saturación de oxígeno del grupo con mascarilla en relación con el grupo sin mascarilla.

La evolución de la saturación de oxígeno, tuvo las siguientes medias en el total de la muestra: en la preintervención 97,95 con un mínimo de 97,6 y un máximo de 98,3, al ingreso la saturación era de 93,17 con un mínimo de 92,5 y un máximo de 93,7, a los cinco minutos era de 94,6 con un mínimo de 94,1 y un máximo de 95,07, a los quince minutos era de 96,1 con un mínimo de 95,7 y un máximo de 96,4, a los treinta minutos la media fue de 96 con un mínimo de 95,7 y un máximo de 96,4 y al alta la media fue de 95,4 con un mínimo de 94,4 y un máximo de 96,5. La evolución de las saturaciones medias en los pacientes con mascarilla y sin mascarilla, se puede ver en la Tabla 3.

Todos los pacientes estudiados fueron dados de alta sin oxigenoterapia. A aquellos a los que se les administró oxígeno al ingreso en la unidad, mantuvieron la mascarilla una media de 23,77 minutos.

En el momento del alta ninguno requería oxigenoterapia.

A 9 sujetos del grupo sin mascarilla, se les indicó la administración de oxígeno a los quince minutos de ingresar en la unidad, retirándosele quince minutos después, por orden médica y sin una causa objetiva que lo indicara expresamente.

Ninguno de los pacientes estudiados presentó signos de disfunción respiratoria, tampoco aparecieron signos de taquicardia, confusión, sudoración, taquipnea o hiperventilación. Un solo caso presentó alteración cardiológica de tipo extrasistolia, que cedió con lidocaína y fue a planta con aporte de oxígeno con mascarilla y analgesia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con el análisis de los datos, podemos afirmar que la saturación de oxígeno en la muestra seleccionada, no presentaba grandes variaciones, oscilando entre 97,95 de media en el preingreso y 95,4 de media en el alta.

La vigilancia continuada de enfermería y los sistemas de control de saturación de oxígeno nos permiten detectar precozmente las alteraciones en los pacientes (3), facilitándonos la indicación individualizada y la aplicación

de los cuidados correspondientes en cada caso.

Los cuidados deben administrarse siguiendo protocolos (7) establecidos que avalen la actuación y no administrar de forma sistemática oxígeno a todos los pacientes sometidos a anestesia general, de esta forma disminuyen las molestias, innecesarias, que podrían incrementar niveles de ansiedad provocando, además, la aparición de problemas como sequedad de mucosas.

En nuestra unidad ingresan al año 4.912 pacientes, de los que 2.932 son ASA I o ASA II. Si aplicamos el criterio de no administrar oxígeno indiscriminadamente, supondría una disminución en el consumo de 2.932 mascarillas. Teniendo en cuenta el coste de cada mascarilla de 175 pesetas, podría suponer un ahorro anual en la unidad de 513.625 pesetas (8).

La eficiencia en el cuidado del paciente, entendemos que, viene representada por el cuidado directo de enfermería (9), que es capaz de detectar los signos clínicos, indicadores de oxigenoterapia.

No se han encontrado indicadores estadísticamente significativos que permitan asegurar que a pacientes postquirúrgicos sometidos a anestesia general, con intervenciones entre 83 y 93 minutos, sin complicaciones en el acto quirúrgico y con ASA I o II, requieran oxigenoterapia en el postoperatorio de manera indiscriminada.

El valor añadido que aporta enfermería en los servicios sanitarios, viene determinado en gran medida por su capacidad para la detección precoz de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. MILLER R. *Anestesia*. 2ª Edición. Edit. Doyma. Vol 1: 486-489. Barcelona, 1993.
2. ESTEBAN DE LA TORRE A. et al. *Manual de Cuidados intensivos*. 2ª Edición. Servicio de cuidados intensivos. Hospital Central de la Cruz Roja/ Madrid. Edit. Científico-Médica. Barcelona, 1981.
3. Severinghaus J.W., Naifeh K.H. *Accuracy of Six Pulse Oximeter to Profound Hypoxia*. *Anesthesiology*, Vol. 67, Nº 4: 551-558. U.S.A. October 1987.
4. PORTERO FRAILE M.P., MARTÍN ARRIBAS M.C., PÉREZ RUIZ M.L.,

RODRÍGUEZ A.E. *Estudio comparativo de la medición de PO2 y PCO2. Métodos: electrodos percutáneos y gasometría por punción arterial*. *Rev.Rol de Enfermería*, nº 90: 30-34. Barcelona.

5. LOGSTON BOGGS, WOOLDRIDGE-KING. *Terapia Intensiva. Procedimientos de la American Association of Critical-Care Nurses (AACN)*. 3ª Edición. Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1995.
6. WSIEGENTHALER. *Fisiopatología Clínica*. Edit. Toray. Barcelona, 1997.
7. MORALES REYES A., PIÑERO CHINEA A., CERRO LÓPEZ P., GARCÍA RODRÍGUEZ M.M., PÉREZ PÉREZ A., NOVO MUÑOZ M.M. *Incidencia de la hipercapnia en la unidad de recuperación postanestésica del Hospital Nuestra Señora de Candelaria*. Tenerife. (Protocolización). (Pendiente de publicar).
8. SCUDERI P.E., MINS G.B., WEEKS D.B., HARRIS L.C., LIPSCOMB L., JAMES R.L. *Oxygen administration during transport and recovery after outpatient surgery does not prevent episodic arterial desaturation*. *Journal clinic Anesthesia*. Vol 8 (4): 294-300. Ju hipoxemias.
10. En nuestra unidad, la Sat.O2 obtenida por gasometría, está dos puntos por debajo de la saturación en pulsioxímetro (4).
12. La relación de la PO2 con la Saturación de oxígeno (Sat.O2), no es fija. Las alteraciones del PH, PCO2, temperatura y el nivel de 2,3 DPG, modifican la relación PO2/Sat.O2, según el desplazamiento de la curva de disociación de la hemoglobina (5).

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al equipo de trabajo de la unidad de U.R.P.A. del Complejo Hospitalario de Ntra. Señora de Candelaria, la colaboración prestada para la realización de este trabajo.

*Enfermeros/as de la URPA
del Hospital Nuestra Señora de Candelaria.
Tenerife.

**Profesor de la Escuela de Enfermería
de la Universidad de La Laguna

El quirófano visto por los ojos de un niño

❖ ZORAIDA LÓPEZ CANO.

INTRODUCCIÓN

La realización de este trabajo parte del interés por saber que tipo de vivencias tiene el niño después de su paso por quirófano. Para ello se realizaron 50 entrevistas a niños entre 5 y 18 años.

OBJETIVOS

Saber que tipo de vivencias tiene el niño a su paso por Quirófano.

MATERIAL

Encuestas y dibujos.

Siendo la distribución de las edades las siguientes:

- 2 de 5 años
- 6 de 6 años
- 2 de 8 años
- 7 de 9 años
- 3 de 10 años
- 7 de 11 años
- 9 de 12 años
- 6 de 13 años
- 3 de 14 años
- 1 de 15 años
- 1 de 17 años
- 1 de 18 años

MÉTODOS

Estas entrevistas fueron realizadas como conversaciones, pues fueron más productivas que la tradicional encuesta pregunta-respuesta. Durante las mismas, se les insinuaba a los niños temas como color, olor, sonido, recibimiento, compañía, dolor, sueños, etc.

Así mismo:

- Las entrevistas se realizaron después de su paso por quirófano.
- Los niños no tenían conocimiento previo de que iban a ser encuestados.
- Durante la entrevista se les pidió un dibujo sobre el quirófano.
- Los resultados fueron analizados conjuntamente con el Psicólogo Clínico.

RESULTADOS

Todos los que hayamos trabajado con niños desde hace bastantes años, sabemos lo traumático que era en líneas generales el momento de separar a los críos de sus padres y pasarlos a

quirófano. Estos tomaban varias actitudes que iban desde los que se dejaban hacer, pero podíamos ver en sus caras el miedo y en algunos casos el terror, y con otros podíamos mantener desagradables luchas hasta que se dejaban pinchar o con la famosa mascarilla de piloto se dejaban sedar con gases para pincharlos.

Probablemente este estudio hecho hace varios años atrás, hubiera tenido resultados muy diferentes. Ustedes mismos juzgaran cuando les muestre sus respuestas y dibujos.

Les diré que conforme fui realizando las entrevistas y recogiendo los dibujos, mi sorpresa iba en aumento y verán porque. Por un lado observaba que los niños no usaban la palabra miedo, por otro lado el celador aparecía siempre en sus comentarios y hacían una descripción clara, rápida en tono alegre y conocían en muchos casos sus nombres. Por último el médico era el personaje con el que mantienen más distancia, y aunque lo veían a diario les costaba describirlos y dudaban o no conocían sus nombres.

MIEDO

Sabemos que el miedo es humano, es normal que lo tengamos y no es mi intención afirmar que los niños no lo tengan en este caso; pero sí creo que después de analizar sus respuestas sería más correcto hablar de temores a cosas concretas y no al miedo al quirófano de una manera global.

Cuando insinuaba a los niños si habían tenido miedo al paso por quirófano las respuestas, fueron constantes: Un encogimiento de hombros junto a una mueca de indiferencia, o respuestas del tipo: "¿Miedo de qué?", "¿Miedo a qué?", "¡No, yo me lo pasé bien!", "No tenía miedo, iba nerviosa" (8 años), "No tengo miedo, porque los médicos saben lo que tienen que hacer", "Yo salgo silbando" (reintervenido).

Este tipo de vivencias positivas se deben a varios factores sobre los que Enfermería tiene una acción directa, cumpliéndolos o haciéndolos cumplir:



- **Premedicación:** Todos los niños son premedicados antes de entrar al Servicio. La premedicación es generalmente nasal o intravenosa según tengamos o no vías, la lleva a cabo Enfermería en la mayoría de los casos; si la premedicación es nasal y el niño y los padres favorecen la situación se deja que éstos en presencia del Enfermero/a, pongan la premedicación nasal a modo de gota de nariz.

- **Mentira:** No la toleran. La experiencia y diferentes estudios indican que la mentira no es un buen aliado en la formación y educación de los niños. En este caso en que los niños suelen temer por su integridad física, aún es más importante tener extremo cuidado en lo que se les dice y como se les dice. Todos afirman que son capaces de recibir más información de la que nosotros los adultos las damos en estos casos, aunque no sea de su agrado. (Rayco, 11 años se le dijo que le iban a hacer una foto)

- **Comentarles** todo lo que se le va haciendo les resulta de gran ayuda, así se enfrentan mejor a esta situación tan desconocida.

- **No dejarles nunca solos.** Esto les da seguridad, de esta manera les



hacemos ver que son el centro de atención de nuestros cuidados. Podemos ver en sus dibujos como son conscientes de esto. (Vikran, 7 años, Isaac 9 años, Vanessa 13 años, Rubén 13 años, Dessiré 13 años)

- **Procurar no llevar la mascari-lla puesta** en nuestro primer contacto, les resulta más agradable, de esta manera relacionan una voz con una cara y se siente más arropados. Así mismo debemos identificarnos diciéndoles nuestro nombre y actividad. Es curioso como aún haciendo esto último en nuestra actividad diaria, ellos no especifican en sus comentarios la profesión del que los atiende. Hablan de: “una mujer que me pinchó”, “una chica que me preguntó” o “un hombre que me dijo que...”, etc.

- **La desnudez no les gusta.** En general prefieren estar con sus pijamas y tapados, y no sólo se trata de pudor. Detrás de esta actitud se esconde un sentimiento de temor, de inseguridad en un ambiente que aún siendo agradable les es desconocido. La desnudez completa no haría más que acentuar este sentimiento. Por ello, debemos procurar siempre que se pueda, que estén con sus pijamas y arropados (Virginia 17 años, Aridane 9 años).

- **Presencia familiar antes y después.** La presencia de sus padres hasta la premedicación y al despertar junto con la ausencia de dolor, aumenta la sensación de seguridad y placidez. Por ello, el enfermo/a deberá asegurarse que la administración de la analgesia pautaada por el facultativo esté puesta antes de que el niño despierte, así como procurar que exista un ambiente de tranquilidad, junto a sus familiares. La temperatura de la cama es un factor importante que aumenta la ya mencionada sensación de tranquilidad y placidez.

Es comentario constante en todos los casos que al despertar se encuentran bien no recuerdan dolor y les agradó mucho encontrarse con sus padres. En prácticamente todo los casos se encontraban a gusto, los que recordaban dolor, comentaban que se les puso un calmante y “después se me quitó”, (Rubén 13 años, Yénifer 14 años, Carmelo 12 años)

Todos estos puntos que he mencionado se pueden ver reflejados en sus

dibujos, me gustaría llamarles la atención sobre la cantidad de información que son capaces de recoger en el corto espacio de tiempo que transcurre desde que los pasan a quirófano hasta el momento de la inducción. Podemos observar en estos dibujos, sueros, paños de sueros, monitores, respiradores, mesas de instrumental, ventanas de comunicación, y lo que les resulta más alucinante, la lámpara; tiene un protagonismo especial, aparece en todos los dibujos de muy diversas formas, colores y tamaños, (Aridane 9 años, Iván 10 años, Brenda 6 años, Desireé 13 años, Samuel 8 años, Montse 18 años, Florián 9 años, Bentejuí 10 años, Raquel 12 años, Ubay 15 años).

Por otra parte, podemos observar como nos dibujan sonrientes, observándolos, pendientes de ellos, los dibujos son alegres y quienes los colorean lo hacen en tonos vivos. Ellos están en casi todos los casos sonriendo o dormidos.

CELADOR

Todos conocemos lo difícil que se hace, no sólo para el niño sino para el adulto el entrar en el ambiente hospitalario. Si tenemos en cuenta que este medio les es extraño, el momento de salir de su eventual refugio, que es su habitación, hacia quirófano puede resultar especialmente difícil. Pero si esta acción se realiza con tacto y cariño, puede ser más llevadera.

Curiosamente desde la primera entrevista, empecé a observar que no sólo, este momento no les resultó desagradable sino que en la mayoría de los casos, describieron al celador con seguridad, rapidez y muy alegremente. En bastantes casos, incluso conocían sus nombres y aparecían en sus dibujos. Emplearon en sus descripciones calificativos como: “guay”, “chachi”, “agradable”, “bueno”, además, recordaban conversaciones mantenidas con él.

Si a este agradable primer paso, sumamos la premedicación y la presencia de los familiares hasta el último momento de su entrada al quirófano, tendremos un niño que se siente arropado y protegido, y como consecuencia en la mayoría de los casos relajado y colaborador.

Una vez tuve conocimiento de estos resultados, reuní a los celadores de los diferentes quirófanos y les comenté la importancia de su trabajo. Me pareció interesante hacerles llegar estas con-

clusiones para su conocimiento y satisfacción (Guacimara 14 años, Valeria 6 años, Iván 10 años, Josué 9 años).

MÉDICO

Es la persona a quien mantienen más a distancia. Son conscientes de que les van a curar de la misma manera, que saben que es quien ordena, cura, inyecciones y cosas que no les gustan.

Cuando les pedía una descripción y nombre del médico les costaba mucho hacerla, en la mayoría de los casos. Aunque los ven a diario, hablan con ellos, son cariñosos y afables al trato, siguen manteniéndolos a distancia, la frase de Yénifer de 9 años, operada de apendicitis, refleja muy bien el porqué de este distanciamiento: “él me va a poner buena, pero me tiene que hacer daño”.

En sus dibujos están presentes, siendo sus principales protagonistas o bien incluidos dentro del grupo de gente que trabaja para curarlos en quirófano. En algunos casos resaltan de manera llamativa las manos de éstos (Francisco Javier 12 años, Kevin 10 años, Bentejuí 10 años).

CONCLUSIÓN

Se podría afirmar viendo los resultados que no existe un antes y un después, del paso por quirófano para los crios. Tampoco podemos decir que haya una indiferencia hacia esta experiencia, pero sí podemos concluir que con nuestra forma de trabajo, logramos que la vivencia de los niños a su paso por quirófano, no sea prácticamente en ninguno de los casos traumática.

MI AGRADECIMIENTO POR SU DESINTERESADA COLABORACIÓN A:

- D. CARLOS BENEYTO. *Psicólogo Clínico de la Unidad de internamiento breve de Psiquiatría del Hospital insular.*
- Dr. EDUARDO PLANAS. *Adjunto del Servicio de Anestesia del Hospital Universitario Materno infantil de Canarias.*

Analgesia por catéteres de conducción

❖ REYES MARÍN (D.U.E.) ELENA MORALES (D.U.E.) MARIA JESÚS AMUCHASTEGUI (D. U. E.)

INTRODUCCIÓN

Es un hecho sobradamente conocido que en el paciente traumatológico el DOLOR está presente de una manera muy importante, constituyendo un problema aún sin resolver.

Con los analgésicos convencionales (tipo AINE) se consigue en determinadas situaciones un efecto adecuado, mientras que en otros muchos casos es preciso tener que recurrir a los opiáceos no exentos de efectos secundarios de todos conocidos como la depresión respiratoria, las náuseas y vómitos, etc....

Con las nuevas técnicas de introducción de catéteres regionales para la anestesia, se planteó la posibilidad de aprovecharlos para la analgesia en las distintas situaciones en las que se puede encontrar el paciente traumatológico (dolor post-quirúrgico, rehabilitación, dolor crónico, y necesidad de vasodilatación).

Y así desde hace tres años venimos trabajando con estos métodos analgésicos de conducción, presentando en esta ponencia el seguimiento que hemos realizado en este último año por nuestra Unidad de Enfermería.

CATÉTERES DE CONDUCCIÓN

1 DEFINICIÓN

Son catéteres que se implantan en lugares determinados del cuerpo, donde las raíces o troncos nerviosos que conducen la sensibilidad van envueltos por fascias. Estos catéteres son implantados por los anestelistas en el momento previo a la cirugía.

2 TIPOS

2.1 Catéteres para analgesia de miembros superiores:

- PARAESCALÉNICO
- AUXILAR

2.2 Catéteres para analgesia de miembros inferiores:

- EPIDURAL
- 3 EN 1



Aplicación de Raquianestesia.

2.1 MIEMBROS SUPERIORES:

Todas las estructuras profundas de las extremidades superiores pueden hacerse insensibles, mediante el bloqueo de los nervios que forman el PLEXO BRAQUIAL. Aunque estos nervios pueden ser bloqueados en cualquier lugar a lo largo de su recorrido, desde la salida de los agujeros vertebrales, hasta que finalizan su recorrido en los dedos de la mano; sin embargo la introducción de un catéter solo es posible en la región cervical, en la supra e infraclavicular y en la axilar.

El Plexo Braquial está formado por los ramos primarios anteriores del 5º, 6º, 7º y 8º nervios cervicales y 1º nervio torácico, y recibe con frecuencia las pequeñas ramas del 4º nervio cervical y del 2º torácico.

PARAESCALÉNICO:

El abordaje se realiza entre los músculos escalenos anterior y medio, introduciendo un catéter o cánula en el interior del espacio que la fascia paravertebral forma el plexo braquial.

Con este método se logra bloquear el hombro, el tercio superior del brazo el codo e inclusive la mano.

En nuestro centro esta técnica analgésica es sistemáticamente utilizada en el postoperatorio de las intervenciones sobre la región del hombro tales como rotura de maniquito rotador, etc... y tam-

bien en procedimientos sobre el brazo (fracturas supracondíleas y roturas del músculo Biceps).

AXILAR:

El catéter para el bloqueo de los nervios que forman el Plexo Braquial se implanta a nivel axilar utilizándolo en el postoperatorio de procesos que afectan al codo, el antebrazo y la mano.

En el HOSPITAL FREMAP de Majadahonda habitualmente se utiliza para aquellas lesiones relacionadas con el antebrazo y la mano. (Ejemplo: Manos catastróficas).

La vía axilar es sin duda la técnica más utilizada para el bloqueo de los nervios del miembro superior con la exclusión del hombro en donde resulta insuficiente.

2.2 MIEMBROS INFERIORES:

3 EN 1:

El catéter se introduce en el Plexo lumbar a nivel inguinal en el canal en el que las fascias que el Psoas, y el Iliaco engloban el nervio Femoral o Crural; con este método se consigue bloquear los nervios Crural, Obturador y Fémoro-cutáneo. Estos nervios son los responsables de la inervación sensitiva y motora de la cara anterior interna y lateral del muslo llegando hasta la parte superior de la rodilla dejando libre el nervio Ciático.

En el HOSPITAL FREMAP de Majadahonda se utiliza para la analgesia post-



peratoria de las lesiones de la parte superior de la rótula, lesiones del femur o muslo y reconstrucción de ligamentos cruzados de rodilla.

EPIDURAL:

El catéter se inserta en espacio L3-L4 o L4-LSy bloquea miembros inferiores y abdomen inferior.

En nuestro centro de Majadahonda se utiliza para la analgesia de miembros inferiores. (Ejemplo: Rotura del ligamento cruzado anterior, osteosíntesis de tobillo, etc).

3 FÁRMACOS

En nuestro Hospital el fármaco de elección para la analgesia es la BUPIVACAÍNA a diferentes concentraciones. Cuanto más concentrada, más tipos de fibras bloquea.

El bloqueo puede ser desde las fibras más gruesas a las más finas de la siguiente manera:

MOTOR ...SENSITIVO ...PROPIOCEPTIVO

- Para conseguir un bloqueo de fibras SENSITIVAS y PROPIOCEPTIVAS nosotros utilizamos una concentración de BUPIVACAÍNA al 0,125 %.
- Para conseguir un bloqueo PARCIAL de fibras MOTORAS utilizamos una concentración de BUPIVACAÍNA al 0,25 %.
- Para conseguir un bloqueo MOTOR TOTAL se utiliza una concentración de BUPIVACAÍNA al 0,50 %.

Con la BUPIVACAÍNA se pueden asociar otros fármacos:

1. VASOCONSTRICTORES: Como la Epinefrina para que la reabsorción periférica sea más lenta.
2. OPIACEOS: Para que aumente la calidad de bloqueo sensitivo.

** También utilizamos la BUPIVACAÍNA sin asociarla a ningún fármaco, esto se debe a que al no utilizar Epinefrina se consigue una mayor vasodilatación de la zona bloqueada. (Ejemplo: en las manos catastróficas, que lo que se pretende es un mayor aporte sanguíneo).*

4 TÉCNICAS Y CUIDADOS PARA LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN

Siempre que se vaya a administrar una perfusión de analgésico hay un protocolo a seguir:

- 1 TOMA DE CONSTANTES (Tensión Arterial y Frecuencia Cardíaca) antes de la administración, con el paciente en posición fowler, siempre que las condiciones lo permitan.

- 2 ASPIRACIÓN del catéter vigilando que no exista reflujo de ningún tipo (sangre u otros fluidos). (TEST DE ASPIRACIÓN)

- 3 ADMINISTRACIÓN lenta del fármaco, haciendo interrupción cada 3-4 ml., (DOSIS TEST) observando el estado general del paciente y las posibles reacciones adversas al fármaco.

- 4 ESPERAR unos diez minutos y volver a tomar las constantes al paciente.

Si todos estos puntos son normales volver a colocar al paciente en su posición inicial y posterior conexión a la bomba, siempre y cuando esté pautada la perfusión continua.

CUIDADOS:

- 1 Vigilar permanentemente que el apósito este limpio y seco.
- 2 Cambio de apósitos cada veinticuatro horas y cuando sea necesario.
- 3 Fijar el catéter con apósitos para evitar en lo posible la movilidad del mismo. (Porque esta es una de las complicaciones que con más frecuencia nos lleva a la retirada de los catéteres antes de lo previsto).

5 OBJETIVO DE LOS CATÉTERES

El objetivo principal de los catéteres para la analgesia de conducción es aliviar el DOLOR en cuatro situaciones diferentes:

- DOLOR POSTQUIRÚRGICO
- DOLOR CRÓNICO
- REHABILITACIÓN
- VASODILATACIÓN

Esto se puede conseguir de la siguiente manera:

- 1- PERFUSIÓN CONTINUA: Que consiste en administrar al paciente el fármaco a través de una bomba de perfusión. Las dosis habituales que utilizamos son de 0-8 ml./h y luego se irán aumentando o disminuyendo según las necesidades del paciente.
- 2- BOLOS: Consiste en administrar el fármaco en una sola dosis. Habitualmente son de 10-20 ml./6-8 h, también dependiendo de las necesidades del paciente.
- 3- MIXTA: Esta se utiliza cuando en el caso de la perfusión continua el paciente requiere la administración de un bolo para conseguir un efecto choque. (Ejemplo: en el dolor post-operatorio se debe poner un bolo inicial y a continuación conectar a la bomba).
 - El inicio de la PERFUSIÓN/BOLOS se realiza cuando el paciente se encuentra en la unidad de recuperación. (DESPERTAR).

6 COMPLICACIONES

Como en todas las técnicas de administración de analgésicos, se presentan una serie de "complicaciones" que dificultan la correcta administración y los resultados deseados. En la administración de analgésicos a través de catéteres de conducción nos encontramos las siguientes complicaciones:

1.MECÁNICAS: Derivadas de la implantación propia del catéter:

- COLOCACIÓN INCORRECTA DEL CATÉTER: Esta puede llevar a dolores asociados como cefaleas, dolor lumbar, etc...
- ACODAMIENTO DEL CATÉTER.
- DESPLAZAMIENTO INVOLUNTARIO DEL CATÉTER.

2.FÍSICAS: Derivadas de la propia analgesia:

2.1 INSUFICIENTE: Cuando el nivel de analgesia no es el deseado.

2.2 EXCESIVO: Cuando el nivel de analgesia es tan elevado que produce en el paciente efectos no deseados como:

- Bloqueo total motor.
- Incontinencia: Rectal/Vesical.
- Retención urinaria.

2.3 TAQUIFILAXIA: Consiste en la habituación a los anestésicos locales. Se puede producir más Taquifilaxia en las siguientes situaciones:

- Cuando la perfusión es continua.
- Cuando se administra sin Epinefrina porque se necesita más cantidad de analgésico porque hay una mayor absorción periférica.
- Cuando se administra sin opiáceos porque se necesita más cantidad de analgésicos para conseguir la misma eficacia.

3.PSÍQUICAS: Derivadas de la tolerancia del paciente a tener implantados dichos catéteres durante un periodo más o menos largo de tiempo. Estos pueden ser:

- MALA TOLERANCIA.
- AVERSIÓN AL CATÉTER.
- DEPENDENCIA.

MALA TOLERANCIA: Por diferentes causas como dolor en la región de implante, etc...

AVERSIÓN AL CATÉTER: El paciente no se acostumbra a tener el catéter implantado y pide continuamente la retirada del mismo. (Esta complicación se presenta con mayor frecuencia en los catéteres paraescalénicos dado que su ubicación es la más incómoda).

DEPENDENCIA: El paciente crea una dependencia a la administración continua de bolos analgésicos para realizar las actividades cotidianas.

OBJETIVO

Valoración subjetiva del DOLOR y de las posibles complicaciones que pueda presentar la analgesia por CATÉTERES DE CONDUCCIÓN en el postoperatorio inmediato de los pacientes traumatológicos.

MÉTODO

Hemos utilizado un método descriptivo, para el cual elaboramos una HOJA DE PROTOCOLO que nos permite analizar estadísticamente el nivel de dolor y las complicaciones que se han presentado en los catéteres implantados en el HOSPITAL DE FREMAP de Majadahonda durante el periodo de tiempo de Abril de 1997 a Julio de 1997.

En esta hoja se recogen diferentes datos:

1- En la parte superior hay cuatro apartados en los que se anotan diferentes datos del paciente y del catéter, como pueden ser:

- DATOS PERSONALES:
 - Fecha de la intervención.
 - Diagnóstico.
 - Número de habitación.
- TIPO DE CATÉTER.
- OBJETIVO DEL CATÉTER.
- TIPO DE MEDICACIÓN Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN.

2- Para la valoración del dolor hemos empleado la Escala Verbal Analógica EVA, que nos va a permitir observar subjetivamente el DOLOR del paciente en una escala de 0-10.

3- Para valorar algunas de las complicaciones que se pueden presentar utilizamos el cuadro inferior de observaciones, donde se anotan si existen complicaciones y de que tipo. Como por ejemplo:

- Bloqueo: Lateral/Contralateral/Bilateral.
- Incontinencia: Rectal/ Vesical.
- Retención urinaria.
- Dolor asociado: Cefaleas/Dolor Lumbar/Ciatalgias.
- Permeabilidad del catéter.
- Motivos de entrada.
- Conclusión global analgesia.

CONCLUSIÓN

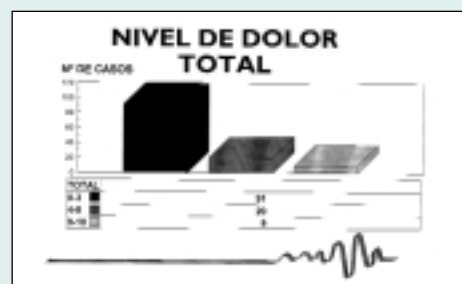
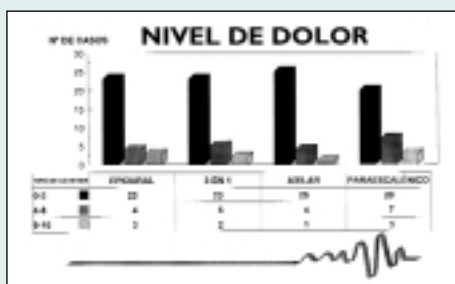
Hemos observado que los pacientes traumatológicos tratados con este procedimiento en las 48 horas postquirúrgicas, EL NIVEL DE DOLOR ES ALTAMENTE TOLERABLE.

BIBLIOGRAFÍA

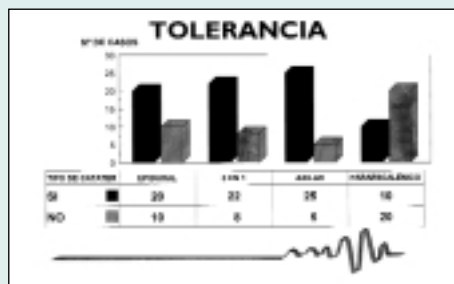
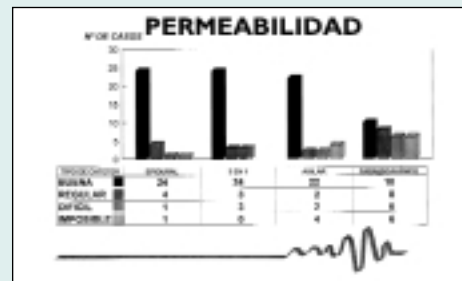
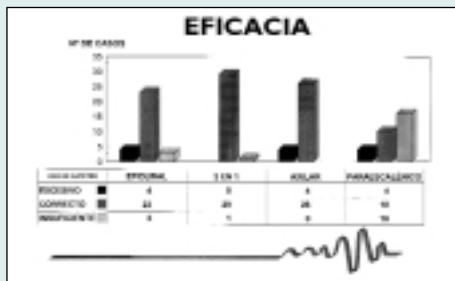
- BLOQUEOS NERVIOSOS. En anestesia clínica y tratamiento del dolor. Michael J. Cousins / Philip O. Bridenbaugh Ediciones DOYMA 1993.
- THE MANAGEMENT OF PAIN. John J. Bonica Segunda edición 1992 Lea and Febiger. Philadelphia.
- ANESTESIA. Ronald D. Miller. Edición 1995. E. Clurcuil- Livingstone.

RESULTADOS

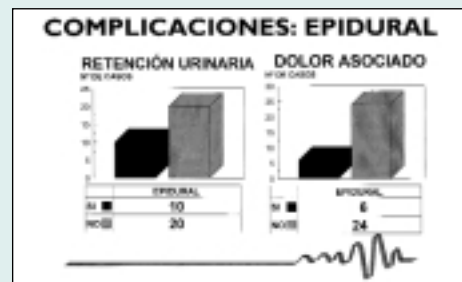
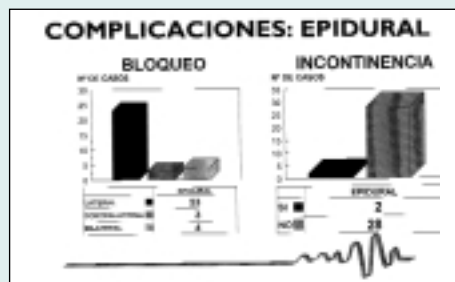
1- NIVEL DE DOLOR



2- COMPLICACIONES COMUNES



3- COMPLICACIONES DEL CARACTER EPIDURAL



Valoración del dolor

❖ ZORAIDA LÓPEZ CANO.

INTRODUCCIÓN

El control del dolor es una vieja aspiración de la humanidad pero a pesar de los grandes avances en la comprensión de los mecanismos que cronifican el dolor, esta aspiración sigue sin haberse solucionado de una manera satisfactoria.

En muchas áreas clínicas donde se cuida al paciente con dolor carecen de registros estandarizados. En muchos casos intentamos controlar las expresiones del dolor sin aliviarlo, con frases tales como: "Intente autocontrolarse", "No es tan malo como se cree", "Va a tener que aprender a manejar esto usted solo". Le estamos diciendo al paciente que no somos responsables, le estamos pidiendo que sufra en silencio, que aprenda a vivir con su dolor.

La evaluación adecuada del dolor es necesaria para su correcto tratamiento, siendo un problema para todos los profesionales la salud pero en especial para el personal de enfermería, ya que pasan más tiempo con los pacientes que ningún otro miembro del equipo de salud.

La IASP define el dolor como:

Una "experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial".

Otros la definen como una experiencia compleja que engloba procesos físicos, mentales sociales y conductuales, que compromete la calidad de vida de muchas personas.

Melzack y Casey describieron la experiencia dolorosa como tridimensional, abarcando una dimensión sensorial-discriminativa, afectiva-emocional y cognitiva-evaluativa. No es por tanto una mera sensación, sino que está modificada en cada individuo según sus experiencias previas, ambiente social, etnia, cultura, etc. El hecho de ser experiencia y subjetiva es lo que confiere la complejidad en su evaluación.



PROBLEMÁTICA DEL DOLOR

Es una experiencia muy personal y subjetiva que no puede verse ni tocarse ni medirse por otras personas que no sea el individuo que lo está experimentando.

La persona con dolor es la única autoridad sobre la existencia y naturaleza del mismo, debido a que la sensación dolorosa es subjetiva y no puede ser medida por nadie excepto por la persona que sufre el dolor, esto ha representado un problema insalvable para el estudio de este fenómeno en los pacientes debido a los conceptos erróneos sobre como valorar el dolor.

DIFICULTADES AÑADIDAS EN SU EVALUACIÓN

1. En muchos casos el enfermo quiere "ser un buen paciente", y por miedo a molestar evita hacer peticiones repetidas de alivio de dolor.
2. En otros casos adoptan actitudes de estoicismo y se sienten incómodos para hablar de su dolor, excepto a determinadas personas y en momentos seleccionados.
3. El dolor es agotador. Después de que el paciente ha estado sintiendo dolor durante horas o durante días el pa-

ciente se encontrará demasiado cansado que puede quedarse dormido y no podrá hablar de su dolor. Para algunos profesionales de la salud es sinónimo sueño de alivio de dolor.

4. La distracción. El paciente puede bromear o reírse con sus visitantes o acompañantes y cuando se hayan ido pedir un analgésico. La distracción puede conseguir que el dolor se tolere pero no que desaparezca, incluso puede sentirse más agotado por el esfuerzo realizado para atender a las visitas.

DIFERENCIAS ENTRE DOLOR AGUDO Y CRÓNICO

El dolor agudo es súbito, puede presentar cualquier intensidad. Incluye desde un pinchazo de alfiler hasta la amputación traumática de una extremidad, remite a medida que se produce la curación, es decir, tiene un final predecible. Constituye una señal biológica de alarma que avisa de daño corporal, haciendo que el paciente solicite ayuda médica. Apenas tiene repercusiones psicológicas.

El dolor crónico, en cambio, se mantiene a pesar de que la enfermedad que lo provocó haya desaparecido. Otras veces ocurre por causas incurables.

pero en todos los casos el mantenimiento del dolor y el sufrimiento que lo acompaña se convierten en una enfermedad destructiva por ella misma, independientemente de la causa. Es una enfermedad de toda la persona. Siempre asocia cambios psicológicos como ansiedad, angustia y depresión que complican el proceso.

El dolor crónico es la causa mas frecuente de incapacidad y por tanto un serio problema nacional y mundial, originando altísimos costes sociosanitarios.

Sin embargo, para el adecuado tratamiento del dolor crónico se precisa considerarlo según un modelo biopsicosocial, donde factores ambientales y psicológicos se suman al proceso orgánico, complicando la evaluación del dolor y su tratamiento.

Los pacientes que sufren de dolor crónico pueden verse afectados por lo que se ha dado en llamar Síndrome de Dolor Crónico. Para establecer una presunción diagnóstica de este síndrome, deben existir al menos cuatro de las siguientes características: (Las 8 D)

- **Duración.** Es muy variable. Hace años se convino en seis meses, pero actualmente este parámetro no es el más importante, pudiendo en ocasiones presentarse ya a las 2-4 semanas duración.
- **Dramatización:** Presentan conducta verbal y no verbal con gran carga emocional y exageración.
- **Dilema diagnóstico.** Aportan gran cantidad de pruebas diagnósticas e informes, muchas veces sin aportar conclusiones claras en cuanto al origen del dolor.
- **Drogas.** Con frecuencia consumen gran cantidad de fármacos.
- **Dependencia:** Son muy dependientes del personal sanitario, exigiendo atención de manera continuada y exagerada.
- **Depresión.** Muestran conducta depresiva, ansiedad, histeria, hipocondría, etc.
- **Desuso.** Debido a la inactividad física añaden síndromes dolorosos musculares y óseos.
- **Disfunción.** Se retraen del medio social y se autoaislan, abandonando obligaciones e incluso actividades recreativas.

ESCALAS DE MEDICIÓN DEL DOLOR

En el proceso de valoración la enfermera reúne datos subjetivos y objetivos, información del paciente tanto física como psicológica y social del paciente que le permite comprender su experiencia y los efectos sobre su vida. La información obtenida guía a la enfermera en la planificación y evaluación de estrategias de cuidados. El dolor no es estático, por lo tanto la valoración debe seguir.

La valoración en el dolor crónico es un proceso complejo y largo.

Dado que el dolor es una experiencia totalmente subjetiva, no existe ningún instrumento que nos permita su medición objetiva. Se han diseñado diferentes escalas que nos sirven como instrumento clínico para evaluar el grado de dolor y repercusión psicológica y poderlo comparar con sucesivas mediciones.

Estas escalas se pueden clasificar, según su complejidad y los parámetros que evalúan.

Escalas unidimensionales
Escalas multidimensionales
Pruebas psicológicas.
Evaluación conductual.
Evaluación fisiológica.

1. Escalas Unidimensionales.

Solamente miden la intensidad del dolor.

Naturalmente la persona que experimenta el dolor es la única que conoce su intensidad.

El objetivo es trasladar la intensidad subjetiva del dolor que siente el paciente a números o palabras que proporcione la descripción más objetiva posible.

Pueden emplearse varias escalas numéricas, 0 al 5, 0 al 10, 0 al 100, donde el 0 es la ausencia del dolor y el número más alto equivale al dolor más intenso. La escala más utilizada es la llamada Escala Visual Analógica (EVA), basada en una línea de 10 cm. donde 0 es la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor imaginable

Para los pacientes con dificultades en la comprensión de esta escala, se pueden utilizar descriptores verbales como: Mínimo, Leve, Moderado, Marcado.

Una de las ventajas de usar la escala numérica es el consenso en la interpretación y comunicación entre los miembros del equipo. Es una comprensión mas clara de la experiencia del pa-

ciente, se comprende mucho mejor que una frase descriptiva como "el dolor es muy fuerte".

La escala análoga visual se considera el método más sensitivo y fidedigno para medir la intensidad del dolor. También cambia según sea la posición, si es vertical o horizontal. Una progresión vertical, por ejemplo de abajo arriba, puede ser un concepto más familiar para los pacientes y por lo tanto más fácil de aplicar a la intensidad del dolor.

Pero además de saber que escala o que clave hay que utilizar para clasificar la intensidad del dolor lo más importante es:

- Usar aquella que tenga sentido para el paciente y la entienda bien.
- Emplear siempre la misma escala con el mismo paciente.
- Especificar los parámetros que hayamos usado (si es una escala del 0 al 5, o si es del 0 al 10) para que el significado de la clasificación del dolor sea claro.

2. Escalas multidimensionales

En las escalas previas solamente medíamos la intensidad del dolor, pero existen otros muchos parámetros que necesitamos evaluar, como por ejemplo su duración, frecuencia, limitaciones personales, incapacidades que provoca, cambios psicológicos, etc. Para esta evaluación más compleja se han diseñado estas escalas que recogen varias dimensiones del dolor:

Test de Latinnen: Consta de cinco grupos de preguntas, cada uno con cuatro posibles respuestas, de tal forma que se puede alcanzar una puntuación entre 0-20.

Los grupos de preguntas son:

- Intensidad del Dolor (0 ausente, 1 leve, 2 moderado, 3 intenso, 4 insoponible).
- Frecuencia (0 nunca, 1 raro, 2 frecuente, 3 muy frecuente, 4 continuo).
- Usos analgésicos (0 ninguno, 1 ocasional, 2 moderado, 3 alto consumo, 4 excesivo).
- Disminución de la actividad física (0 ninguna, 1 ligera, 2 moderada, 3 precisa ayuda, 4 encamado).
- Sueño (0 normal, 1 despertar ocasional, 2 despertar frecuente, 3 insomnio total, 4 precisa hipnóticos).

Preguntar al paciente que describa su dolor es a veces es muy difícil de re-

alizar, algunos pacientes comentan que su dolor es indescriptible. También preguntar si el dolor varía según las actividades, si mejora o empeora en determinados momentos del día o de la noche y si ha variado en intensidad o calidad desde la primera vez que lo sintió. Algunas de las expresiones marcadas en el cuestionario corto de McGill pueden ser útiles para determinar su origen y poner en práctica medidas efectivas.

El cuestionario de McGill sobre el dolor es uno de los más conocidos. Sin embargo es largo y complejo, siendo apropiado para la investigación. Recientemente se ha desarrollado una forma abreviada del cuestionario de McGill.

Algunas de las expresiones marcadas en el cuestionario corto de McGill pueden ser útiles para determinar su origen y poner en práctica medidas efectivas.

- *Pulsatil*. Sensación de pesadez
- *Fulgurante Dolorimiento*. Penetrante.
- *Como si le partieran en dos*. Agudo.
- *Agotador*. En forma de calambres. Le provoca náuseas.
- *Como si le royeran*. Atemorizado.
- *Como si le quemaran*. Torturador
- *Fijo y continuo*. Como una descarga.

3. Variables conductuales

Interesa también valorar y documentar la conducta del paciente ante su dolor, como quejidos, posiciones antiálgicas, expresiones faciales y la solicitud de analgésicos.

Algunos pacientes son incapaces de comunicarse verbalmente, adoptan claves para indicar su dolor, estas indicaciones pueden ser todo lo que dispongamos para la valoración del dolor.

4. Variables fisiológicas.

En el dolor agudo el organismo muestra una serie de respuestas fisiológicas que son objetivables, como la F.C., ritmo respiratorio, T.A., etc. En dolor crónico, existen con frecuencia modificaciones en el sistema nervioso vegetativo que son detectables por termografía

5. Variables psicológicas.

Especialmente en el dolor crónico, es importante detectar posibles trastornos de la personalidad, así como alteraciones depresivas que se manifiestan como dolor somático, cuando en realidad su origen es psicológico. Son de utilidad algunas pruebas psicométricas que miden alteraciones psicológicas, grado de depresión, ansiedad, etc.

Recogida de datos

La información obtenida guía a la enfermera en la planificación y evaluación de estrategias de cuidados. El dolor no es estático, por lo tanto debe seguir un proceso de evaluación continuada que se lleva a cabo mediante la obtención de la historia, una entrevista y un examen físico. Estos datos se pueden registrar en hojas de valoración:

1º UNA HOJA PARA LA VALORACION INICIAL.

Donde estarán impresos los datos de filiación, un mapa corporal de frente, de espaldas y de perfil para que el paciente señale la zona dolorosa. Si hay más de un dolor debe indicarlo con letras A,B,C, para distinguir los diversos lugares. Cuando se le pide al paciente que localice su dolor, no hay que fiarse solo de la descripción verbal de la localización. Indicarle que señale con la mano o los dedos el área dolorosa.

Debe incluir una regla de medición de la intensidad del dolor mediante el VAS.

2º HOJA PARA LA VALORACION CONTINUADA DEL DOLOR

Las características de la hoja de valoración son:

- Hora del comienzo del tratamiento de su dolor.
- Puntuación del dolor: es importante anotar que escala de valoración se va a utilizar.
- Fármacos utilizados: dosis y vías de administración.
- Constantes hemodinámicas del enfermo (Pulso T.A. Respiraciones, Nivel de conciencia).
- Otros parámetros individualizados según el paciente.
- Plan y comentarios: que incluyen las estrategias para mejorar o mantener el control del dolor.

Las hojas de control continuado permiten una rápida documentación de las respuestas del paciente junto con una fácil recuperación de la información para la evaluación continuada. Aclaran al equipo de salud como se deben administrar algunos analgésicos y que precauciones hay que tomar ante dosis elevadas de narcóticos o otros medicamentos.



COMENTARIOS ADICIONALES A LA VALORACION

Siempre preguntarle al paciente si hay algo más que quiera decir y que pueda ayudarnos a trabajar para conseguir el mejor control de su dolor.

Es posible introducir cambios que se ajusten a la situación individual del paciente. Puede acompañarse de una educación sanitaria para el paciente y su familia.

Esto puede ser muy útil para que el paciente en la próxima visita cuente como ha tolerado los fármacos, si ha tenido algunos efectos secundarios, como ha influido en su vida y en sus actividades, si ha cambiado la puntuación previa del dolor.

CONCLUSIONES

1. El dolor es subjetivo y por tanto difícil de cuantificar.
2. Es necesario medir y registrar la intensidad del dolor para su correcto tratamiento.
3. Existen múltiples variables de difícil medición que interfieren y modifican la respuesta dolorosa.
4. Se han desarrollado varias escalas de medición y valoración de todas estas variables.
5. La tarea de medir el dolor es difícil, aunque no imposible.
6. Se requiere preparación y experiencia y habilidad.

*Enfermeros/as de la URPA del Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

**Profesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de La Laguna

PUBLICIDAD ALILLA

Material de Inmovilización y Movilización

❖ ALBALATE CASTELLOTE, R - PORRAS VERDUGO, F

INTRODUCCIÓN

Durante las diferentes fases de asistencia inicial al accidentado, y especialmente en la movilización, transporte y transferencia hospitalaria, el empleo de técnicas de inmovilización de la columna vertebral y de las extremidades tiene como objetivo fundamental intentar atenuar los efectos de una posible lesión primaria (producida en el momento del accidente) y evitar producir lesiones secundarias. Tras repasar los dispositivos de inmovilización actualmente disponibles, el análisis de cada una de las fases mencionadas nos permitirá concluir en la existencia de una inmovilización para la primera movilización y posterior transporte al hospital receptor. Estos tipos de inmovilización van a ser diferentes tanto en las técnicas como en los materiales empleados.

DISPOSITIVOS DE INMOVILIZACIÓN

En el mercado existe una gran variedad de dispositivos de inmovilización, existiendo entre ellos diferencias en cuanto a materiales, formas, indicaciones y costes. Si bien el dispositivo ideal de inmovilización no existe. Todos cumplen alguna de las funciones de corregir deformidades, limitar el movimiento, estabilizar, descargar, dar masaje, dar calor, e incluso tener efecto placebo, siendo exigible que sean de fácil aplicación, faciliten la extracción de un individuo sentado del interior de un vehículo sin cambiarlo de posición, no impidan el manejo de la vía aérea o la realización de técnicas de resucitación (en caso necesario), puedan acomodarse a todo tipo de pacientes (incluyendo niños, embarazadas u obesos) y consigan lo más com-



Material de Inmovilización.

pletamente posible la inmovilización deseada.

MATERIAL DE INMOVILIZACIÓN

- Collarines cervicales.
- Férula espinal (chaleco de Kendrick).
- Férulas de inmovilización de miembros.
- Colchón de vacío.
- Camilla de tijera (cuchara).
- Inmovilizador de cabeza.
- Camilla de transporte.
- Silla evacuadora.

COLLARINES CERVICALES

El primer instrumental de inmovilización que suele emplearse es el collarín cervical, en sus diferentes variantes: blando (el más popular) y rígido (semirígido de Thomas o rígido del tipo Philadelphia).

El collarín blando, fabricado habitualmente con goma espuma forrada de tela o de material plástico, suele tener la forma de una banda rectangular a la que algunos fabricantes dan algo de forma en un vano intento de aumentar su efectividad en el movimiento de rotación y lateroflexión. Como principales desventajas se encuentran sus tallajes, algo burdo (pequeño, mediano y grande).

Los collarines rígidos están fabricados en material plástico que consta de dos partes que se superponen (anterior y posterior) permiten aumentar su altura y adaptarse a cuellos más largos o más cortos.

Como inconveniente de los modelos cervicales es la imposibilidad de acceder a una vía aérea como la cricotiroidotomía o traqueotomía, la dificultad para cateterizar venas centrales, pulso carotídeo y a la presión venosa yugular.

La indicación básica de éstos collarines es el tratamiento en el manejo ini-

cial del accidentado. Todos los collarines son poco efectivos en la restricción del resto de los movimientos de la columna cervical, por lo que deben ser siempre complementados con otros elementos, los cuales pueden ser inicialmente las manos de uno de los rescata-dores (que sujetarán firmemente la cabeza y el cuello del herido para recurrir luego a otras técnicas instrumentales, como el chaleco de Kendrick.

Antes de colocar el collarín se debe explorar el cuello y se debe colocar siempre por dos personas. Una de ellas aplicará una tracción lineal y la otra colocará el collarín de tal forma que el mentón repose sobre la parte cóncava, ajustándose en la zona posterior mediante el belcro.

La elección de la talla a utilizar es muy importante, ya que uno demasiado pequeño comprimirá estructuras vasculares y facilitará la flexión, y uno demasiado grande no conseguirá inmovilización alguna. Es conveniente antes de colocar el collarín retirar el pelo, la ropa y joyas, que pueden entorpecer las maniobras, asegurándose de que los medios de fijación estén bien firmes.

FÉRULAS ESPINALES

Para complementar el collarín cervical, se utiliza el tablero espinal corto, las denominadas "férulas espinales" o corsés de extricación, siendo la férula espinal de Kendrick la más utilizada en nuestro medio.

Para su colocación se introduce, entre el paciente y el respaldo del asiento, se desplazará ligeramente hacia delante de una forma coordinada, procurando mantener siempre alineado el eje cabeza-tronco. Evitando la falsa colocación sobre la cinturilla de pantalones y faldas.

Se bajarán las cintas que van a pasar por los muslos, siendo las primeras que hay que abrochar de forma bilateral y contralateral. Se pasarán las alas del tronco dejando los brazos fuera y abrocharán las cintas de abajo arriba, por último se colocarán las alas superiores a ambos lados de la cara rellenado el hueco del occipucio y sujetando todo con las cintas de la frente y el mentón.

La férula espinal de Kendrick es un elemento útil para la extracción, pero una vez el paciente está en un lugar fa-



Collarín Cervical.

vorable, debe ser retirada, por ser un elemento que entorpece la evacuación del paciente, además de favorecer alteraciones ventilatorias importantes.

FÉRULAS DE INMOVILIZACIÓN DE MIEMBROS

- Férulas neumáticas-hinchables-transparentes y no transparentes
- Férulas de vacío.

Férulas neumáticas

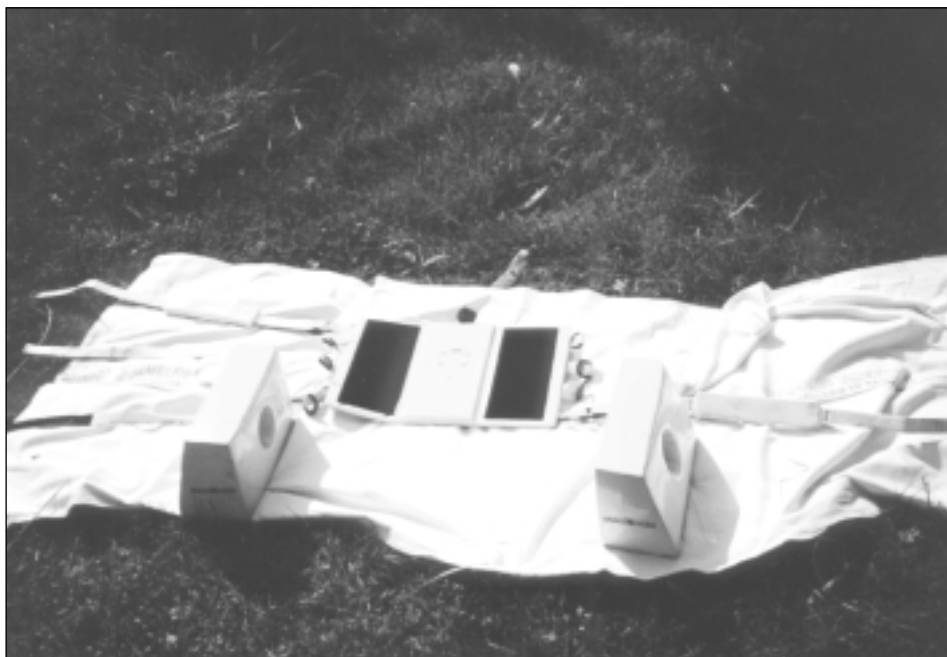
Pueden ser compartimentadas, tricamerales o tetracamerales, siendo éstas últimas más recomendables ya que, si bien no está demostrada una mejor inmovilización, si parece prevenirse con ellas el síndrome compartimental.

Estas férulas están indicadas en fracturas distales de miembros superiores e inferiores, y tienen como ventaja añadida a la inmovilización la posibilidad de comprimir puntos sangrantes en los miembros afectados, siendo recomendables que sean transparentes para que pueda observarse lo que



Corse Ext. de Kendrick.

sucede con el miembro lesionado tras la inmovilización. La férula deberá cubrir una articulación por encima y por debajo de la fractura, y en el miembro superior, deberá cubrir los dedos para



Inmovilizador de cabeza.

evitar una banda de constricción proximal que alteraría el flujo arterial distal.

Para su colocación es necesario, en primer lugar, elegir el tamaño y forma adecuada, retirar las ropas, joyas y adornos existentes sobre el miembro que se vaya a inmovilizar y, en el caso de fracturas abiertas, proceder a su limpieza y desinfección, cubriéndolas con apósitos y vendajes estériles.

La férula se introducirá con la cremallera abierta y desinflada, sujetándose la mano o el pie de la extremidad a inmovilizar haciendo una leve tracción proximal y distal a la fractura, mientras un segundo rescatador introduce la férula traccionando de su extremo proximal. Una vez colocada, se cerrará la cremallera y se inflará. El inflado de la férula se realizará manteniendo la tracción aplicada sobre el miembro, monitorizando de forma continua el pulso y la sensibilidad. Hay que tener especial cuidado con el inflado de las férulas, cuando es realizado en un lugar con muy bajas temperaturas, pues al pasar a otro lugar más cálido, se producirá una expansión del gas y aumentará la presión de inflado, con el peligro subsiguiente sobre el miembro afectado. Lo mismo ocurrirá cuando se realiza un transporte aéreo y se producen cambios importantes de altitud.

La retirada de la férula deberá ser siempre controlada, y previo desinflado de ésta, no se retira hasta que se hayan realizado los correspondientes controles radiológicos.

Férulas de vacío

Funcionan y se emplean igual que las neumáticas. La diferencia está que al aplicar el vacío se vuelven rígidas. Son unas estructuras rellenas de un material aislante moldeable.

Permiten estabilizar fracturas en cualquier posición, pero tienen la desventaja de su relativo gran tamaño que dificulta su almacenamiento.

En uno de los lados dispone de una válvula, que una vez abierta permite la entrada de aire para que se repartan uniformemente las bolas, se coloca en el miembro afectado con las cintas adherentes y después se conecta a la válvula un aspirador para realizar el vacío, haciendo así la férula rígida.

A la hora de inmovilizar un miembro se deberá primero visualizar la parte lesionada, para lo cual las ropas deben de ser cortadas o retiradas; se explorará la sensibilidad, movilidad y vascularización distal y, en el caso de que la extremidad esté severamente angulada, se intentará mediante tracción, alinear los fragmentos. Si al intentar conseguir ésta alineación se encuentra alguna resistencia, o si se altera la exploración neurológica o los pulsos distales, se inmovilizará en la posición encontrada. En el caso de fracturas abiertas, éstas deben ser cubiertas con compresas estériles antes de aplicar la férula. Las férulas deberán estar siempre bien almohadilladas, evitando que haya arrugas que puedan lesionar la piel del paciente.

COLCHÓN DE VACÍO

Los colchones de vacío son estructuras de plástico rellenas de un material aislante. En una de las esquinas dispone de una válvula giratoria por la que se aplica el vacío. El colchón es moldeable y tras realizar el vacío, queda con la forma que se le ha dado previamente, con lo que se consigue un soporte rígido que se adapta a las curvaturas fisiológicas y patológicas de todo el cuerpo, impidiendo en teoría sus desplazamientos, siempre y cuando se complemente adecuadamente con unos cinturones que fijen el paciente al colchón.

Este colchón, ofrece la gran ventaja para el transporte en ambulancia de que el material que lo rellena es aislante, por lo que, además de inmovilizar, disminuye los efectos de las vibraciones y facilita la manipulación de la víctima porque forma un cascarón rígido, protector, isotérmico y tranquilizador.

Otra ventaja añadida es la posibilidad de colocar al paciente en decúbito lateral, si no se va a poder controlar la vía aérea, para lo cual se inmovilizará en decúbito supino sobre el colchón y luego, con ayuda de almohadas, se colocará en decúbito lateral elegido. A la hora de colocar al paciente hay que tener sumo cuidado con los desplazamientos de éste sobre una estructura que es deformable, por lo que es recomendable preformar algo el colchón, colocando mayor material en el tercio superior y dándole forma para acoger la cabeza. En el caso de lesiones espinales en la charnela toracolumbar sería conveniente colocar más material para proporcionar un adecuado soporte lordótico a ésta altura de la columna. En ocasiones, al hacer el vacío, el colchón puede tender a arquearse en alguno de los ejes. Si esto sucediera, habría que levantar al paciente y recolocar el colchón observando si existe algún elemento extraño que produjera tal deformidad.

A pesar de que cuando se hace el vacío el colchón se convierte en un elemento muy rígido, no es conveniente levantarlo del suelo sin utilizar un soporte rígido, debajo (camilla de cuchara), ya que se pueden producir arqueamientos.

El colchón de vacío permite una inmovilización total del cuerpo del paciente durante su traslado. Además

permite la realización de radiografías sin quitar al paciente la inmovilización.

CAMILLA DE TIJERA

Uno de los dispositivos más utilizados en la asistencia inicial al accidentado es la llamada "camilla de cuchara, de palas, telescópica o de tijera". Permite por su configuración evacuar un paciente o accidentado sin moverlo de la posición en que se encuentre. Se trata de un soporte metálico radio-transparente constituido por dos ramas simétricas longitudinalmente y articuladas en sus extremos superior e inferior, que por medio de un pestillo automático con cierre de resorte. Este sistema telescópico con anclajes permite adaptarse a diferentes longitudes. Además, cada una de las ramas consta de dos partes:

Parte superior, tiene dos cuñas metálicas en su cara interna, una más pequeña que sirve para apoyar la cabeza y otra más larga con forma rectangular para el tronco.

Parte inferior, con una cuña metálica en su cara interna sobre la cual se apoyarán los pies.

Ambas partes forman un solo cuerpo insertándose entre sí una dentro de la otra por un sistema extensible telescópico, adaptándola a la altura de la víctima mediante pasadores accionados por dos palancas con sistema de levas. Estos pasadores entran a presión en los orificios correspondientes.

El modelo que dispone la UVI móvil, es plegable, sin piezas sueltas que se puedan perder. Para efectuar el plegado de la misma, se extiende la parte destinada a las extremidades inferiores hasta su máxima longitud y girándola 180° por medio de unos goznes se pliega. Dispone también de un juego de tres correas para la sujeción del paciente.

La colocación dependerá de cómo nos encontremos al paciente. Si la víctima se encuentra en decúbito prono se pondrá la camilla cerrada, habiendo ajustado la longitud por encima de él. Varias personas bajo la coordinación de una sola con movimientos sincronizados y en bloque darán un giro de 180° colocándolo en decúbito supino.

Si la víctima se encuentra en decúbito supino:

- 1° Con la camilla cerrada se adaptará la longitud de ésta, a la altura



Férula neumática.

ra de la víctima.

- 2° Se abrirá mediante los pestillos situados en los extremos inferiores y superiores.
- 3° Varias personas se colocarán en un lateral de la víctima, haciendo un movimiento de rotación en bloque mínimo pero eficiente para que la otra persona que lleva una rama de la camilla, la introduzca entre la víctima y el suelo. Para facilitar la entrada de las ramas durante su colocación es interesante ajustar la ropa del paciente, para evitar que ésta sea empujada hacia la línea media, lo cual impediría la aproximación de las ramas y su posterior cierre.
- 4° Utilizaremos la misma técnica para colocar la otra rama, pero al contrario.
- 5° Se colocará una persona en cada extremo de la camilla y cerrarán los pestillos.

Una vez la víctima en la camilla tijera ya está en condiciones para ser transportada normalmente a otro tipo de camilla o inmovilizador que nos permita evacuarla al hospital adecuada a su patología.

INMOVILIZADOR DE CABEZA

El inmovilizador de cabeza está destinado para ayudar a la inmovilización de cabeza y cuello de los pacientes o víctimas. En realidad se trata de

dispositivos complementarios de los collarines cervicales, consiguiendo un aceptable grado de inmovilización en la flexoextensión, pero que requiere de inmovilizadores de cabeza para la inmovilización lateral.

Dichos inmovilizadores constan:

De una base en la cual tiene correas con belcro para fijar la frente y el mentón y unas anillas para sujetar con cinchas a la camilla. Tiene dos armazones laterales almohadillados.

El inmovilizador de cabeza está revestido de vinilo y es impermeable.

El modo de utilizarlo es: separando los componentes del inmovilizador de cabeza y desabrochar las correas de sujeción.

Colocación del collarín cervical.

Poner la base del inmovilizador debajo de la cabeza del paciente, para ello se necesitarán dos personas, una hará tracción de la cabeza-cuello levantándola y la otra colocará la base debajo de la cabeza.

Una vez esté la cabeza encima de la base, se procederá a colocar los dos armazones laterales almohadillados en su forma de ángulo recto a cada uno de los laterales de la cabeza.

Luego se fijarán las correas. Una fijará la frente y la otra el mentón.

Fijación mediante cinchas las anillas a la camilla.

CAMILLA CON RUEDAS

Debido a la gran variedad que exis-



Conchón de vacío.

te, habrá que estudiar cada una de ellas dependiendo de la ambulancia en la que se trabaje.

Consta de un armazón metálico, una colchoneta de plástico rellena de espuma y cuatro patas con ruedas que se abren al extraer la camilla de la ambulancia. Las ruedas traseras son las que dirigen la camilla y la que la hacen girar, las ruedas delanteras son fijas.

Pueden adoptar diferentes posiciones:

- Horizontal a ras del suelo con las patas plegadas.
- Horizontal a diferentes alturas; según la altura de las patas.
- Oblicua; patas delanteras desplegadas y patas traseras plegadas.

Esta camilla con las patas plegadas y dentro de la ambulancia, unida a una plataforma que contiene un sistema hidráulico permite adoptar diferentes posiciones según la patología que presente la víctima: decúbito supino, decúbito piernas elevadas, decúbito supino cabeza elevada, semisentado y trendelenburg.

SILLA EVACUADORA

Consiste en una silla plegable de armazón metálico y dos soportes de lona plastificada, cuya utilidad es fundamentalmente la evacuación de enfermos, sin afectación de columna, desde su domicilio, donde no se pue-

de acceder con la camilla de ruedas o existan escaleras.

Dicha silla consta de dos ruedas delanteras de unos 20 cms. de diámetro, unos esquies o patinetes antideslizantes, para ir frenando al deslizarse por las escaleras, y unas ruedas pequeñas posteriores retráctiles que al desplegarlas nos permitirán andar por superficies lisas.

Cuando la superficie es plana, la silla se aproximará tanto en las ruedas fijas como en las retráctiles, pero al llegar a zona con escaleras, las ruedas posteriores se plegan, después se inclina la silla hacia atrás quedando como base de apoyo los patines que se deslizan por las escaleras.

Con este tipo de silla, se puede hacer la evacuación de personas inconscientes, ya que lleva un soporte de lona en la cabeza, que se regula dependiendo de la altura de la persona, y mediante tiras de belcro se sujetará la cabeza. Así mismo tiene también cinchas en la cintura

CONCLUSIÓN

Los dispositivos actualmente disponibles permiten diferenciar técnicas de inmovilización para la primera movilización del paciente, para el posterior transporte y para la transferencia al hospital receptor. La técnica ideal de inmovilización probablemente no existe y muchos de estos dispositivos han visto consolidado su uso sin haberse

sometido a evaluaciones rigurosas sobre su efectividad real, una frecuente elección inadecuada del tallaje (o la disponibilidad de una talla única), un escaso cumplimiento de las recomendaciones de los fabricantes.

Pese a estos inconvenientes, y a que debe tenerse siempre presente la posible existencia de riesgo vital que obliguen a una movilización rápida de emergencia, (sin equipamiento inmovilizados alguno), la secuencia de inmovilización más recomendable en la actualidad incluiría la colocación sistemática de collarines cervicales rígidos a todo paciente accidentado, la utilización durante la extracción de tableros espinales como la férula de Kendrick, el empleo para el levantamiento de tableros espinales largos o camilla de cuchara, la utilización para el transporte en la ambulancia de colchones de vacío y la disponibilidad de material de inmovilización intercambiable que facilite la transferencia del paciente al hospital receptor.

Se pretende la estabilidad de la víctima, reduciendo significativamente el número de movimientos potencialmente peligrosos. Al realizar este tipo de maniobras previas a la movilización del paciente, se pretende evitar que se produzcan daños sobreañadidos y posibles secuelas posteriores; intentando reducir al máximo posible la sintomatología del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. EDIKA.MED *Avances en emergencias y resucitación*. Barcelona. 1996. Pág. 94-99
2. *Manual formación de conductores-camilleros*. 1996. Pág. 4-9.
3. ELA. *Manual de urgencias para enfermería*. 1991. Pág. 157-159.
4. ELA *Manual de asistencia sanitaria en las catástrofes*. 1992. Pág. 393-397.
5. *Enfermería integral* 1996. N° 38 sep.-dic., Pág. 45-48.
6. *Enfermería integral* 1997. N° 43 sep.-dic., Pág. 11-16.

Manejo de la Fisioterapia en el Dolor Post-Quirúrgico

❖ JUAN CARLOS SOBRINO MORENO

INTRODUCCIÓN

El dolor es una sensación perceptiva y subjetiva de etiología variada que crea miedo, impotencia funcional, afectación psicológica y que incide en la calidad de vida del ser humano, sensibilizando y afectando también a sus familiares. La intensidad del dolor será distinta en cada sujeto, modificada incluso por la personalidad del individuo. La duración y frecuencia del dolor son fácilmente identificables, pero no así la intensidad y características del mismo.

Los estados de ansiedad potencian el dolor, aumentan su percepción y disminuyen su tolerancia generando tensión-dolor-tensión (según Bonica). Esto nos conduce hacia el pensamiento de que de forma ajena a causa orgánica, es cierto que varios elementos inciden sobre el dolor.

El dolor postquirúrgico se trata generalmente mediante farmacología, aunque mediante la fisioterapia de forma paralela también se pueden tratar este tipo de dolor y nuestra misión, como fisioterapeutas, es, además de recuperar la función, tratar el dolor.

OBJETIVOS

Los objetivos fundamentales son básicamente dos:

- 1 Tratar de eliminar el dolor propio de la intervención a la cual ha sido tratado.
- 2 Eliminar el dolor secundario que pueda ralentizar la mejoría del paciente.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Como fisioterapeutas tenemos varios métodos:

- **TERMOTERAPIA POR CONDUCCIÓN:** Es la aplicación directa de calor sobre la piel del paciente, de escasa penetración (1 cm.) pero puede tener incluso efectos de sedación.
- **CRIOTERAPIA EN DIFERENTES FORMAS:** Es la aplicación directa



Personal de R.P.Q. del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.

de frío sobre la piel, su efecto es más rápido y duradero que el calor, produciendo una analgesia y reduciendo el espasmo muscular. Las técnicas son las siguientes:

- 1 Cold pack: mantenidas en un congelador a -17° , están compuestas de una masa que debe ser flexible a pesar de su temperatura.
- 2 Hielo picado: Se aplica sobre una toalla durante unos 15-20 minutos.
- 3 Masaje con hielo: Se aplica de 5 a 7 minutos aproximadamente sobre superficies reducidas y de forma manual por el fisioterapeuta, el más frecuente es el masaje sobre tendones o puntos dolorosos llamado Cyriax.
- 4 Aire frío: Se aplica directamente en chorro sobre articulaciones o zonas dolorosas, produciendo un rápido efecto antiálgico. La temperatura puede llegar a -34° .

Al aplicar cualquiera de estas técnicas de crioterapia se debe tener en cuenta que no existan alteraciones cutáneas ni déficits circulatorios (Enfermedad de Raynaud) o radiculalgias.

T.E.N.S. (Estimulación eléctrica transcutánea)

Se utiliza para aliviar los síntomas y tratar el dolor, tanto en su fase aguda, postraumático, postquirúrgico, como en fase de cronicidad. El T.E.N.S. produce una inhibición de las endorfinas suprimiendo el dolor. La corriente del T.E.N.S. no debe ser tan alta que produzca contracciones musculares.

El T.E.N.S. es de uso frecuente en los servicios de Reanimación Postquirúrgica.

RELAJACIÓN

La ansiedad genera tensión y facilita la contractura de los músculos, dificulta el proceso de recuperación física y aumenta la percepción dolorosa. Por tanto si se consigue eliminar el factor ansiedad de un cuadro álgico se habrá logrado una percepción concreta del dolor, lo que lo hará más tolerable y obtendremos unas mejores respuestas al tratamiento.

Los métodos, más utilizados son: Jacobson y la Sofrología.

- Método de Jacobson: En esta técnica el paciente aprende a conocer sus extremidades, cuerpo y musculatura, tanto de forma global, como localizada a través del mantenimiento de fuertes contracciones musculares que permiten la relajación consecutiva al cansancio producido.
- Sofrología: Es la ciencia que estudia el conocimiento de la mente. En el tratamiento por sofrología se emplean diversos ejercicios gimnásticos y contracciones musculares, a la vez que el paciente vive conscientemente todas las sensaciones aferentes a través de la relajación de forma endógena, merced a la cual será posible desencadenar un mecanismo de bio-feedback mediante el cual será capaz de reproducir, revivir y utilizar la relajación siempre que sea necesaria.

CONCLUSIONES

El tratamiento del dolor postquirúrgico mediante fisioterapia es paralelo al tratamiento farmacológico. Con ello pretendemos un trabajo multidisciplinario entre los Diplomados en Fisioterapia con el fin de que el dolor del paciente disminuya y mejore su estado general, disminuyendo de esta manera las complicaciones postoperatorias, así como la morbi-mortalidad del paciente quirúrgico de alto riesgo.

^AHospital Príncipe de Asturias (Barcelona)



Reunión Asociaciones Científicas

❖ ANTONIA CASTRO

El pasado mes de enero y convocada por el Consejo General tuvo lugar una reunión de todas las Asociaciones Científicas relacionadas con la Especialidad de Cuidados Especiales de Enfermería.

Además de contar con la presencia del Presidente del Consejo, Maximiliano A. González Jurado y de la Presidenta del Comité Asesor de Especialidades de Enfermería, Miriam Ovalle Bernal, estuvieron representadas las siguientes Asociaciones: Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, Sociedad de Enfermería de Urgencias, A.E. de Enfermería en Neurociencias, A.E. de Enfermería en Cardiología, A.E. de Enfermería en Cuidados Especiales, A.E.

De Enfermería Quirúrgica, ASEEDAR-TD, A.E. de Enfermería Radiológica, A.E. de Enfermería Urológica y Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.

Cabe destacar la importancia que para las Asociaciones tiene que iniciemos este tipo de encuentros, para intercambiar opiniones y aunar esfuerzos. Todos pudimos escuchar la situación actual de las Especialidades por parte de uno de los organismos implicados directamente, como es el Con-



Integrantes de la reunión en el Consejo General.

sejo General y como no, todos los representantes pudimos expresar nuestra posición con respecto a la Especialidad de Cuidados Especiales.

^ACoordinadora de ASEEDAR-TD

Especialización en Enfermería.

Un recorrido difícil, con un futuro esperanzador

❖ ANTONIA CASTRO

INTRODUCCIÓN

Para poder realizar un análisis de la situación actual de las especialidades de enfermería es necesario recordar una serie de datos que han sido decisivos en nuestra trayectoria académico-profesional:

Año 1957: Real Decreto que regula la puesta en marcha de las Especialidades de Enfermería.

Año 1977: Real Decreto por el cual se integran los estudios de ATS a las Universidades, creándose la nueva titulación de DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA.

Año 1978: Ley que regula la formación profesional rama sanitaria, creándose los técnicos especialistas en Rx, laboratorio y anatomía patológica.

Año 1980: Ley que faculta a los diplomados de enfermería cursar las Especialidades de los ATS, lo que configuró un sistema peculiar y atípico de ordenación académica.

Año 1987: Real Decreto que deroga la ley para la realización de las Especialidades de Enfermería, hasta entonces reconocidas a nivel académico, pero sin ningún reconocimiento profesional (exceptuando la de Matrona, Fisioterapia y Podología):

- Neurología
- Urología y Nefrología
- Análisis clínicos
- Radiología y Electrología
- Pediatría
- Matrona
- Psiquiatría

A efectos previstos en este Real Decreto se crean las siguientes Especialidades:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica
- Enfermería Pediátrica
- Enfermería de Salud Mental
- Enfermería de Salud Comunitaria
- Enfermería de Cuidados Especiales
- Enfermería Geriátrica
- Gerencia y Administración de Enfermería.



Este mismo R. D. también explica mediante una Disposición Transitoria, como obtener el título de Especialistas los profesionales que llevamos años trabajando en las diferentes áreas de especialización:

Podrán obtener un solo título de enfermero/a especialista el que proceda por una sola vez, tanto los D. E., como los ATS que hubieran ejercido la profesión con carácter especializado durante 4 años, en los últimos 10 años, siempre que sea evaluado positivamente, la presentación de un trabajo de investigación sobre la correspondiente especialidad, o superen aquellas pruebas que se convoquen y que versaran sobre los programas de formación de la especialidad respectiva, todo ello en la forma y con el plazo que reglamentariamente se determine.

Los aspirantes contarán para tales supuestos con dos convocatorias.

Año 1992: Real Decreto que establece las normas para la realización de la Especialidad Obstétrico-Ginecológica (cumplimiento de la Directiva 80/155 de la C.E.E.). Las Directivas Comunitarias obligaron a la formación de Matronas en España.

Todas las especialidades seguirán el modelo establecido en la implantación de esta especialidad:

- Tipo D.I.R. (Diplomada Interna Residente):

Contrato de trabajo a tiempo completo (formación académica y trabajo en el hospital).

Superación de una prueba de carácter estatal para poder acceder.

Acreditación de Unidades Docentes de las correspondientes Instituciones públicas o privadas, con una oferta de plazas, que en ocasiones es mínima, 2 plazas en Sevilla y 6 en Málaga.

Año 1995: Real Decreto por el cual se regula el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Técnico en Farmacia y Técnico Superior en Radioterapia.

Año 1998: Real Decreto que establece las normas para la realización de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental.

APROBACIÓN DE UNA ESPECIALIDAD

Según el Decreto Ley 992/1987 por el que se regula la obtención del título de enfermera/o especialista, corresponde al Gobierno, a propuesta de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, previo informe del Consejo de Universidades y del Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, la creación, cambio de

denominación o supresión de Especialidades que el progreso científico y tecnológico aconseje de acuerdo con las normativas sanitarias.

Todos los programas deberán ajustarse a las exigencias de la Directiva de la C.E.E.:

- Respetar los principios de la libre circulación de profesionales.
- Reconocimiento de los títulos europeos de Enfermero/a Especialista R.D. 1665/1995.

Dichos programas son propuestos por el Comité Asesor de Especialidades, cuyos componentes son:

- 2 representantes del Ministerio de Educación y Ciencia.
- 2 representantes de Sanidad y Consumo.
- 2 representantes del Consejo General de Diplomados de Enfermería.
- 1 representante de las Asociaciones Científicas (legalmente constituidas).

Para que se inicie el proceso de estudio de una Especialidad han de confluir tres factores fundamentales:

- Que la estructura sanitaria del país sea la adecuada.
- Necesidades de la población.
- Petición del colectivo profesional.

Como se puede comprobar existe un gran vacío legal desde la Resolución del Real Decreto de 1997, hasta la aparición de la primera Especialidad reconocida, de hecho lleva sin cumplirse en su totalidad 12 años, aunque no es momento de cuestionar la falta de credibilidad de nuestras Instituciones por no cumplir con las disposiciones de un documento tan trascendente, como es un Real Decreto.

ENFERMERÍA DE CUIDADOS ESPECIALES NUESTRA ESPECIALIDAD

Durante este período la Asociaciones Científicas hemos estado trabajando de forma individual, intentando mejorar en nuestras áreas de capacitación y de forma conjunta intentando llegar a acuerdos comunes que favorezcan al conjunto de nuestra profesión.

Con respecto a nuestra Especialidad y habiendo descartado la posibilidad de crear una especialidad de enfermería en anestesia-reanimación úni-

ca como en otros países; fue en el año 1994 cuando iniciamos un diálogo directo con la Dirección General del Departamento de Formación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, justificando mediante documentos, congresos, jornadas, publicaciones y situación mundial de la Enfermería de Anestesia, la necesidad de que nuestra Especialidad estuviera incluida en la de "Cuidados Especiales".

En noviembre de 1996, el Comité Asesor de Especialidades, a requerimiento del Departamento de Formación Sanitaria, inicia el procedimiento necesario para el diseño de la Especialidad de Enfermería de Cuidados Especiales, por esta razón dicho comité acordó iniciar en esta línea de trabajo una serie de consultas a las Asociaciones Científicas de Enfermería relacionadas con este área de cuidados. Con este fin nuestra Asociación rellenó una encuesta elaborada para recoger datos esenciales y así poder obtener una visión global de lo que podría configurar dicha Especialidad.

De forma global las preguntas iban dirigidas a obtener datos como estos:

- Interés actual por la Especialidad
- Áreas que tendrían elementos comunes con nuestra Especialidad
- Actividades de nuestra área, que son exclusivas de la misma
- Servicios donde podemos desarrollar nuestra actividad de especialista
- Carencias actuales de los profesionales en relación a los aspectos teóricos, técnicos y psicosociales.

En el año 1997, nuestro trabajo consistió en recoger documentos de apoyo de las diferentes Sociedades Médicas de Anestesiólogos, tanto española, como autonómicas, asimismo de Jefes de Servicio de Departamento de Anestesia de diferentes Instituciones públicas y privadas.

Dándose lectura de dichos documentos en una reunión del Comité Asesor de Especialidades en abril de ese mismo año.

LA ESPECIALIDAD EN MARCHA

En 1998 el Comité Asesor al objeto de desarrollar el programa de Formación de la Especialidad en su aspecto troncal (primer año común o troncal y segundo año específico para cada área) acuerda la creación de un grupo de trabajo de carácter temporal, del cual debe formar parte un represen-

tante de las Asociaciones cuyas actividades pertenezcan al área de cuidados especiales, a tal fin, realizamos una votación entre todas las Asociaciones, siendo elegido, por mayoría, el representante de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC).

También, y durante el año 1998, surge una Orden Ministerial que en su artículo 1º dice: *El título de Enfermero/a Especialista creado por el Real Decreto 992/1987, se obtendrá tras la realización y superación del correspondiente programa formativo. Dicho título, que será expedido por el Ministerio de Educación y Cultura, habilitará para el ejercicio profesional de acuerdo con la normativa vigente.*

Dicha Orden clarifica que las Especialidades se crearán con un reconocimiento profesional.

Año 1999: Por fin se reúne el grupo de expertos, cuyos primeros pasos han sido:

- Justificación de la Especialidad
- Definición de la misma
- Perfil profesional

Además de elaborar un programa preliminar del primer año (troncal), con las siguientes asignaturas:

- Metodología de la Investigación
- Gestión en las Unidades de Cuidados Especiales
- Ética y legislación
- Aspectos psicosociales
- Enfermería en Cuidados Críticos
- Enfermería en Emergencias, Urgencias y Catástrofes
- Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos

Aunque todavía no se han definido las Áreas que van a ser específicas para el segundo año, Enfermería de Anestesia-Reanimación y Tratamiento del Dolor, tiene prácticamente confirmada su presencia en ella.

En estos momentos, realmente nuestro futuro es esperanzador, el proceso está en marcha, creemos que los Organismos implicados tienen en esta ocasión un verdadero interés de que, en un plazo de 2-3 años, se vea regulada nuestra actividad profesional con la aprobación y puesta en marcha de dicha Especialidad.

Visita del Comité de Planificación de Congresos del IFNA a Barcelona

ANTONIA CASTRO. COORDINADORA DE ASEEDAR-TD

Durante los días 15, 16 y 17 del pasado mes de marzo recibimos la visita del Comité de Planificación de Congresos de la Federación Internacional de Enfermería de Anestesia (IFNA), siendo nuestros ilustres visitantes: el Director Ejecutivo del IFNA, Sr. Ronald Caulk; el Presidente del IFNA, Sr. Pascal Rod y el Presidente de dicho comité, Dr. Glen C. Ramsborg, que a su vez será Presidente del próximo Congreso Mundial que se celebrará en Chicago el año 2000.

Como todos recordareis Barcelona es una de las candidatas para celebrar el 8º Congreso Mundial de Enfermería de Anestesia para el año 2006, junto con Holanda y Suiza.

Nuestro trabajo consistió en mostrar una Barcelona que ha demostrado sobradamente que está capacitada para recibir este tipo de encuentros, fueron 3 días intensos y agotadores para nuestros visitantes, pues teníamos una agenda repleta de visitas, reuniones y comidas de trabajo con las personas y organizaciones implicadas directamente en este tipo de eventos.

Desde aquí queremos reiterar nuestro



agradecimiento a *Barcelona Convention Bureau*, empresa perteneciente al Departamento de Turismo de Barcelona, por prestarnos su apoyo, totalmente gratuito, en cuanto a la confección del dossier de la Candidatura, preparando y coordinando la visita de inspección, además de ofrecernos los recursos humanos

necesarios para garantizar el éxito de la visita, con intérprete, guía y chófer que demostraron en todo momento una gran profesionalidad y capacidad humana.

Esperemos que cuando esta publicación esté editada, durante nuestro Congreso Nacional en Granada, tengamos noticias al respecto.

VII Jornadas de Enfermería de la Comunidad Valenciana en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor

Mª ASUNCIÓN MAERTÍNEZ JUÁREZ. VOCAL DE ASEEDAR-TD

Las VII Jornadas de Enfermería de la Comunidad Valenciana en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor (ASECVAR), tuvieron lugar, en los salones de la CAM y aula de Cultura de la ciudad de Elche, los días 18 y 19 del pasado mes de junio.

La inauguración de las jornadas corrió a cargo de el Presidente del CECOVA, D. Juan Figuérez Fernández, siendo muy numerosa la participación de profesionales y estudiantes de las Universidades de Valencia y Alicante, presentando comunicaciones libres de un elevado nivel.

Los temas de las ponencias y sus comunicaciones fueron:

- Cuidados de Enfermería en el post-operatorio de Cirugía Cardíaca.
- Anestesia Loco-regional, bloqueo del plexo braquial. Región infraclavicular o axilar.
- Cuidados de Enfermería en la Unidad Multidisciplinar del Dolor. Una visión

Como colofón hubo una mesa debate que despertó mucho interés, tanto por lo delicado que está este tema con nuestra especialidad, cuyo título fue "Proceso de Donación de Organos". Estuvo presentada por el Dr. D. José Luis Vicente, Coordinador de Transplantes del Hospital Universitario "La Fe" de Valencia; Dña. Purificación Gómez, Coordinadora de la Unidad de Transplantes del Hospital General Universitario de Alicante.; Dña. Manoli Sánchez y Dña. Josefa..., enfermeras miembros del equipo de Coordinación de Transplantes del citado Hospital, y por último Dña. Dolores Valle, Directora de Enfermería del Hospital General Universitario de Elche. Al acto de clausura asistie-



mería de Valencia, D. Juan José Tirado; el Presidente del Colegio de Enfermería de Alicante, D. Juan Figuérez; la Presidenta de ASEEDAR-TD, Dña. Mª Victoria Dato y la Presidenta de ASECVAR, Dña. Mª Asunción Martínez. Estas Jornadas han sido declaradas de interés científico y profesional por parte del CECOVA, Consejo que a su vez edita la publicación del libro