

**XVII JORNADAS DE ENFERMERÍA  
SOBRE TRABAJOS CIENTÍFICOS**

**“Impulsando estrategias en la calidad de cuidados”**

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)  
Imprime: Imprenta Senen  
I.S.B.N.: 978-84-695-0897-8

**Alicante, 18 y 19 de Noviembre de 2011**

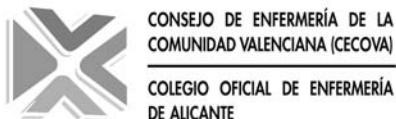
ORGANIZA:

**DIVISIÓN DE ENFERMERÍA  
DEL DEPARTAMENTO DE SALUD  
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL**

**SALÓN DE ACTOS DEL HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARIO DE ALICANTE**

*Declaradas de Interés Científico-Sanitario por la Conselleria de Sanidad  
de la Comunidad Valenciana*

*Declaradas de Interés Profesional por el Consejo de Enfermería de la  
Comunidad Valenciana (CECOVA)*





# ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN .....	7
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	8
3. COMITÉ DE HONOR .....	9
4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA .....	10
5. NORMAS GENERALES Y DE PARTICIPACIÓN .....	11
6. PLANO .....	15
7. PROGRAMA .....	16
8. TALLERES DE ENFERMERÍA .....	20
9. PREMIOS .....	21
10. PATROCINADORES .....	22
11. CONFERENCIA INAUGURAL .....	23
12. MEMORIA XVI JORNADAS .....	35
- MESA EXPERTOS 1 .....	51
- MESA COMUNICACIONES LIBRES 1 .....	65
- MESA EXPERTOS 2 .....	97
- MESA COMUNICACIONES LIBRES 2 .....	109
- MESA EXPERTOS 3 .....	163
- CARTELES CIENTÍFICOS .....	179
- ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA .....	209





## 1- PRESENTACIÓN

Bajo el lema “Impulsando estrategias en la calidad de cuidados” presentamos la XVII edición de las Jornadas de Enfermería sobre Divulgación de Trabajos Científicos del Departamento de Salud de Alicante. Hospital General. Fieles a la idea primigenia de ofrecer un foro de Divulgación de los trabajos y experiencias de nuestros profesionales, este año además vamos a hacer una apuesta muy fuerte por una serie de áreas que pueden favorecer el potencial de mejora que aún nos queda para alcanzar la excelencia en el cuidar.

Concretamente trabajaremos, con la ayuda de cualificados expertos en sus respectivas materias, cuatro líneas estratégicas, entendiéndolas como los caminos más favorables para lograr nuestros objetivos:

- La Comunicación: Que con sus numerosas vertientes constituye un poderoso instrumento que nos permitirá crear un clima favorable de actuación profesional.
- La Seguridad en los Cuidados: Es una de nuestras señas de identidad como Departamento en el compromiso por un entorno de práctica segura para nuestros pacientes.
- Las Nuevas Tecnologías: Un arsenal impresionante a disposición del Sector Sanitario para avanzar y acercar la asistencia al ciudadano.
- El Consenso Asistencial Interdisciplinar: Factor clave en un contexto como el nuestro donde el paciente tiene derecho a recibir la mejor asistencia posible, en el momento idóneo y en el lugar adecuado, y ello sólo es posible con una coordinación fruto de la integración entre niveles y profesionales.

Estas XVII Jornadas se celebran en un momento difícil por la situación económica y a pesar de ello los Comités han considerado hoy más que nunca que a pesar de las dificultades, nunca debemos renunciar a la mejora continua y jamás debilitarnos frente a la adversidad. Como dijo Einstein: “En los momentos de crisis, sólo la imaginación es más importante que el conocimiento” y en estas XVII Jornadas derrocharemos imaginación y culminaremos con un acto de magia donde hagamos que desaparezcan nuestras sombras y arrojemos luz e ilusión para seguir liderando el cambio constante hacia la excelencia.

En nombre de todos los que formamos los Comités sean bienvenidos a las XVII Jornadas de Enfermería.

**Miguel Ángel Fernández Molina**  
*Presidente XVII Jornadas de Enfermería*

## **2.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

1. Impulsar estrategias que incidan directamente en la Calidad de los Cuidados.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Conocer y dar a conocer los recursos que ofrecen las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación en materia de Calidad Asistencial.
2. Concienciar a los profesionales para trabajar desde una perspectiva basada en la cultura de la Seguridad del paciente.
3. Fomentar la Comunicación como instrumento para crear un clima favorable de interacción entre profesionales y pacientes.
4. Divulgar las iniciativas de consenso asistencial interdisciplinar del Departamento de Salud Alicante. Hospital General.





### 3.- COMITÉ DE HONOR

**Honorable Sr. D. Luis Rosado Bretón**  
CONSELLER DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

**Ilmo. Sr. D. Alexandre Catalá Bas**  
SUBSECRETARIO CONSELLERIA DE SANITAT

**Ilma. Sra. Dña. Manuela García Reboll**  
SECRETARIA AUTONÓMICA PARA LA AGENCIA VALENCIANA  
DE LA SALUD

**Ilmo. Sr. D. Francisco Soriano Cano**  
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

**Ilmo. Sr. D. Eloy Jiménez Cantos**  
DIRECTOR GENERAL DE RÉGIMEN ECONÓMICO DE LA SANIDAD

**Ilmo. Sr. D. Guillermo Ferran Martínez**  
DIRECTOR GENERAL DE ORDENACIÓN Y ASISTENCIA SANITARIA

**Ilmo. Sr. D. José Clérigues Belloch**  
DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS

**Ilmo. Sr. D. Ignacio Ferrer Cervera**  
DIRECTOR GENERAL DE EVALUACIÓN, CALIDAD Y ATENCIÓN  
AL PACIENTE

**Ilmo. Sr. D. Manuel Escolano Puig**  
DIRECTOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA

**Ilmo. Sr. D. José Antonio Ávila Olivares**  
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA  
COMUNIDAD VALENCIANA

**Ilmo. Sr. D. José Ángel Sánchez Navajas**  
DIRECTOR TERRITORIAL DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD  
EN ALICANTE

**Ilma. Sra. Dña. Belén Payá Pérez**  
PRESIDENTA ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA  
DE ALICANTE

**Ilmo. Sr. D. Juan Antonio Marqués Espí**  
GERENTE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD. HOSPITAL GENERAL

## 4.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

### **PRESIDENCIA**

D. Miguel Ángel Fernández Molina  
*Director de Enfermería*

### **VICEPRESIDENCIA**

D. José Ramón González González  
*Director de Enfermería de Atención Primaria*

Dña. Asunción Sempere Quesada  
*Subdirectora de Enfermería*

---

### **COMITÉ CIENTÍFICO**

#### **PRESIDENTA**

Dña. Nieves Izquierdo García  
*Supervisora de Área*

#### **VOCALES**

Mercedes Segura Cuenca	Ana Matilde Bellot Bernabé
M <sup>a</sup> Angeles Lillo Hernández	Encarna Mateo López
Belén Payá Pérez	Cristina Peydró Navarro
Pilar Toboso González	Catalina Pardo López
M <sup>a</sup> Dolores Tornero Tomás	Inés González Sánchez
Virginia Alemañ Santos	José Luis Giménez Tébar
Clara Abellán García	Clara E. Chillón Peral
M <sup>a</sup> Luisa Ruiz Miralles	M <sup>a</sup> José Muñoz Reig
Carmen Llabata García	

---

### **COMITÉ ORGANIZADOR**

#### **PRESIDENTA**

Dña. Mercedes Albaladejo Tello  
*Adjunta de Enfermería*

#### **VOCALES**

Francisco Pérez Useros	Julio Asensi Torregrosa
Fco. Vicente Blanes Compañ	Francisca Milán Navarro
Fidel Climent Aragón	Petri Rosell Hergueta
Marian Alonso Roman	José Borrell Climent
Isabel Chaves Muñoz-Alcón	Héctor Terol Royo
Joaquin García Artero	Manoli Domingo Pozo

---

#### **GESTIÓN DE RECURSOS**

D. Ginés A. Rodríguez Aguilar  
*Subdirector de Enfermería*

#### **SECRETARÍA TÉCNICA**

Dña. Fernanda Fernández Gil  
Dña. M<sup>a</sup> José Jaén Garrido  
Dña. M<sup>a</sup> Dolores Más Planelles



## **5.- NORMAS GENERALES Y DE PARTICIPACIÓN**

### **NORMAS GENERALES**

- Las jornadas van dirigidas a todos los profesionales de Enfermería de la Provincia de Alicante, con un límite máximo de inscripciones de acuerdo al aforo de la sede.
- El lugar de celebración será el Salón de Actos del H.G.U.A. y dependencias adyacentes
- La Inscripción es gratuita pero debe formalizarse en la Web de la División de Enfermería del H.G.U.A. <http://cuidados20.san.gva.es> a fin de poder recibir la identificación y documentación pertinente.
- Es requisito indispensable, que el autor que presente el trabajo esté inscrito en las Jornadas.
- Se hará entrega del certificado de asistencia a toda persona que, previa inscripción, justifique personalmente su asistencia a las XVII Jornadas de Enfermería en la sección de Documentación.
- Para poder acceder a los premios otorgados por el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante, será requisito necesario que el autor esté al corriente de sus cuotas colegiales si se trata de una enfermera/o (normas colegiales).
- Durante las dos jornadas habrá exposición de Carteles Científicos.
- Se realizarán actividades paralelas relacionadas con la actividad asistencial.
- Se establecerá una zona destinada a exposición comercial (stands).

### **NORMAS DE PARTICIPACIÓN EN LAS XVII JORNADAS**

Podrá participar el personal de la División de Enfermería de Centros Sanitarios de la Provincia de Alicante, con plaza en propiedad o contratado, que esté trabajando actualmente o que haya realizado el trabajo durante su permanencia en estos Centros; así como los Alumnos de pregrado.

Se podrán presentar aquellos trabajos que hayan sido realizados hasta el 17 de octubre de 2011 que no hayan sido presentados en anteriores ediciones de estas Jornadas. Tendrán preferencia aquellos relacionados directamente con el lema de esta edición: “Impulsando estrategias en la calidad de cuidados”

La estructura de las Jornadas permite la contribución libre de los participantes en los apartados que a continuación se detallan:

- Comunicaciones ORALES.
- Carteles.
- Experiencias en integración asistencial.

Será condición indispensable para poder participar en cualquiera de las modalidades de presentación de trabajos el que el autor que presente el trabajo, esté inscrito en las Jornadas.

### **NORMAS GENERALES PARA ENVIAR LOS RESÚMENES**

- El envío de resúmenes se realizará antes del 17 de octubre del 2011, obligatoriamente, a través de la web <http://cuidados20.san.gva.es> en la sección de Normas-Normas Presentación de Trabajos. Al enviar el resumen es MUY IMPORTANTE que consten los datos siguientes:

- Nombre y 2 Apellidos de todos los autores, indicando la persona que realizará la presentación del mismo en las Jornadas teniendo en cuenta:

Que el certificado solo se dará a las personas cuyos nombres consten en el resumen enviado para la evaluación con el Comité Científico. No se admitirá ningún cambio de autor tras dicha valoración.

- Persona de contacto.
- Lugar de trabajo
- Teléfono de contacto.
- E-mail de contacto.
- Formato de presentación:
- COMUNICACIÓN ORAL.
- CARTEL
- EXPERIENCIA

- El resumen debe contener, los siguientes apartados como encabezamiento de los respectivos contenidos: Objetivos, Métodos, Resultados y Conclusiones o Discusión que deberá incluir las implicaciones para la práctica clínica. La extensión del resumen será de 400 palabras máximas. No se aceptarán resúmenes que presenten información vaga y/o general que imposibilite a los miembros del Comité Científico determinar cuál ha sido la metodología concreta seguida en el estudio.

- Excepcionalmente, se podrán presentar experiencias (formato oral o formato cartel) en innovaciones, que se entenderán conceptualmente como programas, proyectos, acontecimientos, etc., implantados en una unidad o centro. Esta modalidad no optará a Premios del Comité Científico, pero sí al Premio por Votación Popular.

- Tras el envío del resumen a través de <http://cuidados20.san.gva.es>, el comité científico enviará al autor un e-mail de recepción indicándole su número de registro.

- Tras la evaluación del de todos los resúmenes enviados, el Comité Científico decidirá qué resúmenes de comunicaciones y carteles son los aceptados y lo comunicará a la persona de contacto antes del día *21 de Octubre de 2011*; teniendo *hasta el 28 de octubre* para enviar al comité científico *el trabajo completo* para su publicación y opción a premio.

### **NORMAS ESPECÍFICAS DE PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES ORALES**

- **Tiempo.** El tiempo asignado para presentar las comunicaciones orales es de 10 minutos. Sólo se dispondrá de ese tiempo que debe ser respetado escrupulosamente por respeto al resto de comunicantes.

- **Formato** de envío de las diapositivas: Powerpoint de Microsoft Office 2003

- **Medios audiovisuales:** La organización proporciona un proyector para presentaciones en formato electrónico, no obstante, si necesita otro tipo de material deberá solicitarlo a la organización.

- **IMPORTANTE:** Para facilitar la organización y ajustarse al programa, se deberá remitir las presentaciones de las comunicaciones a la organización antes del día *7 de noviembre del 2011*.

Tras esta fecha no se admitirán cambio en las presentaciones, indicando en el nombre del archivo “presentación” seguido del título de la comunicación.

### **NORMAS ESPECÍFICAS DE PRESENTACIÓN DE CARTELES**

Los autores que deseen participar en esta modalidad deberán atenerse a las normas que rigen para la presentación de resúmenes de comunicaciones, señalando la modalidad “CARTEL” en el resumen.

El cartel será expuesto en posición vertical y debe tener las siguientes medidas máximas: Ancho 90 cm., Altura 120 cm.

Los carteles serán expuestos durante las Jornadas. La organización se encargará de su colocación. El cartel deberá remitirse a la organización antes del día 7 de noviembre del 2011. Los autores podrán llevarse el cartel al finalizar las Jornadas el día 19 de noviembre a las 13:00 h.

- Certificado: sólo se dará certificado de presentación a los nombres de las personas que consten en el resumen enviado para la evaluación por el comité científico. No se admitirá ningún cambio de autor tras dicha evaluación.

### **PREMIOS**

Los Comités premiarán a seis de los trabajos presentados en las XVII Jornadas de Divulgación de Trabajos Científicos de Enfermería:

- 3 Premios a los mejores trabajos, otorgados por el Comité Científico.
- 2 Premios a los mejores carteles, otorgados por el Comité Científico
- 1 Premio al mejor trabajo otorgado por Votación Popular.

El premio fallado por el Comité Científico valorará la calidad científica y la relevancia práctica o teórica del trabajo. En el caso del cartel se valorará, a su vez, la calidad gráfica.

El fallo del Comité Científico será inapelable.

Los premios se entregarán en la jornada de clausura.

*Para poder acceder a los premios otorgados por el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante, será requisito necesario que el autor esté al corriente de sus cuotas colegiales si se trata de una enfermera/o (normas colegiales).*

### **PLAZOS**

El plazo máximo para la recepción de resúmenes de trabajos, finaliza el 17 de Octubre de 2011.

El Comité Científico decidirá qué resúmenes de comunicaciones y carteles son los aceptados y lo comunicará al primer autor por e-mail, antes del día 21 de Octubre de 2011; así como el día y hora de exposición o presentación de sus trabajos.

El autor deberá entregar el trabajo completo y comunicar los recursos materiales necesarios para su exposición antes del día 28 de Octubre de 2011 y se deberá remitir por correo electrónico (enfermeria\_hgua@gva.es) las presentaciones de las comunicaciones antes del día 7 de noviembre del 2011.

El cartel deberá remitirse a la organización antes del día 14 de noviembre de 2011.

A fin de facilitar la participación a todo el personal de Enfermería de la provincia de Alicante, no será excluyente ser miembro del Comité Científico y figurar como autor de un trabajo. En este caso, el autor no podrá participar en la valoración de su propio trabajo.

***SERÁN RECHAZADAS TODAS AQUELLAS PROPUESTAS QUE  
NO SE ADECUEN A LAS PRESENTES NORMAS.***

## 6.- PLANO DEL ÁREA DE LAS XVII JORNADAS



## 7.- PROGRAMA

### VIERNES, 18 DE NOVIEMBRE

#### MAÑANA

- 8,30 h. Entrega de Documentación.
- 9,15 h. Bienvenida.
- 9,30 h. **CONFERENCIA INAUGURAL:**  
**“La importancia de comunicar los resultados”**  
**Ponente: D. Antonio Ruiz Hontangas.** Asesor de la Secretaría Autonómica de la Consellería de Sanidad.
- 10,30 h. Pausa Café y Visita a Posters y Stands Comerciales
- 11,00 h. Mesa Expertos Nº 1:  
**“Seguridad en los Cuidados”**
- Moderada por:** *Dña. Clara Abellán García. Responsable Unidad de Calidad del Departamento de Salud Alicante. Hospital General.*
- D. José Antonio Forcada Segarra. *Responsable de Docencia y Calidad Centro de Salud Pública de Castellón. Coordinador de los Grupos de Trabajo de Vacunaciones y riesgo biológico CECOVA.*
  - D. José Luis Micó Esparza. *Supervisor de Medicina Preventiva Hospital Arnau de Vil-lanova Valencia.*
  - Dña. Sonia Casanova Vivas. *Enfermera de Salud Laboral. Dirección General de Investigación y Salud Pública Valencia.*
- 12,00 h. Debate Mesa Expertos Nº 1.
- 12,15 h. **ACTO INAUGURAL.**  
**Presidente D. Enrique Salvador Ballester Llopis.** Subdirector General de Asistencia Sanitaria. Agencia Valenciana de la Salud.



12,45 h. Mesa Comunicaciones Libres Nº 1:

**Moderada por:** *Dña. Virginia Alemañ Santos. Supervisora General. Departamento de Salud Alicante. Hospital General.*

***Calidad de Cuidados en la Atención a pacientes con Hipertensión pulmonar.***  
Expone: **José Luis Giménez Tébar.** *Enfermero Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Departamento de Salud Alicante. Hospital General.*

***Diseño de un instrumento para medir el riesgo y prevención de E.T.V.***  
Expone: **Clara Abellán García.** *Enfermera. Unidad de Calidad Departamento de Salud Alicante. Hospital General*

***La Formación como elemento de motivación.***  
Expone: **Inés González Sánchez.** *Supervisora General. Departamento de Salud Alicante. Hospital General.*

***Estudio sobre la relación entre las variables dolor, ansiedad y el tiempo de estancia hospitalaria en quimioembolización.***  
Expone: **M<sup>a</sup> del Carmen Franch Sánchez.** *Enfermera Servicio de Digestivo. Departamento de Salud Alicante. Hospital General*

***Experiencia: Enfermera eres mi ángel.***  
Expone: **Inmaculada Lassaletta Goñi.** *Enfermera Pruebas Funcionales de Neumología. Departamento de Salud Alicante. Hospital General.*

13,45 h. Debate Mesa Comunicaciones Libres Nº 1

14,00 h Fin sesión mañana.

## TARDE

16,15 h. Mesa Expertos Nº 2

**Moderada por:** *Dra. Dña. Manuela Domingo Pozo. Enfermera Responsable Unidad Planes Cuidados Departamento Salud Alicante. Hospital General.*

### **“Las TICS y la Calidad Asistencial”**

- D. Miguel Ángel Mañez Ortiz. *Subdirector Económico Hospital San Juan de Alicante. Responsable Oficina 2.0 Conselleria de Sanitat.*

- D. Federico Juárez Granados. *Gerente de Aula Salud.*
- Dña. Olga Navarro García. *Directora de Proyectos de Aula Salud.*
- 17,15 h. Debate Mesa Expertos Nº 2.
- 17,30 h. Pausa Café y visita a Stands
- 18,00 h. **Taller sobre Nuevas Tecnologías aplicadas a la Salud.**
- 19,30 h. Actividades Complementarias.
- 20:00 h. Fin sesión de tarde

## SÁBADO, 19 DE NOVIEMBRE

### MAÑANA

- 9,00 h. Mesa Comunicaciones Libres Nº 2:  
**Moderada por:** *Dña. Cristina Peydró Navarro. Supervisora Neumología. Departamento de Salud Alicante. Hospital General.*

***Opinión y satisfacción laboral del Personal de Enfermería que trabaja en los quirófanos de urgencias del Hospital General Universitario de Alicante***  
Expone: **Manuel A. Fuentes Pérez.** *Enfermero del Equipo Volante. Departamento de Salud Alicante. Hospital General*

***Necesidad de autonomía enfermera en el servicio de Urgencias (SUH) del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA)***  
Expone: **Grisel M. Beviá Puche.** *Enfermera del Servicio de Urgencias Generales. Departamento de Salud Alicante. Hospital General*

***Satisfacción del profesional sanitario como elemento imprescindible del proceso asistencial.***  
Expone: **Virginia Alemañ Santos.** *Supervisora General. Departamento de Salud Alicante. Hospital General*

***Resultados y efectos de los Planes de Cuidados estandarizados en el HGUA.***  
Expone: **Manuela Domingo Pozo.** *Enfermera Unidad Planes de Cuidados. Departamento de Salud Alicante. Hospital General.*

***Experiencia: La Formación y sensibilización en seguridad del paciente a profesionales de enfermería: Importancia del Contenido.***  
Expone: **Clara Abellán García.** *Enfermera. Unidad de Calidad del HGUA.*

- 9,45 h. Debate Mesa Comunicaciones Libres Nº 2
- 10,00 h. Mesa Expertos Nº 3:  
**“Consenso Asistencial Interdisciplinar”**  
**Moderada por:** *D. José Ramón González González. Director de Enfermería Atención Primaria. Departamento de Salud Alicante - Hospital General.*  
 - *Dña. Belén Payá Pérez. Supervisora de la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Departamento de Salud Alicante - Hospital General. Gestión del Dolor Agudo.*  
 - *Dña Mª José Muñoz Reig. Adjunta Dirección de Enfermería. Departamento de Salud Alicante - Hospital General. Deterioro de la Integridad Tisular.*  
 - *Dr. D. Joan Gil Carbonell. Médico Adjunto de Neumología Departamento de Salud Alicante - Hospital General. Manejo de la EPOC.*
- 11,00 h. Debate Mesa Expertos Nº 3
- 11,15 h. Pausa Café, y entrega de encuestas, visita a Stands Comerciales
- 11,45 h. Actuación del Mago Dálux
- 12,15 h. Lectura de Conclusiones.  
 Comunicación Fallo Comité Científico. Entrega de Premios.
- 12,45 h. **Acto de Clausura de las XVII Jornadas de Enfermería.**  
*Preside D. José Ángel Sánchez Navajas. Director Territorial Conselleria de Sanidad en Alicante*
- 13'00 h. Fin de las Jornadas.

## 8.- TALLERES DE ENFERMERÍA

### TALLER DE CIENCIA 2.0.

**Coordina:** Dña. Manuela Domingo Pozo

**Participantes:** D. Miguel Ángel Mañez Ortiz, Dña. Olga Navarro García y D. Federico Juárez Granados.

### OBJETIVOS

#### Generales:

- Promover la difusión de la investigación en Enfermería a través de las herramientas basadas en la Web social.
- Dar a conocer las herramientas 2.0. que faciliten el proceso de investigación desde su inicio hasta la aplicación de los resultados en la práctica clínica.

#### Específicos:

- Difundir en los profesionales de Enfermería los resultados del Informe Rebiun sobre la aplicación de las tecnologías de la web social a la investigación.
- Proporcionar a los profesionales de Enfermería herramientas basadas en código abierto para compartir la investigación, compartir los recursos de investigación y compartir los resultados.

### CONTENIDOS:

La web social se caracteriza porque todos sus servicios son participativos. Los usuarios de las tecnologías 2.0 pueden relacionarse de forma sencilla y abierta con otras personas, compartir recursos y comunicarse de forma inmediata y simultánea. La investigación se favorece de las tecnologías participativas, al permitir que los grupos compartan reflexiones, metodologías, recursos y resultados. Las aplicaciones de la Web social a la investigación se pueden agrupar en tres grandes bloques: compartir la investigación, compartir los recursos y compartir los resultados. En el primer grupo, se integran las posibilidades que las tecnologías participativas ofrecen para compartir el desarrollo de una investigación, ya se trate de redes sociales específicas, bases de datos de científicos donde los perfiles profesionales se relacionan, plataformas diseñadas para la investigación compartida o servicios de apoyo para los procesos de una investigación. En el segundo conjunto de aplicaciones, se agrupan todas las herramientas 2.0 que permiten a los investigadores compartir los recursos de información que emplean: referencias bibliográficas, favoritos Web o índices de citas. En este apartado se pueden incluir todos aquellos servicios 2.0 que posibilitan reunir y compartir información bibliográfica y documental. Por último, existe un tercer grupo de aplicaciones, que tienen como denominador común las posibilidades de difundir de forma abierta los resultados de una investigación. En este caso, se trata de servicios de promoción de información, sobre todo basados en blogs y wikis, con amplia capacidad de redifusión, gracias a las tecnologías RSS; también se deben incluir aquí los servidores especializados en noticias científicas y, como no, las iniciativas de depósito en acceso abierto de la producción científica.



## **9.- PREMIOS**

### **PREMIOS A LA MEJOR COMUNICACIÓN OTORGADOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO**

1<sup>er</sup>. Premio de: 580,00 Euros

2<sup>o</sup>. Premio de: 350,00 Euros

3<sup>er</sup>. Premio de: 200,00 Euros

### **PREMIOS AL MEJOR CARTEL/POSTER OTORGADOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO**

1<sup>er</sup>. Premio de: 250,00 Euros

2<sup>o</sup>. Premio de: 150,00 Euros

### **PREMIO OTORGADO POR VOTACION POPULAR**

1. Premio de: 400,00 Euros

**TOTAL PREMIOS EN METÁLICO: 1.930,00 Euros**

## 10.- ENTIDADES COLABORADORAS Y EXPOSICIÓN COMERCIAL



Oficina 2.0


## 11.- CONFERENCIA INAUGURAL



aniversari  
Hospital General Universitari d'Alacant



Plus d'informations  
<http://cuidados20.com/gva/>

ORGANIZA:  
Direcció de Infermeria del  
Departament de Salut  
d'Alacant, Hospital General

COL·LABORA:  
AGÈNCIA VALENCIANA  
DE SALUT

**CUIDADOS 2.0**

XVII JORNADAS  
DE ENFERMERIA  
sobre treballs científics

La importancia de  
comunicar los resultados

Antonio Ruiz Montañas  
[ruiz\\_anthon@gva.es](mailto:ruiz_anthon@gva.es)

GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERIA DE SANITAT

AGÈNCIA VALENCIANA  
DE SALUT

# Índice

- Análisis de la situación
- Tendencias actuales
- Reflexiones finales a modo de conclusión

GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERIA DE SANITAT

AGÈNCIA VALENCIANA  
DE SALUT

### Análisis de la situación

La variabilidad histórica en la formación enfermera y la disparidad obedece en gran medida, a las circunstancias y el modo en que las enfermeras españolas han sido formadas y la visión que se les ha proporcionado de la profesión ha dado como resultado la existencia de marcos conceptuales muy distintos.

- ❑ «Practicantes». Con una visión de atención integral equiparable a orientación actual de enfermera especialista en comunitaria que hoy pretendemos .
- ❑ Enfermeras tecnológicas” y “enfermeras ATS”. Se les preparaba para ser ayudantes, dignos e indispensables, pero ayudantes , y el que ayuda, aunque sea insustituible nunca asume la responsabilidad final
- ❑ Enfermeras Universitarias donde se incorpora la metodología de cuidados y el proceso enfermero como referente y elemento diferencial de la disciplina enfermera



### Análisis de la situación

- ❑ Por otra parte desde la primera promoción enfermera a la actualidad , a pesar de los múltiples avances de la disciplina , la mayoría de enfermeras perciben que la etapa del proceso enfermero que más se aplica es la ejecución .
- ❑ ¿Cómo convivir diferentes modelos conceptuales de entender la profesión ? Enfermeras orientadas a la realización y ejecución de cuidados versus enfermeras que abordan la respuesta humana como proceso asistencial de calidad de cuidados .
- ❑ A pesar de las múltiples evidencias de la importante labor de la enfermería en beneficio de la salud, en general no se acaba de percibir el cuidado de enfermero como útil , a pesar de que los resultados en encuestas de satisfacción de calidad percibida , el ciudadano identifica a la enfermera como el referente en valores del cuidado ( cercanía , trato , capacidad de escucha entre otros ) .





**Análisis de la situación**

**Fundamentos enfermería, metodología de cuidados, Proceso Enfermero, Investigación...**

**Cargas de trabajo, presión asistencial, falta de tiempo, escasa formación e investigación y resultados escasos, calidad en la práctica clínica**

**Procesos Asistenciales, Normalización de la práctica clínica, calidad asistencial, eficiencia, costes, producto enfermero, RESULTADOS ..**

**Universidad**



**Práctica clínica**



**Gestores**






**gestión**

GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE SANITAT      AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

5

**Análisis de la situación**



**¿Enfermeras invisibles?**

**Y...**

**«SEGURO QUE LA CIUDADANÍA NO VA A DEMANDAR ENFERMERAS SI LAS PROPIAS ENFERMERAS NO PONEN "EN VALOR" SU APORTACIÓN ESPECÍFICA, ÚNICA E IMPRESCINDIBLE A LA SALUD DE LAS PERSONAS. ES HORA, PUES, DE HACERNOS VISIBLES Y PELEAR POR TODO ESO QUE TAN BIEN SABEMOS HACER Y QUE SÓLO NOSOTRAS HACEMOS, O QUE SI NO ESTAMOS EN GRAVE PELIGRO DE NO PODER SEGUIR HACIÉNDOLO EN EL FUTURO.»**

Pilar Serrano Gallardo  
Subdirectora de Metas de Enfermería  
Metas enfermería febrero 2011

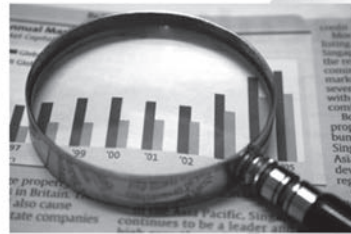
GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE SANITAT      AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Análisis de la situación

Collière (1986), manifiesta que , con frecuencia el cuidado es invisible:

«cuidar o preocuparse de alguien, apoyarlo ,creer en el , reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud -.enfermedad estando presente son FÁCILMENTE PERCIBIDAS POR LA PERSONA y DIFÍCILMENTE VISIBLES para las ORGANIZACIONES»

¿Cómo medimos el cuidado?



¿Cómo NOS HACEMOS VISIBLES

Análisis de la situación

- Existen muy pocos referentes profesionales , líderes asistenciales reconocidos y prestigiados ,que favorezcan una verdadera transformación de la práctica clínica .
- Escasas experiencias de medición de indicadores de resultados de cuidados a la sociedad .
- La actual debilidad investigadora de la Enfermería española, presenta serias dificultades para incorporar los beneficios de la investigación de resultados a la práctica clínica y la gestión de los cuidados.
- Como refiere Farrerons , L. , “ las enfermeras ejecutamos los que otros diseñan o planifican “

Tendencias actuales

### Producto enfermero ?

- ❑ "No es posible mejorar lo que no se controla, no es posible controlar lo que no se mide y no es posible medir lo que no se define".
- ❑ Podríamos identificar el producto enfermero como los cuidados prestados a los clientes en relación con sus necesidades acreditadas, e identificarlo de forma objetiva en el producto final.
- ❑ Nadie cuestiona la necesidad de cuidados enfermeros, lo que no parece estar tan claro es la demanda que de estos cuidados puede hacernos la población a los profesionales de enfermería, debido a la inexistencia de una oferta de servicios clara con la que se nos pueda identificar."
- **GRD,s**
- **PROYECTO SIGNO**
- **PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS**
- **NANDA/NOC/NIC**
- **OTROS**



Tendencias actuales

### Producto enfermero ?

- ❑ En cualquier sistema productivo y el nuestro lo es ( sistema de salud) hay que saber qué se produce, cómo se produce, a qué coste y con qué calidad.
- ❑ El producto sanitario se enmarca como un servicio, por lo que medirlo es más fácil en términos de satisfacción y calidad percibida
- ❑ Expertos refieren que el futuro de la enfermería comunitaria va a depender de la capacidad que tenga la sociedad, el ciudadano, para responder a las preguntas ¿qué hace la enfermera?, ¿para que sirve, ¿qué resuelve? Y sobre todo ser necesarios para la sociedad .
- ❑ **CONSULTAS A DEMANDA VERSUS CONSULTA PROGRAMADA.**
- ❑ **AUMENTO DE LA CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA VERSUS» SU TENSION GRACIAS»**
- ❑ **DE LA CULTURA DEL CONTROL A LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD** ( del control de la diabetes a la respuesta humana de su proceso asistencial abordando y resolviendo problemas de salud - baja autoestima , in cumplimiento del tratamiento ..... -

Frecuentación y grado de control del paciente diabético tipo 2

Mónica Vives del Corral (Instituto), Christiana Ordoñez (Bilbao), Virginia Gil (Gijón) y Cecilia Trind (Madrid)

#### ¿Qué sabemos sobre el tema

- En el año 2000 España presentaba el número de visitas más elevado de Europa con 7 visitas/año por diabetes y 11,5 por total de causas.
- En 2002 el coste medio por consulta en España por diabetes en atención primaria se estimó en 12-15 euros.
- Hay pocos estudios que evalúen la relación entre la frecuentación y el grado de control de la diabetes.

#### ¿Qué aporta este estudio

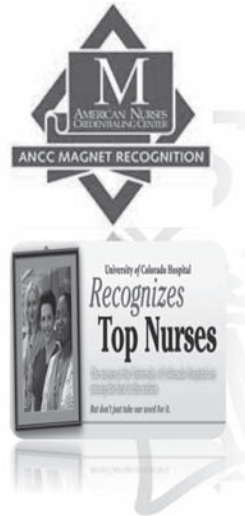
- En 18 meses el número de visitas médicas al programa de diabetes fue 4,7, y de enfermería, 11.
- La mejoría del control de la glucohemoglobina no se relacionó con el número de visitas realizadas, sino con el número de cambios en el tratamiento.
- Es necesario realizar visitas de alto rendimiento para evitar retraso en la toma de decisiones, con menos visitas y más cambios terapéuticos.

| Aten Primaria. 2008;40(3):139-44 | 139



Tendencias actuales

- ❑ Ya son muchos los trabajos, especialmente en la última década, que han puesto de manifiesto la aportación diferenciada, específica de las enfermeras sobre la salud de la población.
- ❑ En el entorno americano los trabajos de Aiken o Kane han demostrado cómo el aumento de una enfermera a tiempo completo en una UCI reduciría la mortalidad en un 9% o en un 16% en el ámbito quirúrgico.
- ❑ Recientemente, un trabajo realizado en Holanda por Voogdt y cols, y publicado en la revista *British Journal of General Practice*, ha objetivado que las enfermeras alcanzaban resultados iguales o mejores que los médicos en la gestión de los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes .
- ❑ El Centro Magnet de Acreditación de Enfermeras ha designado a la University of Colorado Hospital como la excelencia en la atención clínica y la innovación en la práctica profesional de enfermería.



Tendencias actuales

- ❑ La definición de nuevos escenarios como las enfermeras de práctica avanzada que gestionen los casos de pacientes complejos como elementos claves en gestión que posibilitan la visibilidad de los cuidados .
- ❑ La enfermera de atención directa / enfermera de práctica avanzada es una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer.
- ❑



**Tendencias actuales**

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico ...

Indicadores clave del SNS 2010 MSPS

Indicadores para la Seguridad del Paciente. Inicialmente recomendados en el ICQI

**Seguridad del Paciente**

- I. Infecciones nosocomiales
  - Recuento por caso de infección
  - Índice de infección
  - Infección asociada a tratamiento médico
  - Índice de mortalidad
- II. Complicaciones quirúrgicas y post quirúrgicas
  - Clasificación de la gravedad
  - Fractura de cadera postoperatoria o cava cirugía
  - Coste hospitalario postoperatorio a término
  - Mortalidad postoperatoria
  - Tiempo postoperatorio
  - Días/horas de estancia en UCI postoperatorio
- III. Eventos Cardíacos
  - Recuento por hospitalización
  - Tipo de evento cardíaco
  - Españamiento de alto riesgo
  - Cambio en el estado de alerta durante el procedimiento
  - Eventos adversos relacionados con el diagnóstico médico
  - Eventos de mortalidad
- IV. Eventos
  - Lesiones o quemaduras de eventos del sustrato del sustrato del sustrato
  - Trauma eléctrico en sustrato respiratorio
  - Trauma eléctrico en punto de conexión
  - Mortalidad: grave y mortalidad en sustrato
- V. Otros eventos adversos relacionados con la atención médica
  - Caídas de pacientes



Porcentaje de ingresos orgánicos postoperatorios	10,33%		
Porcentaje de ingresos orgánicos por asma	8,82%		
Tasa de complicaciones por 10.000 hospitalizaciones	0,24	7,28	11,84
% de cirugía conservadora en el caso de ruptura de mama respecto al total de cirugía por cáncer de mama			87,85%
% de pacientes respecto al total de partes (ingresos más consultas)			24,85%
% de hospitalizaciones en mujeres mayores de 75 años respecto al total de hospitalizaciones realizadas			1,77%
<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE - COMPLICACIONES POTENCIALMENTE LETALES</b>			
Notificación de reacciones adversas a medicamentos por cada 1.000 hospitalizaciones	0,02	0,28	0,38
Notificación de reacciones adversas graves a medicamentos por cada 1.000 hab.	0,18	0,15	0,18
Notificación de reacciones adversas no graves a medicamentos por cada 1.000 hab.	0,18	0,12	0,23
Tasa de infección hospitalaria nosocomial por cada 100 días hospitalarios	0,90	1,16	0,70
Tasa de reacciones transfusionales por cada 1.000 días hospitalarios	0,16	0,16	0,17
Tasa de <b>CAE</b> por presión por cada 1.000 días hospitalarios	10,80	8,57	11,48
Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 días hospitalarios	0,08	0,08	0,08

**¿Indicadores positivos de salud desde el ámbito del cuidado enfermero?**



**Tendencias actuales**

Los gestores están incorporando en las nuevas tendencias la orientación a la gestión del cuidado sustituyéndolo por la gestión de los recursos y debe contribuir a que estos elementos estén presentes en la práctica clínica de las enfermeras, facilitando su incorporación en los distintos ámbitos de atención y fomentando la investigación en sus resultados con indicadores sensibles a la práctica enfermera.

**Aumentar la seguridad del enfermo**

**Minimizar riesgos**

**Disminuir Variabilidad práctica**

**Cuidados basados en el consenso y**

**Mejorar los resultados asistenciales**

**Aumentar eficiencia**

**Aumentar satisfacción**

**Formar a los profesionales**





Tendencias actuales

**Pauline W. Chen, M.D.**  
 Publicado el 18 de noviembre de 2010 en *New York Times*  
**El papel de las enfermeras en el futuro de la atención sanitaria**



**Modelo de Cuidados en Transición** de la Universidad de Pensilvania, Filadelfia, en el que las enfermeras se ocupan de pacientes ancianos hospitalizados con alto riesgo de sufrir recaídas.

Durante un periodo de hasta tres meses después de la recepción del alta, la enfermera realiza visitas a domicilio, acompaña al paciente a la consulta del facultativo y colabora con el médico de atención primaria y los cuidadores familiares.

Según los primeros estudios realizados, el programa ha permitido disminuir considerablemente el número de nuevas hospitalizaciones y **los costes hasta 5.000\$ por paciente.**

*"Hace falta mucho personal en cubierta", añadió, "y quizá sea el momento de que brille la enfermería".*



Tendencias actuales

La atención a la cronicidad así como el Plan para la mejora de la Atención Domiciliaria en la C. Valenciana con el impulso de las enfermeras de gestión comunitaria están dando resultados alentadores destacando el descenso de ingresos y frecuentación a urgencias del paciente domiciliario .

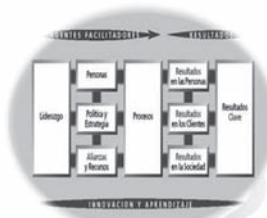


Tendencias actuales

**Proyecto SENECA : Estándares de calidad de cuidados para la seguridad**

De acuerdo con las ponderaciones de los criterios del modelo EFQM original se decidió seleccionar para la propuesta final del modelo de seguridad de cuidados:

- 10 estándares de Liderazgo
- 8 estándares de Políticas y Estrategias
- 9 estándares de Gestión de Personas
- 9 estándares de Alianzas y Recursos
- 20 estándares de Proceso
- 10 indicadores de Resultados en los clientes o satisfacción del paciente
- 9 indicadores de Resultados en las personas o satisfacción de profesionales
- 6 indicadores de Resultados en la Sociedad
- 19 indicadores de Resultados Clave.



La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado  
Proyecto SENECA

Tendencias actuales

**CONJUNTO DE DATOS DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

BOE Jueves 16 de septiembre de 2010 MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Plazo 18 meses

**Tendencias actuales**

**CONJUNTO DE DATOS DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**





Los resultados NOC es el estado del cliente después de una intervención enfermera .

Permite :

- La orientación de la práctica clínica hacia los resultados
- Empleo del proceso enfermero como método de prestación de cuidados, que obliga a la fijación de objetivos y criterios de resultado.




**Algunas reflexiones a modo de conclusión**



*Alicia ¿te importaría decirme, por favor, qué camino debo tomar desde aquí?*


*Gato de Cheshire --Eso depende en gran medida de adónde quieres ir, -dijo el Gato.*

*Alicia --¡No me importa mucho adónde...!*

*Gato de Cheshire :Entonces, da igual la dirección. Cualquiera que tomes está bien...!*

*Alicia : --¡Gracias añadió a modo de explicación.*

*Gato de Cheshire : -¡Ah!, ten la seguridad de que llegarás, sobre todo si caminas bastante.*



**Algunas reflexiones a modo de conclusión**

Estamos en condiciones de acometer la medición de los resultados de la práctica clínica enfermera

Priorizar la investigación y la cultura del resultado , centradas en la persona antes que a las rutinas de la organización del trabajo.

El entorno organizativo precisa un rediseño y orientarlo a asegurar un cuidado de calidad y seguro , que integre la reflexión, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, el respeto , la capacidad de escucha, y la evaluación del proceso enfermero que permita evaluar la prestación de cuidados en el sistema sanitaria y la aportación enfermera .

**Algunas reflexiones a modo de conclusión**

El Cambio de paradigma pasa por reordenar y rediseñar nuestros procesos :

Normalizar nuestros servicios / productos y su impacto en la salud de los ciudadanos , en definitiva el cambio de la dinámica de hacer a planificar y evaluar .

La informatización así como la utilización de herramientas de medición se hace necesaria para avanzar en obtener resultados de nuestra práctica clínica siendo necesaria la generación de bases de conocimiento que exploten la información sobre respuestas humanas a intervenciones enfermeras.



**Algunas reflexiones a modo de conclusión**

Por último , me gustaría compartir con ustedes que para hacer hacer visibles los cuidados debemos de incorporar en nuestra práctica clínica los resultados de los servicios que prestamos , impulsando indicadores de calidad percibida de morbi-mortalidad asociada al cuidado enfermero , entre otros más relevantes .

La orientación a los resultados ( no solo hablar de evaluación de procesos , registros ... ) , intentando medir la aportación enfermera en el proceso de cuidar ( problemas de salud resueltos, relacionados con la respuesta humana, tales como incumplimiento del tratamiento , manejo inefectivo del régimen terapéutico, conocimientos deficientes, lactancia materna ineficaz, entre otros... )

Quedan muchas cuestiones por resolver, debemos investigar sobre ellas , pero no debemos caer en el inmovilismo , a pesar de las dificultades .

23

***“A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara una gota.”  
Madre Teresa de Calcuta (1910-1997)***



24

## 14.- MEMORIA DE LAS XVI JORNADAS

“Integración asistencial: Salud, Satisfacción y Sostenibilidad”

“20 Años de UHD en Alicante”



**FECHAS:** 19 y 20 de noviembre de 2.010

**LUGAR:** Alicante

**SEDE:** Salón de Actos del Hospital General Universitario de Alicante

Las XVI Jornadas de Enfermería de trabajos científicos, fueron organizadas por profesionales del Departamento de Salud Alicante - Hospital General.

Fueron declaradas de interés Científico-Sanitario por la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana y de interés Profesional por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

### **OBJETIVOS GENERALES**

Promover la integración asistencial como estrategia de mejora de la Salud y Satisfacción de los pacientes garantizando la Sostenibilidad del sistema sanitario.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Conocer iniciativas de integración asistencial.
- Identificar campos de actuación de enfermería que redunden en la salud y satisfacción de los pacientes.
- Concienciar a los profesionales para trabajar desde un enfoque basado en la sostenibilidad del sistema sanitario.
- Divulgar los trabajos científicos y experiencias que supongan mejorar la calidad de los cuidados.

- Exponer: los resultados tras 20 años de andadura de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria en la provincia de Alicante.

**MESA INAUGURAL:**

Estuvo compuesta por el Secretario Autonómico de Sanidad Dr. D. Luis Rosado Bretón, Dr. D. José Martínez Soriano, Director del Departamento de Salud Alicante- Hospital General; D. José A. Ávila Olivares, Presidente CECOVA; Dña. Belén Payá Pérez, Presidenta Colegio Enfermería de Alicante y D. Miguel A. Fernández Molina, Director de Enfermería del Dpto. de Salud Alicante- Hospital General. Se hizo referencia al lema de las Jornadas abordando la integración asistencial como un logro del departamento incidiendo en que la salud y satisfacción de paciente deben ir unidas a la sostenibilidad.



**MESAS DE TRABAJO:**

El Comité aceptó 36 trabajos de los cuales 22 se expusieron en forma de comunicación oral, 12 con formato póster y 2 experiencias.

Se realizaron 4 mesas de comunicaciones orales. 2 Mesas de Expertos y 2 Talleres.

La procedencia de los trabajos fue del Hospital General Universitario de Alicante, Hospital de Elda, Centro Salud Florida, Hospital del Vinalopó y Hospital de San Vicente.

La relación de mesas y sus lemas fueron:

**MESA REDONDA.**

***“Iniciativas de integración asistencial en el Departamento de Salud Alicante. Hospital General.”***

**Moderada:**

**Dr. D. José Martínez Soriano.** Gerente Departamento Salud Alicante - Hospital General.

**Participaron:**

- Dra. Dña. Consuelo Maraver Lora. Directora Médica Atención Primaria. Departamento Salud Alicante - Hospital General.

***“Ictus agudo en Atención Primaria”.***

- Dña. Rosa Ana Montoyo Antón. Enfermera Hospital de día. Hospital General Universitario de Alicante.

***“Continuidad de los cuidados en el manejo del acceso venoso central subcutáneo y administración de medicación mediante infusor”.***

- Dña. Clara Abellán García. Enfermera Unidad de Calidad. Hospital General Universitario de Alicante.

***Prevención y detección de Eventos adversos relacionados con la medicación.***

- Dña. Ana Bellot Bernabé. Enfermera Atención Primaria. Departamento Salud Alicante - Hospital General.

***“Continuidad Asistencial: salud, satisfacción y sostenibilidad.”***

- D. José Ramón González González. Director Enfermería Atención Primaria. Departamento Salud Alicante - Hospital General.

***“Protocolo de actuación de Metotrexato en Atención Primaria”.***

### **MESA COMUNICACIONES Nº 1: “Sostenibilidad del Sistema Sanitario”**

**Moderada:**

**D. Francisco Soriano Cano.** Director Económico del Departamento de Salud Alicante – Hospital General.



*“Acompañamiento en el parto: Taller de habilidades para parejas y acompañantes”*

**Expuso:** Dña. Inmaculada Casanova Aranda. Matrona. Servicio de Partos. Hospital General Universitario de Alicante.

*“Cuadro de mando integral aplicado a los cuidados de enfermería. Programa de calidad y acreditación de unidades. 17 años de experiencia personal”.*

**Expuso:** Dña. Alicia Sastre Quintano. Supervisora Unidad. Servicios de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Universitario de Alicante.

*“Utilidad de una hoja de enfermería para la detección de pacientes con riesgo de nefrotoxicidad al contraste yodado”.*

**Expuso:** D. Miguel Ángel Such Martínez. Enfermero. Servicio de Radiología. Hospital General Universitario de Alicante.

*“Protocolo de cuidados de enfermería en el implante de MCP en UCI”*

**Expuso:** Dña. M<sup>a</sup> Carmen Prieto Pagán. Enfermera. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital del Vinalopó de Elche.

**Experiencia:** *“Plan de apertura Hospital del Vinalopó”*

**Expuso:** D. José David Zafrilla Martínez. Director de Enfermería de Departamento Elche-Crevillente.

*“Desarrollo sostenible: Herramientas de trabajo en recursos materiales”.*

**Expuso:** Dña. M<sup>a</sup> Dolores Martín García. Supervisora de Área. Hospital General Universitario de Alicante.

## **MESA COMUNICACIONES Nº 2:**

### ***“Salud en los Departamentos Sanitarios”***

#### **Moderada:**

**D. Carmelo Iborra Moltó** Enfermero Nefrología. Clínica Vistahermosa.

*“Impacto de las medidas locales, nacionales y europeas para la prevención de accidentes en la unidad de Quemados (2000 – 2010)”.*

**Expuso:** M<sup>a</sup> Teresa Ortiz de Saracho Pérez Masgoret. Enfermera. Unidad de Quemados. Hospital General Universitario de Alicante.

*“Nuevas técnicas nuevos retos”*

**Expuso:** D. Antonio Soriano Compañ. Enfermero. Unidad de Yesos Adultos. Consultas Externas. Hospital General Universitario de Alicante.

*“Cardiopatía isquémica. Trastornos físicos y psicosociales desde la perspectiva de género”.*

**Expuso:** Dña. Cristina Peydró Navarro. Enfermera. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario de Alicante.

*“Guía de trabajo para Auxiliares Volante de noches del Hospital General Universitario de Alicante”*

**Expuso:** Dña. M<sup>a</sup> Dolores López Agulló. Auxiliar de Enfermería. Equipo Volante. Hospital General Universitario de Alicante.

*“Evolución de heridas de desarrollo tórpido con apósitos hidropoliméricos en combinación con apósitos de carbón activado, plata, hidrogel y ácido hialurónico/apósitos bioactivos”.*

**Expuso:** Dña. Noemí Robles Pérez. Enfermera. Unidad de Larga Estancia (ULE 1). Hospital de San Vicente.

*“Cómo actuar frente a un accidente infantil: proteger – avisar – socorrer”.*

**Expuso:** Dña. Judith Morote Celdrán. Auxiliar de Enfermería. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital General Universitario de Alicante.

**MESA EXPERTOS****Moderada:**

**Dña. Carmen Soriano Compañ.** Supervisora de la UHD del Hospital General Universitario de Alicante.

***“20 Años de UHD en Alicante”***

**Participaron:**

- Dña. Carmen Soriano Compañ. Supervisora U.H.D HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE.

***“Presentación, Recuerdo Histórico y primeros pasos”***

- Dña. Nieves Santacruz Carmona. Enfermera U.H.D. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE.

***“Presente: Actividad Asistencial; Cambio en el perfil de pacientes”***

- Dña. M<sup>a</sup> Luisa Ruiz Miralles. Enfermera Gestión Comunitaria. Departamento de Salud Alicante – Hospital General.

***“Relación entre niveles: La U.H.D. de Alicante Pioneros en la continuidad asistencial. Nuevas Tecnologías”.***

- D. Juan I. Jover Rodríguez. Enfermero de Enlace Hospitalario. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE.

***“Futuro de la U.H.D. , un reto de equipo”***

**MESA COMUNICACIONES Nº 3:**

***“Satisfacción de pacientes y profesionales”***

**Moderada:**

**Dña. M<sup>a</sup> Dolores Saavedra Llobregat.** Enfermera de Gestión Comunitaria Centro de Salud Florida

***“Encuesta de opinión y satisfacción laboral del personal de enfermería adscrito al equipo volante del Hospital General Universitario de Alicante”.***

**Expuso:** D. Manuel Fuentes Pérez. Enfermero. Equipo Volante. Hospital General Universitario de Alicante.

***“Encuesta de opinión y satisfacción laboral del personal Auxiliar de Enfermería adscrito al equipo volante del Hospital General Universitario de Alicante”.***

**Expuso:** D. Manuel Fuentes Pérez. Enfermero. Equipo Volante. Hospital General Universitario de Alicante.

*“TCE: Triage y Urgencias”*

**Expuso:** Dña. Eva Mª Alonso Narro. Auxiliar de Enfermería. Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Alicante.

*“Incorporación del registro de los AE/TCE en la hoja de evolución de cuidados de enfermería”.*

**Expuso:** Dña. Mª José Cuenca Pérez. Auxiliar de Enfermería. Servicio de Obstetricia Hospital General Universitario de Alicante.

Experiencia: *“Quemados puertas abiertas”.*

**Expuso:** Mª Teresa Ortiz de Saracho Pérez Masgoret. Enfermera. Unidad de Quemados. Hospital General Universitario de Alicante.

*“Primera encuesta de satisfacción a los pacientes ingresados en el Hospital del Vinalopó”*

**Expuso:** D. Francisco Javier Ballesta López. Supervisor Hospitalización. Hospital del Vinalopó de Elche.

#### **MESA COMUNICACIONES Nº 4:**

***“Libres”***

**Moderada:**

**Dña. Mª Teresa Ortiz de Saracho Pérez Masgoret.** Enfermera Quemados Hospital General Universitario de Alicante.

*“Funcionamiento de la Unidad de sangrantes digestivos del Hospital General Universitario de Alicante”.*

**Expuso:** D. Guillermo José García Sola. Enfermero. Servicio de Digestivo. Hospital General Universitario de Alicante.

*“Tratamiento endovascular en el Ictus Agudo”.*

**Expuso:** D. José Vicente Bertomeu Ruiz. Enfermero. Neurorradiología. Servicio de Radiología. Hospital General Universitario de Alicante.

*“Población inmigrante como cuidadores no profesionales, ¿modifican el perfil?”.*

**Expuso:** Dña. Inés González Sánchez. Supervisora General. Hospital General Universitario de Alicante.

*“Importancia del papel de enfermería en R.A.C. del Servicio de Urgencias del Hospital del Vinalopó”.*

**Expuso:** D. Javier Sánchez Torres. Supervisor General. Hospital del Vinalopó de Elche.



*“Variabilidad de la práctica clínica en enfermería”.*

**Expos:** D. José Fernández de Maya. Supervisor Hospital de Día y UHD. Hospital del Vinalopó de Elche.

*“Tú bebe: sus primeros cuidados”*

**Expos:** Dña. Josefa Martínez Resina. Enfermera. Servicio de Neonatos. Hospital General Universitario de Alicante.

En las mesas se expusieron trabajos sobre grandes áreas temáticas. Así pues en la Mesa Redonda, con el lema de “Iniciativas de integración asistencial en el Departamento de Salud Alicante- Hospital General” nuestros ponentes abordaron temas como: El ictus agudo en Atención Primaria con una reflexión “el tiempo es cerebro”, el manejo del acceso venoso central subcutáneo y la administración de medicación mediante infusor. También se nos habló de un aspecto tan importante hoy día, con la seguridad del paciente en el primer plano de la asistencia, como es la prevención y detección de eventos adversos relacionados con la medicación. En la presentación sobre continuidad asistencial, se nos demostró que el modelo integrador implantado en nuestro Departamento donde las claves han sido el factor humano y el uso de la aplicación informática SIA-Abucasis, nos permite contribuir a la mejora de la salud, sostenibilidad y satisfacción de paciente y profesional.

Los trabajos presentados en las mesas de comunicaciones versaron fundamentalmente sobre los lemas de las mesas, así pues la sostenibilidad del sistema quedó reflejada en trabajos donde expresamente se detalló que la experiencia en el mundo de la gestión sanitaria nos advierte que es imprescindible conocer el nivel de acreditación en que se encuentran cada una de las unidades de enfermería para posibilitar la toma de decisiones y fijar objetivos, teniendo en cuenta al paciente como centro del proceso y la gestión del conocimiento para potenciar las capacidades del personal.

La prevención en salud se puso de manifiesto en trabajos como en el del seguimiento de los parámetros analíticos previos a la exploración con contraste yodado y en el estudio de la cardiopatía isquémica.

Por otro lado en cuanto a la satisfacción de pacientes y profesionales, nos recordaron que las encuestas son muy importantes como herramienta de trabajo para conocer la percepción de ambos. Es imprescindible conocer para mejorar.

Se demostró la importancia de crear herramientas, como los talleres que imparten las matronas para que con la información recibida se viva el parto en plenitud, valorándose con gran satisfacción entre las mujeres a las que se les ha impartido, o como los programas que fomentan los comportamientos sexuales saludables en la adolescencia, ejemplo el programa PIES (Programa de Intervención de Educación Sanitaria)

Se nos detalló que los cambios sociales, demográficos y económicos producidos en España han hecho que cada vez sea mayor la dificultad para conciliar el rol de cuidador tradicional con otros roles sociales. Se produce como consecuencia un cambio en el perfil del cuidador informal, mejor

denominado cuidador no profesional, históricamente familiar, dando paso a un cuidador ajeno a la familia y en muchas ocasiones de otra nacionalidad. Los profesionales sanitarios debemos asumir este cambio integrando al paciente y al cuidador, con connotaciones diferentes, en nuestras intervenciones de cuidados.

Se debatió, como en ediciones anteriores, la necesidad del desarrollo de protocolos, guías, procedimientos, registros de enfermería que redunden en la mejora de la calidad asistencial y que nos puedan servir para protocolizar actuaciones y ganar en eficacia y eficiencia. La importancia de protocolizar las actuaciones se destaca con el fin de poder objetivar, validar y evaluar dichas actuaciones desde una base científica. Demostrado ampliamente en trabajos como Protocolo de cuidados de enfermería en el implante de Marcapasos en UCI, el mantenimiento y cuidados de la PEG, la extracción de sangre de catéter venoso central CVC sin aguja entre otros.

En la mesa de expertos se desarrolló una interesantísima información sobre la trayectoria de la Unidad de Hospitalización a Domicilio: recuerdo histórico y primeros pasos, actividad actual, relación entre niveles (La UHD es pionera en la continuidad asistencial), y su futuro como reto de equipo.

### **TALLER DE ENFERMERIA:**

#### **Talleres U.H.D.:**

**1.- “Cuidados paliativos y sedación Terminal en UHD”.** *Dña. Lourdes Granell García*, Enfermera UHD del Hospital General Universitario de Alicante. Hizo un desarrollo de los conocimientos y las habilidades del manejo del paciente terminal en domicilio, útiles dada la alta prevalencia de pacientes que expresan su deseo de morir en casa.

**2.- “Terapia de presión negativa”.** *Dña. M<sup>a</sup> Angeles Miralles Martorell*, Enfermera UHD del Hospital General Universitario de Alicante. Nos mostró este nuevo tratamiento que reduce la carga emocional que tienen las heridas de evolución tórpida mejorando así la calidad de vida del paciente.

### **CONFERENCIA DE CLAUSURA:**

D. José Joaquín Mira Solves en su Conferencia de Clausura nos hizo un recorrido por la evolución del papel de los pacientes desde las declaraciones de derechos de los pacientes de hace más 35 años, hasta su rol actual como sujetos activos que valoran la calidad de la atención y en cuya satisfacción influyen nuestros esfuerzos profesionales y organizativos, pero también sus vivencias, actitudes, creencias y expectativas. La satisfacción del paciente puede ser un buen centinela de nuestra capacidad real de respuestas a los cambios de la sociedad.



**ACTIVIDADES PARALELAS:**

En formato teatro se nos enseñó que cuando trabajas con personas (sobre todo enfermas), la satisfacción es enorme y esta hace que se pueda seguir cuidando de ellas día tras día y que incluso en momentos de crisis hay elementos constantes que rellenan todas las lagunas como la dedicación, el cariño, la información, la educación...

**EQUIPO ORGANIZATIVO:**

A destacar, la colaboración desinteresada de los miembros de los Comités Científico y Organizador cuyos componentes fueron:

***PRESIDENCIA***

D. Miguel Ángel Fernández Molina  
*Director de Enfermería*

***VICEPRESIDENCIA***

D. José Ramón González González  
*Director de Enfermería de Atención Primaria*

Dña. Asunción Sempere Quesada  
*Subdirectora de Enfermería*

**COMITÉ CIENTÍFICO****PRESIDENTA**

Dña. Nieves Izquierdo García

**VOCALES**

Dña. Mercedes Segura Cuenca  
Dña. M<sup>a</sup> Angeles Lillo Hernández  
Dña. Belén Payá Pérez  
Dña. M<sup>a</sup> José Muñoz Reig  
Dña. Ana I. Sabater Sala  
Dña. Ana Matilde Bellot Bernabé  
Dña. Pilar Toboso González  
Dña. Bienvenida Pérez Vázquez

Dña. M<sup>a</sup> Dolores Tornero Tomás  
Dña. Cristina Peydró Navarro  
Dña. Clara Chillón Peral  
Dña. Catalina Pardo López  
Dña. Virginia Alemañ Santos  
Dña. Carmen Llabata García  
Dña. Inés González Sánchez



### COMITÉ ORGANIZADOR

#### PRESIDENTA

Dña. Mercedes Albaladejo Tello

#### VOCALES

Dña. Encarna Mateo López	Dña. M <sup>a</sup> Victoria Burguera Anguiano
Dña. M <sup>a</sup> Dolores Martín García	Dña. Isabel Chaves Muñoz-Alcón
Dña. Clara Abellán García	D. Joaquín García Artero
Dña. Francisca Milán Navarro	D. Héctor Terol Royo
Dña. Petri Rosell Hergueta	D. José Borrell Climent
Dña. Josefa Martínez Cutanda	D. Juan Isidro Jover Rodríguez
D. Francisco Pérez Useros	Dña. Manoli Domingo Pozo
D. Fco. Vicente Blanes Compañ	Dña. Teresa Valdés Menor
D. Fidel Climent Aragón	

### GESTIÓN DE RECURSOS

D. Ginés A. Rodríguez Aguilar  
*Subdirector de Enfermería*

### SECRETARÍA TÉCNICA

Dña. Fernanda Fernández Gil  
Dña. M<sup>a</sup> José Jaén Garrido  
Dña. M<sup>a</sup> Dolores Más Planelles

### DIVULGACIÓN INFORMATIVA

La difusión se realizó en dos fases principalmente, una primera información provisional a través de una carta informativa, y una segunda información, acompañada ya de trípticos con la información preliminar y los posters de las Jornadas. Dicha información se envió tanto a las Direcciones de Enfermería de Atención Primaria y de Atención Especializada, Hospitales y Centros Privados, como a las Casas Comerciales que colaboraron. Además, los días previos a la realización de las Jornadas, se enviaron mediante fax, invitaciones a las Direcciones de Atención Primaria y Especializada.

El Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante, informó en sus boletines sobre la celebración de las Jornadas.

### INSCRIPCIONES

En la XVI edición de las Jornadas de Enfermería cuyo propósito siempre es el de divulgar los trabajos y la producción científica del departamento de salud, el número de inscripciones fue de 1.160.

Como característica definitoria conservó el carácter de gratuidad que se imprime en la totalidad de los actos que conllevan la realización de las Jornadas.



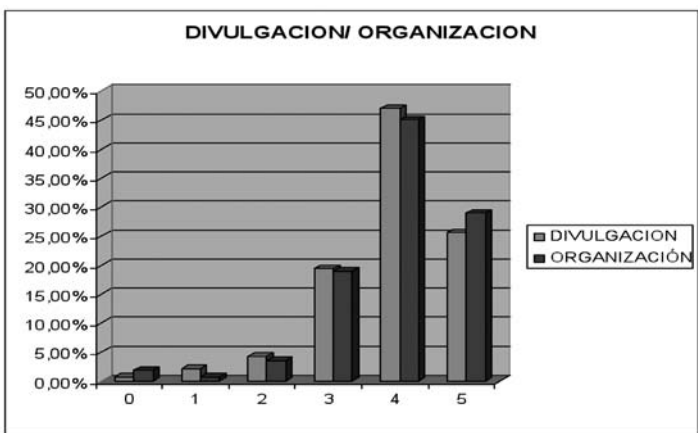
**VALORACION ENCUESTAS**

Como en ediciones anteriores, junto con la documentación entregada al participante se le adjuntó una encuesta de opinión para ser contestada de forma anónima por los asistentes. Los Comités, según los resultados obtenidos, valoraron el grado de satisfacción de los profesionales que contestaron la encuesta y recogieron las propuestas de mejora y sugerencias para sucesivas ediciones.

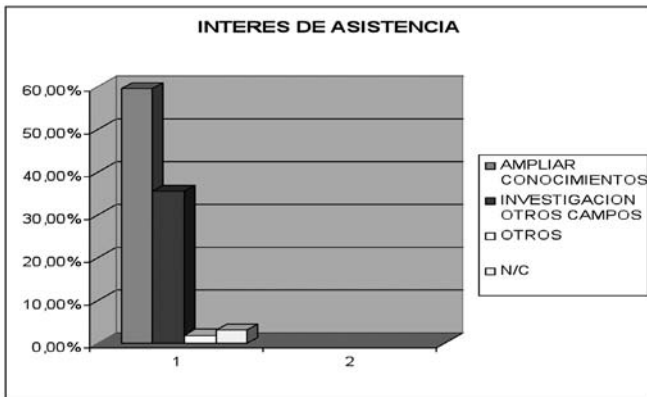
1.- PROCEDENCIA:



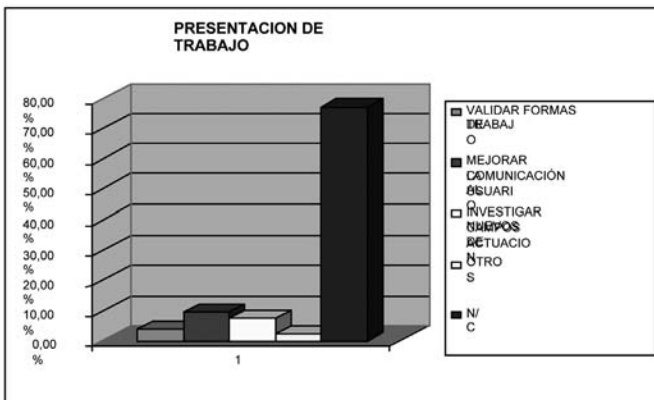
2.- DIVULGACIÓN Y ORGANIZACIÓN:



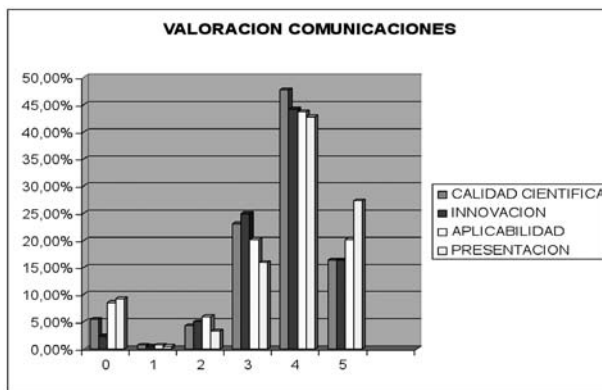
3.- INTERÉS DE ASISTENCIA:



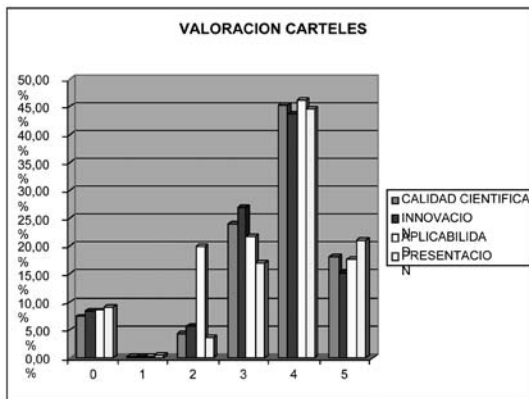
4.- PRESENTACIÓN DE TRABAJOS:



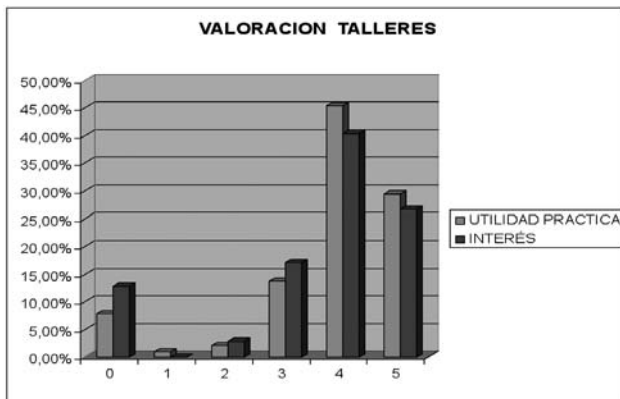
5.- VALORACIÓN DE LAS COMUNICACIONES CIENTÍFICAS:



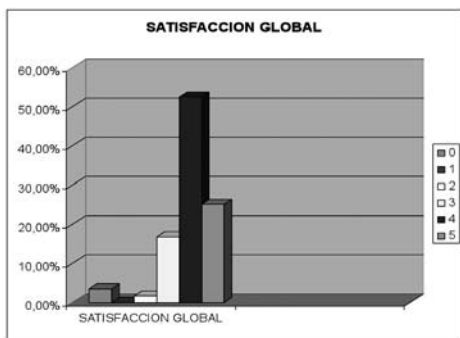
6.- VALORACIÓN DE CARTELES:



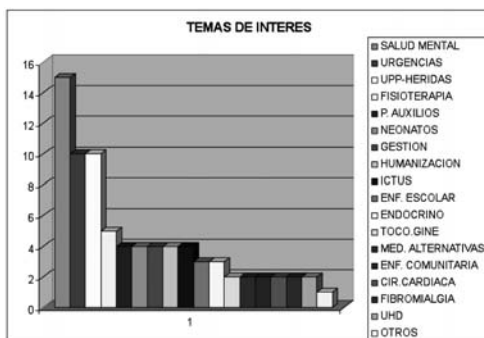
7.- VALORACIÓN TALLERES:



8.- SATISFACCIÓN GLOBAL DEL ASISTENTE A LAS JORNADAS:



9.- TEMAS DE INTERES:



**CONCLUSIONES**

1. La mayoría de los asistentes a las XVI Jornadas son trabajadores de Hospital.
2. Teniendo en cuenta la escala estimada para valorar las Jornadas tenemos que tanto la organización como la divulgación/información de estas Jornadas ha sido bastante o muy satisfactoria.
3. El interés por asistir a las Jornadas se mueve entre la necesidad de ampliar conocimientos además del interés de conocer el trabajo que se realiza en otros campos.
4. La motivación de los ponentes de las comunicaciones se debe en su mayor parte a ampliar la información al usuario.
5. Respecto a la valoración de las comunicaciones y los póster coinciden en que existen un nivel alto de satisfacción en relación a la calidad científica, innovación, aplicabilidad en la práctica y presentación.
6. Los talleres, a su vez, también son valorados con un alto grado de satisfacción de utilidad práctica e interés.
7. La satisfacción global de la formación recibida en este evento ha sido considerada como bastante satisfactoria.
8. Los temas aportados para próximos talleres son muy variados, aunque destacan la salud mental, toxicomanías y el Alzheimer

**DOCUMENTACIÓN ASISTENTES:**

- Bolsa con Libro de ponencias y comunicaciones
- Información de diferentes Casas Comerciales
- Carpeta con bolígrafo
- Encuesta de valoración
- Papeleta para el Premio por Votación Popular
- Certificado de Asistencia

**DOCUMENTACIÓN MODERADORES:**

- Documentación Asistentes
- Certificado de Moderadores
- Libros de ediciones limitadas
- Regalo personalizado

**DOCUMENTACIÓN PONENTES:**

- Documentación Asistentes
- Certificado de Ponentes
- Gastos de viaje y alojamiento
- Gastos dietas
- Libros de ediciones limitadas
- Regalo personalizado

**DOCUMENTACIÓN EQUIPO ORGANIZATIVO:**

- Documentación Asistentes
- Certificado de Comités



- Regalo personalizado
- Obsequios Casas Comerciales

**RELACIÓN DE INSTITUCIONES COLABORADORAS:**

- Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana
- Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana
- Colegio Oficial de Enfermería de Alicante
- Hospital General Universitario, Centro de Especialidades Babel y Centros de Salud Departamento de Salud Alicante – Hospital General.
- Fundación para la investigación del Hospital General Universitario de Alicante.

**RELACIÓN DE CASAS COMERCIALES COLABORADORAS:**

**PREMIOS:**

Premios	codigo	Titulo	Autores
1er. Premio a la mejor comunicación	Co_9	POBLACION INMIGRANTE COMO CUIDADORES NO PROFESIONALES, ¿MODIFICAN EL PERFIL?	INES GONZALEZ SANCHEZ CRISTINA PEYDRO NAVARRO
2º Premio a la mejor Comunicación	Co_3	ENCUESTA DE OPINIÓN Y SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ADSCRITO AL EQUIPO VOLANTE DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE.	MANUEL A. FUENTES PEREZ
3er. Premio a la mejor comunicación	Co-20	COMO ACTUAR FRENTE A UN ACCIDENTE INFANTIL: PROTEGER- AVISAR- SOCORRER.	JUDITH MOROTE CELDRAN MARIA DOLORES MARTIN GARCIA
1er. Premio al mejor Cartel Científico	Po_10	SATISFACCIÓN DE LOS ALUMNOS DE 3º DE ESO CON EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN SEXUAL (PIES).	MARIA ISABEL LOPEZ VAZQUEZ CARMELO IBORRA MOLTO Mª REMEDIOS YAÑEZ MOTOS GERARDO ARROYO FERNANDEZ
2º Premio al mejor Cartel Científico	Po_5	NUEVAS TECNOLOGÍAS: CREENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.	ANA ISABEL SABATER SALA NIEVES IZQUIERDO GARCIA MANUELA DOMINGO POZO
Premio por Votación Popular	Co_10	GUIA DE TRABAJO PARA AUXILIARES - VOLANTES DE NOCHES DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (HGUA)	MARIA DOLORES LOPEZ AGULLO Mª DEL CARMEN CANOVAS VELARDE CARMEN CARTAGENA LLORCA CRISTINA CLIMENT AMAT ESPERANZA DE FRANCISCO MOYA INES GONZALEZ SANCHEZ MARIA DEL CARMEN LEAL LOPEZ MARIA TERESA NOALES OLIVER



Una vez entregados los premios se dieron por clausuradas las XVI Jornadas de Enfermería.

EL PRESIDENTE DE LAS JORNADAS  
Miguel Ángel Fernández Molina  
*DIRECTOR DE ENFERMERIA DEL H.G.U.A.*

## **MESA DE EXPERTOS 1**



## SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS

Clara Abellán García

*Responsable de Calidad del Departamento de Salud de Alicante – Hospital General.*

La evolución de la asistencia sanitaria en España como en otros países de la Europa Occidental está en relación con el desarrollo socioeconómico porque ha supuesto un rápido adelanto tanto en las tecnologías como de los nuevos retos asistenciales, que implican a la Calidad Asistencial como parte fundamental de esta evolución.

Los profesionales de enfermería no son un estamento aislado en los centros sanitarios.

La acogida del paciente, su evaluación y seguimiento, el alta del mismo, la continuidad de cuidados, la alimentación ajustada a la patología del paciente, la vigilancia del ambiente y el confort el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas en tiempo y forma, la cumplimentación adecuada de los registros, un trato educado y amable, pueden ser indicadores de medición que afecten a la calidad en la atención de los cuidados.

No podemos dejar de tratar el tema de la Seguridad Clínica porque, para Enfermería, es una dimensión esencial de la calidad asistencial.

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

Es simplemente inaceptable para los pacientes ser dañados por el mismo sistema sanitario que supuestamente les ofrece alivio y curación”.

La Joint Commission Internacional (2006) anunció seis riesgos internacionales de cuidados relacionados con la seguridad del paciente:

1. Identificación correcta de los pacientes.
2. Comunicación efectiva.
3. Errores de medicación.
4. Sitio equivocado, paciente equivocado y procedimiento quirúrgico equivocado.
5. Infecciones adquiridas por la atención asistencial.
6. Lesiones del paciente por caídas.



De los seis riesgos internacionales de cuidados relacionados con la seguridad del paciente tenemos claro 5 ¿verdad?, pero ¿prestamos la suficiente atención a la “Comunicación efectiva”?

Tenemos claro que el profesional de enfermería induce una mejora en el estado de salud de los pacientes como resultado del diálogo terapéutico.

Porque la comunicación en la enfermería tiene funciones:

- De INFORMACIÓN
- De INFLUENCIA
- De APOORTE DE COMODIDAD
- DE RELACIÓN
- De IDENTIDAD



En el proceso de enfermería utilizamos la comunicación en:



Los Profesionales de Enfermería, suponen alrededor del 60% de la plantilla de todo centro, dada la continuidad de la asistencia que prestan así como el porcentaje del presupuesto total que utilizan a nivel de recursos tanto humanos como materiales, hace necesario que las Direcciones de Enfermería establezcan sus propios sistemas de evaluación para conocer de forma sistemática y periódica, qué calidad en los cuidados se está ofreciendo en comparación con unos estándares y criterios previamente definidos.

El abordaje de la prevención del riesgo y detección de incidencias de sucesos adversos relacionados con los CUIDADOS, se debe integrar entre las herramientas de la gestión del cambio de las prácticas profesionales existentes para determinar sus causas y proponer mejoras que eviten su repetición.

Porque “Nosotros no podemos cambiar la condición humana, pero podemos cambiar las condiciones bajo las que los profesionales sanitarios trabajamos”.

## ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA?

José Antonio Forcada Segarra

*Responsable de Docencia y Calidad. Centro de Salud Pública de Castellón  
Coordinador de los Grupos de Trabajo en Vacunaciones y Riesgo Biológico.  
Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.*

La Seguridad del Paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan:

- factores organizativos,
- factores personales de los profesionales y
- factores relacionados con la enfermedad

Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que suponen a los sistemas sanitarios son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Pan Americana de la Salud, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

El Objetivo general de la Estrategia en Seguridad del Paciente es: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS.

Los Objetivos específicos son reflejo de los objetivos propuestos en el Programa de SP de la OMS:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria. Este objetivo implica el desarrollo de acciones para mejorar la información y formación sobre seguridad de los profesionales, pacientes y ciudadanos.
- Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de eventos adversos para el aprendizaje.

- Implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del Sistema Nacional de Salud.
- Promover la investigación en seguridad del paciente.
- Promover la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas que se desarrollan en seguridad del paciente.
- Promover la participación de España y aumentar su presencia en foros internacionales sobre SP.

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, pero lo cierto es que en los últimos años, desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el libro *«To err is Human: building a safer health system»* (*Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro*) en 1999, el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público.

*«Errar es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene perdón».*

Sir Liam Donaldson, Presidente de la Alianza Internacional para la seguridad de los pacientes, Washington 27 octubre 2004

### **¿Ocultamos los errores? ¿Aprendemos de ellos?**

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) causan una gran mortalidad y costo social y económico en Europa cada año, por lo que su prevención es un objetivo fundamental para los próximos años.

Es fundamental crear una cultura de la seguridad real (no solamente en el papel y en las intenciones).

Para ellos hay que dar numerosos pasos, comenzando por la formación de los profesionales. La formación previene y disminuye los errores asistenciales. También el tiempo que dedicamos a la atención de nuestros pacientes.

La Ley 44/2003, de Ordenación de las profesiones sanitarias, y el Código Deontológico de la enfermería española nos indican claramente la necesidad y obligación de mantenernos al día de los conocimientos científicos más avanzados para ejercer nuestra profesión y actividad (Lex Artis).

Algunos aspectos que nos indican la necesidad de mejora comienzan con la actividad propia del enfermero y su actuación consigo mismo y con los pacientes:

- La baja notificación de exposiciones ocupacionales accidentales
- La insuficiente aplicación de las normas de higiene y de prevención de la infección (higiene de manos, uso de guantes, vacunación frente a HB, etc)





– La baja o casi nula percepción de riesgo ante enfermedades vacunables y el riesgo de ser transmisor de estas enfermedades a nuestros pacientes (sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, etc.)

– Especialmente la Gripe, por su repercusión social y la carga de enfermedad que genera.

- La vacunación antigripal entre los sanitarios es baja, no alcanza el 25%
- Vacunandonos de la gripe salvamos vidas de personas mayores especialmente
- ¿Debería ser obligatoria la vacunación de los trabajadores sanitarios?

El trabajo realizado por los profesionales de enfermería y sus cuidados salvan y dan calidad de vida a numerosísimas personas. Hacemos muchas cosas muy bien.

Pero todavía hay algunas que podemos mejorar. Y en nuestras manos está llevar nuestra profesión al reconocimiento social que merece, y sobre todo, dar a los pacientes la asistencia que merecen y que deseáramos para nosotros y para los nuestros.



## SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS

José Luís Micó Esparza

*Enfermero. Supervisor del Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia. Miembro del Grupo de Trabajo de Riesgos Biológicos del CECOVA. PAS. CEU-Universidad Cardenal Herrera. Valencia.*

### INTRODUCCIÓN:

La Seguridad en los Cuidados: Es una de nuestras señas de identidad como Departamento en el compromiso por un entorno de práctica segura para nuestros pacientes. Como señala, Miguel Ángel Fernández Molina (Dirección Enfermería Hosp General de Alicante).

En España, el estudio ENEAS1, entre otros, ha arrojado un importante rayo de luz en el esclarecimiento de la situación actual de la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario español.

Entre muchos otros aspectos, ha permitido obtener información objetiva sobre cuáles son los tipos de Efectos Adversos (EA) más prevalentes en los hospitales españoles y entre dichos eventos, ha determinado la “evitabilidad” de los mismos, esclareciendo cuales son los más prevenibles.

Las Prácticas Seguras contra los Efectos Adversos (PSEA) es otra forma de expresar la integración con la Seguridad en los Cuidados. PSEA . Definición que establece la NQF de los Estados Unidos (2) “Safe Practices for Better Healthcare” . El cual dice que las prácticas seguras deben:

- Ser generalizables. Poder ser aplicables en múltiples tipos de centros de atención clínica y/o múltiples tipos de pacientes.

- Tener alta probabilidad de obtener beneficios significativos para la seguridad del paciente si está plenamente implantada.

- Contar con una sólida evidencia de que son efectivas en la reducción del riesgo de lesionar un paciente (3).



Definiciones que vienen entroncadas con la esencia de nuestra misión del proyecto INCATIV:

- “Hacer las cosas bien”
- Mejorar la calidad y seguridad no sólo del enfermo, sino del personal sanitario.
- Utilizar nuevas herramientas de evaluación para la implementación de procedimientos.
- Adquirir nuevos conocimientos y promover la investigación en la enfermería.

El proyecto INCATIV “Indicadores de Calidad en la Terapia Intravenosa”, es un estudio de investigación en materia de calidad y de seguridad asistencial que nace en el Hospital Arnau de Vilanova de Valencia y de la mano de un grupo de investigación de enfermeros, “Grupo INCATIV”.

La Agencia Valenciana de Salud en resolución del 11 de julio de 2008, adjudica una ayuda económica para los estudios de investigación en materia de calidad asistencial y sistemas de información.

El Estudio INCATIV se desarrolla en colaboración con la Dirección General de Calidad Asistencial de la Conselleria de Sanitat, el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana – CECOVA, la Sociedad de Medicina Preventiva y Salud Pública Valenciana y un grupo de profesionales con vocación investigadora y docente de 15 de los hospitales participantes hasta el día de hoy. Otros Centros Sanitarios, que ya han propuesto su integración, se encuentran a la espera de poder participar en el Proyecto Incativ.

INCATIV es un trabajo ambicioso que surge del compromiso y de la necesidad de “hacer las cosas bien” en todo lo relacionado con el abordaje y tratamiento intravenoso. A través de él los profesionales podrán adquirir nuevas y útiles herramientas para obtener mejoras en la implementación de protocolos, minimizando los efectos adversos, tasas de infecciones nosocomiales, etc.

INCATIV es un trabajo de TODOS donde, alcanzar la CALIDAD y SEGURIDAD no sólo del paciente sino también del personal sanitario, es la meta principal.

Es un trabajo de TODOS donde, alcanzar la CALIDAD y SEGURIDAD no sólo del paciente sino también del personal sanitario, es la meta principal.

La incorporación de los indicadores para la evaluación de la calidad de la terapia IV en los Servicios de Enfermería que se proponen en este proyecto, permite a los propios equipos de trabajo de enfermería y al personal directivo de las instituciones o de los servicios, la elaboración de sus propios proyectos y programas de mejora continua.

La finalidad es corregir los aspectos que no cubren los estándares de calidad, previamente determinados, o de innovar o mantener el nivel de calidad en aquellos procedimientos que los cumplen. Un indicador es una medida cuantitativa de la presencia/ausencia del criterio que se expresa en forma de porcentaje (4).

A través de la participación en este estudio, los profesionales podrán adquirir nuevas y útiles herramientas para obtener mejoras en las tasas de infecciones relacionadas con los cuidados de salud (IRCS - la “carga de infección existente” (burden) de su hospital), se reducirían las estancias prolongadas y los costes por los efectos adversos atribuibles a la terapia intravenosa y, en general, mejoraría la seguridad del paciente.



La herramienta que propone el proyecto INCATIV es de utilidad para la monitorización de la calidad de los Servicios de Enfermería, pudiendo en un futuro ampliar la incorporación de nuevos trazadores: prevención de úlceras por presión, prevención de caídas en pacientes hospitalizados, prevención de infecciones en vías urinarias, etc.

### OBJETIVOS:

Validar como herramienta de evaluación de los indicadores de calidad obtenidos, la aplicación informática propia de INCATIV.

Evaluar el nivel de implementación de los Manuales de Procedimientos utilizados en el cateterismo IV periférico, central y central de inserción periférica, así como de los cuidados y registros.

Disminuir la variabilidad de la calidad en la asistencia sanitaria.

Promover la seguridad en la asistencia .

Comprometer al personal con el cumplimiento de objetivos en los Hospitales de la Comunidad Valenciana

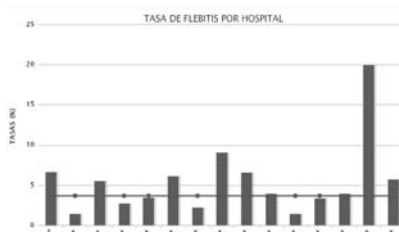
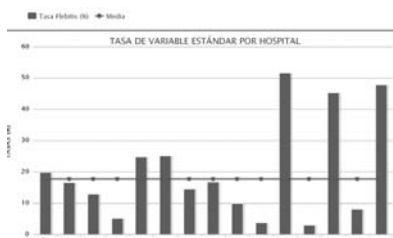
Impulsar la formación e innovaciones tecnológicas en terapia IV, los ETIs (equipos de personal de enfermería en terapia IV)

### METODOLOGÍA

El estudio se realiza utilizando metodología de múltiples cortes periódicos: prospectivos, transversal, descriptivo, analítico, intervencionista y multicéntrico

### RESULTADOS

Algunos de los resultados generales (on-line) del indicador de calidad, con más carga predictiva sobre la implementación y calidad en la terapia IV entre los diferentes Hospitales participantes a fecha de octubre 2011. Indicador de “Variable Estándar” (VE)



Representando unas diferencias significativas con respecto a la Media de todos y entre ellos mismos.

Indicando una variabilidad en cuanto a la implementación de procedimientos y en la cronología del proyecto.

Los indicadores más relevantes evolucionan positivamente en la mayoría de hospitales. En una minoría se detectan necesidades formativas en terapia IV e implicación en el proyecto.

**CONCLUSIÓN:**

Cronológicamente observamos que las mejoras demostradas, están en relación directa a las acciones formativas, que se realizaron entre los cortes 2-4 y 5-6 a la enfermería relacionada con la terapia IV. Formación impartida por los miembros del grupo Incativ.

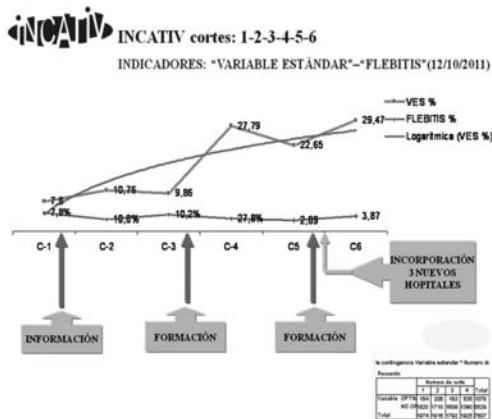
La Variable Estándar ha sufrido una variación que es significativa

Los valores deseables sobre esta variable aún no los conocemos (tenemos 6 cortes y dos intervenciones formativas), aunque intuimos que estamos muy distantes del indicador óptimo.

Esperamos que con esta nueva intervención formativa y personalizada, que hemos realizado en el personal de enfermería practicante de la terapia IV, lleguemos a tasas muy superiores. (VES 29,47%)

Serán esas Nuevas Tasas de la Variable Estándar, las que verdaderamente se expresarán como un indicador con peso específico de calidad en la terapia IV.

El proyecto INCATIV, aún con las dificultades que en la actualidad nos encontramos, no cesará en su mejora y con la esencia de nuestra misión del proyecto: “Hacer las cosas bien”. Vamos a añadir otro que también nos define: “Diferentes en los detalles, iguales en lo esencial”.



**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Seguridad del Paciente, Informe, febrero 2006.
2. OMS. Patient Identification. Patient Safety Solutions, Solution 2, Vo1, mayo 2007. <http://www.jcipatientsafety.org/fpdf/Presskit/PS-Solution2.pdf>
3. Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
4. Aranz. JM La calidad de los Servicios Sanitarios . Una propuesta general para los ServiciosPágina.

## **SEGURIDAD PARA EL PROFESIONAL SANITARIO: UN DERECHO Y UN DEBER**

Sonia Casanova Vivas

*Enfermera. Técnico medio de Salud Laboral. Dirección General de Investigación y Salud Pública. Consellería de Sanidad. Valencia.*

---

La seguridad y la salud de los trabajadores del sector sanitario se ha visto reforzada gracias a la entrada en vigor de la Directiva 2010/32/UE del Consejo que aplica el Acuerdo Marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario.

Dada la gravedad que pueden llegar a comportar las exposiciones ocupacionales accidentales, esta Directiva específica que una de las medidas preventivas prioritarias que deben adoptarse para conseguir una reducción efectiva y real de la exposición a estas lesiones, ante la imposibilidad de eliminar agujas y elementos cortantes, es la utilización de equipos cortopunzantes que incorporan sistemas de seguridad diseñados con el objetivo de eliminar o minimizar los cortes o pinchazos accidentales.

Además, recuerda al empresario que debe ofrecer una formación continua y adecuada sobre las políticas y procedimientos asociados a las heridas causadas por instrumental cortopunzante, que incluya, entre otras, la información sobre los riesgos asociados a la exposición a sangre y fluidos corporales, la adopción de las correctas medidas preventivas y la actuación tras una exposición biológica accidental.

La unificación de criterios de calidad asistencial y seguridad laboral en los protocolos de trabajo y una continuada vigilancia epidemiológica de estos accidentes deben adoptarse dentro del sistema de gestión de prevención integral de cada centro sanitario.

En la Comunidad Valenciana, en cumplimiento de la Directiva y continuando con las acciones derivadas del Programa de Prevención de Riesgo Biológico, se está llevando a cabo desde el año 2006 una progresiva conversión a materiales de seguridad en nuestros hospitales. El trabajo por protocolos y la formación e información a los trabajadores sanitarios se desarrolla de forma reglada en nuestros centros de trabajo y desde las organizaciones colegiales. Y el Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales (REBA), se ha desarrollado como el sistema unificado de declaración de accidentes biológicos de la Comunidad Valenciana.

Por último, es necesario que los profesionales sanitarios detectemos las necesidades en nuestros puestos de trabajo; es cierto que la conversión a materiales seguros alcanza casi el 100%, pero sólo en algunos tipos de materiales. Por ello, desde nuestro colectivo sanitario debemos demandar y exigir el cumplimiento de una normativa que nos proteja de los riesgos en nuestro trabajo diario y que mejore nuestras condiciones de trabajo. De esta manera, se repercute en una mejora de la calidad asistencial al paciente.





## **MESA COMUNICACIONES LIBRES 1**



## **CALIDAD DE CUIDADOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR**

José Luis Giménez Tébar\*; África Moreno Alzamora\*\*; María Jesús Mas Pla\*\*\*.  
\*Unidad de Hospitalización a Domicilio del HGUA. \*\*Servicio Neumología del HGUA. \*\*\*Hospital General Universitario de Alicante.

---

### **INTRODUCCIÓN**

Se define la Consulta de Enfermería como un proceso de atención directa, donde la enfermera realiza promoción de la salud, así como prevención y rehabilitación de la enfermedad a personas, de una forma integral, con una participación activa por parte del usuario y/o familia, y en la que se solicitan sus servicios para la resolución de uno o varios problemas de salud en el ámbito de sus competencias y funciones, siempre tratando de buscar la autonomía y la mejora del autocuidado, todo esto en el marco de trabajo de un equipo multidisciplinar.

Como ámbito de trabajo y marco para la identificación de necesidades de salud, la consulta de enfermería facilita la coordinación con otras actuaciones de enfermería, como la atención domiciliaria y la intervención comunitaria. Además, en esta consulta se deben cumplir unos objetivos previamente pactados entre el profesional y el paciente, para alcanzar el autocuidado como objetivo fundamental de la intervención.

Desde el punto de vista de las necesidades y expectativas de los ciudadanos, la enfermera ha de ofrecer respuesta a las demandas de los usuarios (individuo, familia y comunidad) proporcionando cuidados que garanticen un buen nivel de calidad.

### **OBJETIVOS**

1. Lograr en los pacientes un óptimo nivel de autocuidados, que les permita ser autónomos.
2. Disminuir el número de reingresos hospitalarios relacionados con la falta de autonomía.
3. Conseguir en los pacientes un elevado grado de autoestima y de autorrealización.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

- Desde Enero de 2009 hasta Diciembre de 2010, se implantó una consulta de enfermería para atender a los pacientes con Hipertensión Pulmonar en tratamiento con Prostaciclina y controlados desde la unidad de Neumología.
- Las consultas dependen del grado de autonomía que demostraba el paciente.
- Varían, de una consulta, una vez a la semana, a una vez al mes, en algunos casos.
- Siempre se les ofrece la posibilidad de atención telefónica directa, en momentos de urgencia.

- El tiempo de consulta variaba entre 30 minutos a 1 hora, dependiendo de sus necesidades educacionales.
- También se les graba y se les da un DVD, con las técnicas que ellos mismos realizan en la consulta de enfermería.

## RESULTADOS

Se atendieron a:

- 5 pacientes en tratamiento con TREPOSTINIL subcutáneo.
- 7 pacientes en tratamiento con ILOPROST inhalado.
- 4 pacientes en tratamiento con EPOPROSTENOL intravenoso.
- Todos los pacientes, acudieron a sus citas programadas, sin fallar en ninguna de ellas. La media de citas fue de 6,25; y varía desde 4 a 14 citas.
- Se atendieron 18 llamadas en horario de 7:00 a 23:00 horas, y una de ellas requirió asistencia directa en su domicilio.
- No hubo ninguna consulta en el área de urgencias del HGUA.

## CONCLUSIONES

- Al inicio del tratamiento se les ofrecía la formación en la unidad, citas programadas, citas a demanda y consultas telefónicas, adecuándonos a su grado de adiestramiento.
- El nivel de autonomía y de autocontrol de su enfermedad se puede considerar como excelente.
- En ningún caso volvieron a reingresar por cuestiones de falta de autocontrol de su enfermedad, salvo en un caso, en el que se sumaban además circunstancias del entorno familiar.
- Se sienten muy seguros, al contar con un teléfono al que llamar en caso de urgencia, y ser atendidos por el mismo profesional de enfermería que les ve en consulta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Riera JR. Consulta de enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad. *Rev Adm Sanit.* 2003; I (3):425-40.
2. Martínez Riera JR, Pérez Pont I, Martínez Cánovas P. Importancia de la Enfermera de referencia en la actividad de Enfermería en Atención Primaria. *Enferm Cient.* 2003; 258-259.
3. García Real J, Ruiz Hontangas A. Consulta de enfermería a demanda: experiencia en un centro de salud. En: I Reunión de Invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria, Arnedillo (La Rioja);1998.
4. Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC, Morales Asensio JM, Gonzalo Jiménez E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enferm Comunitaria* 2005; 1(1).

## **DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR EL RIESGO Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA**

Abellán García C., Marco Vera P., Martínez-Soriano J., Sánchez Martínez R., Campos Ródenas S., Lluís Casajuana F.

**PALABRAS CLAVE:** Instrumento, valoración, prevención.

### **INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN**

La E. T. V. es una de las alertas de la seguridad de paciente.

La incidencia media de Enfermedad Tromboembólica Venosa sin profilaxis es:

CIRUGIA GENERAL:.....	15-40 %
CIRUGIA GINECOLOGICA:.....	15-40 %
PROSTATECTOMIA T.U.: .....	0-20 %
PROSTATECTOMIA SUPRAP:.....	20-40 %
CIRUGIA ORTOPEDICA MAYOR: .....	40-60 %
POLITRAUMATISMO:.....	40-80 %
NEUROCIRUGIA:.....	15-40 %
LESION ESPINAL: .....	60-80 %
PACIENTE MEDICO: .....	10-20 %

En la 8ª Conferencia de la ACCP de 2008 aportó información como que la incidencia media de E. T. V. sin profilaxis en pacientes sometidos a algún el tipo de cirugía es orientativo y hay que matizar dicho riesgo según los datos específicos de cada paciente con su historia clínica.

Conocedores de la importancia que tiene en la seguridad del paciente la prevención de la E. T. V., la Comisión de Trombosis del Hospital General Universitario de Alicante, elabora una “Guía Profilaxis de la E. T. V” que difunde entre los facultativos.



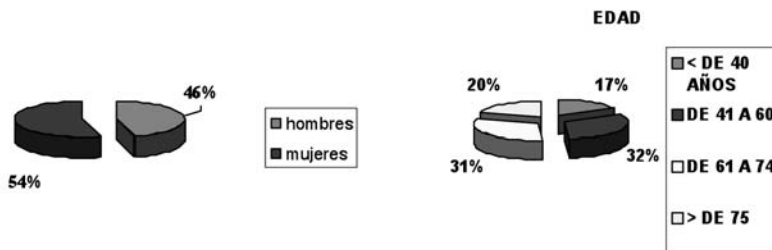
### **PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA (E.T.V.) EN EL PACIENTE QUIRURGICO**

Aplicando las fases del proceso de gestión de riesgos, con este estudio se pretende realizar el análisis y evaluación aproximado de riesgos de E. T. V. en los pacientes hospitalizados que han sido sometidos a cirugía durante un periodo de tiempo.

Se realiza una auditoria en dos Servicios Quirúrgicos de 78 historias clínicas de pacientes quirúrgicos hospitalizados y del Informe de Alta y los resultados fueron:

**UNIDAD A:**

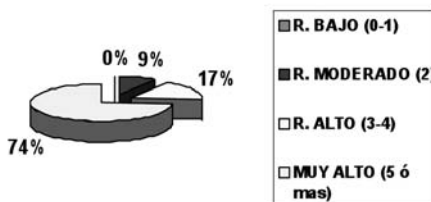
Pacientes incluidos en el estudio: 35



Los factores de riesgo son:

- Un 0 % pacientes con factores de riesgo bajo.
- Un 9 % pacientes con factores de riesgo moderado.
- Un 17 % pacientes con factores de riesgo alto.
- Un 74 % pacientes con factores de riesgo muy alto.

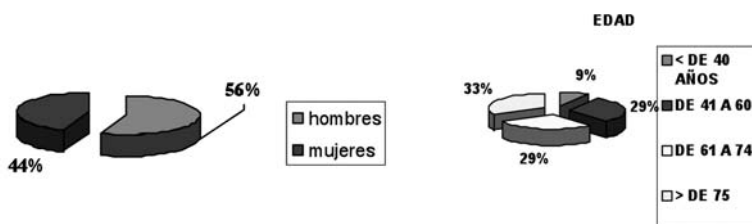
**FACTORES DE RIESGO**



- El 100 % si se les había prescrito profilaxis para la prevención de E. T. V.
- El 66% de los pacientes la dosis prescrita NO era correcta según el protocolo.
- Solamente en un 51 % la duración del tratamiento era correcta y el otro 49 % no se dispone de información en la continuidad del mismo.

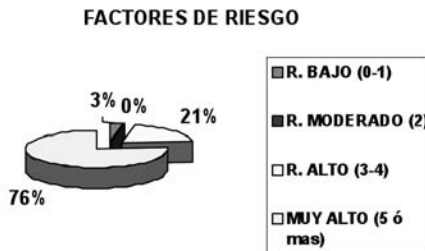
**UNIDAD B:**

Pacientes incluidos en el estudio: 34



Los factores de riesgo son:

- Un 3 % pacientes con factores de riesgo bajo.
- Un 0 % pacientes con factores de riesgo moderado.
- Un 21 % pacientes con factores de riesgo alto.
- Un 76 % pacientes con factores de riesgo muy alto.



- El 91 % si se les había prescrito profilaxis para la prevención de E. T. V.
- El 71 % de los pacientes la dosis prescrita NO era correcta según el protocolo.
- El un 50 % la duración del tratamiento era correcta y SI se dispone de información en la continuidad del mismo.

Los resultados generales fueron que:

Pacientes con factores de riesgo bajo 1,4%, moderado 4,4%, alto 18,8%, muy alto 75,4%. Tenían profilaxis el 95,7%. El 68,1% la dosis no era correcta y la duración el 24,6% no era correcta.

A la vista de los resultados se plantea una intervención de mejora de la calidad en la valoración de riesgo de E. T. V. y la consecuente adaptación de la prescripción para garantizar los estándares de seguridad en el proceso.

## OBJETIVO

Elaborar un instrumento que garantice el cumplimiento del protocolo de prevención de E. T. V. del H. G. U. de Alicante basado en la guía de American Collage of Chest Physicians Evidence y PRETEMED.

## MÉTODO

1ª parte: Elaboración base de datos para la recogida de información según el protocolo de prevención de ETV que consta de: valoración de los factores de riesgo que se puntuará 1, 2, 3 y 5 según los datos específicos de cada paciente. Clasificación de pacientes según el riesgo. Prescripción de profilaxis de prevención. Corrección de la dosis y duración del tratamiento preventivo.

VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	1 PUNTO C/ FR
EDAD DE 41-60 AÑOS	
HISTORIA DE CIRUGÍA MAYOR PRINCIPAL EN EL ÚLTIMO MES	
HISTORIA DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA	
OBESIDAD (BMI >25)	
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA EN EL ÚLTIMO MES	
ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA	
CONTRACEPTIVOS ORALES O TERAPIA HORMONAL SUSTITUTORIA	
EMBARAZO O POSTPARTO (< 1 MES)	
ABORTO RECURRENTE (>3) O PARTO PREMATURO CON TOXEMIA GRAVÍDICA	
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>

VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	2 PUNTOS C/FR
EDAD 60-74 AÑOS	
ENFERMEDAD MALIGNA PRESENTE O PREVIA	
CIRUGÍA MAYOR (>45 MINUTOS)	
ENCAMAMIENTO > 72 HORAS	
INMOVILIZACIÓN CON YESO EN EL ÚLTIMO MES	
ACCESO VENOSO CENTRAL	
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>

VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	3 PUNTOS C/FR
EDAD >75 AÑOS	
HISTORIA DE DVT/PE	
HISTORIA FAMILIAR DE TROMBOSIS	
TROMBOFILIA	
S. ANTIFOSFOLÍPIDO	
TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA	
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>

VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	5 PUNTOS C/FR
ARTROPLASTIA DE CADERA O RODILLA	
FRACTURA DE CADERA O PIERNA EN EL ÚLTMO MES	
ACVA < 1 MES	
POLITRAUMATISMO < 1 MES	
LESIÓN AGUDA DE MÉDULA ESPINAL CON PARÁLISIS (< 1 MES)	
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>

## RESULTADOS

El instrumento es una hoja EXCEL con 27 variables clasificadas con ítems según una escala ordinal para la valoración del riesgo en 1, 2, 3 y 5 que calcula y clasifica el nivel de riesgo del paciente en bajo, moderado, alto y muy alto y aplica una escala que según el resultado orienta al médico.

	PUNTUACIÓN
FACTOR RIESGO PUNT 1	0
FACTOR RIESGO PUNT 2	0
FACTOR RIESGO PUNT 3	0
FACTOR RIESGO PUNT 5	0
<b>SUMA TOTAL</b>	<b>0</b>

NIVEL RIESGO	TOTAL DE F/ R
BAJO	DE 0 A 1
MODERADO	2
ALTO	DE 3 A 4
MUY ALTO	5 Ó MAS



Da la prescripción de profilaxis de prevención: dosis, inicio del tratamiento, continuidad del mismo y días de duración.

#### TRATAMIENTO ENOXAPARINA (CLEXANE)

FACTOR DE RIESGO	DOSIS	INICIO TRATAMIENTO	CONTINUIDAD TRATAMIENTO	DIAS DURACIÓN
BAJO	MOVILIZACIÓN	MOVILIZACIÓN	MOVILIZACIÓN	MOVILIZACIÓN
MODERADO	40 mg.	12 h.	c/ 24 h.	7
ALTO	40 mg.	8 - 12 h.	c/ 24 h.	14
MUY ALTO	60 mg.	6 - 8 h.	1 mg/kg/día	28

#### TRATAMIENTO ENOXAPARINA (HIBOR)

FACTOR DE RIESGO	DOSIS	CONTINUIDAD TRATAMIENTO	DIAS DURACIÓN
BAJO	MOVILIZACIÓN	MOVILIZACIÓN	MOVILIZACIÓN
MODERADO	2.500 U.	c/ 24 h.	28 - 35
ALTO	3.500 U.	c/ 24 h.	28 - 35
MUY ALTO	3.500 U.	c/ 12 - 24 h.	28 - 35

### DISCUSIÓN / COMENTARIOS

1. Todos los pacientes estudiados estaban con profilaxis de la E. T. V. pero tanto la duración como la dosis no eran correctas en un porcentaje mayor del 50%.
2. Los pacientes no estaban clasificados según el protocolo.
3. Este instrumento facilitaría al médico tener una escala de valoración de riesgo, el cumplimiento del protocolo de Profilaxis de la E. T. V. en dosis, continuidad y duración.
4. Por lo tanto mejoraría la seguridad del Paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

- Hospital General Universitario de Alicante. 2008. "Profilaxis de la enfermedad trombo embolica venosa (E. T. V.) en el paciente quirúrgico. Comisión de Trombosis. Alicante.
- Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF et al. Prevention of venous thromboembolism: American Collage of Chest Physicians Evidence – Based Clinical Practice Guidelines. (8th edition). Chest 2008; 133 (6 suppl) 381 S-453S)



## LA FORMACIÓN COMO ELEMENTO DE MOTIVACIÓN

González Sánchez, Inés(1); Alemañ Santos, Virginia(2); Pérez Useros, Francisco Manuel (3); Chaves Muñoz-Alcon, Isabel(3); Toboso González, Pilar(3); Burguera Anguiano, M<sup>a</sup> Victoria(3); Pardo López, Catalina (3); Milán Navarro, Francisca (3).

(1) *Enfermera Máster, Supervisora General del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA); Profesora Asociada de la Universidad Cardenal Herrera CEU de Elche.* (2) *Enfermera Máster, Supervisora General del HGUA;* (3) *Supervisora General del HGUA.*

### INTRODUCCIÓN

La gestión de los recursos humanos constituye una parte fundamental en la organización y estrategia final de cualquier empresa, no en vano, se los considera el valor más importante. La gestión de estos recursos significa garantizar el número necesario de personas, en los puestos adecuados y en el momento preciso, para de esta manera atender las necesidades asistenciales en las unidades de enfermería.

Pero una gestión de recursos humanos, debe incluir en sus miras el aspecto importantísimo, desde nuestro punto de vista, de la motivación del equipo de trabajo, ya que cuando un gestor es motivador se convierte en una persona significativa y digna de confianza. Ello le convierte también en un modelo atractivo., además, aumenta la capacidad para influir en el cambio, el sentido de la autoeficacia y autocontrol y contribuye a reducir las resistencias, que se puedan producir, al cambio, el sentimiento de desmoralización e indefensión, en definitiva un gestor que utilice como herramienta la motivación cambia el clima total de la organización y ayuda al cambio de la cultura organizacional.

En psicología y filosofía, la motivación son los estímulos que mueven a la persona a realizar determinadas acciones y persistir en ellas para su culminación. Este término está relacionado con la voluntad e interés

Existen tres factores intrínsecos importantes en la motivación, como son:

- Autonomía: El impulso que dirige nuestras vidas, libertad para tener control sobre lo que hacemos
- Maestría: El deseo de ser mejor en algo que realmente importa
- Propósito: La intención de hacer lo que hacemos por servicio a algo más grande que nosotros mismos

Otro aspecto a tener en cuenta es la reacción ante las recompensas que se filtra por la percepción de cada persona, es decir, por la visión del mundo que esta tiene y que está fuertemente influida por los valores personales. Por ello, los gerentes siempre deben motivar en base a las necesidades de los empleados, pues es muy difícil que acepten esquemas motivacionales que la administración desea que tengan.

Un término opuesto a motivación, es la desmotivación, generalmente definido como un sentimiento de desesperanza ante los obstáculos, o como un estado de angustia y pérdida de entusiasmo, disposición o energía. Lo que en definitiva tiene como consecuencia la insatisfacción laboral del profesional con su entorno de práctica clínica. Ya que realmente la motivación es anterior al resultado, puesto que esta implica un impulso para conseguirlo; mientras que la satisfacción es posterior al resultado, ya que es el resultado experimentado.

Los profesionales motivados son aquellos que consideran que su trabajo les ayuda a alcanzar sus metas importantes. En la actualidad existen muchos sistemas de motivación, en nuestra opinión una de las más ajustadas a nuestra realidad laboral, que contempla gran cantidad de cambios y diferentes contextos, es el Modelo de Expectativas de Vroom, ya que reconoce la importancia de diversas necesidades y motivaciones individuales, siendo muy coherente con el sistema de Administración por objetivos, sistema en el que nuestro hospital lleva inmerso varios años.

Para Vroom la motivación es producto de 3 factores:

- 1) Valencia: Es el nivel de deseo que una persona tiene para alcanzar una meta.
- 2) Expectativa: Es el grado de convicción de que el esfuerzo relacionado con el trabajo producirá la realización de una tarea. Se presenta en forma de probabilidades (Valor entre 0 y 1).
- 3) Instrumentalidad (Medios y Herramientas) (la estimación de que el desempeño llevara a recibir la recompensa.

El Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), cuenta con un número elevado de unidades asistenciales de Enfermería, generando una gran y diversa necesidad de coberturas de personal, que son cubiertas por el equipo de correturnos.

El equipo de supervisores generales del HGUA, durante el año 2009 y dentro del sistema de gestión por objetivos nos planteamos la evaluación del desempeño de los profesionales, adscritos a la unidad de correturnos, de ese estudio concluimos que la gran versatilidad de puestos a cubrir por el personal correturnos, provoca en nuestro personal incertidumbre y ansiedad pues hay ocasiones en que el contexto de trabajo es totalmente desconocido, situación que mantenida en el tiempo les lleva a una gran desmotivación.

Conocedores, como gestores, de esta situación, surge nuestra preocupación de diseñar las condiciones ideales para un mejor desempeño de nuestros profesionales, sin olvidar que las percepciones de valor varían de alguna manera entre un individuo y otro, influidas tanto por las diferencias temporales como por los diversos contextos donde se produce su práctica clínica.

Desde nuestra gestión como Supervisores Generales, nos planteamos identificar factores de motivación para nuestro personal, encontrando que destacaba la formación e información en todos los ámbitos, alcanzando como meta la disminución de la ansiedad y aumentando la calidad de nuestros cuidados, pudiendo así, ofrecer un servicio más eficiente y eficaz.

## OBJETIVO GENERAL

Fomentar la formación como elemento motivador del equipo correturnos.

## Objetivos específicos

- Conocer las necesidades de formación, de nuestro personal, y promover la asistencia a cursos de formación
- Disminuir la incertidumbre y ansiedad que provoca el trabajar en un contexto desconocido.
- Elaborar una guía de trabajo estableciendo las pautas concretas a seguir en las diferentes unidades del HGUA.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de investigación cualitativa, de tipo etnográfico y de corte transversal, realizado en el HGUA, en el mes de Mayo 2011, la población a estudio son los profesionales sanitarios adscritos a la unidad de correturnos-volantes presentando un total de 57 profesionales y para la selección de la muestra decidimos utilizar como criterio de inclusión aquellos profesionales que lleven en la unidad de correturnos-volantes un mínimo de un año, por lo que el tamaño de la muestra queda en un N= 37 personas, siendo 19 Auxiliares de enfermería y 18 enfermeras/os

Para la recolección de la información utilizamos una encuesta elaborada por los autores, que mide las necesidades formativas del profesional en relación a la actividad desarrollada como personal correturnos, lo que conlleva unas características especiales como es el actuar en contextos desconocidos y muy especializados como puede ser desde unidades de hospitalización general a unidades de Medicina Intensiva, Reanimación, Urgencias o Neonatos entre otros.

El instrumento elaborado recoge las siguientes variables:

- Variables sociodemográficos: edad, sexo, y estado civil.
- Variables relacionadas con el puesto de trabajo: tipo de contrato, profesión (Aux. Enfermería ó Enfermera / o), turno de trabajo, años totales en la profesión, años en el puesto actual.
- Variables relacionadas con la formación: con un total de 10 ítems, como son:
- Respecto a la formación previa y actual al puesto se preguntaba lo siguiente:
  - ¿Considera que su formación profesional en el momento de incorporarse a su puesto de trabajo como personal correturnos era?, con cuatro posibles respuestas que van desde muy adecuada a nada adecuada.
  - En este momento, para el trabajo que desempeña, ¿cree que su formación es? con cuatro posibles respuestas que van desde muy adecuada a nada adecuada.
- También contemplamos la asistencia a cursos y la formación ofrecida en el hospital, con dos ítems como son:
  - En los últimos dos años: he asistido a alguna actividad de formación organizada por mi empresa, he asistido, por cuenta de mi empresa, a

alguna actividad formativa organizada por otras entidades, he asistido a alguna actividad formativa por mi cuenta, no he asistido a ninguna actividad formativa, pudiendo contestar varias opciones.

- En general ¿cuál es el grado de satisfacción con la formación ofrecida por el hospital para desarrollar su puesto actual de personal correturnos? con cuatro respuestas que indican desde muy satisfecho a nada satisfecho.
- Respecto a las necesidades formativas que ellos consideraban necesaria para el puesto de personal correturnos, había dos ítems con respuestas dicotómicas, como son:
  - ¿Cree necesaria una formación específica para desempeñar su labor, como personal correturnos? respondiendo SI o NO
  - ¿Piensa, que el personal correturnos debería especializarse en algún/ os servicios en concreto? SI o NO
- A continuación aparecen una serie de ítems abiertos como son
  - Indique, por orden de prioridad, los tres servicios/unidades, que en su opinión, precisaría de una formación especializada.
  - Indique, por orden de prioridad, los tres cursos o actividades formativas que le gustaría realizar para facilitar el desempeño profesional en su puesto actual de trabajo
  - ¿Tiene algún comentario o sugerencia?. Si es así, por favor, háganoslo saber
- Por último se les plantea si estarían dispuestos o no a realizar dicha formación.

La unidad de Docencia, de nuestro hospital, hace una oferta educativa, de formación continua, en el mes de agosto, para celebrar los cursos más demandados, por los diferentes profesionales en el siguiente semestre, y puesto que para ese momento, ya teníamos recogidas el 100% de las encuestas entregadas, hacemos una valoración de las mismas, a fin de poder describir las opciones formativas que el personal correturnos solicita.

Una de las solicitudes más unánime, hecha por el personal correturnos, es la de obtener una guía o protocolo a seguir en las diferentes unidades del hospital, para cuando van por primera vez a ellas, y así, no tener ese sentimiento de “estar perdido”, además de cursos relacionados con los cuidados y manejo de aparataje de las unidades de pacientes críticos.

Por ello, decidimos posponer para el año próximo la realización de los cursos formativos y proponemos al personal tanto enfermeros como Auxiliares de Enfermería la formación de un grupo de trabajo, para la realización de dicha guía.

A partir de ese momento se forman dos grupos de trabajo uno por cada categoría, ya que las actividades a realizar, son diferentes dependiendo de dicha categoría profesional, participando en cada grupo de trabajo algún supervisor general como elemento asesor y motivador del mismo.

A todos los participantes del estudio les explicamos que la participación es voluntaria y anónima, pudiendo abandonar en cualquier momento que se desee.

Para el análisis de datos se utiliza un soporte Excel de registro de las diferentes variables y se utilizaron los siguientes estadígrafos: porcentajes, media, mediana, desviación estándar, entre otros; utilizando, en concreto, para las variables sociodemográficas y las relacionadas con la profesión un tipo de medición nominal y medidas de distribución de frecuencias para las variables relacionadas con la formación. Para la evaluación de la significancia estadística se tomó en cuenta el siguiente criterio:  $p > 0.05$  y un error del 0,01.

Desde el punto de vista legal se trata de un estudio de no intervención y no uso de medicamentos que cumple los requisitos establecidos en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, en la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y la Ley de 1/2003 de derechos e información de la comunidad valenciana.

Desde el punto de vista ético, el estudio cumple los requisitos establecidos en el convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo) y los Principios éticos para las Investigaciones éticas en seres humanos (Declaración de Helsinki, 59ª Asamblea General, Seúl)

El estudio fue presentado para su valoración y aprobación por la Dirección de Enfermería del Departamento de salud de Alicante, departamento 19 de la Comunidad Valenciana.

## RESULTADOS

Para un mejor análisis de los resultados, y dado que al tratarse de diferentes categorías, con diferentes actividades se pueden presentar diferencias significativas entre los grupos, los presentamos como comparativos.

Se entregaron un total de 37 encuestas, 18 a Enfermeras y 19 a Aux. Enfermería, siendo contestadas por 17 y 14 respectivamente.

### • *Respecto a las variables sociodemográficas, se obtienen los siguientes resultados:*

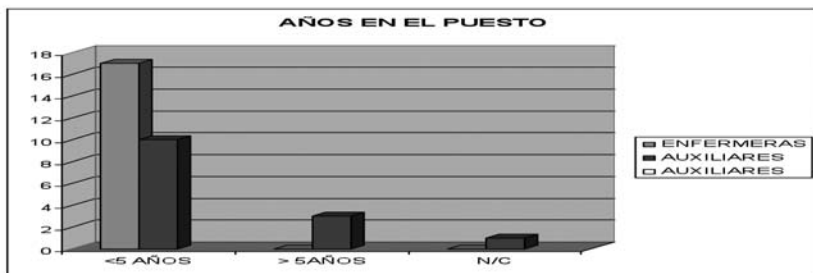
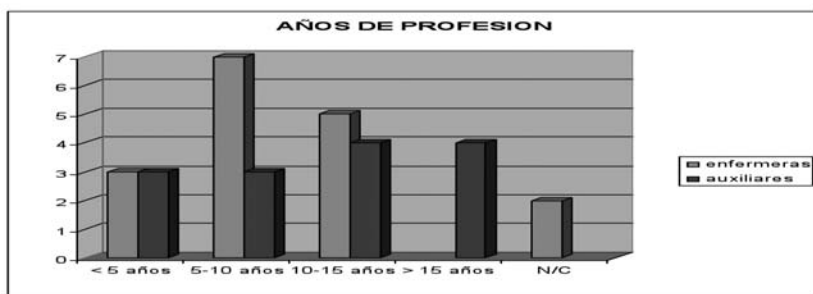
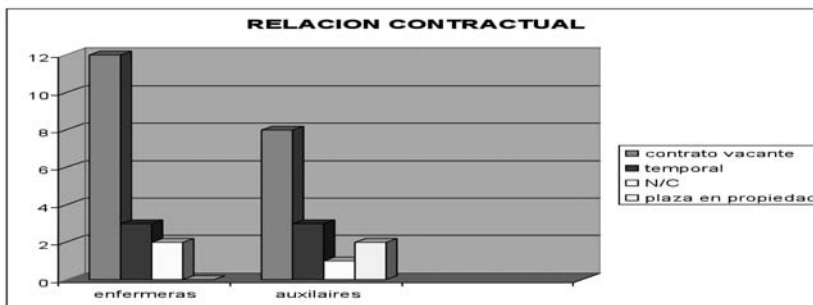
Para las enfermeras: la edad media es de 32 años, siendo un 76,47% de sexo femenino, no habiendo diferencias entre el estado civil, ya que hay un porcentaje muy similar entre casadas y solteras.

Las Auxiliares de Enfermería presentan una edad media de 41,92 años, el 100% son mujeres y el estado civil no presenta datos destacados, aunque si mucha variedad, entre casadas, solteras, separadas o divorciadas.

### • *Variables relacionadas con el puesto de trabajo:*

Las enfermeras ninguna tiene plaza en propiedad, siendo el 70,58% con contrato de interino en vacante. El 41,17% llevan entre 5 y 10 años de profesión enfermera, y el 100% llevan menos de cinco años en el puesto de corre-

turnos. Las Auxiliares de Enfermería el 14,28% tienen plaza en propiedad y el 57,14% están con contrato de interino en vacante. Los años de profesión presentan porcentajes iguales del 28,57% para el intervalo de 10 a 15 años y para los que llevan más de 15 años. Y el 71,43% llevan menos de cinco años en el puesto, todos estos datos quedan gráficamente mostrados en las siguientes figuras.



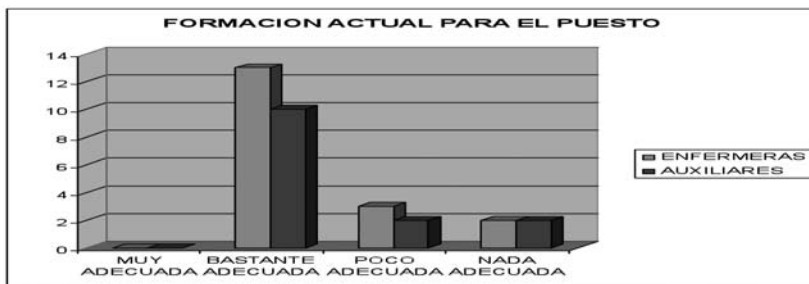
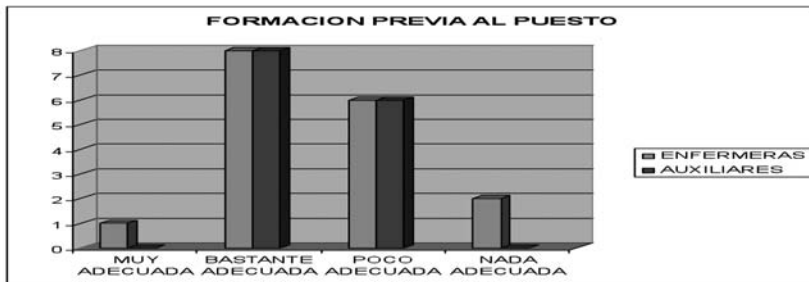
• *Respecto a las variables relacionadas con la formación:*

Las enfermeras opinan en un 47% que su formación en el momento de incorporarse al puesto de corretornos era bastante adecuada y en un 35,29% que era poco adecuada. Mientras que las Auxiliares de enfermería son un 57,14% las que opinan que su formación en el momento de incorporarse al puesto de corretornos era bastante adecuada y en un 42,85% que era poco adecuada.

En cuanto a la formación en el momento actual con respecto a las exigencias del puesto el 76,47% de las enfermeras consideran que es bastante



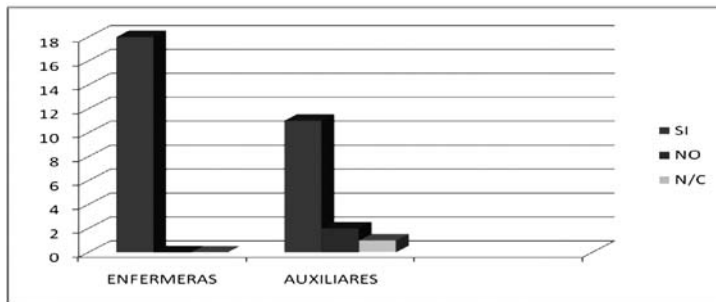
adecuada y el 17,64% la consideran poco o nada adecuada. Las Auxiliares de enfermería un 71,43% consideran que su formación actual es bastante adecuada y un 14,28% la considera poco o nada adecuada. Resultados que quedan gráficamente expresados en la siguiente figura.



Respecto al grado de satisfacción con la formación ofrecida por el hospital, destaca negativamente el porcentaje de enfermeras, con un 47% poco satisfechas, seguido de un 23,53% nada satisfechas con la misma, las auxiliares presentan porcentajes mayores de insatisfacción con un 57,14% de poco satisfechas, sin embargo también presentan un porcentaje del 21,42% muy satisfechas. Habiendo asistido a actividades formativas organizadas por el hospital el 100% de las enfermeras y el 71,42% de las auxiliares. Se ve gráficamente en la siguiente figura.

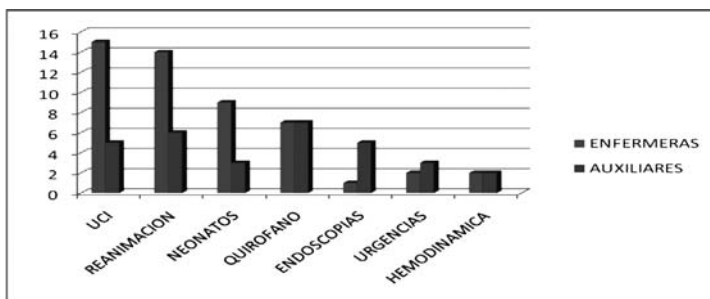


Con relación a las necesidades formativas específicas para el puesto el 100% de las enfermeras y el 78,57% de las auxiliares, consideran indispensable dicha formación e incluso la especialización en determinadas unidades asistenciales, tan solo un 14,28% de las auxiliares consideran que no es necesario. Queda gráficamente expresado en la siguiente figura.



En los ítems abiertos sobre las unidades que precisan formación específica y que actividades formativas consideraban necesarias para facilitar el desempeño profesional en su puesto actual de trabajo, los tres servicios más solicitados por las enfermeras en un 88,23% eran las unidades de críticos como son la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Reanimación, seguido de un 41,17% que solicitaban quirófano. Las auxiliares solicitan en un 50% quirófano, seguido de un 42,85% reanimación, UCI y Nefrología, incluyendo la unidad de agudos y transplantes nefrológicos, así como endoscopias digestivas.

El 100% de las enfermeras y auxiliares estarían dispuestas a formarse en dichas áreas.



**CONCLUSIONES**

1. La encuesta es contestada por 94,44% Enfermeras y 73,68% Aux. Enfermería.
2. El perfil del personal volante, actual es: mujer, con contrato vacante, con < 5 años de profesión en el puesto actual, presentando diferencias en edad, siendo 32 años para las Enfermeras y 41,92 años para las Aux. Enfermería, así

como diferencias en los años de profesión, siendo de 5 a 10 para las Enfermeras y de 10 a 15 para las Aux. Enfermería.

3. La mayoría en ambas categorías consideran que su formación previa y actual en su puesto de trabajo era y es bastante adecuada. Y prácticamente la totalidad de los profesionales han asistido a cursos de formación organizados por la empresa, pero curiosamente, esa mayoría se encuentra poco satisfecha con la formación recibida por el hospital.

4. El 100% del personal, cree necesaria la existencia de una formación específica, para el desempeño de la labor como correturnos. Siendo los servicios especiales con pacientes críticos los más solicitados para la formación específica en ambas categorías, estando todo el personal predispuesto a recibir formación.

5. De los ítems abiertos extraemos como conclusión principal, el sentimiento generalizado de inseguridad en su práctica clínica por desconocimiento y discontinuidad de los servicios atendidos, sugiriéndonos la necesidad de una formación previa a la ocupación del puesto en la unidad de correturnos., así como el intentar que tuvieran una mayor continuidad en los servicios asignados como volantes, ya que eso les genera un nivel de estrés elevado.

6. Se han elaborado diferentes guías de trabajo para Enfermeras y Aux Enfermería, que serán entregadas, por parte de la Supervisión General, al personal de nueva incorporación a nuestra unidad, para minimizar el nivel de ansiedad que genera dicho puesto; siendo a su vez presentadas como comunicaciones en las XVI Jornadas de Enfermería sobre trabajos científicos de este hospital en Noviembre del 2010, habiendo obtenido el premio a la mejor comunicación por votación popular la guía de trabajo para Aux. Enfermería.

7. Ante la demanda de nuestro personal, nos planteamos, formar un grupo de trabajo para impartir cursos talleres, referidos sobretudo a pacientes críticos y manejo de aparatajes, en donde intervengan como docentes, los propios correturnos.

8. En nuestra opinión con la formación del grupo de trabajo y la elaboración de las guías hemos aumentado la motivación laboral mejorando los factores higiénicos, los relacionados con el contexto laboral que permiten a los individuos satisfacer sus necesidades de orden superior y que evitan la insatisfacción laboral.

9. Además al permitirles participar en la planificación y diseño de tareas se ha producido un aumento del sentimiento del enriquecimiento del trabajo, logrando además que los profesionales obtengan los conocimientos, habilidades y experiencia suficientes para desarrollar con garantías el puesto de trabajo y que además, esté motivada e interesada por las características del mismo.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Blasco Hernández, T. Otero García, L. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa. La entrevista (i). Nure Investigación, nº33, marzo-abril.
- Bru Martín, Paloma; Basagoiti, R., Manuel; La Investigación-Acción Participativa como metodología de mediación e integración socio-comunitaria. Disponible en: [www.pacap.net/es/publicaciones/.../documentos\\_investigacion.pdf](http://www.pacap.net/es/publicaciones/.../documentos_investigacion.pdf).
- Burns, N. Grove, SK. (2004). Introducción a la investigación cualitativa. En: Investigación en enfermería (pp: 385-430) Ed: ELSELVIER. 3ª ed.
- Cruz H. José y Romero G. Neyda., (1996). Motivación y comportamiento laboral. Escuela de Relaciones Industriales. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas.
- Charmaz, K. (2003). Grounded Theory: Objectivist and Constructivist Methods. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln, Strategies of qualitative inquiry (2nd ed) (pp. 249-291). California: Sage Publications
- Gallardo Ollay, A., (2002). Evaluación “La necesidad de sistemas de medición de Desempeño. Colombia 2002.
- Hammersley, M., y Atkinson, P. (1994, Edición Castellana). Etnografía: métodos de investigación. Barcelona: Paidós
- Haro Encinas, Jesús Armando. 2004. Entrevistas de grupo en la investigación del ámbito sanitario: Criterios y estrategias para campos y análisis. Trabajo Social y Salud 48: 1
- Koontz, Harold; Wehrich, Heinz. Administración, una perspectiva global 11ª. Edición. Editorial Mc Graw Hill. México, 1999. Pág. 501
- León Del barco, B. Elementos mediadores en la eficacia del aprendizaje cooperativo: Entrenamiento en Habilidades Sociales y dinámicas de grupo. Cáceres, 2002. Tesis
- Pades Jiménez, A. Habilidades Sociales en Enfermería: propuesta de un programa de intervención, Mallorca, 2004. Tesis. disponible en: [http://www.tdr.cesca.es/TESIS\\_UIB/AVAILABLE/TDX-0209105-145134/tapj1de1.pdf](http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UIB/AVAILABLE/TDX-0209105-145134/tapj1de1.pdf)
- Polit DF, Hungler BP. “Diseño y métodos en la investigación cualitativa”. En: Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 231-247
- Ramirez Rivera, N.A. Declaración de Helsinki sobre ética en la investigación médica, Rev Méd. UV 2002; 2(1): 5-9
- Rodríguez-Villasante, T. Del Desarrollo Local a las Redes para Mejor Vivir Ed. Lumen. Buenos Aires, 1998.
- Rodríguez Y, Alvarado A, Pineda J., (2002). Investigación “Factores motivacionales que influyen en el desempeño Laboral del personal de enfermería de sala de partos del Hospital Central Universitario de Venezuela”.
- Ruiz JI (2003). Metodología de la investigación cualitativa (3ª ed). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Solana, Ricardo F. Administración de Organizaciones. Ediciones Interoceánicas S.A. Buenos Aires, 1993. Pág. 208
- Stoner, James; Freeman, R. Edward y Gilbert Jr, Daniel R.. Administración 6a. Edición. Editorial Pearson. México, 1996. Pág. 484, 502
- Tamayo Calderón, J., (2002). Estrategias para diseñar y desarrollar proyectos de investigación en Ciencias de la Salud. Lima, Perú.
- Toro Álvarez, F., (1998). Cuestionario de motivación para el trabajo (CMT). Manual. Cintel Ltda. Medellín, 85 p.
- Torres Ruiz, Z. Relación entre la motivación al trabajo y el rendimiento laboral del profesional de enfermería del hospital de Yarinacocha – Pucallpa – Perú; Revista científica de enfermería – Recien (2005)
- Variedad de paradigmas y perspectivas en la Investigación cualitativa. En Valles MS (ed). Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis sociológica; 2000.

## **ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DOLOR, ANSIEDAD Y EL TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA TRATADOS CON QUIMIOEMBOLIZACIÓN**

Franch Sánchez MC, García Sola GJ, Gómis Samper ML, José Victoria P, Román Muñoz MD.

*Enfermeras Unidad Digestivo del Hospital General Universitario de Alicante.*

---

**PALABRAS CLAVE:** hepatocarcinoma, quimioembolización, dolor, Escala Analógica del Dolor, Escala de Ansiedad de Beck.

### **INTRODUCCIÓN**

El carcinoma hepatocelular (CHC) es la tercera causa más común de mortalidad relacionada con el cáncer en todo el mundo. Entre los tratamientos disponibles para su control se encuentra la cirugía, el trasplante hepático, los tratamientos percutáneos y la quimioembolización. Para los pacientes que reciben este último tipo de tratamiento, la ansiedad podría aumentar la probabilidad de sufrir dolor.

El dolor se mide difícilmente pues presenta un importante componente subjetivo (Jones M., Fernández-Peñas P.). Ciertos factores demográficos, como ser mujer y el desarrollar cáncer a una edad temprana, se asocian con mayor ansiedad en situaciones médicas. En la década pasada se ha acumulado cierta evidencia sobre las diferencias de sexo y género en el dolor y en su alivio (Holdcroft A., Berkley K. J.). Hay pocos estudios que enfoquen el dolor en su componente psicoemocional como el miedo previo a la intervención y la sensación de liberación posterior a la misma.

La quimioembolización es un tratamiento paliativo empleado en pacientes con cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular en estadios intermedios de la enfermedad. Es un procedimiento realizado mediante arteriografía, por la sección de radiología vascular de nuestro hospital. La unidad de corta estancia de digestivo (UCED) es el lugar donde se ingresa a los pacientes a los que se va a realizar dicho procedimiento durante 24 horas.

Sin embargo, hemos observado que en ocasiones dicho ingreso se prolonga durante más tiempo.

Puesto que la tendencia actual es que las estancias hospitalarias se acorten en la medida de lo posible, parece necesario hacer un análisis de los factores que pueden influir en la evolución desfavorable de estos pacientes.

### **OBJETIVO**

Elaboración de un estudio para determinar la relación entre la aparición de dolor y/o ansiedad (como variables principales) y la necesidad de prolongar la estancia hospitalaria, en los pacientes con CHC tratados con Quimioembolización e ingresados en la UCED del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Como objetivo secundario se estudió la aparición de complicaciones y/o descompensaciones de patologías de base durante su estancia hospitalaria: hipertensión/hipotensión, hiperglucemia, cardiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica así como la aparición de fiebre, náuseas o vómitos.

## **METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y prospectivo que se inició en el mes de Octubre de 2010 hasta el 31 de Marzo de 2011.

La población en estudio está formada por pacientes que cumplen los siguientes criterios de inclusión: pacientes diagnosticados de CHC sometidos a tratamiento con Quimioembolización con partículas DC-BEAD e ingresados en la UCED del HGUA. Todos los pacientes deben otorgar la autorización para su entrada en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado.

El estudio ha sido aprobado por el comité de Bioética del HGUA.

Se excluyeron a aquellos sujetos que no dieron su consentimiento, y a aquellos pacientes que debido a la falta de tiempo por parte del personal no se pudo seguir el protocolo establecido en el estudio.

Las variables principales del estudio han sido: el dolor (medida a través de la Escala de Valoración Analógica -EVA), la ansiedad (medida a través de la Escala de Ansiedad de Beck) y el tiempo de hospitalización. Las variables secundarias fueron: edad, sexo, localización de la tumoración, las constantes vitales (tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria), la aparición de náuseas o vómitos, necesidad de analgesia, fecha de ingreso y alta, las patologías asociadas, y la etiología de la cirrosis.

La EVA se trata de un escala de medida del dolor, sobre la que, el paciente otorga un valor al dolor que está sintiendo en ese momento. Las puntuaciones pueden ir desde 0 (ausencia de dolor) hasta 10 (dolor muy intenso).

La Escala de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: de 0 a 21: ansiedad muy baja; de 22 a 35 puntos: ansiedad moderada; y por último más de 36: ansiedad severa.

La recogida de datos se ha realizado a través de una hoja de datos consensuada previamente por las enfermeras de la Unidad, a través de las escalas validadas anteriormente mencionada, y utilizando datos que aparecen en las historias clínicas.

Las escalas de dolor y ansiedad fueron aplicadas prequimioembolización, post-quimioembolización y al alta hospitalaria.

## **RESULTADOS**

### ***Perfil del paciente***

Un total de 61 pacientes diagnosticados de CHC ingresaron en la UCED para tratamiento con Quimioembolización durante el periodo de estudio, de los cuales 9 fueron excluidos, 2 de ellos por no dar su consentimiento y 7 por

sobrecarga de trabajo de la enfermera; siendo finalmente un total de 52 sujetos a estudiar.

Un 73,08% fueron hombres (38) y el 26,92% mujeres (14), habiendo sido la edad media de 71,6 años.

En cuanto a la patología en cuestión 31 pacientes presentaron tumores multinodulares (59,62%) y 21 tumores únicos (40,38%). La mayoría de los tumores estaban localizados en el Lóbulo Hepático Derecho (73,09%), frente a un 23,07% que se localizaban en el Lóbulo Hepático Izquierdo. Un 3,84% no estaban especificados.

De los pacientes incluidos en el estudio, la cirrosis previa al CHC era debida a Virus de Hepatitis C (VHC) en 26 de los 52 pacientes (50%), etilismo crónico en 17 pacientes (32,69%), 3 individuos en los que se asociaba el etilismo crónico junto al VHC (5,77%), y finalmente 6 sujetos (11,54%) presentaron otras causas.

En cuanto a las patologías de base o asociadas que presentaron los pacientes hallamos 15 sujetos que padecían hipertensión arterial (HTA), 13 casos con Diabetes Mellitus (DM), 13 pacientes en los que se unían ambas patologías (HTA + DM), y por último 11 pacientes que sufrían Enfermedad Pulmonar Crónica (EPOC) o cardiopatía.

#### *Durante la Quimioembolización*

Solo en dos casos precisaron analgesia durante la intervención, siendo el “Metamizol” 2 g EV el fármaco elegido por el radiólogo intervencionista.

#### *Tras la Quimioembolización*

De esos 28 pacientes que padecían HTA en su vida diaria, solo 3 pacientes precisaron tratamiento hipotensor tras la quimioembolización, siendo el medicamento de elección el “Captopril” de 25 miligramos; no viéndose prolongada su hospitalización.

De los 26 pacientes con DM, 20 precisaron insulina regular no viéndose tampoco prolongada su estancia en el centro. Aunque sí, uno de ellos precisó perfusión continua de insulina intravenosa prolongando su permanencia en el hospital. Por último, no se presentaron casos de hipoglucemia. (Ilustración 1)

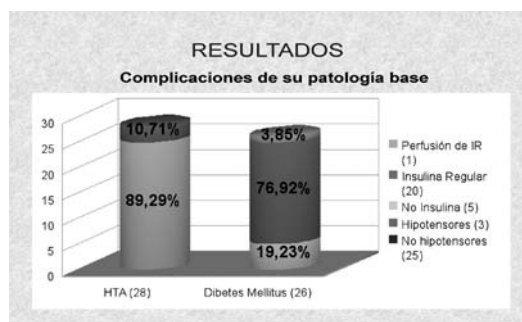


Ilustración 1: Complicaciones de su patología base. HTA y DM. (En %)

Referente a la frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, no hubo alteraciones significativas en los 52 pacientes.

Los efectos adversos que aparecieron tras la quimioembolización fueron náuseas/vómitos, fiebre y dolor.

Las náuseas/vómitos se dieron en 18 pacientes (34,61%) precisando antieméticos como la Metoclopramida 10 mgr endovenosa (EV). Sólo un paciente presentó fiebre (38,1°C) siendo remitida con Paracetamol 1 gramo EV. Mientras que el dolor se presentó en el 55,76% de los casos (28 pacientes) siendo necesaria la administración de fármacos como el Metamizol 2g EV, Paracetamol 1g EV, o la Mepiridina 50 mg por vía subcutánea (SC); en la mayoría de los casos hubo que repetir el mismo fármaco o bien cambiarlo por otro al no ser controlado el dolor de forma efectiva. (Ilustración 2)



Ilustración 2: Efectos adversos tras Quimioembolización

Relacionando la variable dolor con el sexo y la edad podemos observar que el dolor más intenso (9 puntos de media en la escala EVA) aparece en mujeres con un rango de edad entre los 76 y 80 años mientras que los hombres con edades comprendidas entre los 71 y 75 años sufrieron más dolor con una media de 8 puntos en la escala EVA. (Ilustración 3)



Ilustración 3: Relación entre Dolor y Sexo



La media de las puntuaciones en la escala EVA para hombres se estableció en 4,94; mientras que para las mujeres fue de 6,3.

En la Ilustración 4 podemos observar la relación entre el dolor y la cantidad de tumores existentes en el hígado. El dolor sufrido tras la quimioembolización es ligeramente superior en CHC multinodulares (12 pacientes) con un valor de 6,33 de media de las puntuaciones obtenidas en la escala EVA, mientras que en los pacientes con un tumor único (16 sujetos) la puntuación se sitúa en 6,13.

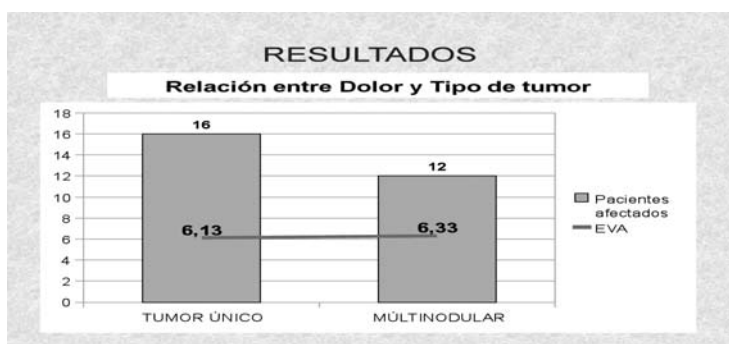


Ilustración 4: Relación entre dolor y tipo de tumor (único o multinodular)

Ahora, si analizamos el dolor y el número de quimioembolización, podemos observar que la primera vez a la que se somete al procedimiento el dolor es sentido con más intensidad con una puntuación de 6,55 apreciándose cierta tendencia al descenso del dolor conforme se repite la intervención. (Ilustración 5)



Ilustración 5: Relación entre el dolor y el número de Quimioembolización

También pudimos observar que el dolor tuvo una puntuación de 6,25 en pacientes con tumores situados en el lóbulo hepático derecho frente a una puntuación de 6,19 en pacientes con tumores localizados en el lóbulo hepático izquierdo.

En la Ilustración 6 podemos observar los fármacos que se administraron para remitir el dolor. El Metamizol fue el fármaco que, los especialistas, más

preescribieron, seguido de pautas como “Si dolor → Paracetamol 1g EV; Si más dolor → Metamizol 2g EV; y Si dolor no controlado → Mepidrina 50 mg SC”; “Si dolor → Paracetamol 1g EV; y Si más dolor → Meperidina 50 mg SC”; o bien, “Si dolor → Metamizol 2 g EV; y Si más dolor → Meperidina 50 mg SC”.



Ilustración 6: Analgesia administrada

A continuación podemos observar la relación entre el grado del dolor medido a través de la Escala Analógica del Dolor (EVA) y el fármaco que se administró siguiendo la orden médica. (Ilustración 7)

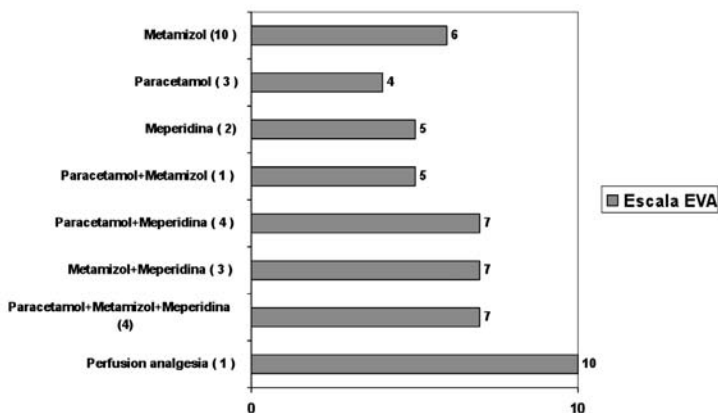
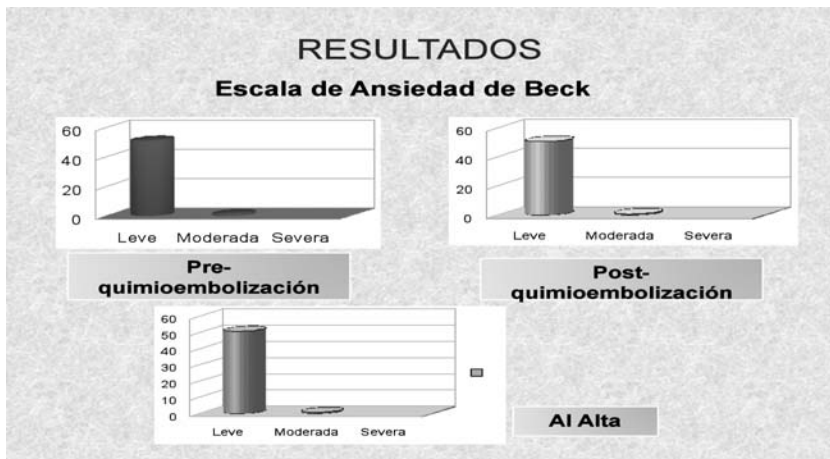


Ilustración 7: Relación entre la analgesia administrada y el grado de dolor (EVA).

En relación a la variable ansiedad la cual se midió a través de la Escala de Ansiedad de Beck, podemos decir que las puntuaciones obtenidas correspondían a bajo o muy bajo nivel de ansiedad, exceptuado en un único caso donde la ansiedad se mantuvo moderada desde el ingreso hasta el alta.

Esta escala de medida fue aplicada en un primer momento al ingreso de los pacientes en la UCED, una segunda vez tras la intervención, y al marchar de alta a su domicilio. (Ilustración 8, 9 y 10)



*Ilustraciones 8, 9 y 10*

Por último, en solo 3 casos se tuvo que prolongar la estancia hospitalaria: 1 por causa del dolor y 2 debido a la aparición de Edema Agudo de Pulmón. Hemos de comentar que un paciente tuvo que ser reingresado tras su alta hospitalaria por la aparición de dolor y fiebre en su domicilio. (Ilustración 11)



*Ilustración 11: Motivos de la prolongación de la estancia hospitalaria.*

## CONCLUSIONES

Las patologías de base no se vieron alteradas por la quimioembolización de forma significativa.

En cuanto a la variable ansiedad el estudio nos demuestra que las puntuaciones obtenidas corresponden a un bajo nivel de ansiedad tanto en la pre- y post-quimioembolización, no habiendo diferencias entre la edad y el sexo.

De los pacientes sometidos a quimioembolización más de la mitad padecieron dolor tras la intervención.

Respecto a la relación entre dolor y sexo no se encontraron diferencias significativas en el mismo rango de edad, aunque se apreció un ligero ascenso de la puntuación media en mujeres.

El dolor sufrido tras la quimioembolización es ligeramente superior en los multinodulares, y en pacientes donde el tumor se localiza en el lóbulo hepático derecho. Los sujetos tras su primera quimioembolización mostraron puntuaciones superiores de dolor, con una tendencia a disminuir en las posteriores sesiones.

La elección de la analgesia fue a criterio del médico responsable, no estando relacionada con la puntuación obtenida en la escala EVA. La ausencia de un protocolo de actuación en cuanto al manejo del dolor, da lugar a una falta de unificación de criterios en la prescripción de la analgesia.

La mayoría de los que sintieron dolor precisaron Meperidina como analgesia de rescate.

Ni la ansiedad ni el dolor han sido motivo de una prolongación de la estancia hospitalaria de más de 24 horas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Impacto del cuidado enfermero en la quimioembolización . García Velasco M., Sánchez Cisneros N. Revista mexicana de enfermería cardiológica. Vol. 15, Núm. 3 Septiembre-Diciembre 2007 pp 101-106 .
2. El dolor como experiencia multidimensional : la cualidad motivacional-afectiva. Ansiedad y estrés. Chóliz, M. (1994). 0, 77-88.
3. Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. García Campayo, J., Rodero B. (2009). Reumatología Clínica, Volumen 5, Supplement 2, Pages 9-11.
4. Diferencias de sexo y género en el dolor y en su alivio. Holdcroft A., Berkley K. J. (2009) Tratado del dolor (5ª ed.) Wall y Melzack , Pages 1213-1230.
5. Percepción subjetiva del dolor en cirugía local dermatológica. Jones M., Fernández-Peñas P. (2004). Actas Dermo-Sifiliográficas Volumen 96, Issue 3, Abril 2005, Pages 147-152.
6. Psychological intervention reduces postembolization pain during hepatic arterial chemoembolization therapy: a complementary approach to drug analgesia. Wang ZX, Liu SL, Sun CH, Wang Q. World J Gastroenterol. 2008 Feb 14;14(6):931-5.
7. Intraarterial lidocaine administration for relief of pain resulting from transarterial chemoembolization of hepatocellular carcinoma: its effectiveness and optimal timing of administration. Lee SH, Hahn ST, Park SH. Cardiovasc Intervent Radiol. 2001 Nov-Dec;24(6):368-71. Epub 2001 Nov 8.
8. Determinants of postembolization syndrome after hepatic chemoembolization. Leung DA, Goin JE, Sickles C, Raskay BJ, Soulen MC. J Vasc Interv Radiol. 2001 Mar;12(3):321-6.
9. Nausea and vomiting induced by arterial chemo-embolization in patients with hepatocellular carcinoma and the antiemetic effect of ondansetron hydrochloride. Sohara N, Takagi H, Abe T, Hashimoto Y, Kojima A, Takahashi H, Nagamine T, Mori M. Support Care Cancer. 1999 Mar;7(2):84-8.

## REFERENCIAS EN INTERNET

- <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=63567>  
<http://www.meb.uni-bonn.de/>

## **ENFERMERA ERES MI ÁNGEL. SÍNDROME GUILLAIN BARRE**

Inmaculada Lassaletta Goñi

*Enfermera Pruebas Funcionales de Neumología. Departamento de Salud Ali-  
cante. Hospital General.*

---

### **INTRODUCCIÓN**

El Síndrome de Guillain-Barré es un trastorno en el que el sistema inmunológico del cuerpo ataca a parte del sistema nervioso periférico. Los primeros síntomas de esta enfermedad incluyen distintos grados de debilidad o sensaciones de cosquilleo en las piernas. En muchos casos, la debilidad y las sensaciones anormales se propagan a los brazos y al torso. Estos síntomas pueden aumentar en intensidad hasta que los músculos no pueden utilizarse en absoluto y el paciente queda casi totalmente paralizado. En estos casos, el trastorno pone en peligro la vida - potencialmente interfiriendo con la respiración y, a veces, con la presión sanguínea y el ritmo cardíaco - y se le considera una emergencia médica. El paciente es colocado a menudo en un respirador para ayudarle a respirar y se le observa de cerca para detectar la aparición de problemas, tales como ritmo cardíaco anormal, infecciones, coágulos sanguíneos y alta o baja presión sanguínea. La mayoría de los pacientes se recuperan, incluyendo a los casos más severos del Síndrome de Guillain-Barré, aunque algunos continúan teniendo un cierto grado de debilidad.

El sistema inmunológico del cuerpo comienza a atacar al propio cuerpo, lo que se conoce como una enfermedad autoinmunitaria. Comúnmente, las células del sistema inmunológico atacan sólo a material extraño y a organismos invasores. En el Síndrome de Guillain-Barré, no obstante, el sistema inmunológico comienza a destruir la cobertura de mielina que rodea a los axones de muchos nervios periféricos, o incluso a los propios axones (los axones son extensiones delgadas y largas de las células nerviosas que transmiten las señales nerviosas). El recubrimiento de mielina que rodea al axón acelera la transmisión de las señales nerviosas y permite la transmisión de señales a través de largas distancias.

A ello se debe el que los músculos comiencen a perder su capacidad de responder a los mandatos del cerebro, mandatos que han de transportarse a través de la red nerviosa. El cerebro también recibe menos señales sensoriales del resto del cuerpo, resultando en una incapacidad de sentir las texturas, el calor, el dolor y otras sensaciones. Como alternativa, el cerebro puede recibir señales inapropiadas que resultan en cosquilleo de la piel o en sensaciones dolorosas. Debido a que las señales que van hacia y vienen desde los brazos y las piernas han de recorrer largas distancias, son las más vulnerables a interrupción. Por tanto, las debilidades musculares y las sensaciones de cosquilleo aparecen inicialmente en las manos y en los pies y progresan hacia arriba.

Cuando el Síndrome de Guillain-Barré va precedido de una infección viral, es posible que el virus haya cambiado la naturaleza de las células en el sistema

nervioso por lo que el sistema inmunológico las trata como células extrañas. También es posible que el virus haga que el propio sistema inmunológico sea menos discriminador acerca de qué células reconoce como propias, permitiendo a algunas de las células inmunológicas, tales como ciertas clases de linfocitos, atacar la mielina. El 80 % de los pacientes se recuperan completamente o con déficit pequeños. Entre el 10 y el 15 % quedarán con secuelas permanentes, el resto morirá a pesar de los cuidados intensivos.

Las causas de muerte incluyen:

- distrés respiratorio agudo • neumonía nosocomial • broncoaspiración
- paro cardíaco inexplicable • tromboembolismo pulmonar

Revisando diversos artículos coinciden en que en la mayoría de los casos (70,5%) evolucionan a insuficiencia respiratoria y requieren asistencia respiratoria mecánica.

La hipoinsuflación mantenida y la incapacidad para realizar inspiraciones profundas originan microatelectasias crónicas, pérdida de la distensibilidad pulmonar y con el tiempo rigidez pulmonar y torácico. Este proceso de deterioro se acelera por el tratamiento insuficiente de las infecciones agudas que puedan llevar a atelectasias y neumonías repetidas. La magnitud de la capacidad máxima de insuflación depende de la distensibilidad pulmonar y de la fuerza de los músculos orofaríngeos y laringeos que permiten el cierre efectivo de la glotis. A causa de la caída progresiva de la capacidad vital y de la necesidad de incrementar de forma importante el trabajo respiratorio para conseguir inspiraciones profundas, si no se realizan de forma regular insuflaciones asistidas de forma mecánica, la capacidad máxima de insuflación disminuye, la distensibilidad pulmonar empeora y tienden a mantener microatelectasias crónicas. A largo plazo estas microatelectasias producen una disminución permanente de la distensibilidad pulmonar. La rigidez del tejido pulmonar, que las insuflaciones periódicas pretenden evitar, sería el estadio final de esta progresión.

## OBJETIVOS

- 1)- Actuar de forma efectiva ante una urgencia vital.
- 2)- Controlar la evolución respiratoria y evitar complicaciones.
- 3)- Motivar al paciente para su recuperación.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de varón de 30 años, electricista de profesión con diagnóstico de Guillain Barré. Con antecedentes de accidente de moto a los 18 años con estancia en UCI. Sin secuelas, sólo una leve afonía por los efectos de la traqueostomía.

Material utilizado:

- Neumotacógrafo-Master law. - Saturímetro portátil. - Dispositivo de asistencia mecánica a la tos (“Cough assist”) Philips. - Mascarilla tipo Vigon. - Sonda de aspiración. - Incentivador volumétrico. - Ambú. - Medidor de Peak-flow.

A primera hora de la mañana viene trasladado a la Unidad de Pruebas Funcionales respiratorias para la realización de una espirometría y su posterior valoración para su traslado a UCI. Debido a su mal estado general por su problema respiratorio el personal de enfermería actúa rápidamente con la utilización del Cough assist para la eliminación de secreciones. Después de varios ciclos conseguimos el aclaramiento broncopulmonar. A continuación aspiración de secreciones orofaríngeas con la ayuda de sonda de aspiración y se le traslada el aparato (cough assist) a su habitación previo entrenamiento a los familiares. Se le da incentivador volumétrico y se le explica el funcionamiento.

En cuanto a las Pruebas Funcionales: Primera espirometría CVF de 1270cc un 25.6% con respecto a su teórico, a la semana había recuperado 500 ml de capacidad vital forzada y ya no ha necesitado el Cough Assist por ausencia de secreciones. Al mes de su ingreso su CVF 2320ml un 46.7% de su teórico recuperando un litro en su capacidad. Al mes y medio su CVF es de 2530ml un 51% con respecto a su teórico. Ha aumentado 1260cc de CVF desde su primera espirometría. A los 3 meses su CVF es de un 67%.

Diariamente se controla la utilización del incentivador adecuando el embolo a su capacidad pulmonar. Se mide el PFT (pico flujo de tos) con el Peak flow pasando de 220l/m a 340l/m y de 340 l/m a 410l/m después de realizar la técnica del Ambú y respiración glosofaríngea

Aprovechando las visitas diarias hablamos con él para intentar dar ánimos y evitar su desesperación.

A continuación tabla detallada con los datos de Capacidad Vital Forzada, Volumen espiratorio en el primer segundo, y Pico de flujo de tos pre y post utilización del Ambú.

	CVFml	FEV1 ml	%CVF	%FEV1	PEAK-FLOW PRE AMBÚ l/m	PEAK-FLOW POST AMBÚ l/m
19/07/11	1270	1270	25	30	-	-
20/07/11	1570	1420	31	34	-	-
22/07/11	1690	1600	34	38	-	-
25/07/11	1800	1530	36	36	-	-
29/07/11	1810	1590	36	38	220	300
04/08/11	1990	1560	40	37	230	370
11/08/11	1960	1790	39	43	240	350
19/08/11	2150	1850	43	44	240	350
22	-	-	-	-	240	350
23	-	-	-	-	240	360
24/08/11	-	-	-	-	240	360
25/08/11	-	-	-	-	270	360
26/08/11	2320	1980	46.7	47.6	270	370
29/08/11	-	-	-	-	280	400
30/08/11	-	-	-	-	310	400
31/08/11	2500	2150	51	51.5	340	410

## CONCLUSIONES

- Podemos demostrar que se actuó de forma efectiva a la llegada al laboratorio de Pruebas Funcionales respiratorias.
- Se ha hecho un seguimiento diario de su problema pulmonar mejorando su pico de flujo espiratorio y su capacidad pulmonar evitando complicaciones desde el punto de vista neumológico.
- El paciente nos refiere su gratitud ante nuestra actuación considerándose con menos ansiedad aunque su situación muscular es lenta.

## REFLEXIÓN

Enfermería debe estar al día en todo tipo de tecnologías y saber utilizar nuestros recursos materiales de forma eficaz. Pero esto no funcionaría sin lo más importante:

”Trabajar desde el corazón”.

Enfermería: Somos los Ángeles de la Humanidad

## BIBLIOGRAFÍA

- Estenne, M, De Troyer A. The effects of tetrapleja on chest wall statics. Am Rev. Respir Dis 1986; 134: 121-124
- Bach JR Prevention of morbidity and mortality with the use of physical medicine aids. En Bach JR, ed Pulmonary rehabilitation 1996; 303-329.
- Kang SW, Bach JR. Maximum insufflation capacity chest. 200; 118: 61-63 Freigelson CI, Diquinson DG, Talner NS y cols. 1956; 254 :611-613.
- Bach JR. Update and perspectives on respiratory muscle aids. Part 2. Chest 1994 105:1538-1544.
- De Troyer Adeisser P. the effects of intermittent positive pressure breathing on patients with respiratory muscle weakness. Am Rev. Respir Dis. 1981; 124: 132-137.
- J. Sancho Chinesta, E Servera y M.J. Zafra en Rehabilitación Respiratoria en las enfermedades neuromusculares Cap. 24 de Tratado de rehabilitación respiratoria de Rosa Güel rous, Pilar de Lucas Ramos.
- Schottlender J, Lombardi D et al en Compromiso respiratorio en el síndrome de Guillain Barré. Medicina (Buenos Aires) 1999; 59:705-709.



## **MESA DE EXPERTOS 2**



## **LAS TIC'S Y LA CALIDAD ASISTENCIAL**

Dra. Manuela Domingo Pozo

*Enfermera Responsable Unidad Planes Cuidados Departamento Salud Alicante. Hospital General.*

Desde el Departamento de salud Alicante. Hospital General se esta haciendo una decidida apuesta por las nuevas tecnologías aplicadas a la salud. Una de las iniciativas es la potenciación de la tecnología Web 2.0 en el trabajo cotidiano de la División de Enfermería así como otras técnicas (como la grabación de video procedimientos de enfermería) que se quieren ofrecer a nuestros profesionales fundamentalmente y a nuestros poniendo a su disposición además un nuevo canal de comunicación y participación con los miembros de la División.

Cuidados 2.0 se apoya sobre un gestor de portales (Liferay) desplegado por la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana por la Oficina 2.0. como nueva plataforma corporativa para portales web. Dentro del portal se ha integrado otros canales que proporcionan valor añadido al portal, como Twitter, Vimeo, Facebook y SlideShare.

La Dirección de Enfermería con el portal Cuidados 2.0 pretende:

- Poner en marcha un nuevo canal de comunicación con los ciudadanos haciendo llegar información sanitaria avalada por la División de Enfermería y permitir la comunicación con enfermeras referentes profesionales de cuidados.
- Crear un espacio para los profesionales sanitarios con:
  - Repositorio de Información y documentos
  - Recopilación de accesos a fuentes de información de evidencia clínica
  - Comunidades especializadas lideradas por especialistas (Calidad y seguridad de cuidados, Planes de Cuidados, Matronas, ...)
- Un espacio colaborativo para el trabajo de grupos de expertos en diferentes ámbitos de la práctica clínica.

El objetivo final del portal es fomentar desde el inicio la participación tanto de los ciudadanos como de los profesionales proporcionando mecanismos y herramientas que permitan la comunicación bidireccional con los ciudadanos y la colaboración con otros profesionales.

Con el lanzamiento del nuevo portal se ha apostado por la utilización y aprovechamiento de los nuevos canales de difusión de la información como son los blogs, wikis etc. Además CUIDADOS 2.0. ha querido ampliar su presencia digital creando un perfil en otras herramientas 2.0. En Junio del 2011 se abrieron nuevos canales de comunicación, participación y colaboración de los usuarios y profesionales sanitarios a través de twitter, slideshare, vimeo y facebook.



## INTERNET Y LOS PACIENTES

Miguel Ángel Máñez

*Economista. Subdirector Económico del Departamento de Salud Alicante – Sant Joan. Autor del blog <http://saludconcosas.blogspot.com>*

---

Un paciente 2.0 o un epaciente es un ciudadano comprometido con su salud y con las decisiones relativas a su estado de salud, que busca información para mejorar el conocimiento que tiene de su patología y los cuidados asociados a la misma. Un elemento básico en la actualidad para buscar y difundir información son las tecnologías de la información, y por ello los epacientes suelen usar herramientas 2.0 (basadas en internet) sobre todo para buscar información o para interactuar con otros pacientes y con profesionales sanitarios. Esa actitud basada en el compromiso y en la participación es la base del concepto 2.0

Es difícil realizar un retrato robot de un paciente 2.0 y más con detalles demográficos pero sí que existen algunas características comunes: se concentran en patologías crónicas (diabetes) o de tratamientos prolongados (cáncer); son personas muy familiarizados con las TIC y suelen buscar información adicional a la que le proporciona el profesional sanitario, contrastar diagnósticos o tratamientos, apoyo emocional o respuestas a problemas prácticos. Un ejemplo muy habitual se ve, por ejemplo, en foros de diabéticos ya que el uso de bombas o la administración de insulina genera muchas dudas en los primeros momentos que el paciente suele resolver preguntando a otros pacientes “expertos” en foros o redes.

Algo que se ha preguntado en múltiples ocasiones es si el paciente 2.0 frecuenta menos la consulta, pero no hay estudios concluyentes. Al menos, estos pacientes resuelven por medios no habituales las dudas que en otro caso preguntarían a su profesional de referencia, como son los autocuidados, pero muchas veces sin la supervisión necesaria.

Existe mucho paciente 2.0 que no lo reconoce. Aun existe un cierto temor a admitir ante el profesional sanitario que se consulta internet y muchas personas prefieren no comentar la información. Sin embargo, no es un paciente muy habitual y de hecho las encuestas más recientes muestran un uso bajo todavía de internet para temas de salud, centrado principalmente en pacientes con dolencias o problemas poco graves.

Conviene recordar que en España muchas de las personas con enfermedades crónicas, por ejemplo, no tienen acceso a internet. Por ello, es necesario no centrar todos los esfuerzos de innovación sanitaria en internet ya que una parte de la población no podrá disfrutar de los proyectos que se lancen. No obstante, teniendo en cuenta que un 50% de los ciudadanos mayores de 16 años usan habitualmente internet, no podemos obviar este canal de comunicación y su potencia, muchísimo mayor que la de otros canales como el teléfono.

Quizás en España, con un sistema sanitario mayoritariamente público y gratuito y con una cultura que ve la enfermedad como algo íntimo, sea difícil poner en marcha redes de pacientes basadas en compartir su enfermedad, sus

síntomas y los tratamientos. Esta filosofía 2.0 centrada en compartir experiencias e información todavía se ve como algo lejano por muchas personas, pero la realidad nos supera y el número de personas que lee, busca y cuenta sus problemas y sus soluciones, cada día es mayor. La necesidad está aumentando el número de pacientes 2.0

Dos consejos claros: no tener miedo de consultar en internet, pero sí un poco de respeto; y por otra parte contrastar y comentar la información con el profesional sanitario que le atiende para aprender a separar la información relevante de la falsa o no aplicable. Para encontrar webs de interés, además de las que le recomiende el profesional sanitario, hay muchas avaladas por sellos de calidad como el de Web Medica Acreditada o el HON Code.

No toda la información que se obtiene en internet es correcta, de hecho los buscadores pueden confundir al incluir en ocasiones enlaces patrocinados que dificultan la localización de información fiable. Por otra parte, el paciente muchas veces no sabe interpretar correctamente toda la información y por ello es conveniente que, para evitar problemas como la automedicación o los cuidados no recomendados, ante cualquier duda se consulte a un profesional sanitario.

Al profesional sanitario todavía le cuesta tratar con pacientes que usan internet para saber más de su enfermedad o para resolver sus dudas. Cada vez es más común ver a pacientes que acuden con documentos, artículos o páginas de foros impresos a la consulta, y el profesional debe adaptarse a este cambio. No olvidemos que la base de la relación con el paciente es la comunicación, y esta debe realizarse por cualquier canal, tanto el cara como a través de internet. Esto incluye resolver dudas en foros, sugerir foros fiables al paciente, “prescribir links” y ayudar al paciente a realizar una navegación segura, para garantizar su seguridad online.

En cuanto a la proporción de profesionales 2.0, cada vez es mayor. Un claro ejemplo son los blogs ya que actualmente existen más de 500 blogs escritos por profesionales sanitarios, pero en relación con el total todavía es un porcentaje muy bajo. En esto también el paciente nos adelanta, ya que ve como algo natural la búsqueda de información por otras vías (antes con los vecinos y familiares, ahora en las redes). No obstante, el profesional tendrá que adaptarse ya que nuestra obligación es cuidar y educar al paciente esté donde esté: en su casa, en el centro de salud, en el hospital, en un barco, por teléfono o por internet.

Recientemente se ha editado en España un libro titulado “El paciente y las redes sociales”, escrito por expertos en salud e internet, que pretende dar a conocer todo lo que rodea a este tema, tanto desde el punto de vista de las redes de pacientes, como de las herramientas disponibles, así como las oportunidades que presenta el uso de internet para la mejora de la salud.

La interacción entre profesionales y pacientes 2.0 en lo que se viene a llamar eSalud o eHealth se basa en compartir información y en usar otros canales para mejorar la salud del ciudadano. Pero además, el profesional debe darse cuenta que este tipo de redes sirven también para aprender, de hecho cada día hay más comunidades de práctica entre profesionales, basadas en internet, para compartir conocimiento.

## EL PAPEL DE LAS TIC Y DEL VIDEO EN EL DESARROLLO DEL CONOCIMIENTO EXPERTO EN ENFERMERÍA

Federico Juarez Granados  
Gerente de Aula Salud.

### ANTECEDENTES

En la última década ha crecido de manera exponencial el interés por conocer los rasgos distintivos de la actuación de las enfermeras expertas. El procedimiento más frecuente para la realización de esas investigaciones ha sido la comparación entre el desarrollo de en el desarrollo de la práctica profesional llevada a cabo por enfermeras principiantes y expertas.

Este interés en volver la mirada al saber y conocimiento práctico de las enfermeras expertas nace de múltiples estudios que constatan que la noción de conocimiento profesional que transmiten las escuelas de Enfermería (la racionalidad técnica) no alcanza a preparar profesionales con competencia práctica y habilidades para la formulación de juicios práctico/clínicos<sup>1</sup> y que existen aspectos centrales de la práctica profesional de las enfermeras que han sido tradicionalmente olvidados en la formación inicial y continuada<sup>2</sup>. Estos estudios demuestran que el conocimiento de la práctica es, personal tácito, dinámico, situado e inseparable del contexto en el que se opera: las instituciones sanitarias (el hospital mayoritariamente). Estos rasgos dificultan enormemente su formalización en programas teóricos y su enseñanza alejado de la práctica. Estas evidencias justifican que la formación debe realizarse sumergida en la dinámica cambiante de las situaciones clínicas de la práctica.

Estos estudios<sup>3</sup> indican además que las enfermeras no utilizan exclusivamente las típicas fuentes del conocimiento científico cómo son las revistas científicas. Es más, las fuentes de conocimiento que prefieren las enfermeras a menudo son las informales entre iguales. Estas interacciones clínicas entre iguales son primeramente desencadenadas en situaciones de incertidumbre y se basan en la confianza y la confidencialidad de la información que se obtiene

<sup>1</sup> O'Brien B, Pearson A. *Unwritten knowledge in nursing: consider the spoken as well as the written word. Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 1993;7(2):111-127. Scanlan JM. *Unravelling the unknowns of reflection in classroom teaching. Journal of Advanced Nursing* 2002;38(2):136-143. Sahd R. *Reflective practice: A critical analysis of data-based studies and implications for nursing education. Journal of Nursing Education* 2003;42(11):488. Maeve K. *The carrier bag theory of nursing practice. Advances in Nursing Science* 1994;16(4):9-22.

<sup>2</sup> Corcoran S, Tanner C. *Implications of Clinical Judgment Research for Teaching. In: NLN, editor. Curriculum Revolution. Mandate for Change. New York: National League for Nursing; 1988. Diekelmann N. Behavioral pedagogy: a Heideggerian Hermeneutical analysis of the lived experiences of student and teachers in baccalaureate nursing education. Journal of Nursing Education* 1993;32(6):245-250.

<sup>3</sup> Estabrooks C, Rutakumwa W, O'Leary K, Proffeto-Mc-Grath J, Milner M, Jo Levers M, Scott-Findlay S. *Sources of Practice Knowledge among nurses. Qualitative health Research.* 2005. 15(4):460-476

entre pares. La información obtenida del par es más precisa y detallada, es el tipo de información que la enfermera necesita para ese momento crítico de su práctica clínica. Estas interacciones no hacen más que resaltar la enorme importancia formativa de la experiencia clínica.

A partir de estos resultados se están desarrollando modelos alternativos de formación en enfermería los cuales, aceptando que el conocimiento técnico-científico es un ingrediente importante y necesario para el ejercicio profesional, elevan la importancia de la práctica y del conocimiento en ella incrustado considerándolo no ya secundario o una aplicación del anterior sino la clave de una práctica experta<sup>4</sup> Existe un conocimiento en la práctica experta que puede y debe informar el diseño y la acción formativa<sup>5</sup>.

El interés y utilidad de esos estudios sobre el conocimiento experto se justifica por la posibilidad de extrapolar sus hallazgos a la formación inicial y continuada en Enfermería. Se trata de incluir en los programas de formación los modelos de razonamiento, los comportamientos y el contenido del conocimiento de las enfermeras expertas para que se constituyan en ejemplos para las enfermeras que se encuentran en estadios previos del desarrollo profesional. Esta es la finalidad del presente proyecto.

La práctica de las enfermeras expertas, aunque no necesariamente perfecta, nos ofrece un buen punto de partida para formar a las enfermeras debutantes e intermedias La forma de actuar de los expertos nos proporciona una teoría del cuidado profesional a partir de la cual los las enfermeras principiantes e intermedias pueden aprender a ser más expertas.

### **ALGUNOS RASGOS SOBRE EL DISEÑO PEDAGÓGICO DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN BASADO EN VIDEO INTERACTIVO**

El Programa de formación de la Enfermera experta, recoge los postulados teóricos anteriormente presentados para plantear una formación innovadora, con un enfoque práctico y cercano para los profesionales de la Enfermería: una formación en la práctica experta, desde la práctica experta y para la práctica experta que reuniría las siguientes características:

1. Análisis de casos elaborados y guiados por enfermeras expertas. A través de las narrativas de las enfermeras expertas se puede adquirir un elevado grado de comprensión de las situaciones clínicas más frecuentes así como servir de guía en la identificación de los problemas de los pacientes.

2. Análisis de situaciones reales de procesos de cuidados con pacientes reales llevado a cabo por enfermeras expertas. Estos dispositivos formativos

<sup>4</sup> Paget T. *Reflective practice and clinical outcomes: practitioners' views on how reflective practice has influenced their clinical practice. Journal of Advanced Nursing 2001(10):204-214.*

<sup>5</sup> Medina, J.L (2006) *La enseñanza clínica en Enfermería: de las simplificaciones fragmentantes a las lógicas no lineales de la reflexividad. En Aljama, E. Ostiguín, R. M. La enseñanza clínica en enfermería. Un acercamiento multidisciplinario. México: CIECAS*



pueden ayudar a la enfermera novel a comprender y reconocer los cambios relevantes en la situación clínica del paciente como producto de acercarse a la enfermera menos experta a una situación real de cuidados.

3. Enfoque basado en el aprendizaje experiencial. El profesional experto nunca se sitúa fuera de la situación por lo que los esquemas clásicos formativos desde el aula no propician la adquisición de conocimientos adecuados para la práctica avanzada de la enfermería clínica. Se ha enseñado el cuidado en el contexto donde se produce para ayudar a la enfermera novel a desarrollar esquemas de análisis y comprensión más elaborados y eficaces.

4. Enfoque situado y contextual. La práctica de la enfermería no es ajena al contexto en el que se produce. Si queremos capacitar a los profesionales de enfermería en el desarrollo del conocimiento experto esta formación deberá situarse dentro del contexto en el que se produce: el hospital y guiado por quién lo realiza de forma eficaz: la enfermera experta.

### **EL VIDEO INTERACTIVO Y SU PAPEL EN LA FORMACIÓN**

Uno de los principios fundamentales de la educación es que los docentes deberían esforzarse para crear una fascinación duradera por el tema o contenido que imparten. Si lo logran, entonces la mitad del trabajo está hecho: cuanto más les encante una materia a los estudiantes, menos ayuda necesitarán en su aprendizaje.

La mayoría de los educadores están de acuerdo en que el video puede transmitir ese tipo de fascinación. Sin embargo, algunos creen que en realidad el video no puede enseñar —es decir, que no puede alcanzar objetivos cognitivos serios, permitiendo a quienes lo visionan aprender conceptos, principios, estrategias para la resolución de problemas y ayudándoles a pensar de una manera crítica—. Pero no se puede mantener la fascinación de los estudiantes a menos que éstos adquieran un conocimiento verdaderamente penetrante de la materia.

Este proyecto formativo se centra en cómo se puede estructurar la experiencia de aprendizaje con el video interactivo para lograr la motivación de estudiantes de Enfermería y enfermeras debutantes. Siguiendo algunas de las teorías más acreditadas en el ámbito del diseño instructivo, nos planteamos cinco principios para la instrucción del programa:

1. Plantear a los estudiantes problemas extraídos del mundo real (de una complejidad que vaya aumentando gradualmente).
2. Activar los conocimientos previos de los estudiantes para que sirvan de base para los nuevos conocimientos.
3. Hacer una demostración de los conocimientos nuevos a los estudiantes (en vez de hablarles sobre lo que se va a aprender).
4. Los estudiantes aplican los nuevos conocimientos para resolver los problemas.
5. Los estudiantes integran los nuevos conocimientos en la vida diaria.

Los videos educativos tienen potencial para poner en práctica el primer, segundo y el tercer principio.



## DE APRENDER Y ENSEÑAR EN CUIDADOS: MÁS ALLÁ DEL PAPEL

Olga Navarro Martínez

*Directora Proyectos AulaSalud. Creadora Tekuidamos 2.0*

---

Hasta no hace muchos años, los cuidados enfermeros se basaban principalmente en técnicas, cuidados, procedimientos e intervenciones que solían realizarse a pie de cama. Con el tiempo, las enfermeras extendieron sus cuidados más allá de los muros del hospital llegando a la comunidad, pasando de tener un papel curativo/paliativo a un papel mucho más educativo y preventivo. Con la llegada de la era de Internet se abre un nuevo abanico de posibilidades para hacer llegar los cuidados enfermeros aún mucho más lejos. ¿Pero son las enfermeras conscientes de este cambio? ¿Están preparadas para asumir este nuevo reto?

Sabemos que Internet es una de las primeras fuentes que consultan los pacientes en materia de salud, pero según diversos estudios, esta información no suele ser compartida ni contrastada con su profesional sanitario. ¿Es esto seguro para el paciente? ¿Forma parte de nuestro rol como profesionales sanitarios ayudar al paciente a encontrar y distinguir la información adecuada? ¿Dónde resuelven sus dudas? ¿Quién las resuelve?

Actualmente existen multitud de webs y foros para pacientes donde éstos interactúan, comparten y plantean dudas. En estos espacios de comunicación no suele ser muy frecuente encontrar a profesionales.

¿Sabemos qué preocupa a nuestros pacientes? ¿Les ofrecemos la posibilidad de contactar con nosotros mediante otras vías distintas a la consulta presencial o al contacto telefónico?

Como enfermeras debemos considerar la posibilidad de prescribir enlaces con información fiable, aprender qué preocupa a nuestros pacientes consultando en foros, resolver dudas prácticas a través de los mismos, generar espacios de discusión y consulta, crear repositorios de recursos, aprender y formar a otros profesionales.

Existen multitud de herramientas que la enfermera puede utilizar para difundir la cultura saludable y llegar a la población. Además de los ya citados anteriormente, foros, webs, correo electrónico o videoconferencias, podemos utilizar recursos de gran potencia como los videos educativos, los blogs, las páginas o grupos en redes sociales

Pero la eSalud no sólo es útil para el intercambio de información y la comunicación entre profesional y paciente. Es un excelente recurso para la creación de comunidades profesionales enfocadas a la formación y al aprendizaje.

Estas nuevas CoP 2.0 suelen desarrollarse en redes sociales o entornos colaborativos virtuales además de apoyarse en multitud de herramientas colaborativas tales como videoconferencias, webinars, chats, documentos compartidos en red, wikis, etc. Estas comunidades se organizan de modo “informal”

para desarrollar proyectos comunes elegidos libremente y desarrollados de forma cooperativa.

Las comunidades de práctica tienen diversas utilidades tanto para los miembros de forma individual como para la comunidad propiamente dicha. Las CoP fomentan la gestión del conocimiento colectivo, potencian la creación de nuevas herramientas, resuelven problemas de forma más ágil y en general constituyen una fuente de buenas prácticas.

Tekuidamos 2.0 es una comunidad de práctica enfocada al aprendizaje de las TIC y de la web 2.0, fomentando que éste sea colaborativo y social. Cada semana se realizan sesiones online en directo sobre estas herramientas y sus aplicaciones en salud y otros ámbitos mediante la herramienta Wiziq que consiste en un “aula” en la que puede verse la presentación del ponente, sus anotaciones sobre ella, escuchar su explicación e interactuar en el chat. El enlace a las sesiones es enviado a través de la red [www.tekuidamos.ning.com](http://www.tekuidamos.ning.com) así como a través del grupo en Facebook, LinkedIn y del hashtag en Twitter #teku20.

En Tekuidamos 2.0 todos son alumnos y profesores. 2.0. La grabación en diferido de la clase puede verse posteriormente a través de los canales citados anteriormente.

La asistencia a las sesiones en directo así como el uso de la red y todos los servicios que en ella se encuentran es totalmente abierta y gratuita.

## BIBLIOGRAFÍA

- Eysenbach G. What is e-health? *J Med Internet Res* 2001;3(2):e20 <http://www.jmir.org/2001/2/e20/>
- Dedding C, Van Doorn Roesja, Winkler L, Reis R. How will e-health affect patient participation in the clinic? A review of e-health studies and the current evidence for changes in the relationship between medical professionals and patients. *Social Science and Medicine*. 2010, 72, 49-53.
- Traver V, Fernández-Luque L. El ePaciente y las redes sociales. Fundación Vodafone España. Libro electrónico consultado el 11/09/11 en <http://www.salud20.es/>
- Wenger E. *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. New York: Cambridge University Press; 1998.
- Schenkel A, Teigland R. Improved organizational performance through communities of practice. *Journal of knowledge management*. 2008;12:106---18.
- Wenger E, Snyder W. *Communities of Practice: The organizational frontier*. *Harv Bus Rev*. 2000:139---45.
- Burt, R.S. (2003). Social origins of good ideas. [Consultado 30/6/2011]. Disponible en: [http://www.analytictech.com/mb709/readings/burt\\_SOGI.pdf](http://www.analytictech.com/mb709/readings/burt_SOGI.pdf).
- Soubhi H, Bayliss EA, Fortin M, Hudon C, van den Akker M, Thivierge R, et al. Learning and caring in communities of practice: using relationships and collective learning to improve primary care for patients with multimorbidity. *Ann Fam Med*. 2010;8:170---7.
- Thomas AU, Fried G, Johnson P, Stilwell B. Sharing best practices through online communities of practice: a case study. *Hum Resour Health*. 2010;8:25.
- Navarro Martínez O. Comunidades de práctica 2.0 en el entorno de profesionales de la salud. *Enferm Clin*. 2011. doi:10.1016/j.enfcli.2011.07.005

## **MESA COMUNICACIONES LIBRES 2**



## **OPINIÓN Y SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE TRABAJA EN LOS QUIRÓFANOS DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE**

Manuel A. Fuentes Pérez

*Enfermero. Equipo Volante. Hospital General Universitario de Alicante.*

---

### **1. INTRODUCCIÓN**

La cirugía de emergencia es la cirugía no electiva que se realiza cuando la vida del paciente o su bienestar están en peligro directo. En este tipo de cirugía, el equipo en general y los cirujanos en particular, pueden tener menos información sobre el paciente, la preparación del mismo es en muchas ocasiones nula o insuficiente, la planificación de la intervención así como el acopio de los materiales adecuados se realiza en condiciones muy dependientes del tiempo. El personal de enfermería que participa en estas intervenciones, deben de poder adaptarse a su diversidad tanto por el instrumental cómo por la técnica en sí y trabajar con todos los especialistas quirúrgicos.

En el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) la cirugía de emergencias y aquellas no demorables para ser realizadas como electivas suele tener lugar en los quirófanos de urgencias así como en otros especializados (de columna, de oftalmología, de cirugía cardíaca, etc. ) debido a las características diferenciadoras de los mismos y de la cirugía a realizar. En estos últimos, la localización de material supone un hándicap para el personal de enfermería.

El HGUA tiene de presencia física dotación de personal de enfermería para atender tres intervenciones quirúrgicas urgentes o no demorables a la vez. Así mismo, dicho personal asiste a los anestesiólogos de guardia en cualquier actuación tanto intra como extra quirófano (sedaciones infantiles para realización de TAC, sedaciones o anestesia en radiología intervencionista, canalización de vías venosas centrales y/o periféricas, etc.). Cuando no se interviene en los quirófanos de urgencias, el personal queda en situación de espera activa.

Todos los modelos de calidad en la gestión ofrecen estrategias para mejorar el clima laboral y la percepción de rol del trabajador en su ámbito de trabajo y para ello parece razonable conocer las opiniones de los trabajadores sobre múltiples aspectos laborales, para poder desarrollar programas de mejora.

Así mismo la base de toda mejora continua en una organización es la motivación de los miembros del equipo, éste es el resultado de una serie de relaciones entre esfuerzo individual, el rendimiento obtenido, las recompensas organizativas y los objetivos individuales. Pero para hablar de motivación debemos conocer el nivel de satisfacción laboral de los equipos.

El concepto satisfacción laboral hace referencia a la valoración general que el trabajador hace sobre su trabajo. Se define como una actitud positiva individual hacia el trabajo y las condiciones (características y entorno organizativo) en que se realiza.

La satisfacción del profesional sanitario es un elemento imprescindible del proceso asistencial y está relacionado directamente con la calidad de los servicios sanitarios. La satisfacción de los trabajadores de las instituciones sanitarias es un elemento que forma parte de la definición de calidad de la atención prestada. Aunque se cuestione su relación directa sobre la calidad de la atención al cliente externo, nadie discute que al medir la satisfacción laboral se está comprobando la calidad de la organización y de sus servicios internos.

Locke<sup>1</sup> resumió los principales factores que inducen a una mayor o menor satisfacción laboral en los siguientes:

- Trabajo mentalmente estimulante,
- Recompensas equitativas,
- Grado de apoyo de las condiciones de trabajo y grado de apoyo de los compañeros.

Hay factores ligados a la interacción con los superiores, así como aspectos organizativos y funcionales que pueden ser fuentes generadoras de insatisfacción en el personal de enfermería del sector hospitalario.

En los estudios realizados en profesionales sanitarios<sup>4</sup> se han observado los siguientes aspectos:

- a. la satisfacción laboral disminuye en el personal de enfermería cuando los derechos laborales y las oportunidades de promoción son reducidas;
- b. la existencia de conflictos en el equipo de trabajo y la falta de recursos son factores determinantes de la insatisfacción laboral, y
- c. la satisfacción laboral del personal de enfermería mejora con:
  - a) el incremento de la remuneración económica,
  - b) el reconocimiento profesional,
  - c) el tiempo laboral para la investigación,
  - d) la definición de funciones (rol) y
  - e) el establecimiento de un mejor horario laboral.

La mayoría de los estudios relacionan la edad y los años de ejercicio profesional indicando que al aumentar ambas también aumenta la satisfacción laboral.

La satisfacción laboral se ha relacionado también con la familia, es así como los empleados que experimentan altos niveles de conflicto familiar tienden a demostrar bajos niveles de satisfacción laboral. Otras investigaciones revelan que la familia es vista como un soporte importante para la consecución de la satisfacción laboral.

El autor de este estudio, aunque miembro del equipo volante, trabaja frecuentemente con el personal del quirófano de urgencias y ha sentido en múltiples ocasiones curiosidad sobre diversos aspectos que se indagan en este estudio.

## 2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

Conocer del personal de enfermería destinado en el quirófano de urgencias del Hospital General Universitario de Alicante:



1. el perfil personal:
  - a. socio demográfico
  - b. historia laboral
  - c. investigación
  - d. estudios
  - e. otra profesión
2. la opinión sobre los siguientes aspectos laborales:
  - a. motivo por el que se está en quirófano de urgencias
  - b. rol preferido, causas y coordinación del personal
  - c. preferencias por especialidades y motivos
  - d. estado de preparación de los pacientes según el servicio de origen
  - e. registro de enfermería
  - f. estado en el que se envían los pacientes a las unidades de destino
3. Determinar el nivel de satisfacción laboral y sus factores

### **3. MATERIAL Y MÉTODO**

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, exploratorio.

#### **Muestra y tipo de muestreo**

##### **Criterio de inclusión**

La población a estudiar fueron todas/os las/os enfermeras/os de los quirófanos de urgencias del HGUA ejercientes durante el periodo de la encuesta.

Dado que era posible encuestar a toda la población debido a su tamaño reducido se optó por una encuesta censal.

Como instrumento para la recogida de datos hemos usado un cuestionario autocumplimentado con las cuestiones referentes a los objetivos expuestos junto al cuestionario de Font-Roja<sup>2</sup> de satisfacción laboral. Elegimos este cuestionario por ser a nuestro entender el que más se adaptaba al medio hospitalario y por su sencillez en las preguntas y respuestas. La variable satisfacción laboral se valoró mediante la media de puntos obtenida en el cuestionario de satisfacción laboral Font-Roja. Éste consta de 24 preguntas agrupadas en 9 dimensiones:

1. satisfacción por el trabajo (4),
2. tensión relacionada con el trabajo (5),
3. competencia profesional (3),
4. presión del trabajo (2),
5. promoción profesional (3),
6. relación interpersonal con sus jefes (2),
7. relación interpersonal con los compañeros(1),
8. características extrínsecas del estatus (2) y
9. monotonía laboral (2).
10. Influencia del entorno (2)
11. Influencia de la supervisión (2)

Cada pregunta fue valorada mediante una escala tipo Likert de 1-5, en el sentido de menor a mayor grado de satisfacción. Los tres primeros factores estarían relacionados con insatisfacción, por lo que el valor sería inverso, y el resto estaría relacionado con satisfacción laboral. El punto 3 se toma como un grado medio de satisfacción.

La puntuación obtenida en cada factor equivale a la suma simple de las puntuaciones de los ítems que lo componen, dividida por el número de ítems según el siguiente esquema:

- **Factor nº 1:** Satisfacción por el trabajo o grado de satisfacción que percibe el individuo condicionado por su puesto de trabajo. Ítems nº 18, 21, 22, 27.
- **Factor nº 2:** Tensión relacionada con el trabajo o grado de tensión que el trabajo acarrea en el sujeto y que se manifiesta con el cansancio, estrés y síndrome de burnout. Ítems nº 13, 14, 15, 16, 17.
- **Factor nº 3:** Competencia profesional o grado en que el individuo cree que está preparado para su trabajo diario, factor relacionado con la ambigüedad del rol y que comprende los ítems nº 33, 34 y 35.
- **Factor nº 4:** Presión del trabajo o grado que el individuo percibe que el trabajo es una carga. Ítems nº 29, 31.
- **Factor nº 5:** Promoción profesional o grado en que el trabajador cree que puede mejorar tanto a nivel laboral como en reconocimiento profesional. Ítems nº 20, 23 y 38.
- **Factor nº 6:** Relación interprofesional con sus jefes o grado en que el individuo sabe lo que se espera de él. Ítem nº 24, 30
- **Factor nº 7:** Relaciones interprofesionales con los compañeros o grado de satisfacción que experimenta el sujeto con las relaciones laborales en su grupo de trabajo. Ítems nº 25.
- **Factor nº 8:** Características extrínsecas del status o grado en que el individuo cree que su trabajo le reporta una remuneración justa así como un nivel de independencia en la organización y en el desempeño de su puesto de trabajo. Ítems nº 19, 26.
- **Factor nº 9:** Monotonía laboral o grado en que afecta la rutina laboral al sujeto. Ítems nº 12, 32.
- **Factor nº 10:** Influencia del entorno o grado en que las condiciones físicas y seguridad del trabajo afectan al individuo. Ítems nº 23, 27.
- **Factor nº 11:** Influencia de la supervisión o grado en que el superior inmediato interfiere positiva o negativamente en el trabajo del sujeto. Ítems nº 31, 32.

La satisfacción media global (SMG) se obtiene con la media de las puntuaciones de los 24 ítems del cuestionario.

El proceso de encuesta se realizó mediante el reparto de un sobre personalizado que contenía: una carta de presentación, el cuestionario y un sobre sin remite y dirigido a el autor. Los encuestados depositaron los cuestionarios una vez cumplimentados en un lugar indicado en la salita de estar del quirófano tal como se les indicaba en la carta de presentación. El periodo de encuesta se desarrolló del 17 al 31 de marzo de 2011.

### **Método de análisis estadístico**

Los datos se recogieron en una tabla Excel y se analizaron a través del programa informático SPSS V 15.0. El análisis es eminentemente descriptivo y de comparación y asociación entre variables. Los datos muestran en general como media  $\pm$  desviación estándar (cuantitativas) y % para variables cualitativas. En los casos que se consideró interesante se adjuntó, la opción más señalada (moda) junto al % o el rango.

## **4. RESULTADOS**

### **Perfil de los encuestados**

De los 33 enfermeras/os que atienden los quirófanos de urgencias del Hospital General Universitario de Alicante a los que se les ofreció la posibilidad de participar en este trabajo tan sólo participaron el 60,61% (20).

El perfil de los encuestados es el siguiente: mujeres en un 70,00%(14), de entre 43 y 60 años con una media de  $52,43\pm 5,27$  años. El 20,00%(4) dejó la cuestión de la edad en blanco. Existe en la población a estudio una amplia representación de la variedad de estados civiles de la sociedad actual que se resume en que tan solo el 35,00% (7) de los encuestados viven en pareja o están casadas/os. Tabla I

El 95,00% (19) tienen plaza en propiedad, de los cuales el 65,00% (13) la tienen en quirófano de urgencias. La distribución por turnos fue 85,00% (17) enfermeras de turno rodado y 10,00% (2) de noches. El 80,00% (16) de los encuestados han pasado la mayor parte de su vida profesional en el quirófano, siendo el 75,00% (15) personal del quirófano de urgencias desde que empezaron en el área quirúrgica. La antigüedad laboral es de  $28,94\pm 6,89$  años siendo en el actual puesto de  $17,70\pm 6,75$  años.

### **Actividades formativas y de investigación**

El 55,00% (11) de los encuestados señalan realizar entre una y tres actividades formativas al año y un 40,00% (8) que señalaron que ninguna. El 30,00% (6) de los encuestados ha participado en el pasado en actividades de investigación, siendo solamente una persona quién lo sigue haciendo en la actualidad. El 50,00% (10) de los encuestados asisten a jornadas o congresos profesionales. Del total de los encuestados el 60,00% (12) consideran útiles las exposiciones que en ellos se presentan.

### **Elección del quirófano como destino laboral**

Respecto al motivo por el que se eligió el quirófano de urgencias como destino el 40,00% (8) señaló por la variedad del trabajo y el 30,00% (6) por el turno.

El 60,00% (12) de los profesionales encuestados indican tener una especialidad quirúrgica preferida, siendo cirugía general la más señalada 30% (6), seguida de cirugía vascular y traumatología y ortopedia un 10% (2) cada una. Los motivos indicados para esta elección fueron por este orden: por las características de la especialidad 38,10% (8), por parecerles más interesantes las

intervenciones 33,33% (7), por tener mayor experiencia acumulada 23,81% (5) y en último lugar por los cirujanos 4,76% (2).

### **Roles y funciones**

Preguntados por su preferencia respecto al rol a desempeñar en el quirófano (instrumentista Vs circulante) el 65,00% (13) se mostraron indiferentes y el 25,00% (5) preferirían instrumentar, tan solo el 5,00% (1) eligió circular. Preguntados por el motivo de su elección, la preferencia por instrumentar se justificó, según los encuestados, por ser una labor más interesante (5) frente a la movilidad que permite el circular (1).

En determinadas intervenciones intervienen en su totalidad o determinados momentos, más de dos enfermeras. A la pregunta de si en estas circunstancias se consensuan las tareas a realizar el 40,00% (8) indican que si lo hacen, mientras el 20,00% (4) indican que no. Sobre si tienen claro cuáles son sus tareas y las de los demás para evitar duplicidades o desatenciones el 85,00% (17) indican que si, mientras el 10,00% (2) no las tienen. El 75,00% (15) creen que deberían de definirse las tareas a realizar por cada profesional.

### **Ansiedad de los pacientes en el pasillo**

El 50,00% (10) de los encuestados consideran que la espera de los pacientes en los pasillos o antequirófanos aumentan BASTANTE su ansiedad y el 40,00% (8) consideran que aumenta MUCHO, mientras el 10,00% (2) consideran que lo hace POCO.

### **Preparación de los pacientes según origen**

El 75,00% (15) consideran que los pacientes procedentes de los servicios de urgencias NO vienen adecuadamente preparados para la intervención. Los motivos señalados se muestran en la Tabla II.

El 70,00% (14) consideran que los pacientes procedentes de las unidades de hospitalización SI vienen adecuadamente preparados. Los motivos señalados como defectos de preparación se muestran en la Tabla III.

### **Registro de actividades de enfermería en los quirófanos de urgencias**

Se preguntó a los encuestados sobre el formulario de registro de actividades de enfermería en el quirófano. El 85,00% (17) de los encuestados indicaron cumplimentar habitualmente dicho registro. Preguntados sobre su utilidad para el personal de quirófano el 45,00% (9) lo consideraban útil o muy útil mientras el 50,00% (10) lo consideraban poco o nada útil. Sobre su opinión de la utilidad de este documento para el personal de las unidades de hospitalización el 40,00% (8) lo consideraban útil o muy útil, mientras el 45,00% (9) lo consideraban poco o nada útil. Sobre la utilidad del mismo para el paciente el 20,00% (4) lo consideraban útil mientras el 55,00% (11) lo consideraban poco o nada útil.

El 55,00% (11) de los encuestados consideraban que el registro actual NO incluye toda la información referente a la labor de enfermería en el quirófano y que le sería de utilidad.

El 50,00% (10) de los encuestados cree que el personal de las unidades de hospitalización NO revisa el registro de actividades de enfermería en el quirófano, frente al 30,00% (6) que opinan que si lo hacen.

### **Condiciones en las que sale el paciente del quirófano**

El 45,00% (9) de los encuestados consideran que habitualmente los pacientes son adecuadamente remitidos a las unidades de hospitalización y/o críticos con las sábanas, entremetidas y empapadores limpios, bolsas de drenaje, SNG y SV bien colgadas para que tan solo necesiten en la unidad de destino una revisión visual, frente al 30,00% (6) que opinan lo contrario.

### **Cuatro cuestiones interesantes**

En la tabla IV se muestran los resultados de algunas 4 preguntas que complementan la encuesta de satisfacción Font Roja.

### **Satisfacción laboral**

Los 24 ítems de la Encuesta de Satisfacción Font Roja, fueron valorados según la metodología indicada dando lugar a los factores de satisfacción, Tabla V.

El factor 3, que hace referencia a la “competencia profesional” es el que más satisfacción produce, seguido de el factor 1 “satisfacción por el trabajo” y los factores 11 “supervisión ejercida sobre el personal” y el factor 2 “tensión relacionada con el trabajo” frente a los factores 7 y 6, referentes a las interrelaciones con los compañeros y los superiores respectivamente que son los mayores generadores de insatisfacción laboral.

La Satisfacción Media Global (SMG) es de  $3,23 \pm 0,22$  (Rango 2,79-3,63).

En cuanto a la satisfacción expresada, el 55,00% (11) se muestran Bastante satisfechos con ser enfermero/a del quirófano de urgencias, el 30,00% (6) Muy satisfechos y el 15,00% (3) poco satisfechos.

## **5. DISCUSIÓN**

Llama la atención la baja participación en este trabajo teniendo en cuenta que:

- La participación les supondría una baja dedicación temporal
- Les permitiría expresar sus opiniones posibilitando posibles futuros cambios.

El perfil de los encuestados muestra una población madura, con gran experiencia laboral en su área y muy centrados en la misma.

La participación en cursos de formación se encuentra ligeramente por encima del 50%, siendo anecdótica la participación en actividades de investigación. La variedad laboral que suponen los quirófanos de urgencias parece ser el principal motivo de atracción seguido por la existencia de turnos rotatorios dentro del área quirúrgica.

El hecho de que no se imponga la preferencia por ninguno de las funciones a desempeñar por el profesional quirúrgico (circulante Vs instrumentista) parece indicar que los encuestados asumen la dualidad de funciones a desempeñar en el quirófano.

En las intervenciones de mayor complejidad, cuando son más de dos enfermeros/as en la sala, los encuestados señalan:

- Que tienen claras sus tareas para evitar duplicidades o desatenciones,
- Que, algunos profesionales, consensuan las tareas a realizar por cada uno,
- Que deberían de definirse claramente lo que debería de realizar cada cual.

Afirmaciones que parecen contradecirse.

En cuanto a los pacientes antes de la intervención existe una mayoría de los encuestados que consideran que las esperan en los pasillos/antequirófano aumenta la ansiedad de los mismos, aunque todavía hay una minoría que no está de acuerdo. Sobre la preparación de los mismos, los encuestados mayoritariamente opinan que los procedentes de las áreas de urgencias vienen inadecuadamente preparados frente a los procedentes de las unidades de hospitalización, siendo el rasurado y la presencia de prótesis o joyas los motivos mayormente señalados como defectos de preparación. Tal vez una adecuada intercomunicación entre servicios podría mejorar esta faceta.

Sobre el registro de actividades de enfermería en el quirófano, aunque mayoritariamente se señala que lo cumplimentan, existen amplias discrepancias sobre la utilidad que le atribuyen, sobre si recoge toda la información que debería y sobre si es leído por alguien. Todo ello parece señalar la necesidad de trabajar esta área, valorando las necesidades reales de las actividades y/o información a registrar (tipo de heridas, situación, localización de los drenajes, si van con vacío o sin él, etc..) en el área quirúrgica en función de las necesidades reales de los servicios receptores para la mejor atención del paciente, en vez de registrar por registrar.

No existe unanimidad sobre si se remite al paciente a la hora de salir del quirófano adecuadamente. Sería interesante saber la opinión de los servicios receptores para poder adecuar esta faceta si fuera necesario.

Destaca una importante valoración del trabajo como algo estimulante para los encuestados así como el no darse por vencido ante las dificultades.

Los encuestados no aprecian posibilidades de promoción profesional así como tampoco aprecian que la empresa desee crear un espíritu de equipo, algo que parece más que necesario en una actividad donde así se debería trabajar.

Existe un amplio acuerdo sobre la ausencia de una valoración periódica de cómo realiza cada profesional su trabajo, la productividad no parece dar respuesta a este punto.

De los factores descritos en el cuestionario Font-Roja los que mayor satisfacción señalan son el factor 3 “competencia profesional”, el factor 1 “satisfacción por el trabajo” y los factores 2 “tensión relacionada con el trabajo” y factor 11 “supervisión ejercida sobre el personal”. Los factores 6 “relación interprofesional con los jefes” y 7 “relación interprofesional con los compañeros” los que puntuaciones más bajas han obtenido, esto es, que mayor insatisfacción señalan.

Sobre el nivel de satisfacción, habiendo sido medido de dos formas distintas, mediante pregunta directa y mediante el test de Font-Roja, se aprecia una satisfacción laboral elevada, superior al valor medio en una escala del 1 al 5, de

menor a mayor nivel de satisfacción. Así mismo la Satisfacción Media Global obtenida está entre las expuestas en los trabajos revisados.

## 6. CONCLUSIONES

De las opiniones de los encuestados parece interesante seguir trabajando los siguientes puntos:

- Preparación de los pacientes pre quirófano según origen
- Ansiedad de los pacientes en los antequirófanos
- Registro de las actuaciones de enfermería, sobre su contenido y utilidad sentida y real.
- Intervenciones complejas. Funciones de los enfermeros/as asistentes.

El factor de relación interpersonal y con la supervisión debería intentar mejorarse, pues una buena relación interpersonal aumenta el grado de satisfacción e ilusión por el trabajo, a su vez, puede considerarse como un factor protector del desgaste profesional.

Investigaciones realizadas sobre satisfacción laboral en enfermeras/os en diversos lugares del mundo han llegado a conclusiones similares respecto a aquellos aspectos del trabajo que guardan relación con la satisfacción y la insatisfacción en el trabajo. Teniendo en cuenta el amplio número de variables que influyen en la satisfacción profesional y las implicaciones que tiene este concepto en la calidad asistencial, parece posible influir en las mismas introduciendo las modificaciones oportunas en el tipo de gestión que se realiza a escala individual y organizacional.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Edmundo Briseño, C. et all. Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector público. Rev. Electrónica de Medicina Intensiva Artículo especial nº 30. Vol. 5 nº 4, abril 2005.
2. Aranaz J.; Mira J. (1988): "Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario". Todo Hospital, nº 62, diciembre, pp. 63-66.
3. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid en [<http://www.monografias.com/trabajos904/satisfaccionlaboral-insalud/satisfaccion-laboral-insalud.shtml>] (Visitado el 26-3-2010)
4. Bustos-López, R.; Carrizosa-Villegas, M.D. Satisfacción laboral de enfermería en unidades de hospitalización médico-quirúrgica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Rev. Administración Sanitaria e-RAS. 2010; 1:3 [<http://www.opinionras.com/index.php?q=node/1937>] (Visitado el 26-3-2010)
5. Ruzafa-Martínez, M. et All. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. Gac Sanit v.22 n.5 Barcelona set.-oct. 2008
6. Sarella parra I. H. y Tatiana Paravic K. Satisfacción laboral en enfermeras/os que trabajan en el sistema de atención médica de urgencia (SAMU) Cienc. Enferm. V.8 n.2 Concepción dic. 2002
7. Molina Linde, J.M. et all. Factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en un hospital médico-quirúrgico. Investigación y educación en enfermería. Universidad de Antioquia. Medellín. Septiembre de 2009 Vol. XXVII nº2.
8. Fernández San Martín, M.I. Satisfacción laboral en profesionales de la salud en [<http://www.odontomarketing.com/art71dic2002.htm>] (Visitado el 26-3-2010)
9. Informe de encuesta de satisfacción del personal de salud en el Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia Marzo 2006. [<http://www.hospitaliquitos.gob.pe/main/descargas/calidad/8.pdf>] (Visitado el 29-7-2011)

**8. Tablas:****Tabla I. Estado civil de los encuestados**

	n	%
Soltero/a	9	45,00
Casado/a	4	20,00
En pareja	3	15,00
Divorciado/a	2	10,00
Separado/a	1	5,00
Viudo/a	1	5,00
	20	100,00

**Tabla II. Motivos de preparación inadecuada de los pacientes recibidos para intervención quirúrgica procedentes de los servicios de urgencias.**

	n	%
NS/NC		0,00
Acceso venoso no canalizado o invalido	3	5,66
Todos	3	5,66
Ropa	6	11,32
Llevar objetos personales	8	15,09
Prótesis	9	16,98
Joyas	11	20,75
Rasurado	13	24,54
		100,00

**Tabla III. Motivos de preparación inadecuada de los pacientes recibidos para intervención quirúrgica procedentes de las unidades de hospitalización.**

	n	%
Llevar objetos personales	1	2,78
NS/NC	1	2,78
Todos	2	5,56
Ninguno	5	5,56
Acceso venoso no canalizado o invalido	3	8,33
Ropa	5	13,89
Prótesis	7	19,44
Joyas	7	19,44
Rasurado	8	22,22
		100,00



**Tabla IV. Algunas preguntas**

Escala: 1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en acuerdo 4. En desacuerdo 5. Muy en desacuerdo

	Media $\pm$ DE	Moda (%)
Tengo muchas posibilidades de promoción profesional	3,89 $\pm$ 1,10	4 (40,00)
Recibes una valoración periódica de cómo realiza su trabajo	4,42 $\pm$ 0,69	5 (50,00)
Sientes que en su empresa se desea crear un espíritu de equipo	4,00 $\pm$ 0,97	5 (35,00)
Cuando hay dificultades en su trabajo no se da por vencido	1,94 $\pm$ 0,70	2 (65,00)
Su trabajo tiene aspectos realmente estimulantes	2,36 $\pm$ 1,21	2 (35,00)

**Tabla V. Factores de satisfacción según la encuesta de Font Roja.**

Escala tipo Likert de 1-5, en el sentido de menor a mayor grado de satisfacción.

	Media $\pm$ DE	Moda (%)
<b>Factor nº 1:</b> Satisfacción por el trabajo o grado de satisfacción que percibe el individuo condicionado por su puesto de trabajo.	3,47 $\pm$ 0,47	3,50 y 3,75 (25,00)
<b>Factor nº 2:</b> Tensión relacionada con el trabajo o grado de tensión que el trabajo acarrea en el sujeto y que se manifiesta con el cansancio, estrés y síndrome de burnout.	3,26 $\pm$ 0,52	3,40 (25,00)
<b>Factor nº 3:</b> Competencia profesional o grado en que el individuo cree que está preparado para su trabajo diario, factor relacionado con la ambigüedad del rol.	4,24 $\pm$ 0,64	4,67 (25,00)
<b>Factor nº 4:</b> Presión del trabajo o grado que el individuo percibe que el trabajo es una carga.	3,44 $\pm$ 0,74	3,50 y 4,00 (30,00)
<b>Factor nº 5:</b> Promoción profesional o grado en que el trabajador cree que puede mejorar tanto a nivel laboral como en reconocimiento profesional.	2,68 $\pm$ 0,53	2,33 y 2,67 (25,00)
<b>Factor nº 6:</b> Relación interprofesional con sus jefes o grado en que el individuo sabe lo que se espera de él.	2,44 $\pm$ 0,59	2,50 (45,00)
<b>Factor nº 7:</b> Relaciones interprofesionales con los compañeros o grado de satisfacción que experimenta el sujeto con las relaciones laborales en su grupo de trabajo.	2,26 $\pm$ 0,87	2,00 (60,00)
<b>Factor nº 8:</b> Características extrínsecas del <i>status</i> o grado en que el individuo cree que su trabajo le reporta una remuneración justa así como un nivel de independencia en la organización y en el desempeño de su puesto de trabajo.	3,05 $\pm$ 0,98	3,00 (25,00)
<b>Factor nº 9:</b> Monotonía laboral o grado en que afecta la rutina laboral al sujeto.	3,21 $\pm$ 0,76	3,00 (30,00)
<b>Factor nº 10:</b> Influencia del entorno o grado en que las condiciones físicas y seguridad del trabajo afectan al individuo	2,92 $\pm$ 0,85	3,00 (30,00)
<b>Factor nº 11:</b> Influencia de la supervisión o grado en que el superior inmediato interfiere positiva o negativamente en el trabajo del sujeto.	3,26 $\pm$ 0,58	3,50 (35,00)



## **NECESIDAD DE AUTONOMÍA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (SUH) DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (HGUA)**

Beviá Puche, Grisel; García-Paramio, Pilar; Paya García, Ana.

*Servicio de Urgencias Generales del HGUA*

---

### **INTRODUCCIÓN**

Históricamente, enfermería ha sido proveedora de cuidados y administradora de tareas prescritas por el médico, no así de determinar ni tomar decisiones por sí sola ante una determinada situación, lo que hace que no se tenga una percepción de que esté capacitado para hacerlo ante un determinado problema de salud.

Actualmente hemos conseguido liderazgo político y gestor, doctorados enfermeros y consiguiente protagonismo docente e investigador, enfermeras gestoras de casos, enfermeras escolares, prescripción y especialización enfermera..., podríamos seguir enumerando un amplio plantel de presencia y potencial enfermero y por qué a pesar de todos estos logros, ¿no somos autónomos? Somos una pieza clave del sistema sanitario y debemos superar el temor a la consecución de mayores cotas de autonomía, a favor de un entorno de relación, cambios, comunicación y respeto dentro del equipo multidisciplinar. La Autonomía no debe excluir la relación con otros profesionales. Debe haber una paulatina transformación desde un criterio de total dependencia médica, al descubrimiento y toma de conciencia por parte de los profesionales de que existe una función propia de los y las enfermeras, además de las funciones delegadas por el médico, y de que existen los cuidados de enfermería sobre los que los profesionales deben poseer competencias y ser responsables. Esta propuesta responde a su vez a lo planteado por algunas teóricas como Peplau y Alberdi que consideran que “la enfermera titulada debe además valorar e interpretar hechos para decidir acciones”.

Los SUH son una de las puertas de entrada al sistema nacional de salud y punto de referencia para la percepción de la eficacia del sistema, que se ven sobrepasados por su demanda social. Debemos prestar atención integral a la persona para resolver los problemas de salud que le afecten en cualquier estadio de su vida con criterios de eficiencia y calidad. Mediante la incorporación del empleo del propio juicio profesional derivado de la experiencia, las preferencias, valores de los pacientes y los recursos necesarios, evaluando nuestras actuaciones, identificando los problemas y emprendiendo acciones de mejora, como la reducción del tiempo de espera, factor que con más fuerza asocian los ciudadanos con la idea de calidad de la atención en urgencias, incluso se podría decir que el tiempo de espera en urgencias es el determinante de la calidad percibida del servicio y del propio hospital.

## OBJETIVOS

- Evidenciar la necesidad de autonomía en la atención de los pacientes que acuden al SUH del HGUA que sólo precisan cuidados de enfermería para la resolución de su problema de salud.
  - Demostrar la existencia de usuarios que precisan únicamente cuidados de enfermería.
  - Mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes dinamizando el proceso de atención de enfermería en el SUH del HGUA.
  - Establecer líneas a emprender para mejorar el proceso asistencial.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para la consecución de los objetivos propuestos, nuestra actividad estuvo dirigida a realizar en primer lugar, una búsqueda bibliográfica consultando varias fuentes de información y solicitamos información a la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) para conocer la autonomía enfermera en este servicio. La literatura revisada nos ofrece un panorama de limitaciones a la hora de incorporar la práctica diaria a los cuidados de enfermería basados en la autonomía. Estas limitaciones tienen que ver con el propio individuo y con la organización donde presta sus servicios. La experiencia del servicio de la UHD nos sirvió para constatar la gran autonomía de la que gozan en la prestación de cuidados enfermeros con respecto al SUH.

Realizamos un estudio descriptivo de carácter retrospectivo realizado durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 28 de febrero de 2011. Los datos fueron tratados estadísticamente con hoja de cálculo EXCEL. Como unidad de análisis se tomaron las historias clínicas (HC). Se realizó una revisión sistemática de los casos comprendidos en el periodo establecido en el Servicio de Archivos del HGUA. El estudio mantuvo la confidencialidad de los datos según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de Carácter Personal. La población diana sobre la que se desarrolló el estudio fueron los pacientes atendidos en el SUH del HGUA que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

- Criterios de inclusión: Pacientes atendidos en el SUH del HGUA que sólo precisaron cuidados de enfermería para la resolución de su problema de salud; pacientes que fueron dados de alta; pacientes mayores de 15 años.
- Criterios de exclusión: Pacientes que quedaron ingresados; pacientes que acudieron por causas relacionadas con agresión, accidente de tráfico, accidente laboral, accidente escolar, inoculación accidental y prueba de tóxicos por precisar intervención médica; pacientes que acudieron por quemaduras ya que se dirigen a la Unidad de Quemados para la cura correspondiente; pacientes que precisaron sutura de heridas por ser un procedimiento habitual que realizan los residentes de medicina como parte de su aprendizaje; pacientes con procesos ginecológicos; pacientes fugados y pacientes que solicitaron altas voluntarias.

Elaboramos una hoja de recogida de datos anónima en las que se recogieron las siguientes variables: hora de llegada al SUH; motivo de consulta por el que acudieron; procedimiento de enfermería que precisaron para la resolución de su problema de salud; hora de alta del SUH y si fueron o no remitidos desde atención primaria (AP).

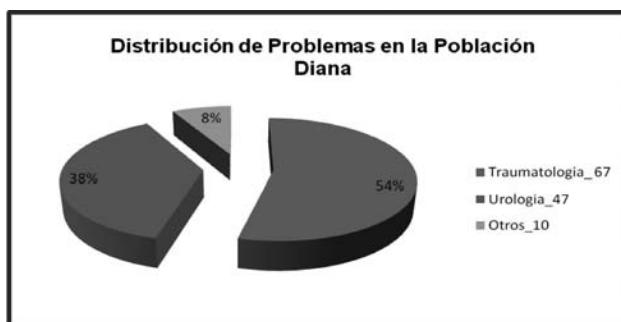
Los datos han sido volcados en tablas y gráficas para su mejor interpretación.

## RESULTADOS

La población diana estaba formada por 124 casos que suponen el 1.28% (124 de 9644) del total de las HC estudiadas; lo que corresponde estadísticamente a 2 casos por día.

Con respecto a los motivos de consulta más frecuentemente hallados vimos:

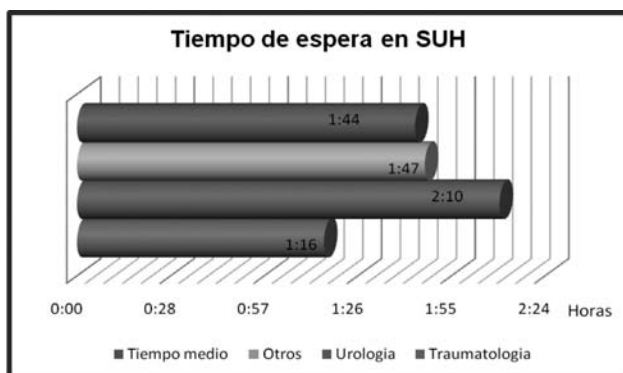
- Problemas urológicos, el 38% (47 de 124), los pacientes acudieron por: obstrucción de sonda vesical (SV), retención urinaria, cambio de SV y extracción accidental de SV, para la resolución de su problema sólo precisaron la colocación de una SV.
- Problemas traumatológicos, el 54% (67 de 124), los pacientes acudieron por heridas superficiales que no precisaron sutura, para la resolución de su problema sólo precisaron cura de la herida y administración de la pauta antitetánica (PAT) a criterio del personal de enfermería.
- Otros problemas, el 8% (10 de 124), los pacientes acudieron por otros motivos entre los que se encontraron: inyectables por vía IM, extracción accidental de sonda nasogástrica y cura de úlceras, problemas que se solucionaron tras la realización del procedimiento de enfermería oportuno en cada caso. Nos llamó la atención un caso por extracción accidental de la PEG que no pudo ser incluido en el estudio porque en el SUH precisa de la intervención médica y en cambio es solventada por enfermería de la UHD.



Se recogieron los tiempos del proceso de los pacientes incluidos en el estudio. El tiempo medio total de espera desde la llegada de los pacientes al SUH hasta ser dados de alta fue de 1h45min, entendiendo como tiempo medio total

el tiempo que el paciente debe esperar para ser visto por un médico, esperar a ser atendido por el personal de enfermería una vez que el médico lo indique por escrito y esperar a que el médico le entregue el informe de alta.

- Pacientes con problemas urológicos, el tiempo medio de espera fue de 2h 10 min .
- Pacientes con problemas traumatológicos el tiempo medio de espera fue de 1h 16 min .
- Pacientes con otros problemas el tiempo media de espera fue de 1h 47 min.



En todos los casos la intervención de enfermería fue delegada por personal médico a través de su indicación en la Hoja de Enfermería de Urgencias una vez que el paciente había sido visto por el médico en la consulta.

## CONCLUSIONES

Es un porcentaje pequeño el de los paciente que acuden a urgencias requiriendo solo atención del personal de enfermería pero no por ello menospreciable, por esta razón pensamos que una actuación enfermera directa sin mediación de otros profesionales reduciría el tiempo medio de espera de estos pacientes, a la vez que reduciría el tiempo de espera de aquellos que si requirieren atención médica, de este modo contribuiríamos a mejorar la eficiencia del servicio.

Todo ello debería ir acompañado de un acceso a la historia clínica del paciente, donde pudiésemos reflejar todo aquel procedimiento que se realice junto con un informe de alta de enfermería, para agilizar la continuidad de cuidados por parte del profesional de atención primaria creando un puente de comunicación bidireccional entre ambos servicios. Dentro de los estándares de enfermería y recomendaciones científicas la SEEUE ya nos habla del Informe de Enfermería al alta en los Servicios de Urgencias.

Estamos ante una situación de necesidades cambiantes que hace necesario el planteamiento de nuevas formas de atención y de nuevos papeles profesionales, cambios que ya son visibles en otros servicios donde gozan de un alto grado de autonomía de la que nosotros carecemos. El pensamiento evoluciona y se actualiza constantemente lo que nos permite que las mismas situaciones

sean abordadas de manera más eficaz. La organización de los conocimientos que nutren los cuidados de enfermería no pueden satisfacerse con metodologías restrictivas.

Se trata de un ejercicio de construcción de la identidad enfermera en el ámbito clínico sanitario. Todo esto hay que relacionarlo con los valores presentes en la organización y en el propio profesional, estos valores actúan como normas que sirven para realizar juicios y elegir entre modos alternativos de conducta laboral. Para ello se requiere un apoyo de los gestores sanitarios en general y los gestores enfermeros en particular.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguila Luzón, MC., García Martínez, JMA, Calvo Salguero, A. Valores hacia el trabajo del personal de enfermería. Un análisis descriptivo. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100002&script=sci_arttext) Consultado el 17 de octubre de 2011.
- Cobert, S. W., White, P. D., Wittlake, W. A. Benefits of an informal videotape for emergency department patients. *Am J Emerg Med* 2000; 18: 67-71.
- De Pedro Gómez, JE., Morales Asencio, JM. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? Publicado en *Gaceta Sanitaria*. 2011; 25:191-7. Vol. 25 núm 03. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100006&script=sci_arttext) Consultado el 17 de octubre de 2011.
- Díaz Sánchez, V., Álvaro Noguera M., Campo Cecilia E. El paradigma de la enfermería basada en la evidencia (EBE) en la enfermería clínica hospitalaria. Hospital de Fuenlabrada. Servicio Extremeño de Salud. *Nurse Investigación*, nº28, mayo-junio 2007.
- Dunbar-Jacob J. Special Issue: Moving Evidence-Based Practice into Nursing Education. *Journal of Professional Nursing*. 2005, 21: 329-329.
- Duque del Río, MC., Fernández Rodríguez, B., Morillo Rodríguez, J. Atención enfermera en urgencias y emergencias. Material didáctico de apoyo para profesionales sanitarios. *Metas de Enfermería*. 2009. Disponible en <http://www.slideshare.net/Montelongo/7154344-atencion-de-enfermeria-de-urgencias-metas-de-enfermeria> Consultado el 17 de octubre de 2011.
- Martínez Sánchez CM. Calidad de la atención hospitalaria y dotación de enfermeras. *Index de Enfermería digital* 2003; 42. Disponible en [http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/r42\\_articulo\\_78-81.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/r42_articulo_78-81.php). Consultado el 17 de octubre de 20011.
- Romero-Nieva Lozano, J. Marco referencial en Enfermería de urgencias y emergencias. Et cols. Edita SEEUE 2002.
- Tomey, A. *Modelos y Teorías de Enfermería*. 4ta. edic. España: Harcourt, 2000.
- Valenzuela Rodríguez, A. J. Toma de decisiones en Enfermería de Urgencias, Emergencias y Catástrofes: Márgenes de Autonomía y Responsabilidad. *Revista Páginas en ferurg.com*. Vol I, nº01. Marzo 2009.
- Viela Asejo, J. Ética y Enfermería. En: *Ética de las profesiones*. Bilbao. Descleé; 2002. p 27-50.
- Zulay Contreras, M. Desarrollo e implementación de la gestión clínica de profesionales de enfermería. *Enfermería en Costa Rica*, vol. 27 (1). Junio 2006.





## **SATISFACCIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO COMO ELEMENTO IMPRESCINDIBLE DEL PROCESO ASISTENCIAL**

Alemañ Santos, Virginia(1);González Sánchez, Inés (2); Pérez Useros, Francisco Manuel(3); Chaves Muñoz-Alcon, Isabel(3); Toboso González, Pilar(3); Burguera Anguiano, M<sup>a</sup> Victoria(3); Martínez Cutanda, Josefa (3); Rosell Hergeta, Petra(3).

*(1) Enfermera Máster, Supervisora General del HGUA; (2) Enfermera Máster, Supervisora General del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA); Profesora Asociada de la Universidad Cardenal Herrera CEU de Elche (3) Supervisora General del HGUA.*

### **INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN**

La satisfacción laboral se define como una actitud positiva individual hacia el trabajo y las condiciones (características y entorno organizativo) en que se realiza y como concepto hace referencia a la valoración general que el trabajador realiza sobre su trabajo, además, la satisfacción del profesional sanitario es un elemento imprescindible del proceso asistencial relacionado directamente con la calidad de los servicios sanitarios; el aumento de la satisfacción laboral del profesional optimiza la relación con el paciente, y con ello se incrementa la calidad de los cuidados prestados.

La insatisfacción laboral, sin embargo, es un riesgo profesional muy extendido entre el personal que presta sus servicios en las instituciones de salud, donde dicha insatisfacción guarda una intensa relación con las condiciones de trabajo.

Locke (1976) citado en (Sarella Parra L. H.2002) plantea que la satisfacción laboral es producto de la discrepancia entre lo que el trabajador quiere de su trabajo y lo que realmente obtiene, mediada por la importancia que para él tenga, lo que se traduce en que a menor discrepancia entre lo que quiere y lo que tiene, mayor será la satisfacción.

Además clasificó las condiciones de satisfacción laboral en categorías vinculadas al trabajo y a los agentes de satisfacción que hacen posible su ocurrencia. Entre las primeras se encuentra el interés intrínseco del trabajo, el salario, las promociones, el reconocimiento, los beneficios y las condiciones de trabajo y en cuanto a los segundos la supervisión, los compañeros de trabajo, la organización y la dirección.

En los estudios realizados en profesionales sanitarios, citado en (fuentes Perez, M.A., 2010) se han observado los siguientes aspectos:

- a. La satisfacción laboral disminuye en el personal de enfermería cuando los derechos laborales y las oportunidades de promoción son reducidas;
- b. La existencia de conflictos en el equipo de trabajo y la falta de recursos son factores determinantes de la insatisfacción laboral, y
- c. La satisfacción laboral del personal de enfermería mejora con:

- a) el incremento de la remuneración económica,
- b) el reconocimiento profesional,
- c) el tiempo laboral para la investigación,
- d) la definición de funciones (rol) y
- e) el establecimiento de un mejor horario laboral.

La mayoría de los estudios (Brush y col, 1987; Zeitz, 1990; Lancero, 1995; y Al-Ameri, 2000), citado en (Sarella Parra L. H.2002) relacionan de manera positiva las variables de la edad y los años de ejercicio profesional indicando que al aumentar la edad y los años de ejercicio profesional, también aumenta la satisfacción laboral.

La satisfacción es una actitud definida por (Schell nberg, 1993), como una orientación relativamente duradera hacia un objeto o experiencia, además en la psicología, las actitudes se encuentran íntimamente interrelacionadas con conceptos como la motivación y la percepción.

Además, dichas actitudes son determinadas, conjuntamente, por las características actuales del puesto como por las percepciones que tiene el trabajador de lo que “deberían ser”, clasificándolas en: las necesidades, los valores y rasgos personales; y los aspectos que afectan a las percepciones del “debería ser” son: las comparaciones sociales con otros empleados, las características de empleo anteriores y los grupos de referencia.

En definitiva, la base de toda mejora continua, en una organización, es la motivación de los miembros del equipo, éste es el resultado de una serie de relaciones entre esfuerzo individual, el rendimiento obtenido, las recompensas organizativas y los objetivos individuales. Pero para hablar de motivación debemos conocer el nivel de satisfacción laboral de los equipos.

El equipo de Supervisores generales del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) tiene asignada una unidad de enfermería denominada Corretornos popularmente denominados “volantes”.

Los profesionales son de las categorías de Enfermera y Auxiliar de Enfermería y el número es muy variable, ya que depende de las necesidades, puntuales, del hospital, siendo ubicados, en función de dichas necesidades, en cada turno, lo que los convierte, en imprescindibles para el funcionamiento del hospital

Uno factor importante de la satisfacción laboral es la naturaleza intrínseca del puesto, ya que cuando a un trabajador le agrada su puesto de trabajo, se siente satisfecho con el mismo; factor que no resulta fácil cumplir en al unidad de corretornos dadas las características intrínsecas de la misma, como son:

- El personal no esta vinculado a ningún servicio o unidad del HGUA.
- Su finalidad es:
  - Cubrir las libranzas programadas de los profesionales de las diversas unidades y servicios.
  - Cubrir ausencias imprevistas de personal.
  - Apoyar a los profesionales de otras unidades que lo requieran en momentos puntuales.



Estas características hacen que aun teniendo, actualmente un gran número de profesionales asignados a nuestra unidad, el puesto en sí mismo esté considerado como uno de los peores destinos del hospital, siendo, un servicio de elección, solamente cuando el turno es el factor determinante y no se puede conseguir en ningún otra unidad. Esto provoca que la mayoría de sus componentes sean personal contratado y con alto grado de rotación.

Por todo esto el equipo de Supervisores Generales nos planteamos la necesidad de conocer la actitud de los trabajadores, mediante encuesta, que midiera el nivel de satisfacción del equipo de profesionales correturnos, con su entorno para la práctica clínica, o dicho de otro modo, acercarnos a la percepción y satisfacción de nuestro personal por pertenecer a esta unidad, teniendo en cuenta, que el respeto y las facilidades organizativas son claves para garantizar un correcto desempeño de sus funciones del equipo de correturnos y para ello nos planteamos realizar una encuesta de satisfacción laboral como personal correturnos y otra que recogiera la valoración, del personal correturnos, de las diferentes unidades que visitan para detectar si la interacción con diferentes profesionales así como la diferente organización de las unidades creaba o no insatisfacción profesional, pues sería uno de los indicadores que condicionan la calidad asistencial, de esta forma podríamos conocer las causas de insatisfacción laboral y buscar una solución.

Nuestro fin como Supervisores Generales es satisfacer las necesidades laborales de los miembros del equipo correturnos, así como ofrecer estrategias para mejorar el clima laboral y la percepción de rol del trabajador en su ámbito de trabajo.

### **OBJETIVO GENERAL**

- Evaluar la satisfacción del personal de Enfermería con su entorno de práctica clínica.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer los aspectos que producen mayor satisfacción laboral para mantenerlos
- Conocer los aspectos que generan menor satisfacción laboral, para en la medida de lo posible modificarlos.
- Analizar las unidades de hospitalización visitadas por el personal correturnos, respecto del respeto y facilidades organizativas que les aportan en su trabajo diario.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, transversal realizado en el HGUA, en el mes de junio del 2010, la población a estudio son los profesionales sanitarios adscritos a la unidad de correturnos-volantes presentando un total de 57 profesionales y para la selección de la muestra decidimos utilizar como criterio de inclusión aquellos profesionales que lleven en la unidad de correturnos-volantes un mínimo de un año, por lo que el tamaño de la muestra queda en un N= 37 personas.

Para la recolección de la información se utilizaron los siguientes instrumentos: una encuesta elaborada por los autores, que mide la satisfacción laboral de pertenecer a nuestra unidad, en relación a las características intrínsecas de la unidad de correturnos, y el Índice de Descripción del Trabajo de Smith et al. (1969), modificado, ya que de las cinco subescalas de las que se compone, solo utilizamos dos, las que se refieren a las actitudes del trabajador frente a las actividades que realiza e interacción con los compañeros del trabajo. Se utiliza un sistema de códigos alfanumérico para la identificación de las unidades, de forma que verticalmente se identifican con letras comenzando de arriba abajo y de forma horizontal se identifican con números comenzando de izquierda a derecha.

Todos los participantes del estudio son informados de que la participación es voluntaria y anónima, pudiendo abandonar en cualquier momento que se desee.

Las variables a estudio de la encuesta, de elaboración propia que mide la satisfacción laboral de pertenecer a nuestra unidad, en relación a las características intrínsecas de la unidad de correturnos son:

1. Variables sociodemográficos: edad, sexo, estado civil.
2. Variables relacionadas con la profesión: categoría, turno de trabajo, tipo de relación contractual con la empresa, años de profesión y años en el puesto de trabajo, unidades que más y menos agradan dependiendo a su vez de las siguientes subcategorías: la cantidad de trabajo, el tipo de trabajo, el personal de la unidad, el tipo de enfermos, la organización de la unidad ordenándolos de mayor a menor preferencia.
3. Variables de satisfacción laboral indicando el acuerdo o desacuerdo con una serie de afirmaciones, teniendo en cuenta que 1 es nada y 10 es mucho, simbolizándolos con letras, desde la A hasta la L, para un buen análisis de las mismas, de forma que: A) No saber donde voy cada día, B) No conocer a los compañeros con quien cambiar turnos, C) que me destinen en un mismo turno a varios sitios consecutivamente, D) No conocer a los médicos, E) No conocer a los compañeros con los que trabajo en cada jornada, F) No conocer a los pacientes, G) No saber donde están las cosas, H) No conocer los protocolos/costumbres específicos/as de cada sitio, I) No tener seguimiento de los pacientes atendidos o las actividades realizadas, J) No enterarme adecuadamente de mis errores para poder mejorar, K) realizar satisfactoriamente mi trabajo como volante depende más de las personas con las que trabajo que del propio trabajo a desarrollar, y L) el profesional de la unidad es puntual y recoge atentamente mi relevo.

Para valorar las unidades visitadas por el personal correturnos, respecto a la manera de ser recibidos, respetados y las facilidades organizativas para la realización de su trabajo diario, utilizamos el Índice de Descripción del Trabajo de Smith et al. (1969) modificado, utilizando solo dos subescalas de las cinco de que se compone, referidas a las actividades del trabajo y a la interacción con los pares.



La población a estudio son las unidades asistenciales visitadas por el personal correturnos, siendo un total de 33, decidimos aplicar como criterio de inclusión la ser valorada por tres o más personas diferentes, por lo que queda una muestra con un N= 24 unidades asistenciales.

Las variables estudiadas en esta encuesta muestran el acuerdo o desacuerdo con una serie de afirmaciones donde 1 es total desacuerdo y 10 completamente de acuerdo, dichas variables las identificamos con letras desde la A hasta la F, para facilitarnos el análisis de datos quedando de la siguiente manera: A) La amabilidad y respeto con que le han tratado ha sido el adecuado, B) Existe fácil accesibilidad a los protocolos y procedimientos de la unidad, lo que permite la continuidad de mis cuidados, C) la calidad de la atención recibida a su llegada a la unidad considera que ha sido idóneo, D) el tiempo dedicado a proporcionarnos un buen relevo ha sido adecuado, E) los registros realizados por el personal de la unidad son suficientemente claros para garantizar la continuidad de los cuidados, F) registro mis propios relevos de enfermería incluso cuando voy de refuerzo a la unidad.

Para el análisis de datos se utiliza un soporte Excel de registro de las diferentes variables y se utilizaron los siguientes estadígrafos: porcentajes, media, mediana, desviación estandar, entre otros; utilizando, en concreto, para las variables sociodemográficas y las relacionadas con la profesión un tipo de medición nominal y medidas de distribución de frecuencias para las variables relacionadas con la satisfacción. Para la evaluación de la significancia estadística se tomó en cuenta el siguiente criterio:  $p > 0.05$  y un error del 0,01.

Desde el punto de vista legal se trata de un estudio de no intervención y no uso de medicamentos que cumple los requisitos establecidos en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, en la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y la Ley de 1/2003 de derechos e información de la comunidad valenciana.

Desde el punto de vista ético, el estudio cumple los requisitos establecidos en el convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo) y los Principios éticos para las Investigaciones éticas en seres humanos (Declaración de Helsinki, 59ª Asamblea General, Seúl)

El estudio fue presentado para su valoración y aprobación por la Dirección de Enfermería del Departamento de salud de Alicante, departamento 19 de la Comunidad Valenciana.

## RESULTADOS

Los resultados de este estudio los dividimos en dos grupos:

1. Resultados de satisfacción de pertenencia al equipo de correturnos.
2. Resultados de valoración de las unidades, respecto al respeto y a las facilidades organizativas para la realización de su trabajo diario

**1.- RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DE PERTENENCIA AL EQUIPO DE CORRETORNOS.**

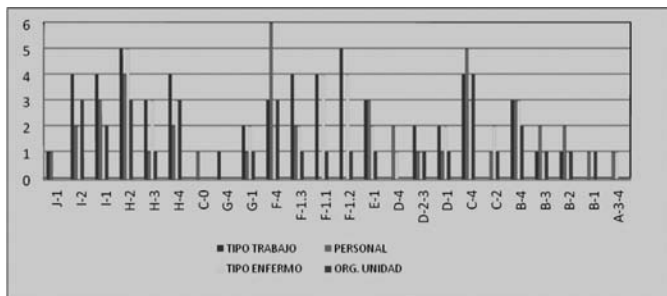
**1. 1.-** Se han entregado un total de 37 encuestas, siendo contestadas un total de 28 encuestas entre ambas categorías, con un índice de participación del 75,67%.

**1. 2.-** Respecto a las variables socio-demográficas los resultados son, la edad, el sexo y el estado civil de los profesionales de la unidad de correturnos, obteniendo los siguientes:

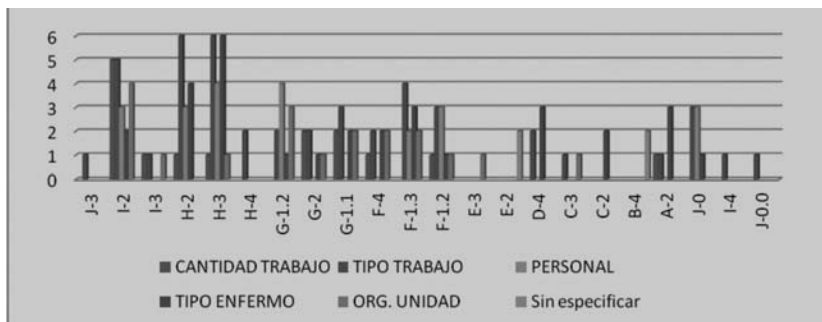
- Sexo: 23 mujeres, 3 hombres y 2 no contestan.(n/c)
- Estado civil: 9 casados, 8 solteros, 4 en pareja, 2 divorciados, 2 separados y 3 n/c.
- Edad: es muy variable, teniendo desde 25 años hasta 56 años de edad, siendo la media 35,46 años de edad.

**1. 3.-** Variables relacionadas con la profesión: categoría, años de profesión, años de trabajo en el puesto, unidades más y menos deseadas, dependiendo de la cantidad de trabajo, tipo de trabajo, de enfermo y de personal y la organización de la unidad.

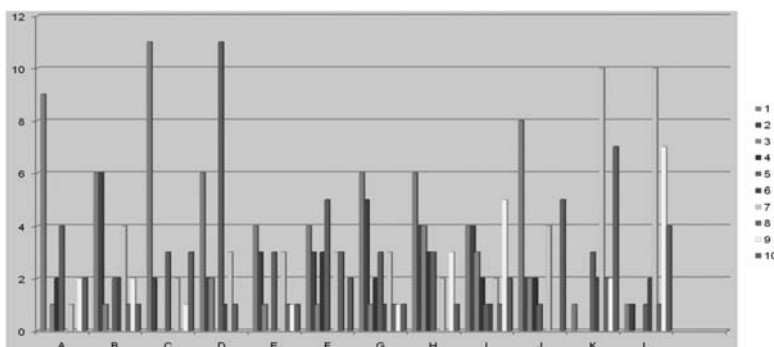
- Por Categoría profesional tenemos 19 Auxiliares de enfermería y 18 Enfermeras.
- Años de trabajo en el puesto actual: el 71,42 % de las personas que realizan la encuesta llevan menos de 5 años en el mismo, no aportando ningún dato significativo en cuanto a los años que llevan ejerciendo su profesión, aunque el índice medio lo situamos en torno a los 11 años.
- Con respecto a las unidades más y menos deseadas dependiendo de la cantidad y tipo de trabajo, personal, tipo de enfermo y organización de la unidad, obtenemos que:
  - Los destinos más deseados por la cantidad de trabajo no hay ninguna unidad significativamente destacada; por el tipo de trabajo destacan las unidades de F-1.2 y H-2; según el tipo de personal de las unidades destacan F-4 y C-4; dependiendo del tipo de enfermo son valoradas de forma positiva en primer lugar H-2 seguida de las unidades de F-1.2 y F-1.1 con igual puntuación; y por la organización encontrada en la unidad los resultados son equitativos para todas las unidades visitadas. Estos datos podemos verlos de forma gráfica en la siguiente figura(1)



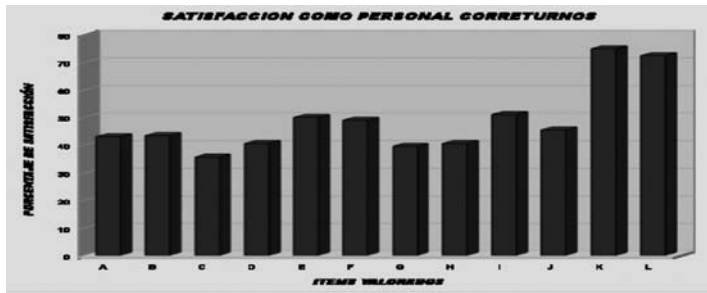
- En cuanto a los destinos menos deseados, los resultados obtenidos son los siguientes: por la cantidad de trabajo destaca I-2 por el tipo de trabajo las unidades menos deseadas son H-2, H-3 y a continuación la unidad F-1.3; según el tipo de personal de las unidades destacan negativamente las unidades de G-1.2 y H-3; dependiendo del tipo de enfermo son valoradas, de forma negativa, en primer lugar H-3 seguida de H-2; y por la organización encontrada en la unidad destaca la unidad de I-2. Como podemos ver en la siguiente figura (2)



**I. 4.- V.** de satisfacción laboral indicando el acuerdo o desacuerdo con una serie de afirmaciones, teniendo en cuenta que 1 es nada de acuerdo y 10 es muy de acuerdo sobre las condiciones de trabajo, aspectos organizativos y funcionales, indicando que las causas de menos satisfacción son: el no saber a qué unidad van cada día, destinarlos a diferentes unidades en un mismo turno y no enterarse de los errores. y lo que más satisfacción produce son: que recojan su relevo atentamente y puntuales, así como que depende más de las personas con las que trabajan que del propio trabajo a desarrollar. Como vemos en la siguiente figura (3)



A continuación, en la siguiente figura, observamos los porcentajes globales de cada ítem, teniendo un valor medio de satisfacción global de pertenecer a la unidad de correturnos, del 48,66% (figura 4)



2.- RESULTADOS DE VALORACIÓN DE LAS UNIDADES, RESPECTO AL RESPETO Y A LAS FACILIDADES ORGANIZATIVAS PARA LA REALIZACIÓN DE SU TRABAJO DIARIO.

Las variables a estudio respecto a la encuesta de valoración de las unidades visitadas, sobre la manera de ser recibidos, respetados y las facilidades organizativas para la realización de su trabajo diario, arroja los siguientes resultados:

De las 152 valoraciones realizadas obtenemos resultados destacables como: que las unidades mejor valoradas respecto a como son acogidos por parte del personal son por orden de preferencia, F-2; C-4 y I-1 con puntuaciones de 9-10; con puntuaciones de 8-9: destacan las unidades de A-4, F-4, y H-2; y las peor valoradas son H-3, F-1.2, G-1.2, I-2 y G-4. Queda reflejado en la siguiente tabla ( 5)

VALORACION DE UNIDADES			
F-2	9,51	C-4	9,18
I-1	9		
A-4	8,90	C-4	8,83
B-2	8,72	H-2	8,66
D-3	8,50	E-1	8,49
B-3	8,40	C-2	8,26
G-1.1	8,25	B-4	8,20
H-4	7,5	F-1.3	7,50
A-2	7,40	D-4	7,18
C-3	7		
H-3	6,8	F-1.2	6,53
I-4	6,10		
I-2	5,91	G-1.2	5,8
G-4	4,1		



## CONCLUSIONES

- El perfil del personal correturnos nos da como resultado la presencia fundamentalmente de mujeres con un 82,154%, con una edad media de 35,46 años.
- Aunque el índice medio de años de profesión se sitúa en 11 años, la permanencia en el puesto de trabajo, en un 71,42%, están por debajo de cinco años, indicador de la alta rotabilidad del profesional en nuestra unidad, relacionado directamente con la insatisfacción de pertenecer a dicha unidad.
- La satisfacción de realizar su práctica clínica dentro de la unidad de correturnos no es elevada, pues presentan solo un 48,66%. Estando relacionada su causa con aspectos organizativos y funcionales, como son: el no saber a qué unidad van cada día, destinarlos a diferentes unidades en un mismo turno y no enterarse de los errores, causas bastante difícil de resolver dada las características de la idiosincrasia de la unidad de correturnos.
- Los aspectos que más satisfacción produce son: que recojan su relevo atentamente y puntuales, así como que depende más de las personas con las que trabajan que del propio trabajo a desarrollar.
- Respecto a las variables relacionadas con la actividad del trabajo y a la interacción con pares, el 54,16% de las unidades valoradas, obtienen puntuaciones superiores a 8, siendo esta puntuación, indicadora de buena acogida para el personal de la unidad de correturnos.
- El equipo de Supervisores Generales del HGUA, nos planteamos dar a conocer los resultados obtenidos, a las supervisoras de las unidades, a fin de intentar modificar comportamientos y actitudes de su personal hacia el personal correturnos, ya que, la satisfacción del profesional sanitario, es un elemento imprescindible del proceso asistencial relacionado directamente con la calidad de los servicios sanitarios.
- El aumento de la satisfacción laboral del profesional optimiza la relación con el paciente, y con ello se incrementa la calidad de los cuidados prestados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aranz J.; Mira J. (1988): "Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario". *Todo Hospital*, nº 62, diciembre, pp. 63-66.
- Bustos-López, R.; Carrizosa-Villegas, M.D. Satisfacción laboral de enfermería en unidades de hospitalización médicoquirúrgica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. *Rev. Administración Sanitaria eRAS*. 2010; 1:3 [<http://www.opinionras.com/index.php?q=node/1937>] (Visitado el 26-3- 2010)
- Catarina, Satisfacción Laboral, marco teórico [ [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lad/carbajal\\_g\\_me/capitulo2.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/carbajal_g_me/capitulo2.pdf)] (Visitado el 26-3- 2010)
- Denise F. Polit y Bernadette P. Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. McGRAW-HILL Interamericana editores, S.A. 6 ed. 2000.
- Edmundo Briseño, C. et all. Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector público. *Rev. Electrónica de Medicina Intensiva Artículo especial nº 30. Vol 5 nº 4, abril 2005..*
- Fernández San Martín, M.I. Satisfacción laboral en profesionales de la salud en [<http://www.odontomarketing.com/art71dic2002.htm>] (Visitado el 26-3-2010)
- Fuentes Pérez, M.A. Encuesta de opinión y de satisfacción laboral del personal de enfermería adscrito al equipo volante del Hospital General Universitario de Alicante, 2010.

- Molina Linde, J.M. et all. Factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en un hospital médico-quirúrgico. Investigación y educación en enfermería. Universidad de Antioquia. Medellín. Septiembre de 2009 Vol. XXVII nº2..
- Ramirez Rivera, N.A. Declaración de Helsinki sobre ética en la investigación médica, Rev Méd. UV 2002; 2(1): 5-9
- Ruzafa-Martínez, M. et All. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. Gac Sanit v.22 n.5 Barcelona set.-oct. 2008.
- Sarella parra I. H. y Tatiana Paravic K. Satisfacción laboral en enfermeras/os que trabajan en el sistema de atención médica de urgencia (SAMU) Cienc. Enferm. V.8 n.2 Concepción dic. 2002..
- Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid en [<http://www.monografias.com/trabajos904/satisfaccionlaboral-insalud/satisfaccion-laboral-insalud.shtml>] (Visitado el 26-3-2010).

## **RESULTADOS Y EFECTOS DE LOS PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN EL HGUA**

Dña. Manuela Domingo Pozo, D. José Luís Medina Moya, Dña. Luisa Juan Baño

*Departamento de Salud Alicante. Hospital General. Universidad de Barcelona.*

---

### **INTRODUCCIÓN**

Los planes de cuidados estandarizados (incorporando taxonomías estandarizadas como NANDA; NIC y NOC) se están implantando en la mayoría de los centros sanitarios de nuestro país así como a nivel internacional (1-11). Existe una creciente preocupación en todo el mundo sobre los efectos en resultados de salud del paciente de la implantación de dichos instrumentos. Existe gran controversia entre los efectos que la introducción de sistemas de planificación (bien manual o electrónica) de cuidados (12-19). Los estudios de investigación no han conseguido clarificar las mejoras en los indicadores de calidad asistencial que se esperaba (20-25). Es necesario profundizar en los contenidos de la planificación de cuidados, para mejorar e incorporar intervenciones que hayan demostrado su efectividad así como investigar los efectos en la asistencia sanitaria de los pacientes atendidos con planes estándar.

### **HIPÓTESIS**

Existen diferencias en la práctica de la enfermería o en los resultados de los pacientes, entre el uso de un plan de cuidados estandarizado versus un sistema que no incluya un plan de cuidados estandarizado.

### **OBJETIVO**

Evaluar los efectos de los planes de cuidados estandarizados implantados en 7 unidades asistenciales del HGUA sobre:

- Los resultados de salud en los pacientes.
- Satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.

### **METODOLOGÍA**

Diseño: estudio observacional de cohortes. Una cohorte con pacientes a los que se le aplica un plan de cuidados estandarizado y la otra no se le aplica el plan.

#### **Sujetos a estudio:**

##### ***Criterios de inclusión en el estudio:***

Pacientes ingresados en el Hospital General Universitario de Alicante por los procesos asistenciales estandarizados en las unidades con plan de cuidados estandarizado e implantado en el periodo a estudio que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado:

Tabla nº1: Criterios de inclusión de sujetos en el estudio.

PROCESOS	CON PCE	SIN PCE
Mujeres con cesárea	Mujeres que ingresen la planta 3D	Mujeres que ingresen en la planta 3C
Mujeres intervenidas histerectomía	Mujeres que ingresan en la planta 3C	Mujeres que ingresen en la planta 3B
Adultos con Neumotórax	Pacientes que ingresen en la planta 5B	Pacientes que ingresen en la planta 8B
Adultos intervenidos de Herniorrafias/ eventraciones	Pacientes que ingresen en las plantas 9ª-9B	Pacientes que ingresen en la unidad Hospital Polivalente
Niños con Bronquiolitis	Niños que ingresan en la planta 4D Lactantes	Niños que ingresan en 4D Neonatos
Niños con crisis convulsivas	Niños que ingresan en la planta 4D Escolares	Niños que ingresan en la 4D Lactantes

***Criterios de exclusión:***

Pacientes que no acepten ni firmen el consentimiento informado del estudio.

***Periodo a estudio:***

Diciembre-enero del 2009/10, se incluirán en cada cohorte todos los pacientes ingresados en las unidades a estudio por los procesos asistenciales anteriormente citados.

***Tamaño muestral:***

La estimación del tamaño muestral se realizó en base a: En cuanto a la muestra de pacientes adultos, se asume una media de un 20% de complicaciones (15% de complicaciones en el proceso herniorrafias, 18% en el proceso

cesárea y un 40% en el proceso Histerectomías) por lo que se conseguirá ver una reducción de hasta un 5% con una potencia de un 80% del estudio con 120 pacientes. Por otra parte en cuanto a la muestra de pacientes pediátricos se asume un 60% de complicaciones por lo que se conseguirá ver una reducción de un 30% con la misma potencia (80%) que en pacientes adultos en una población de 80 pacientes pediátricos. El periodo de seguimiento fue hasta el alta hospitalaria.

Durante el estudio se garantizaba la confidencialidad y se aseguró la protección de los datos del paciente en el marco de la legislación vigente. El paciente fue informado del objeto del estudio y se solicitó su consentimiento por escrito para su inclusión en el estudio (Ver Anexo I: hoja de consentimiento informado). Así mismo se informó a todas las supervisoras de las unidades implicadas en el estudio solicitándoles su autorización para desarrollar el mismo en su unidad.

#### **Variables a estudio:**

1. NHC y episodio asistencial.
2. SIP del paciente.
3. Días de estancia hospitalaria.
4. Unidad de enfermería donde ingresa el paciente
5. Edad
6. Sexo
7. Comorbilidad del paciente: enfermedades previas, alergias...
8. Presencia o ausencia de complicaciones potenciales de cada proceso definidas en cada plan de cuidados cada día de la estancia hospitalaria:
  - \*Proceso neumotórax: Edema agudo de pulmón, enfisema subcutáneo, salida accidental del drenaje torácico, hemotórax, flebitis de vía periférica, dolor no controlado, caídas.
  - \*Proceso cesárea: íleo paralítico, estreñimiento, dehiscencia de sutura, seroma, infección de la herida quirúrgica, retención urinaria, infección urinaria, hemorragia vaginal, hemorragia de la herida quirúrgica, dolor no controlado, flebitis de vía periférica, cefaleas, dolor de espalda, caídas, Inicio de lactancia materna, mantenimiento de lactancia materna al mes del alta, problemas mamarios relacionados con la lactancia.
  - \*Proceso Histerectomía abdominal/vaginal: infección de la herida quirúrgica, dehiscencia de sutura, retención urinaria, infección urinaria, hemorragia, dolor no controlado, estreñimiento, flebitis de vía periférica, distensión abdominal, caídas.
  - \*Proceso Bronquiolitis: infección respiratoria, diarreas, caídas, flebitis de vía periférica.
  - \*Proceso crisis convulsivas: lesiones auto dirigidas en las crisis convulsivas, caídas, flebitis de vía periférica.
  - \*Proceso herniorrafias/eventraciones: infección de la herida quirúrgica, hematoma, dehiscencia de sutura, retención urinaria, infección urinaria, flebitis de vía periférica, salida accidental del drenaje quirúrgico, dolor

no controlado, presencia de edema genital externo, seroma, caídas.

9. Tasa de reingresos hospitalarios por complicaciones del proceso: reingreso del paciente por cualquier motivo de ingreso relacionado con el proceso seguido por el estudio durante los tres meses siguientes del alta.

10. Contactos con atención primaria por complicaciones del proceso durante el mes siguiente al alta hospitalaria: tanto contactos con el médico de Atención Primaria como con la Enfermera de referencia de Atención Primaria.

11. Satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería recibidos.

12. Grado de formación de las enfermeras.

13. Ratio enfermera- paciente

### **Recogida y análisis de los datos:**

Se diseñó para la recogida de datos un formulario que recoge las variables a estudio a cumplimentar para cada paciente incluido en el estudio. En el periodo de inclusión de pacientes en el estudio, un investigador informó al paciente sobre el estudio y tras obtener su consentimiento informado por escrito, revisó las historias de los pacientes, se entrevistó con las enfermeras para recoger los datos referentes a las variables a estudio. El día del alta hospitalaria se le pasa al paciente la encuesta de satisfacción de la Agencia Valenciana de la salud con los cuidados recibidos en las variables que miden los cuidados de enfermería. Tras un mes del alta hospitalaria se consultó con la Unidad de admisión y documentación clínica para explorar el reingreso hospitalario.

Las visitas de seguimiento a los pacientes como la recogida de datos en dichas visitas fueron las mismas en todos los casos, se procedió a un entrenamiento de los observadores previo a la recogida de datos.

Se elaboran una base de datos con los datos de cada paciente incluido en el estudio. En dicha base de datos están codificadas para que el paciente no pueda ser identificado tan sólo el investigador principal conoce las claves de dicha codificación. Se procede al análisis descriptivo empleando frecuencias y porcentajes en las variables cuantitativas así como media y desviación típica en las variables edad y estancia. Se comparan los días de estancia de los pacientes según la unidad donde ingrese (Unidad con planes de cuidados implantados o sin planes de cuidados implantados). Se aplica la prueba t para dos muestras independientes con un IC al 95%. Prueba de homogeneidad de muestras (chi cuadrado de Pearson, con un alfa de 0,05 y un nivel de confianza del 95%). Análisis inferencial en las variables cualitativas utilizando el estadístico chi cuadrado. Análisis correlacional coeficiente de Pearson. Limitaciones del estudio:

Se intenta controlar el sesgo de selección en cada cohorte seleccionando a todos los sujetos que acepten participar en el estudio en el periodo de reclutamiento. Las pérdidas en el seguimiento de los pacientes pueden venir por cambios de unidad asistencial, en este caso se ha podido continuar su seguimiento hasta al alta hospitalaria. Si el paciente es trasladado a otro centro asistencial, se eliminó del estudio.

Se intenta controlar el sesgo de información en ambas cohortes garantizando la calidad de la recogida de datos en todos los pacientes incluidos en el

estudio. En cuanto al sesgo de clasificación no diferencial está controlado pues se estudian unidades con planes de cuidados y otras en las que el proceso no está estandarizado por lo que no se puede inducir a error de clasificación de la exposición.

### **Fases del estudio:**

*Primera Fase:* 2 meses. Periodo de reclutamiento de pacientes y Recogida de datos:

De forma previa, el equipo de investigadores elaboró el diseño de la hoja de recogida de datos sobre las variables a estudio para cada paciente, así como se entrena a los responsables de la recogida de datos.

Se tuvo acceso a la historia del paciente para recoger los datos precisos referentes a las variables a estudio y también se consultó con el personal de enfermería sobre la evolución del estado del paciente y resto de circunstancias relacionadas con el proceso asistencial. Se establecieron visitas de seguimiento y recogida de las datos por cada día de estancia.

El último día de estancia, fue cuando se realizó al paciente la encuesta sobre la satisfacción de los cuidados recibidos.

*Segunda Fase:* 4 meses. Elaboración de la bases de datos e introducción de los mismos: Se procede a la introducción en las bases de datos del material obtenido en la anterior fase.

*Tercera Fase:* 3 meses. Análisis de datos y obtención de resultados. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS 12.0.

*Cuarta Fase:* 3 meses. Redacción del informe final donde se lleva a cabo la discusión y conclusiones, contemplando las implicaciones de los resultados obtenidos para la práctica profesional.

## **RESULTADOS**

Resultados referidos a indicadores de resultados de salud del paciente.

### **Análisis de riesgos relativos (RR).**

En un primer análisis, se observan los riesgos relativos que ofrecen resultados sobre las consecuencias que tiene el seguir el plan de cuidados estandarizado, tanto positivas como negativas, con respecto a aquellos pacientes que no lo siguen.

Tabla nº 2. Riesgos que tienen los pacientes que siguen el plan de cuidados de presentar los siguientes resultados:			
	N	RR	SIG
COMPLICACIONES	281	2,587	0,000
REINGRESOS	282	0,969	0,385
CONTACTO AP AL MES	281	0,943	0,389

Aquellos pacientes que han sido sometidos al plan estándar, tienen 2,5 (riesgo significativo) veces más de posibilidades de presentar complicaciones relativas al proceso durante la estancia hospitalaria que los pacientes a los que no se le aplica un plan de cuidados estandarizado.

*Tabla n° 3 Riesgos que tienen los pacientes que siguen el plan de cuidados de presentar los siguientes resultados diferenciando entre adultos y niños:*

COHORTE	ADULTOS			NIÑOS		
	N	RR	SIG	N	RR	SIG
CONTACTO AP AL MES	174	1,02	0,815	107	0,816	0,083
COMPLICACIONES	172	3,246	0,000	109	1,592	0,248
REINGRESOS	174	0,972	0,466	108	0,954	0,516
RIESGO UPP	171	1,242	0,740			
RIESGO CAÍDAS	170	2,690	0,089			

Al diferenciar entre adultos y niños el RR cambia, así en los adultos aumenta a 3,2 veces más de posibilidades de presentar complicaciones durante la estancia a los pacientes con plan de cuidados. Aquellos pacientes con plan de cuidados tienen 2,7 veces más de riesgo de sufrir caídas (no significativo pero es un riesgo alto). Este dato se ha de interpretar como que la presencia en el plan de cuidados estandarizado del Diagnóstico enfermero “Riesgo de caídas” hace a las enfermeras más conscientes de este riesgo que en la cohorte sin plan de cuidados. En aquellos pacientes que no reciben el plan estándar, no es que tengan menos riesgo de caídas sino que las enfermeras lo valoran en menor grado.

#### **Al analizar los RR por procesos asistenciales:**

##### En los niños con bronquiolitis:

Nos encontramos con un efecto positivo del plan de cuidados estandarizado.

Tabla n° 4. Riesgos que tienen los pacientes de bronquiolitis que siguen el plan de cuidados de presentar los siguientes resultados:			
	N	RR	SIG
COMPLICACIONES	81	0,714	0,755
REINGRESOS	80	0,889	0,242
CONTACTO AP AL MES	79	0,705	0,048

Los pacientes sin plan de cuidados estandarizados tienen un 30% más de probabilidad de acudir a Atención Primaria por complicaciones relativas al proceso tras el alta hospitalaria. El plan de cuidados en este aspecto es un factor de protección ( $p < 0.05$ ).



En los niños con crisis convulsivas:

Tabla nº 5. Riesgos que tienen los pacientes con crisis convulsivas que siguen el plan de cuidados de presentar los siguientes resultados:			
	N	RR	SIG
COMPLICACIONES	28	0,857	0,662
REINGRESOS	28	1,023	0,832
CONTACTO AP AL MES	28	0,813	0,112

No hay significación ni valores del RR altos en ninguna de las variables analizadas.

En los adultos con neumotórax:

Se presentan dos efectos negativos del plan de cuidados, los pacientes con plan de cuidados estandarizados tienen un 1,5 veces más riesgo de acudir a Atención Primaria por complicaciones relativas al proceso tras el alta hospitalaria; y 7,2 veces más de riesgo de presentar complicaciones relacionadas con el proceso durante la estancia hospitalaria. El plan de cuidados en este aspecto es un factor de riesgo ( $p < 0.05$ ).

Tabla 6. Riesgos que tienen los pacientes con neumotórax que siguen el plan de cuidados de presentar los siguientes resultados:			
	N	RR	SIG
COMPLICACIONES	27	7,27	0,016
REINGRESOS	28	0,994	0,971
CONTACTO AP AL MES	28	1,545	0,026
RIESGO UPP	28	1,133	0,238
RIESGO CAÍDAS	28	1,133	0,238

En las mujeres intervenidas de histerectomía:

Ocurre como en el caso anterior que el plan de cuidados es un factor de riesgo de contactos con Atención Primaria por complicaciones relacionadas con el proceso de ingreso durante el mes siguiente del alta hospitalaria.

Tabla nº 7. Riesgos que tienen las mujeres intervenidas de histerectomías que siguen el plan de cuidados de presentar los siguientes resultados:			
	N	RR	SIG
COMPLICACIONES	29	1,867	0,411
REINGRESOS	29	0,933	0,584
CONTACTO AP AL MES	29	1,633	0,023
RIESGO CAÍDAS	28	0,933	0,343

En los adultos intervenidos de herniorrafias / eventraciones:

En el caso del plan de cuidados de pacientes intervenidos de herniorrafias/ eventraciones no hay significación en el análisis de los riesgos relativos.

Tabla nº 8. Riesgos que tienen los pacientes intervenidos de herniorrafias que siguen el plan de cuidados de presentar los siguientes resultados:

	N	RR	SIG
COMPLICACIONES	37	1,449	0,127
REINGRESOS	38	1,071	0,210
CONTACTO AP AL MES	38	0,889	0,599
RIESGO UPP	38	1,033	0,839
RIESGO CAÍDAS	37	0,964	0,804

#### En las mujeres intervenidas de cesárea:

Las mujeres con plan de cuidados tienen más posibilidades, casi 3 veces superior de continuar con la lactancia materna al mes del alta, podríamos afirmar que el plan de cuidados es un factor de protección de la lactancia materna.

Tabla nº 9 Riesgos que tienen las mujeres intervenidas de cesáreas que siguen el plan de cuidados de presentar los siguientes resultados:

	N	RR	SIG
MANTENIMIENTO LACTANCIA MATERNA	58	2,958	0,001
COMPLICACIONES	79	3,158	0,122
REINGRESOS	79	0,947	0,074
CONTACTO AP AL MES	79	0,805	0,108

#### **Resultados globales. Adultos.**

El total de pacientes incluidos en el estudio fue de 303; se excluyeron dos pacientes por no cumplir los criterios de inclusión. N=301.

A continuación se presentan los resultados descriptivos globales agrupando los procesos de neumotórax, histerectomías abdominales / vaginales, herniorrafias / eventraciones y cesáreas (N=176). La media de edad es de 41,18 años con una desviación típica de 16,81. El 60,2 % de los pacientes pertenecen al grupo con plan de cuidados estandarizado. Un 72% son hombres y el 55,7% presentaba enfermedades previas al ingreso; un 34,7% tomaba tratamientos previos al hospitalario. EL 59,7% había sido intervenido alguna vez y un 74% había ingresado ya alguna vez en el hospital. Eran autónomos en las actividades básicas de la vida diaria el 89,8% de los pacientes.

Un 73,3% de la cohorte de adultos presentaron alguna complicación relacionada con el proceso durante la estancia hospitalaria; el 22,7% de los pacientes contactaron con algún profesional de Atención Primaria (médico, enfermera, matrona) durante el mes siguiente al alta hospitalaria por alguna complicación relacionada con el proceso por el cual ingresó. La tasa de reingreso global es de 5,7%.

Analizando los resultados obtenidos en cada cohorte de este grupo (con plan de cuidados o sin plan de cuidados), en cuanto a las variables relacionadas con los resultados de salud en el paciente, se aplica la chi cuadrado de

Pearson y se ve que las diferencias no son significativas en una cohorte u otra en las enfermedades previas ( $p=0.426$ ). En cambio en la cohorte con plan de cuidados hay más complicaciones relacionadas con el proceso durante la estancia hospitalaria (70,5%) y estas diferencias sí son significativas ( $\chi^2= 21,746$   $p=0.000$ ) (ver gráfico n°: 1)

En cuanto a la variable días de UCI, tras comprobar que no sigue una distribución normal (prueba K-S;  $p < 0,01$ ), por complicaciones relacionadas con el proceso, la cohorte con plan de cuidados tiene una mediana de 0 días de UCI, similar a la cohorte sin plan de cuidados; se aplica la U de Mann-Whitney para dos muestras independientes, y lógicamente, no existen evidencias estadísticamente significativas para rechazar la hipótesis de la igualdad de las medianas ( $p=0,827$ ).

No se hallaron tampoco diferencias significativas en los contactos durante el mes siguiente al alta hospitalaria con Atención Primaria por complicaciones relacionadas con el proceso por el cual ingresó ( $\chi^2= 0,054$   $p=0,855$ ). No hay diferencias en la tasa de reingreso hospitalario en ambas cohortes (Ver gráfico n°:2).

### Resultados globales. Niños.

Agrupando los niños con bronquiolitis y los que ingresaron por crisis convulsivas ( $N=108$ ), los resultados descriptivos son: la edad media de los niños es de 1,07 años con una desviación típica de 2,6. El 57,8% son varones.

El 66,1% pertenecen a la cohorte con plan de cuidados. Un 53,2% tienen enfermedades previas al ingreso y un 24,8% toma tratamiento previo al ingreso. Ya habían ingresado alguna vez en el hospital un 38,5%.

Presentaron complicaciones relacionadas con el proceso durante la estancia hospitalaria un 81,7%, la tasa de reingreso fue del 11% y un 22,9% contactaron

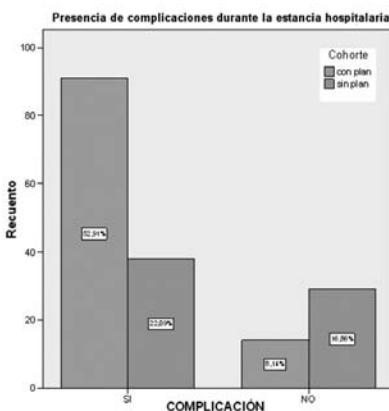


Gráfico n° 1: Presencia de complicaciones durante la estancia. Adultos

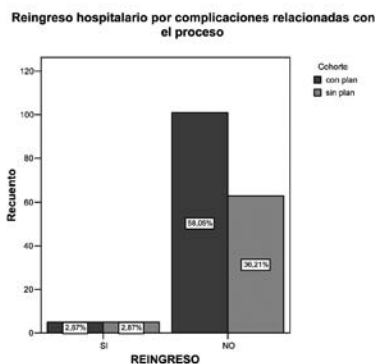


Gráfico n° 2: Reingreso hospitalario. Adultos

con Atención Primaria durante el mes siguiente al alta hospitalaria por alguna complicación relacionada con el proceso.

Analizando los resultados obtenidos en cada cohorte (con plan de cuidados o sin plan de cuidados): el grupo con plan de cuidados tiene más presencia de enfermedades previas que el grupo sin plan y estas diferencias si son significativas ( $\chi^2=15,660$   $p=0,000$ ), por lo que los grupos no son homogéneos y la presencia de esta diferencia puede influir en los resultados. Presentan más complicaciones el grupo con plan de cuidados pero estas diferencias no son significativas ( $\chi^2=1,335$   $p=0,299$ ). No hay diferencias en ambas cohortes en los contactos con atención primaria durante el mes siguiente al alta hospitalaria por complicaciones relacionadas con el proceso. En la tasa de reingreso hospitalario tampoco hay diferencias ( $\chi^2= 0,422$   $p=0,529$ ).

### Resultados referidos a la satisfacción del paciente con los cuidados

#### *Encuestas de satisfacción grupo adultos: procesos herniorrafias / eventraciones, neumotórax*

Se recogen 34 encuestas, 15 de pacientes con plan de cuidados y 19 de pacientes sin plan de cuidados. En primer lugar, medimos la fiabilidad del cuestionario. Para ello, utilizamos el parámetro denominado alfa de Cronbach. Un cuestionario con un alfa superior a 0,7 tiene una buena fiabilidad. En este caso, el resultado que hemos obtenido para el alfa es de 0,738, por lo que la fiabilidad podemos decir que es buena.

Se calcula la Chi cuadrado de Pearson para explorar si las diferencias halladas son significativas, pero no se obtienen diferencias en ninguno de los diez ítems de la encuesta. En el índice sintético de satisfacción global del paciente con las atenciones recibidas, puede apreciarse cómo apenas hay diferencias entre la cohorte con plan de cuidados o sin plan de cuidados (Ver gráfico nº 3).

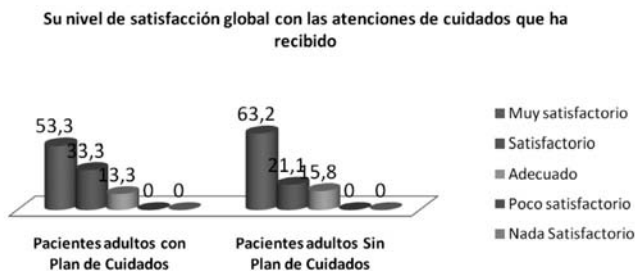


Gráfico nº 3. Satisfacción Adultos

La satisfacción en ambos grupos es muy similar.

#### *Encuestas de satisfacción grupo mujeres: procesos histerectomías abdominales/ vaginales y cesáreas*

Se recogen 50 encuestas, 39 de pacientes con plan de cuidados y 11 de pacientes sin plan de cuidados.

El alfa de Cronbach que hemos obtenido para este cuestionario, es de 0,651, con lo cual, está próximo al valor que nos indica que presenta una buena fiabilidad.

Se calcula la Chi cuadrado de Pearson para explorar si las diferencias halladas son significativas, pero no se obtienen diferencias en ninguno de los diez ítems de la encuesta. En el índice sintético de satisfacción global del paciente con las atenciones recibidas, puede apreciarse como apenas hay diferencias entre la cohorte con plan de cuidados o sin plan de cuidados.

### ***Encuestas de satisfacción grupo de niños: procesos de bronquiolitis y crisis convulsivas***

Se recogen 45 encuestas, 6 de pacientes con plan de cuidados y 39 de pacientes sin plan de cuidados.

Este cuestionario, presenta un alfa de Cronbach de 0,717, por lo que podemos decir que su fiabilidad es buena.

Se calcula la Chi cuadrado de Pearson para explorar si las diferencias halladas son significativas, pero no se obtienen diferencias en ninguno de los catorce ítems de la encuesta. También esto puede ser debido a que en la cohorte con plan de cuidados el tamaño muestral es muy escaso. En el índice sintético de satisfacción global del paciente con las atenciones recibidas, puede apreciarse como apenas hay diferencias entre la cohorte con plan de cuidados o sin plan de cuidados. Ver gráfico nº 4



Gráfico nº 4 Satisfacción global niños.

## **DISCUSIÓN**

Se abordará este apartado retomando la hipótesis y objetivo de partida del estudio:

- Existen diferencias en la práctica de la enfermería o en los resultados de los pacientes, entre el uso de un plan de cuidados estandarizado versus un sistema que no incluya un plan de cuidados estandarizado.

Los planes de cuidados estandarizados se han extendido por todas las Comunidades Autónomas de nuestro país. Se han incorporado en los diversos sistemas de información de la asistencia hospitalaria y primaria. Todo esto se

está haciendo sin haber hecho un análisis de lo que la implantación de estos planes de cuidados estandarizados supondrá en términos de esfuerzos económicos, humanos y materiales y sobretodo cuál será la rentabilidad en términos de salud y mejora de la seguridad del paciente. El número de estudios sobre los efectos de diversos sistemas de registros estandarizados de enfermería y su efectividad o potencialidades de mejora en diversas áreas, está en crecimiento, demostrando así, que es un área de preocupación para la práctica de la Enfermería. Sin embargo, apenas hay estudios que evidencien un cambio en la práctica resultante de la modificación de un sistema de registro (12). Tampoco se han hallado evidencias claras de efectos en resultados de salud en los pacientes. En el estudio desarrollado en esta investigación, se detectan, dependiendo del grado de análisis, efectos negativos en variables como la presencia de complicaciones o contactos con atención primaria por complicaciones.

***Efectos producidos por los planes estandarizados en el global de los pacientes. Cohortes y morbilidad***

Tras la presentación de los resultados obtenidos en este estudio, se ha podido observar, en general, que en los procesos estudiados, exceptuando las mujeres intervenidas de cesáreas, los planes de cuidados estandarizados no han producido efectos en términos de mejora de la salud de los pacientes. Este hallazgo es similar al hallado por Shea (13) en su estudio. Incluso en algunos casos ha habido efectos negativos aunque no se puedan atribuir a la presencia del plan de cuidados estándar debido a que los grupos no eran homogéneos en cuanto a la comorbilidad (caso de los del neumotórax y Histerectomías). Airdroos (14) y Kerr y Lewis (15) también hallaron efectos negativos de los planes de cuidados sobre todo en la percepción de las enfermeras del grado de utilidad de los mismos en su práctica clínica, las enfermeras suelen percibir dichas herramientas como una carga más sin que aporte mejoras en el estado de salud de los pacientes. Los estudios de Masson (21) y Ting-Te-Lee (18) llegaron a estas conclusiones en consonancia con los datos extraídos en esta investigación.

Analizando detenidamente los resultados obtenidos globales en la cohorte de adultos donde los grupos sí son homogéneos en comorbilidad, la cohorte con plan de cuidados, tiene más complicaciones durante la estancia hospitalaria. Se ha visto también que no existe asociación entre las variables cohorte y complicaciones durante la estancia, reingreso hospitalario y contacto con atención primaria tras el alta por complicaciones relacionadas con el proceso. Este resultado nos permite afirmar que el PCE no es un factor decisivo en la duración de la estancia como la literatura ha venido clásicamente afirmando. Reflexionando sobre el hecho de que en los pacientes con plan estándar presentan más complicaciones e intentando establecer hipótesis explicativas, Atkinson y Claxton (26) afirman que la maestría de un profesional no puede transformarse en una descripción explícita y secuenciada de cuidados. El plan de cuidados estandarizado es un intento de describir la práctica profesional de la enfermería con objeto de que dichos cuidados sean aplicados, pero pierde de vista la naturaleza individual del profesional y lo que está implícito en el

contexto del cuidado y que sólo la capacidad intuitiva del profesional de enfermería puede percibir.

*“... en aquellos casos en los que buena parte de los datos sobre los que se basa una decisión son sensoriales, sutiles u holísticos, el intento de forzar el proceso de enjuiciamiento y convertirlo en algo que requiera un razonamiento articulado y explícito es contraproducente”* (pág. 57 . Atkinson- Claxton, 26)

El Plan de cuidados encorseta de esta forma al juicio profesional de la enfermera pudiendo provocar la descontextualización del cuidado enfermero y dificultando que el profesional tenga una visión adecuada de la realidad del paciente y se le pasen por alto elementos básicos del cuidado. Medina (27) apoya estas hipótesis acerca de la visión del PCE como un elemento que reduce la práctica profesional a una acción instrumental.

*“... porque presenta una visión de la enfermera profesional como aplicadora de reglas y protocolos producidos por otros en el que debe preocuparse principalmente de seleccionar los medios más adecuados para conseguir los fines propuestos en sus planes de cuidados”* (Pág. 75, . Medina, 27)

Medina (27) en su investigación, explica la problemática de la implantación de planes estandarizados argumentando que la racionalidad de la enfermería asistencial es práctica y no técnica. En cambio, los PCE, son un modelo de la razón técnica “ jerárquico, lineal, rígido y normativo que prescribe la acción del cuidar y no resuelve los problemas que la enfermera encuentra”. Afirmo también Medina (27) pág. 83 “son modelos poco prácticos ya que tienden a reducir la capacidad del juicio clínico”. Siguiendo con esta línea argumental, se extrae como una primera hipótesis explicativa de lo que ocurre en la cohorte con PCE, (mayor presencia de complicaciones durante la estancia hospitalaria) que el juicio profesional queda restringido por el PCE produciendo, como en este caso, incluso efectos negativos en términos de resultados de salud del paciente.

El PCE se introduce en la práctica asistencial bajo los argumentos de ayudar a las enfermeras en la toma de decisiones clínicas y así permitirles conseguir mejores resultados que con sus “intuiciones” o juicio clínico. Pero una gran mayoría de enfermeras no entienden la estandarización como una ayuda para las decisiones y se quedan con su intuición clínica. Gerd Gigerenzer (28) argumenta que para mejorar las evaluaciones de los clínicos hay que reducir la complejidad de los instrumentos estandarizados complejos (PCE). Defiende lo que denomina “árboles de decisiones rápido y económico” que consiste en buscar los factores por orden de importancia (2-3 problemas del paciente), pág. 198 “Así una asistencia sanitaria realmente eficiente requiere dominar el arte de centrarse en lo que es importante y hacer caso omiso al resto”

En la cohorte de niños, los grupos no son homogéneos en cuanto a la comorbilidad presente en el momento del ingreso. El grupo con plan de cuida-

dos presenta más enfermedades previas. Aún así, las complicaciones que se han presentado durante la estancia no han sido significativas, al igual que no hay diferencias en las otras variables ni existe asociación entre la presencia de plan de cuidados y complicaciones durante la estancia, reingreso hospitalario y contacto con atención primaria tras el alta por complicaciones relacionadas con el proceso.

### *Efectos en la satisfacción del paciente*

Por otra parte, no se han podido encontrar ningún tipo de diferencias en torno a la satisfacción del paciente con los cuidados recibidos en un grupo u otro. Este dato contrasta con otros estudios (29) que sí encuentran diferencias en la satisfacción de los pacientes al aplicar planes de cuidados. Un estudio realizado por Suhonnen (30) en el que analiza las fuerzas motrices y restrictivas de la individualización de los cuidados, afirman como el manejo de vías clínicas y planes de cuidados estandarizados frenan la individualización de los cuidados. De acuerdo a estos argumentos, se podría explicar de esta forma el porqué de que no modifiquen la percepción del paciente en torno a la satisfacción de los cuidados recibidos como se ha visto en este estudio.

El reduccionismo de los planes de cuidados, de acuerdo a Reed y Robbins (31), contrasta con la complejidad real de las situaciones de la vida, por otra parte los planes de cuidados no tienen ningún poder explicativo o predictivo. Las enfermeras en la práctica, tienen que tomar decisiones rápidas sobre la actividad de cuidados prioritarios. Los planes de cuidados estandarizados no funcionan como una guía de la práctica pues no indican la secuencia en que deben emprenderse acciones. Por otra parte, los objetivos del plan de cuidados, una vez registrados, permanecen estáticos y esto marca un contraste con la rapidez de cambio de las condiciones físicas de los pacientes. Todas estas afirmaciones plantean serias preguntas acerca del propósito de los planes de cuidados, se puede haber generado expectativas irreales en torno a ellos. ¿Son los planes de cuidados el instrumento acertado para ser una guía de la práctica de la Enfermería para mejorar la atención al paciente? ¿Sirven a fines legalistas, o son una herramienta de enseñanza? (32)

Hasta el momento no se ha podido establecer evidencia sobre cuál es el beneficio clínico para el paciente de la implantación de planes de cuidados estandarizados. Los resultados obtenidos hasta el momento con este estudio y comparándolos con la investigación a nivel mundial sobre el tema, no justifican la implantación de planes de cuidados estandarizados.

Futuras líneas de investigación abiertas: las cuestiones a desarrollar por la investigación cualitativa en próximas investigaciones serán:

- ¿En el proceso de interrelación enfermera-paciente-familia en el propio acto del cuidado en su esencia, es realmente importante aplicar un plan de cuidados sistemático basado en la evidencia y utilizando la metodología enfermera NANDA-NIC-NOC para la consecución de lo que la enfermera desea obtener?
- ¿Cuál es el modelo de práctica que utilizan las enfermeras? ¿Cómo influye el contexto organizativo del HGUA en esos modelos de práctica?



- ¿Cuál es el marco de referencia que usan las enfermeras asistenciales para orientar sus prácticas de cuidados ante un paciente?
- ¿Qué elementos componen la práctica holística de la enfermera experta?
- ¿Cuáles son las fuentes del conocimiento práctico de las enfermeras competentes?
- ¿Cuál es la naturaleza del conocimiento enfermero necesario para la práctica del cuidado?
- ¿Cuál es el modelo de práctica que explica la prestación de cuidados de las enfermeras expertas del HGUA?

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández F, Viñas C. Implementación de las Taxonomías NANDA, NIC y NOC en un hospital de tercer nivel. Tesela 2009;6. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts6/ts7035.php>. Consultado el 6 de agosto 2010.
2. Peinado Barraso, MC; Granados Matute AE; Contreras Fariñas R; Orero Velasco, Vázquez Cruz F. Diagnósticos, Resultados e intervenciones enfermeras prevalentes pediatría. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 4. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n4/o046.php>. Consultado el 6 de agosto del 2010.
3. López Alonso, Sergio R; Bravo Rodríguez, M<sup>a</sup> Carmen; Rich Ruiz, Manuel; Rodríguez Gómez, Susana; Turrado Muñoz, M<sup>a</sup> Angeles; Armenteros Ortiz, Pedro J. Las taxonomías enfermeras mejoran la información de los GDR para la gestión. Rev Paraninfo Digital, 2008; 5. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/o074.php> Consultado el 21 de agosto del 2010.
4. María Isabel Álvarez-Leiva, María Jesús Albar-Marín, María Eugenia Acosta-Mosquera, María Dolores Maestre-Guzmán, María Rosa Martín-García, Pilar Nieto-Gutiérrez. Efectividad de un programa de mejora para la calidad de los registros enfermeros en ginecología y obstetricia. Enferm Clin. 2006; 16: 306-13.
5. Francisco Javier Pérez Rivas, Concepción Carrera Manchado, M Ángeles López Blasco, Ángela Auñón Muelas, Montserrat García López, Milagros Beamud Lagos. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en atención primaria. Enferm Clin. 2004;14:70-6.
6. Martínez A; Rubio JC, Arribas J, Rubio I; Sánchez P. Proyecto de planificación informatizada de cuidados enfermeros (PICE), su desarrollo en el complejo hospitalario de Toledo. Gest y Eval de Costes Sanit. 2002; 3(2): 45-55.
7. Peinado Barraso, M.C.; Carrión Camacho, R.M.; Domínguez Carranza, M.D.; Estepa Osuna, M.J.; Barroso Vázquez, M.; Zamorano Imberón, P. Registro para la implementación de los planes de cuidados. Rev Paraninfo Digital, 2010; 8. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n8/048.php> Consultado el 21 DE AGOSTO DEL 2010.
8. Orta R, Pérez MA, Oyon P, Lorente M, Ansó A, Gravalos M, Jaén E, Jiménez MA, Gómez A. Planes de cuidados enfermeros como mejora de la calidad de la consulta enfermera en Atención Primaria. Pulso. 2009; 60: 36-37.
9. Sotelo Ballesteros, Pilar; Freire Gómez, María José; Fuentes Cebada, Luis; Busati Palmero, Rosario; Mata Portillo, Blanca; Barragán Delgado, Antonia. Plan de cuidados para personas cuidadoras en hospitalización. Rev Paraninfo Digital, 2010; 8. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n8/044.php> Consultado el 21 de agosto del 2010.
10. Yagüe Sánchez, Javier; Torres Pérez, Encarna; Fuentes Cebada, Luis; Cantizano García, Pilar; Gil Serrano, Rosario; Rubio Barranco, Asunción. Evaluación del Módulo de Cuidados Azahar en el HUPM. Rev Paraninfo Digital, 2010; 8. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n8/045.php> Consultado el 21 de agosto del 2010
11. Estrada Mosquera I, Novo López S, Sabio Fraga MT, Cid Armanda S. Valoración de los registros de enfermería informatizados en una unidad de hospitalización. Revista Seden. Disponible en: <http://www.revistaseden.org/files/1757-19.pdf>
12. Currell R, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblio-

- teca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
13. Shea HL. A conceptual framework to study the use of nursing care plans. *International Journal of Nursing Studies*. 1986, 23:147-57.
  14. Aidroos N. Use and effectiveness of psychiatric nursing care plans. *Journal of Advanced Nursing*. 1991, 16:177-81.
  15. Kerr CM & Lewis DM. Factors influencing the documentation of care. *Professional Nurse*. 2000, 15:516-19.
  16. Moloney R & Maggs C. A systematic review of the relationships between written manual nursing care planning record keeping and patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, 30:51-57.
  17. Mason C. Guide to practice or "load of rubbish"? The influence of care plans on nursing practice in five clinical areas in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, 29:380-87.
  18. Ting-Ting Lee & Pi-Chen Chang. Standardized care plans: experiences of nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2004, 13:33-40.
  19. De Pedro J, Zaforteza C. No más estudios sobre registros de enfermería: ¿hay resultados en términos de salud?. *Evidentia* 2005 sept-dic; 2(6). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/147articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 17 de enero 2009.
  20. González Gutiérrez R et al. Resultados de la investigación de datos extraídos del programa GACELA a propósito de 226000 planes de cuidados. Comunicación presentada. Libro de ponencias VIII Encuentro de investigación en Enfermería 17-20 nov 2004.
  21. Garrido A, Sánchez V, Muñoz A, Ruiz A, Ferrandis V. Estación de enfermería, primeros pasos en La informatización de los cuidados. *Rev. Investigación y cuidados*. 2007 5(11): 45-55.
  22. Lichtig LK.; Knauf RA.; Milholland DK. Some Impacts of Nursing on Acute Care Hospital Outcomes *J Nurs Adm*, 1999. 29(2):25-33.
  23. Sovie MD, Jawad AF.; Hospital Restructuring and Its Impact on Outcomes *J NURS ADM*. Vol. 31(12): 588-600.
  24. McGillis Hall L, Doran D, Baker GR, Pink GH, Sidani S, O'Brien-Pallas L, Donner GJ., Nurse Staffing Models as Predictors of Patient Outcomes *Medical Care* 41(9):1096-1109.
  25. Ugalde M, Lluch T, Bourza R, Cabellos M, Honrubia M, Márquez MJ, Rigol A, Roldán JF, Sabater P, Vilchez MC. Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las taxonomías enfermeras en unidades de hospitalización psiquiátrica: objetivos y diseño. *Interpsiquis* 2007. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/enfermeria/29215](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/enfermeria/29215)
  26. Atkinson T, Claxton G. El profesor intuitivo. Ed. Octaedro sl 1ª edición. 2002.
  27. Medina Moya JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la Enfermería. Publicacions i edicions de la Universitat de Barcelona. 2005
  28. Gigerenzer G. Decisiones instintivas. LA inteligencia del inconsciente. Ed. Ariel 2007.
  29. Jansson I, Pilhammar Anderson E, Forsberb A. Evaluation of documented nursing care plans by the use of nursing sensitive outcome indicators. *J. eval Clin Pract* 2009.
  30. Suhonen R et al. The driving and restraining forces that promote and impede the implementation of individualised nursing care: A literatura review. *Int J. Nurs Stud* (2009),doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.012
  31. Reed J. & Robbins I. (1991) Models of nursing: their relevance to the care of elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 16(4), 1350-1357.
  32. López M, Santos S, Sánchez G, Barbadillo L, Fernández L, Zabalegui A, Abril D, Várez S, Tomás T. Modelos y metodología enfermera: una mirada desde diferentes propuestas formativas. *Rev. Agora de Enfermería*. 2009; 13(4): 138-147

## **EXPERIENCIA: LA FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. IMPORTANCIA DEL CONTENIDO**

Abellán-García C., Domingo-Pozo M., Fernández-Molina M. A., Izquierdo García N., Rodríguez-Aguilar G. A., Albaladejo Tello M.  
*Departamento de Salud Alicante. Hospital General.*

---

**PALABRAS CLAVE:** Formación, sensibilización, seguridad.

### **INTRODUCCIÓN**

El ingreso hospitalario plantea una serie de riesgos que no se limitan a las infecciones nosocomiales, sino que se extienden a la interacción del paciente en el medio y contexto hospitalario. Entre ellos las caídas intrahospitalarias, las úlceras por presión y los errores de medicación son destacados problemas de seguridad del paciente definidos ya por el estudio nacional de efectos adversos (ENEAS)(1). Estos riesgos están claramente asociados a los cuidados de enfermería por lo que la seguridad de los pacientes debe ser un elemento central en la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería en la gestión y dirección de enfermería.

La Joint Commission Internacional (2006) anunció seis riesgos internacionales de cuidados relacionados con la seguridad del paciente:

1. Identificación correcta de los pacientes.
2. Comunicación efectiva.
3. Errores de medicación.
4. Sitio equivocado, paciente equivocado y procedimiento quirúrgico equivocado.
5. Infecciones adquiridas por la atención asistencial.
6. Lesiones del paciente por caídas.

El abordaje de la prevención del riesgo y detección de incidencias de sucesos adversos relacionados con los CUIDADOS, se debe integrar entre las herramientas de la gestión del cambio de las prácticas profesionales existentes para determinar sus causas y proponer mejoras que eviten su repetición.

Tanto si seguimos las líneas de la OMS, de la Joint Commission o del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), la seguridad del paciente debe ser considerada como un derecho incuestionable para los sistemas de salud del siglo XXI. Los aspectos basados en la relación entre la cohesión del equipo y la seguridad del paciente son cruciales. En este tema hay una importante línea de trabajo abierta por la Dra. Lindgard de la Universidad de Toronto (2,3). Su trabajo se fundamenta en la importancia de una comunicación efectiva entre los miembros del equipo y las consecuencias de los fallos en esta comunicación. Se centra en los equipos quirúrgicos aunque sus resultados pueden generalizarse al resto de unidades asistenciales.

## ANTECEDENTES

La División de Enfermería implanta en el año 2008 el Plan de Mejora continua de la Calidad de los Cuidados de Enfermería (4), Se implicaron a 309 profesionales. Con una muestra de 10.464 pacientes, mediante una monitorización continua que aportaba 32 indicadores de cuidados estándar.

Tras el análisis de los resultados de los indicadores recogidos en el plan, se proponen estrategias de intervención, entre ellas, la definición e implantación en Mayo del 2009 del Plan de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente asociados a los cuidados enfermeros (5).

Dicho Plan recoge los esfuerzos realizados en los últimos años sobre seguridad de cuidados de Enfermería.

En línea con la Agencia Valenciana de la Salud, la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente diseñó el Plan de Gestión de la Seguridad del Paciente 2010-2013.

Dentro de las múltiples acciones del plan, la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente ha establecido un ranking de iniciativas, así, las 12 primeras por su impacto y factibilidad son: infecciones nosocomiales, UPP, prácticas de cirugía segura, seguridad uso del medicamento, errores de comunicación, identificación inequívoca de pacientes, uso de catéteres, higiene de manos, retrasos en la asistencia, control farmacoterapéutico, errores en pruebas y prevención de caídas.

Nuestro proyecto viene a actuar en 8 de las 12 primeras iniciativas del Plan de Gestión de Seguridad del Paciente de la AVS.

Dentro del Plan de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente del HGUA, unas de las áreas de intervención son la creación de un grupo de mejora para la gestión de riesgos y seguridad del paciente y la formación y concienciación de los profesionales a través de talleres de seguridad de paciente.

## JUSTIFICACIÓN

Tras la implantación del Plan de Calidad de los Cuidados enfermeros se monitorizan desde el año 2008 los indicadores de incidencia y prevalencia de UPP, pacientes de riesgo de UPP, tasa de caídas declaradas y acontecimientos adversos relacionados con la medicación. Se detecta tras la implantación tanto del Plan de Calidad (4), desconocimiento del personal de enfermería sobre qué escala se aplica para la valoración de los pacientes que denominamos vulnerables.

De una auditoria de los registros enfermeros (491 historias revisadas) realizada en el año 2008, se identificaba el riesgo de caídas al ingreso en el 95% de los registros de valoración al ingreso y 97% el de riesgo de UPP. De estos datos se deduce que las enfermeras valoran tanto el riesgo de caídas como el UPP sin aplicar una escala validada (Dowton y Braden) sino aplicando su juicio clínico.

Del análisis de las caídas producidas durante el año 2008-09 se ha extraído unos resultados muy llamativos como es que de las 94 caídas declaradas, el



62,8% de los pacientes no había sido identificado de riesgo y que del análisis de los indicadores de UPP, de las 502 pacientes con UPP 182 pacientes habían sido identificados como de riesgo bajo-medio en la escala de Braden.

Esto ha permitido realizar un análisis de seguridad de cuidados en el contexto hospitalario, elaborar mapas de riesgos del HGUA, elaborar e implantar estrategias de mejora en seguridad de cuidados e implantar una cultura de seguridad en los profesionales de Enfermería.

## OBJETIVOS

1. Implantar una cultura de seguridad en los profesionales de enfermería mediante la formación y sensibilización facilitando actividades dirigidas hacia el cambio en cultura de Seguridad del paciente y gestión del riesgo.

2. Fomentar el aprendizaje mediante sesiones clínicas de enfermería para mejorar los resultados de salud.

## MÉTODO

Desarrollo de un Plan formativo sobre seguridad del paciente orientado en dos bloques:

### A. Generales y preventivos:

- a) Seguridad del paciente dirigidos a Mandos de Enfermería, Enfermeras, Auxiliares, Matronas y Celadores. Unidades de Hospitalización y Quirófanos.
- b) Plataforma de formación online sobre seguridad del paciente y enfermería.
- c) Sesiones clínicas generales de impartidas por enfermería para Enfermeras y Auxiliares.
- d) Seguridad del paciente para profesionales de nueva incorporación.
- e) Prevención de problemas y situaciones indeseadas consecuentes a la administración de medicamentos.

### B. Específicos de sensibilización y gestión del riesgo:

- a) Talleres de gestión del riesgo y Análisis Causa Raíz dirigido a la Comisión de Seguridad del Paciente.
- b) Resolución del caso, aprender de los errores dirigidos a Enfermeras y Auxiliares de unidades hospitalización. Cuestionario inicial para evaluar conocimientos previos y otro de satisfacción final.

## RESULTADO

**A. a.-** 45 Talleres Seguridad del Paciente (90 h.) en jornada laboral. Asistieron 1292 profesionales de 42 Unidades Hospitalización y Quirófanos.

Los contenidos (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17) están divididos en 5 Unidades Temáticas:

1. Generalidades sobre seguridad del paciente.
2. Identificación y protección de pacientes vulnerables (caídas y UPP),

3. Prevención y control de infecciones asociadas a los cuidados de salud: precauciones Estándar y recomendaciones para la prevención de infecciones de localización quirúrgica, para la prevención de infecciones asociadas a la utilización de dispositivos intravasculares y para la limpieza, desinfección y esterilización del material.
4. Efectos adversos relacionados con la medicación e identificación de pacientes alérgicos.
5. Ejercicio práctico: análisis causa - raíz de un caso simulado en una unidad de hospitalización y en el área quirúrgica lista de verificación de la seguridad de la cirugía.



**A. b.-** Contenidos Curso Seguridad Paciente Online:

<http://cuidados20.san.gva.es>

10 temas:

1. Seguridad del Paciente asociada a los cuidados enfermeros.
2. Identificación del Paciente
3. Paciente vulnerable de padecer UPP
4. Riesgo de Infecciones asociadas a los cuidados enfermeros.
5. Cuidados de los accesos venosos.
6. Prevención y monitorización de las caídas del Paciente hospitalizado.
7. Prevención y detección de eventos adversos relacionados con la preparación y administración de medicación.
8. Cirugía Segura: Listado de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
9. Prevención de Infecciones de localización quirúrgica.
10. La comunicación y la Seguridad del Paciente.
  - Bibliografía
  - Glosario “Seguridad del Paciente”
  - 50 preguntas tipo test
  - 6 casos prácticos para resolución del caso.



**A. c.-** En 2011 se están impartiendo las 61 sesiones clínicas de enfermería con 16 temáticas con una duración de 30 minutos. Tienen como objetivo:

- a. Participar en las sesiones clínicas generales de enfermería impartidas por el personal de enfermería para Enfermeras y Auxiliares de enfermería.
- b. Mejorar los resultados de salud fomentando la docencia.
- c. Mediante la gestión participativa, se pretende conseguir mejorar los resultados de salud, desarrollando un conjunto de medidas tendentes a que todo el personal de enfermería del HGUA, tome iniciativas y responsabilidades en el marco de su trabajo.
- d. Se medirá con la asistencia y/o participación en al menos tres sesiones:
  - Docente: 1 tema repetido al menos 3 veces
  - Discente/Asistente: 3 sesiones cada una con un tema diferente.

**A. d.-** Talleres anuales para profesionales de nueva incorporación. Finales de Junio de 5 horas. El objetivo es evaluar el grado de adecuación del Plan de Acogida al personal de nueva Incorporación a través de una encuesta de satisfacción

**A. e.-** 3 talleres sobre prevención de problemas y situaciones indeseadas consecuentes a la administración de medicamentos. De 2 h. asisten 45 supervisores como formadores de sus equipos de trabajo. Los objetivos:

- Crear mecanismos que contribuyan a evitar la aparición de problemas y situaciones indeseadas consecuentes a la administración de medicamentos.
- Evaluación de iniciativas y programas de prevención para la mejora de los problemas y mejoras de procesos relacionados con la prescripción y administración de medicación.

**B. a.-** 4 talleres SOBRE GESTIÓN DEL RIESGO de 2 h. sobre gestión del riesgo y ACR en jornada laboral para la Comisión de Seguridad del Paciente y grupos que dependen de ella: De Notificación, de Mejora para la Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente asociados a los Cuidados Enfermeros, de Seguridad Quirúrgica.

Asistieron 6 directivos, 16 facultativos, 12 enfermeros.

Contenidos:

- Sistemas de notificación y registro de eventos adversos.
- Amfe (análisis modal de fallos y efectos).
- “Sistemas de gestión del riesgo para la seguridad del paciente: ACR (análisis causa raíz) y AMFE (análisis modal de fallos y efectos)”

**B. b.-** 4 talleres RESOLUCIÓN DEL CASO: APRENDER DE LOS ERRORES de 3 h. asisten 44 enfermeras y 37 auxiliares de Unidades de Hospitalización. Contenidos: Sistemas de gestión del riesgo y análisis causa raíz de 4 casos prácticos:



## DISCUSIÓN

Se pasa un cuestionario inicial para evaluar conocimientos previos y otro de satisfacción final.

En el cuestionario de conocimiento:

- El 23% incorrecta valoración de pacientes vulnerables.
- El 21% incumplimiento medidas prevención infecciones.
- El 43% conocimiento incorrecto sobre escalas valoración caídas.
- EL 31% contesta incorrectamente acerca de medidas prevención UPP.
- El 57% no define correctamente el concepto de seguridad del paciente.
- El 28% desconocen los riesgos internacionales de cuidados relacionados con la seguridad del paciente.
- El 100% contestan que durante su vida laboral han percibido diferentes eventos adversos.

Al acabar los talleres:

Más del 90% opina que es de interés para su actividad profesional, lo recomendaría, el contenido teórico y práctico es adecuado, está satisfecho de realizarlo y lo valora como muy adecuado.

## CONCLUSIONES

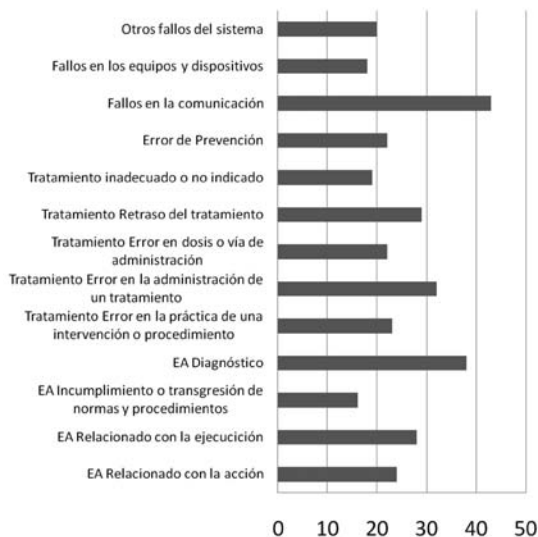
- Los Talleres son altamente valorados por los asistentes.
- El análisis de indicadores de calidad de cuidados del 2008 y las encuestas previas a los Talleres, justifican que sean impartidos y el contenido de los mismos.
- La evaluación comparativa del Plan de Mejora continua de la Calidad de los Cuidados de Enfermería nos demuestran que la calidad de los cuidados del 2009 ha mejorado en relación con el 2008.
- Este modelo de formación:
  - Integra a los profesionales en la gestión de la calidad.
  - Favorece la formación continua, el trabajo en equipo y la orientación de objetivos.
- Contribuye al cambio en las prácticas, prevención del riesgo y detección de incidencias.





- Permite determinar causas y proponer mejoras.
- Contribuyen a crear una cultura de Seguridad.
- Los contenidos se corresponden con la finalidad de los talleres según sean preventivos o de sensibilización.

### *EVENTOS ADVERSOS PERCIBIDOS DURANTE SU VIDA LABORAL*



### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Ruiz-López P. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006 (Acceso 23 de agosto de 2006). Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS>.
2. Lingard L, Reznick R, Espin S, Regehr G, DeVito I (2002). Team communications in the Operating Room: Talk patterns, sites of tension, and implications for novices. *Academic Medicine* 77:3; 232-237
3. Lingard L, Espin S, Evans C, Hawryluck L (2004). The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Critical Care* 2004;8; 403-408.
4. Plan de mejora continua de la calidad de los cuidados de enfermería del Hospital General Universitario de Alicante Año 2008. Ed. Unidad de Calidad. Dirección de Enfermería del HGUA.
5. Plan de Gestión de riesgos y seguridad del paciente asociados a los cuidados enfermeros. 2009. Ed. Dirección de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante.
6. Zenewton A., Gómez A., Sobral M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. *Rev. Esp. Salud Pública* 2008;82:43-56.
7. Martín Villodres, Paloma; Montoya Juárez, Rafael. Prevención de caídas en el anciano. *Evidentia* 2004 ene-abr;1(1). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n1/14articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 6 de agosto 2009.
8. Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons. *New England Journal of Medicine* Enero 2003. 348(1) 40 – 49.
9. Bueno-Cavanillas A, Padilla F, Peinado C, Espigares M, Gálvez R. Frecuencia, características y consecuencia de las caídas en una cohorte de ancianos institucionalizados. *Atención Primaria* 1998 21(7): 437-445.

10. Bueno-Cavanillas A, Padilla F, Peinado C, Espigares M, Gálvez R. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. *Medicina Clínica* 1999; 112(1): 10-12.
11. Pujiula BM, Quesada SM; Grupo APOC ABS Salt. Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad. *Atención Primaria*. 2003 Jun 30;32(2):86-91.
12. Pujiula BM; Grupo APOC ABS Salt. Efectividad de una intervención multifactorial para prevenir caídas en una comunidad. *Atención Primaria*. 2001 Oct 15;28(6):431-6.
13. Healey F, Scobie S., Oliver D., Pryce A., et al. Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. *Qual. Saf. Health Care* 2008;17:424-430.
14. Koh S., Hafizah N., Lee J., Loo Y., Muthu R. Impact of a fall prevention programme in acute hospital setting in Singapore. *Singapore Med J*. 2009;50(4):425-432.
15. Moreira MD, Costa AR, Felipe LR, Caldas CP. Variables asociadas con la ocurrencia de caídas a partir del diagnóstico de enfermería en ancianos atendidos ambulatorialmente. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007; 15(2):311-317.
16. Rubenstein LZ, Josephson KR. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40(Supl 2):45-53.
17. La seguridad del paciente en la red.

## **MESA DE EXPERTOS 3**



## “GESTIÓN DEL DOLOR AGUDO “. IMPLANTACIÓN DE LA QUINTA CONSTANTE

Belén Payá Pérez

*Supervisora Unidad Enfermedades Infecciosas. HGUA.*

### ANTECEDENTES

El dolor es una enfermedad con una alta penetración social, que no solo es causante de discapacidad, sino que produce alteraciones relacionadas con la calidad de vida, la actividad laboral y el uso de recursos sanitarios.

Aunque el dolor no siempre es evitable, los profesionales sanitarios coinciden en que “sí es aliviabile” y para ello existen recursos, tanto farmacológicos como otro tipo de técnicas.

En los últimos años, el dolor y su tratamiento han alcanzado un reconocimiento mundial. Como consecuencia de dicho interés, su estudio y desarrollo ha sido considerado desde la perspectiva de diversas disciplinas, con el fin de progresar en el entendimiento científico y humanitario de esa condición y consecuentemente optimizar su abordaje terapéutico.

El dolor afecta al estado de ánimo, a los patrones de sueño y al funcionamiento físico y social de las personas, determinando su calidad de vida, que podría verse mejorada con un buen control de este problema.

### JUSTIFICACIÓN

La primera norma es reconocer y tratar el dolor lo más rápido posible. El dolor debe ser medido y documentado, de forma regular y su intensidad se debe tratar como un signo vital.

El uso de las escalas para la medición del dolor, aumenta de forma significativa el grado de cumplimiento de la evaluación del dolor y por tanto de su control.

Una adecuada evaluación, manejo e interpretación disminuye las complicaciones, la morbilidad colateral e incrementa la calidad y la satisfacción del paciente.

El dolor agudo predispone la aparición del dolor crónico.

La formación del personal de enfermería en la evaluación del dolor y el uso de algoritmos para su tratamiento pueden reducir la incidencia del dolor moderado-grave de un 37% a un 13%.

### OBJETIVOS

- Garantizar el control del dolor de los pacientes ingresados en el HGUA.
- Visualizar la evolución del dolor del paciente hospitalizado.
- Asegurar el correcto manejo del dolor en el ámbito hospitalario.
- Evaluar el grado de satisfacción del paciente, con el control del dolor, por parte del personal de enfermería.
- Asegurar al alta, el manejo del dolor y la continuidad de los cuidados.
- Mantener el control del dolor.
- Implantación de registros para el paciente, sobre el control del dolor y la analgesia en el domicilio.

- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Facilitar la comunicación y coordinación interprofesional.

## **METODOLOGÍA**

Registros del procedimiento en los documentos de la historia clínica.

- Hoja de Valoración de Enfermería: situación del paciente respecto al dolor en el ingreso.
- Gráfica Clínica: en la columna del dolor. Valor según escala EVA. La quinta constante.
- Hoja de Plan de Cuidados: establecer el plan estandarizado individualizado de los cuidados.
- Hoja de Evolución de los cuidados de Enfermería: descripción, características del dolor y respuesta al tratamiento.
- Hoja de Enfermería de Administración de Tratamientos: medicación pautada, administrada y otros cuidados administrados.
- Informe de Enfermería al Alta: resultado de la valoración del dolor al momento del alta en ICC en Abucasis.

## **EVALUACIÓN**

- Satisfacción del paciente / usuario mediante el indicador del resultado NOC, manejo del dolor (3016) al alta hospitalaria.
- Valoración de la eficacia del tratamiento
- Valoración en el seguimiento de los efectos adversos.

## **CONCLUSIONES**

Un paciente con dolor en nuestro departamento debe:

- Recibir una atención idéntica, independiente del nivel asistencial y del profesional que le preste atención, en cuanto a la valoración del dolor, abordaje biopsicosocial, repercusión funcional y al manejo básico y abordaje terapéutico.
- Disponer de un registro para esta valoración, independiente del nivel y profesional, que permita su transmisión y conocimiento y que constituya una información útil para garantizar su seguimiento y continuidad en la atención.

## **PROPUESTAS**

- Monitorizar la valoración del dolor en Abucasis; informes de alta hospitalarios; alta de enfermería; monitorización en planta.
- Facilitar rotatorio, por Unidades del dolor de referencia del propio departamento, así como el conocimiento de los diferentes agentes que intervienen en el manejo del dolor de nuestros pacientes.
- Formación conjunta: protocolos consensuados, sesiones clínicas periódicas.
- Facilitar vías de asesoría (disponibilidad telefónica, email...) para agilizar consultas que no requieran inicialmente presencia del paciente.

## DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR

M<sup>a</sup> José Muñoz Reig

*Adjunta Dirección de Enfermería HGUA*

Estas Jornadas, además de suponer un foro de divulgación general de los trabajos y experiencias de nuestros compañeros, apuestan fuerte por áreas que pueden favorecer nuestro camino hacia la excelencia en el cuidar.

Una de las cuatro líneas estratégicas delimitadas en estas Jornadas para lograr nuestros objetivos es la del Consenso Asistencial Interdisciplinar –que da nombre a esta mesa- como factor clave en un contexto como el que vivimos, donde debemos proporcionar al paciente una asistencia de calidad; ello sólo es posible con una coordinación fruto de la integración entre niveles y profesionales.

En esta mesa pretendemos, pues, divulgar las iniciativas de consenso asistencial interdisciplinar del Departamento de Salud Alicante. Hospital General, y en concreto en mi intervención las relacionadas con el Deterioro de la Integridad Tisular.

Forman parte del grupo de trabajo Deterioro de la Integridad Tisular los siguientes miembros:

- Félix Lluís Casajuana. *Jefe de Servicio Cirugía General*
- Antonio Soriano Compañ. *Enfermero. C. Ext. De Traumatología*
- Isabel de Castro Ibáñez. *Enfermera. 4<sup>a</sup> A. Cirugía Vascul*
- Fernando Lucas Gómez. *Enfermero. C. Ext. Pie diabético*
- Julia Del Barco. *Médico de Familia. Dirección de Atención Primaria*
- M. Dolores Rodríguez. *Enfermera. C.S. Los Angeles*
- Carmen Soro. *Médico Adjunto. Cirugía Plástica*
- Sol Serrano Corredor. *Médico Adjunto. Endocrinología y Nutrición.*
- María José Torregrosa Ramos. *Enfermera. Consultas externas Cirugía Plástica.*
- Ignacio Betancor Alonso. *Enfermero. C.S. Babel*
- Ana M<sup>a</sup> Miguel Sánchez. *Médico Adjunto. Cirugía Vascul.*
- José Luis Giménez Tébar. *Responsable de la Unidad de Heridas Agudas y Crónicas. Enfermero UHD.*

El pasado 10 de junio, tras el trabajo preliminar conjunto de los miembros del grupo, se celebró la I Jornada de Consenso en Continuidad Asistencial, con los objetivos de establecer un foro de consenso interdisciplinar sobre las necesidades de continuidad asistencial de nuestros pacientes, implantar estrategias de intervención conjunta entre los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Hospitalaria en los problemas de mayor prevalencia y plantear nuevas fórmulas de gestión del paciente con problemas crónicos.

Damos difusión por tanto en estas XVII Jornadas de Enfermería a las iniciativas de consenso asistencial interdisciplinar de nuestro Departamento sobre

el Deterioro de la Integridad Tisular, presentando las estrategias acordadas de intervención sobre las lesiones de la piel, siendo los cuidados de las heridas quirúrgicas y úlceras crónicas el eje central del consenso.

Respecto a las HERIDAS AGUDAS (heridas quirúrgicas y quemaduras), se exponen su clasificación, los principios de su tratamiento y la actuación general, destacando que no hay heridas sino pacientes con heridas con una localización, unas circunstancias y un entorno concretos.

En cuanto al TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN, el consenso muestra las ventajas de seguir una guía de práctica clínica, ya que su adecuado manejo requiere de las herramientas adecuadas basadas en la evidencia y que proporcionen un sistema de trabajo, y destaca por un lado la utilidad de Abucasis y por otro el hecho de que el 95% de las úlceras por presión son evitables.

En lo referente al MANEJO DE LAS ÚLCERAS VASCULARES (úlceras venosas, arteriales, pie diabético) se nos llama la atención sobre el problema socio-económico que suponen, haciéndose hincapié en que la elección de un tratamiento local adecuado dependerá del aspecto y estadio de la lesión, y que el tratamiento etiológico, así como la prevención y tratamiento de la infección de la úlcera, son fundamentales para una buena evolución.

En lo concerniente a la INTERVENCIÓN LOCAL EN LESIONES DE PIE DIABÉTICO se acuerdan las pautas a seguir en el abordaje de este problema, con objeto de mejorar la calidad asistencial en estas intervenciones y reducir las complicaciones asociadas y el coste generado.

Para terminar, recordar que LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN EXIGE:

- CRITERIOS BASADOS EN LA EVIDENCIA CLÍNICA.
- QUE SEAN COMUNES A LOS DISTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN.
- USO DE PROTOCOLOS DEFINIDOS.
- BUENA RELACIÓN COSTO / BENEFICIO.
- CON BUENOS REGISTROS PARA UN BUEN SEGUIMIENTO



## MANEJO DE LA EPOC

Joan Gil Carbonell

*Médico Adjunto de Neumología Departamento de Salud Alicante. Hospital General.*



### DEFINICIÓN DE EPOC

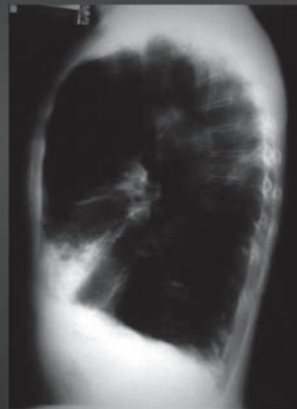
Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)  
JOAN GIL CARBONELL

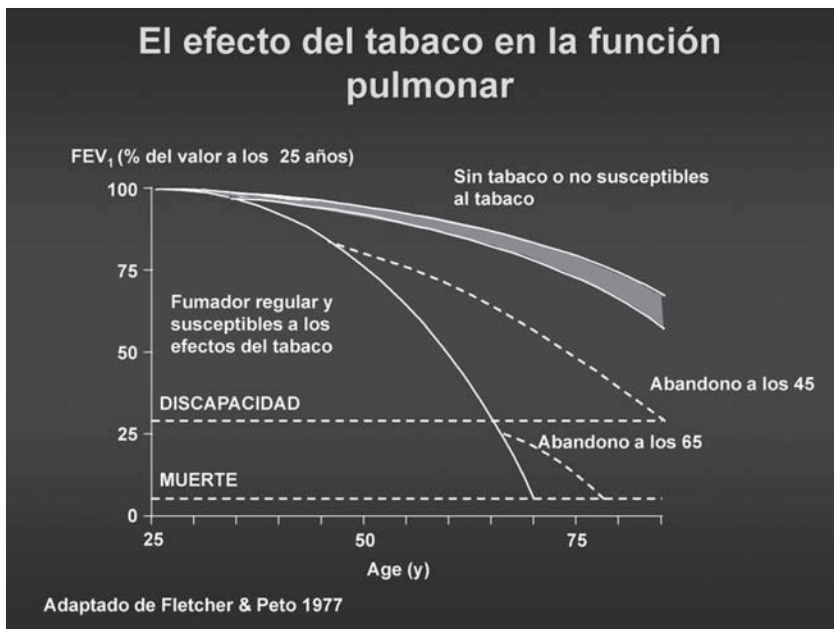
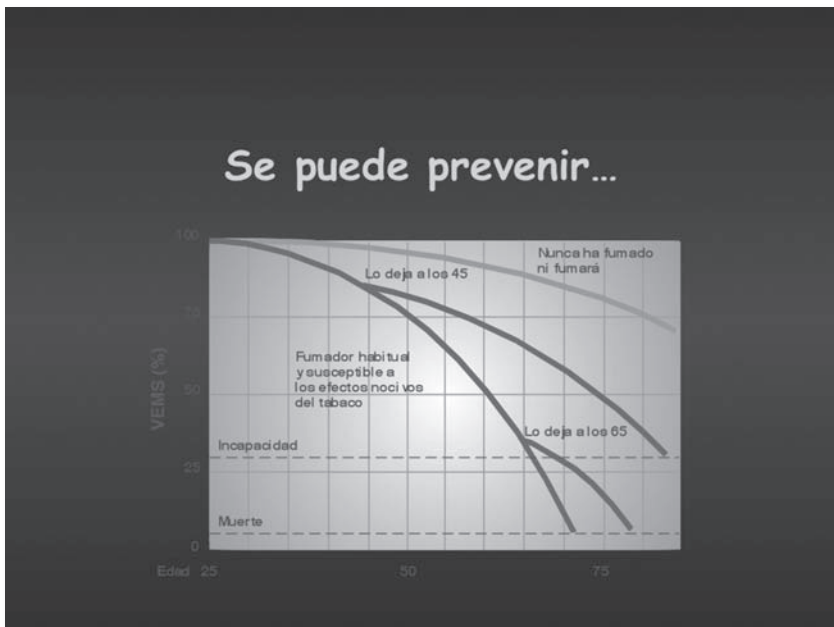
“Enfermedad prevenible y tratable con algunos efectos extrapulmonares importantes que pueden contribuir a la gravedad en algunos pacientes. Su componente pulmonar se caracteriza por una limitación del flujo de aire que no es totalmente reversible. La limitación del flujo de aire suele ser progresiva **y asociarse a una respuesta inflamatoria anormal** del pulmón a gases o partículas nocivas.”

Directrices de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2006. Disponibles en <http://www.goldcopd.com/>

### Algunas consideraciones ...

- La EPOC
  - Se puede prevenir
  - Está infradiagnosticada
  - El diagnóstico es tardío
  - Una vez diagnosticada debe prestarse atención a un tratamiento adecuado
    - No se incide en la importancia de abandonar el tabaco
    - Frecuentes tratamientos incorrectos
    - Los tratamientos actuales son efectivos en ralentizar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida

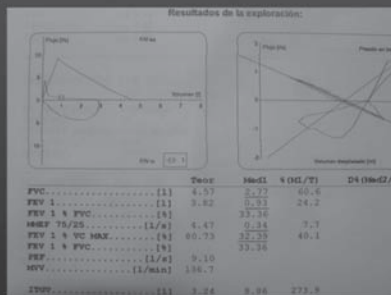
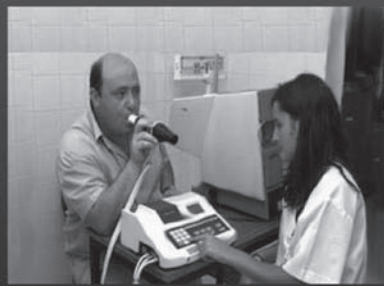




Adaptado de Fletcher & Peto 1977

## Infradiagnóstico y diagnóstico tardío...

### ¿Somos eficientes diagnosticando la EPOC?



## Prevalencia EPOC: Estudio IBEREPOC

PREVALENCIA GLOBAL: 9,1% entre 40 y 69 años

40 a 69 años: 1.228.000

>69 años: 650.000

Total: 1.878.000

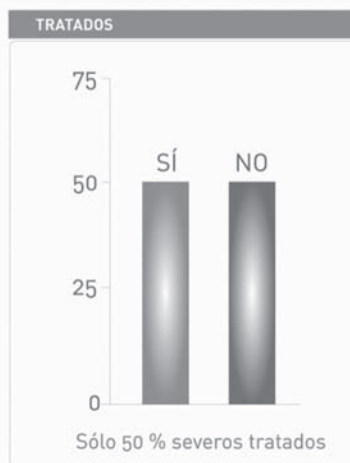
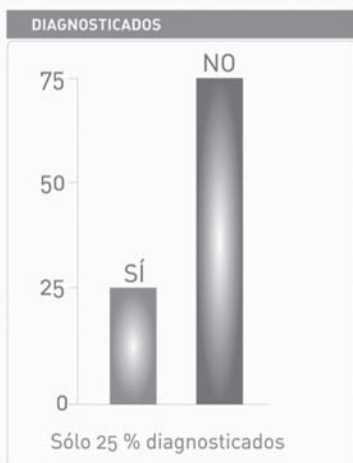
En España 1.228.000 personas entre 40 y 69 años padecen una EPOC. El 75% no están diagnosticados.



**HOMBRES**  
14,3% (12,8-15,9)

**MUJERES**  
3,9% (3,09-4,81)

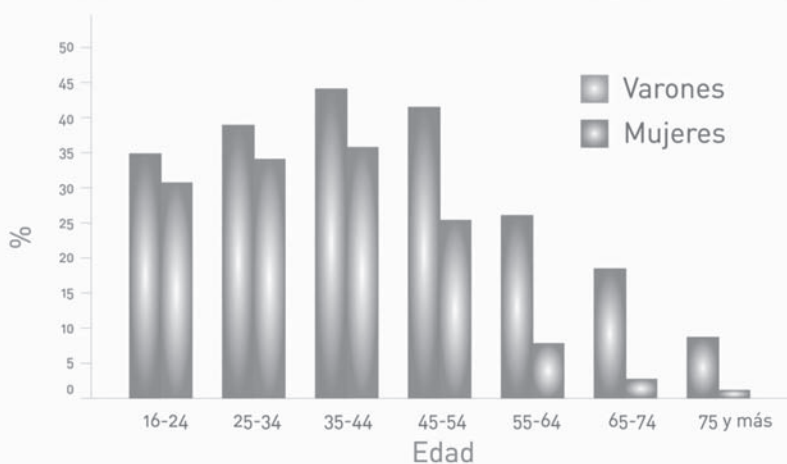
## Estudio IBEREPOC



V. Sobradillo, et al. Arch Bronconeumol 1999; 35: 159 - 165  
 V. Sobradillo, et al. Chest, 2000; 118: 981 - 989.

## Población que fuma a diario según sexo y edad. Año 2003

Encuesta nacional de salud. Tablas nacionales. Hábitos de vida



Fuente: INE: INEBASE: Encuesta Nacional. Año 2003. Hábitos de vida. Cifras absolutas y relativas. INE, 2005.

## Diagnóstico de la EPOC

- Se basa en:
  - Presencia de factores de riesgo: Tabaquismo
  - Presencia de obstrucción al flujo aéreo no completamente reversible en la espirometría
    - Relación FEV1/FVC < 70% post-BD (Comparar teóricos en ancianos)
  - Síntomas (pueden ser poco valorados por el paciente)
    - Tos, expectoración
    - Infecciones respiratorias recurrentes, con sibilancias o de curso prolongado
    - Disnea de esfuerzo
- Debe realizarse una espirometría a todos los pacientes mayores de 40 años, fumadores, con síntomas respiratorios (tos...)
- Hay que preguntar activamente por el hábito tabáquico y los síntomas (infravalorados por los pacientes)

## Patogenia de la EPOC:

La inflamación tiene una importancia esencial en la patogenia y en la anatomía patológica de la EPOC



Adaptado de las Directrices de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2006. Disponibles en <http://www.goldcopd.com/>

## Tratamiento de la EPOC Objetivos

- Aliviar los síntomas
- Mejorar la tolerancia al ejercicio
- Prevenir y tratar las exacerbaciones
- Prevenir y tratar las complicaciones

↓

- Mejorar el estado de salud

↓

- Ralentizar la progresión de la enfermedad
- Prevenir la mortalidad

Ayudar a los pacientes a alcanzar un mayor control diario de los síntomas y a evitar las temidas exacerbaciones

Permitir a los pacientes disfrutar de la mejor calidad de vida posible

Reducir el riesgo en el futuro

Adaptado de las Directrices de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2006. Disponibles en <http://www.goldcopd.com/>

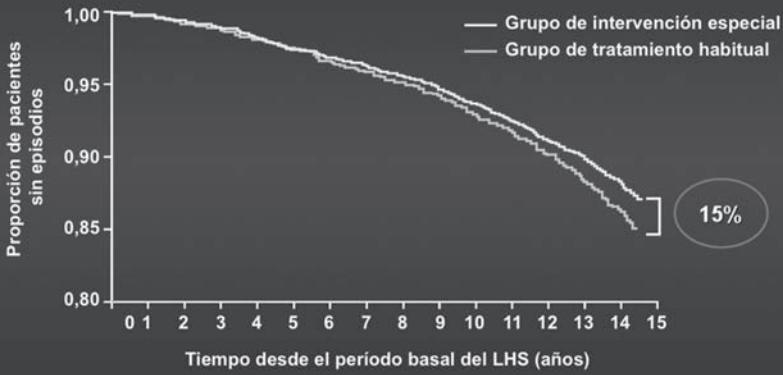
## Tratamiento en cada estadio de la EPOC

I: Leve	II: Moderada	III: Grave	IV: Muy grave
<p><math>FEV_1/FVC &lt; 70\%</math></p> <p><math>FEV_1 \geq 80\%</math> del valor</p>	<p><math>FEV_1/FVC &lt; 70\%</math></p> <p><math>50\% \leq FEV_1 &lt; 80\%</math> del valor previsto</p>	<p><math>FEV_1/FVC &lt; 70\%</math></p> <p><math>30\% \leq FEV_1 &lt; 50\%</math> del valor previsto</p>	<p><math>FEV_1/FVC &lt; 70\%</math></p> <p><math>FEV_1 &lt; 30\%</math> del valor previsto o <math>FEV_1 &lt; 50\%</math> del valor previsto más insuficiencia respiratoria crónica</p>
<p>Reducción activa de los factores de riesgo; vacuna antigripal</p> <p><b>Añadir</b> broncodilatador de acción corta (en caso necesario)</p> <p><b>Añadir</b> tratamiento regular con uno o más broncodilatadores de acción prolongada (en caso necesario); <b>Añadir</b> rehabilitación</p> <p><b>Añadir</b> glucocorticoides inhalados en caso de exacerbaciones repetidas</p> <p><b>Añadir</b> oxigenoterapia a largo plazo en caso de insuficiencia respiratoria crónica <i>Considerar</i> tratamientos quirúrgicos</p>			

FVC = capacidad vital forzada

Directrices de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2006. Disponibles en <http://www.goldcopd.com/>

## Efecto de los programas de deshabituación tabáquica en la mortalidad



• Supervivencia global a los 14,5 años en el estudio Lung Health Study (LHS)

Anthonisen NR, et al. Ann Intern Med 2005;142:233-239.

## Tratamiento

### Una vez en marcha la deshabituación

- Vacunación antigripal y antineumocócica para todos
- En el estadio I, aún con buena función pulmonar ( $FEV_1 > 80\%$ ) se administran BD de acción corta (salbutamol, bromuro ipatropio) si hay síntomas intermitentes.
- En el Estadio II, la función pulmonar está suficientemente comprometida ( $FEV_1$  50-80%) como para que el paciente tenga síntomas continuos: Administrar de forma continua 1 o 2 BD de acción prolongada (12-24 horas) con distinto mecanismo de acción
  - agonistas de los receptores beta 2: formoterol, indacaterol, salmeterol
  - Anticolinérgicos: tiotropio
- A partir de este Estadio son muy importantes:
  - Nutrición adecuada: Evitar sobrepeso y desnutrición calórica y proteica
  - Rehabilitación Respiratoria: El ejercicio y el entrenamiento específico de la musculatura respiratoria y no respiratoria mejoran la tolerancia al esfuerzo y la calidad de vida de forma significativa desde la enfermedad moderada a la muy grave



## Tratamiento

### Una vez en marcha la deshabitación

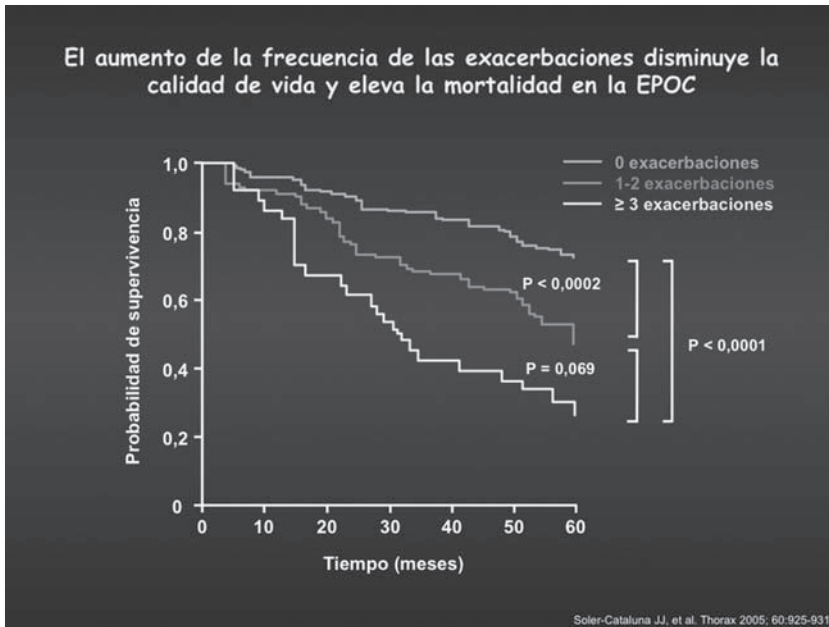
- Estadio III: Enfermedad avanzada, con afectación grave de la función pulmonar (FEV1 entre 30% y 50%) y vida limitada. Además de 2 BD de acción larga, añadimos un corticoide inhalado o roflumilast (inhibidos de fosfodiesterasas que disminuye la inflamación en las células del pulmón) si el paciente refiere 3 o más agudizaciones de su enfermedad en el último año.
- En el estadio IV el paciente suele tener insuficiencia respiratoria en la gasometría aún en los periodos de estabilidad por lo que añadimos Oxígeno en el domicilio
  - Insuficiencia respiratoria definida por  $pO_2 < 60$  mmHg ó  $pCO_2 > 45$  mmHg
  - $O_2$  se administra en gafas nasales a flujos bajos 1-2 litros/min un mínimo de 18 horas al día (además disponemos de sistemas cómodos para deambular por la calle y viajar)
- En ocasiones pueden actuar los cirujanos torácicos
  - Resecar lesiones de enfisema en casos seleccionados
  - Trasplante pulmonar en menores de 60 años con expectativa de vida  $< 2$  años

## Tratamiento Exacerbación

### Se agudiza bajo tratamiento correcto

- Exacerbación: Definida por la aparición o progresión de síntomas ya presentes que precisan una modificación del tratamiento para su control
  - La infección bronquial (aumento de la carga de bacterias habitualmente ya presentes en el árbol bronquial) en ocasiones desencadenadas por virus como el de la gripe, es la causa más frecuente
- Tratamiento de la exacerbación en EPOC leve o moderada
  - Puede hacerse en el domicilio
  - Se aumenta la dosis de BD
  - Puede precisar un ciclo corto ( $< 10$  días) de corticoides (prednisona)
  - Si tiene expectoración más abundante o purulenta se añade un antibiótico
- Tratamiento de la exacerbación en EPOC grave
  - Frecuentemente precisa hospitalización
  - Precisa aumento de los BD, ciclo más prolongado de corticoides y un antibiótico de mayor espectro (gérmenes resistentes)
  - Puede precisar oxigenoterapia por insuficiencia respiratoria
  - Puede precisar ventilación no invasiva (BiPAP) por aumento de la  $pCO_2$  que conlleva disminución del nivel de conciencia
  - Puede precisar intubación y ventilación mecánica en UCI si no mejora con BiPAP





## En resumen...

- La EPOC es problema creciente en nuestro medio
- La EPOC es una enfermedad prevenible
- Debe realizarse una intervención activa para establecer el diagnóstico y modificar el hábito de fumar
- El paciente con EPOC puede recibir tratamiento eficaz desde las fases iniciales de la enfermedad
- La Rehabilitación respiratoria mejora la tolerancia al esfuerzo y la calidad de vida de los pacientes con EPOC
- La frecuencia de exacerbaciones es un factor pronóstico potente de mortalidad
- Los pacientes "frecuentadores" (son el 10% pero consumen el 60% de los recursos) se benefician de los programas de rehabilitación respiratoria y de la continuidad asistencial (visita precoz tras el alta enfermería/primaria/especializada) hasta revertir la "frecuentación"



## **CARTELES CIENTÍFICOS**



**TÍTULO DEL TRABAJO:** *Nivel de ansiedad en pacientes respiratorios ingresados en plantas de Neumología y su relación con variables demográficas y clínicas*

**AUTORES:** Juana Perpiñá-Galvañ, Jose Luis Giménez-Tébar, María José Cabañero-Martínez, Miguel Richart-Martínez, Antonio Vicente Valero-Marco

**LUGAR DE TRABAJO:** Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) del HGUA.

**OBJETIVO:** Medir el nivel de ansiedad en pacientes ingresados en la planta de neumología con la subescala estado del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI), y analizar su asociación con variables demográficas y clínicas del paciente.

**MÉTODO:** Se seleccionaron 104 pacientes ingresados en las plantas de neumología de dos hospitales públicos de la provincia de Alicante. Se excluyeron pacientes con un estado cognitivo que les impidiera comprender los enunciados del cuestionario y pacientes con trastornos neurológicos. Se administró la subescala estado del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger. También se midió el nivel de ansiedad del paciente, según la valoración subjetiva del profesional, con una escala analógica visual. Se realizó un análisis descriptivo (media y desviación típica para variables continuas y frecuencias para variables categóricas). Se buscó asociación entre el nivel de ansiedad y las variables continuas mediante el coeficiente de correlación de pearson, y para las variables categóricas se utilizó la T de Student y ANOVA.

**RESULTADOS:** La media del nivel de ansiedad medido con el STAI fue de 17.99 (SD 10.72). El análisis estadístico solo encontró diferencias significativas entre el nivel de ansiedad y tener estudios universitarios ( $p < 0.05$ ), antecedentes de trastornos psicológicos ( $p = 0.015$ ) y llevar menos de 1 día ingresado en el hospital ( $p = 0.003$ )

**DISCUSIÓN:** La media del nivel de ansiedad fue inferior al valor normativo para población adulta española (20.54; SD 10.56). Este resultado es similar a los obtenidos en pacientes respiratorios o cardíacos tanto en estudios españoles como internacionales, pero no concuerda con una mayoría de estudios que obtienen, en pacientes con patología respiratoria, niveles de ansiedad mayores a los de la población general. Sin embargo la prevalencia encontrada de ansiedad moderada-alta es similar a la de pacientes hospitalizados. Saber que un 39.80 % de los pacientes respiratorios presentan ansiedad moderada-alta tiene suficiente peso para que los profesionales sanitarios incorporen entre sus valoraciones habituales la del nivel de ansiedad, y se planteen su tratamiento durante la hospitalización.

En la mayoría de estudios publicados se asocia el sexo femenino con sufrir niveles más altos de ansiedad, sin embargo, en nuestros pacientes, no se han encontrado diferencias significativas, en la línea de otros trabajos desarrollados en el área de cuidados intensivos. Como era de esperar, llevar menos de 1

día ingresado influye en el nivel de ansiedad porque el paciente todavía no se ha adaptado al medio, así como tener antecedentes de trastornos psicológicos.



### NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES RESPIRATORIOS INGRESADOS EN PLANTAS DE NEUMOLOGÍA Y SU RELACIÓN CON VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

Autores: Juana Perpiñá-Galvañ<sup>1</sup>, José Luis Giménez-Tébar<sup>2</sup>, María José Cabañero-Martínez<sup>3</sup>, Miguel Richart-Martínez<sup>4</sup>, Antonio Vicente Valero-Marco<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Alicante; <sup>2</sup>Departamento de Enfermería; <sup>3</sup>Hospital General Universitario de Alicante; <sup>4</sup>UHD; <sup>5</sup>Hospital General Universitario de Elche; Neumología



---

**Objetivo**

Medir el nivel de ansiedad de los pacientes ingresados en la planta de neumología con la subescala estado del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI), y analizar su asociación con variables demográficas y clínicas del paciente.

---

**Método**

Se seleccionaron 104 pacientes ingresados en las plantas de neumología de dos hospitales públicos de la provincia de Alicante. La selección la realizó un enfermero de la planta mediante un muestreo no probabilístico y no consecutivo, entre los meses de marzo de 2008 y marzo de 2010. Se excluyeron pacientes con un estado cognitivo que les impidiera comprender los enunciados del cuestionario o las explicaciones de los entrevistadores y pacientes con trastornos neurológicos. Se administró la subescala estado del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger. También se midió el nivel de ansiedad del paciente, según la valoración subjetiva del profesional, con una escala analógica visual. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios), clínicas (diagnóstico médico principal, otras patologías graves asociadas, antecedentes de trastornos psicológicos, consumo de psicofármacos, ser portador de ventilación mecánica no invasiva, número de días de estancia en la unidad, existencia de ingresos previos en la unidad) y relacionadas con la administración del cuestionario (forma de respuesta, dificultades encontradas para la cumplimentación). Se realizó un análisis descriptivo (media y desviación típica para variables continuas y frecuencias para variables categóricas). Se buscó asociación entre el nivel de ansiedad y las variables continuas mediante el coeficiente de correlación de Pearson, y para las variables categóricas se utilizó la T de Student y ANOVA. Los datos se analizaron con la versión 17 del programa SPSS para Windows.

---

**Resultados**

La edad media de los participantes fue de 64.44 (SD 16.3) años. El 60.2 % fueron hombres, el 68 % estaban casados o vivían en pareja, el 68 % tenían estudios primarios, los diagnósticos médicos principales fueron insuficiencia respiratoria, EPOC e infección respiratoria (76.7 %), la patología grave asociada más frecuente fue la cardiovascular (13.6 %) aunque un 56.3 % no tenía ninguna. Únicamente un 25.2 % era portador de ventilación mecánica no invasiva (VMNI). El 93.2 % no presentaba antecedentes de trastornos psicológicos y solo un 10.7 % estaba tomando ansiolíticos o antidepressivos en ese momento. El número medio de días de hospitalización cuando se cumplimentó el cuestionario fue de 8.63 (SD 6.4) y el 69.9 % de los pacientes ya había sido ingresado en el hospital en ocasiones anteriores. La media del nivel de ansiedad medido con el STAI fue de 17.99 (SD 10.72) y hubo un 26.2 % de pacientes con ansiedad moderada y un 13.6 % con ansiedad elevada. La valoración subjetiva del profesional sobre el nivel de ansiedad del paciente medía con la escala analógica visual fue de 2.2 (SD 2.8) sobre 10. Esta escala correlacionó positivamente con el STAI (r=0.57). De todas las variables estudiadas, el análisis estadístico solo encontró diferencias significativas entre el nivel de ansiedad y tener estudios universitarios (p<0.05), antecedentes de trastornos psicológicos (p=0.015) y llevar menos de 1 día ingresado en el hospital (p=0.003).

---

**Discusión**

La media del nivel de ansiedad fue inferior al valor normativo para población adulta española (20.54; SD 10.56)<sup>1</sup>. Este resultado es similar a los obtenidos en pacientes respiratorios o cardíacos tanto en estudios españoles<sup>2</sup> como internacionales<sup>3</sup>, pero no concuerda con una mayoría de estudios que obtienen, en pacientes con patología respiratoria, niveles de ansiedad mayores a los de la población general<sup>4-12</sup>. Sin embargo la prevalencia encontrada de ansiedad moderada-alta es similar a la de pacientes hospitalizados<sup>13-15</sup>. Saber que un 39.80 % de los pacientes respiratorios presentan ansiedad moderada-alta tiene suficiente peso para que los profesionales sanitarios incorporen entre sus valoraciones habituales la del nivel de ansiedad, y se planteen su tratamiento durante la hospitalización. La valoración subjetiva del enfermero ha resultado un buen instrumento para detectar casos positivos al correlacionar positivamente con la escala STAI.

En la mayoría de estudios publicados se asocia el sexo femenino con sufrir niveles más altos de ansiedad<sup>16-20</sup>, sin embargo, en nuestros pacientes, no se han encontrado diferencias significativas, en la línea de otros trabajos desarrollados en el área de cuidados intensivos<sup>21-23</sup>. Aunque algún autor ha relacionado tener mayor ansiedad con menor edad<sup>24</sup>, nuestros pacientes se han comportado como los de otros estudios en los que no se ha encontrado tal relación<sup>10,25,21</sup>. Como era de esperar, llevar menos de 1 día ingresado influye en el nivel de ansiedad porque el paciente todavía no se ha adaptado al medio, así como tener antecedentes de trastornos psicológicos.

---

**Bibliografía:**

1. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Adaptación española. Madrid, Spain: TEA Ediciones SA; 1982.
2. Grau-Martin A, Suñer R, Abull P, Comas P. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. Med Clin. 2003; 120:370-375.
3. Martínez-Moragón E, Perpiñá M, Belloch A, De Diego A, Martínez-Francés ME. Percepción de la disnea durante la broncoconstricción aguda en los pacientes con asma. Arch Bronconeumol. 2003; 39:67-73.
4. Light RW, Merrill EJ, Despars JA, Gordon GH, Mutalpassi LR. Prevalence of depression and anxiety in patients with COPD. Relationship to functional capacity. Chest. 1985; 87 (1): 35-38.
5. Certanini S, Di-Marco F, Castagna F, Boveri B, Casanova F, Piazzini A. Psychological issues in the treatment of asthmatic patients. Respi Med. 2000; 94:742-749.
6. Gudmundsson G, Gislasón T, Janson C, Lindberg E, Suppli Ulrik C, Brøndum E, et al. Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: a multicentre study in the Nordic countries. Respi Med. 2006; 100 (1):87-93.
7. Kunkin ME, Roudny K, Veszyz C, Soudchek J, Richardson P, Wray NP, et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. Chest. 2005; 127:1205-1211.
8. Di Marco F, Verga M, Reggente M, Maria Casanova F, Santus P, Biasi F, et al. Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. Respiratory Medicine. 2006; 100 (10):1767-1774.
9. Brenes GA. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact and treatment. Psychosomatic Medicine. 2003; 65:963-970.
10. McKinley AA, Deeny P. Leaving the intensive care unit: a phenomenological study of the patient's experience. Intensive Crit Care Nurs. 2002; 18 (6):320-331.
11. González de Rivera JL. Estrés y ansiedad. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1995; 23:310-313.
12. Janson C, Björnsson E, Hetta J, Boman G. Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma. Am J Respi Crit Care Med. 1994; 149:930-934.
13. Benetsch E, Lutgendorf S, Watson D, Fick L, Lang E. Rapid anxiety assessment in medical patients: evidence for the validity of verbal anxiety ratings. Ann Behav Med. 2000; 22: 193-203.
14. Moser D, Dracup K, McKinley S, Yamasaki K, Kim CJ, Riegel B et al. An international perspective on gender differences in anxiety early after acute myocardial infarction. Psychosom Med. 2003; 65:511-516.
15. McKinley S, Stein-Parbury J, Cheheiniabi A. Assessment of anxiety in intensive care patients by using the faces anxiety scale-psychological aspects of critical care. Am J Crit Care. 2004; 13:146-152.
16. Chlan L. Description of anxiety levels by individual differences and clinical factors in patients receiving mechanical ventilatory support. Heart Lung. 2003; 32:275-282.
17. Scragg P, Jones A, Fauvel N. Psychological problems following ICU treatment. Anaesthesia. 2001; 56:9-14.

**TÍTULO DEL TRABAJO:** *Cuidados de la piel en el paciente oncológico crónico***AUTORES:** Consuelo García Gomis, M<sup>a</sup> Luisa Núñez del Castillo**LUGAR DE TRABAJO:** Servicio de Oncología (HGUA)**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes oncológicos crónicos tienen un alto riesgo de daño en la piel. Los factores que influyen en su deterioro son múltiples, el propio tumor, el tratamiento, la deshidratación y la inmovilización.**OBJETIVO:** Mantener la integridad cutánea estimulando la circulación sanguínea, mejorando el confort y autoestima de la persona enferma.**CUIDADOS GENERALES:**

- Evitar deshidratación (aumentar ingesta hídrica)
- Evitar rascado.
- Evitar temperaturas muy elevadas.
- Evitar ingesta de picante.
- Usar ropa poco ajustada, de algodón y de fibras naturales.
- Alimentación rica en proteínas, hidratos de carbono y vitamina C.
- Aumentar consumo de frutas.

**HIGIENE:**

- Baños cortos y secado suave, dando toques, no arrastrando.
- Usar jabón pH neutro.
- Secar bien los pliegues cutáneos.
- Mantener la piel libre de factores predisponentes (orina, heces...)
- Dar masajes para favorecer la circulación.

**HIDRATACIÓN:**

- Usar cremas suaves y aceites oxigenados.
- Usar aceite almendras.
- Hidratación interna (ingesta líquidos)

**DEPILACIÓN / AFEITADO:**

- Evitar cera caliente.
- Evitar crema depilatoria.
- Depilación láser NO contraindicada.
- Para el afeitado, la maquinilla eléctrica menor riesgo de erosión.

**CUIDADO DE UÑAS:**

- Cortar uñas y limar suavemente.
- Usar guantes para dormir para evitar rascado.
- Usar esmaltes suaves/endurecedor de uñas.
- Cremas especializadas en cuidado de uñas (diferentes marcas comerciales).

**PROTECCIÓN SOLAR:**

- Evitar la exposición solar en las horas centrales del día (12.00 a 16.00)
- Aplicar crema de protección solar de factor 50+

- Usar prendas de protección del cuero cabelludo (gorras, pañuelos)
- Usar prendas de vestir para proteger la piel (camisa lino manga larga, paresos...)

Con la colaboración de Dr. Bartomeu Massutí y Elena Peña (DUE). Servicio Oncología. Hospital General Universitario Alicante.

## **CUIDADOS DE LA PIEL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO CRÓNICO**

Gerarda Giménez, Consultor (TCE Hospital de día Oncología, Hospital General Universitario Alicante)  
Nádia del Castillo, MªLuisa (TCE Servicio de Oncología, Hospital General Universitario Alicante)

### **INTRODUCCIÓN:**

Los pacientes oncológicos crónicos tienen un alto riesgo de daño en la piel. Los factores que influyen en su deterioro son múltiples: el propio tumor, el tratamiento, la deshidratación y la inmovilización.

### **OBJETIVO:**

Mantener la integridad cutánea estimulando la circulación sanguínea, mejorando el confort y autoestima de la persona enferma.



### **CUIDADOS GENERALES:**

- Evitar deshidratación (aumentar ingesta hídrica)
- Evitar rascado.
- Evitar temperaturas muy elevadas
- Evitar ingesta de picante.
- Usar ropa poco ajustada (algodón y fibras naturales)
- Alimentación rica en proteínas, hidratos de carbono y vitamina C.
- Aumentar el consumo de fruta.

### **HIGIENE:**

- Baños cortos y secado suave, dando toques, no arrastrando
- Usar jabón pH neutro.
- Secar bien los pliegues cutáneos.
- Mantener la piel libre de factores predisponentes (orina, heces...)
- Dar masajes para favorecer la circulación



### **HIDRATACIÓN:**

- Usar cremas suaves y aceites oxigenados.
- Usar aceite almendras.
- Hidratación interna (ingesta líquidos)

### **DEPILACIÓN/AFEITADO:**

- Evitar cera caliente y crema depilatoria.
- Depilación láser NO contraindicada.
- Para el afeitado, es conveniente usar la maquinilla eléctrica por su menor riesgo de erosión



### **CUIDADO DE UÑAS:**

- Cortar uñas y limar suavemente.
- Usar guantes para dormir para evitar rascado.
- Usar esmalte o endurecedor de uñas.
- Usar cremas especializadas en cuidado de uñas (existen diferentes marcas comerciales)

### **PROTECCIÓN SOLAR:**

- Evitar la exposición solar en las horas centrales del día (12-16h).
- Aplicar crema de protección solar de factor 50+.
- Usar prendas de protección de cuero cabelludo (gorras, pañuelos...)
- Usar prendas de vestir para proteger la piel (camisa de lino de manga larga, paresos...)



AGRADECIMIENTOS: Dr. Bartomeu Massutí, Jefe de Servicio Oncología (1), Elena Peña Zulo, Enfermera Hospitalización Oncología (1)  
(1) Hospital General Universitario Alicante





**Título del trabajo:** *Satisfacción del paciente con la preparación para la cirugía bariátrica de la umaió*

**AUTORES:** Moncho Doménech, Esther; López Montes, José Luís; Van-der Hofstadt Román, Carlos J; Abellán García, Clara.

**LUGAR DE TRABAJO:** 9A Cirugía, HGUA

**OBJETIVOS:**

- Conocer que servicio quieren los clientes actuales y los potenciales para tener un conocimiento global y saber que esperan del aula educacional
- Comprobar el grado de satisfacción de los pacientes que han asistido al aula multidisciplinar de educación grupal
- Saber si los conocimientos aprendidos en el aula, les han servido en el pre y post quirúrgico
- Identificar propuestas de mejora de los usuarios para optimizar el Programa Multidisciplinar de Intervención Grupal

**MATERIAL Y MÉTODO:** El Programa consta de seis sesiones semanales de dos horas duración, la 1ª parte se centra en la intervención psicológica y la 2ª en información-educación sobre intervención quirúrgica, nutrición y dietética. Se utiliza un Cuestionario de calidad, creado y validado por la Unidad de Calidad del HGUA,

**DISEÑO DEL CUESTIONARIO:** nueve preguntas cerradas dicotómicas y una de clasificación o medida

**EL TAMAÑO DE LA MUESTRA:** 35 pacientes, con la condición de haber asistido a la totalidad de las sesiones, desde Febrero del 2010 hasta Octubre del 2010

**RESULTADOS:** Vemos que, se produce un alto nivel de satisfacción entre los participantes en el programa, con relación a las preguntas planteadas. Los diferentes contenidos se consideran útiles, siendo los que consiguen mayores resultados la fisioterapia respiratoria y la relajación, siendo las mejor valoradas las relativas a la adecuación de los contenidos

**CONCLUSIONES:** La puesta en marcha del programa Multidisciplinar de Intervención Grupal ha resultado ser adecuada.

La transferencia de conocimientos dietéticos y estrategias para la modificación de hábitos esta demostrado ser mas eficiente en terapia grupal que de forma individualizada. suponiendo una optimización de los recursos y dando al paciente la posibilidad de interrelacionarse con otros que están en sus mismas circunstancias, lo que supone una importante fuente de apoyo.

**SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA PREPARACIÓN PARA LA CIRUGÍA BARIÁTRICA DE LA UMAIO**

Moncho Domenech Esther, López Montes Jose L, Vander-Hofstadt Roman Carlos, Abellan Garcia Clara  
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ALICANTE



**INTRODUCCIÓN**

Hoy la calidad es un aspecto en la asistencia sanitaria. El personal de enfermería de los hospitales, tiene un papel clave en la Gestión de la Calidad, es junto con los facultativos, el que está en contacto directo y continuado con los pacientes, las enfermeras tienen que asegurar que los pacientes reciben buenos cuidados de enfermería. En el tratamiento general de la obesidad se produce una gran evidencia de los efectos favorables que tiene para el paciente la creación de grupos de apoyo, existiendo también trabajos que muestran como la creación de grupos de apoyo aporta beneficios significativos en el paciente que va a ser sometido a Cirugía Bariátrica.

**OBJETIVOS**

- Conocer que servicio quieren los clientes actuales y los potenciales para tener un conocimiento global y saber que esperan del aula educativa
- Comprobar el grado de satisfacción de los pacientes que han asistido al aula multidisciplinar de educación grupal
- Saber si los conocimientos aprendidos en el aula, les han servido en el pre y post quirúrgico
- Conocer la utilidad del programa

**MATERIAL Y MÉTODO**

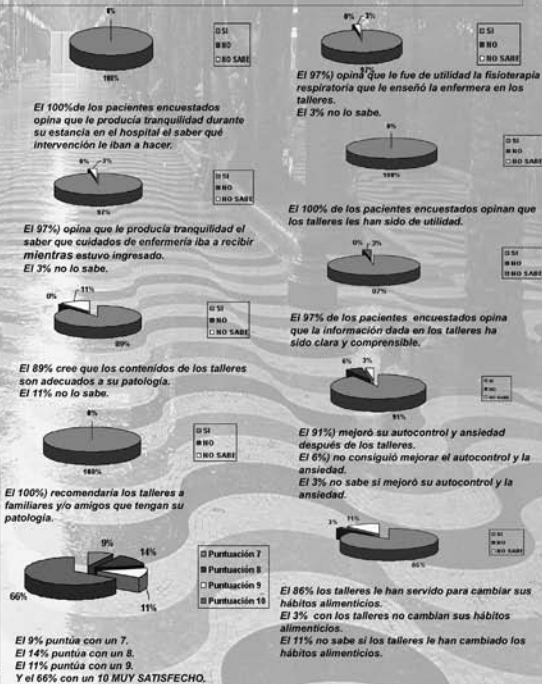
El Programa multidisciplinar Grupal consta de 6 sesiones semanales de dos horas de duración, en las que la 1ª parte es de intervención de tipo psicológica, y la 2ª parte es de información-educación sobre intervención quirúrgica, aprendizaje fisioterapia respiratoria, y nutrición-dietética. Se utiliza un Cuestionario de calidad, creado y validado por la Unidad de Calidad del HGU. **Diseño del cuestionario:** nueve preguntas cerradas dicotómicas para conocer la opinión de los pacientes en cuanto utilidad, satisfacción, contenidos y una de clasificación o medida. **El tamaño de la muestra:** 35 pacientes, con la condición de haber asistido a la totalidad de las sesiones, desde Febrero del 2010 hasta Octubre del 2010

**RESULTADOS**



**CONCLUSIONES**

- La transferencia de conocimientos dietéticos y estrategias para la modificación de hábitos esta demostrado ser mas eficiente en terapia grupal que de forma individualizada, suponiendo una optimización de los recursos y dando al paciente la posibilidad de interrelacionarse con otros que están en sus mismas circunstancias, lo que supone una importante fuente de apoyo.
- La puesta en marcha del programa Multidisciplinar de Intervención Grupal ha resultado ser adecuada, en cuanto a la consecución de los objetivos planteados.
- El conocimiento de las fases del proceso quirúrgico produce una disminución de la ansiedad



**TÍTULO DEL TRABAJO:** *Cuidados en el postparto inmediato: hematoma en periné íntegro***AUTORES:** Miriam Llorente Gilete - Mari Paz de Miguel Ibañez - Violeta Navío Abril - María Jesús Más Plá - Enriqueta Sopale Sieriche**LUGAR DE TRABAJO:** paritorio-maternidad hospital general universitario de alicante

**INTRODUCCIÓN:** El uso restrictivo de la episiotomía según recomienda la Evidencia Científica<sup>1</sup>, es a día de hoy una práctica habitual en el servicio de Paritorio del Hospital General Universitario de Alicante. Mediante la protección perineal se intenta evitar la aparición de desgarros en la zona. En ocasiones, a pesar del cuidado y la precaución con la que dicha técnica se realiza, la fuerza que ejerce la mujer con cada pujo durante el periodo expulsivo, así como la presión de la cabeza fetal en la zona perineal, puede provocar laceraciones tanto en periné como en mucosa vaginal. De no ser superficiales, estas deben ser suturadas quirúrgicamente con el fin de prevenir complicaciones posteriores. Los factores de riesgo que pueden dañar el suelo pélvico provocando la formación de hematomas son: episiotomía, nuliparidad, parto vaginal instrumentado, parto de nalgas, parto múltiple, segunda fase de parto prolongada, recién nacido con peso superior a 4000 gr, varices vulvares, preeclampsia y déficit de factores de coagulación<sup>2 3</sup>

**MATERIAL Y MÉTODOS - CASO CLÍNICO:** Se presenta el caso de una mujer de 31 años, primigesta, feto único, gestación de 39+1 semanas. Sin antecedentes médicos de interés. Ingresa por parto en curso, tras rotura prematura de membranas. Se administra analgesia epidural con 4 cm de dilatación cervical. La duración de la dilatación (normo evolutiva en todo caso) fue de 4 horas y 30 minutos. Finaliza en parto eutócico tras 40 minutos de expulsivo que no requiere realización de episiotomía. Tras alumbramiento espontáneo, se confirma adecuada involución uterina, así como sangrado escaso. La revisión del periné no evidencia la presencia de desgarros ni dislaceraciones. Recién nacido mujer, 3670 gramos, Apgar 9/10.

Durante el postparto inmediato, refiere presión dolorosa localizada en periné que irradia a recto y que va en aumento.

Al tacto se objetiva edema en labio mayor izquierdo, así como masa palpable en pared lateral izquierda de vagina.

Tras una inicial actitud expectante durante la cual la matrona valora evolución del hematoma así como controla las constantes vitales de la puerpera, se decide drenar dicha colección.

**DISCUSIÓN:** La posible aparición de complicaciones, como los hematomas perineales, requiere un control adecuado del periné, incluso en los casos en los que no se haya realizado la episiotomía o se hayan evidenciado desgarros. La atención por parte de las matronas durante el puerperio inmediato tanto a la mujer como al recién nacido, se muestra clave a la hora de identificarlas y resolverlas lo antes posible.

## CUIDADOS EN EL POSTPARTO INMEDIATO:HEMATOMA EN PERINÉ ÍNTEGRO

Miriam Llorente Gillet<sup>1</sup>, Violeta Navío Abril<sup>2</sup>, María Jesús Mas Pla<sup>1</sup>, Enriqueta Sopale Sieriche<sup>1</sup>, María Paz de Miquel Ibañer<sup>1</sup>  
(1.Residente Matrona Hospital General Universitario Alicante; 2.Matrona Hospital General Universitario de Alicante)

### Introducción

El uso restrictivo de la episiotomía según recomienda la Evidencia Científica, es a día de hoy una práctica habitual en el servicio de Parto del Hospital General Universitario de Alicante. A través de la protección perineal, se busca que el nacimiento tenga lugar de la forma más fisiológica posible, a la vez que se intenta evitar la aparición de desgarros en el periné. Como consecuencia de esta forma de atender el periodo expulsivo pueden presentarse laceraciones y desgarros de distinto grado (I, II, III y IV).

Los factores de riesgo que pueden dañar el suelo pélvico y provocar la formación de hematomas son: la episiotomía, la nuliparidad, el parto vaginal instrumentado, el parto de nalgas, el parto múltiple, una segunda fase de parto prolongada, un recién nacido con peso superior a 4000 g, la presencia de varices vulvares, la preeclampsia y el déficit de factores de coagulación.

### Descripción del caso

Mujer de 31 años, primigesta, feto único, gestación de 39+1 semanas. Ingresa por parto en curso, bolsa rota, antibioterapia según protocolo. Analgesia epidural. La duración de la dilatación fue de 4 horas y 30 minutos. Parto eutócico tras 40 minutos de expulsivo. No requiere la realización de episiotomía. Tras alumbramiento espontáneo, adecuada involución uterina y sangrado escaso. La revisión del periné no evidencia la presencia de desgarros ni laceraciones. Recién nacido mujer, 3670 gramos, Apgar 9/10.

### Postparto inmediato

En el postparto inmediato, refiere presión dolorosa localizada en periné que irradia a recto y que va en aumento. Al tacto se objetiva edema en labio mayor izquierdo, así como masa palpable en pared lateral izquierda de vagina que requiere drenaje quirúrgico.

La intervención de la matrona consistió en el control de la evolución mediante tacto y valoración de la consistencia, color y tamaño del hematoma, así como la toma de constantes vitales.

Los controles hematológicos tras la intervención muestran el claro descenso del hematocrito (36.8 a 33.7) y de la hemoglobina (12.3 a 11.3).

### Discusión

El control exhaustivo por parte de la matrona durante el postparto inmediato permite hacer una adecuada valoración del estado de salud de la puérpera y del recién nacido. La observación de signos indicadores de complicaciones, como los hematomas perineales, requiere una vigilancia adecuada del periné, incluso en los casos en los que no se haya realizado la episiotomía ni se hayan evidenciado desgarros.



### Bibliografía

- \*Grupo de trabajo de la guía Práctica sobre la Atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTERA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avallia-G). 2010. Guía Práctica Clínica en el SNS: OSTERA 2009/01
- \*Mirza, Fadi G., Gadipati Sreedhar. *Obstetric Emergencies. Seminars in Perinatology*. ELSEVIER, 2009; 99-100
- \*Hebert William N.F. *Complications of the Immediate Puerperium*. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, Vol 25, No 1 march 1992; 228-250
- \*Macvicar John, Graham Robert M. *Two Unusual Cases of Secondary Postpartum Haemorrhage*. *British Medical Journal*, 1973;2:29
- \*Fiori Stefania, Beretta Roberto, Merisio Carla, Melipignano Mauro, Grandellini Dandalo. *Retroligament space hematoma after spontaneous delivery: a case report*. Department of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, University of Parma, Parma, Italy, 2005; 76: 175-177



**TÍTULO DEL TRABAJO:** *Seguridad del paciente: el reto de los hospitales de día médicos". Hospital General Universitario de Alicante*

**AUTORES:** Rodríguez Aguilar Ginés Ángel, Gozalves Manzanera M<sup>a</sup> Carmen, Abellán García Clara, Burgos San José Amparo, Domingo Pozo Manuela

**LUGAR DE TRABAJO:** Hospital de día HGUA

**INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN:** Las actuaciones sobre seguridad del paciente en mesogestión, aproxima las decisiones de la política y la disponibilidad presupuestaria a las necesidades de la práctica clínica diaria y aseguran el funcionamiento eficiente y efectivo de los recursos. Mientras que la microgestión o gestión clínica, compromete a los profesionales involucrados en la atención directa a los pacientes.

El Hospital de día del HGU Alicante responde a un hospital de día polivalente donde se administran tratamientos y se realizan pruebas diagnósticas a pacientes de 13 especialidades médicas diferentes. La atención es impartida por un equipo multidisciplinar constituido por: médicos, enfermería, administrativos, psicólogos y farmacéuticos.

**OBJETIVO:**

- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Disminuir los costes económicos propios de la estancia hospitalaria tradicional.
- Conseguir beneficios clínicos y rentabilidad social.
- Evitar Errores de Medicación mediante supervisión del farmacéutico.

**MÉTODO:** Desde diciembre 2008, hasta Mayo 2009 se incorporan 10 patologías médicas, respondiendo a Hospital de DIA Polivalente. Recogida de datos mensual informatizada de la actividad y procedimientos llevados a cabo, los resultados sobre el rendimiento de la Unidad. Evaluación de los cuestionarios de calidad sobre la administración de los tratamientos. Los cuestionarios de satisfacción obtenemos resultados percibidos por los pacientes.

**RESULTADOS:** El Hospital de DIA de H.G.U.A responde a un modelo innovador, donde los controles de Calidad, la seguridad en la administración de los fármacos y el grado de satisfacción del paciente, hace que reúna todas las características imprescindibles para llevar a cabo una verdadera labor asistencial multidisciplinar.

**DISCUSIÓN / COMENTARIOS:** El Hospital de Día es una Unidad pensada en base a las necesidades del Paciente. Proporciona un entorno favorecedor, cómodo y agradable para los Pacientes crónicos. Minimiza los Errores de Medicación con la presencia y supervisión del farmacéutico. Agiliza los tiempos de espera de los pacientes que acuden a estas unidades y disminuyen los costes económicos propios de la estancia hospitalaria.



**"SEGURIDAD DEL PACIENTE: EL RETO DE LOS HOSPITALES DE DÍA MÉDICOS"**  
**Hospital General Universitario de Alicante**

AUTORES: Rodríguez Aguilar G., Gozálviz Manzanera MC., Abellán García C., Burgos San José A., Domingo Pozo M., Martínez Soriano J.

**INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN**

La Seguridad del Paciente se puede definir como "La ausencia, prevención o minimización del daño producido por el proceso de la atención sanitaria". La detección y abordaje precoz de sucesos adversos, tienen como finalidad:

- 1º Reducir su incidencia incrementando los factores que mejoran la seguridad del paciente.
- 2º Minimizar sus consecuencias para el paciente mediante vigilancia y control de incidentes, mejorando los sistemas de comunicación entre el personal y actuación proactiva con el paciente.
- 3º Minimizar su impacto y evitar su repetición mediante análisis de lo ocurrido y diálogo con el paciente.

Uno de los actuaciones sobre seguridad del paciente en Menogestión son el aproximar las decisiones de la política y la disponibilidad presupuestaria a las necesidades de la práctica clínica diaria. Y el asegurar el funcionamiento eficiente y efectivo de los recursos. Y la microgestión o gestión clínica es la que llevan a cabo los profesionales involucrados en la atención directa a los pacientes.

- Los hospitales de día (H.D.O.) tienen como objetivo ser unidades asistenciales dedicadas a la administración de tratamientos prolongados, en los que se llevan unos cuidados especializados.
- Las terapias son programadas ambulatoriamente, y llevadas a cabo en instalaciones que pretenden maximizar la imagen del hospital tradicional mediante un ambiente confortable y abierto.
- El hospital de día ha demostrado sus beneficios clínicos y rentabilidad social, mejorando la calidad de vida del paciente y disminuyendo los costes económicos propios de la estancia hospitalaria tradicional.
- La atención al paciente en el hospital de día se realiza por parte de un equipo multidisciplinar constituido por médicos, personal de enfermería, personal administrativo, una psicóloga y una farmacéutica.
- La incorporación de una farmacéutica al equipo ha posibilitado la dinamización y coordinación de actividades encaminadas a mejorar la Seguridad del Paciente.



**METODOLOGÍA**

Los modelos de Hospital de Día de la Comunitat Valenciana son:

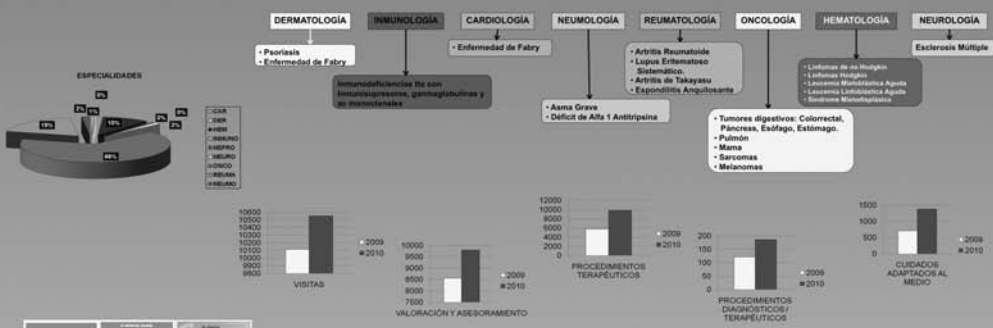
- Monovalente
- Polivalente
- Médico - Quirúrgico

El Hospital de Día del Hospital General Universitario de Alicante:

- Es Polivalente.
- Se administran tratamientos a pacientes de 13 especialidades médicas diferentes.
- Cuenta de 4 zonas de tratamiento.
- Su capacidad es de 30 sillones y 8 camas.
- La administración de tratamiento se realiza de lunes a viernes y de 8 a 22 horas.



**RESULTADOS**



**DISCUSIÓN / COMENTARIOS**

- Son Unidades Asistenciales.
- Se administran tratamientos prolongados específicos.
- Son terapias con programa ambulatorio.
- Promueve una imagen no agresiva del Hospital.
- Tiene beneficios clínicos y aumenta la rentabilidad social.
- Mejora la calidad del Paciente.
- Disminuye los costos económicos propios de la estancia hospitalaria.
- El entorno como elemento favorecedor.
- Unidad pensada en base a las necesidades del Paciente.
- Son necesarios espacios cómodos y agradables.

**LA INCORPORACIÓN DE UN FARMACÉUTICO CLÍNICO AL EQUIPO ASISTENCIAL:**

- Se han implementado prácticas y medidas de seguridad en el uso del medicamento.
- Permite reducir los Errores de Medicación (EM).
- Es el elemento integrador de la comunicación entre médicos del servicio que atiende a los Pacientes y las enfermeras responsables que administran los medicamentos.
- Facilita la elaboración de protocolos de actuación conjuntos.
- Estandarización de procedimientos que implican coordinación entre profesionales.
- Soporte a enfermería en la validación y administración de los medicamentos con plenas garantías de seguridad.
- Establecimiento de un sistema de prescripción electrónica que reduce la carga de trabajo y ahorra tiempo.



**TÍTULO DEL TRABAJO:** *Importancia de la continuidad de cuidados para la Seguridad del Paciente en el manejo de acceso venoso central subcutáneo y administración de medicación mediante infusor.*

**AUTORES:** Gosalves Manzanera M<sup>a</sup> Carmen, Montoyo Antón Rosa Ana, Tizón Roldán Esther, Abellán García Clara, Fernández Molina Miguel Ángel, Massuti Sureda Bertomeu

**LUGAR DE TRABAJO:** Hospital de Día HGUA

**INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN:** La División de Enfermería del H.G.U.A, establece un circuito de continuidad de cuidados donde el Hospital de Día se incorpora en el año 2010. Se lleva a cabo un periodo de formación sobre cuidado y mantenimiento de los accesos venosos centrales subcutáneos, así como la retirada de infusores, a todos los profesionales de Enfermería de Atención Primaria del Departamento de Salud Alicante.

**OBJETIVO:**

1. Garantizar la continuidad de cuidados a los pacientes con reservorio subcutáneo y en tratamiento con infusores.
2. Favorecer el confort a los pacientes oncológicos.
3. Fomentar a los usuarios la correcta utilización de los recursos sanitarios
4. Evaluar la satisfacción del paciente con el circuito de continuidad establecido en el Departamento

**MÉTODO:** Previo a la realización de los talleres se estableció una reunión con todos los coordinadores de los centros de salud del Departamento para definir el calendario de los talleres y unificar criterios de actuación en torno a estos dos procesos de cuidados. La formación se llevó a cabo mediante talleres desarrollados en todos los centros de salud, con el objetivo de unificar criterios de actuación en la continuidad de cuidados. Los talleres fueron impartidos por la Supervisión de Hospital de DIA de forma conjunta con las Enfermeras responsables de Abucasis y de los Planes de Cuidados.

Se elabora un cuestionario de satisfacción con 7 ítems de respuesta cerrada dirigido a los pacientes para evaluar su satisfacción con el circuito de continuidad.

**RESULTADOS:** Talleres realizados: 10, 122 enfermeras de Atención Primaria formadas. Desde 1 de enero del 2010 a 13 de mayo del 2010 han entrado en el circuito de continuidad de Hospital de día 231 pacientes con infusotes que son administrados por reservorio subcutáneo.

Los cuestionarios de satisfacción se están distribuyendo en estos momentos por lo que no se tienen resultados.

**DISCUSIÓN / COMENTARIOS:**

Sin tener la evaluación de los resultados de los cuestionarios, podemos constatar

1. El periodo de formación se completó de manera eficaz con la implicación de Atención Especializada /Atención Primaria.

2. Durante el periodo de transición entre Especializada-Primaria las dudas y problemas que fueron surgiendo se resolvieron contactando de forma telefónica las profesionales de ambas áreas, sin repercusión en el paciente. En la actualidad, el objetivo planteado de retirada de infusores, sellado de reservorios y mantenimiento de estos, se realiza en los Centros de Atención Primaria del área de referencia en 100%.

**IMPORTANCIA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL MANEJO DE ACCESO VENOSO CENTRAL SUBCUTÁNEO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN MEDIANTE INFUSOR\***

AUTORES: GOZALVES MANZANERA C., MONTOYO ANTÓN R., GOSALVEZ GUTIERREZ B., TIZÓN ROLDAN E., ABELLÁN GARCÍA C., FERNÁNDEZ MOLINA M. A., MASSUTI SUREDA B.

### INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

La División de Enfermería del HGUA, estableció un circuito de continuidad de cuidados en 2009. En Febrero del 2010 se incorpora a éste el Hospital de Día. Se llevó a cabo un periodo de formación de todos los profesionales de Enfermería de Atención Primaria del Departamento de Salud Alicante Hospital General, sobre:

- ✓ Cuidado y mantenimiento de acceso venoso central subcutáneo.
- ✓ Retirada de infusores.

### OBJETIVOS

- Garantizar la continuidad de cuidados a pacientes portadores de acceso venoso central subcutáneo y/o infusor.
- Favorecer el confort a los pacientes oncológicos.
- Fomentar la correcta utilización de los recursos sanitarios.
- Evaluar la satisfacción de los pacientes en el circuito de continuidad establecido.

### MÉTODO

- 1º.- Mantener reuniones con coordinadores de los Centros de Salud del área para fijar calendario y establecer pautas de actuación.
- 2º.- Formación del personal de Enfermería de Atención Primaria, mediante talleres impartidos por la supervisión del Hospital de Día y las enfermeras responsables del programa informático (Abucassis), y Planes de cuidados. El contenido fue:
  - Unificar criterios en el manejo de pacientes portadores de infusor.
  - Visualización de un video explicativo de la técnica.
  - Análisis de incidencias más frecuentes y aportación de soluciones.
  - Estandarización del material necesario.
  - Realización de prácticas en el Hospital de Día.
- 3º.- Implantación en el Hospital de Día del SIA ( sistema de información ambulatoria), como programa informático, que permite garantizar cuidados desde Atención Especializada a Atención Primaria.
- 4º.- Elaboración de un cuestionario de satisfacción con 7 ítems de respuesta cerrada dirigido a los pacientes.

### CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN:

### RESULTADOS

¿Dónde se retiró por 1ª vez el infusor?

ATENCIÓN PRIMARIA	56%
HOSPITAL	44%

¿Está satisfecho con la atención recibida en su Centro de Salud?

NO	19%
SI	81%

¿Considera adecuado el tiempo de espera para la retirada del infusor?

NO	13%
SI	87%

¿Piensa que los profesionales de Enfermería tienen los conocimientos adecuados?

NO	19%
SI	81%

¿Cree que la Coordinación Especializada - Primaria es adecuada?

NO	19%
SI	81%

¿Está satisfecho con la atención telefónica recibida por su enfermera de Atención Primaria?

NO	13%
NC	6%
SI	81%

### CONCLUSIONES

- ✓ Que el periodo de formación se completó de manera eficaz con la implicación de AP/AE.
- ✓ Que durante el periodo de transición, las dudas e incidencias fueron resueltas vía telefónica sin repercusión para el paciente.
- ✓ Que en la actualidad, tanto el sellado de reservorios, como la retirada de infusores, se realiza en el 100% de los casos en los Centros de Atención Primaria del área 19 Alicante Hospital, objetivo planteado al inicio.



**TÍTULO DEL TRABAJO:** *Programa de prevención y monitorización de caídas del paciente hospitalizado en el HGUA*

**AUTORES:** Domingo Pozo Manuela, Abellán García Clara, Fernández Molina Miguel Ángel, Izquierdo García Nieves, Martín García Dolores, Rodríguez Aguilar Ginés Ángel

**LUGAR DE TRABAJO:** Unidad de Calidad HGUA

**INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN:** Para la prevención de caídas hay que identificar correctamente a los pacientes. En un cuestionario que se administro a 424 profesionales de enfermería sobre identificación de pacientes vulnerables el 59,34% no conocían la escala de valoración de riesgo de caídas. De una auditoria de los registros enfermeros (491 historias revisadas) realizada en el año 2008, se identificaba el riesgo de caídas al ingreso en el 95% de los registros de valoración al ingreso.

**OBJETIVO:**

1. Realizar un análisis de seguridad de cuidados en el contexto hospitalario. 2. Elaborar mapas de riesgos del HGUA. 3. Elaborar e implantar estrategias de mejora en seguridad de cuidados. 4. Implantar una cultura de seguridad en los profesionales de Enfermería.

**MÉTODO:** Se monitorizan desde el año 2008 la tasa de caídas declaradas. Estudio comparativo 2008 – 2009. Realizar un análisis de seguridad de cuidados en el contexto hospitalario, elaborar mapas de riesgos del HGUA, elaborar e implantar estrategias de mejora en seguridad de cuidados e implantar una cultura de seguridad en los profesionales de Enfermería.

**RESULTADOS:** Las enfermeras valoran el riesgo de caídas aplicando su juicio clínico. El análisis de caídas durante el año 2008-09 los resultados son: de las 94 caídas declaradas, el 62,8% de los pacientes no había sido identificado de riesgo. El perfil del paciente es varón de 68 años de media de edad, orientado, que consume antidepresivos, analgésicos o sedantes, no identificado como paciente de riesgo, independiente o con una dependencia parcial para las actividades básicas de la vida diaria, lugar del accidente más frecuente el aseo y la habitación, los motivos más frecuentes están relacionados con mareo/ pérdida de conciencia, suelo húmedo, calzado inadecuado y tropiezos con mobiliario, las caídas se producen mayoritariamente en la mañana

**DISCUSIÓN / COMENTARIOS:** Estrategias para mejorar la identificación y protección de los pacientes vulnerables de caída:

1º Formación y concienciación en S. del Paciente. 2º Notificación de caídas voluntaria. 3º Análisis de las unidades de hospitalización. 4º Mapa de riesgos sobre caídas declaradas. 5º Identificación de paciente de riesgo de caídas en la pulsera identificativa, en los registros enfermeros a través de una codificación de color. 6º Elaboración y distribución en todas las unidades de hospitalización de un tríptico dirigido a pacientes y familiares de prevención de caídas. 7º Distribución y colocación en todos los aseos de las habitaciones de los pacientes carteles dirigidos a la concienciación del paciente y familia.

## PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y MONITORIZACIÓN DE CAÍDAS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

AUTORES: Manuela Domingo Pozo, Clara Abellán García, Miguel Ángel Fernández Molina, Nieves Izquierdo García, M<sup>l</sup> Dolores Martín García, Ginés Ángel Rodríguez Aguilar

### OBJETIVOS:



### PROGRAMA PREVENCIÓN:

- Formación y concienciación en seguridad del paciente.
- Implantación y Evaluación de riesgo de caídas a través de la Escala Downton de todos los pacientes que ingresan en las unidades de hospitalización.
- Identificación de paciente de riesgo de caídas en la pulsera identificativa y en los registros enfermeros a través de una codificación de color con unas pegatinas autoadhesivas de colores (gomat).
- Elaboración y distribución en todas las unidades de hospitalización de un tríptico dirigido a pacientes y familiares de prevención de caídas.
- Notificación de caídas voluntaria y confidencial ( Años 2008/09 en registro papel y año 2010 online a través del portal Atenea).
- Análisis de las unidades de hospitalización. Mapa de riesgos sobre las caídas declaradas.



### RESULTADOS:

El porcentaje de caídas declaradas se ha incrementado. En su mayoría no se declaran todo el año, se realiza en los meses de estudio del Plan de Calidad. La Incidencia de pacientes de riesgo que han sufrido caídas ha aumentado en relación con el 2008. Hay que incidir más en prevención y educación.



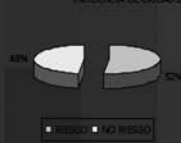
CAÍDAS DECLARADAS	Nº PACIENTES	Nº DE CAÍDAS	% CAÍDAS
TOTAL 2009	7.103	46	0,65
TOTAL 2008	10.464	67	0,64

IDENTIFICADOS COMO PACIENTES DE RIESGO	SI	NO	TOTAL	
TOTAL 2009	30	65,22	16	34,78
TOTAL 2008	35	52,24	32	47,76

INCIDENCIA DE CAÍDAS 2008



INCIDENCIA DE CAÍDAS 2009



### CONCLUSIONES:

El perfil del paciente que sufre una caída en el HGUA: varón de 68 años, orientado, que consume antidepressivos, analgésicos o sedantes, no identificado como paciente de riesgo, independiente o con una dependencia parcial para las actividades básicas de la vida diaria, el lugar del accidente más frecuente es el aseo y la habitación, los motivos más frecuentes están relacionados con mareo/ pérdida de conciencia, suelo húmedo, calzado inadecuado y tropiezos con el mobiliario, las caídas se producen mayoritariamente en la mañana.



**TÍTULO DEL TRABAJO:** *Cuando la seguridad del paciente se vuelve en su contra*

**AUTORES:** Carvajal Almira, M<sup>a</sup> Mar; Hernandez Albert Asunción M<sup>a</sup>; Martínez Castillo Carmen

**LUGAR DE TRABAJO:** H. Elche

**INTRODUCCIÓN:** Dentro de las estrategias de seguridad del paciente propuestas por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2005 se recogen los sistemas de información y registro mediante identificación inequívoca de los pacientes ingresados. Desde la Consellería de Sanitat y dentro del Plan de Gestión de la Seguridad del Paciente de la Comunitat Valenciana 2009-2013 se instaura el sistema de pulseras identificativas con datos del paciente incluidas alarmas en cuanto a alergias u otros problemas.

**OBJETIVO:** Poner de manifiesto los problemas asociados a la utilización de las pulseras identificativas en aquellos pacientes que por su patología presentan edemas en miembros superiores.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo y cualitativo, a través de la imagen, de de los problemas asociados a la utilización de pulseras identificativas. La procedencia de los casos fue de Atención especializada, ingresada en una unidad de Medicina Interna.

**CONCLUSIONES:** Después de observar los problemas asociados a la utilización de este sistema de identificación deberíamos plantearnos la búsqueda de otro tipo de material que no produzcan lesiones ni incrementen la estancia y el tiempo de cuidados.

La revisión del plan nos debe ayudar a garantizar que los servicios prestados sean lo más seguros posible, y que cuando las cosas no vayan bien se reaccione de la forma correcta.

La publicación de los casos negativos en la evaluación de nuestro trabajo tiene que servir para reflexionar sobre la calidad de los mismos.



## CUANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE SE VUELVE EN SU CONTRA

Carvajal Almira, M<sup>º</sup> M; Hernández Albert, A M<sup>º</sup>; Martínez Castillo, C.  
Departamento de Salud nº 20 Elche - Hospital General. Elche

### INTRODUCCIÓN

Dentro de las estrategias de seguridad del paciente propuestas por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2005 se recogen los sistemas de información y registro mediante identificación inequívoca de los pacientes ingresados.

Desde la Conselleria de Sanitat y dentro del Plan de Gestión de la Seguridad del Paciente de la Comunitat Valenciana 2009-2013 se instaura el sistema de pulseras identificativas con datos del paciente incluidas alarmas en cuanto a alergias u otros problemas.



### OBJETIVO

Poner de manifiesto los problemas asociados a la utilización de las pulseras identificativas en aquellos pacientes que por su patología pueden presentar edemas en miembros superiores.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y cualitativo, a través de la imagen, de los problemas asociados a la utilización de pulseras identificativas. La procedencia de los casos fue en pacientes ingresados en la unidad de Medicina Interna del Hospital General de Elche.

#### CASO 1



#### CASO 2



### CONCLUSIONES

- Las pulseras identificativas utilizadas en el Hospital de Elche están realizadas con un material cortante y no flexible.
- La utilización en pacientes con edemas en los miembros superiores provoca diversas lesiones, incrementando el tiempo de cuidados y la estancia hospitalaria, y por tanto, el gasto sanitario.
- Después de observar los problemas asociados a la utilización de este sistema de identificación debemos plantearnos la búsqueda de un material que no produzca estas lesiones.
- La revisión del Plan nos debe ayudar a garantizar que los servicios prestados son lo más seguros posible, y que cuando las cosas no vayan bien se reaccione de la forma correcta.
- La publicación de los casos negativos en la evaluación de nuestro trabajo tiene que servir para reflexionar sobre la calidad del mismo.



**TÍTULO DEL TRABAJO:** *Calidad de cuidados en la reducción de los signos de infección en heridas con retraso de cicatrización*

**AUTORES:** José Luis Giménez Tébar\*; María Jesús Mas Pla\*\*; Africa Elena Moreno Alzamora\*\*.

**LUGAR DE TRABAJO:** \* Responsable de la Unidad Docente e Investigadora sobre UPP del Departamento de Salud de Alicante-HGUA, Unidad de Hospitalización a Domicilio y Profesor Universitario Asociado LOU de la Facultad de Ciencias de la Salud. Dpto de Enfermería. Universidad de Alicante.  
\*\* Hospital General Universitario de Alicante.

**INTRODUCCIÓN:** En heridas con signos clásicos de infección local: eritema de los bordes (color), edema, calor, dolor, mal olor, exudado purulento; y en las que se retrasa su curación debido a la existencia de biofilms bacterianos, es necesario su erradicación para una rápida cicatrización.

**OBJETIVO:** Lograr una reducción de los signos clásicos de infección local y de los biofilms bacterianos en las heridas con retraso de cicatrización, utilizando una solución de polihexanida al 0,1%, y mejorar en su cicatrización.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio descriptivo en 8 pacientes ingresados en nuestra unidad y que se ajustaban a los objetivos del estudio. Se realizó una limpieza de las lesiones, retirando tejido necrótico. En los 8 casos clínicos se utilizó una solución de polihexanida al 0,1% (Prontosan®) para la limpieza y desinfección. Además, añadimos fórmula de gel en todas las curas combinada con el producto de cura elegido para cada caso.

**RESULTADOS:** En los 8 casos en los que se les aplicó el producto se consiguió una evolución favorable. En todos ellos desaparecieron los signos de infección y 3 de ellos cicatrizaron. Los 5 pacientes restantes continúan evolucionando favorablemente.

**CONCLUSIONES:** Prontosan® parece no tener efectos adversos en la curación de las heridas, no interfiere en la formación de tejido de granulación. Respeto la zona perilesional, es incoloro, es indoloro y proporciona mayor confort al paciente.

Demostó eficacia en la eliminación de microorganismos gracias a un efecto fisicoquímico selectivo.

Es compatible con la utilización de otros productos (apósitos secundarios).



## CALIDAD DE CUIDADOS EN LA REDUCCIÓN DE LOS SIGNOS DE INFECCIÓN EN HERIDAS CON RETRASO DE CICATRIZACIÓN

Autores: José Luis Giménez Tébar\*; María Jesús Mas Pla\*\*; África Elena Moreno Alzamora\*\*.

\* Responsable de la Unidad Docente e Investigadora sobre UPP del Departamento de Salud de Alicante-HGUA, Unidad de Hospitalización a Domicilio y Profesor Universitario Asociado LOU de la Facultad de Ciencias de la Salud. Depto de Enfermería. Universidad de Alicante.  
\*\* Hospital General Universitario de Alicante.

### Introducción

En heridas con signos clásicos de infección local: eritema de los bordes (color), edema, calor, dolor, mal olor, exudado purulento; y en las que se retrasa su curación debido a la existencia de biofilms bacterianos, es necesario su erradicación para una rápida cicatrización.

### Objetivos

Lograr una reducción de los signos clásicos de infección local y de los biofilms bacterianos en las heridas con retraso de cicatrización, utilizando una solución de polihexanida al 0,1%, y mejorar en su cicatrización.

### Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo en 8 pacientes ingresados en nuestra unidad y que se ajustaban a los objetivos del estudio. Se realizó una limpieza de las lesiones, retirando tejido necrótico. En los 8 casos clínicos se utilizó una solución de polihexanida al 0,1% (Prontosan®) para la limpieza y desinfección. Además, añadimos fórmula de gel en todas las curas combinada con el producto de cura elegido para cada caso.

### CASOS CLÍNICOS



### Resultados

En los 8 casos en los que se les aplicó el producto se consiguió una evolución favorable. En todos ellos desaparecieron los signos de infección y 3 de ellos cicatrizaron. Los 5 pacientes restantes continúan evolucionando favorablemente.

### Conclusiones

1. Prontosan® parece no tener efectos adversos en la curación de las heridas, no interfiere en la formación de tejido de granulación.
2. Respeta la zona perilesional, es incoloro, es indoloro y proporciona mayor confort al paciente.
3. Demostró eficacia en la eliminación de microorganismos gracias a un efecto fisicoquímico selectivo.
4. Es compatible con la utilización de otros productos (apósitos secundarios).

### Referencias:

1. Eddine A, Sere N. Eficacia de un gel de polihexanida al 0,1%. Evaluación clínica frente a las recomendaciones de limpieza y desbridamiento del parosip y la alga en el control de la carga bacteriana en heridas crónicas. *RIE* 2008; vol.30(1):247-252.
2. Martínez P. La limpieza de la herida: ¿más imprescindible en el cuidado de las UPP. *Uso Clínico* 2006; 3: 6-11.
3. Martínez F, López J.B. Uso del Prontosan® en el cuidado de UPP. *Uso Clínico* 2006; 4: 6-9.
4. Sere N. Tratamiento y prevención de la infección en úlceras crónicas. *Uso Clínico* 2006; 4: 13-19.
5. Estreus A et al. *Consensus recommendations on Polyhexanide*. April 2004. *Int J Med* 2004; 29(3):145-157.
6. Eddine A. Características del material. *Uso Clínico* 2006; 4: 13-19.
7. Dieckhoff T, Krennshauer C. Evaluation of case reports on the benefits of application and tolerability and combinability of Prontosan. 2004.



**TÍTULO DEL TRABAJO:** *“Diseño de un instrumento para la evaluación global de la calidad de las historias clínicas”*

**AUTORES:** Abellán García Clara, Domingo Pozo Manuela, Mena Esquicias Luis, Mayor Amoros Jose Antonio, et al. Miembros Comisión Historias Clínicas

**LUGAR DE TRABAJO:** Unidad de Calidad HGUA

**INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN:** La H. C. constituye una fuente de datos, establece la relación médico-enfermera-paciente, sirve como documento medico legal, es una fuente de referencia para investigaciones y su información refleja la calidad de la asistencia.

**OBJETIVO:** Elaborar un instrumento para garantizar la unificación de criterios en la evaluación global de Historias Clínicas en el H. G. U. de Alicante basado en el “Manual para la acreditación de organizaciones y prácticas sanitarias” modelo INACEPS.

**MÉTODO:**

1ª Fase: Elaboración base de datos que recoja información basada en el “Manual para la acreditación de organizaciones y prácticas sanitarias” modelo INACEPS que consta de varias secciones: valoración de los criterios esenciales y la calidad del contenido con dos variables: identificación del paciente y condición del paciente. Los criterios de calidad se puntuará 1y 0 según la cumplimentación de los mismos. La suma total de los criterios en cada sección se reparte proporcionalmente en 5 valoraciones clasificadas como: excelente, muy bueno, bueno, regular y malo.

2ª Fase: se procedió a comprobar la validez y confiabilidad del instrumento entre varios observadores y con la auditoria de 925 Historias Clínicas.

**RESULTADOS:** El instrumento obtenido es una hoja EXCEL con 83 criterios agrupados en dos secciones: criterios esenciales y calidad del contenido. La calidad del contenido contiene 2 tipos de variables: la identificación del paciente y de condición del paciente. La condición del paciente está dividida en las secciones de paciente atendido en urgencias sin ingreso, en situación de ingreso, quirúrgico, alta y atendidos en consultas externas. Cada sección es clasificada a través de una escala likert de 5 puntos (excelente, muy bueno, bueno, regular y malo) por su grado de calidad de cumplimentación. Tras la aplicación del instrumento, para su validación, se realizó una 1ª auditoria de 195 Historias Clínicas, incorporándose diversas modificaciones que aumentaron el grado de comprensión de los items.

**DISCUSIÓN:** Los resultados obtenidos en las auditorias son satisfactorios. Ha demostrado el estado de la Historia Clínica en el hospital obteniendo buenas valoraciones en un elevado porcentaje de los servicios y unidades. Este instrumento ha servido para valorar cada uno de los episodios de la misma, así



como para los diferentes servicios y unidades. Localiza deficiencias en el estado de la Historia Clínica hospitalaria. Posibilita subsanar posibles desviaciones encontradas en determinados servicios y documentos. Facilita la labor de los auditores y da homogeneidad y unificación en los criterios de evaluación.

## DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS



La historia clínica constituye una fuente de datos insustituible, es un instrumento legal y su contenido posee un alto valor, es un instrumento fundamental, establece la relación médico-enfermera-paciente, sirve como documento medico legal, es una fuente de referencia para investigaciones y su información refleja la calidad de la asistencia.



La Comisión de Historias Clínicas realizaba auditorías anualmente de criterios concretos: consentimiento informado, informe de alta.



Era necesario aplicar homogeneidad y unificación en los criterios de evaluación.



### OBJETIVO

Elaborar un instrumento para garantizar la unificación de criterios en la evaluación global de Historias Clínicas en el H. G. U. de Alicante basado en el "Manual para la acreditación de organizaciones y prácticas sanitarias" modelo INACEPS.

### MÉTODO

1ª FASE: Base datos que recoja información modelo INACEPS que consta de varias secciones:

2ª FASE

Valoración de criterios esenciales y calidad contenido

Identificación del paciente y condición del paciente

Los criterios de calidad se puntúan 1 y 0 según la cumplimentación

Validez y confiabilidad del instrumento: Auditoría 925 H. C.

### RESULTADOS

EXCEL, con 83 criterios agrupados en diez secciones: criterios esenciales y calidad del contenido.

La calidad del contenido contiene 2 tipos de variables: la identificación del paciente y la condición del paciente.

La condición del paciente se divide en las secciones: atención en urgencias del hospital, en Atención de ingreso, quirófanos, día y madrugada en Consultas externas

Cada sección se clasifica con escala de Likert de 3 puntos: excelente, muy bueno, bueno, regular y malo por su grado de calidad de cumplimentación.

Tras la aplicación del instrumento, se realizó mediante una auditoría de 195 H. C.



### DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

- Ha demostrado el estado de la H. C.
- Ha servido para valorar cada uno de los episodios de la H. C. por servicios.
- Localiza deficiencias en el estado de la H. C.
- Posibilita subsanar posibles desviaciones encontradas en determinados Servicios y documentos.
- Facilita la labor de los auditores.
- Da homogeneidad y unificación en los criterios de evaluación.

#### AUTORES:

\*Abellán-García C., Domingo-Pozo M., Mena L., Mayor JA., et al. Miembros Comisión Historias Clínicas



**TÍTULO DEL TRABAJO:** *Fomentar los cuidados de enfermería en el traslado interno de pacientes del HGUA.*

**AUTORES:** Alemañ Santos, Virginia (1); González Sánchez, Inés (2); Pérez Useros, Francisco Manuel (3); Chaves Muñoz-Alcón, Isabel (3); Toboso González, Pilar (3); Burguera Anguiano, M<sup>a</sup> Victoria (3); Martínez Cutanda, Josefa (3); Milán Navarro, Francisca (3).

**LUGAR DE TRABAJO:** (1)Enfermera Máster, Supervisora General del HGUA; (2)Enfermera Máster, Supervisora General del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA); Profesora Asociada de la Universidad Cardenal Herrera CEU de Elche. (3) Supervisora General del HGUA.

**JUSTIFICACIÓN:** El Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), desde hace unos años lleva trabajando la Dirección por Objetivos, en un intento de innovación en la actividad, calidad y eficiencia en la prestación de cuidados. El equipo de Supervisores Generales recibimos aportaciones, por parte del personal de Enfermería de Hospitalización, sobre las condiciones en que llegaban los pacientes desde las diferentes áreas de urgencias, planteándonos, evaluar y garantizar la seguridad del paciente en todos los procesos asistenciales, monitorizando la continuidad de cuidados desde las diferentes áreas de urgencias a las unidades asistenciales a donde ingresa dicho paciente.

**OBJETIVO GENERAL:** Monitorizar la continuidad de cuidados en el traslado interno de los pacientes de todas las áreas de urgencias a las diferentes unidades de hospitalización

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Evaluar el correcto cumplimiento en el traslado de los pacientes
- Garantizar la continuidad de los cuidados en un ambiente de seguridad y bienestar para el paciente

**MATERIAL Y METODO:** Realizamos un estudio observacional, descriptivo de corte longitudinal, durante el periodo comprendido entre los meses de Enero y Diciembre del 2010.

Tras la evaluación del objetivo del pasado ejercicio, vemos la necesidad de realizar modificaciones en los registros, como son:

- 1.- Elaboramos una hoja de registro unificada para todas las áreas de urgencias.
- 2.- La supervisora general realiza la evaluación del procedimiento de ingreso, en compañía de la enfermera que recibe al paciente, firmando ambas dicho registro.
- 3.- Para minimizar los posibles sesgos, se decide que solo sean dos supervisoras generales quienes hagan la evaluación realizándose todas in situ. El protocolo, ha sido validado por la Dirección de Enfermería. El procedimiento de Criterios de Valoración al Ingreso (PCVI), de todas las áreas, adulto, pediátrico y toco-ginecológico consta de 11 Ítems. La población del estudio es censal, incluyendo a todo el personal de Enferme-

ría (Enfermeras, Auxiliares y Matronas) de las diferentes áreas estudiadas, con un total de N= 155 profesionales. Así como una muestra científicamente representativa de N=108 pacientes de URG, N=21 niños de UPD y 38N= pacientes de GIN, que se extrae de los ingresos realizados desde el área de URG, UPD y GIN a hospitalización en el año 2009.

En el mes de abril realizamos una auditoria, del 35% de la muestra, a fin de detectar el grado de cumplimiento así como los posibles errores y quejas por todas las partes implicadas, para poder adoptar las medidas correctoras oportunas.

En la Recogida de datos: se evalúa el Porcentaje de cumplimentación del PCVI, turno de trabajo y firma de la enfermera de la realización del procedimiento.

**RESULTADOS:** Para un mejor análisis de los resultados lo dividimos en las tres áreas estudiadas:

#### ***Pacientes Pediátricos***

De un total de 21 evaluaciones, 18 pacientes tenían todos los criterios correctamente realizados y 3 incorrectos que son: la correcta fijación de sueroterapia, portar tracción y haber sido informado por el personal de enfermería del ingreso en hospitalización. Obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 85,71%

#### ***Pacientes adultos***

Hemos realizado un total de 108 evaluaciones de los cuales 88 pacientes tenían todos los criterios correctamente aplicados y 20 de forma incorrecta, entre los que destaca, la deficiente fijación de sueroterapia e historia completa. Obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 81,48%

#### ***Pacientes de Toco-Ginecología***

Se efectuaron 38 evaluaciones de los cuales 31 tenían todos los criterios correctamente realizados y 7 con una aplicación incorrecta, destacando como no realizada, la higiene de cama en 13,16% de los pacientes y obteniéndose un grado de cumplimiento del 81,57%

#### **CONCLUSIONES:**

- En general se observa un alto porcentaje de cumplimentación.
- Tras la comparación de resultados con ejercicios anteriores observamos:
  - Un aumento significativo en el área de toco-ginecología que ha pasado de un 56% al 81,57%,
  - La pediátrica se mantiene con 85,71%
  - y el área de urgencias generales disminuye en un 6,98%, debido a un deterioro en los procedimientos enfermera, quedando con un porcentaje del 81,48%
- No se ven diferencias, significativas, respecto al turno de trabajo.
- El personal de las unidades de hospitalización, verbalizan el incremento en las mejoras higiénicas del paciente procedente de urgencias generales.

- Si tuviéramos que hacer una valoración de nuestro trabajo en los últimos años, bajo la línea de DPO, podíamos acoger lo que comentaba Weihrich: “Comenzó como una filosofía, muy pronto se convirtió en un elemento para evaluar el desempeño, después en una forma para integrar objetivos individuales y organizacionales, y ahora también es parte de la planeación estratégica. Convirtiéndose en un sistema de administración y de trabajo, alcanzando una productividad efectiva y verdadera”.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Protocolo del servicio de continuidad de cuidados de Enfermería entre ámbitos asistenciales; Dirección General de Programas Asistenciales Servicio Canario de la Salud
- 2.- Potter/ Perry. “Proceso de Enfermería y dolor”. Fundamentos de Enfermería. Mosby 2000: 760-785.
- 3- Juan Pedro Batrés. La continuidad de cuidados a través de las comisiones mixtas de Enfermería de Atención Primaria y Especializada. Comunicación primer congreso FAECAP.2002.
- 4.- Mejías Martín, Y; Quero Rufián, A; y otros; Alta de los pacientes ingresados en la unidad de agudos de salud mental de Granada. 2005. Disponible: [[www.anesm.net/anesm/descargas/\\_congresos\\_premiocaceres2.doc](http://www.anesm.net/anesm/descargas/_congresos_premiocaceres2.doc)] visitado el (01/04/2011)
- 5.- Rivard, C. Modelo conceptual en cuidados de enfermería, Barcelona, Escuela de Enfermería-Universidad de Barcelona, 1994.
- 6.- Dochterman, Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta edición. Elsevier España, S.A. 2005
- 7.- Moorhead, Johnson, Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Tercera edición. Elsevier España, S.A. 2005.
- 8.- Carpenito, L.J.: Planes de cuidados y documentación de enfermería: Registros de los cuidados de enfermería. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1994. Pág 25-27.
- 9.- Luis, M.T., Fernández, C. y Navarro M.T.: De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 20 edición. Masson. 2000.
- 10.- Cibanal Juan, L. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Barcelona: Doyma, D. L. 1991. p.163-166.
- 11.- Latorre A. La investigación acción y el cambio organizacional. En: Joaquín G, Carme A. Estrategias de formación para el cambio organizacional. Barcelona: EDO; 2003. p.28-63.

# FOMENTAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRASLADO INTERNO DE PACIENTES DEL HGUA.



El Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), trabaja la Dirección por Objetivos, en un intento de innovación en la actividad, calidad y eficiencia en la prestación de cuidados.



Los Supervisores Generales recibimos, por parte del personal de Enfermería de Hospitalización, aportaciones sobre las condiciones de los pacientes que ingresan desde las diferentes áreas de urgencias, planteándonos, evaluar y garantizar la seguridad del paciente en todos los procesos asistenciales.



## OBJETIVO GENERAL

• Monitorizar la continuidad de cuidados en el traslado interno de los pacientes de todas las áreas de urgencias a las diferentes unidades de hospitalización

## MATERIAL Y METODO

Tras la evaluación de resultados del pasado ejercicio, realizamos modificaciones:

- 1.- Elaboramos una hoja de registro unificada (PCVI) para todas las áreas de urgencias.
- 2.- La evaluación del procedimiento de ingreso, la efectuarán conjuntamente la supervisora general y la enfermera de unidad, firmando ambas dicho registro.
- 3.- Minimizar sesgos, evaluarán dos Supervisoras Generales, se harán todas in situ.

Estudio observacional, descriptivo de corte longitudinal, en el período comprendido de Enero a Diciembre del 2010

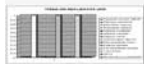
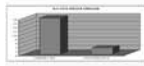
El procedimiento de Criterios de Valoración al ingreso (PCVI), de todas las áreas, adulto, pediátrico y toco-ginecológico consta de 11 ítems

La población a estudio es censal. Incluye todo el personal de Enfermería de las diferentes áreas, con un total de N= 155 profesionales. Así como una muestra de N=106 pacientes de URG, N=21 niños de LPD y 38N+ pacientes de GIN

## RESULTADOS

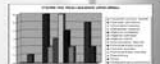
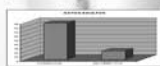
### Pacientes Pediátricos

De 21 evaluaciones, 18 correctamente realizadas y 3 incorrectas, siendo la incorrecta fijación de suero/terapia. No por falta de información del ingreso en hospitalización. Obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 85,71%



### Pacientes Adultos

De 108 evaluaciones, 88 tenían todos los criterios correctamente aplicados y 20 incorrectos. Destaca la deficiente fijación de suero/terapia e historia incompleta, con un porcentaje de cumplimiento del 81,48%



### Pacientes Toco-Ginecológicos

De 38 evaluaciones, 31 tenían todos los criterios correctamente realizados y 7 con una aplicación incorrecta. Destaca la deficiente fijación de cama en un 13,16% de los pacientes. Con un cumplimiento del 81,57%



## CONCLUSIONES

En general se observa un alto porcentaje de cumplimentación

Tras la comparación de resultados con ejercicios anteriores observamos:

Un aumento significativo en el área de toco-ginecología que ha pasado de un 56% al 81,57%.

la pediátrica se mantiene con 85,71%

y el área de urgencias generales disminuye en un 6,98%, debido a un deterioro en los procedimientos enfermería, quedando con un porcentaje del 81,48%

\*El objetivo general de la investigación se cumplió en la mayoría de los criterios, lo que indica que se está mejorando la calidad de los cuidados de enfermería.

\*Comenzó como una filosofía, muy pronto se convirtió en un elemento para evaluar el desempeño, después en una forma para integrar objetivos individuales y organizacionales, y ahora también es parte de la planificación estratégica. Convirtiéndose en un sistema de administración y de trabajo, alcanzando una productividad efectiva y verdadera\*.

Autores: Alemañ Santos, Virginia<sup>(1)</sup> González Sánchez, Inés<sup>(2)</sup> Pérez Useros, Francisco Manuel<sup>(3)</sup> Chaves Muñoz-Alcón, Isabel<sup>(3)</sup> Toboso González, Pilar<sup>(3)</sup> Burguera Angulano, M<sup>a</sup> Victoria<sup>(3)</sup> Martínez Cutanda, Josefa<sup>(3)</sup> Milán Navarro, Francisca<sup>(3)</sup>  
 (1) Enfermera Máster, Supervisora General del HGUA, (2) Enfermera Máster, Supervisora General del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA); Profesora Asociada de la Universidad Cardenal Herrera CEU de Elche. (3) Supervisora General del HGUA.

**TÍTULO DEL TRABAJO:** *Indicadores de adhesión a la restricción de líquidos en pacientes hemodializados: ganancia diaria de peso y conducta referida*

**AUTORES:** Carmelo Iborra Moltó; Montserrat Sanchez Soto; Sofía López Roig; Gema Álvarez del Pino; M<sup>a</sup> Angeles Pastor Mira

**INTRODUCCIÓN:**

Los pacientes tratados con hemodiálisis, requieren el cumplimiento de una serie de pautas farmacológicas, dietéticas y de control de fluidos. La adhesión al tratamiento es importante tanto a corto como a largo plazo, ya que evita complicaciones intradiálisis y repercute directamente sobre la calidad de vida de los pacientes. La restricción de líquidos es uno de los objetivos prioritarios para mantener la salud de los pacientes y uno de los indicadores objetivos de adhesión más importantes. Por otra parte, el análisis de la conducta frente a la restricción de líquidos, la intención de realizarla y el control percibido sobre esta conducta, es fundamental para desarrollar estrategias dirigidas a mejorar la adhesión.

**OBJETIVOS:** Describir dos indicadores de adhesión: la ganancia diaria de peso (IWG) como medida objetiva y la conducta referida (CR) como medida subjetiva.

Comparar ambos indicadores y analizar el nivel de predicción de la intención y el control percibido dentro de la teoría de la acción planeada (TAP).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se ha realizado un diseño longitudinal durante cuatro meses con tres momentos de medida. En el momento T1 se mide IWG-1; CR-1, la intención (I) y el control percibido (PCB); en T2 se mide IWG-2 y CR-2; y en T3 se mide IWG-3 y CR-3. La muestra está formada por 154 pacientes tratados con hemodiálisis de los que el 66,5% son varones. La media de edad fue de 65,8 (SD=13,8) años. La participación en el estudio fue voluntaria y el principal criterio de inclusión fue tener una diuresis residual < 300 ml/24horas. La IWG se tomo de las gráficas de tratamiento y para evaluar la conducta subjetiva, la intención y el control percibido se elaboró un cuestionario, el cual fue pasado por tres entrevistadores ajenos al estudio. Las pruebas estadísticas utilizadas son descriptivas, correlaciones y análisis de regresión múltiple.

**RESULTADOS:** Se muestra una alta correlación entre IWG-1 y CR-1 ( $r=-.471$ ;  $p<0,001$ ); IWG-2 y CR-2 ( $r=-.605$ ;  $p<0,001$ ); IWG-2 y CR-3 ( $r=-.584$ ;  $p<0,001$ ). La Intención de realizar la conducta y el control percibido, son predictores de IWG-2 ( $\beta=-.18$ ;  $p<0.01$ ); ( $\beta=.27$ ;  $p<0.001$ ); ( $R^2=.12$ ) respectivamente y de IWG-3 ( $\beta=-.19$ ;  $p<0.01$ ); ( $\beta=.27$ ;  $p<0.001$ ); ( $R^2=.13$ ). La Intención y el control percibido, también son predictores de la conducta referida CR-2 ( $\beta=.31$ ;  $p<0.001$ ); ( $\beta=.31$ ;  $p<0.001$ ); ( $R^2=.24$ ) respectivamente y de CR-3 ( $\beta=.29$ ;  $p<0.001$ ); ( $\beta=.36$ ;  $p<0.001$ ); ( $R^2=.22$ ).

**CONCLUSIONES:** Las altas correlaciones entre las conductas medidas, sugieren una alta fiabilidad sobre la adhesión informada a la restricción de líquidos. La intención y el control percibido, muestran buena predicción sobre la conducta de adhesión a la restricción de líquidos. Las intervenciones podrían basarse en la teoría de la acción planeada dirigidas a incrementar la adhesión a la restricción de líquidos.

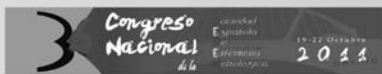
**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.-Denhaerynck, K. Dobbels, F. Cleemput, I. Desmyttere, A. Schafer-Keller, P. Schaub, S. De Geest, S. Prevalence, consequences, and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: A literature review. *Transplant International*. 2005,18. 1121-1133.
- 2.-Kimberly Smith, Melinda Coston, Kimberly Glock, Tom A. Elasy, Kenneth A. Wallston, T. Alp Ikizler, Kerri L. Cavanaugh. Patient Perspectives on Fluid Management in Chronic Hemodialysis, *Journal of Renal Nutrition*. Sep. 2010. Volume 20, Issue 5, Pages 281-350 (September 2010)
- 3.-Sezer S, Ozdemir FN, Arat Z, Perim O, Turan M, Haberal M. The association of interdialytic weight gain with nutritional parameters and mortality risk in hemodialysis patients. *Ren Fail*. 2002 Jan;24(1):37-48.
- 4.-Vlaminck H, Maes B, Jacobs A, Reyntjens S, Evers G. The dialysis diet and fluid non-adherence questionnaire: validity testing of a self-report instrument for clinical practice. *J Clin Nurs*. 2001 Sep;10(5):707-15.



Carmelo Iborra Moló\*  
 Montserrat Sánchez Soto\*  
 Sofía López-Roig\*\*  
 Gema Álvarez del Pino\*  
 M<sup>a</sup> Ángeles Pastor Mira\*\*

\*Unidad Hemodilísis, Clínica Vistahermosa Alzavate  
 \*\* Universidad Miguel Hernández



**INDICADORES DE ADHESIÓN A LA RESTRICCIÓN DE LÍQUIDOS EN PACIENTES HEMODIALIZADOS: GANANCIA DIARIA DE PESO Y CONDUCTA REFERIDA**

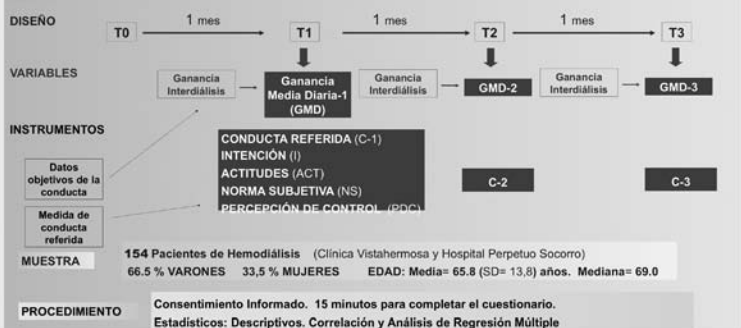
**INTRODUCCIÓN**

• Los pacientes tratados con hemodilísis, requieren el cumplimiento de una serie de pautas farmacológicas, dietéticas y de control de fluidos.  
 • La adhesión al tratamiento es importante tanto a corto como a largo plazo, ya que evita complicaciones intradiálisis y repercute directamente sobre la calidad de vida de los pacientes.  
 • La restricción de líquidos es uno de los objetivos prioritarios para mantener la salud de los pacientes y uno de los indicadores objetivos de adhesión más importantes.  
 • El análisis de la conducta frente a la restricción de líquidos, la intención de realizarla y el control percibido sobre esta conducta, es fundamental para desarrollar estrategias dirigidas a mejorar la adhesión.

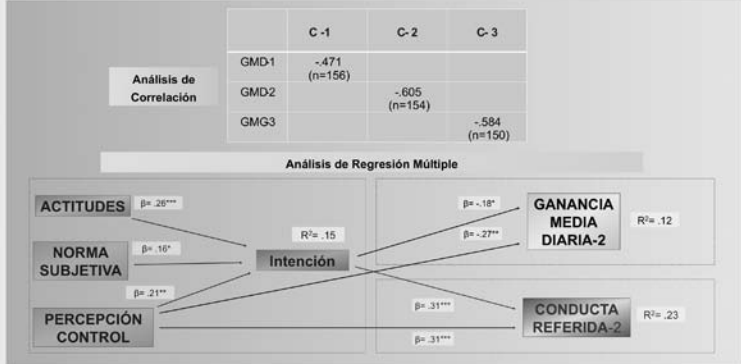
**OBJETIVO**

• Analizar el nivel de predicción de la intención y el control percibido dentro de la teoría de la acción planeada (TAP) sobre la restricción de líquidos.

**MÉTODOS**



**RESULTADOS**



**CONCLUSIONES**

Las altas correlaciones entre las conductas medidas, sugieren una alta fiabilidad sobre la adhesión informada a la restricción de líquidos. La intención y el control percibido, muestran buena predicción sobre la conducta de adhesión a la restricción de líquidos. Las intervenciones dirigidas a incrementar la adhesión a la restricción de líquidos podrían basarse en la teoría de la acción planeada.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Dimitrakopoulos, K., Dobson, F., Chertow, J., Desmireaux, A., Schaller-Keller, P., Schaub, S., De Zeeuw, D. Prevalence, consequences, and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: A literature review. *Transplant International*, 2005, 18, 1127-1132.  
 2. Kimberly Smith, Malinda Cozart, Kimberly Clock, Tom A. Easley, Kenneth A. Wallston, T. Alp Akinci, Kent L. Cavanaugh. Patient Perspectives on Fluid Management in Chronic Hemodialysis. *Journal of Renal Nutrition*, Sep. 2010, Volume 20, Issue 5, Pages 281-300.  
 3. Saez S, Ozdemir FN, Aral Z, Perin O, Turan M, Haberal M. The association of interdialytic weight gain with nutritional parameters and mortality risk in hemodialysis patients. *Ren Fail*. 2002 Jan;24(1):37-48.  
 4. Vlasnick H, Mann B, Jaccia A, Ropler S, Erwin G. The analysis diet and fluid non-adherence questionnaire: validity testing of a self-report instrument for clinical practice. *J Clin Nurs*. 2011 Sep;22(9):1027-35.





## **ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA**



## **CUENTO DE CUALQUIER MOMENTO**

M<sup>a</sup> Isabel García Murcia

*Enfermera del la UDCA*

---

Este es el título de la pequeña obra de teatro que vamos a representar este año en las Jornadas de Enfermería y que tiene mucho que ver con el título de las mismas, impulsando estrategias y como cada año con un toque de humor. Es una pequeña pincelada sobre lo que puede significar para un servicio plantear, establecer y posteriormente poner en práctica estrategias adecuadas para poder solucionar problemas, comunicarnos con los demás o cuidar de ellos, tanto a nivel personal como colectivo, dentro de nuestro trabajo o en nuestra vida privada.

A lo largo de nuestra vida podemos percibir que determinadas actuaciones espontáneas nos revelan que algo estamos haciendo bien, suele pasar en la comunicación con los demás y depende de la personalidad del individuo pero, esto hay que plantearlo y ponerlo en común con el resto del equipo. Hay que conocer las necesidades que tenemos para poder establecer estrategias. La labor de equipo es lo que hace que se consigan los objetivos. Es muy satisfactorio ver los resultados.

En la obra hay una escena donde el equipo es sabedor de un problema, plantea un objetivo, establece una estrategia y ve posteriormente el resultado.

Al escribir y actuar hay un objetivo muy claro; incluir un cambio en nuestra vida durante un corto periodo de tiempo. La actividad diaria continúa, pero empieza el cosquilleo, las risas, los nervios del que sabe que tiene un papel extra en su vida y al final lo tiene que exponer delante de mucha gente, es el día del estreno y pensándolo bien, no deja de ser una estrategia para que tanto nosotros como nuestros compañeros pasemos un rato agradable.

