



CARTAS AL DIRECTOR

En respuesta a la pregunta: «¿quién tiene el laboratorio más impactante?»[☆]



In response to the question «who has the most impressive laboratory?»

Estimado Director:

Con relación a la editorial «La simulación de la fidelidad: ¿quién tiene el laboratorio más impactante?»¹ publicado en el número de abril-junio de 2017, nos gustaría poder contribuir a dar respuesta a la pregunta planteada por el autor a razón de una experiencia de innovación docente que hemos venido desarrollando durante el curso 2016/17 en el contexto de la Convocatoria de Innovación Docente de la Universidad Autónoma de Madrid: «Estrategias creativas para la simulación clínica en el Grado de Enfermería: simulación con marionetas y máscaras de silicona».

Tratando de atender a las necesidades formativas de nuestros estudiantes de cuarto curso (itinerario específico de cuidados a las personas en situación de urgencia) en relación con las competencias comunicativas y a su nivel de desempeño avanzado, y siendo conscientes de las limitaciones de recursos con las que, de forma mayoritaria, tenemos que trabajar, indagamos en busca de propuestas factibles que resultaran, al mismo tiempo, innovadoras y atractivas².

En línea con lo anterior, decidimos probar con la simulación con máscaras de silicona (High Fidelity Silicone Simulation [HFPSS]) tomando como referencia la propuesta de MASK-ED™ Simulation desarrollado por la profesora Kerry Reid-Searl de la CQUniversity en Australia para adaptarla a nuestro entorno. La HFPSS consiste en la utilización de prótesis de silicona (máscaras, torsos y guantes) que el educador (con la preparación adecuada) lleva puesto para dar vida a un personaje asumiendo su personalidad y sus manierismos^{3,4}.

La actividad de simulación se desarrolló en 3 fases. Durante la primera de ellas se trabajaron las herramientas

para poder llevar a cabo la simulación y dar soporte a su posterior discusión (caso clínico, biografía del personaje, posibles líneas de desarrollo de la dramatización, documento para asistir a la observación de la simulación, rúbrica para evaluar el desarrollo de la interacción comunicativa, y hoja informativa y de consentimiento informado para la audio-grabación de la simulación). Así mismo se ambientó el escenario para la simulación a semejanza de una unidad de observación del servicio de urgencias y se atavió al personaje con ropa y accesorios adecuados. En la segunda fase se llevó a cabo la interacción entre el estudiante y el paciente simulado con una duración de 20 min. Por último, se procedió a la discusión sobre el desarrollo de la simulación reflexionando (estudiantes y profesor dinamizador de forma conjunta) sobre el desempeño de las habilidades comunicativas.

La HFPSS nos ha permitido reproducir escenarios cuasi reales para favorecer la práctica segura de habilidades comunicativas. Los estudiantes que participaron directamente en la simulación reconocen haberse sentido integrados en el ambiente interpretado como real olvidándose por completo de que se trataba de un escenario recreado.

«Aquella habitación, la actitud de la profesora disfrazada y la máscara de silicona fueron muy facilitadoras para apaciguar los nervios del principio, para aislarme y actuar con normalidad, centrándome solamente en aquello que estaba haciendo» (Estudiante).

Por su parte, los profesores han vivido la experiencia como especialmente motivadora dejando a un lado los iniciales temores sobre las habilidades para la dramatización. En este sentido, la barrera de la máscara permitió la expresión segura del personaje interiorizado consiguiendo gran credibilidad y personificación (*embodiment*).

«La máscara te aísla del entorno permitiendo introducirte dentro del personaje al que das vida con gran intensidad emocional. La idea del “profesor dentro del paciente” te traslada metafóricamente bajo su piel en un ejercicio de trabajo empático muy interesante» (Profesora).

En conclusión, volviendo a la cuestión lanzada por Raurell-Torredá y Gómez-Ibáñez, podríamos decir que el laboratorio más impactante no lo tienen, sino que lo diseñan, aquellos docentes que, con creatividad y gran motivación por desarrollar una educación de excelencia, generan y desarrollan metodologías docentes innovadoras y económicamente viables. Por tanto, el laboratorio más

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2017.04.001>

[☆] Proyecto aprobado y financiado por la Convocatoria de Proyectos de Innovación Docente UAM 2016/17.

impactante es aquel que sensibiliza al estudiante, estimula la reflexión crítica, provoca emociones y, en definitiva, ¡moviliza actitudes!

Bibliografía

1. Raurell-Torredà M, Gómez-Ibañez R, Miembros grupo GRISCA. La simulación de alta fidelidad: ¿quién tiene el laboratorio más impactante? *Enferm Intensiva*. 2017;28:45–7.
2. McAllister M, Levett-Jones T, Downer T, Harrison P, Harvey T, Reid-Searl K, et al. Snapshots of simulation: Creative strategies used by Australian educators to enhance simulation learning experiences for nursing students. *Nurse Educ Pract*. 2013;13:567–72.
3. McAllister M, Reid-Searl KR, Davis S. Who is that masked educator? Deconstructing the teaching and learning processes of an innovative humanistic simulation technique. *Nurse Educ Pract*. 2013;33:1453–8.
4. Reid-Searl K, Levett-Jones T, Cooper S, Happell B. The implementation of Mask-Ed: Reflections of academic participants. *Nurse Educ Pract*. 2014;14:485–90.

M.T. González-Gil (PHD)*, C. Canalejas-Pérez (MsC), C. González-Blázquez (PHD), M. Arlandis-Casanova (MsC), M.T. Argüello-López (PHD) y M. Tenorio-Matanzo (PHD)

Sección Departamental de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariat.gonzalez@uam.es (M.T. González-Gil).

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2017.09.003>
1130-2399/

© 2017 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

El tour prequirúrgico a la unidad de cuidados intensivos, ¿resulta de ayuda para los pacientes de cirugía cardiaca electiva?



Critical Care Unit presurgical tour, is it helpful for patients undergoing elective cardiac surgery?

En el año 1997 Lynn-McHale et al. planteaban en el *American Journal of Critical Care* la siguiente pregunta: *Preoperative ICU tours: are they helpful?*¹. Veinte años más tarde siento la obligación de retomar esta misma pregunta tras vivir una experiencia personal de acompañamiento de un ser querido a través de un proceso de cirugía cardiaca complejo.

Está constatado en la literatura el hecho de que los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía cardiaca experimentan altos niveles de ansiedad debido a los miedos, preocupaciones e incertidumbres relacionadas con la cirugía. Por otro lado, la evidencia da soporte a las intervenciones educativas preoperatorias para reducir la ansiedad y mejorar la recuperación posquirúrgica.

En particular, en el contexto de la cirugía cardiaca, podemos identificar ensayos clínicos con propuestas educativas sencillas que mejoran los niveles de ansiedad del grupo control y que resultan factibles en relación con los recursos disponibles. Centrándonos en la experiencia de Gou et al.², podemos apreciar como parte de la información que se provee a los usuarios está centrada en el postoperatorio inmediato en la unidad de cuidados intensivos (UCI) evidenciándose diferencias en los tiempos de estancia en dicha unidad de 4 h (media de 44 versus 48 h). Si bien esta diferencia tiene una significación estadística límite ($p=0,05$), nos obliga a reflexionar sobre la dimensión emocional y cómo esta puede condicionar la evolución de los pacientes. Por su parte, Scott³, como resultado de un trabajo de revisión de la literatura, lanza recomendaciones para la práctica clínica claras y firmes apostando por la necesidad de reali-

zar intervenciones educativas sistemáticas por parte de las enfermeras de la UCI dirigidas a los pacientes que ingresarán en estas unidades tras una cirugía electiva con el objetivo de disminuir su ansiedad.

Tomando como referencia la propuesta de Williams et al.⁴, identificamos 3 pilares básicos sobre los que sustenta el bienestar emocional y, en consecuencia, el bienestar físico y la recuperación precoz, estos son: el sentirse seguro (confianza en el equipo de cuidados), el sentirse informado (conocimiento del proceso y del abordaje terapéutico) y el sentirse valorado (capacidad de participar en la toma de decisiones y en el autocuidado). Así, la noción de control se significa como elemento clave en 3 dimensiones: el control sobre uno mismo (emociones, miedos, incertidumbres y toma de decisiones), la cesión del control en los demás (establecimiento de relaciones terapéuticas sólidas) y el control de los tiempos (sucesión de acontecimientos y temporalidad de los mismos)⁵.

En mi reciente experiencia personal, la visita prequirúrgica por parte de las enfermeras de la UCI estuvo vinculada a un tour por la unidad. Este se llevó a cabo la mañana anterior a la cirugía en respuesta a las posibilidades del paciente con una duración aproximada de 15-20 min. Durante la visita, el paciente pudo familiarizarse con el entorno en el que se iba a despertar tras la cirugía, conocer el aparataje y dispositivos de soporte, identificar elementos orientativos en tiempo y espacio (distribución de la unidad, ventanas y relojes), aprender la secuencia de eventos que se iban a suceder a lo largo de las primeras horas del postoperatorio (disminución de la asistencia ventilatoria, retirada del tubo endotraqueal, tolerancia digestiva, movilización precoz...), identificar formas de facilitar la comunicación con el equipo de cuidado, así como conocer a parte del equipo.

Esta intervención ha contribuido en gran medida a hacer que la experiencia se haya alejado de ser traumática para ser vivida, desde la consciencia y el conocimiento del proceso, con sensación de autocontrol y de confianza plena en el equipo de cuidados. Todo ello ha repercutido a una vivencia emocional y físicamente confortable que, sin