

XVI JORNADAS DE ENFERMERÍA
SOBRE TRABAJOS CIENTÍFICOS

**“INTEGRACIÓN ASISTENCIAL:
SALUD, SATISFACCIÓN Y SOSTENIBILIDAD ”**
“20 AÑOS DE UHD EN ALICANTE”

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Gráficas Estilo - Alicante
Distribuye: IMTEXMA - Alicante.
I.S.B.N.: en trámite
Depósito Legal: en trámite

Alicante, 19 y 20 de Noviembre de 2010

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)*



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT



**AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT**



**CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA (CECOVA)**

**COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
DE ALICANTE**



**FUNDACIÓN
PARA LA INVESTIGACIÓN**

Hospital General Universitario de Alicante

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
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	22
9. PREMIOS	37
10. ENTIDADES COLABORADORAS Y EXPOSICIÓN COMERCIAL ..	38
11. CONFERENCIA DE CLAUSURA	39
12. MEMORIA XV JORNADAS DE ENFERMERÍA	43
<hr/>	
- MESA REDONDA	57
- MESA DE COMUNICACIONES LIBRES 1	81
- MESA DE COMUNICACIONES LIBRES 2	123
- MESA DE EXPERTOS	211
- ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA	225
- MESA DE COMUNICACIONES LIBRES 3	229
- MESA DE COMUNICACIONES LIBRES 4	275
- CARTELES CIENTÍFICOS	331

1. PRESENTACIÓN

En los últimos años la Consellería de Sanitat, a través de la Agencia Valencia de la Salud, ha apostado por la integración asistencial como estrategia de mejora del servicio que se presta a los ciudadanos al tiempo que está logrando una evidente satisfacción también en los profesionales logrando una mejor coordinación a la hora de atender los procesos.

Es mas que evidente que las complejas organizaciones sanitarias que tienen encomendada la asistencia, principalmente Centros de Salud y Hospitales, por si mismas no se coordinan y es necesario el liderazgo personal que permite establecer mecanismos para que el conjunto de actividades consigan el resultado esperado.

Así, podemos constatar que en muchos Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana los deseos de compartir información y acciones entre Atención Primaria y la Hospitalaria han dado paso a hechos concretos que se materializan en una mejor asistencia. El paciente debe recibir la atención a su Salud en el mejor lugar y momento posible y por ello los recursos sanitarios deben estar donde mejores resultados proporcionen y con preferencia a los que mejor se coordinen.

A las iniciativas propias de la Consellería debemos sumar aquellas otras promovidas desde los Departamentos de Salud. En concreto en nuestro Departamento de Salud de Alicante. Hospital General, en el área de Enfermería tenemos ya en marcha los siguientes:

- Modelo Integrado de Atención Domiciliaria (MIAD)
- Enfermería de Gestión Comunitaria.
- Enfermería de Continuidad Hospitalaria.
- Elaboración de informes de continuidad de cuidados en entorno Abucasis.
- Continuidad de cuidados en manejo de reservorios, etc..

El esfuerzo que conlleva esta integración asistencial recompensa ampliamente ya que nuestros pacientes han constatado la mejora evidente en términos de salud, han manifestado a través de las encuestas de opinión su satisfacción y sabemos que contribuirá a la sostenibilidad del sistema sanitario ya que optimiza los recursos.

En estas XVI Jornadas de Enfermería pretendemos dar a conocer nuestras iniciativas de integración asistencial al tiempo que queremos acercarnos a aquellas otras que cumplan los requisitos ya mencionados de salud, satisfacción y sostenibilidad.

Como siempre, los Comités se esfuerzan para que este tradicional foro de encuentro anual sea el marco idóneo donde promover y compartir proyectos, experiencias, iniciativas y el trabajo diario de tantos profesionales. Los miembros de los Comités son en si mismos un claro ejemplo de una iniciativa de integración asistencial ya que Primaria y Hospitalaria se amalgama hasta formar un grupo humano cohesionado y sólido que une esfuerzos para una meta común.

En su nombre, les doy mi más calida bienvenida a estas XVI Jornadas de Enfermería.

MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ MOLINA

Presidente XVI Jornadas de Enfermería

2.

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer iniciativas de integración asistencial.
2. Identificar campos de actuación de enfermería que redunden en la salud y satisfacción de los pacientes.
3. Concienciar a los profesionales para trabajar desde un enfoque basado en la sostenibilidad del sistema sanitario.
4. Divulgar los trabajos científicos y experiencias que supongan mejorar la calidad de los cuidados.
5. Exponer los resultados tras 20 años de andadura de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria en la provincia de Alicante.

3. COMITÉ DE HONOR

Honorable Sr. D. Manuel Cervera Taulat
CONSELLER DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Honorable. Sr. D. Luis Rosado Bretón
SECRETARIO AUTONÓMICO DE SANITAT.
DIRECTOR GERENTE DE LA AGENCIA

Ilmo. Sr. D. Alfonso Bataller Vicent
SUBSECRETARIO CONSELLERIA DE SANITAT

Ilmo. Sr. D. José Cano Pascual
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

Ilmo. Sr. D. Eloy Jiménez Cantos
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS ECONÓMICOS

Ilma. Sra. Dña. M^a. Luisa Carrera Hueso
DIRECTORA GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA

Ilma. Sra. Dña. Sofía Tomás Dols
DIRECTORA GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

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

Ilma. Sra. Dña. Pilar Ripoll Feliu
DIRECTORA GENERAL DE CALIDAD Y ATENCIÓN AL PACIENTE

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

Ilma. Sra. Dña. Pilar Viedma Gil de Vergara
DIRECTORA GENERAL DE ORDENACIÓN, EVALUACIÓN
E INVESTIGACIÓN SANITARIA

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

Ilmo. Sr. D. José Angel 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. José Martínez Soriano
GERENTE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD. HOSPITAL GENERAL

4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

PRESIDENCIA

D. Miguel Ángel Fernández Molina

Director de Enfermería del H.G.U.A.

VICEPRESIDENCIA

D. José Ramón González González

Director de Enfermería de Atención Primaria

Dña. Asunción Sempere Quesada

Subdirectora de Enfermería del H.G.U.A.

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

Dña. Nieves Izquierdo García

Supervisora de Área

VOCALES:

Dña. Mercedes Segura Cuenca

Dña. M^a Angeles Lillo Hernández

Dña. Belén Payá Pérez

Dña. M^a José Muñoz Reig

Dña. Ana I. Sabater Sala

Dña. Ana Matilde Bellot Bernabé

Dña. Pilar Toboso González

Dña. Bienvenida Pérez Vazquez

Dña. M^a Dolores Tornero Tomás

Dña. Cristina Peydró Navarro

Dña. Clara Chillón Peral

Dña. Catalina Pardo López

Dña. Virginia Alemañ Santos

Dña. Asunción Pérez Andreu

Dña. Carmen Llabata García

Dña. Inés González Sánchez

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

Dña. Mercedes Albaladejo Tello

Adjunta de Enfermería

VOCALES:

Dña. Encarna Mateo López

Dña. M^a Dolores Martín García

Dña. Clara Abellán García

Dña. Francisca Milán Navarro

Dña. Petri Rosell Hergueta

Dña. Josefa Martínez Cutanda

D. Francisco Pérez Useros

D. Fco. Vicente Blanes Compañ

D. Fidel Climent Aragón

Dña. M^a Victoria Burguera Anguiano

Dña. Isabel Chaves Muñoz-Alcón

D. Joaquin García Artero

D. Héctor Terol Royo

D. José Borrell Climent

D. Juan Isidro Jover Rodríguez

Dña. Manoli Domingo Pozo

Dña. Teresa Valdés Menor

GESTIÓN DE RECURSOS

D. Ginés A. Rodríguez Aguilar

Subdirector de Enfermería

SECRETARÍA TÉCNICA

Dña. Fernanda Fernández Gil

Dña. M^a. José Jaén Garrido

Dña. M^a. Dolores Más Planelles



5.1. NORMAS GENERALES

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. 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 XVI 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).

5.2. NORMAS PARA LA PARTICIPACIÓN XVI 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 15 de Octubre de 2010 y que no hayan sido presentados en anteriores ediciones de estas Jornadas. Tendrán preferencia aquellos relacionados directamente con el lema de esta edición: “Integración asistencial: Salud, Satisfacción y Sostenibilidad”

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.

1) NORMAS PARA ENVIAR LOS RESÚMENES.

- El envío de resúmenes se realizará antes del 15 de octubre del 2010, obligatoriamente, a la dirección de correo enfermeria_hgua@gva.es 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.
 - Persona de contacto.
 - Lugar de trabajo
 - Teléfono de contacto.
 - E-mail de contacto.
 - Formato de presentación:
 - COMUNICACIÓN ORAL.
 - CARTEL
 - EXPERIENCIA
- El resumen debe contener, en líneas generales, los siguientes apartados: Objetivos, Métodos, Resultados y Conclusiones o Discusión que deberá incluir las implicaciones para la práctica clínica. La extensión del resumen se adaptará al formato oficial. Se realizará con una extensión máxima de 400 palabras.
- 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. Es conveniente que en el texto figuren expresamente los términos: objetivos, métodos, resultados y discusión, como encabezamiento de los respectivos contenidos.

- Excepcionalmente, se podrán presentar experiencias 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 la dirección de correo electrónico enfermeria_hgua@gva.es, el comité científico enviará al autor un e-mail de recepción indicándole su número de registro.
- Tras la evaluación del comité científico 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 22 de Octubre de 2010; teniendo un plazo máximo de 1 semana (del 22 al 29 de Octubre de 2010) para enviar al comité científico el trabajo completo para su publicación y opción a premio, así como el día y hora de exposición o presentación de sus trabajos.

2) 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 Office 2000 (Windows)
- 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.
- 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.
- **IMPORTANTE:** Para facilitar la organización y ajustarse al programa, se deberá remitir las presentaciones de las comunicaciones a la organización antes del día 15 de noviembre del 2010. Tras esta fecha, no se admitirán cambios en las presentaciones.

3) 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 120cm.

Recomendaciones: incluya solamente el texto imprescindible para que el objetivo, metodología y conclusiones queden suficientemente claros para el lector. Los resultados deberán presentarse preferentemente en gráficos y tablas. Es conveniente aportar unas 50 copias reducidas del cartel para que los interesados puedan llevárselas en caso necesario. Por lo que es importante que se incluya en el cartel una direc-

ción de e-mail de contacto. El día de la exposición se deberá facilitar la documentación sobre el contenido del cartel a los asistentes que la soliciten.

Los carteles serán expuestos durante las Jornadas. La organización se encargará de su colocación. El cartel deberá remitirse a la organización antes del día 16 de noviembre del 2010. Los autores podrán llevarse el cartel al finalizar las Jornadas el día 20 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.

4) PREMIOS.

Los Comités premiarán a seis de los trabajos presentados en las XVI 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 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).

5) PLAZOS.

El plazo máximo para la recepción de resúmenes de trabajos, finaliza el 15 de Octubre de 2010.

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 22 de Octubre de 2010; 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 29 de Octubre 2010.

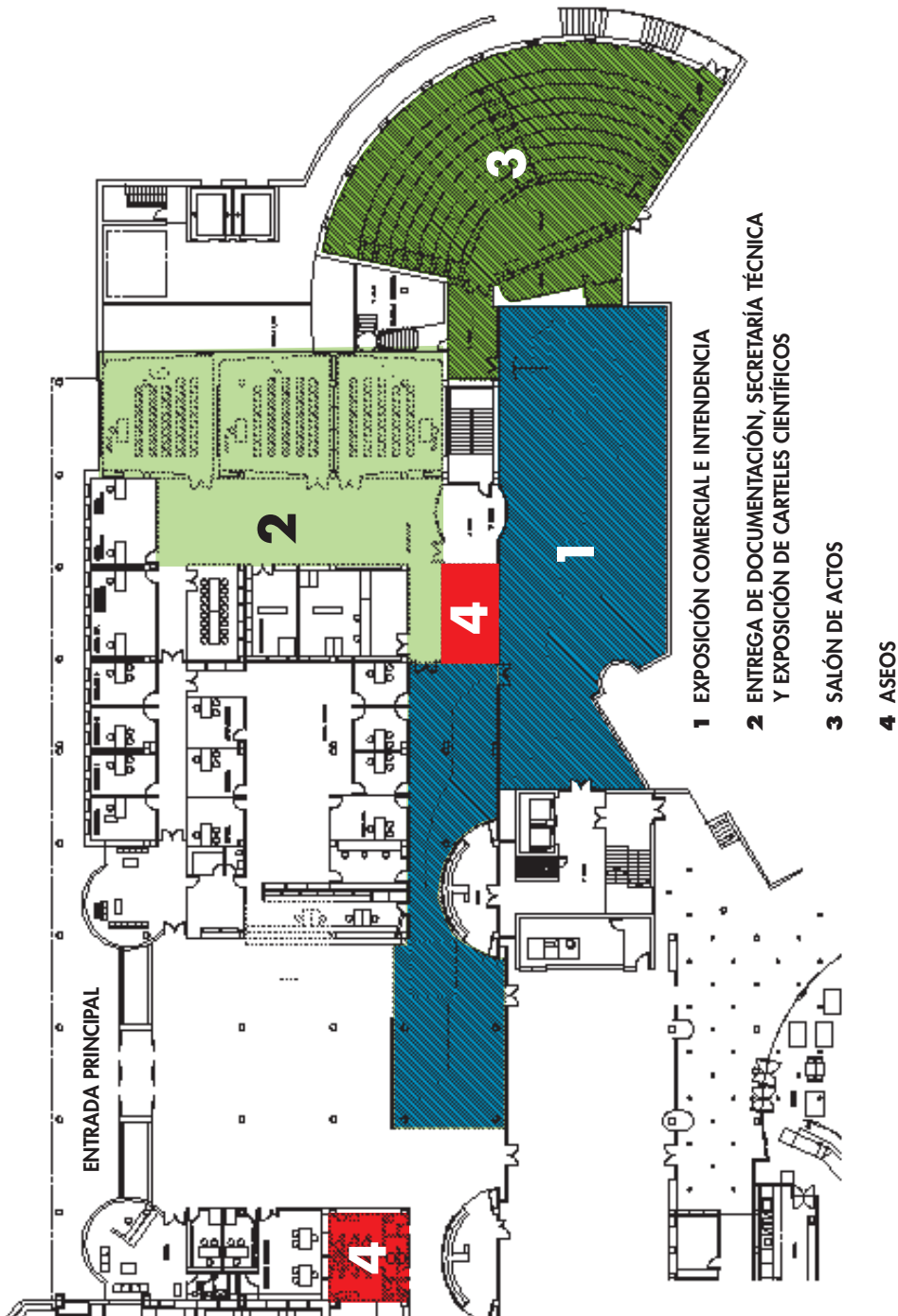
Se deberá remitir por correo electrónico (enfermería_hgua@gva.es) las presentaciones de las comunicaciones antes del día 15 de noviembre del 2010.

El cartel deberá remitirse a la organización antes del día 16 de noviembre del 2010.

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 ADECÚEN A LAS PRESENTES NORMAS.**

6. PLANO DEL ÁREA DE LAS XV JORNADAS



7. PROGRAMA

VIERNES, 19 DE NOVIEMBRE

MAÑANA

8,30 h. Entrega de Documentación.

9,00 h. Bienvenida.

9,15 h. **MESA REDONDA.**

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

Modera:

Dr. D. José Martínez Soriano.

Gerente Departamento Salud Alicante - Hospital General.

Participan:

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 del 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 Garcia. 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”.

10,15 h. Pausa Café y Visita a Posters y Stands Comerciales

10,45 h. **MESA COMUNICACIONES N° 1:**

“Sostenibilidad del Sistema Sanitario”

Modera:

D. Francisco Soriano Cano.

Director Económico del Departamento de Salud Alicante – Hospital General.

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

Expone: 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”.

Expone: Dña. Alicia Sastre Quintano.

Supervisora Unidad. Servicios de Ginecología y Obstetricia. HGUA.

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

Expone: 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”

Expone: Dña. M^a Carmen Prieto Pagán.

Enfermera. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital del Vinalopó de Elche.

Experiencia: “Plan de apertura Hospital del Vinalopó”

Expone: D. José David Zafrilla Martínez.

Director de Enfermería de Departamento Elche-Crevillente.

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

Expone: Dña. M^a Dolores Martín García.

Supervisora de Área. Hospital General Universitario de Alicante.

11,45 h. Debate Mesa Comunicaciones Nº 1.

12,00 h. **ACTO INAUGURAL**

12,30 h. **MESA COMUNICACIONES Nº 2:**

“Salud en los Departamentos Sanitarios”

Modera:

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)”.

Expone: M^a Teresa Ortiz de Saracho Pérez Masgoret.

Enfermera. Unidad de Quemados. Hospital General Universitario de Alicante.

“Nuevas técnicas nuevos retos”

Expone: D. Antonio Soriano Compañ.

Enfermero. Unidad de Yesos Adultos. Consultas Externas. HGUA.

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

Expone: Dña. Cristina Peydró Navarro.

Enfermera. Unidad de Cuidados Intensivos. HGUA.

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

Expone: Dña. M^a Dolores López Agulló.

Auxiliar de Enfermería. Equipo Volante. HGUA.

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

Expone: 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”.

Expone: Dña. Judith Morote Celdrán.

Auxiliar de Enfermería. Servicio de Urgencias Pediátricas. HGUA.

13,30 h. Debate Mesa Comunicaciones Nº 2

14,00 h. Fin sesión mañana.

TARDE

16,15 h. **Mesa Expertos**

Modera:

Dña. Carmen Soriano Compañ.

Supervisora de la UHD del Hospital General Universitario de Alicante.

“20 Años de UHD en Alicante”

Participan:

Dña. Carmen Soriano Compañ.

Supervisora U.H.D. HGUA.

”Presentación, Recuerdo Histórico y primeros pasos”

Dña. Nieves Santacruz Carmona.

Enfermera U.H.D. HGUA.

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

Dña. M^a Luisa Ruiz Miralles.

Enfermera Gestión Comunitaria. Dep. 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. HGUA.

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

17,15 h. Debate Mesa Expertos

17,30 h. Pausa Café y visita a Stands

18,00 h. **Talleres U.H.D.:**

1.- “Cuidados paliativos y sedación Terminal en UHD“.

Dña. Lourdes Granell García

Enfermera UHD del Hospital General Universitario de Alicante.

2.- “Terapia de presión negativa”.

Dña. Mª Angeles Miralles Martorell

Enfermera UHD del Hospital General Universitario de Alicante.

19,30 h. **ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS:**

“Siempre hay un poco de tiempo”

Dña. Mª Isabel García Murcia.

Enfermera UDCA. HGUA.

20,00 h. Fin sesión de Tarde

SÁBADO, 20 DE NOVIEMBRE.

MAÑANA

9,00 h. Mesa Comunicaciones Nº 3:

“Satisfacción de pacientes y profesionales”

Moderadora:

Dña. Mª 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”.

Expone: 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”.

Expone: D. Manuel Fuentes Pérez.

Enfermero. Equipo Volante. Hospital General Universitario de Alicante.

“TCE: Triage y Urgencias”

Expone: Dña. Eva M^a Alonso Narro.

Auxiliar de Enfermería. Servicio de Urología. HGUA.

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

Expone: Dña. M^a José Cuenca Pérez.

Auxiliar de Enfermería. Servicio de Obstetricia. HGUA.

Experiencia: “Quemados puertas abiertas”.

Expone: M^a Teresa Ortiz de Saracho Pérez Masgoret.

Enfermera. Unidad de Quemados. HGUA.

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

Expone: D. Francisco Javier Ballesta López.

Supervisor Hospitalización. Hospital del Vinalopó de Elche.

9,45 h. Debate Mesa Comunicaciones N° 3

10,00 h. **MESA COMUNICACIONES N° 4:**

“Libres”

Modera:

Dña. M^a Teresa Ortiz de Saracho Pérez Masgoret.

Enfermera Quemados HGUA.

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

Expone: D. Guillermo José García Sola.

Enfermero. Servicio de Digestivo. HGUA.

“Tratamiento endovascular en el Ictus Agudo”.

Expone: D. José Vicente Bertomeu Ruiz.

Enfermero. Neurorradiología. Servicio de Radiología. HGUA.

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

Expone: Dña. Inés González Sánchez.

Supervisora General. HGUA.

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

Expone: D. Javier Sánchez Torres.

Supervisor General. Hospital del Vinalopó de Elche.

“Variabilidad de la práctica clínica en enfermería”.

Expone: D. José Fernández de Maya.

Supervisor Hospital de Día y UHD. Hospital del Vinalopó de Elche.

“Tú bebe: sus primeros cuidados”

Expone: Dña. Josefa Martínez Resina.

Enfermera. Servicio de Neonatos. *HGUA*.

11,00 h. Debate Mesa Comunicaciones Nº 4

11,15 h. Pausa Café, y entrega de encuestas, visita a Stands Comerciales

11,45 h **CONFERENCIA DE CLAUSURA**

D. José Joaquín Mira Solves.

Profesor Titular Universidad Miguel Hernández Elche. Dpto. Psicología de la Salud.

“Expectativas y Satisfacción, ¿cómo mejorar?”

12,45 h. Lectura de Conclusiones.

Comunicación Fallo Comité Científico. Entrega de Premios.

13,00 h. Acto de Clausura de las XVI Jornadas de Enfermería

13’30 h. Fin de las Jornadas.

8. TALLERES DE ENFERMERÍA

“CUIDADOS PALIATIVOS Y SEDACIÓN TERMINAL EN UHD”

Lourdes Granell García
Enfermera UHD. HGUA

Dada la alta prevalencia en los últimos tiempos de pacientes terminales que expresan su deseo de morir en casa, se hace imprescindible desarrollar los conocimientos en el proceso de acompañamiento, en la fase de la agonía y en las técnicas o manejo de la sedación en domicilio.

OBJETIVOS GENERALES

- Desarrollar los conocimientos y habilidades en el manejo del paciente agónico en domicilio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Los enfermeros serán capaces de informar a la familia la diferencia entre sedación y eutanasia.
- Los enfermeros serán capaces de distinguir las diferentes fases de la enfermedad: enfermedad avanzada - enfermedad terminal - situación agónica.
- Los enfermeros adquirirán conocimientos acerca de la medicación utilizada en la sedación.

INTRODUCCIÓN

Cuando la medicina, los avances técnicos y la farmacología ya nada pueden hacer por la enfermedad, surge la necesidad de unos cuidados diferentes, los Cuidados Paliativos (CP).

Los CP son definidos por la OMS como “el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objeto de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes”

Hemos recibido una formación donde se nos enseña a sondear, pinchar, a dar puntos, masaje cardíaco, a controlar las constantes vitales, a canalizar vías, a administrar medicación, etc. Pero nos queda por aprender, entre otros, a reconocer el dolor para poder controlarlo y tratarlo, y no estamos hablando sólo de dolor físico, sino también del dolor producido por las emociones y los sentimientos como la soledad, la incompreensión, el abandono, la tristeza, en suma, EL DOLOR TOTAL.

En enfermería nunca debemos basar nuestra actuación, y menos en cuidados paliativos, en lo puramente teórico. También hemos de basarnos en la experiencia que se adquiere por el contacto con los pacientes; esto nos permite madurar, crecer y sensibilizarnos en nuestro trabajo y enfrentarnos mejor a lo que nos suceda en cada momento.

El trabajo con enfermos terminales no debe ser acometido por un solo profesional, sino que ha de contar con un equipo humano multidisciplinar con el que traba-

jar constantemente. De esta manera se podrán detectar los síntomas, necesidades y cambios que se vayan produciendo en los pacientes de forma individualizada. De la misma manera somos el puente entre médico y paciente por la mayor proximidad en la comunicación, por pasar más tiempo en contacto con ellos. De todos es sabido que lo que no entienden del médico se lo preguntan a la enfermera.

FAMILIA Y TOMA DE DECISIONES

Antes de actuar, hay que interpretar la información disponible y decidir el mejor enfoque para cada paciente en concreto; estas decisiones pueden tomarse en solitario, con el paciente y su familia, o con otros profesionales de la asistencia sanitaria. La familia, es por tanto dadora y receptora de nuestros cuidados. No podemos separar las necesidades del paciente terminal de las de su familia, ya que son una unidad: lo que afecta a uno repercute en el otro. Nuestro trabajo consiste en cuidar a la familia tan bien como al paciente.

Mantener a la familia informada y entrenada, hará que afronten la situación con serenidad, y que sean más capaces de aportarle al paciente ese entorno cálido y seguro que necesita para encontrarse con la muerte.

La información, la comunicación y la enseñanza han de ser claras, fluidas, concisas y constantes.

Hay que hacerles comprender el porqué de los síntomas y de los tratamientos, y prepararles para los acontecimientos que puedan ocurrir. Los retos a los que se enfrentan los familiares son:

- Encontrar un equilibrio entre actuar con naturalidad o exagerar los cuidados
- Redistribuir las funciones y las tareas del paciente
- Aceptar apoyos para cuidarle y relacionarse con el equipo asistencial
- Ayudar al enfermo a dejar sus cosas en orden y despedirse

En esos momentos, la principal preocupación de la familia es buscar el bienestar del paciente y recibir consejos sobre cómo hacerlo.

Uno de los momentos más difíciles para el enfermo y sus familiares es quizás, el momento en que el enfermo siente que va a morir o que se está muriendo. En esta situación, el enfermo experimenta muchos y notables cambios físicos y emocionales que a veces, aparecen de forma brusca. Su pérdida de autonomía es cada vez más patente porque, a medida que avanza la enfermedad, su vulnerabilidad, desvalimiento e impotencia son mayores.

Debemos mantener a la familia informada de estos cambios e incluso anticiparnos a ellos animándoles a que pregunten lo que no entienden y estando abiertos al diálogo y a la escucha. Ello hará que puedan afrontar esta situación con mayor serenidad.

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Tras la aparición de la enfermedad, hay altibajos en su evolución y cada caso es único. Estableceremos, entonces los conceptos de:

- **ENFERMEDAD INCURABLE AVANZADA:** Diverso grado de afectación de la autonomía y calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo.
- **ENFERMEDAD TERMINAL:** Enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional y pérdida de autonomía con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico. El pronóstico de vida es limitado a semanas o meses en un contexto de fragilidad progresiva.
- **SITUACIÓN de AGONÍA:** La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual. El deterioro físico es intenso, la debilidad es extrema, apareciendo trastornos cognitivos y de la conciencia. Hay dificultad de relación e ingesta y el pronóstico de vida se estima en horas o días.

Los tres términos se basan en el tiempo de pronóstico fundamentalmente, y en el estado de autonomía de los pacientes.

CONTROL DE SÍNTOMAS

Las bases de la terapéutica en los cuidados paliativos se fundamentan en mantener unos cuidados básicos a lo largo de todo el periodo, y del control de los síntomas del paciente Terminal. Fundamentalmente son tres: el dolor, síntomas digestivos y síntomas respiratorios.

Globalmente, EL DOLOR es descrito por un 50% de pacientes, en todos los estadios de la enfermedad y por un 70% de las neoplasias avanzadas. A pesar de ello, aún hoy día permanecen sin ser aliviados tanto en el medio hospitalario como extrahospitalario un 50-60% de los pacientes, aunque la mayoría podrían verse beneficiados por tratamientos farmacológicos simples. Valoraremos, entre otras cosas, la FRECUENCIA la INTENSIDAD y TIPO del mismo utilizando para su control y tratamiento la escalera analgésica de la OMS:

- a) **DOLOR LEVE:** analgésico no opiáceo + - Adyuvante (fármacos que pueden no ser principalmente analgésicos en sus mecanismos de acción pero que presentan efectos analgésicos en ciertos casos de dolor: anticonvulsivantes, corticoides...) (paracetamol, aspirina, AINE...)
- b) **DOLOR MODERADO:** opiáceo débil, + - AINE, + - Adyuvante (codeína, tramadol...)
- c) **DOLOR INTENSO:** opiáceo potente, + - AINE, + - Adyuvante (morfina, fentanilo, oxycodona...)

SÍNTOMAS DIGESTIVOS:

Las náuseas y/o los vómitos son muy frecuentes en los pacientes terminales (alrededor de un 40%). Estos, con el malestar acompañante pueden hacer que se rechacen tratamientos, que no se absorba la medicación administrada por vía oral y provocar la deshidratación de los pacientes. Junto a la anorexia favorecen la aparición de la caquexia.

TTO: dietas blandas, fraccionadas, abundantes líquidos, revisar medicamentos potencialmente eméticos. Administrar medicación antiemética cuando iniciemos ttos. Con opiáceos. (primperan, haloperidol...)

El estreñimiento aparece en el 50% de los pacientes con cáncer avanzado. Producido por:

- Anorexia que influye en el volumen de la masa fecal
- Disminución de la ingesta hídrica.
- Debilidad física y encamamiento
- Algunos fármacos (morfina, codeína..)

TTO: aumento de ingesta de líquidos y fibra, mantener actividad física y laxantes. Los laxantes que aumentan el volumen fecal no son eficaces en los enfermos terminales. Conviene administrar fármacos que aumenten el peristaltismo intestinal (dulcolaxo, duphalac..)

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Disnea es la sensación subjetiva de falta de aire y es un síntoma frecuente.

TTO: etiológico cuando sea posible como en casos de infección, anemia, derrame pleural, insuf. Cardíaca...; medidas generales relajar al paciente (abrir ventana), benzodiacepinas para tranquilizarlo, morfina que reduce la taquipnea por su acción depresora sobre el centro respiratorio, oxígeno.

Estertores premortem consiste en el ruido producido por la oscilación de las secreciones acumuladas en la hipofaringe asociadas a los movimientos respiratorios. Se produce en las últimas 24-48h de vida

TTO: semiincorporación y decúbito lateral y administrar hioscina (buscapina)

CUIDADOS PALIATIVOS Y SEDACIÓN TERMINAL

Nos centraremos en las últimas fases de la enfermedad y una vez adoptada la decisión de no proseguir con tratamientos que prolonguen innecesariamente la vida, continuaremos con aquellos destinados a paliar el sufrimiento de los últimos meses.

Nos referimos a:

- CUIDADOS PALIATIVOS, que son los destinados al control de los síntomas que surgen en las personas con enfermedad terminal.
- SEDACIÓN PALIATIVA: Administración deliberada de fármacos en dosis y combinaciones requeridas, para disminuir la conciencia del paciente con enfer-

medad terminal para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios (cuando un síntoma no puede ser adecuadamente controlado a pesar de intensos esfuerzos para identificar un tratamiento tolerable, que no comprometa la conciencia del paciente...) y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

- SEDACIÓN TERMINAL O SEDACION EN LA AGONIA: Administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible, de la conciencia, en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

Clasificación de la sedación:

A) Según el objetivo

- Sedación primaria: es la disminución de la conciencia de un paciente que se busca como finalidad de una intervención terapéutica.
- Sedación secundaria (en castellano: somnolencia): es la disminución de la conciencia de un paciente como efecto colateral de un fármaco administrado en el curso del tratamiento de un síntoma.

B) Según la temporalidad

- Sedación intermitente: es aquella que permite periodos de alerta del paciente.
- Sedación continua: es aquella que mantiene la disminución del nivel de conciencia del paciente de forma permanente.

C) Según la intensidad

- Sedación superficial: es aquella que permite la comunicación del paciente con las personas que le atienden.
- Sedación profunda: es aquella que mantiene al paciente en estado de inconsciencia.

En este contexto siempre tendremos en cuenta la BUENA PRÁCTICA MÉDICA. Cabe destacar algunos términos que se suelen relacionar con esta y que presentan controversias ético-morales de amplio debate:

- ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO: Medidas diagnósticas o terapéuticas con objetivos curativos no indicados en fases avanzadas y terminales, de manera desproporcionada; o el uso de medios extraordinarios (nutrición parenteral, hidratación forzada) con el objeto de alargar innecesariamente la vida en situación claramente definida de agonía. Causas: Difícil aceptar la muerte, la demanda de la familia, la falta de formación, presión para el uso de tecnología diagnóstica o terapéutica.
- EUTANASIA: Acción u omisión directa e intencionada encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de ésta. Nada que ver con la “buena muerte” a la que hace referencia su etimología.

DIFERENCIA ENTRE SEDACIÓN Y EUTANASIA

- Intencionalidad:
 - Sedación: Aliviar el sufrimiento del paciente frente a síntomas determinados. Altera la conciencia del paciente para que éste esté indiferente frente al sufrimiento
 - Eutanasia: provocar la muerte del paciente deliberadamente para librarle del sufrimiento. Elimina la vida física.
- Proceso: AMBOS REQUIEREN CONSENTIMIENTO
 - Sedación: Indicación clara y contrastada. Los fármacos/dosis están ajustados a la respuesta del paciente frente al sufrimiento que genera el síntoma, lo cual **IMPLICA EVALUACIÓN DEL PROCESO**. Registro en la HC
 - Eutanasia: Fármacos a dosis/combinaciones letales que garanticen una muerte rápida.
- Resultado:
 - Sedación: El parámetro de éxito es el alivio del sufrimiento.
 - Eutanasia: Parámetro de respuesta es la muerte.

Hay una relación temporal estrecha entre el inicio del procedimiento de la sedación y la muerte. Lo trabajos disponibles muestran que no existen diferencias significativas en la supervivencia de pacientes que precisaron ser sedados y de los que no requirieron sedación. Lo estudios son escasos puesto que no se consideraría ético el hecho de dejar sufrir a pacientes para comprobar si la vida de éstos es más larga que la de los que reciben sedación. **LA SEDACIÓN SUGIERE MÁS UN INDICADOR DE MUERTE INMINENTE QUE LA CAUSA DE UNA MUERTE PREMATURA.**

¿CUANDO SEDAR Y QUE HACER?

Cada día conocemos mejor las indicaciones y los límites de la sedación, pero nos seguimos planteando en muchos casos las preguntas básicas sobre la sedación: ¿Cómo y cuándo?

- Cuando hay previsión de muerte cercana
- Cuando hay síntomas refractarios
- No hay tratamiento alternativo de alivio
- Explicar al paciente y familia
- Debe haber un consentimiento explícito, implícito o delegado. No se recomienda el uso de un documento específico, ni hacer firmar al paciente o a la familia. El hecho de que se registre en la historia clínica es requisito suficiente y necesario.
- Debemos registrar todo el proceso en la HC
- Debemos informar al resto del equipo

ASPECTOS LEGALES

- **RECOMENDACIÓN 1418 (Junio 1999):** El enfermo terminal tiene derecho a Cuidados Paliativos Integrales Derecho del enfermo terminal a la autodeterminación (información veraz y completa; respeto al deseo de no ser informado;

consultar a otro médico; ninguna persona será tratada contra su voluntad y por supuesto sin coacciones; tienen derecho a rechazar tratamientos específicos y al testamento vital. Prohibición de poner fin a la vida intencionadamente)

- Proceso de CONSENTIMIENTO INFORMADO: La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.
- DECRETO sobre las VOLUNTADES ANTICIPADAS (Septiembre 2004, Consell de C.V.): Documento que garantiza el derecho que tiene la persona a decidir sobre las actuaciones sanitarias de las que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto en que, llegado el momento, la persona carezca de capacidad para decidir por sí misma.

PROTOCOLO DE SEDACIÓN

La sedación a obtener será la necesaria para conseguir el confort del paciente y alivio de los síntomas.

Lo primero que se debe hacer es informar al paciente (si mantiene buen nivel de conciencia) y a sus familiares, con qué medidas farmacológicas se va a intentar controlar los síntomas y que probablemente se vea afectado su nivel de conciencia.

Una vez objetivado que la muerte es cuestión de horas o días, y decidido el momento de la sedación para el control de síntomas y alivio de sufrimiento, es un CONTRASENTIDO la aplicación de tratamientos que prolonguen lo que ya es inevitable.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Los grupos de fármacos utilizados en sedación están claramente establecidos:

1. Benzodiacepinas. Prototipo: Midazolam, fármaco más utilizado en sedación.
2. Neurolépticos. Prototipo: Levomepromazina: más sedativo que Haloperidol.
3. Barbitúricos. Prototipo: Fenobarbital, ya que está permitido su uso por vía subcutánea.
4. Anestésicos. Prototipo: Propofol. Inicio rápido de acción, duración ultracorta, fácil y rápidamente controlable mediante titulación de dosis en infusión continua y con otros beneficios potenciales antiemético, anticonvulsivante.
5. Opioides: se deben mantener en aquellos pacientes que ya los llevaban.

Otros fármacos usados en cuidados paliativos se han de tener en cuenta si la situación clínica lo requiere para el control de síntomas actuales o previsibles:

<i>FARMACO</i>	<i>INDICACION</i>
Cloruro mórfico	Dolor Disnea terminal Sedación en agonía
Haloperidol	Sedante Antiemético
Hioscina. (Buscapina)	Estertores pre-mortem Espasmo vesical
Metoclopramida (Primperan)	Antiemético

VÍA DE ADMINISTRACIÓN E INFUSORES

Se elegirá preferentemente la vía subcutánea para la medicación, ya que es de sencillo manejo, es una vía cómoda, tiene pocas complicaciones, no requiere hospitalización, evita inyecciones frecuentes, permite la asociación de varios fármacos y un buen control de la mayoría de los síntomas.

INFUSORES SUBCUTANEOS:

En las infusiones subcutáneas intermitentes se utilizan cánulas tipo mariposa de pequeño calibre.

Para una sedación continua, utilizaremos una bomba elastomérica desechable (infusor). La buena tolerancia (dolor de la inyección subcutánea) está en relación del volumen de infusión (que viene determinada con el tipo de infusor que escojamos); por lo que se recomiendan volúmenes menores a 2 ml/h.

Las contraindicaciones para su uso son los pacientes con shock hipovolémico o en anasarca.

CONCLUSIONES

- Manejo del Paciente terminal es importante en todas las especialidades
- Hay que tratar y apoyar tanto al paciente como a la familia
- Objetivo Fundamental en esta última fase es el CONFORT y la CALIDAD DE VIDA del paciente
- El paciente debe ser tratado por un equipo multidisciplinar
- El control del dolor y otros síntomas serán con medidas farmacológicas y no farmacológicas
- Debemos registrar todo el proceso en la HC

BIBLIOGRAFÍA

- "Aspectos Éticos de la Sedación en Cuidados Paliativos"- Diario medico.com el 24 de abril de 2002. Comité Ética de la SECPAL 2
- "Proceso Asistencial en Urgencias al Paciente terminal" - Servicio de URG-UCE-UHD del HGUA
- "Protocolo de sedación paliativa" - UHD, Hospital Clínico de Valencia
- "Protocolo de Cuidados Paliativos" .- L. Lizán, M.A. Benítez del Rosario, V.R. Cabedo Garcia, W. Astudillo
- "La Enfermería en Cuidados Paliativos" - Francisca Palombini Gómez, Cristina Rodríguez Reyes.
- "Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal" - J. Porta, X. Gómez, A. Tuca"
- "Guía de Cuidados Paliativos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos"
- "Decisiones clínicas sobre el mantenimiento de medidas de soporte y la sedación en el Cáncer Terminal" - A.S. rubiales, M.A. Olalla, S. Hernansanz, M. Garavis.

“TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA”

M^a Angeles Miralles Martorell

Unidad de Hospitalización a Domicilio. H.G.U. Alicante

INTRODUCCIÓN:

La aparición de nuevas técnicas en el tratamiento de heridas hace necesaria la adquisición de nuevos conocimientos por parte del personal de enfermería.

Una de estos nuevos tratamientos es la “terapia por presión negativa”, que mejora considerablemente la calidad de vida del paciente a la vez que reduce la gran carga emocional que este tipo de heridas produce tanto en el paciente como en su entorno.

OBJETIVOS GENERALES:

- Desarrollar conocimientos y habilidades en el manejo de la terapia VAC

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- El enfermero/a podrá detectar tipos de heridas y pacientes susceptibles a la terapia VAC
- El enfermero/a debe ser capaz de educar al paciente y entorno en los beneficios del tratamiento, así como del manejo del equipo
- El enfermero/a tendrá los conocimientos necesarios para el manejo del equipo VAC

Ocupan un volumen importante las heridas que fracasan en su curación evolucionando hacia la cronicidad. Existen numerosas investigaciones encaminadas a encontrar la curación ideal surgiendo nuevos materiales y técnicas como: alginatos, hidrogeles, colágenos, láser, oxigenoterapia hiperbárica etc. Algunas de ellas son consideradas técnicas avanzadas en el cuidado de heridas, como el sistema V.A.C., por lo que se considera interesante la realización de este taller.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Aunque el uso de elementos que provocaban succión sobre la piel se remonta a mucho antes, es en 1911 cuando Thoma demostró el crecimiento de tejido y angiogénesis tras aplicar una fuerza controlada.

En 1952 A. Raffel describió la aplicación de drenajes utilizando presión negativa bajo los colgajos dermograsos.

En 1966 varios autores rusos (Davydov, Iankov, Inoiatov, Kochev) aplicaron este concepto en heridas cerradas.

En 1993 Fleischmann y Cols en Alemania aplican la técnica de presión negativa en pacientes con fracturas expuestas. En la misma fecha Louis Argenta y Michael Morykwas, en EEUU, tienen una experiencia similar y patentan un dispositivo.

DEFINICIÓN

La terapia V.A.C. (vacuum assisted closure o cierre asistido por vacío), es un sistema de cicatrización no invasivo y activo que utiliza una presión negativa localizada y controlada para estimular la curación de heridas agudas y crónicas.

Los cuidados de enfermería comprenderán:

El conjunto de actividades de enfermería, encaminadas a promover la cicatrización de heridas en un medio húmedo y cerrado, manteniendo el correcto funcionamiento del V.A.C.

MECANISMO DE ACCIÓN

Elimina el exudado, reduciendo el edema tisular y mejorando el flujo sanguíneo, con la consiguiente mejora en el aporte de oxígeno y nutrientes. Este mecanismo contribuye en la incorporación de células del sistema inmune y la reducción potencial de la carga bacteriana.

La aspiración continua del exudado elimina las enzimas que degradan la matriz y gran parte del tejido no viable por efecto arrastre.

La estimulación mecánica mediante una fuerza controlada acelera la formación del tejido de granulación y la angiogénesis.

Provoca una estimulación física de la mitosis (maduración de las células epiteliales)

Favorece la contracción de la herida.

Crea un ambiente húmedo para la cicatrización

INDICACIONES

- Heridas agudas, subagudas y crónicas resistentes al tratamiento convencional o que se prevé de larga duración.
- Heridas profundas y con gran cantidad de exudado.
- Como tratamiento para la preparación del lecho de la herida
- Como coadyuvante a otras terapias.

Tipos de heridas idóneas para tratamiento con el sistema V.A.C.

- Úlceras por presión grado III y IV, venosas, diabéticas
- Heridas traumáticas
- Injertos y colgajos
- Manejo de fistulas entéricas exploradas
- Dehiscencias quirúrgicas
- Heridas post-reconstructivas que requieran drenaje

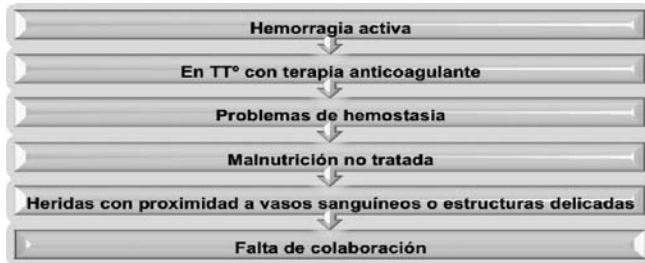
CONTRAINDICACIONES

- Osteomielitis sin tratar
- Heridas malignas
- Fístulas no exploradas
- Alergia a la aplicación de adhesivos sobre la piel

- Órganos expuestos, vasos sanguíneos o estructuras mayores
- Tejido necrótico con presencia de escaras
- Enfermedad arterial periférica severa

PRECAUCIONES

Se mantendrá una especial atención en pacientes que presenten:



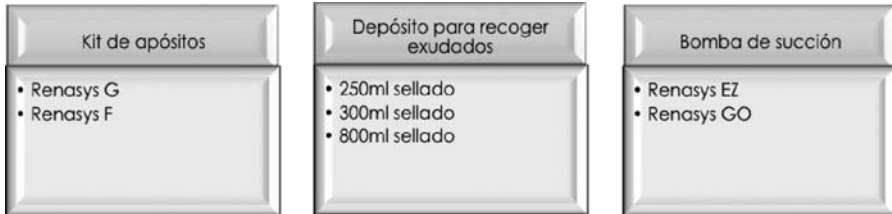
SISTEMA DE PRESIÓN NEGATIVA RENASYS

Es un sistema para aplicar presión negativa en el sitio de la herida.

Basaremos el taller en este sistema por ser el que utilizamos habitualmente en nuestra unidad de hospitalización y, en concreto, en el Renasys G.

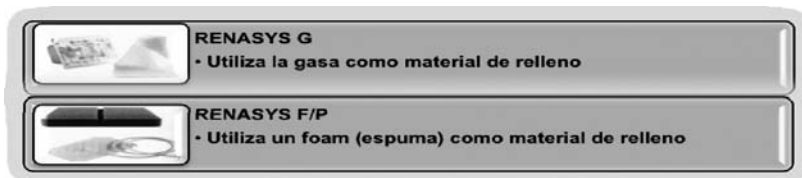
Un material de relleno sobre el lecho de la herida y un tubo de drenaje, adecuadamente sellados y conectados a una bomba, son los encargados de transmitir la presión negativa de forma uniforme sobre toda la herida.

COMPONENTES



KITS DE APÓSITOS

Existen 2 tipos de kits cuya diferencia principal es:







COMPONENTES DEL KIT RENASYS G



- Drenaje de silicona
- Film transparente
- Skin prep
- Gasa antiadherente
- Gasa antimicrobiana
- Pasta de ostomía
- Ampollas de solución salina
- Cinta adhesiva
- Regleta

Dentro del Renasys G encontramos diferentes kits con la misma composición pero con diferentes tamaños de gasa antimicrobiana, de film transparente y diferentes tipos de drenajes de silicona. La utilización de uno u otro dependerá de la cantidad de exudado y del tamaño de la herida.

DRENAJES DE SILICONA

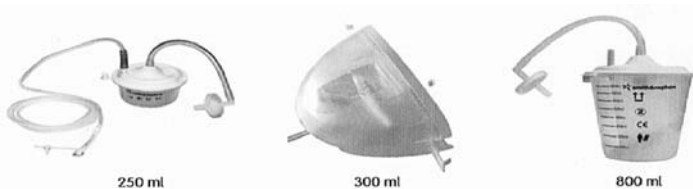
Tipo de drenaje	Cantidad de exudado	Profundidad de la herida
Acanalado 	Escaso a moderado sin sedimentos	Cavitadas o tuneladas
Plano 	Escaso a abundante	Superficial profunda
Redondo 	Moderado a abundante sin sedimentos	De más de 1cm de profundidad
Irrigación/ Aspiración 	Abundante y con sedimentos	profundas

LOS DEPÓSITOS

Contienen:

- Un saquito con solidificante
- Un filtro antidesbordamiento con válvula antiretroceso

Tamaños:



BOMBAS DE SUCCIÓN



RENASYS EZ

- Aspiración máx. 200mmHg
- Dimensiones 24x36x14cm
- Peso 3,3 kg.
- Duración de bat. 40 h.
- Tiempo de carga 3h.
- Sistema analógico



RENASYS GO

- Aspiración máx. 200 mmHg
- Dimensiones 17,5x21x8,5cm
- Portátil, peso 1,1 kg.
- Duración de bat. 20h.
- Tiempo de carga 3h.
- Sistema digital

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Antes de iniciar el tratamiento y durante el mismo realizaremos una valoración de enfermería donde exploraremos:

- La presencia de factores de riesgo que puedan interferir en el proceso de curación.
- Características de la lesión; localización, tamaño, forma, estado de los bordes y piel circundantes (la herida debe estar rodeada de suficiente tejido intacto para mantener un cierre hermético), fondo de la herida (limpio, necrótico, esfacelado, con tejido de granulación).
- Antes de iniciar el tratamiento se debe retirar el tejido necrótico que presente la herida.
- Características del exudado (cantidad, olor, color)
- Características psicosociales, efectos que provoca la lesión sobre:
 - relación con los demás
 - nivel laboral y económico
 - capacidades anteriores
 - autoestima
 - capacidad, habilidad y motivación de la persona para participar y adaptarse al tratamiento
 - apoyo familiar

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Los diagnósticos de enfermería más frecuentes en estos pacientes son:

- Deterioro de la integridad tisular
- Deterioro de la movilidad física, relacionado con las restricciones impuestas al movimiento por aparataje
- Deterioro de la imagen corporal
- Riesgo de infección

En base a los diagnósticos se planearan las diferentes actividades y su posterior evaluación

PROCEDIMIENTO

Información y enseñanza

- Explicar el procedimiento del cuidado de la herida antes y durante la realización del mismo solicitando la colaboración del paciente
- Recomendarle que informe cualquier anomalía que detecte (dolor, mal funcionamiento, olor, etc.)

Selección del nivel de presión

Para elegir el nivel de presión tendremos en cuenta varios factores:

- Tejido sobre el que se va a aplicar (grasa, músculo)
- Localización anatómica
- Tipo de herida
- Objetivo que queremos conseguir (cicatrización, reducción del edema...)
- Tipo de paciente tratado.

Se recomienda utilizar:

- Entre 50-80 mmHg en injertos y colgajos
- Entre 70-80 mmHg en tejidos blandos (grasa y tejido subcutáneo)
- Entre 120-125 mmHg en tejidos más duros como músculo.

Como medida imprescindible nunca debe ser doloroso. Si el paciente refiere aumento del dolor con el tratamiento, se puede bajar la presión de 25 en 25 mmHg hasta que cese, siendo el mínimo 50 mmHg.

Aplicación del sistema Renasys G con bomba de succión Renasys GO.

Material necesario:

- El que establezcamos para la desinfección y limpieza de la herida
- Guantes
- Paño estéril
- Kit de apósito
- Depósito para exudado
- Bomba de succión

Método:

- Limpie el lecho de la herida según protocolo del centro de forma suave sin friccionar.
- Recorte una sola capa de gasa antiadherente y dispóngala sobre el lecho de la herida.
- Coloque una capa de gasa antimicrobiana sobre el lecho de la herida, coloque el drenaje sobre ella. Corte el drenaje unos 2 cm más corto que el lecho de la herida, para que permita la retracción.

- Aplique la tira de pasta para ostomía reservando un trozo, al borde de la herida formando un camino y coloque el drenaje sobre ésta asegurando el drenaje en la posición deseada.
- Coloque el resto perpendicularmente al primero sobre la parte superior del drenaje, y marque un pellizco para afirmarlo en el lugar
- Aplique el sellador de piel (Skin Prep) a la zona que rodea la herida.
- Llene la herida con gasa antimicrobiana humedecida con solución salina hasta la superficie de forma que todo el lecho esté en contacto con la gasa.
- Coloque el apósito transparente sobre la herida y selle. Puede ayudarse para el sellado con las cintas adhesivas.
- Conecte el tubo de drenaje con el tubo de silicona que sale de la bomba presionando los dos extremos.
- Active la bomba

CAMBIO DE APÓSITO

Renasys G: De 2-3 veces por semana durante la primera semana

Renasys F/P: 3 veces por semana

Técnica de retirada del apósito

- Apagar la máquina 10 minutos antes del cambio
- Pinzar el tubo de la herida y cortarlo
- Conectar una jeringa por el extremo cortado, inyectar solución salina despinzando y volver a pinzar
- Esperar 10 minutos y retirar apósito

CAMBIO DEL DEPÓSITO

Al menos una vez por semana

RETIRADA DEL TRATAMIENTO

- Cuando se alcanzan los objetivos de la terapia
- Cuando se consiga un 100% de tejido de granulación
- Cuando el tejido de granulación alcanza el nivel de la piel
- Cuando no se observa reducción del tamaño o mejora de la herida en dos semanas

BIBLIOGRAFÍA

- Dra. Florencia Barreira Macedo, Dr. Carlos E. Carriquiry. Tratamiento de heridas utilizando Presión Negativa Tópica. *Biomedicina* 2006, 2 (2).
- DeFranzo A, Argenta L, Marks M, Molnar J, David L, Webb L Teasdall R. The use of vacuum - assisted closure therapy of the treatment of lower - extremity wounds with exposed bone. *Plastic and Reconstructive surgery* 2001; 108:5, 1184-91.
- Eliana Gualteros Castiblanco, Marcela Correal Pachón. Intervención de enfermería en pacientes con sistema de cierre estimulado por vacío.
- Crespo E, Calatrava R, Marín L.A. Tratamiento de heridas mediante sistema de vacío (VAC). *Acta ortop. Castellano Manchega* número 5, 2004.
- Carmen Lozano Carrero, M^a Eugenia Hernández Dominguez, Cuidados de Enfermería en pacientes sometidos a terapia de presión negativa V.A.C., en el proceso de curación de heridas.
- Smith&nephew, La terapia de presión negativa en el tratamiento de heridas. Guía de uso RENASYS.
- Argenta L.C., Morykwas M. J., Cicatrización asistida por vacío: un nuevo método para control y tratamiento de heridas: Estudios en Animales y fundamentos básicos. *Los anales de la cirugía plástica*, 1997.



9. PREMIOS

PREMIOS A LA MEJOR COMUNICACIÓN OTORGADOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO

1^{er} Premio de: 580,00 euros

2.º Premio de: 350,00 euros

3^{er} Premio de: 200,00 euros

PREMIOS AL MEJOR CARTEL/PÓSTER OTORGADOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO

1^{er} Premio de: 250,00 euros

2.º Premio de: 150,00 euros

PREMIO OTORGADO POR VOTACIÓN POPULAR

1^{er} Premio de: 400,00 Euros

TOTAL PREMIOS EN METÁLICO: 1.930,00 Euros

10. ENTIDADES COLABORADORAS Y EXPOSICIÓN COMERCIAL



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT



CECOVA

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana
Colegio Oficial de Enfermería de Alicante



FUNDACIÓN
PARA LA INVESTIGACIÓN
Hospital General Universitario de Alicante

Bancaja	DEXTRO	smith&nephew
EMBA	NUTRICIA	URGO MEDICAL
A. MENARINI diagnostics Check Up Division	MÖLNLYCKE HEALTH CARE	SALVAT innovación y calidad
MLM.L	COVIDIEN	PHARMA-TEX 902 430 387 www.pharmatex.es
FRANCISCO SORIA MELGUIZO, S.A.	TERUMO We keep life flowing	INTERSURGICAL PRODUCTOS MEDICOS DESECHABLES
Abbott Diabetes Care	CARBUROS MEDICA	El Corte Inglés
Roche ACCU-CHEK Tu forma de vivir la vida.	HARTMANN	LorcaMarin Murcia Spain
BRAUN SHARING EXPERTISE	dismeval s.l. DISTRIBUCIONES MEDICAS	ROVI
MEDICA	FUDEN FUNDACION PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERIA	PRIM
sovca SOCIEDAD VALENCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL	ROL	Coloplast
Bayer HealthCare Diabetes Care	Hollister	3M
Nestlé Nutrition		

11. CONFERENCIA DE CLAUSURA

EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN SANITARIA QUE RECIBEN: ¿QUÉ SE VALORA POSITIVAMENTE Y EN QUÉ PODEMOS MEJORAR?

José Joaquín Mira
Departamento de Salud 17
Universidad Miguel Hernández de Elche

Las declaraciones de derechos de los pacientes tienen ya más de 35 años de historia, si bien en España la primera declaración formal fue la recogida en la Ley 14/86, General de Sanidad. En nuestro país, no ha sido hasta 2002 cuando con la promulgación de la Ley 41, conocida como de “autonomía del paciente”, se han actualizado y ampliado estos derechos de los ciudadanos (de todos nosotros) en consonancia con el contenido de las declaraciones internacionales y las mejores prácticas de los países democráticos occidentales, reconociendo como básicos: el respeto a la autonomía del paciente, a garantizar la calidad y seguridad del paciente, a respetar su intimidad y a una información contrastada y de calidad, instaurando nuevos derechos como: voluntades anticipadas y segunda opinión y, en nuestro caso particular, modificando a los 16 la mayoría de edad sanitaria.

Sin embargo, es poco conocido que fue durante el mandato de JF Kennedy cuando se produjo la extensión de los derechos de los consumidores (y por ende de los pacientes), en concreto a: ser informados, a elegir y a ser escuchados. Este punto de inflexión en la concepción de los consumidores, y que hoy reconocemos como punto de partida de la denominada “sociedad de los consumidores”, tuvo también su plasmación en el sector sanitario con derechos que hoy nos parecen básicos como el de información, elección o el consentimiento informado.

Desde entonces la evolución del papel de los pacientes en el sistema sanitario ha sido constante. En la actualidad nos encontramos ante un cambio significativo en el rol que los pacientes llegan a desempeñar como agentes, imprescindibles, del cuidado de su salud, pasando de ser objeto de la atención sanitaria (modelo paternalista) a sujetos de esa atención (con una mayor creciente implicación en las decisiones clínicas que les afectan).

El papel de los pacientes como sujetos activos que manifiestan sus preferencias y valoran la calidad de la atención de la que son objeto ha cambiado también a lo largo del tiempo. Ahora bien, aunque han pasado muchos años desde las propuestas de Avedis Donabedian de lo que cabría entender por calidad asistencial, sus dimensiones y modos de evaluarla, su enfoque y modo de entender el papel de los pacientes en la evaluación de esa calidad de la asistencia sanitaria sigue estando vigente.

La Satisfacción del Paciente es considerada hoy día como una medida de resultado de la asistencia sanitaria (tanto a nivel diagnóstico, como terapéutico y rehabilitador) y no es extraño ver cómo los ensayos clínicos incorporan esta medida del resul-

tado en la actualidad. Ya no se trata solo de evaluar de forma global la atención que se presta en un centro e indagar sobre la cortesía, la comida o la limpieza. Las medidas son ahora más incisivas y tocan otros aspectos directamente relacionados con la calidad y la seguridad de los pacientes.

En su estudio de finales de los 80 Hall y Dornan pusieron de manifiesto que las dimensiones de la satisfacción que más frecuentemente se evaluaban en las encuestas eran: Accesibilidad, Confort, Capacidad de Respuesta, Competencia de los profesionales, Cortesía en el trato, Información, Continuidad de los cuidados y Resultado de la intervención sanitaria. Sucesivos estudios han incidido con algún matiz en estas dimensiones.

A finales de los 90 identificamos las dimensiones que más interesaban a nuestros pacientes: accesibilidad, competencia profesional, aspectos de confort y apariencia física de las instalaciones, disponibilidad de equipamientos, la empatía de los profesionales, la información (cantidad y cualidad) que recibían de los profesionales, las posibilidades de elección, la capacidad de respuesta de los profesionales y la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales. Y casi por la misma época diseñamos el cuestionario SERVQHOS que sería utilizado primero por la red del INSALUD y luego por un amplio número de hospitales de nuestro país y de otros países de Iberoamérica que comparten nuestra lengua.

Recurrimos en la actualidad a dos modelos teóricos como base para explicar cómo se produce la satisfacción de los pacientes: teoría de “confirmación de expectativas” y teoría de la “acción razonada”.

En el primer caso, se explica que la satisfacción es función del grado de disonancia entre lo que el paciente espera y lo que recibe. Dicho de otro modo, la satisfacción se produce cuando la percepción que tiene el paciente “cae” en la denominada “zona de tolerancia” (o rango en el que la atención recibida es aceptable para el paciente), o bien, cuando se supera esta barrera y lo que se ofrece supera el mínimo aceptable por el paciente, conforme a la fórmula: Satisfacción = $\sum(E_i - P_i)$, donde E corresponde a la expectativa antes de recibir atención sanitaria y P a la percepción tras el acto asistencial.

En el segundo caso, se entiende que la satisfacción del paciente sería función, por un lado, de la evaluación de cada una de las dimensiones de la atención sanitaria y, por otro, de la importancia que para ese paciente tenga cada una de ellas, conforme a la fórmula: Satisfacción = $\sum(\text{Exp}_i \times \text{Eval}_i)$, donde Exp corresponde a las expectativas y Eval a las valoraciones del paciente.

Ambas teorías, ponen de relieve que las percepciones del paciente acerca de la atención sanitaria, aún siendo importantes, no son suficientes para explicar el nivel de satisfacción de un paciente, y que las expectativas juegan un papel trascendental para conocer finalmente cómo vive el paciente la experiencia sanitaria.

Cabe entender, por tanto, que en la satisfacción del paciente influyen, como es natural, los esfuerzos profesionales y organizativos de los dispositivos asistenciales, pero también las vivencias, actitudes y creencias personales del paciente que conforman sus expectativas y de sus valoraciones de lo que realmente más le interesa.

En términos generales, los españoles valoran como positiva la cercanía de la Atención Primaria, los resultados de las intervenciones, el trato de los profesionales,

la atención de enfermería y de los médicos. Manifiestan una alta confianza en los profesionales y consideran que cuentan con un sistema de salud que aunque precisa de algunas reformas estructurales es razonablemente “bueno”. Por el contrario, las listas de espera, la lentitud en la realización de pruebas diagnósticas, la masificación de las consultas, la escasa coordinación entre niveles, una deficiente infraestructura sanitaria en el ámbito rural, la ineficacia para resolver las reclamaciones de los pacientes, las carencias de especialistas en algunos centros junto a la insuficiente información que reciben, son los motivos de insatisfacción más frecuentes.

Por lo general, los pacientes de mayor edad están más satisfechos con la atención sanitaria recibida que los jóvenes; las personas con ingresos económicos medios y superiores muestran niveles mayores de satisfacción; y, en general, las mujeres suelen valorar en forma más positiva la atención médica que reciben. En cualquiera de los casos, curiosamente los datos sugieren que los profesionales sanitarios son más exigentes consigo mismos de lo que realmente lo son sus pacientes.

Sabemos que la satisfacción de los pacientes reside en gran medida en la propia satisfacción con su labor de los profesionales sanitarios y entre sus ventajas cabe citar que: facilita mejores resultados clínicos y una mayor seguridad de los pacientes. No obstante, no siempre que se aborda esta medida se aprovecha la oportunidad que ofrecen los resultados para reflexionar serenamente sobre qué puede hacerse para asegurar la calidad de la atención que reciben los pacientes.

En uno de nuestros últimos estudios hemos comprobado como el nivel de cumplimiento de determinados derechos de los pacientes, como información previa ante pruebas, tratamientos o intervenciones, accesibilidad o respeto en el trato, se relacionan directamente con la satisfacción de los pacientes y como algo más del 60% de los pacientes ingresados en los hospitales ven satisfechas sus expectativas sobre una correcta atención sanitaria, siendo la atención urgente el área que acumula una mayor insatisfacción.

Los datos que hemos ido acumulando ponen de manifiesto que se ha producido un notable cambio en la respuesta del Sistema Sanitario para responder a las necesidades de los pacientes y que en una amplia mayoría de casos se satisfacen los requisitos básicos de calidad definidos para una atención sanitaria “centrada en el paciente”. Ahora bien, también identificamos áreas en las que es posible actuar de otro modo para potenciar la implicación del paciente como agente imprescindible para obtener un mejor resultado de la intervención clínica.

El concepto actual de paciente competente (en inglés se emplea el término “expert patient”) alude a que el paciente no es un mero receptor, sino que actúa, toma decisiones y puede y debe responsabilizarse de su cuidado y de su salud. Actualmente las líneas sobre las que se está trabajando abarcan programas y acciones para que el paciente: (a) conozca su enfermedad y sobre todo sea capaz de familiarizarse con ella y conocer cómo y en qué le afecta en las esferas personal, familiar y profesional, en definitiva a su calidad de vida presente y futura; (b) sea capaz de poner en práctica medidas efectivas para su autocuidado, ajustando el tratamiento a sus propias necesidades y siendo consciente de los límites de las transgresiones a dicho tratamiento; (c) ejerza su capacidad de decisión y consuma los recursos sanitarios de una forma responsable para lo que es determinante su satisfacción con los

profesionales y el tratamiento que sigue; (d) cuente con la información suficiente para evitar riesgos y complicaciones frecuentes del tratamiento(s) que sigue y sepa cómo actuar para reducir esos riesgos; (e) asuma un rol activo e interactúe con los profesionales sanitarios para aprender más de su enfermedad y tratamiento y contribuya a la calidad de la atención de la que es objeto.

Las nuevas generaciones plantean nuevos desafíos que hacen que las recetas que ahora pensamos que son suficientes caduquen con rapidez. Los cambios sociales que antes requerían de varias décadas para consolidarse se producen ahora a una enorme velocidad. Los aspectos de la atención sanitaria que tradicionalmente han venido siendo considerados como dimensiones relevantes desde el punto de vista del paciente pueden no tener el mismo valor en unos años. Las expectativas de los ciudadanos, y las nuestras como ciudadanos y profesionales a un tiempo, cambian a la vez que lo hace el papel de los pacientes y los modos de interactuar de pacientes y profesionales. La satisfacción del paciente puede ser un buen centinela de nuestra capacidad real de respuesta a estos cambios que acontecen en nuestra sociedad y a los que no podemos ser ajenos.

REFERENCIAS

- Antequera JM. Una nueva era en la sanidad...el ciudadano sanitario. *Revista de Administración Sanitaria*. 2003;1: 161-3.
- Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: A review of published surveys. *Behavioral Medicine*. 1998;24:81-8.
- Coulter A, Magee H. *The European patient of the future*. McGraw Hill Education. Open University Press 2003.
- Hall J, Dornan M. Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988; 27: 637-644.
- Guix, J, Fernández, J. Sala, "Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes", *Gac Sanit*. 2006;20:465-72.
- Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Soc Sci Med*. 1982; 16: 583-589
- Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982; 16: 577-582
- Longtin Y, Sax H, Leape L, Sheridan S, Donalson L, Pittet D. Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*. 2010;85:53-62.
- Mira JJ. La satisfacción del paciente: teorías, medidas y resultados. *Todo Hospital*. 2006;224:90-97.
- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* 2000;114 (Supl 3):26-33.
- Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva* 1998;IV;12-18.
- Mira JJ, Lorenzo S, Pérez-Jover V, Ortiz L. Escuchar con atención al paciente aporta más de lo que cuesta. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(10):476-478.
- Mira JJ, Lorenzo S, Pérez-Jover V, Rodríguez-Marín J. No "estar satisfecho" no equivale a "estar insatisfecho". *Revista Clínica Española*. 2006;206:208-12.
- Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller, J Guilabert M. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. *Gac Sanit*. 2010;24:247-50.
- Mira JJ, Tomás O, Pérez-Jover V, Nebot C, Rodríguez-Marín, J. Predictors of patient satisfaction in surgery. *Surgery*. 2009; 145:536-41.
- Mira JJ, Vitaller J, Rodríguez-Marín J. Calidad percibida y satisfacción. Interrelaciones médico-enfermo. La calidad de la asistencia y la satisfacción. En: Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ (Directores). *Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes*. Díaz de Santos. Madrid 2008.
- Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual Model of Service quality and its implications for future research. *J Marketing* 1985;49:41-50.
- Thompson AG, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts theory and evidence. *Int J Qual Health Care* 1995; 7: 127-141.

12. MEMORIA DE LAS XV JORNADAS

“Innovar, un compromiso con la sociedad” “100 años de Enfermería Alicantina”



FECHAS: 21 y 22 de noviembre de 2.009

LUGAR: Alicante

SEDE: Salón de Actos del Hospital General Universitario de Alicante

Las XV Jornadas de Enfermería de trabajos científicos, fueron organizadas por profesionales del Departamento 19: Hospital General Universitario de Alicante, Centro de Especialidades Babel y Centros de Salud.

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

Consolidar el compromiso de los profesionales en el desarrollo e implementación de innovaciones en el campo de la salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Dar a conocer las últimas innovaciones tecnológicas en la gestión de pacientes.

Identificar las iniciativas de la Organización colegial para impulsar la innovación en los campos de actuación de la Enfermería.

Divulgar los trabajos científicos y experiencias de los Profesionales que supongan mejorar en la calidad de los cuidados.

Hacer un recorrido por la Historia de la Enfermería a través de la iconografía y el material profesional en el centenario del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de la Provincia de Alicante.

CONFERENCIA INAUGURAL

La conferencia inaugural corrió a cargo de D. Guillermo Dorronsoro Artabe, Director General de Innovación Tecnológica Agencia Vasca de la Innovación, con el título: “Gestión de la Innovación y papel de los Hospitales en los sistemas de Innovación”, nos demostró que los hospi-



tales están ganando peso en los sistemas de innovación y este proceso tiene que ser un trabajo en red dónde se implique a todos los agentes, ya que todos deben ser coparticipes de los cambios a los que se ven abocados. Dijo: “La innovación es adaptarse al cambio y los cambios son cada vez más rápidos, por lo que cada vez es más importante innovar”.

MESA INAUGURAL

Estuvo compuesta por: Dr. D. José Martínez Soriano, Director del Departamento de Salud Alicante-Hospital General; Dr. D. José A. Sánchez Navajas, Director Territorial de Sanidad; D. José A. Avila 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-H.Gral. Se



hizo referencia al lema de las Jornadas, al Centenario de la Institución Colegial y a la gran implicación de la Enfermería en la prestación de cuidados, clave ésta fundamental en la que se basa el aumento de la satisfacción de los pacientes.

MESAS DE TRABAJO

El Comité aceptó 38 trabajos de los cuales 19 se expusieron en forma de comunicación oral, y 19 con formato póster.

Se realizaron 5 mesas de trabajo de las cuales, la primera fue de presentación de los Museos-Taller, con 4 participantes. En las 4 mesas restantes se expusieron las comunicaciones orales libres, 19 en total y 3 Talleres-Museo.

También este año se contó con la modalidad de Experiencia con la presentación de un trabajo. Las dos mesas de expertos contaron con 6 profesionales expertos en áreas de innovación tecnológica.

La procedencia de los trabajos fue del Hospital General Universitario de Alicante, Hospital General Universitario de San Juan, Hospital de Elda, Clínica Vistahermosa, Centro de Salud Los Ángeles, Centro de Salud San Vicente I y Centro Salud Florida.

La relación de mesas y sus lemas fueron:

Mesa Expertos Nº 1.

Moderada por: **D. Gregorio Gómez Soriano**, Director de Asistencia Sanitaria de Zona. Agencia Valenciana de Salud. Conselleria de Sanitat.

“Innovaciones Tecnológicas en la práctica asistencial”

Participan:

Dña. Juana M^a Gutierrez Aranda, Directora de Enfermería Hospital Torreveja. Departamento de Salud.

D. Francisco Flórez Revuelta. Profesor titular del Departamento de Tecnología informática y computación de la Universidad de Alicante. Miembro del Grupo transdisciplinar sobre tecnologías de la información, las comunicaciones y el control para la asistencia social y sanitaria.

Mesa Comunicaciones Libres 1

Moderada por **Dña. Manuela Domingo Pozo.** Enfermera Unidad Planes de Cuidados H.G.U.A.

CO_3. Comunicación: *¿Es necesaria una consulta de enfermería de educación respiratoria en el Hospital General Universitario de Alicante?.*

Dña. Vanesa Sevilla Bellido.

CO_6: Comunicación: *Prevención de la obesidad desde Atención Primaria. Educación grupal.* **Dña. M^a Francisca Díaz López.**

CO_7. Comunicación: *Iniciativa "Piel con Piel" con el padre en las Cesáreas.* **M^a Paz de Miguel Ibáñez.**

CO_9. Comunicación: *Los medios audiovisuales, como herramienta de innovación en la adquisición de conocimientos a pacientes y profesionales de enfermería.* **D. José Luis Gimenez Tebar.**

CO_17. Comunicación: *Adhesión al tratamiento y edad: variaciones en función de los parámetros utilizados.* **D. Carmelo Iborra Moltó.**



Mesa Expertos 2

Moderada por **D. Ricardo Martín Peñalver.** Vocal 2 Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.

"Impulsando e innovando la profesión desde la Institución Colegial"

Publicaciones científicas: **Dña. Elena Ferrer Hernández.** Vocal 5 y responsable de formación Ilustre Colegio de Enfermería de Alicante.

Formación e-learning: **D. Federico Juarez Granados.** Enfermero. Gerente empresa de formación e-learning

Nuevos canales de comunicación: **Dña. M^a del Mar Ortiz Vela.** Vocal 3 y responsable grupo enfermería escolar Ilustre Colegio de Enfermería de Alicante.

Biblioteca virtual: **Dña. Ascensión Marroquí Rodríguez.** Vocal 1 y responsable de recursos bibliográficos Ilustre Colegio de Enfermería de Alicante.

Mesas Comunicaciones Libres 2

Moderada por: **Dña. M^a Dolores Tornero Tomas.** Supervisora Unidad Medicina Transfusional H.G.U.A.

- CO_5.** Comunicación: *Implantación de un protocolo de cuidados de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica.* **Dña. María Torres Figueiras.**
- CO_14.** Comunicación: *Test de sobrecarga oral de glucosa para detección de nueva diabetes en pacientes con síndrome coronario agudo.* **Dña. Elisa Fontangordo Ponzoa.**
- CO_15.** Comunicación: *Prevalencia de síndrome metabólico en los pacientes ingresados en una planta de cardiología.* **D. Francisco Valero Gallardo.**
- CO_16.** Comunicación: *Actuación de enfermería en la seguridad del paciente sometido a cirugía bariátrica.* **D. Francisco M. Serna Adsuar.**
- CO_18.** Comunicación: *Lista de verificación de la seguridad de la cirugía.* **Dña. M^a José Muñoz Reig.**

Mesa Comunicaciones Libres 3

Moderada por: **Dña. M^a Angeles Lillo Hernández.** Supervisora Laboratorio H.G.U.A

- CO_1.** Comunicación: *Desarrollo e implantación de una interfaz en el Servicio de radiodiagnóstico para pacientes pluripatológicos que precisen estudios de TAC con administración de contraste yodado.* **PARABOLANI 1.0. D. José Miguel Bellod Guillen.**
- CO_11.** Comunicación: *Actuación de enfermería durante la colocación de shunt portosistémico transyugular (tips).* **Dña. Patricia Ferrandez Garcia.**
- CO_12.** Comunicación: *Uso de dispositivo de control de la incontinencia intestinal para tratamiento de lesión periestomal.* **D. Fco. Javier Ballesta López**
- CO_13.** Comunicación: *Protocolo de actuación para la retirada de un infusor conectado a un acceso venoso central subcutáneo o reservorio.* **Dña. M^a Carmen Gozalves Manzanera.**
- EX_1:** Experiencia: *Experiencia de enfermería en los comités de bioética asistencial.* **Dña. Isabel Asín Llorca.**

Mesa Comunicaciones Libres 4

Moderada por: **Dña. Ana Bellot Bernabé. Enfermera.** Dirección de Atención Primaria. Referente ABUCASIS. Perfil Enfermería.

- CO_2.** Comunicación: *Una sonrisa vale más que mil técnicas.* **Dña. Inmaculada Lassaleta Goñi.**
- CO_4.** Comunicación: *Estudio experimental sobre la eficacia de la esfera dinámica durante el trabajo del parto.* **Dña. Beatriz Elena Delgado García.**
- CO_8.** Comunicación: *Guía para los usuarios del servicio de urgencias.* **Dña. Grisela Bevia Puche**
- CO_10.** Comunicación: *Gestión de casos en la integración de niveles asistenciales: resultados.* **Dña. M^a Luisa Ruiz Miralles**
- CO_19.** Comunicación: *El cuidador familiar: Me olvide de vivir.* **Dña. M^a Dolores Saavedra Llobregat.**

En las mesas se abordaron trabajos fundamentalmente sobre grandes áreas temáticas. Así pues, un área tratada fue la de la seguridad del paciente basada ésta sobre la teoría de que toda actuación debe acompañarse de una estrategia que garantice la seguridad, demostrada en estas jornadas mediante trabajos como el protocolo de cuidados en ventilación mecánica, la interfaz en radiodiagnóstico, la lista de verificación de Seguridad Quirúrgica, y la seguridad en cirugía bariátrica. Por lo tanto, se considera una prioridad en la asistencia sanitaria y debe ser un referente para todas las intervenciones de enfermería, tanto como la formación, otra área temática tratada en profundidad.

La educación para la salud fue abordada desde la Atención Primaria con el desarrollo de protocolos, guías, procedimientos, etc., que redunden en la mejora de la calidad asistencial. También fue expuesta en otra gran área temática la guía del servicio de urgencias, los procedimientos de alta complejidad técnica en radiología intervencionista, el cuidado y autocuidado del paciente oncológico y estudios metabólicos precoces en pacientes cardiovasculares.

Destacó la innovación en el campo de la tecnología al servicio de la salud basada en la eficiencia de programas orientados a optimizar recursos y adaptada a las necesidades de usuarios y profesionales dentro de la gestión de los nuevos hospitales de la red pública con gestión privada. O la demostración de que la creación de entornos inteligentes (Internet, telefonía móvil, telemedicina, telenfermería, entre otros) sirven para promover y prolongar la vida independiente de las personas mayores, de las personas con diversidad funcional y sus familiares.

La innovación como tal, compromiso siempre presente con la sociedad, quedó patente en trabajos como el de contacto piel con piel nacido-padre, el estudio sobre la eficacia de la esferodinamia en el trabajo de parto y la aplicación novedosa de dispositivos periestomales que contribuyen al bienestar y a la autonomía del paciente.

Las mesas de expertos versaron sobre innovaciones tecnológicas en la práctica asistencial con grandes aportaciones de relevancia que nos han de servir en la formación y desarrollo de nuestra profesión, destacando la formación e-learning y la gran aportación del Colegio de la Biblioteca virtual, como medio de acceso rápido al conocimiento.

TALLER DE ENFERMERIA

Se realizó un Taller-Museo de Enfermería coordinado por Dña. Belén Payá Pérez, Supervisora de Enfermería Hospital General Universitario de Alicante y Presidenta Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de la Provincia de Alicante, con la finalidad de difundir el pasado y presente de la profesión de la enfermería en el marco del Centenario del Colegio de Enfermería de Alicante:

Museo de la Profesión (instrumentos y equipos). Exposición de libros históricos, y Museo Iconográfico. La Enfermería a través de los sellos (exposición filatélica). Exposición Histórica de Posters de colección para la Salud.

CONFERENCIA DE CLAUSURA

Corrió a cargo de D. José Antonio Ávila Olivares, Presidente del CECOVA, y con el título de “Cien años al servicio de la profesión de enfermería”, nos guió por un recorrido histórico de acontecimientos que han acompañado a la denominación de la titulación de la actual enfermera, así como por la trayectoria de la Organización Colegial, asociada siempre en su proceso evolutivo al desarrollo de la profesión. También nos manifestó que el Colegio de Enfermería de Alicante, desde su constitución en 1.909 ha sido capaz de ir transformándose hasta llegar a ser una institución profesional moderna y vanguardista capaz de afrontar los retos sanitarios que nuestro sistema de salud valenciano plantea.

ACTIVIDADES PARALELAS

En formato teatro se nos transmitió de una manera muy singular que para lograr el objetivo del Servicio de Admisión es necesario gestionar la demanda asistencial coordinando correctamente los recursos, para lo que se precisa una adecuada comunicación e información entre los agentes implicados.



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
Supervisora de Área

VOCALES

Dña. M^a Angeles Lillo Hernández
Dña. Belén Payá Perez
Dña. Ana I. Sabater Sala
D. José Luis Giménez Tebar
Dña. Nieves Prieto Castelló
Dña. Alicia Muñoz Moll

Dña. Mercedes Segura Cuenca
Dña. M^a José Muñoz Reig
Dña. Manuela Domingo Pozo
Dña. Asunción Adsuar Mas
Dña. M^a Dolores Tornero Tomás
Dña. Asunción Pérez Andreu

Dña. Virginia Alemañ Santos
Dña. M^a Luisa Ruiz Miralles
Dña. Lorena Gimenez Ballester

Dña. M^a Teresa Ortiz de Saracho
Pérez Masgoret
Dña. Carmen LLabata Garcia

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

Dña. Mercedes Albaladejo Tello
Adjunta de Enfermería

VOCALES:

Dña. M^a Dolores Martín García
Dña. Encarnación Mateo López
D. Javier Gómez Robles

Dña. Francisca Milán Navarro
Dña. Josefa Martínez Cutanda
D. Francisco Pérez Useros
D. Fco. Vicente Blanes Compañ
D. Fidel Climent Aragón
Dña. Cristina Climent Amat
Dña. Beatriz López Ortega

Dña. Pilar Gazquez Galera
Dña. Teresa Valdés Menor
Dña. M^a Victoria Burguera
Anguiano
Dña. Catalina Pardo López
Dña. Isabel Chaves Muñoz-Alcón
D. Héctor Terol Royo
Dña. Julia López Arenas
D. José Borrell Climent
Dña. Ana Bellot Bernabé

GESTIÓN DE RECURSOS

D. Ginés A. Rodríguez Aguilar
Subdirector de Enfermería

SECRETARIA TÉCNICA

Dña. Fernanda Fernández Gil Dña. M^a José Jaén Garrido
Dña. M^a Dolores Más Planelles

TALLERES HISTÓRICOS

COORDINACIÓN

Dña. Belén Payá Pérez
**Presidenta Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de la Provincia de
Alicante**

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 XV edición de las Jornadas de Enfermería cuyo propósito siempre es el de divulgar los trabajos y la producción científica del departamento 19, el número de inscripciones fue de 1.236.

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

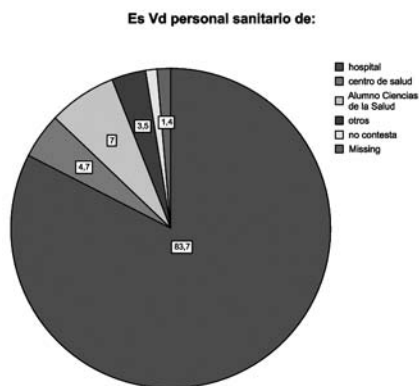
VALORACIÓN ENCUESTAS

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.

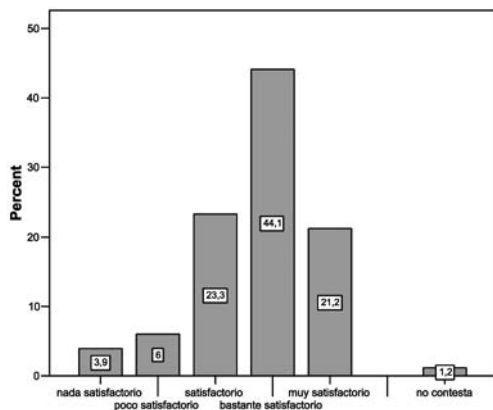
El 35,2 % de los asistentes contestaron la encuesta.

De los profesionales encuestados, la mayor asistencia registrada fue de personal hospitalario con un 83,7 % seguido por un 7,0 % de alumnos de ciencias de la salud, un 4,7 % de personal de centros de salud y un 3,5 % de otras procedencias.



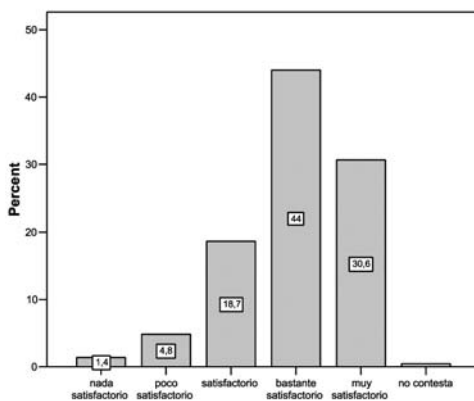
Como puede observarse en el siguiente gráfico sobre la divulgación/información de las XV Jornadas, la satisfacción de los profesionales osciló en los intervalos de satisfacción. Un 23,3 % refirió sentirse satisfecho, un 44,1 % bastante satisfecho y un 21,2 % muy satisfecho.

La divulgación /información de las XV Jornadas ha sido:



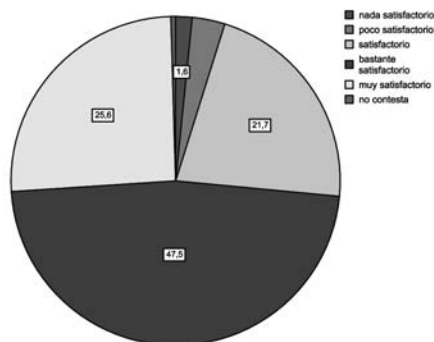
En cuanto a la organización, secretaría, información y programa, el 93,3 % de los encuestados refieren encontrarse satisfechos, bastante satisfechos o muy satisfechos con las actividades relacionadas con la organización de las jornadas.

La Organización de las jornadas, secretaría, información y programa ha sido:



¿Cómo calificaría la calidad global de la Formación recibida?

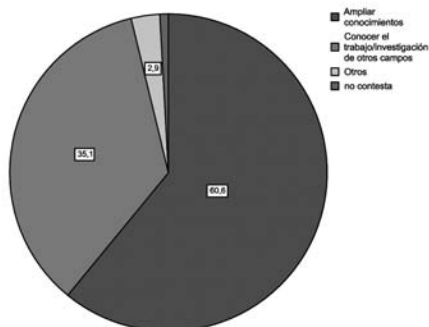
Se puede observar en el gráfico en cuanto a la calidad global recibida en la formación en las Jornadas que el 94,6 % resultó satisfecho.



El interés que motivó la asistencia a las Jornadas según sus respuestas se centró en:

- Ampliar conocimientos en un 60,6 %
- Conocer los trabajos/investigaciones que otros compañeros realizan en un 35,1%.

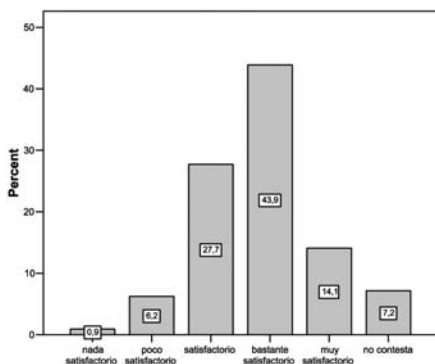
¿Su interés en asistir a las Jornadas, ha sido motivado por?



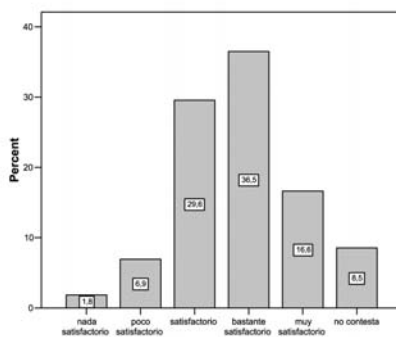
Con respecto a la presentación de trabajos en las Jornadas, la motivación de los profesionales ha sido descrita en primer lugar para mejorar o ampliar la comunicación entre los mismos, en segundo lugar para investigar nuevos campos de investigación, y en tercer lugar para validar formas de trabajo.

La calidad científica, innovación, aplicabilidad en la práctica y presentación de las comunicaciones fue valorada por los encuestados como muy satisfactoria.

Comunicaciones: calidad científica

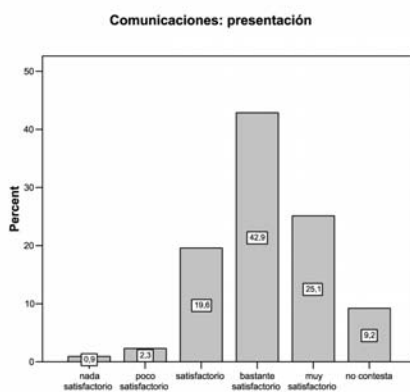
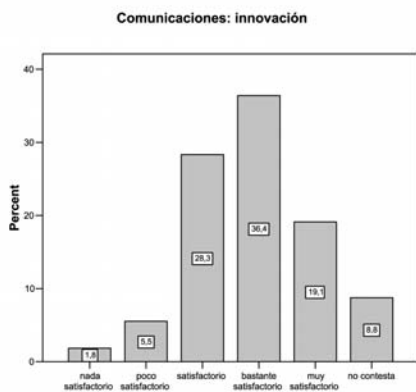


Comunicaciones: aplicabilidad en la práctica

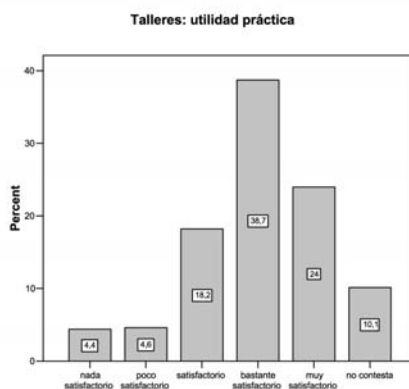
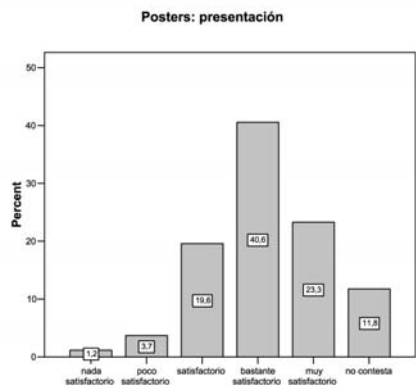
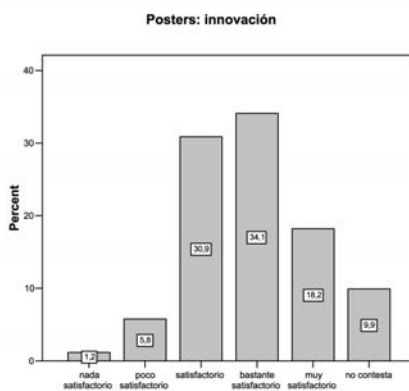
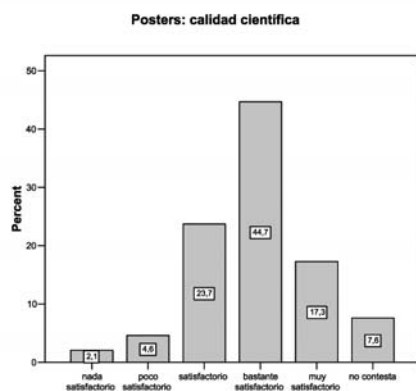


Comunicaciones: innovación

Comunicaciones: presentación



Con respecto a los mismos ítems en la valoración de los posters, se destacó ampliamente la innovación y la aplicabilidad en la práctica.



Los talleres obtuvieron una puntuación elevada en la evaluación de la satisfacción de más del 85% de mucha satisfacción en cuanto a utilidad práctica e interés despertado.

Los temas para futuros talleres fueron:

- RCP
- Protocolos de actuación en curas, heridas, vendajes.
- Manipulación de muestras biológicas.
- Cuidados relacionados con la muerte.
- Bioética.
- Adolescencia y drogas.
- Terapias alternativas.
- Nutrición.
- Comunicaron.
- Cuidados área neonatología y pediátrica.
- Menopausia.
- Autoestima y seguridad.
- Salud Laboral.
- Salud Pública.
- Enfermedades raras.
- Diabetes.
- Pié diabético.
- Fibromialgia.
- Duelo

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 19
- Fundación para la investigación del Hospital General Universitario de Alicante.

RELACIÓN DE CASAS COMERCIALES COLABORADORAS

PREMIOS

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

Premios	Título	Autores
1er. Premio a la mejor comunicación	Adhesión al tratamiento y edad: variaciones en función de los parámetros utilizados	Carmelo Iborra Moltó Sofía López-Roig Mercedes Roca Alonso M ^a Ángeles Pastor Mira
2º Premio a la mejor Comunicación	El cuidador familiar: Me olvide de vivir	M ^a Dolores Saavedra Llobregat José Ramón Martínez Riera Encarnación Muñoz Soriano
3er. Premio a la mejor comunicación	Gestión de casos en la integración de niveles asistenciales: resultados.	M ^a Luisa Ruiz Miralles M. Dolores Saavedra Llobregat Inmaculada Flores Arjona Pepa Soler Leyva Juan Gallud Romero
1er. Premio al mejor Cartel Científico	Innovar en la prevención y tratamiento de UPP, mediante sistemas de apoyo de aire no alternante	José Luis Giménez Tébar África Moreno Alzamora Josefina Altozano Rodado M ^a Carmen Carrascosa Suarez M ^a Concepción Ramos Bolufer M ^a Cruz Martín Redondo Vicente Francisco García García M ^a Jesús Mas Pla
2º Premio al mejor Cartel Científico	Protocolo de Helitransporte (HEMS) de pacientes portadores de balón intraaórtico de contrapulsación (BIAC) para su tratamiento definitivo médico y/o quirúrgico	Pablo Gómez-Calcerrada Pérez José Manuel Gutiérrez Rubio Juan Sinisterra Aquilino Rafael Gomis Caparrós Pedro Limonchi Fernández Jorge Rodríguez Neira Juan Carlos Rodríguez Meléndez José Manuel Adsuar Quesada
Premio por Votación Popular	Una sonrisa vale más que mil técnicas	Inmaculada Lassaleta Goñi Vanesa Sevilla Bellido Mercedes Álvarez González José Luis Giménez Tebar Santiago Romero Candeira Alfredo Candela Blanes Víctor Aguilar Noguera

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

MESA REDONDA

ICTUS AGUDO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Dra. Dña. Consuelo Maraver Lora

El ICTUS es una emergencia médica donde el “tiempo es cerebro”.

Esta patología ocasiona una alteración transitoria o definitiva del funcionamiento de una o varias partes del encéfalo, siendo una de las primeras causas de muerte, la más importante de invalidez y la segunda en demencia.

El 75% se producen en mayores de 65 años, asociándose con uno o más factores de riesgo cardiovascular.

La atención al ictus consume un 3-4% del gasto sanitario.

Existe una VENTANA TERAPÉUTICA (3 - 4,5 horas) en la que la actuación temprana es fundamental para evitar las complicaciones posteriores.

OBJETIVO DEL “CÓDIGO ICTUS”:

Identificar, notificar y trasladar con la mayor rapidez posible a los pacientes con ictus agudo.

AGENTES IMPLICADOS:

Pacientes y familiares

Personal Médicos y de Enfermería de CS y PAC / PAS CICU.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN:

Detección de síntomas y signos

Estabilizar al paciente

Activación de Sistema de Emergencias Sanitarias (SES) a través de los Centros de Información y Coordinación de Urgencias (CICU)

DIFICULTADES:

Solicitar ayuda médica tardía (vivir solos, aparición nocturna)

Retraso por parte del paciente (signos de alarma)

DIAGNÓSTICO POR PARTE DEL PERSONAL DE AP:

Escala de Cincinnati (S 66%, E 87%)

La presencia de uno de estos tres hará sospechar ICTUS:

1. ASIMETRÍA FACIAL:

Normal: ambos lados de la cara se mueven por igual

Anormal: un lado de la cara no se mueve en absoluto

2. FUERZA EN LOS BRAZOS:

Normal: ambos lados se mueven por igual

Anormal: un brazo no se mueve o se cae respecto del otro

3. LENGUAJE:

Normal: el paciente utiliza correctamente las palabras sin farfullar

Anormal: el paciente articula mal las palabras o las utiliza de un modo confuso o no habla.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE AP:

Confirmar que el paciente entra dentro del protocolo CÓDIGO ICTUS

Criterios de inclusión:

Paciente >18 años independiente (ABVD)

Síntomas focales (E. Cincinnati)

Familiar localizado o paciente (consentimiento informado)

Inicio de síntomas < 3 horas (última vez que se vio al paciente normal)

Llamar CICU

Control de constantes (TA, Frecuencia cardiaca, Glucemia, Tª)

Estabilizar al paciente

La atención primaria es clave en educar a la población a cargo del personal sanitario del equipo de AP, para que pacientes y familiares sean capaces de identificar los síntomas de alarma:

- Dificultad en el habla o en entender lo que dicen
- Parálisis o pérdida de fuerza en la cara o miembros (unilateral)
- Pérdida de sensibilidad en cara o extremidades (unilateral)
- Visión doble, vértigo e inestabilidad a la marcha de aparición brusca
- Pérdida súbita de visión, parcial o lateral, sea uni o bilateral
- Cefalea brusca muy intensa, de causa desconocida

CONCLUSIONES:

- AP es la puerta de entrada a la “Atención aguda al Ictus”
- Prevención primaria y secundaria
- Insistir en Educación Sanitaria
- Planes de actuación entre profesionales de AP, SES, Urgencias y Servicio de Neurología

Ictus es una emergencia médica con tratamiento potencialmente efectivo y tiempo dependiente “el tiempo es cerebro”

CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS EN EL MANEJO DE ACCESO VENOSO CENTRAL SUBCUTÁNEO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN MEDIANTE INFUSOR

Dña. M^a Carmen Gozalves Manzanera
Supervisora Hospital de DIA HGUA

INTRODUCCIÓN:

- La División de Enfermería del HGUA, estableció un circuito de continuidad de cuidados entre Atención Primaria y Especializada en 2009:
 - En 2010 el Hospital de Día se incorpora a este proyecto.
 - 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:
 - Cuidados y mantenimiento de Acceso Venoso Central Subcutáneo (AVCS).
 - Retirada de infusores

Objetivos:

- Garantizar la continuidad de cuidados a pacientes portadores de AVCS y/o infusor.
- Favorecer el confort a los pacientes oncológicos.
- Fomentar la correcta utilización de recursos sanitarios.
- Evaluar la satisfacción de los pacientes en el circuito de continuidad establecido.

Metodología:

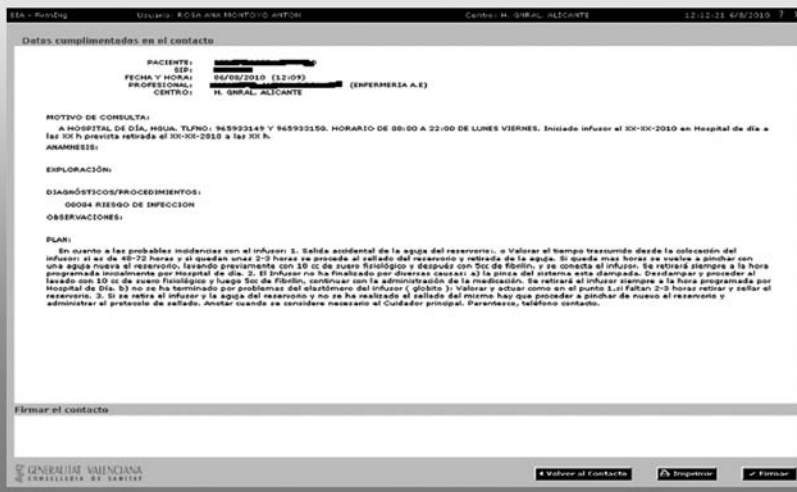
- Mantener reuniones con coordinadores de los Centros de Salud del área para fijar calendario y establecer pautas de actuación.
- Formación del personal de enfermería de A.P., mediante talleres impartidos por la supervisión del Hospital de Día y las enfermeras responsables del programa informático (Abucassis) y Planes de Cuidados, cuyo 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.

Metodología:

- Implantación en el Hospital de Día el programa informático (SIA), que permite garantizar la continuidad de cuidados desde Atención Especializada hasta Atención Primaria
- Elaboración de un cuestionario de satisfacción con 7 ítems de respuesta cerrada dirigido a los pacientes.



Programa para la Continuidad de Cuidados:



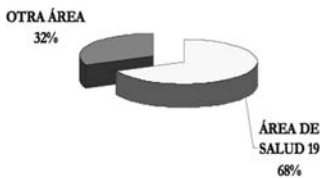
Resultados

- El periodo de formación desde Enero a Marzo del 2010
- 10 Talleres de formación en 10 Centros de Salud
- Se formaron a 122 Enfermeras de Atención Primaria
- El nº de Pacientes atendidos tras la formación (mayo, junio, julio) fueron 231



Resultados:

Pacientes según área de salud.



Participación de la muestra a estudio.



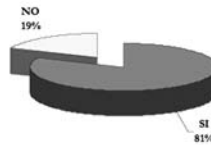
Resultados:

- Tras el cuestionario de satisfacción obtuvimos los siguientes resultados:

¿Dónde se retiró por 1ª vez el infusor?

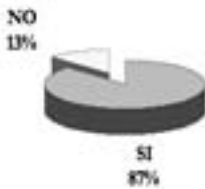


¿Está satisfecho con la atención recibida en su Centro de Salud?

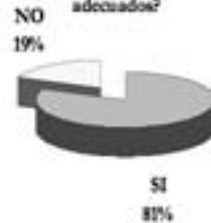


Resultados:

¿Considera adecuado el tiempo de espera para la retirada del infusor?

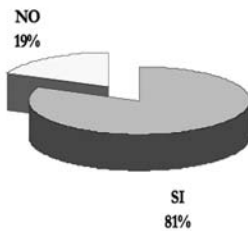


¿Piensa que los profesionales de Enfermería tienen los conocimientos adecuados?

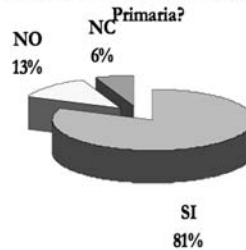


Resultados:

¿Cree que la Coordinación Especializada -
Primaria es adecuada?



¿Está satisfecho con la atención telefónica
recibida por su enfermera de Atención
Primaria?



Conclusiones:

- El periodo de formación se completó de manera eficaz con la implicación del personal de enfermería de Primaria y Especializada.
- Durante el periodo de transición las dudas e incidencias se resolvieron vía telefónica sin repercusión para el paciente.
- 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, objetivo planteado al inicio.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN

Dña. Clara Abellán García

Las principales causas de errores relacionados con el uso de medicamentos son:

- Desconocimiento de la historia clínica del paciente como alergias, medicación que consume...
- Uso de un medicamento inadecuado.
- Confusiones de medicamentos que tienen nombre parecido o etiquetado similar.
- Desconocimiento y falta de información sobre interacciones, dosis etc.
- Frecuencia incorrecta por adelantos, retrasos u omisión de dosis.
- Forma de administración equivocada.
- Desplazamiento de los decimales.
- Cálculo de dosis individualizadas particularmente en obesos, niños, insuficientes renales y personas mayores.
- Vía de administración inapropiada.
- Uso de abreviaturas no estandarizadas.

Existen diferentes terminologías utilizadas para denominar los distintos efectos negativos derivados de la utilización de los medicamentos y, en ocasiones, existen confusiones.

1º ACCIDENTES CON MEDICACIÓN: “es el término que engloba todos los incidentes, problemas o sucesos, inesperados o no deseados, que se producen por error o no durante el proceso de utilización de los medicamentos que pueden o no causar daños al paciente”.

2º ACONTECIMIENTO ADVERSO POR MEDICAMENTOS (AAM): “un daño grave o leve causado por el uso (incluyendo la falta de uso) de un medicamento”. Se pueden clasificar en dos tipos:

- AAM prevenibles. Causados por errores de medicación (supone daño o error).
- AAM no prevenibles. Se producen a pesar de un uso apropiado de los medicamentos (daño sin error) y son las reacciones adversas RAM.

3º REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM): “todo efecto perjudicial y no deseado que se presenta después de la administración de un medicamento a las dosis normalmente utilizadas para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o con objeto de modificar una función biológica”.

4º ERROR DE MEDICACIÓN (EM): “es cualquier error que se produce en el proceso de utilización de los medicamentos”. Están relacionados con la práctica pro-

fesional, procedimientos, sistemas, fallos de prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, seguimiento y utilización.

Puede ser que no produzca un acontecimiento adverso (no ocasionan daño).

5º ACONTECIMIENTO ADVERSO POTENCIAL (PADE) (potential adverse drug event): “error de medicación grave que podría haber causado un daño, pero que no lo llegó a causar, bien por suerte o bien porque fue interceptado antes de que llegara al paciente”.

Los Acontecimientos Adversos por medicamentos constituyen una patología emergente, con una gran repercusión asistencial, social y económica. Estudios publicados a nivel Internacional y en España están haciendo conocer la magnitud del problema y la repercusión sobre la seguridad de los pacientes.

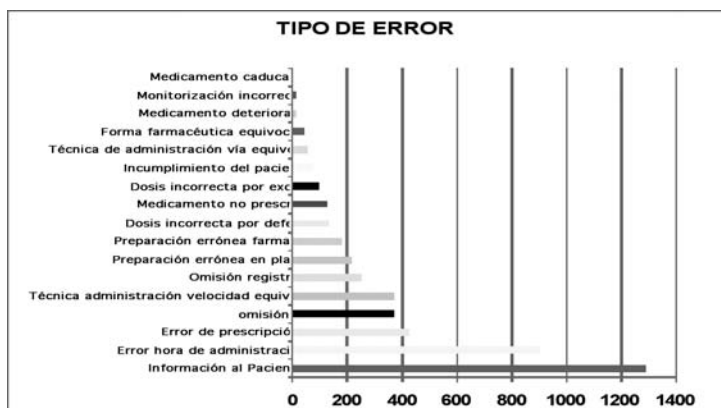
Estudio ENEAS (Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización), nos muestra que de 5.476 pacientes ingresados en 24 hospitales y que su hospitalización fuera superior a 24 horas, hubo un total de 655 Eventos Adversos y el 37,4 % de dichos EA estaba relacionado con la medicación (245) y de ellos el 34,8% (97) eran evitables.

Estudio APEAS (Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria de salud) nos muestra que de 96.047 pacientes en 1.932 consultas, se realizaron 2.059 notificaciones. De las cuales 1.108 sufrieron un evento adverso y 530 (47,8%) relacionados con la medicación y 313,2 (59,1%) con probabilidad de prevención.

Estudio Multicéntrico por Observación para la Prevención de Errores de Medicación (EMOPEM) en 2007 en que participaron 23 hospitales y 3 eran de la Comunidad Valenciana:

- H. G. U. de Alicante.
- H. G. U. de Valencia.
- H. Marina Baixa (Villajoyosa).

Se realizaron 20.344 observaciones y de ellas 3.893 (19,14%) con error. Este gráfico indica el porcentaje de los diferentes tipos de errores que se observaron.



GRAVEDAD DEL ERROR:

Nº		DESCRIPCIÓN	%
1291	A	Circunstancias que lo pueden producir	33
354	B	El error se produjo pero no llegó al paciente	9
2125	C	El error alcanzó al paciente, pero no le causó daño	55
112	D	El error alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y comprobación de que no sufría daño	3
11	E	El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó tratamiento	0,3

Según los resultados de la delegación española del ISMP (Institute for Safe Medication Practice):

- Los EM causan Acontecimientos Adversos en un 1,4% de los pacientes hospitalizados.
- Los EM motivan entre un 4,7 y un 5,3% de los ingresos hospitalarios, con un coste medio por estancia próximo a 3.000 euros.
- En los hospitales se ha registrado una tasa de EM del 12,8%.

Tenemos que valorar la necesidad de desarrollar programas para mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos, y para ello, si aplicamos estos porcentajes a datos del nuestro Hospital:

- El H. G. U. de Alicante tiene 34.000 ingresos al año. Si aplicamos el 1,4% de pacientes con Acontecimientos Adversos por Errores de Medicación, aquí, en este hospital supuestamente habría 476 pacientes al año los sufren.
- De los 476 pacientes, 22 de ellos en un año necesitan supuestamente el ingreso o la duración de su estancia el hospital por motivos de Errores de Medicación.
- 22 pacientes por 7 días de estancia y por 600 euros de coste medio por estancia/día en el H. G. U. A., nos da un total de 92.400 euros al año que supuestamente se gasta por Errores de Medicación.
- Según el estudio ENEAS el 34,8% de los EM son evitables, se habría ahorrado supuestamente 32.155 euros más al año.

Los datos ponen de manifiesto la gran trascendencia sanitaria que representan los Errores de Medicación y la necesidad de desarrollar programas para mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos.

Recomiendan los expertos en seguridad poner en marcha programas para fomentar una cultura de seguridad y paralelamente desarrollar los procedimientos necesarios para conocer, evaluar y mejorar continuamente la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos.

Y las fases de un programa interno de prevención:

- Infraestructura y liderazgo.
- Detección de incidentes.
- Análisis y evaluación.
- Implantación de prácticas seguras.

Para la prevención de errores de medicación los grupos de expertos (ACSQHC, AHRQ, ISMP, JCAHO, NQF, OMS):

1º Para la línea de actuación “Creación de una cultura de seguridad”. Recomiendan crear, comunicar y demostrar una cultura de seguridad en la institución.

2º Para la línea de actuación “Mejora de la organización y de los procesos, considerando los principios de los factores humanos”. Recomiendan:

- Evaluar los riesgos potenciales de los nuevos medicamentos antes de su adquisición.
- Establecer procedimientos explícitos para la prescripción, almacenamiento, preparación y administración de los medicamentos de “alto riesgo” (almacenar electrolitos en unidades).
- Establecer procedimientos estandarizados y revisar para etiquetar, envasar y almacenar los medicamentos.
- Identificar como mínimo anualmente los medicamentos con nombres similares en la institución y establecer medidas para evitar confusiones entre ellos.
- En los hospitales, dispensar los medicamentos en dosis unitarias, y siempre que sea posible, en una forma lista para su administración.
- Mejorar la seguridad de las bombas de infusión, evitando la utilización de bombas de flujo libre.

3º Para la línea de actuación “Incorporación efectiva de las tecnologías de la información”. Recomiendan:

- Implementar un sistema de prescripción electrónica.
- Establecer en el sistema informático de farmacia aplicaciones de alerta y detección precoz de acontecimientos adversos por medicamentos.

4º Para la línea de actuación “Mejora de la comunicación entre profesionales y entre niveles asistenciales”. Recomiendan:

- Asegurar que la información asistencial, sea transmitida a tiempo y en una forma comprensible para todos los profesionales sanitarios.
- Establecer normas para que se empleen abreviaturas y designaciones de dosis estandarizadas.
- Establecer procedimientos para recibir las prescripciones verbales o telefónicas que la persona que escucha la prescripción lea de nuevo para verificar la exactitud de lo que ha oído.

5º Para la línea de actuación “Establecimiento de un modelo de atención centrada en el paciente para lograr la participación activa de los pacientes en sus tratamientos”. Recomiendan:

- Establecer un procedimiento sistematizado para conciliar la medicación del paciente y asegurar la continuidad de los tratamientos en los traslados entre niveles asistenciales. Elaborando una lista completa de la medicación del

paciente, para conocimiento del siguiente profesional que le atiende y proporcionar al paciente una lista de su medicación.

- Asegurar la participación activa de los farmacéuticos en los procesos del sistema de utilización de los medicamentos, que deben revisar todas las prescripciones y el perfil completo de la medicación antes de que se dispensen los medicamentos, monitorizar los tratamientos e informar a los pacientes.
- Mejorar la exactitud de la identificación de los pacientes, utilizando como mínimo dos datos de identificación siempre que se administren medicamentos o hemoderivados.
- Educar a los pacientes para fomentar y conseguir que desempeñen un papel más activo y participen en la toma de decisiones y en el control del tratamiento.

6º Y por último, para la línea de actuación “Formación de los profesionales”. Recomiendan asegurar que los profesionales sanitarios implicados en la utilización de los medicamentos reciben formación continuada sobre prevención de errores de medicación y sobre seguridad en la utilización de los medicamentos.

En el Departamento de Salud de Alicante. Hospital General conociendo la magnitud del problema, la repercusión sobre la seguridad de los pacientes y siguiendo las recomendaciones de los expertos en seguridad ha puesto en marcha distintos programas.

Como medidas de prevención:

Desde la Unidad de Farmacia se aplica las primeras barreras para la prevención de errores de medicación recomendados por los grupos de expertos citados anteriormente.

En 2008 se puso en marcha el Plan de Mejora Continua de la Calidad de los Cuidados de Enfermería y una de las 5 áreas que contiene dicho Plan, es “Efectos Adversos asociados a la preparación y administración de medicamentos” y tras la formación de los profesionales se puso en marcha la Notificación voluntaria y confidencial.

Los registros de notificación se han ido adaptando durante el 2008 y 2009 y actualmente está informatizado. En la intranet:

- Enlace División de Enfermería.
- Proyecto Atenea.

El pasado 2009 se aprobó el Plan de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente asociados a los cuidados enfermeros. Dentro del mismo 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.

La sensibilización, formación e información a profesionales durante el 2009 se realizó en talleres de 2 horas en horario laboral. Participaron en ellos 1292 profesionales de las áreas de hospitalización y 154 del área quirúrgica y uno de los temas era uso seguro de medicamentos.

Este año 2010, se ha aprobado y constituido la Comisión de Seguridad del Paciente. Es una Comisión Clínica de apoyo a las decisiones del equipo directivo en materia de seguridad, como grupo multidisciplinar, coordinado por un responsable del programa de seguridad, que reúne a la mayoría de los estamentos asistenciales del Departamento (Dirección Médica y de Enfermería, Médicos, Farmacéuticos, Profesionales de Enfermería).

De él dependerá el Grupo de Notificación, de mejora para la gestión de riesgos y seguridad del paciente asociados a los cuidados enfermeros y la subcomisión de seguridad quirúrgica.

Su objetivo general es dar apoyo al equipo directivo en materia de seguridad en el Departamento de salud de Alicante. Hospital General. Y como objetivos específicos:

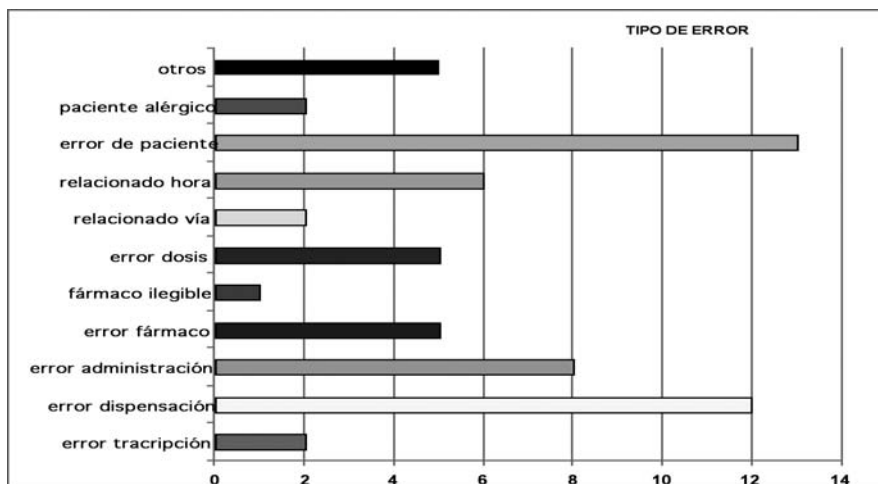
- Asesorar a la dirección y servicios del hospital para la mejora continua de la calidad, a través de la mejora en la seguridad clínica del paciente.
- Apoyo metodológico a proyectos y estrategias en mejora de la seguridad.
- Desarrollar un sistema de notificación y registro de incidentes y efectos adversos.
- Desarrollar políticas y estrategias derivadas del estudio de los incidentes notificados.
- Difundir la información que se derive de puntos anteriores.
- Potenciar la coparticipación en temas concretos para difundir y conseguir mayor nivel de aceptación de las propuestas de la Comisión.
- Intercambiar información sobre métodos de trabajo con comisiones homólogas de otros hospitales.
- Elaborar los indicadores, criterios y estándares que permitan evaluar las mejoras.
- Análisis de causas raíz de sucesos o incidentes centinela.
- Interrelación con otras Comisiones Clínicas.

Y las funciones o actividades tanto la Comisión de Seguridad del Paciente, como de los grupos que dependen de la misma son:

- Responsabilizarse del funcionamiento del Programa de Seguridad en el Departamento.
- Analizar los datos emitidos por la notificación de eventos adversos.
- Realizar análisis e investigaciones sobre:
 1. Las causas de los sucesos adversos.
 2. Los factores que influyen en que se produzcan relacionados con: medicación, comunicación, gestión, diagnóstico, cuidados, procedimientos.
 3. Impacto producido en el paciente.
 4. Repercusiones del suceso adverso sobre el paciente relacionados con: medicación, cuidados, procedimiento, infección nosocomial, otros.
 5. Las atenciones que recibe el paciente que sufre un evento adverso.
 6. Medidas preventivas para evitarlo.
 7. Control de factores influyentes en la aparición de sucesos adversos.

- Emitir informes con los resultados del análisis.
- Comunicar de oficio al S. N. de Farmacovigilancia aquellas notificaciones de incidencias en el uso de medicamentos que conlleven daño en el paciente.

Desde el 2008 se han realizado 34 notificaciones de efectos adversos asociados a la preparación y administración de medicamentos y los datos son:



- Ilegible y sin identificación de paciente, confusión de historia, envío incorrecto de farmacia, omisión de dosis, suspensión sin orden que lo indique.
- Fármacos: antiácido, antipiréticos, antidepresivos, antiinflamatorios, antianémico, antibióticos, antihipertensivo, anticoagulante, nutrición parenteral total, barbitúrico, heparina, electrolitos, anticonvulsivantes, diuréticos, broncodilatadores, hemoderivados, analgésicos, laxantes, antisicóticos.

Los efectos notificados sobre los pacientes fueron, prurito, eritema, diarrea, hipotensión, mareo, náuseas, taquicardia, tos y enrojecimiento de cara y cuello.

Todos los pacientes que sufrieron un evento adverso, necesitaron observación, monitorización y/o cuidados.

La seguridad del paciente es un objetivo prioritario en la mejora de la calidad de los sistemas sanitarios que ha llevado a la búsqueda de estrategias que permitan mejorar el conocimiento del origen de eventos adversos y una de ellas es APRENDIENDO DEL ERROR PARA PREVENIRLO.

Porque conocer y aprender de los errores es la clave para minimizarlos estableciendo métodos para detectar dónde y por qué se producen como: La notificación voluntaria de incidentes, la revisión de Historias Clínicas, Monitorización automatizada de señales de alerta, técnicas de observación, revisión de recetas o registro de las intervenciones farmacéuticas.

Hay que tener en cuenta que son opciones complementarias porque ninguno de estos métodos permite detectar todos los incidentes que se producen, pero el más básico es un sistema voluntario y no punitivo de notificación de los profesionales y es clave para la creación de una cultura de seguridad.

El establecimiento de registros adecuados sobre eventos adversos está contemplado en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que plantea en su artículo 59 la creación de un registro de acontecimientos adversos con el fin de recoger información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente.

En nuestra Comunidad, Se aprobó el Plan de Gestión de Seguridad del Paciente de la Comunidad Valenciana 2009 - 2013 y como uno de sus objetivos estratégicos está “El fomento de la implantación de sistemas de notificación de Eventos Adversos en todas las Áreas de Salud”.

Tradicionalmente los errores han sido analizados de forma retrospectiva a través de los comités de morbilidad y en ocasiones a través del análisis de las reclamaciones.

La frecuencia y distribución del riesgo asistencial puede estimarse por estudios retrospectivos (revisión de historias clínicas), transversales y prospectivos.

Los estudios retrospectivos son más fáciles de realizar y más efectivos en la estimación de la incidencia de eventos adversos, pero sólo detectan los documentados, subestimando otros prevenibles y pudiendo pasar inadvertidos errores graves si no han producido daño.

Los sistemas de notificación y registro de incidentes y eventos adversos están destinados a conocer los problemas más frecuentes y aprender de los errores y evitar que puedan volver a repetirse.

Su importancia radica en que estudian tanto los eventos adversos -con daño- como los incidentes o cuasi accidentes, en terminología anglosajona.

No pretenden, por tanto, hacer una estimación de la frecuencia de los eventos adversos, sino que son una forma de obtener una valiosa información sobre la cascada de acontecimientos que llevan a la producción de un evento adverso.

La mayoría de EA suelen generarse en una cadena causal que involucra recursos, procesos, pacientes y prestadores de servicios, siendo el resultado de fallos en el sistema en el que los profesionales trabajan, más que de una mala práctica individual.

Las ventajas de los sistemas de notificación son:

- Contribuye a la estandarización de la taxonomía.
- Identifica los puntos débiles.
- Analiza las causas.
- Da una mayor conciencia sobre problemas de seguridad.
- Facilita el compromiso de los profesionales.
- Permite entender por qué el accidente no llegó a ocurrir.

Pero se ha estimado que la notificación voluntaria tan solo detecta de un 5 a un 10% de los eventos adversos.

Entre las causas-barreras que se han descrito para explicar la infranotificación se encuentran el miedo de los profesionales a las medidas disciplinarias, la preocupación por los posibles litigios consecuencia de la publicitación del registro, y sobre todo por el inadecuado o escaso retorno de la información a quien generó el dato.

Los sistemas de notificación y registro serán útiles para la mejora de la calidad y seguridad del paciente en la medida en que se constituyan en un elemento del sistema de vigilancia que supone no solo la identificación o notificación sino además el análisis e interpretación de la toma de decisiones concretas y su explicitación dentro de un mecanismo de retorno de la información a los profesionales.

Para aumentar la confianza de los profesionales hacia los sistemas de notificación contemplan garantizar el anonimato y confidencialidad.

Por ese motivo es necesario diseñar y desarrollar sistemas de comunicación voluntaria, anónima, confidencial y no punitiva, cosa que ya está hecha, pero se requiere un mayor compromiso de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hernández Aguado I, Aibar C, Lumbreras B, Aranaz J. Planificación y programación en atención a la salud. En Piedrola G et al. Medicina Preventiva y Salud Pública 11ª ed. Barcelona: Elsevier, 2008: 1193-1198.
2. Vitaller Burillo J, Aibar Remón C, Aranaz Andrés JM. Planificación sanitaria. Conceptos y métodos. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ eds. Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: MAPFRE-Díaz de Santos; 2008, p. 20-26.
3. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012. Edita: SESCAM. Servicio de Salud de Castilla la Mancha. 2009. Disponible en la URL: http://sescam.jccm.es/web1/ciudadanos/elSescam/Plan_Estrategico_Seguridad_SESCAM_09-12.pdf (accedido el 25 de enero de 2010).
4. Plan de Gestión de la Seguridad del Paciente de la Comunitat Valenciana 2009-2013. Conselleria de Sanitat. València. 2009 (presentado 14 de octubre del 2009).
5. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Barcelona: SG Masson, 1990.
6. Aranaz JM, Limón R, Aibar C, Miralles JJ, Vitaller J, Terol E, et al. Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. Gac Sanit 2008;22(Supl 1):198-204.
7. Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Boletín Oficial del Estado número 128, de 29-5-2003).

CONTINUIDAD ASISTENCIAL: SALUD, SATISFACCIÓN Y SOSTENIBILIDAD

Dña. Ana Matilde Bellot Bernabé

*Enfermera del Departamento de Salud Alicante-Hospital General
Miembro de la Comisión de trabajo de Abucasis Perfil Enfermería de la
Conselleria de Sanidad. Licenciada en Documentación. Máster en Marketing
Sanitario y Humanización de la Sanidad.*

Actualmente los expertos nos están transmitiendo la necesidad de rediseñar la prestación de los cuidados: “Curar y Cuidar”. Consideran, y estamos de acuerdo, que las innovaciones más importantes son las organizativas, la integración entre atención primaria y especializada, la continuidad asistencial y la aplicación de las nuevas Tecnologías y Sistemas de Información para la mejora de los cuidados, entre otros.

En nuestro Departamento, debido a un importante esfuerzo integrador, se ha implantado un modelo de continuidad asistencial donde confluyen todos esos aspectos. Las claves han sido principalmente, el factor humano y la utilización de la aplicación informática SIA - Abucasis. Esto es, la implicación de la Dirección, la actitud positiva de toda la Enfermería del Departamento para incorporar los cambios en la atención al paciente, la organización y la formación, la existencia de una Comisión de Continuidad de Cuidados comprometida, constituida por profesionales de enfermería de primaria, especializada, enfermeras de gestión comunitaria, de enlace, miembros de la Dirección y una enfermera experta en Abucasis. El disponer de la aplicación informática SIA, configurada como un sistema de información integrador, capaz de cubrir todo el proceso asistencial, unificando toda la información ambulatoria y la especializada (Centros de Salud, Centros de Especialidades, Consultas Externas y Hospital) ha sido fundamental en el proceso.

La información es compartida, hay una única historia clínica electrónica (HCE) a la que acceden los distintos profesionales sanitarios. Nos centramos en las enfermeras de nuestro Departamento; un cambio importante en la práctica asistencial se ha producido con la utilización de SIA-Abucasis por parte de la Enfermería del Hospital General (HGUA). Realizar el informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria en la misma aplicación informática que utiliza la Enfermería de atención primaria (y todos los profesionales sanitarios que trabajan en este ámbito) ha significado asegurar la continuidad de cuidados cerca del cien por cien, facilitando además, que al ingreso se pueda consultar la información sobre la atención prestada por los profesionales de equipo de atención primaria.

Se ha pasado de recibir tan sólo 33 informes en atención primaria, en formato papel, durante el año 2006, a 4.890 informes en formato electrónico en el 2010 (de enero a septiembre). Las enfermeras de atención primaria han llegado a contactar, en 24-48h, con más del 76% de los pacientes tras el alta. De esta manera está mejorando la calidad que prestan a los pacientes, valoran y planifican sus intervenciones partiendo del conocimiento sobre el estado de salud del paciente que le proporciona otro

profesional de enfermería. El circuito creado mediante la cita directa que da la enfermera desde su servicio de hospitalización a la agenda “Alta Hospital” del centro de salud al que pertenece el paciente, permite que su enfermera de referencia, tenga la información para la continuidad de cuidados en el mismo momento que se le hace el informe en Abucasis. Este circuito está creado actualmente para los centros de salud de nuestro Departamento. Además está dándose un feed-back real. Al ingreso en el HGUA, se está consultando la información sobre la atención prestada en atención primaria, principalmente de los cuidados de enfermería, pero también la de otros profesionales sanitarios.

En el año 2009 se inició la utilización de Abucasis para el informe de alta y progresivamente se han ido incorporando las distintas Unidades de Hospitalización, incluidas UHD, Urgencias, Hospital de Día UEI y Hospital Polivalente.

Las enfermeras de Consultas Externas, del Centro de Especialidades, enfermeras de UHD y Matronas registran además su actividad diaria. Las Matronas de Especializada están registrando los datos de la atención prestada a la madre y al recién nacido. Una enfermera de hospitalización utiliza la Hoja de Seguimiento Infantil para cumplimentar datos de somatometría, alimentación... y el Registro Nominal Vacunal (RVN) para anotar la administración de primera dosis de vacuna antihepatitis B.

El total de informes realizados en SIA por las enfermeras de atención especializada desde su inicio hasta septiembre de 2010 ha sido de 16.179. De enero a septiembre de 2010 un total de 12.045. El conjunto de enfermeras del Centro de Especialidades han realizado 18.136 contactos en Abucasis. Por tanto, se puede decir que, prácticamente casi la totalidad de la Enfermería del Departamento está utilizando el mismo sistema de información a través de SIA, una única HCE para el registro de su actividad, aportando importantes beneficios en la prestación de la atención sanitaria.

Esta herramienta informática nos está permitiendo contribuir eficazmente a la mejora de la calidad de los cuidados configurando una sanidad tecnológica y científicamente avanzada, a la vez que humanizada. Está proporcionando una información segura, rápida, completa, de fácil acceso y compartida. Redunda en la satisfacción de los pacientes y en la de los profesionales. Está permitiendo el diseño de planes de cuidados conjuntos entre primaria y especializada y su alcance se está vislumbrando más allá de nuestro Departamento; está configurado por la Conselleria de Sanidad de la C.V. como un modelo a implantar en otros Departamentos de salud.

Siendo el HGUA, un Hospital de referencia de la provincia de Alicante, se está valorando establecer las relaciones que a nivel informático la aplicación posee para que, al alta, un paciente de otro departamento, pueda ser citado directamente en la agenda de su centro de salud. Es muy posible que este modelo, de gran alcance futuro para afrontar los nuevos retos en la prestación de los cuidados, esté en condiciones de contribuir a mejorar la salud, la satisfacción y la sostenibilidad.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE METROTEXATO EN ATENCIÓN PRIMARIA

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

El tratamiento con Metrotexato está indicado en pacientes crónicos con Artritis Reumatoide. El especialista prescribía el tratamiento, el paciente acudía a la farmacia donde se le suministraba la medicación, bien en dosis individuales o en viales. Con estos últimos, en el centro de salud, se precargaban las jeringas con la dosis prescrita y sin las adecuadas medidas de protección. Ante esta situación se plantea la necesidad de desarrollar un Plan Coordinado entre Atención Primaria y Especializada que permita garantizar la seguridad de administración y contribuir a garantizar la sostenibilidad del sistema.

Siguiendo la “Recomendaciones Universales para la Aplicación de Citostáticos” así como el Protocolo de Vigilancia Específica de Agentes Citostáticos (ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales) se implanta un protocolo de administración de Metrotexato en los Centros de Salud.

El plan de actuación comienza con la prescripción por parte del especialista de la dosis indicada y posterior envío a los centros para su administración por parte de los profesionales de Enfermería. En el centro de salud se elabora un listado con el nombre y dosis indicada para cada paciente, el cual se remite al servicio de Farmacia del HGUA, rellenando un impreso de solicitud estandarizado.

Servicio de Farmacia
Hospital General Universitario de Alicante

FECHA: _____
Nº SIP, Nº H. Clínica, Apellidos, Nombre
DOSIS (mg)

Fdo: (coordinador médico del CS):

- * Enviar al fax nº(Servicio de Farmacia) los "dd" de 13:30 a 14:00 h.
- * Las dosis deben indicarse SIEMPRE en miligramos (mg)
- * Las jeringas precargadas se recibirán en el Centro de Salud los "dd" por la mañana.
- * Las dosis no administradas deberán devolverse mediante el mismo mensajero al Hospital.
- * Los residuos tras la administración (jeringas y agujas) deberán desecharse en contenedor de citostáticos.
- * Ante cualquier eventualidad, contactar con la Unidad de Farmacia Oncológica del Servicio de Farmacia.

El servicio de Farmacia prepara la medicación y la envía con las medidas de conservación adecuadas por mensajería a los centros de salud.

Una vez recepcionadas las dosis se procede a su correcta administración teniendo en cuenta el siguiente manual de recomendaciones:

1. Acondicionamiento de la sala de administración.
2. Equipo protector del manipulador.
3. Procedimiento de actuación ante exposiciones y derrames.

En cuanto a los residuos, se colocan los contenedores específicos para la eliminación y tratamiento.

El Plan coordinado integra a los once Centros de Salud y al Servicio de Farmacia del HGUA del Departamento de Salud Alicante-Hospital General.

El protocolo se inició en 2005 con la administración de metrotexato a 130 pacientes y que actualmente están incluidos 257.

Conclusiones:

- Favorece la Continuidad asistencial
- Favorece la relación paciente-profesional
- Aumenta la seguridad de administración
- Contribuye la sostenibilidad económica del sistema

MESA DE COMUNICACIONES LIBRES 1

ACOMPañAMIENTO EN EL PARTO: TALLER DE HABILIDADES PARA PAREJAS Y ACOMPañANTES

I. Casanova Aranda; V. Navío Abril; P. Ibáñez Blanes; C. Muñoz García; H. Mataix
Mataix; P. de Miguel Ibañez
Matronas, Hospital General de Alicante

Palabras clave: Parto, acompañamiento, apoyo, adquisición de habilidades.

INTRODUCCIÓN

Los nuevos planteamientos en la atención al parto, basados en la Evidencia Científica y en la humanización de la asistencia al parto, han generado situaciones nuevas, en la que el protagonismo ha de ser asumido tanto por las mujeres de parto como por sus acompañantes. Sabemos que “la participación de la pareja es fundamental, su presencia es de gran importancia en el desarrollo del parto, y además sirve para valorar el estado anímico y emocional de la embarazada, ya que es la persona más implicada junto con ella en este proceso” (Aparisi et al. 2004: 152). Está claramente atestiguado que el acompañamiento durante el parto por una persona elegida, “aumenta el bienestar, mejora los resultados de salud y disminuye considerablemente la tasa de todas las intervenciones, incluyendo cesáreas” (VV.AA. 2010: 18). Las nuevas tendencias en la asistencia al parto ha cuestionado la humanización del mismo, y se plantea como objetivo el incremento de la calidad asistencial, reflejando la necesidad de que la pareja/familia se involucre de forma activa en el acompañamiento del parto (VV.AA. 2007: 65). Estos planteamientos, considerados en algunos ámbitos innovadores, se recogen igualmente en publicaciones de amplia difusión elaboradas, como documentos de consenso por el Ministerio de Sanidad y Política Social, indicando explícitamente que “la información facilitada en la MH [Maternidad Hospitalaria] debe incluir todos los aspectos que faciliten la participación activa de las mujeres y sus acompañantes en la atención al proceso del parto” (VV.AA, 2009: 44).

La Generalitat Valenciana ha elaborado una guía de “Estrategia para la Atención al parto normal en la Comunitat Valenciana” (2010), consensuada por un grupo de especialistas de diferentes centros, entre ellos el Dr. L. Vaquer y H. Mataix, miembros del equipo de Obstetricia del Hospital General de Alicante, quedando reflejada la necesidad de “permitir el acompañamiento deseado por la madre, es decir que pueda estar acompañada en el momento del parto (incluso si se practica una cesárea) por quien ella decida: pareja, algún familiar, algún amigo/a, etc.” (Fullana et al. 2009: 35).

En nuestro entorno sanitario es habitual la presencia durante todo el proceso del parto de una persona, elegida libremente por la mujer para que sea su acompañante. Esta figura, habitualmente la pareja, aunque no de modo exclusivo (madre, hermana,

amiga, etc.), se encuentra en ocasiones limitada a la hora de dar su apoyo durante la dilatación y el parto. Conscientes de esta realidad hemos preparado un taller exclusivamente para acompañantes, en el que informamos sobre el proceso del parto, y algunas posibilidades de colaboración y formas de apoyo a la mujer, de manera que cumplimos con otro de los compromisos adquiridos por la Generalitat “Favorecer el apoyo y participación de su pareja/acompañante” (ibídem). Igualmente, reconocemos que “Los acompañantes pueden tener dificultades para prestar un apoyo efectivo a la gestante, debido al estado emocional en que se encuentran y a la preocupación por obstaculizar el trabajo de los profesionales” (Ibáñez, 2004: 26), por lo que toda información ofrecida revertirá en la mejora de la atención a la mujer, y facilitará nuestro trabajo, en momentos de gran carga emocional.

OBJETIVOS

Ofertar recursos para el acompañamiento en el parto y la lactancia a partir del conocimiento del proceso fisiológico.

Hacer partícipes a los acompañantes de la necesidad de colaborar activamente en el parto, favoreciendo la adquisición de un rol del que han estado apartados (Maroto et al. 2009).

Conocer el perfil personal y la opinión de quienes asisten al taller sobre la información ofrecida, atendiendo a las opiniones y sugerencias que nos han transmitido.

MATERIAL Y MÉTODOS

La asistencia al taller se realiza a través de una convocatoria pública, para lo que aprovechamos las charlas informativas que el colectivo de matronas del hospital organiza periódicamente, junto con las compañeras de primaria y el equipo de obstetras. El taller se realiza en un aula de docencia del hospital, en horario de tarde (7-9 pm), previsiblemente fuera del horario laboral.

El discurso se divide en dos partes, una centrada en la explicación del proceso del parto, recursos analgésicos no farmacológicos, movilización (VV.AA. 2010: 20; Calais-Germain y Vives, 2009) y apoyo a la lactancia materna (VV.AA, 1993; Lasarte, 2009), con el fin de potenciar al bienestar de la mujer (Lámina1).



Lámina 1.- Asistentes al primer taller

La segunda parte, más práctica, permite contactar con la práctica de movilización, tanto en los momentos en que la mujer está en la cama, como si está de pie, o sentada en una pelota o en una silla. En el primer taller contamos con la colaboración de una embarazada, que desconocía que era únicamente para acompañantes (Lámina 2, 3, 4, 5).



Lámina 2.- Prácticas de acomodación en la pelota.



Lámina 3.- Diferentes posturas y modo de ayudar a moverse acostada.



Lámina 4.- Los participantes en el taller prueban la comodidad de la pelota.



Lámina 5.- Participantes en el último taller realizado.

RESULTADO Y DISCUSIÓN

En la charla entregamos una encuesta de opinión en la que se recoge la valoración tanto de la charla, como de la utilidad de la misma tras la experiencia del parto (Anexo I).

La primera de las encuestas es contestada en el momento en el que finaliza el taller, mientras que la segunda es entregada para ser cumplimentada tras el nacimiento.

Por el momento se han realizado dos talleres a los que han asistido 17 personas. La mayoría de ellas hombres (16:1), con vínculo de pareja (16:1). El perfil de los participantes era de hombres, universitarios, sin hijos, españoles, y participantes en la Educación maternal. Han valorado bien o muy bien las charlas, la resolución de las dudas, y la consideran de gran utilidad y totalmente recomendable. El hecho de que en tan solo un caso no era la pareja quien acudió parece corroborar opiniones recogidas en trabajos anteriores en los que se evidenciaba que “Las gestantes y sus parejas desean estar juntos durante el parto, siendo el acompañante ideal el marido o pareja” (Ibáñez 2004: 29).

A pesar de que la charla fue muy bien valorada, tan solo fueron entregadas tres encuestas tras los partos, por lo que sus resultados, aunque muy positivos no poseen el valor representativo que hubiéramos esperado.

En general, creemos que las charlas son de interés, pero consideramos que no ha tenido la participación esperada. Nos estamos replanteando la forma de convocatoria para posteriores talleres, con el fin de poder llegar al mayor número de personas interesadas. Barajamos como posibilidad la de realizarlos en los Centros de Salud, convocando a los grupos de preparación para la maternidad. No obstante, el hecho de que sean más de diez los centros de salud adscritos a nuestro hospital, y de que nuestra participación se realice fuera de nuestras horas de trabajo, nos hace ser cautas a la hora de ofertar el taller de este modo.

Sabemos que es cada día más importante que las personas vivan sus partos en plenitud, y que dispongan de las herramientas que les permitan colaborar en un momento tan especial en sus vidas, pero no siempre lo que nosotras pensamos tiene el reflejo deseado en el entorno de quienes esperan recibir a sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aparisi, S.; Ros, M.V.; Santamaría, J. 2004. “Un momento especial: el parto”. En VVAA: La aventura de ser padres. Guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio. 142-166.
- Calais-Germain, B.; Vives Parés, N. 2009. Parir en movimiento. La movilidad de la pelvis en el parto. La liebre de marzo.
- Ibáñez Díaz, M.B. 2004. “Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que les atienden sobre el acompañamiento en el parto”. *Matronas Profesión*, 5(16):25-31.
- Lasarte Velillas, J.J. 2009. “Papel del padre durante la lactancia”. *Revista FAMIPED (Información para padres de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP))*. Disponible en: http://www.aepap.org/familia/famiped/numeros/vol2/2009_numero_4/2009_numero_4.3.htm
- Maroto Navarro, G.; Castaño López, E.; García Caliente, M.M.; Hidalgo Ruzzante, N.; Mateo Rodríguez, I. 2009. “Paternidad y servicios de salud: Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas”. *Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]*. Abr [citado 2010 Oct 12]; 83(2): 267-278. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200010&lng=es.
- VVAA. 1993. "El arte masculino de la paternidad". En: *El arte femenino de amamantar*. Liga Internacional de la leche. Ed. Diana S.A.: 279-302.
- VVAA. 2004. *La aventura de ser padres. Guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio*. Generalitat Valenciana.
- VVAA. 2007. *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. FAME.
- VVAA: 2009. *Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación*. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- VVAA. 2010. *El parto: una vivencia única*. Maternidad y Salud. Generalitat Valenciana.

CUESTIONARIO

Nº _____

Edad:
 Estado civil:.....
 Nivel de estudios:.....
 Profesión:
 Nacionalidad/ país de origen:
 ¿Tiene Vd. más hijos?
 ¿Acompañó a su pareja en los otros partos?.....
 ¿Sintió que su participación fue importante?.....
 ¿Ha asistido a las clases de Educación Maternal?.....

Su consideración respecto a

	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Material utilizado				
Comodidad de la sala				
Horario				
Interés del tema				
Comprensión				
Se han aclarado dudas				
Puede serle útil				
Recomendaría el taller				

Por favor háganos sugerencias y comentarios que nos permitan mejorar el taller



CUESTIONARIO

Nº _____

Fecha del parto
 El parto se inició de forma: natural.....provocado.....cesárea
 ¿Cuánto tiempo duró desde su llegada a dilatación?.....
 Ha podido acompañar de forma continua durante:
 la dilatación.....
 el expulsivo.....
 el postparto inmediato.....
 Ha podido participar en los cuidados de la mujer:
 continuamente.....
 algunas veces.....
 casi nunca.....
 Le han animado a colaborar en los cuidados:
 continuamente.....
 algunas veces.....
 casi nunca.....
 ¿Cree que el taller le ha servido positivamente en su papel de acompañante?:
 Nada.....
 Poco.....
 Bastante.....
 Mucho.....

¿Qué sugerencias nos haría tras su experiencia, que nos permitan mejorar el taller?

Recuerde entregar esta hoja a Herme Mataix, supervisora de partos. Gracias por su colaboración

EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL APLICADO A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA. PROGRAMA DE CALIDAD Y ACREDITACION DE UNIDADES. 17 AÑOS DE EXPERIENCIA PERSONAL

Alicia Sastre Quintano

Supervisora de Ginecología- Obstetricia HGUA

INTRODUCCIÓN

El control de gestión es el proceso mediante el cual los Directivos influyen en otros miembros de la organización para que pongan en marcha las estrategias de esta (1)

El control de gestión nació como un sistema de información que permitía llevar a cabo un seguimiento de los objetivos económicos de la empresa que se establecían en los presupuestos anuales. El control de gestión original ponía mucho énfasis en la contabilidad analítica, el presupuesto y el cuadro de mando.

En la modernización de los modelos de gestión de las Instituciones Sanitarias, dos han sido los elementos más significativos: por un lado introducir la cultura de gestión por objetivos de forma descentralizada en las unidades de gestión de servicios, y por otro, el auge de los sistemas de información. Es aquí donde juegan un papel importante los CUADROS DE MANDO o SISTEMAS INTEGRADOS DE INFORMACIÓN para la Gestión como instrumentos intermedios hasta conseguir los Sistemas Integrados de Información que permitan actuar en tiempo real sobre los diferentes procesos de producción de servicios (2).

El Cuadro de Mando debe responder a los objetivos estratégicos que se derivan de la planificación estratégica de la empresa y proporcionar a la Dirección y al resto de los Profesionales de los diferentes niveles de decisión, la información relevante para la Gestión y la Toma de Decisiones.

Se estructura y diseña en torno a la selección de variables (indicadores) que permita a la Dirección conocer de manera real lo que está sucediendo, su evaluación respecto a los objetivos planificados y las medidas correctoras si corresponden.

El Cuadro de Mando debe ser una herramienta dinámica, en constante actualización tanto en sus datos como en su estructura, para que pueda adaptarse permanentemente a las diferentes actuaciones que genera la empresa a todos los niveles, pero principalmente en los ámbitos de la Dirección Estratégica, la Dirección de las Unidades y Servicios y en el ámbito operativo, que suele ser el que más problemas presenta. Para conseguir un buen funcionamiento del sistema es necesario que los objetivos sean claros y que todas las personas que participan en él, se conciencien de la importancia de sus actividades. (A. Román, Gerente del Hospital Central de Asturias).

OBJETIVO

El objetivo de mi intervención es explicar mi experiencia en Calidad y Acreditación de Unidades y como todo ello se refleja en un Cuadro de Mando teniendo como eje principal:

- Al paciente como centro de proceso.
- Y la gestión del conocimiento.

Al paciente como centro de proceso, ya que los datos son provenientes de la actividad asistencial que debe constituir la base de la gestión clínica y de la planificación.

Y la gestión del conocimiento, potenciando las capacidades del personal a través de una adecuada gestión del mismo, facilitando a sus profesionales el acceso a las lecciones aprendidas por el centro y a fuentes de información cualificadas.

DESARROLLO DEL TEMA

Como he dicho antes, primero hay que definir la planificación estratégica para poder realizar un Cuadro de Mando como control de gestión.

Un Cuadro de Mando contiene, mensual y anualmente, la siguiente información por cada unidad de Enfermería:

1. Asistencial:
 - 1.1. Índice de Ocupación
 - 1.2. Número de Estancias
2. Personal:
 - 2.1. Media de pacientes / día y enfermero
 - 2.2. Porcentaje de personal contratado
 - 2.3. Absentismo / persona
 - 2.4. Jornadas Sustituidas / persona
3. Calidad:
 - 3.1. Seguridad e Higiene
 - 3.2. Comunicación e Información
 - 3.3. Organización y Planificación de Cuidados
 - 3.4. Aplicación de Tratamiento y Cuidados
 - 3.5. Organización General de la Unidad
4. Costes:
 - 4.1. Personal por estancias
 - 4.2. Material por estancias

1. ASISTENCIAL:

En este apartado podemos observar los resultados asistenciales de la Unidad, todos ellos relacionados con el número de estancias que ha habido en el mes y las camas funcionantes que tiene la unidad.

Por una parte tenemos el indicador:

1.1. Índice de Ocupación: indica un porcentaje de ocupación de la unidad en el mes, y se obtiene aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Nº de Estancias} * 100 / \text{días del mes} * \text{camas funcionantes}$$

Y por otra tenemos el siguiente:

1.2. Número de Estancias: refleja el número de estancias que ha habido en la unidad en 24 horas y en el mes completo.

2. PERSONAL:

Este apartado nos refleja datos relacionados con el trabajo realizado por cada enfermera y datos referentes a la plantilla, como son: porcentaje de personal contratado en la unidad con respecto a la plantilla adscrita a la misma, absentismo que ha producido la plantilla de la unidad y jornadas que se han sustituido.

La información de esta área la obtenemos a través de cuatro indicadores. Estos son:

2.1. Media de pacientes / día y enfermero: con este indicador obtenemos el número de pacientes que atiende un enfermero en un día (contando los tres turnos de trabajo). Se considera sólo al personal Titulado porque se supone que se trabaja en equipo multidisciplinar en el cual el Diplomado y el Técnico trabajan juntos formando un solo equipo. También es conveniente explicar que el número de Diplomados es variable al mes, por ello se ha tenido en consideración un mínimo, el cual depende de la unidad a la que se refiera el Cuadro de Mando. La fórmula utilizada en este indicador es la siguiente:

$$\text{Nº de Estancias} * 3 \text{ (turnos)} / \text{días del mes} * \text{enfermeros en mínimos}$$

2.2. Porcentaje personal contratado: en cuanto a este indicador, nos refleja, como bien indica el título, el porcentaje de personal contratado en la unidad con respecto al personal adscrito a la misma, considerando que son contratos el personal interino y el eventual y considerando el personal de plantilla el fijo y el contratado interino ya que ocupa una plaza real de la unidad. La fórmula utilizada es la que sigue:

$$(\text{Interinos} + \text{Eventuales}) * 100 / \text{Plantilla (F + I)}$$

2.3. Absentismo / persona: en este indicador se reflejan las jornadas de absentismo que produce todo el personal que está durante ese período trabajando en la unidad, ya sea fijo, interino o eventual. Debemos explicar que se entiende por absentismo todas aquellas jornadas no trabajadas pero sí retribuidas, como pueden ser: situaciones de I.T., días de Libre disposición, asuntos familiares, docentes, etc.

$$\text{Total jornadas absentismo} / \text{Plantilla (F + I)} + \text{E}$$

2.4. Jornadas Sustituidas / persona: este indicador está íntimamente relacionado con que anterior, pues si el anterior nos refleja los días de absentismo, en este

nos indica las jornadas sustituidas en la unidad. Con ello podemos observar la relación entre las jornadas de absentismo producidas en la unidad y las jornadas que se han sustituido. La fórmula es la siguiente:

Total jornadas sustituidas / plantilla (F + I)

3. CALIDAD:

En el año 1988, normatizamos el control de calidad y materializado en los dossieres de calidad de cada una de las Unidades del Complejo Hospitalario. Como consecuencia de la experiencia acumulada desde 1988 hasta 1994, se llegó a las siguientes conclusiones:

- No todas las Unidades alcanzaban los mismos niveles de calidad, aunque eso no quería decir que la asistencia al cliente no estuviera garantizada.
- La calidad de la atención no podía abarcar solamente aspectos parciales de la misma sino que debía ser completa y tener en cuenta la calidad científico - técnica, social y del entorno, es decir, una calidad integral.

Una vez realizadas esas consideraciones, se propuso como objetivo general crear un sistema de Homologación, es decir un método de clasificación de las Unidades según su organización y los cuidados que prestaban, medidos a través de INDICADORES DE CALIDAD agrupados por Áreas, así como de la organización de las mismas, medidas por el nivel de Cumplimentación de Objetivos y la Normativa vigente.

¿Qué son Cuidados de Calidad?

“Son aquellos que posibilitan que el usuario obtenga el máximo nivel de autocuidados, con un nivel de relación interpersonal bueno para cubrir sus necesidades en un ambiente seguro y confortable, donde se respeta la intimidad y se proporciona información sobre los cuidados prestados”.

Una vez definidos los Cuidados de Calidad, se define la clasificación de las Unidades según el nivel de Homologación acreditado:

NA: No Adecuados para cubrir las necesidades de los clientes.

BA: Básico para cubrir las necesidades de los clientes.

AD: Adecuado para cubrir las necesidades de los clientes y las del desarrollo profesional.

OP: Óptimo, de elevado nivel.

NA: No Adecuados son aquellas Unidades

- La organización no permite garantizar la ausencia de peligros para el cliente (úlceras y caídas previsibles).
- El aspecto del usuario y del entorno es descuidado.
- La información que recibe es rutinaria, sin tener en cuenta sus demandas.
- No existe una planificación sistematizada de los cuidados y no se garantiza que las actividades se ajusten a los protocolos.
- La cumplimentación de los objetivos es insuficiente.

- El personal desconoce la definición de puestos de trabajo.
- Los informes y el programa de orientación no se realizan en los plazos fijados
- No se utiliza el cuadro de distribución de tareas.

BA:

- Se asegura que el usuario no sufre daños físicos.
- El usuario y el entorno se mantiene limpio y cuidado
- La comunicación se asegura por la distribución enfermo /enfermera
- La planificación de cuidados se garantiza por el empleo de parrillas de necesidades que se cumplimentan con periodicidad preestablecida, se asegura la continuidad de los cuidados al alta mediante instrucciones sistematizadas.
- Las actividades se ajustan a los protocolos
- La cumplimentación de objetivos es suficiente
- El personal conoce la definición de sus puestos de trabajo y el personal contratado está evaluado.
- Los informes y el programa de orientación se realiza en los plazos fijados.
- Se cumple el cuadro de distribución de tareas.

AD: se diferencia del básico en:

- Utilización y desarrollo de los planes de cuidados como instrumento de desarrollo profesional, mejora de la atención y de la investigación.
- La cumplimentación de objetivos es correcta
- El personal participa en la organización de la unidad

OP: se diferencia del adecuado en :

- La unidad dispone de un Manual de Planes de cuidados normalizados que es conocido y utilizado por todo el personal
- Se analiza sistemáticamente los resultados de la atención
- Existen reuniones programadas para estudio de casos y desviaciones de calidad
- El personal participa en la elaboración de objetivos y se realizan propuestas de solución de problemas

AREAS

Cada una de esta Areas abarca una serie de indicadores y cada indicador tiene un indice específico de cumplimiento según el nivel de homologación.

• Seguridad e Higiene:

Objetivo: evitar daños previsibles al usuario y asegurar el bienestar y confort del mismo.

Indicadores:

- Úlceras por presión
- Accidentes
- Higiene del usuario
- Higiene del entorno

• **Comunicación e Información:**

Objetivo: personalizar la atención favoreciendo el diálogo con el usuario y/o agente de autocuidados, con el fin de satisfacer sus necesidades

Indicadores:

- Satisfacción del usuario
- Reclamaciones

• **Organización y Planificación de Cuidados:**

Objetivo: asegurar la planificación sistemática de los cuidados y la continuidad de los mismos a través de la documentación

Indicadores:

- Documentación de Enfermería
- Enfermera responsable
- Sesiones de trabajo

• **Aplicación de Tratamiento y Cuidados:**

Objetivo. Garantizar que los tratamientos, tanto médicos como de enfermería, se ejecutan conforme a la prescripción y a los protocolos

Indicadores:

- Procesos resultantes de tratamiento (curas, vías invasivas...)
- Errores de Muestras y de Material

• **Organización General de la Unidad:**

Objetivo: asegurar la organización eficiente de los recursos Humanos y Materiales, así como el cumplimiento de las normativas existentes

Indicadores:

- Objetivos
- Emisión de informes
- Definición de puestos de trabajo
- Evaluación del personal
- Programa de orientación
- Distribución de tareas

4. COSTES:

Este apartado nos refleja el gasto de personal y material que tiene la unidad con respecto a la carga de trabajo que existe en ella en el mes indicado. Por tanto está relacionado con el número de estancias que ha tenido la unidad en 24 horas y en el período determinado.

Existen dos indicadores para este estudio:

- 3.1. Personal por estancias: este indicador se obtiene a partir del gasto total que supone el personal que trabaja en la unidad con respecto al número de estancias que ha tenido la unidad en ese mes. Y la fórmula es la que sigue:

Total de costes de personal / total estancias

- 3.2. Material por estancias: se obtiene a partir del gasto total en material que se utiliza en la unidad en ese período específico con respecto al número de estancias que ha tenido la unidad en ese mes. Y la fórmula es la que sigue:
 Total de costes de material / total estancias

La periodicidad de los datos : asistencial, de personal y de costes es mensual; además de los datos de seguridad del Area de Calidad.

El resto de los datos de Calidad se obtienen trimestralmente como resultado de auditorias que realiza la Supervisora de Calidad y Docencia junto con la Supervisora de la Unidad y la enfermera responsable en esos momentos del paciente.

Los datos sobre seguridad los proporciona la supervisora de la unidad, el resto los emite la Dirección hacia las unidades.

He explicado como es el cuadro de mando de una unidad de hospitalización, el resto de las unidades disponen de un cuadro de mando cuyos indicadores responden a los objetivos de cada una de ellas.

CONCLUSIONES

- 1.- Para poder diseñar un Cuadro de mando, primero tiene que estar definida la planificación estrategia de la División.
- 2.- Debe proporcionar información a la dirección y al resto de los profesionales de los distintos niveles de decisión, saber los que esta sucediendo, como evolucionan los objetivos respecto a lo planificado y adoptar medidas correctoras si fuese necesario.
- 3.- Y por ultimo, el Cuadro de mando debe tener al paciente como centro del proceso, pues cualquier herramienta que utilicemos debe ser siempre para proporcionar unos cuidados de enfermeria de calidad, es decir: “conseguir que la persona obtenga el máximo nivel de autocuidados, con un nivel de relacion interpersonal bueno para cubrir sus necesidades, en un ambiente seguro y confortable, donde se respete su intimidad y se proporcione información sobre los cuidados prestados”

BIBLIOGRAFÍA

- (1) R. Anthony. “El control de Gestion” Deusto.
- (2)Irala Perez. J, “Integración de los Sistemas de Información entre niveles asistenciales” VII Congreso Nacional de Informatica Medica. Pamplona.
- M.A. Asenjo, LL Bohigas, A. Trillo, A. Prat y otros “Gestion diaria del Hospital”, Masson.
- C.A. Westwick. “ Manual para la aplicacion de ratios de gestion” , Deusto.
- Gost J, Astier P, Bermejo B, Silvestre C, Chivite MT. “ Tecnologias de la informacion y comunicacion: su impacto en la gestion de los servicio de salud”. Pamplona.

ACREDITACIÓN DE UNIDADES

ANEXO I

	NO ADECUADAS	BÁSICAS	ADECUADAS	ÓPTIMAS
SEGURIDAD E HIGIENE	<ul style="list-style-type: none"> • UPP y Accidentes: <ul style="list-style-type: none"> - Identificación < 100% Suscep. - Tasa Prevención < 90% • Higiene y Entorno: < 90% 	<ul style="list-style-type: none"> • UPP y Accidentes: <ul style="list-style-type: none"> - Identificación < 100% Suscep. - Tasa Prevención 90% - 95% • Higiene y Entorno: >= 90% 	<ul style="list-style-type: none"> • UPP y Accidentes: <ul style="list-style-type: none"> - Identificación < 100% Suscep. - Tasa Prevención 95% - 100% • Higiene y Entorno: >= 90% 	<ul style="list-style-type: none"> • UPP y Accidentes: <ul style="list-style-type: none"> - Tasa Prevención 95% - 100% • Higiene y Entorno: >= 90%
COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción Usuario: < 80% • Reclamaciones: Presencia continuada <ul style="list-style-type: none"> - Verbales > 4 - Escritas > 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción Usuario: >= 80% • Reclamaciones: Presencia ocasional <ul style="list-style-type: none"> - Verbales: 2 - Escritas: 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción Usuario: >= 80% • Reclamaciones: Ausencia de reclamaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción Usuario: >= 80% • Reclamaciones: Ausencia de reclamaciones
ORGANIZA. Y PLANIFICA. DE CUIDADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimentación < 80% • Enfermera Responsable: <ul style="list-style-type: none"> - Adjudicación por tareas • Sesiones de Trabajo: < 1 Trimestral 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimentación >= 80% - Informe de alta >= 80% susceptibles • Enfermera Responsable: <ul style="list-style-type: none"> - Asigna. Perso. Enf. / Usuario • Sesiones de Trabajo: 1 Trimestral 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimentación >= 80% - Se valida un Plan Cuidados - Informe de alta >= 80% susceptibles • Enfermera Responsable: <ul style="list-style-type: none"> - Asigna. Perso. Enf. / Usuario (máx. continuidad) • Sesiones de Trabajo: 1 Trimestral 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimentación PC >= 70% - Informes de Alta 100% susceptibles • Enfermera Responsable: <ul style="list-style-type: none"> - Asigna. Perso. Enf. / Usuario (máx. continuidad) • Sesiones de Trabajo: 1 Trimestral
APLICACIÓN Tªº Y CUIDADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos: <ul style="list-style-type: none"> - Curas, vías, etc. < 80% • Errores Material - Muestras: Presencia continuada <ul style="list-style-type: none"> - Material > 4 semestre - Anatomía Patológica I - Hematología y A. Clínicos > 4 	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos: <ul style="list-style-type: none"> - Curas, vías, etc. >= 80% • Errores Material - Muestras: Presencia ocasional <ul style="list-style-type: none"> - Material <= 3 - Anatomía Patológica 0 - Hemato. y A. Clínicos <= 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos: <ul style="list-style-type: none"> - Curas, vías, etc. >= 80% - Tasas Flebitis <= 10% • Errores Material - Muestras: Ausencia de Errores 	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos: <ul style="list-style-type: none"> - Curas, vías, etc. >= 90% - Tasas Flebitis <= 5% • Errores Material - Muestras: Ausencia de Errores
ORGANIZACIÓN GRAL. DE LA UNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - cumplimentación < 75% • Puesto de Trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - No Definidos o No Conocidos • Emisión de Informes: <ul style="list-style-type: none"> - Fuera de Plazos • Evaluación del Personal: <ul style="list-style-type: none"> - Fuera de Plazos • Programa de Orientación: <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza > 5 días del Ingreso • Distribución de Tareas: <ul style="list-style-type: none"> - No se Utiliza 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - cumplimentación 75 - 90% • Puesto de Trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Conocidos por el personal • Emisión de Informes: <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza en los plazos • Evaluación del Personal: <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza en los plazos al personal contratado. • Programa de Orientación: <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza al 3º al 5º día del ingreso. • Distribución de Tareas: <ul style="list-style-type: none"> - Se Utiliza 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - cumplimentación 90 - 100% • Puesto de Trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Conocidos y actualizados con el personal • Emisión de Informes: <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza en los plazos • Evaluación del Personal: <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza en los plazos al personal contratado y de plantilla. • Programa de Orientación: <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza al 1º al 3º día del ingreso. • Distribución de Tareas: <ul style="list-style-type: none"> - Se Utiliza y actualiza con el personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - cumplimentación 90 - 100% (reuniones periódicas obj.) • Puesto de Trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Conocidos y actualizados con el personal • Emisión de Informes: <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza en los plazos. Propuestas solución de problemas. • Evaluación del Personal: <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza en los plazos al personal contratado y de plantilla. - Propuesta de solución de problemas • Programa de Orientación: <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza < 24 h. del ingreso. • Distribución de Tareas: <ul style="list-style-type: none"> - Se Utiliza y actualiza con el personal.

Sistema de Homologación de las Unidades de Enfermería.

UTILIDAD DE UNA HOJA DE ENFERMERÍA PARA LA DETECCIÓN DE PACIENTES CON RIESGO DE NEFROTOXICIDAD AL CONTRASTE YODADO

Nuria Cantos Delegido, Miguel Ángel Such Martínez, Dr. Juan Arenas Jiménez, Teresa Meléndez Cortijo, Miriam Beltra Vilchez, Salvador Adsuar Sempere, Antonio Crespo Cerdán y José Carlos Poyatos Quilez
Servicio de Radiología del Hospital General Universitario de Alicante. Sección TC.

INTRODUCCIÓN

Los contrastes yodados son utilizados con creciente frecuencia en la realización de tomografías computarizadas en la práctica clínica diaria. Entre los principales efectos secundarios de estos contrastes se encuentran la nefrotoxicidad, pudiendo provocar insuficiencia renal en los pacientes a los que se les ha administrado con una tasa de alrededor del 5%. Este problema constituye una causa frecuente de morbimortalidad en el ámbito hospitalario.

Son numerosos los factores de riesgo asociados a esa nefropatía inducida por el contraste (NIC), entre los que destacan especialmente la alteración preexistente de la función renal.

Entre las actitudes preventivas la hidratación antes y después de la administración del contraste y tal vez la N-acetilcisteína antes de la prueba son los medios preventivos más comúnmente aceptados.

Por tanto, el conocimiento de los factores de riesgo de NIC con anterioridad a la prueba es clave para la puesta en marcha de estas actitudes preventivas.

En este contexto, nos planteamos la realización de un estudio prospectivo para analizar el impacto de la realización de una entrevista de enfermería previa a la realización de una TC con contraste, en pacientes ingresados en el hospital.

OBJETIVOS

Analizar la frecuencia con la que la realización de una entrevista de enfermería detecta riesgo de NIC en pacientes ingresados en el hospital a los que se les va a realizar una TC con contraste.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron desde Enero hasta Agosto 2010 de forma prospectiva 947 pacientes hospitalizados a los que se iba a someter a un estudio de TC con uso de contraste yodado. A todos los pacientes se les rellenó, 24 horas antes de la prueba, una hoja de enfermería en la que constaba, entre otros datos, características antropométricas del pacien-

te, antecedentes de reacciones alérgicas, los valores de creatinina sérica y la existencia de otros factores de riesgo de nefrotoxicidad inducida por contraste.

Se consideraron pacientes de riesgo aquellos que presentaban elevación de los niveles de creatinina sérica.

Los médicos responsables de estos pacientes fueron avisados de esta incidencia para adoptar las medidas oportunas.

RESULTADOS

Del total de 947 pacientes, 231 presentaron una elevación de la creatinina sérica representando el 24.4 % de los enfermos valorados. De ellos 153 eran varones y 78 mujeres con una edad media de 71,3 años.

De estos 231 pacientes 128 (55,4%) tenían valores menores de 1,5 mg/dL mientras que en 103 la cifra era mayor.

Entre los otros factores de riesgo asociados, destaca principalmente la diabetes que aparecía en 74 pacientes (32%) y la existencia de patología renal asociada en 67 (29%).

CONCLUSIÓN

La valoración previa de los pacientes ingresados a los que se les va a realizar una TC con contraste intravenoso detecta un número importante de pacientes (24%) con alteración de la función renal, y por tanto en riesgo de sufrir una NIC.

La detección de éste y otros factores de riesgo con anterioridad a la prueba permite poner en marcha de forma efectiva las estrategias preventivas.

BIBLIOGRAFÍA

- Waybill MM, Waybill PN. Contrast media- induced nephrotoxicity; Identification of patients risk and algorithms for prevention. *J Vasc Inter Radiol.* 2001;12:3-9.
- Tepel M, van der Giet M, Schwarzfeld C, Laufer U, Liermann D, Zidek W. Prevention of radiographic-contrast-agent-induced reductions in renal function by acetylcysteine. *N Engl J Med.* 2000; 343:180-4

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL IMPLANTE DE MCP EN UCI.

*Prieto Pagán, M^aC.;*Pascual Calvo,A.;*Plaza Armengol, L.;*Ferrández
Herrero,Z;**Torres Figueiras, M.

* *Enfermeras asistenciales de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital del
Vinalopó. Elche.*

***Supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital del Vinalopó.
Elche.*

INTRODUCCIÓN

El implante de marcapasos definitivo es un procedimiento quirúrgico intervencionista, en el cual el personal de enfermería participa para que se realice bajo estrictas normas de asepsia que permita garantizar la calidad, eficiencia y eficacia, es por ello que se hace necesario establecer una guía que normalice y estandarice los cuidados durante el desarrollo de dicho procedimiento.

Un marcapasos es un dispositivo electrónico que genera impulsos eléctricos sincronizados que son transmitidos a través de uno, dos o tres cables situados en el interior o exterior del corazón para restaurar el ritmo cardíaco cuando éste no es el adecuado.

Haciendo un breve repaso a la historia de la estimulación, tendríamos que remontarnos al año 1932 donde Albert Hyman construye el primer marcapasos externo activado a manivela. El primer marcapasos externo portátil se construye en 1957. Y en 1958 Elmquist y Senning construyen el primer marcapasos implantable recargable. El Dr. Senning implantó el primer marcapasos a Arne Larsson (a la edad de 43 años, llegando a vivir hasta los 86).

A partir de 1965 donde se crea el marcapasos a demanda hasta la actualidad, la tecnología ha conseguido que dispongamos de generadores con programación no invasiva, marcapasos doble cámara, con biosensor, telemetría bidireccional, cambios automáticos de modo y resincronizadores cardíacos (año 2000).

Los modernos dispositivos que existen hoy día, no se limitan sólo a garantizar una frecuencia cardíaca mínima, sino que, además, analizan el funcionamiento del corazón, tratando de imitarlo y dejando, en la medida de lo posible, que sea la actividad propia cardíaca la que predomine, con lo que se obtendrá un funcionamiento más fisiológico, repercutiendo en la calidad de vida del paciente portador.

El implante de dispositivos de electroestimulación precisa de un acceso venoso, habitualmente subclavio, de la realización de una bolsa en región pectoral anterior para alojar el dispositivo, la colocación de electrocáteteres que deben tener un buen sentido intracavitario, y obtener un umbral de estimulación adecuado.

Los electrodos endocárdicos llegan hasta las cavidades donde se desea estimular y detectar. Éstas pueden ser aurícula derecha, ventrículo derecho, tracto de salida del

ventrículo derecho, seno coronario para estimular la aurícula izquierda o ventrículo izquierdo o ambas cámaras cardíacas.

La elección del tipo de marcapasos depende de muchos factores inherentes a la patología a tratar y al tipo de paciente. Existe un código de letras que identifica modo de funcionamiento de cada marcapasos, el cual fue descrito en conjunto por la North American Society of Pacing and Electrophysiology (NASPE) y la British Pacing Guidelines pacemaker code.

Con la apertura del Hospital del Vinalopó, y en concreto nuestro servicio de Cuidados Intensivos, se ofrece a la población perteneciente al área (150000 hab.), la implantación de sistemas para estimulación cardíaca. Se realizó una previsión de implante de dispositivos de electroestimulación basados en la revisión poblacional según datos del Instituto Nacional de Estadística y de la Diputación de Alicante.

El equipo de enfermería, procedente de distintas Unidades de Cuidados Críticos de la provincia, encontramos la oportunidad ideal para consensuar los distintos procedimientos y protocolos con los que trabajábamos previamente y crear uno propio.

La utilización de protocolos de enfermería es una técnica cada vez más utilizada en el ámbito asistencial. Los protocolos clínicos son, hoy en día, un tema de máxima actualidad para los profesionales sanitarios. La protocolización, entendida como una metodología o como una técnica, precisa un aprendizaje.

La elaboración de los protocolos viene justificada porque permite la prevención de defectos, al asumir más requisitos mínimos que todo protocolo debe cumplir, con lo que se conseguirá una mejora de su calidad.

OBJETIVO

Elaborar una guía que garantice intervenciones de enfermería libres de riesgos y asegure la optimización del tiempo, recursos humanos y materiales, durante el implante de marcapasos definitivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para llegar a la creación del Protocolo de Implantación de Marcapasos Definitivos en el servicio de U.C.I del Hospital del Vinalopó, se realizó en primer lugar una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pub med, medline, cuiden y Cinalh, sobre protocolos o cuidados relacionados con la técnica del implante de marcapasos.

Una vez analizados los artículos más relevantes se creó un grupo de discusión para adecuar los principales aspectos que destacaban en la bibliografía a la realidad de la unidad de cuidados intensivos del hospital del Vinalopó. Se llegó al consenso priorizando cuáles debían de ser las actividades que implementaran el protocolo. Fue valorado como una herramienta efectiva para garantizar la continuidad de los cuidados, así como para aumentar la calidad de los mismos.

A continuación se redacta dicho protocolo y se explica la secuencia de pasos para la correcta implantación del marcapasos definitivo. Para una mejor visualización del proceso se han dividido los cuidados y procedimientos a seguir desde la perspectiva

del equipo de enfermería en 3 partes: Cuidados y procedimientos: Antes, durante y después del implante. En cada una de estas partes se especifica además el material necesario.

Primero describiremos las indicaciones para la colocación de un marcapasos definitivo. Se pueden dividir de forma general en tres clases:

Clase I: Condiciones para la cual hay evidencia y/o acuerdo general que un marcapasos permanente debe ser implantado.

Clase II: Condiciones para la cual los marcapasos permanentes son frecuentemente utilizados pero existe divergencia de opinión con respecto a la necesidad de inserción, basándose en el peso de la evidencia y eficacia de al colocación del MCP.

Clase IIa: El peso de la evidencia/opinión está a favor de su utilidad/eficacia.

Clase IIb: Utilidad/eficacia está menos establecida por la evidencia/opinión.

Clase III: Condiciones en la cual existe acuerdo general que los marcapasos son innecesarios.

A su vez, podemos establecer tres nuevos niveles de evidencias apoyando la colocación de marcapasos:

Nivel A: Recopilación de datos e información obtenida de numerosos estudios clínicos randomizados que los integran un gran número de individuos.

Nivel B: Obtención de datos de un número reducido de estudios que está compuesto de un grupo de pacientes comparativamente pequeño. O de análisis de información bien diseñado de estudios no randomizados u observaciones de informaciones de registro.

Nivel C: Consenso de opiniones de expertos que es la fuente primaria para la recomendación sobre el implante.

Indicaciones en concepto de diagnóstico:

Disfunción del nodo sinusal

Clase I:

- Disfunción del nodo sinusal con bradicardia sintomática.
- Incompetencia cronotrópica sintomática.

Clase II:

- II a) Paciente sintomático con disfunción del nodo sinusal y sin clara asociación entre síntomas y bradicardia.
- II b) Frecuencia cardíaca crónica menor de 30 lpm en pacientes mínimamente asintomáticos.

Clase III:

- Disfunción del nodo sinusal asintomático.

Bloqueo AV

Clase I: a) Bloqueo AV de tercer grado asociado con

- Bradicardia sintomática
 - Periodos documentados de asistolia de más de 3 segundos
 - Frecuencia basal inferior a 40 l.p.m. en reposo de forma asintomática
 - Post ablación de la unión AV
- Bloqueo AV post-operatorio en quien no se espera regresión de bloqueo.
- b) Bloqueo AV de segundo grado no importando el tipo o sitio del bloqueo, con bradicardia sintomática asociada.

Clase II:

Clase IIa:

- Bloqueos AV completos asintomáticos con frecuencia ventricular mayor de 40 lpm.
- Bloqueo AV de segundo grado Tipo II asintomático.
- Bloqueo AV de segundo grado Tipo I dentro del sistema de His Purkinje accidentalmente encontrado al estudio electrofisiológico.
- Bloqueo AV de primer grado con mejoría documentada durante la estimulación AV temporal.

Clase IIb:

- Bloqueo AV de primer grado >300ms en pacientes con disfunción ventricular izquierda en la cual un intervalo AV más corto resulta en mejoría hemodinámica.

Clase III:

- Bloqueo AV de primer grado asintomático
- Bloqueo AV de segundo grado tipo I asintomático supra - Hisiano
- Bloqueo que se espera que regrese y poco probable que recurra (toxicidad de fármacos, Enfermedad de Lyme...)

Bloqueo Bifascicular y Trifascicular (Crónico)

Clase I:

- Bloqueo AV de tercer grado intermitente.
- Bloqueo AV de segundo grado tipo II

Clase II:

Clase IIa:

- Síncope no demostrado sea debido a bloqueo AV cuando otras causas han sido excluidas, específicamente TV.
- Intervalo HV prolongado (>100ms).
- Bloqueo intra-Hisiano inducido por estimulación cardíaca que no es fisiológico.

Clase IIb: Ninguna.

Clase III:

- Bloqueo fascicular asintomático sin bloqueo AV
- Bloqueo fascicular asintomático con bloqueo AV de primer grado.

Síndrome de Hipersensibilidad del Seno Carotídeo (CSS) y Síncope Vasovagal (VVS).

Clase I:

- Síncopes recurrentes provocados por estimulación del seno carotídeo (mínima compresión del seno carotídeo induce períodos de asistolia mayores de 3 segundos).

Clase II:

Clase IIa:

- Síncope recurrente sin un evento provocativo claro y con respuesta hipersensible cardioinhibitoria.
- Síncope de origen inexplicable cuando una anomalía mayor de la función del nodo sinusal o de la conducción AV son descubiertos o provocados durante el estudio electrofisiológico.

Clase IIb:

- Síncope por medicación neurogénica con bradicardia significativa reproducidas con la prueba de la mesa basculante.

Clase III:

- Pacientes asintomáticos con respuesta positiva al masaje del seno carotídeo.
- Síncopes recurrentes, aturdimiento o mareo sin respuesta cardioinhibitoria.
- Síncope situacional vasovagal en el cual, evitando el comportamiento se hace efectivo.
- Síntomas vagos como mareos, aturdimiento... con respuesta cardioinhibitoria a la estimulación del seno carotídeo.

1. ANTES DEL IMPLANTE

- Presentarnos al paciente e informarle del procedimiento a seguir.
- Verificar que el consentimiento informado este firmado e informar a los familiares del tiempo aproximado de la duración del procedimiento y la situación de la sala de espera.
- Comprobar que esta 8 horas en ayunas y los resultados de la analítica previa.
- Conocer si el paciente tiene alergias y retirar los objetos personales (gafas, anillos, ropa, prótesis dentales...).
- Trasladar al paciente a la sala de implantes con ayuda del personal de apoyo de la unidad. Una vez allí, nos equiparemos con gorro mascarilla y guantes y acomodaremos al paciente en la camilla.

- Monitorizar al paciente: Monitor central (TA, SatO2 y FC), Desfibrilador con los parches preconectados y el Analizador.
- Realizar una valoración inicial de la hemodinámica del paciente y comentar con la situación del paciente.
- Poner placa de bisturí eléctrico en el muslo y conectarlo.
- Canalizar acceso periférico preferiblemente en el mismo lado donde se vaya a realizar el implante y con la precaución de colocar una alargadera con llave de 3 pasos para poder tener mejor acceso y no interferir en el campo estéril. Dejar suero fisiológico de mantenimiento.
- Administrar dosis antibiótico (cefazolina 1g o ciprofloxacino 400 mg /Vancomicina 1g.en caso de alergia a penicilinas) 30 minutos antes de iniciar el procedimiento.
- Asepsia de la zona pectoral: rasurado (si fuera necesario), lavar la zona (cepillo quirúrgico) y desinfectar (clorhexidina 2% /povidona yodada)
- Consultar el tipo de generador, cable e introductor que se utilizará para evitar confusiones en la elección.
- Carro de paradas y material-medicación necesarios para actuar ante las posibles complicaciones.

2. DURANTE EL IMPLANTE

- Colaborar en la equipación de forma estéril al médico con gorro, mascarilla, delantal opaco, bata y guantes.
- Enfermería se coloca el delantal opaco.
- Vigilar las constantes y controlar posibles complicaciones hemodinámicas.
- Apoyo psicológico al paciente.
- Preparar mesa mayo con el campo estéril para el médico con el siguiente material:
 - Equipo universal.(sábanas y paños estériles)
 - Caja de instrumental para marcapasos
 - Jeringa de 10 y 20 ml.
 - Aguja I.V e I.M.
 - Anestésico local (scandicain®) y suero fisiológico de 10 ml.
 - Lámina transparente para campo quirúrgico.
 - Funda para el fluoroscopio.
 - Mango y limpiador para el bisturí eléctrico.
 - Hoja de bisturí del nº 20.
 - Cable del analizador estéril.
 - Seda del 0 con aguja cilíndrica _ para sujeción de cables y Polysorb 2/0 con aguja cilíndrica _ para tejido subcutáneo. Grapadora.
 - Gasas y compresas.
 - Contraste y recipiente estéril (batea) en caso de ser necesaria su administración.

- Asistir al médico en el procedimiento. Los pasos que sigue el médico son:
 - Administración de anestesia local.
 - Canalización de la vena subclavia e introducción de una guía.
 - Marsupialización de la piel. (bolsa para alojar generador)
 - Colocar el introductor y comprobar su situación con el fluoroscopio.
 - Medición de parámetros eléctricos comprobando umbrales y posición del cable para proceder a su fijación.
 - Conectar el generador y verificación con el fluoroscopio.
 - Cierre de la piel por planos.
- Limpieza y desinfección de la zona colocando apósito estéril.

COMPLICACIONES DURANTE EL IMPLANTE

- Asistolia.
- Bloqueo AV de alto grado.
- Aparición de taquiarritmias malignas (T.V. o F. V.)
- Hemo/neumotórax.
- Perforación cardíaca (Taponamiento cardiaco).
- Embolismos.

3. DESPUÉS DEL IMPLANTE

- Traslado del paciente a la sala de recuperación (BOX U.C.I)
- Monitorización y control de constantes vitales
- Cuidados y procedimientos inmediatos: Primer día
 - Reposo en cama.
 - No movilizar el hombro durante 48h.
 - Mover activamente manos y codo de la intervención.
 - Radiografía de tórax portátil.
 - Realización de ECG con y sin imán.
 - Administración de analgesia.
 - Profilaxis antibiótica.
 - Control del apósito, vigilando signos de alarma o infección (hematoma, fiebre, dolor, mareos, enrojecimiento, edema o supuración de la heridas, coloración...).
 - Iniciar tolerancia oral con agua.
 - Educación para la salud: Informar al paciente sobre los cuidados específicos después del implante y entrega del carnet de portador de marcapasos junto con un manual para que lea en el domicilio.
- Cuidados y procedimientos inmediatos: Segundo día
 - Progresar dieta según tolerancia.
 - ECG de control.
 - Se puede levantar al sillón.
 - Continuar sin realizar esfuerzos físicos con el brazo intervenido.
 - Cura plana de la herida: Lavado con suero fisiológico, desinfección con clorhexidina y colocación de apósito.

- Suspensión de antibióticos.
- Colocación de inmovilizador de hombro.
- En caso de no existir ninguna complicación: Alta a planta o domicilio (según el caso) dando una cita para el seguimiento y control del implante en la consulta de marcapasos.
- Retirada de las grapas a los 8-10 días en centro de salud.

COMPLICACIONES POST-IMPLANTE

Las podemos dividir en quirúrgicas y mecánicas por un lado, y a su vez en precoces y tardías.

COMPLICACIONES PRECOCES

Quirúrgicas:

- Dolor.
- Inflamación.
- Hematoma.
- Infección.

Mecánicas:

- Dislocación.
- Perforación.

COMPLICACIONES TARDÍAS

Quirúrgicas:

- Dolor
- Granuloma
- Infección tardía

Mecánicas:

- Profusión
- Exteriorización
- Fallo del aislante
- Fractura del cable
- Migración.

COMPLICACIONES RELATIVAS AL FUNCIONAMIENTO DEL DISPOSITIVO

- Fallos de captura.
- Fallos de sentido
- Sobredetección de señales
- Estimulación diafragmática o pectoral.
- Taquicardias inducidas por el propio marcapasos

Síndrome del marcapasos (pérdida del llenado auricular-insuficiencia cardiaca).
- Agotamiento precoz del generador.

CONCLUSIONES

En primer lugar nos gustaría destacar la escasez de artículos recientes relacionados con el implante de marcapasos siendo la mayor parte de años anteriores a 2004.

El protocolo de implante de marcapasos en la U.C.I del hospital del Vinalopó fue creado para cubrir la necesidad asistencial de su población con el objetivo de ser una realidad por la que se rigen nuestros cuidados en dicha intervención.

Con todo ello se crea una guía útil para la unidad y el paciente garantizando una calidad, eficiencia y eficacia permitiendo así la correcta optimización de tiempo y recursos.

En líneas generales el protocolo creado por nuestra unidad coincide en material y procedimientos con todo lo publicado hasta la actualidad. La mayor controversia encontrada tras la revisión hace referencia a la aplicación o no de hielo local y/o vendaje compresivo. El efecto buscado sería la vasoconstricción para evitar edemas y supuración en la herida, además del posible efecto analgésico. En nuestra unidad en principio no se aplica hielo local y/o vendaje compresivo de forma sistemática, siendo aplicado sólo en implantes muy traumáticos ya que su eficacia no está muy probada y en principio los efectos adversos de inflamación y hematoma no tienen porque aparecer si la técnica se desarrolla sin incidencias.

Otro punto de discrepancia podría ser la inmovilización o no del brazo tras la intervención quirúrgica. El fundamento de esta indicación sería evitar que el paciente movilice incorrectamente el brazo y pueda provocar efectos adversos. No obstante, en nuestra unidad no se usa este método las primeras 24 h. para evitar que la musculatura del hombro y brazo se atrofie al dejarla inmovilizada. Desde la unidad se hace mucho hincapié al paciente en no realizar ningún esfuerzo o movimiento con el brazo, pero por otro lado, se potencia que abra y cierre la mano para que estimule el sistema vascular, muscular y neurológico del hombro y beneficie la fijación del MCP en el tejido. Al alta de nuestra unidad colocamos el inmovilizador de hombro al no tener una vigilancia tan estrecha del paciente.

Sin embargo, en cuanto al antiséptico utilizado, son muchos los estudios que destacan los beneficios de la clorhexidina frente a la povidona yodada. Destacando entre otros, su mayor espectro de acción y actividad frente a materia orgánica, rapidez de acción y duración del efecto residual, no hay absorción cutánea o sensibilización y no enmascara lesiones al ser transparente. Es por esto que en la unidad el antiséptico de elección utilizado es clorhexidina siguiendo con ello además las indicaciones del proyecto "Bacteriemia Zero" propuestas por el Ministerio de Sanidad y el cual ya he demostrado a nivel del Sistema Nacional de Salud la prevención de infecciones en las unidades de cuidados intensivos.

Por todo esto, queremos matizar la importancia de protocolizar las actuaciones del equipo profesional, con el fin de poder objetivar, validar y evaluar dichas actuaciones desde una base científica.

No obstante, no hay que perder de vista que los protocolos son guías orientativas del proceso, pero siempre se valorará de una forma holística al paciente y adecuándolo a sus características personales.

Para asegurar la actualización y calidad de los cuidados aplicados, el protocolo de implantación de marcapasos será sometido a revisiones periódicas por parte del personal del mismo servicio y basándose en las nuevas publicaciones o avances científicos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Pérez Hernández, E.; Ruiz Piñeiro, R. Intervenciones de enfermería en el implante de marcapasos definitivo. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. Vol.15, Núm.2. Mayo-Agosto 2007. pp 67-60
- 2- Luna R. Cuidados de enfermería. Barcelona: Océano; 2000 Vol.1: 183-184.
- 3- Marcapasos y cardiodesfibriladores implantables (En Línea). Buenos Aires; 2002 (acceso 02-06-2006). Disponible: http://www.elizalde.gov.ar/area_medica/Revista/vol1_2002/marcapaso.PDF.
- 4- Implantación de marcapasos definitivos en programa de cirugía ambulatoria. (En línea). México: Archivos de Cardiología de México; 2005 (acceso 04-06-2006) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2005/ac053f.pdf>
- 5- Saura Llamas, J.; Saturno Hernández, P. Grupo de Evaluación y Mejoras de los Protocolos Clínicos. Protocolos Clínicos: ¿Cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. *Atención Primaria*. Vol. 18 nº2. Pág. 94-96. 1996.
- 6- Saura, J ; Saturno Hernández, P.J. Evaluación y mejora del diseño de protocolos clínicos. *Atención Primaria*. 13:355-361.1994.
- 7- Torres, M ;Lorenzo, C. ; Rubio, M.J. et al. Cuidados de Enfermería en el postoperatorio de Cirugía Torácica. *Protocolo de Rehabilitación Pulmonar*. Monitor.8-12. 2003. ASECVAR-TD
- 8- Esteban A; Martín C. , *Manual de Cuidados Intensivos para enfermería*.
- 9- Comisión de protocolos y procedimientos. Dirección de Enfermería. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. 2004.
- 10- Henry B.; Geiter, Jr., RN, CCRN. Repaso de los aspectos básicos de los marcapasos permanentes.(Parte II). *Nursing* 2005. Nov.51-52
- 11- II Curso de Formación Continuada en Estimulación Cardíaca. 18 y 19 Octubre 2010.Hospital Vega Baja. Orihuela. Medtronic.
- 12- Aguado Ventas, Carmen y Mateos Corchero, MD. Utilidad del vendaje compresivo en la prevención de hematomas post-implante de marcapasos. *Rev.Enferm.Cardiol*.2004.XI (32-33):54-57. Original, artículo./Estudio Prospectivo.
- 13- Nathorn Chaiyakunapruk, PharmD, PhD et al. Comparación entre clorhexidina y solución de povidona-yodada para el cuidado del punto de inserción de catéteres vasculares: un metaanálisis. *Ann Intern Med*. 2002; 136:792-801.
- 14- Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres en los servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
- 15- * Gallardo O., Molinero A., Puertas M, Julia C. ¿Es necesaria la inmovilización de brazoportaimplantedemarcapasos?.2006. www.enfermeriaencardiologia.com.

PLAN DE APERTURA HOSPITAL DEL VINALOPÓ

Zafrilla Martínez Jose David*; Soriano Ruíz, M.J.¹; Torres Figueiras, M.²; Ladios Martín, M.³; Ballesta López, J.F.⁴; Gil Collados M.C.⁵; Pavón Zurera L.⁶; Fernández Alonso;D.⁷; Gallar Muñoz, A.⁸; Rodríguez Blanco, N.⁹; Fernández de Maya,J.¹⁰; Rico Cuba, A.¹¹

**Director de enfermería de Departamento Elche-Crevillente.*

¹*Supervisora del servicio de Urgencias. Hospital del Vinalopó.*

²*Supervisora de la unidad de Cuidados Intensivos. Hospital del Vinalopó.*

³*Supervisora de Investigación Docencia y Calidad. Hospital del Vinalopó.*

⁴*Supervisor de Hospitalización. Hospital del Vinalopó.*

⁵*Supervisora de la unidad de Diálisis. Hospital del Vinalopó.*

⁶*Supervisora de Pediatría y Obstetricia. Hospital del Vinalopó*

⁷*Supervisor de servicios Centrales. Hospital del Vinalopó*

⁸*Supervisora del Bloque quirúrgico. Hospital del Vinalopó*

⁹*Supervisora de Partitorio. Hospital del Vinalopó.*

¹⁰*Supervisor de Hospital de día y UHD. Hospital del Vinalopó.*

¹¹*Supervisor de Consultas externas y servicio de Gestión de camas. Hospital de Vinalopó.*

INTRODUCCIÓN

La labor del personal de enfermería dentro de la puesta en marcha del hospital del Vinalopó ha sido crucial para su éxito.

La apertura del hospital del Vinalopó es el resultado de la coordinación y el esfuerzo de todos los profesionales de enfermería que, empezando por la dirección y terminando por la última incorporación a este proyecto, pasando por todas las enfermeras, han impregnado este modelo sanitario con su buen hacer.

Aquí convergen enfermeras formadas en diferentes Universidades, con distinta experiencia y dispar procedencia. Trabajan conjuntamente aquéllas que venían de modelos sanitarios diferentes (hospitales públicos y privados, centros de salud, clínicas e incluso enfermeras sin experiencia que pretenden desarrollarse personal y profesionalmente en este modelo). Todas y cada una de ellas han optado por ejercer su profesión en un lugar totalmente nuevo, adaptándose al cambio, con nuevos equipos de trabajo, nuevo aparataje y nuevas tecnologías para dar el mejor de los cuidados a nuestros pacientes.

Desde el inicio de este proyecto han sido muy numerosas las actividades que se han realizado:

- Distribución de los espacios físicos (en algunos casos sobre planos)
- Elección de aparataje (monitores, respiradores, camas, camillas, etc.)
- Elaboración de listados de material sanitario y farmacia para la dotación inicial de los distintos servicios.

- RRHH. Dimensionamiento, elaboración y elección de la plantilla. Más de 36.000 profesionales presentaron su candidatura para optar a un puesto en el nuevo Departamento, de los cuales la Dirección de Enfermería entrevistó en la última fase a 1.647 profesionales.
- Cabe destacar que la dirección de enfermería que aplica un modelo de gestión participativo, seleccionó a los supervisores y se dio libertad para que cada uno de ellos creara su equipo, desde las entrevistas a la selección de los candidatos que superaron la criba curricular y psicotécnico del proceso de selección abierto y transparente. Cada supervisor seleccionó de esta forma a todo el personal que formaría en un futuro la plantilla dependiente de la dirección de enfermería (enfermeras, técnicos, TECAE, fisioterapeutas, matronas y personal de apoyo).
- Protocolos y circuitos. Aparte de los procedimientos de enfermería comunes a todos y adaptados de los publicados por la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana, se elaboraron protocolos internos y todos los circuitos posibles, tanto de pacientes como de materiales por todo el Hospital.
- Montaje de las unidades
- Puesta en marcha de planes de cuidados y de seguridad del paciente
- Formación
- Simulacros con pacientes, de atención, circuitos, coordinación, pruebas de aparataje...
- Etc.

La enfermería del Hospital del Vinalopó ha tenido unos meses intensos previos a la apertura y ha sido participe activo en la impronta y el modo de hacer que pretendemos tenga este nuevo Departamento de Salud.

Su labor ha sido imprescindible para culminar el proyecto importante que supone abrir un Hospital nuevo en una nueva Departamento de Salud con un nuevo modo de entender la Sanidad y la atención enfermera de Calidad que pretende, en última instancia, prestar unos cuidados excelentes a todos nuestros usuarios.

Merece que destaquemos una actividad en particular: El plan de acogida. Este ha sido una herramienta para unificar los criterios de calidad por los que se rige el hospital y dar soporte a los profesionales que actualmente integran la plantilla de cada uno de los servicios.

Plan de apertura hospital del Vinalopó

El hospital del Vinalopó nace como un nuevo departamento de salud, uniéndose a los 23 ya existentes en la Comunidad Valenciana, con una cobertura de 150.000 habitantes.

Adjuntos al nuevo centro hospitalario se encuentran también las zonas básicas de salud de Elche (Toscar, Carrús y Doctor Sapena-Jose M^a Pemán), Crevillente (San Felipe Neri y el Realengo) y Aspe (Hondón de las Nieves, Hondón de los frailes, La Canalosa, Barbarroja).

Todo el departamento ofrece una asistencia pública, gratuita y universal. Las obras de construcción del hospital del Vinalopó se iniciaron en Mayo del 2008, que-

dando terminado en Enero de 2010; abriendo sus puertas en dos etapas consecutivas, el 17 de mayo CCEE y el 1 de Junio a las 00:00 el resto de servicios del hospital. El hospital cuenta con una superficie de 45.000 m² y la siguiente dotación:

- 196 habitaciones individuales.
- 620 plazas de parking gratuito.
- 12 quirófanos.
- 71 consultas externas.
- 22 puestos de diálisis.
- 8 boxes de Neonatos.
- 16 boxes de Cuidados intensivos.
- 8 salas de dilatación, parto y recuperación.
- Dotación tecnológica de última generación: Resonancia magnética 3 teslas, TAC 64 coronas, PET – TAC, GAMMA-CÁMARA de dos cabezales; mamógrafo digital y ecografía de alta definición.
- Sala Vascular (hemodinámica , radiología intervencionista y vascular).
- Hospital de día.
- hospitalización a domicilio.

A todo esto se le añade un total de 27 especialidades médicas, a las que se suman la Cirugía Cardíaca y torácica para completar una cartera de servicios que supera las expectativas de un hospital de este nivel.

En cuanto a los sistemas de información se destaca el programa Florence que es la herramienta informática que conforma un conjunto de aplicaciones y sus datos estructurados que soportan la relación entre paciente y profesional que lo atiende. La historia clínica electrónica permite la continuidad en el tratamiento de la información, y el perfecto seguimiento de los pacientes durante su ingreso y su posterior alta a casa o continuidad con el departamento de atención primaria. Encontrándose asistida también esta continuidad por la enfermera de enlace.

Pero toda esta infraestructura no podría hacerse realidad sin unos profesionales que lleven a cabo unos cuidados de excelencia hacia sus pacientes. El proceso de apertura y plan de acogida para los profesionales ha sido un camino largo pero fructífero.

La primera parte de este gran proyecto se sustenta en un cuidado y riguroso proceso de selección, basado en una criba curricular, con posteriores pruebas de análisis psicotécnico, dinámicas de grupo y entrevista personal para adecuar el perfil óptimo de los profesionales a su puesto de trabajo.

La fase final de la entrevista personal para los candidatos a los puestos de las distintas unidades, en las diferentes categorías fue realizada por RRHH y por los coordinadores de las distintas unidades. Siendo esto una característica a destacar en este sistema de gestión que configura los equipos de trabajo de acuerdo a las necesidades del futuro servicio.

La dirección de enfermería optó por un modelo que apuesta por la calidad, cuidando tanto al profesional como al paciente, y por ello se diseñó un plan de acogida para todo el personal dependiente de la dirección de enfermería.

El plan de acogida es el conjunto de actuaciones que una organización pone en marcha para facilitar la adaptación e integración del nuevo profesional que se incorpora a un centro. Estas actuaciones, necesarias para que éste conozca la filosofía de trabajo, se hacen vitales cuando la organización es de nueva creación, y aún más cuando el número de empleados es muy elevado.

Se planificó un plan de acogida de tipo “presencial” con una duración máxima de tres días y uno “no presencial” con una duración máxima para realizarlo de 6 meses. El plan de acogida fue subdividido según categorías profesionales para dar respuesta a las necesidades concretas de los profesionales así como a las necesidades normativas de la organización. El plan de acogida presencial se realizó en dos turnos (mañana y tarde) y se elaboraron distintos programas según categoría. El plan de acogida se presentó a la junta de formación acreditada de la Escuela Valenciana de Estudios Sanitarios (EVES) con una acreditación de 1.9 créditos.

Programa de la formación presencial del plan de acogida:

Miércoles 12 de Mayo (Turno MAÑANA).

Todo el personal.

Horario	Actividad	Donde
9.00 a 9.30	Entrega de documentación	Hall
9.30 a 11	Acto de bienvenida	Salón de actos
11.00 a 11.30	Descanso	Hall
11.30 a 12.30	Ruta por hospital según servicio	Hospital
12.30 a 13.30	Reunión por servicios	En cada servicio

Jueves 13 de mayo (Turno MAÑANA).

ENFERMERAS, MATRONAS

Horario	Actividad	Donde
9.00 a 11	Florence	Salón de actos
11 a 11.30	Descanso	Hall
11.30 a 13.30	Manual de transfusiones	Salón de actos

Jueves 13 de mayo (Turno MAÑANA).

FISIOTERAPEUTAS, LOGOPEDAS, NUTRICIONISTAS.

Horario	Actividad	Donde
9.00 a 11	Florence	Salón de actos

Viernes 14 de mayo (Turno MAÑANA)

ENFERMERAS, MATRONAS.

Horario	Actividad	Donde
9.00 a 11	RCP grupo 1	Aula 1
11 a 11.30	Descanso	Hall
11.30 a 13.30	Circuito de pacientes grupo 1	Hospital

Viernes 14 de mayo (Turno MAÑANA)
TCAE, TAP, TEL, OPTOMETRISTAS, TAF.

Horario	Actividad	Donde
9.00 a 11	Florence Clínico	Salón de actos
11 a 11.30	Descanso	Hall
11.30 a 13.30	Circuito de pacientes grupo 1	Hospital
	Circuito de pacientes grupo 2	Hospital
	Circuito de pacientes grupo 3	Hospital

Viernes 14 de mayo (Turno TARDE)
TER.

Horario	Actividad	Donde
15.30 a 17.30	Florence Clínico	Salón de actos
17.30 a 18.00	Descanso	Hall
18 a 20	Florence: Medios diagnósticos	Salón de actos

Se contactó con todos los profesionales por vía email o telefónica para asegurar su participación.

El plan de acogida no presencial siguió el siguiente programa y fue de carácter obligatorio.

Curso para el personal de enfermería y matronas:

Título curso	Evaluación	Carácter
Florence	Si	Opcional
Prevención de riesgos laborales	Si	Obligatorio
Gestión de residuos sanitarios	Si	Obligatorio
Prevención de la infección	Si	Obligatorio
Prevención de las úlceras por presión	Si	Obligatorio
Mobilización e higiene del paciente	Si	Obligatorio
Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada	Si	Obligatorio
Metodología enfermera	Si	Obligatorio
Protocolo de transfusión de componentes sanguíneos	Si	Obligatorio

Curso para los Técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE)

Título curso	Evaluación	Carácter
Florence	Si	Opcional
Prevención de riesgos laborales	Si	Obligatorio
Gestión de residuos sanitarios	Si	Obligatorio
Prevención de la infección	Si	Obligatorio
Prevención de las úlceras por presión	Si	Obligatorio
Movilización e higiene del paciente	Si	Obligatorio
Reanimación cardiopulmonar básica	Si	Obligatorio

Cursos PA

Título curso	Evaluación	Carácter
Florence	Si	Opcional
Prevención de riesgos laborales	Si	Obligatorio
Gestión de residuos sanitarios	Si	Obligatorio
Prevención de la infección	Si	Obligatorio
Movilización e higiene del paciente	Si	Obligatorio
Reanimación cardiopulmonar básica	Si	Obligatorio

Cursos Técnicos, fisioterapeutas, logopedas, nutricionistas, etc.

Título curso	Evaluación	Carácter
Florence	Si	Opcional
Prevención de riesgos laborales	Si	Obligatorio
Gestión de residuos sanitarios	Si	Obligatorio
Prevención de la infección	Si	Obligatorio
Reanimación cardiopulmonar básica	Si	Obligatorio

Del proceso de selección de personal de las distintas categorías que estaban contempladas dentro de la Dirección de Enfermería, 225 profesionales participaron activamente en el plan de acogida presencial que tuvo lugar entre los días 12 – 15 de Mayo, coincidiendo con el día Internacional de la Enfermería. Y actualmente 350 personas han realizado el plan de acogida no presencial. Además se evaluó el grado de satisfacción de los participantes.

Esperamos que todo lo reflejado en el texto deje constancia del trabajo que se ha ido desarrollado durante todos estos meses.

DESARROLLO SOSTENIBLE: HERRAMIENTAS DE TRABAJO EN RECURSOS MATERIALES

María Dolores Martín García

Supervisora de Área del Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN

El creciente aumento de la demanda asistencial que vivimos en el ámbito hospitalario es un hecho conocido por los profesionales de la salud. Es motivo de continuos debates y revisiones, con el objetivo de hallar soluciones para mejorar los aspectos de la atención como la accesibilidad, garantizando la calidad de la práctica diaria con seguridad para el paciente, sin que ello suponga una sobrecarga de trabajo superior a la que ya estamos sometidos.

El término Desarrollo Sostenible, perdurable o sustentable, se aplica al desarrollo socio-económico y fue formalizado por primera vez en el documento conocido como Informe Brundtland 1987 y plantea un posible: satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las posibilidades de las del futuro para atender sus propias necesidades.

Ante esta situación se plantea la posibilidad de mejorar la tecnología y la organización, en este caso la Hospitalaria, minimizando los factores que dificultan y complican los procedimientos de contratación, como la necesidad de ajustarse a un marco normativo: cambios en el aprovisionamiento logístico y en la práctica asistencial.

Lograr estos objetivos no es tarea fácil, pero una de las propuestas para hacer frente a la situación actual ha sido la creación de Unidades Funcionales dentro de los distintos Servicios del H.G.U.A para mejorar la calidad asistencial o evitar que decaiga durante el abordaje de los distintos procesos de gestión clínica.

Una de las premisas fundamentales para el correcto funcionamiento de las Unidades Funcionales es la creación de equipos de trabajo. Ello implica una labor organizativa y de coordinación muy importante, que en muchas ocasiones es el factor clave para el éxito o el fracaso en su desarrollo.

OBJETIVOS

Intentaremos gestionar los recursos materiales con criterios de eficiencia, con la finalidad de mantener una innovación constante en técnicas e instrumentos de gestión para hacer frente a la rigidez de la Ley de Contratos del Sector Público. ¿Cómo?, definiendo unos objetivos:

- Proporcionar a los gestores -coordinadores de Recursos Materiales la formación necesaria para desarrollar estrategias que permitan gestionar con eficiencia los recursos públicos y controlar el gasto.
- Formar a los profesionales sanitarios para que puedan consumir y usar eficientemente los recursos buscando los máximos beneficios para el sistema sanitario.

- Establecer políticas de calidad que actúen desde el nivel de estructura para conseguir un objetivo estratégico de calidad total.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del entorno

El Hospital General Universitario de Alicante cuenta con 890 camas siendo hospital de referencia para nuestra provincia.

En Octubre del 2009 desde Dirección de Enfermería, a petición de la Consellería de Sanidad a través de la Dirección Económica, se designa a las dos Supervisoras de Área como personal de referencia para la elaboración de los Pliegos Técnicos de diferentes recursos materiales como Técnicos de Valoración del grupo de productos al que se nos deriva.

Por cada hospital de la Comunidad Valenciana acuden tres representantes a la Consellería de Sanidad para llevar a cabo la elaboración del Pliego de Contratación de Productos

Nos planteamos mejorar la accesibilidad a los productos sanitarios, dentro de la situación creciente debida a la demanda asistencial generalizada, elaborando protocolos de valoración, evaluación y prueba de productos de uso sanitario, para la regulación del flujo de indicaciones terapéuticas que se dan en cada Unidad de Hospitalización, CCEE, UHD, Hospitales de Día y Atención Primaria.

La mayor parte de los pacientes ingresados o derivados a otras áreas distintas de hospitalización: CCEE, Hospital de Día, UHD y AP para los que va dirigido el Pliego Técnico de Apósitos tienen patologías potencialmente invalidantes. Por tanto, intentamos que para llevar a cabo un correcto manejo del paciente conozcamos el uso terapéutico de los productos garantizando el abordaje terapéutico en el menor tiempo posible y asegurando la calidad en la asistencia.

Contexto de Partida

Desde la Consellería de Sanidad se plantea la necesidad de la elaboración de un nuevo Pliego Técnico y surge la cuestión ¿Por qué un nuevo producto? Porque un nuevo producto implica valorar y evaluar el producto examinando las consecuencias clínicas, económicas y sociales derivadas del uso de nuevas tecnologías a corto y a largo plazo. Así como los efectos directos e indirectos, deseados e indeseados.

Se pretende conocer y valorar todos los productos ofertados en el mercado que cumplen los requisitos para concursar establecidos en el Acuerdo Marco de la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

Para ello se establece una dirección que debe seguir cada uno de los productos:

Laboratorios Farmacéuticos → Subdirección de Enfermería → Supervisora de Área → Unidad Funcional

Desde las Supervisiones de Área se elaboran fichas técnicas con sus indicaciones terapéuticas de cada producto. Tras conocer que posibilidades oferta el nuevo producto se decide el destino de evaluación más acorde a las características del produc-

to y las necesidades de los pacientes de la Unidad Funcional. Será el personal de Enfermería el encargado de valorar, por triplicado, el producto y remitir el informe de valoración a la Supervisión de Área, quien se encarga de redactar un informe consenso del producto.

Tecnología Sanitaria (TS)

Podemos definir la Tecnología Sanitaria como Conjunto de tratamientos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica, así como los sistemas de organización, administración y soporte dentro de los cuales se proporciona dicha atención Institute of Medicine(USA)

Evaluación de la Tecnología Sanitaria

La Evaluación de la Tecnología Sanitaria es una forma de investigación que examina las consecuencias clínicas, económicas y sociales derivadas del uso de la tecnología, incluyendo el corto y medio plazo, así como los efectos directos e indirectos, deseados e indeseados. Office of Tecnology Assessment (USA)

Su meta es promover de información objetiva que avale las decisiones en el cuidado de la salud y los protocolos de actuación sanitarios.

La Valoración de los Productos se realiza mediante información objetiva que avala los cuidados de la salud y los protocolos de actuación sanitarios:

- Evaluación de las Tecnologías Sanitarias
- Coste - efectividad del producto

¿Por qué es importante conocer los costes asociados a un producto vs. su beneficio? Porque cuando los recursos son escasos, es necesario decidir cuál es la mejor forma de gastarlos.

El Coste del Tratamiento de las Heridas incluye:

1. El coste de los apósitos
2. Tiempo Total de Enfermería
3. Tratamiento de las complicaciones
4. Otras causas.

El estudio de coste-efectividad de los apósitos de las heridas evalúa los resultados clínicos:

- Cicatrización
- Reducción del tamaño de la lesión
- Infección de la lesión
- Calidad de vida

¿Cómo determinar el coste de las Intervenciones Sanitarias?

- Identificarlas í Costes Directos e Indirectos (hospitalización, tratamiento...)
- Cuantificarlasí Cantidad de Recursos Consumidos (apósitos, medicación...)
- Valorarlas.

Por tanto una nueva Tecnología Sanitaria se incluye en la política sanitaria cuando cumple las siguientes características: Eficacia, Efectividad, Aplicabilidad, Eficiencia y Cobertura Potencial.

Indicadores de Actividad y Calidad

• Gasto en Tecnología Sanitaria

El Gasto Sanitario reside en factores dependientes de la gestión y la utilización de los servicios y las innovaciones sanitarias. Las mejoras en la salud dependen de la disponibilidad de nuevas tecnologías y de que se empleen de forma adecuada y eficiente:

- Calidad asistencia
- Realidad económica
- Tecnología Sanitaria

Criterios de inclusión de nuevos productos por parte de la Administración.

El Sistema Sanitario Español Público tiene dos vías de incorporación de nuevos productos al arsenal terapéutico de los profesionales sanitarios:

- Comercialización directa (concurso de suministros) requiere marcado CE.
- Registro del producto para solicitar su inclusión en la Prestación Farmacéutica (prescripción en Atención Primaria)

La Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público tiene por objeto la adquisición de productos por parte de la Administración a través de varios procedimientos: Abierto, Restringido, Negociado y Especial. En estos momentos hay una Ley 34/2010 que amplía y modifica la anterior

Criterios de adjudicación de nuevos productos por parte de la Administración, establecidos por el Órgano de Contratación para la adjudicación del concurso.

Estos criterios han de ser de carácter técnico, de calidad, de servicio y económicos. Valorados con una puntuación general y con subapartados en los que puede constar o no la puntuación individual. Tenemos que tener en cuenta el tipo de oferta y la puntuación final. Así mismo contar con los problemas que genera la industrialización y la competencia entre las distintas empresas.

Un producto pasa cinco fases:

- Fase 1 Investigación
- Fase 2 Puesta en marcha en el mercado
- Fase 3 Aceptación y utilización
- Fase 4 Declive
- Fase 5 Obsolescencia

Puesto que la tecnología sanitaria es muy dinámica podemos encontrarnos que cuando acabemos de valorar un producto tengamos otro con notables mejoras en el mercado.

La calidad asistencial, el confort del paciente, la efectividad y un número menor de complicaciones es el pilar básico para satisfacer las necesidades que nos proponemos cubrir.

El producto, al final, esta englobado en una categoría fija y no homogénea.

RESULTADOS

La economía marca, de forma contundente, la gestión de la calidad total en la que se busca además de la satisfacción del paciente la gestión de los Recursos Materiales con criterios de eficiencia. La gestión de los Recursos Materiales en las organizaciones sanitarias es uno de los elementos claves en la seguridad de los pacientes.

Sólo en productos destinados a piel se han valorado:

- 123 lotes subdividiéndose en:
 - 45 grupos de distintos componentes farmacológicos
 - 94 tipos de presentaciones que incluyen:
 - 282 medidas diferentes y con distinta aplicación
 - 94 especificaciones técnicas

En total 480 tipos de productos:

- Productos para la Fijación de Catéteres
- Productos y/o materiales para el tratamiento de úlceras, heridas y quemaduras.
- Productos o materiales de limpieza, hidratación y prevención de úlceras y lesiones por incontinencia.
- Se estudia cada uno de los componentes de los lotes, para identificar posibles exclusividades.
- Se estudian equivalencias en el uso y destino del producto.
- Se revisan las diferentes medidas, para que todas y cada una cubran nuestras necesidades
 - En algunos casos se ha valorado el producto en cm² o mL, nos facilita la comparación entre laboratorios, su juego precisamente es ese; diferenciarse para ser incomparables.
- Concluido el expediente no se podrá expedir ninguna autorización.

La evaluación es constante por parte del personal de enfermería de los productos sanitarios atendiendo a:

- Análisis de las evaluaciones finales de los recursos puesto que éstos son la base de la efectividad, la eficiencia o incluso la sostenibilidad medioambiental.
- Mayor transversalidad en la gestión de los recursos materiales, integrándose en áreas como la Formación Continua.

CONCLUSIONES

Los pliegos de los procedimientos de compra deben elaborarse de forma que permitan evaluar exhaustivamente el producto, teniendo en cuenta, no sólo el coste unitario, sino también cómo la evolución técnica repercute de forma global en la reducción efectiva de los costes en los tratamientos.

Aumentar la competitividad nos conduce a un uso más eficiente de los recursos. A consumir inteligentemente y a evaluar los costes sanitarios de forma holística, evitando las segmentaciones por partidas y buscando la sostenibilidad global.

El entorno de la gestión de los recursos materiales debe avanzar en terrenos tradicionalmente ocupados por otras áreas de conocimiento, como la investigación, en términos de generación de evidencia. La realización de estudios de investigación de alta calidad, en especial ensayos clínicos aleatorios, es la única herramienta que permite generar una evidencia científica como base en la toma de decisiones.

El mercado actual del tratamiento de las heridas en la comunidad valenciana, puede abarcar al 15% de la población ingresada en nuestros hospitales y al 20% de la población atendida en los Centros de Salud.

El impacto sobre el coste sanitario no depende tanto del número de individuos que superan cierta edad, sino del número de muertes, ya que el gasto sanitario se concentra en el periodo final de la vida de las personas.

La demografía impulsa el crecimiento del gasto sanitario, debido a la variación de la estructura de edades y al aumento de la población.

La principal causa del gasto sanitario es que la población utiliza cada vez más los servicios sanitarios, fruto del avance tecnológico y el cambio en las prácticas clínicas.

Existe una alta competencia en el sector y los productos tienen un elevado coste unitario, en global es mucho dinero.

El personal de enfermería es el que utiliza principalmente estos productos, si no tenemos un protocolo de utilización, sino que coexisten diversos protocolos o se usan sin indicación expresa en cada centro, en cada unidad e incluso según el profesional que los utilice.

Obtener resultados de cada paciente puesto que en cada uno el producto interactúa de forma particular, no teniendo el mismo resultado en dos pieles distintas, ni siquiera en un mismo paciente en fases distintas del proceso de: infección, gestión del exudado, granulación, epitelización...

En algunos casos es el personal de enfermería el que indica el producto a utilizar, es el que tomo la decisión final, ante las variables que se le presentan en cada herida o situación terapéutica.

En otros casos es el médico el que indica el producto pero aquí tenemos otro problema, no siempre conoce los productos de que disponemos, por lo tanto el médico suele aceptar el consejo enfermero y si no disponemos del protocolo adecuado de utilización de productos, se generan gastos inadecuados, se alargan las estancias y el paciente no obtiene los beneficios deseados.

Si no disponemos del producto y se busca por vía de dispensación farmacéutica se en carece mas de un 40%.



En 4 años el mercado se ha ampliado de tal manera que ahora se ofrecen productos de alta calidad, pero cada laboratorio se dedica a diferenciar el producto, en algunos casos en la misma dirección, en otros en direcciones que se complementan.

- Este hecho hace que se den varios casos de exclusividades.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Casanovas, G y V Ortún. Fundamentos y políticas. En: Economía y Salud. Ediciones Encuentro (Madrid) 1998: 25-31
2. Hidalgo A, Corugedo I, Del Llano J. Políticas de Salud. En: Economía de la Salud. Ediciones Pirámide 2000 10-16
3. Cullis J.G. y West P.A. Determinantes en Salud. En: Introducción a la Economía de la Salud. Versión Castellana: JM Cabases. Ed Desclee de Brower. (Bilbao) 1984 28-35
4. Aranaz J.M^a, Aibar C, Gea M.T, León M.T .Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clin (Barc) 2004.
5. Meneu, R y V. Ortún. La Agenda explicita. En: Política y Gestión Sanitaria: SG Editores (Barc) 1996 45-48
6. B.O.E.
 - a. Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público
 - b. Ley 34/2010, de 5 de agosto, de modificación de la Ley 30/2007

MESA DE COMUNICACIONES LIBRES 2

IMPACTO DE LAS MEDIDAS LOCALES, NACIONALES Y EUROPEAS PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES PIROTECNICOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS (2000-2010)

Ortiz de Saracho Pérez Masgoret, M^a Teresa. Romero Olmo, Fernando.

Payá Ferrandiz, Enriqueta. Algarra Juan, Begoña. Moltó Salido, José.

Jimenez Cantó, Emilia

Unidad de quemados HGU. Alicante

PALABRAS CLAVE: accidentes pirotécnicos, quemaduras por pólvora, normativa sobre el manejo de productos pirotécnicos.

INTRODUCCIÓN

En nuestra cultura mediterránea pólvora y fiesta son inseparables. Las múltiples celebraciones y fiestas locales no pueden entenderse sin la quema de grandes cantidades de pólvora. Pero la pólvora va asociada ineludiblemente a accidentes y lesionados. Numerosas normativas locales, nacionales y europeas, sobre la venta y uso del material explosivo han entrado en vigor estos últimos años. ¿Están siendo eficaces?, ¿se está consiguiendo con ellas que disminuyan los accidentes relacionados con actividades pirotécnicas? Como profesionales de la salud implicados en el tratamiento y cuidados de este tipo de accidentes nos interesa conocer el impacto de estas medidas sobre la población.

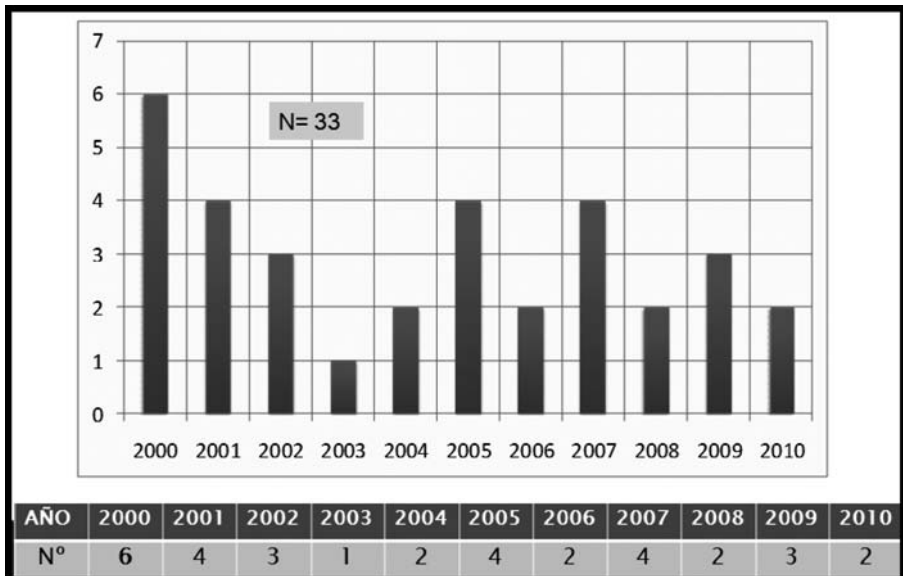
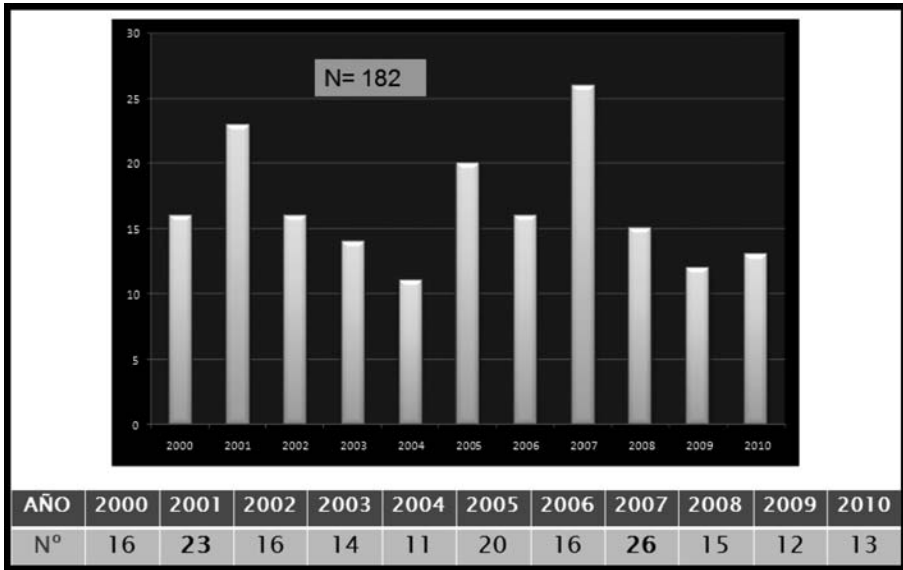
OBJETIVO

Conocer si las medidas de protección, prevención y normativas legales de venta y distribución de material pirotécnico han supuesto una disminución del número y gravedad de los accidentes relacionados con actividades festivas relacionadas con pólvora en el último decenio. Estudiaremos el impacto en nuestro servicio al tratarse de la unidad de referencia de quemados de la provincia de Alicante.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de los últimos 11 años (2000-2010) del número, distribución y características de los accidentes relacionados con la pólvora en las 2 principales fechas donde se concentran el mayor número de casos, las Hogueras de San Juan (periodo comprendido entre los días 21 al 29 de junio) y la Nit d'alba (periodo comprendido entre los días 12 al 18 de agosto). Para dar salida a los objetivos se utilizaron variables de tipos cuantitativas y cualitativas. Analizamos las siguientes variables: número de urgencias/año, número de ingresos/año, proporción

de ingresos / atendidos, tiempo de hospitalización, gasto sanitario generado, gravedad en función de la clasificación de Benaim y número de pacientes que precisan seguimiento por parte de nuestras consultas externas y atención primaria. La muestra estuvo conformada por 182 pacientes atendidos de los que 33 precisaron ingreso inmediato.



RESULTADOS

El número absoluto de pacientes atendidos en nuestra unidad durante el periodo de tiempo estudiado, no muestra una tendencia clara hacia la disminución de casos. Sus cifras oscilan, mostrando picos puntuales en el número de pacientes atendidos. En el intervalo de tiempo del estudio, se aprecia una ligera y progresiva tendencia hacia la disminución de casos que precisan ingreso hospitalario. La elevada proporción de pacientes ingresados respecto a los atendidos, mayor del 12% que fue publicado por Greene en el 2002, es debida a que somos unidad de referencia de la provincia y los pacientes remitidos tienen mayor gravedad y complejidad.

AÑO	PORCENTAJE %
2000	37'5
2001	17'4
2002	18'7
2003	7'1
2004	18'1
2005	20'0
2006	12'5
2007	15'3
2008	13'3
2009	33'3
2010	15'3

Estudiamos los gastos sanitarios generados por la atención a pacientes con lesiones por pólvora. Si lo comparamos con estudios publicados en 1990-1991, se han multiplicado de forma exponencial lo que es importante a nivel de la sostenibilidad sanitaria pública.

AÑO	GASTOS € Total x año	GASTOS € x paciente
2000	208.744	34.790 (x10)
2001	50.559	12.639 (x3)
2002	48.885	16.295 (x4)
2003	32.145	32.145 (x10)
2004	4.553	2.276
2005	64.954	12.990 (x3)
2006	50.220	25.110 (x7)
2007	186.852	46.713 (x13)
2008	57.861	28.930 (x8)
2009	119.525	39.841 (x10)
2010	43.121	21.560 (x6)
TOTAL	842.373	

CONCLUSIONES

Las medidas de prevención de accidentes por pólvora, no han conseguido en el intervalo estudiado, reducir de forma sustancial el número de accidentados ni los costes que de ello se derivan. Entre todos debemos conseguir que toda la alegría y ambiente de nuestras fiestas no se conviertan, en un minuto, en un escenario triste y doloroso.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- REAL DECRETO, 563/2010, de 7 de mayo, Reglamento de artículos pirotécnicos y cartuchería.
- 2- Directiva 2007/23/CE del Parlamento Europeo y del Consejo del 23 de Mayo de 2007, sobre la puesta en el mercado de artículos pirotécnicos.
- 3- ORDEN de 2 de Marzo de 1989, Normativa reguladora de la manipulación y uso de Productos Pirotécnicos en la realización de Espectáculos Públicos de Fuegos Artificiales.
- 4- ORDEN PRE/252/2006, de 6 de Febrero, por la que se actualiza la Instrucción Técnica Complementaria nº 10, sobre prevención de accidentes graves, del reglamento de Explosivos.
- 5- Benaim F. Consideraciones sobre la evaluación de la gravedad de las quemaduras. RAQ, Ab. 2004; 18: 26-30.
- 6- Caffaratti N. Los festejos y la salud. LatinSalud. com.2006.12.28
- 7- ¿Cómo evitar las quemaduras por juegos pirotécnicos? Unversia Crónica Chile.2008.17.12
- 8- Fernández E, Golvez L, Gómez E, Solinas Martínez J. Epidemiology of Burn in Malaga, Spain. Annals Burn Fire Disasters. 2006; 23(4): 323-32.
- 9- Tratamiento integral de las quemaduras. 3ª ed. Elsevier. David N. Hendon 2009.
- 10- Pardo Mateu L., Alfonso Sánchez J.L. Aplicación del análisis de coste-utilidad al tratamiento de los pacientes quemados, en una unidad especializada. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana - Vol 24 - Núm. 4 1998 - Págs. 425-435.

NUEVAS TÉCNICAS NUEVOS RETOS

Antonio García López* Antonio Soriano Compañ**

**Médico de la unidad de traumatología miembro superior.*

***Enfermero de la unidad de yesos.*

Unidad de Yesos del Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN

Con los avances técnicos en productos sanitarios para curación de heridas y los avances técnicos y humanos novedosos empleados por la traumatología, hacen que nuestra unidad este en continuo proceso de renovación en cuanto a técnicas y materiales.

En el caso que presentamos mostramos estos avances tanto en la técnica como en la utilización de materiales

OBJETIVOS

- 1º Curación de la herida en el menor tiempo posible.
- 2º Recuperar la función de la mano.

MATERIAL Y METODO

Se utilizo para la curación de la herida pomada antibiótica hidrosoluble y apósito de plata sin humedecer.

Se le curo al paciente martes y viernes durante cuatro semanas.

Al paciente se le indico que durante ese periodo no podía realizar esfuerzo de ningún tipo, coger peso, etc. y que debía de movilizar el resto de los dedos para no perder flexibilidad en las articulaciones.

En una segunda fase se realizo la reconstrucción del pulgar, realizándose transferencia del segundo dedo del pie a la mano.

Pasadas cuarenta y ocho horas se le realiza la primera cura de las heridas quirúrgicas.

Las curas se realizaban con yodo solución alcohólica al 0,5 por 100.

Las pequeñas zonas de posible necrosis de piel del trasplante se curan con pomada antibiótica hidrosoluble y apósito de plata sin humedecer.

La periodicidad de las curas era de dos días por semana.

RESULTADOS

Epitelización de la herida primaria en cuatro semanas y la funcionalidad del reimplante del primer dedo de la mano.

DISCUSIÓN

La experiencia en nuestra unidad nos demuestra que los tratamientos de las heridas realizados con pomadas antibióticas hidrosolubles y apósitos de plata sin humedecer aceleran el proceso de epitelización y producen menos complicaciones.

Nuevas Técnicas Nuevos Retos

Unidad de Yesos del Hospital General Universitario de Alicante

Con avances técnicos en productos sanitarios para curación de heridas y los avances técnicos y humanos novedosos empleados por la traumatología, hacen que nuestra unidad este en continuo proceso de renovación en cuanto a técnicas y materiales.

En el caso que presentamos mostramos estos avances tanto en la técnica como en la utilización de materiales

■ Motivo de ingreso

Hombre de 27 años que es remitido desde el Hospital de Orihuela para valoración reconstrucción por amputación pulgar izquierdo.

■ Exploración física

Amputación trasmetacarpiana pulgar izquierdo a nivel de base con ausencia de eminencia tenar. Amputación tercer dedo mano izquierda.



Objetivos

📁 Curación de la herida en el menor tiempo posible.

📁 Recuperar la función de la mano

Tratamientos

- Tratamiento de la herida.

Con pomadas hidrosolubles y antibióticas.

Apósitos de plata sin humedecer.



Evolución

Cura de la herida martes y viernes durante cuatro semanas.



Evolución

Segunda semana



Evolución

Tercera semana



Evolución

Cuarta semana



Evolución



Resultado del Tratamiento de la Herida



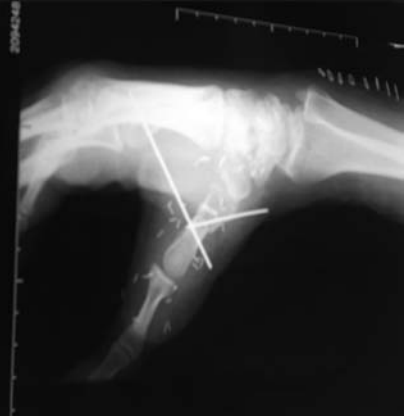
- Una vez cicatrizada la herida se intervino quirúrgicamente realizándose transferencia de segundo dedo del pie a la mano para reconstrucción del pulgar y colgajo interoseo posterior para reconstrucción de eminencia tenar.



A los cuatro días del reimplante



R.X de reimplante.



A los cuatro días del reimplante



Vendajes de la cura de las heridas



Curación de heridas quirúrgicas



Resultado



Resultado



Resultado

Epitelización de la herida primaria en cuatro semanas y la funcionalidad del reimplante del primer dedo de la mano





CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. TRASTORNOS FÍSICOS Y PSICOSOCIALES DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Cristina Peydró Navarro/Inés González Sánchez
Máster en ciencias de la enfermería. 20/05/2010

La cardiopatía isquémica (CI) es una de las enfermedades donde se puede observar con claridad las diferencias de género

RESUMEN

Objetivo: Revisar la existencia de diferencias y desigualdades de género en cardiopatía isquémica.

Diseño: Estudio Transversal Descriptivo.

Material y Métodos: Participantes: 60 pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica, (50%) varones y (50%) mujeres. Mediciones: formulario anónimo y personal, además de utilización de la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberbeg, así como Escala de Ansiedad de Goldberg.

Resultados: El promedio de edad en las mujeres fue de 63.2 años y en los hombres de 58.7 años. De los factores de riesgo cardiovascular estudiados, se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de: tabaquismo con 41,3% mujeres y 61,8% hombres, consumo excesivo de alcohol con 5,5% mujeres y 37,4% hombres, colesterol con 78,3% mujeres y 27,4% para hombres. El 38,7% de las mujeres presentaron dolor precordial a diferencia de los hombres, en los cuales el dolor precordial típico se presentó en el 68,8% de los pacientes. En relación a los factores psicosociales el 68,3% de las mujeres presentaron un alto nivel de ansiedad frente a un 35,8% de los hombres. El 47,7% del sexo femenino manifestó depresión frente a un 13% del sexo masculino.

Conclusiones: las características y manifestaciones clínicas de la cardiopatía isquémica son diferentes entre hombres y mujeres.

Palabras clave: cardiopatía isquémica, IAM, diferencias de género, factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: To review the existence of gender differences and inequalities in ischemic heart disease.

Design: Descriptive study.

Material and Methods: Participants: 60 patients with ischemic heart disease (50% males and (50%) women. Measurements: anonymous and personal form, in addition to using the State Anxiety Scale-Trait Spielberbeg and Goldberg Anxiety Scale.

Results: The average age of women was 63.2 years and men 58.7 years. Of the cardiovascular risk factors were found significant differences in the frequency of: smoking with 41.3% women and 61.8% men, excessive alcohol consumption, 5.5% women and 37.4% men, cholesterol with 78.3% women and 27.4% for men. 38.7% of women had chest pain unlike men, in which the typical chest pain occurred in 68.8% of patients. In relation to psychosocial factors, 68.3% of women had a high level of anxiety compared with 35.8% of men. 47.7% of females said depression compared with 13% male.

Conclusions: The characteristics and clinical manifestations of ischemic heart disease differ between men and women.

Keywords: ischemic heart disease, myocardial infarction, gender, risk factors.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad coronaria ocupa un lugar relevante tanto por su morbi/mortalidad como por el rápido desarrollo que se está produciendo en los aspectos diagnósticos y terapéuticos (1).

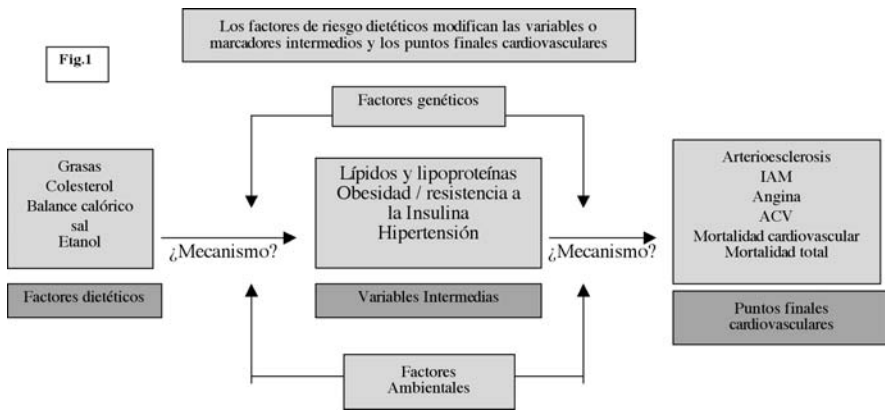
El sexo es biológicamente una de las particularidades del ser humano que separa tanto los procesos fisiológicos como los patológicos. Deben tenerse en cuenta los aspectos relacionados con el entorno sociocultural y psicológico (el género) en la génesis de las enfermedades, ya que habitualmente causan desigualdades entre hombres y mujeres, en relación con los factores de riesgo así como con aspectos de la sintomatología y diagnóstico, del tratamiento, la rehabilitación y la prevención. En este sentido, la cardiopatía isquémica es una de las enfermedades donde se puede observar con claridad las diferencias de género en salud (2).

Se han descrito diferencias entre sexos en el curso inicial de la cardiopatía isquémica, así como en la mortalidad, siendo superior la mortalidad en las mujeres en los primeros 28 días tras sufrir una cardiopatía isquémica, aunque se debate si sucede lo mismo con la mortalidad a medio largo plazo (3).

El sexo, la edad, los factores de riesgo cardiovascular, los antecedentes familiares, la localización del IAM, la evolución y tratamiento, tanto en la fase aguda como

tras el alta hospitalaria son algunas de las variables que influyen en la mortalidad de la cardiopatía isquémica (4). Cuando se habla de factor de riesgo, se debe tener siempre presente que este concepto es sinónimo de factor etiológico; únicamente significa una mayor contingencia o proximidad de daño, lo que quiere decir que existen riesgos evitables o, por lo menos, susceptibles de prevenirse (factores ambientales) y riesgos inevitables secundarios a factores no modificables, como el sexo, la edad o los factores genéticos, sobre los que hoy no se puede actuar (5) (Fig. 1).

Dentro de los factores de riesgo que influyen en la progresión de las cardiopatías isquémicas, las investigaciones han comenzado a reconocer la importancia de los factores psicosociales, tales como el estrés, el complejo ira/hostilidad, la ansiedad, la depresión y el bajo apoyo social. (6)



FUENTE: Atlas de Cardiología. Eugene Braunwald, editor.

La incidencia de las enfermedades cardíacas en las mujeres es de 10 a 15 años de vida posterior al hombre. Las mujeres se consideran generalmente protegidas de ataques cardíacos prematuros debido al papel protector que desempeñan los estrógenos. Sin embargo después de la menopausia las enfermedades cardíacas en las mujeres aumentan notablemente (7) (Tabla 1).

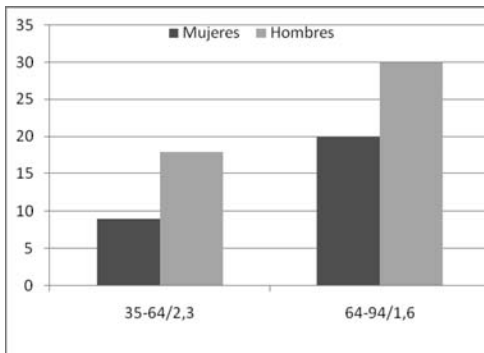


Tabla 1. Edad/Índice H/M Porcentaje de primeras alteraciones cardiovasculares según tipos (Framingham study, 36 años de seguimiento)

FUENTE: Cardiopatía Isquémica, edit. IDEPSA

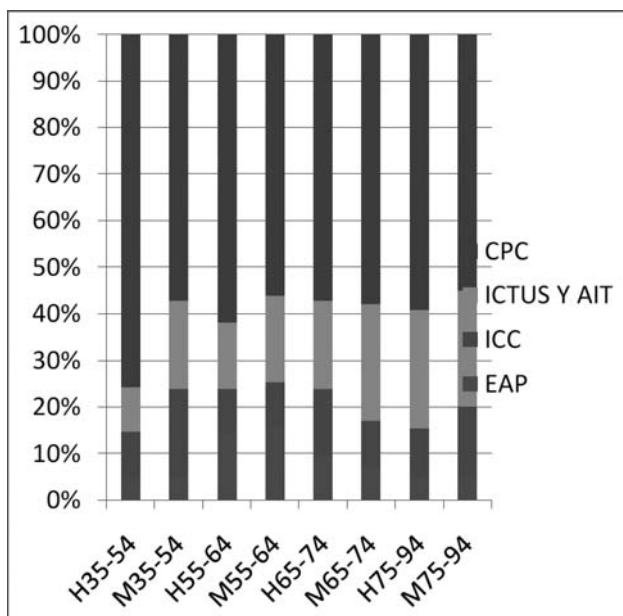


Tabla 2. Incidencia de enfermedad coronaria según edad y sexo (Framingham study, 36 años de seguimiento). FUENTE: Cardiopatía

Los datos de Framingham Study proporcionan estimaciones fiables de la morbilidad y la mortalidad cardiovasculares basadas en 36 años de seguimiento de una muestra de población definida de 5.209 hombres y mujeres entre los 35 y 94 años de edad. Estos datos indican que la tasa media anual de las principales alteraciones cardiovasculares aumenta de cinco por cada 1.000 hombres en el grupo de edad comprendido entre los 35 y los 44 años a 59 por cada 1.000 entre los 85 y los 94 años (5) (Tabla 2).

Además unos de los primeros resultados del estudio de Framingham fueron que las mujeres presentan con más frecuencia un dolor precordial que los hombres, pero éste evoluciona raramente a IAM. Añade diciendo que, la presentación predominante inicial de la CI en la mujer es la angina; la manifestación más frecuente de la enfermedad en el hombre es el IAM, y la angina suele ser secundaria a éste. Todo esto, junto con el hecho de que aproximadamente el 50% de las mujeres con dolor precordial presentan arteriogramas coronarios normales, generó la creencia de que la CI se considerara más leve o benigna en las mujeres (2).

Existe una enorme cantidad de información relativa a la enfermedad coronaria, tanto sobre su distribución en la población y mecanismos etiopatogénicos como sobre los FR (factores de riesgo implicados en su aparición, y a la eficacia de diferentes estrategias preventivas y terapéuticas. No obstante, debido a un gran número de razones, entre las que destaca que tradicionalmente afecte más a varones que a mujeres y a más temprana edad, la mayor parte de la información disponible proce-

de de estudios realizados en hombres no pueden necesariamente ser directamente aplicables a las mujeres (5).

El Objetivo de este estudio es revisar la existencia de diferencias y desigualdades de género en pacientes que han sufrido una cardiopatía isquémica en relación con la incidencia, la presentación, el diagnóstico y los factores de riesgo.

SITUACION EN ESPAÑA

En la actualidad las enfermedades crónicas representan uno de los principales retos para los sistemas de salud. La relevancia de estas patologías viene dada, en primer lugar, por el elevado número de muertes que producen, ya que constituyen una importante causa de mortalidad prematura. Por otra parte, tienen un efecto relevante sobre la utilización de servicios de salud, debido al impacto sobre la morbilidad.

En España entre las enfermedades crónicas la cardiopatía isquémica representa entre los hombres la primera causa de muerte, seguida de la enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardíaca, por lo contrario en la mujer, el primer lugar lo ocupa la enfermedad cerebrovascular, y le siguen la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca (8).

En España existen algunos importantes registros poblacionales de infarto agudo de miocardio, como el MONICA en Cataluña o el IBERICA (9).

Según el INE se produjeron 15.519 muertes por cardiopatía isquémica en mujeres en el año 2008, un 2,8% menos que en 2007. En el caso de los hombres las enfermedades isquémicas provocaron 20.369 defunciones, un 4,1% menos que el año anterior.

Según un estudio realizado por el Centro de Información de la Menopausia (CIM) entre 1.500 mujeres revela que alrededor de 480.000 españolas (el 16% de las mujeres entre 50 y 64 años) padecen problemas cardiovasculares (5).

Según algunos estudios transversales realizados en España, de entre los factores de riesgo cardiovasculares es sabido que el excesivo consumo de tabaco y de alcohol es considerablemente menos frecuente en las mujeres. Así, sobre la prevalencia de la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la diabetes no muestran unas diferencias relevantes entre sexos en cuanto a la exposición a estos factores. Solamente el sobrepeso y el sedentarismo son más frecuentes en las mujeres españolas.

Otros estudios señalan que las mujeres tardan más en acudir al hospital tras la presentación de los síntomas iniciales, y se asocia a una edad superior a 65 años, la historia previa de angina, la diabetes y la presentación del dolor durante la noche (2).

OBJETIVO

Revisar la existencia de diferencias y desigualdades de género en cardiopatía isquémica.

HIPOTESIS

Existen diferencias de género en pacientes que han sufrido una cardiopatía isquémica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal descriptivo en el que se incluyó una muestra de 60 pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica, durante el período de Octubre de 2009 a Mayo de 2010. De los 60 pacientes, 30 pertenecían al sexo masculino y los otros 30 restantes al sexo femenino. Los datos se obtuvieron de la historia clínica o mediante entrevista directa con el paciente o su familia cuando fue necesario. Se utilizó un formulario diseñado específicamente para ello utilizando uno por paciente. A su vez se midió el estado de ansiedad de cada uno de los pacientes y para ello se utilizó la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielbergeg. La entrevista que se realizó a estos pacientes fue sobre percepción de acontecimientos vitales estresantes en cualquiera de las áreas siguientes: salud personal y hábitos, trabajo, familia y hogar, entorno social situación financiera y situación personal (factores psicosociales). De entre los datos que se obtuvieron de la historia clínica se analizaron todos los factores de riesgo cardiovascular entre ellos: consumo de tabaco y alcohol, colesterol, sedentarismo, antecedentes familiares, diabetes Mellitus, retraso pre-hospitalario, tipo de dolor precordial, etc. Estos datos fueron analizados comparativamente entre ambos sexos obteniéndose de estos los resultados del estudio.

RESULTADOS

De los 60 pacientes que participaron en el estudio, 30 pacientes (50%) eran de sexo femenino, y el resto de pacientes (50%) eran de sexo masculino. El promedio de edad en las mujeres fue de 63.2 años y en los hombres de 58.7 años.

De los factores de riesgo cardiovascular estudiados (Tabla 3), se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de: tabaquismo con 41,3% mujeres y 61,8% hombres, consumo excesivo de alcohol con 5,5% mujeres y 37,4% hombres, HDL colesterol disminuido con 78,3% mujeres y 27,4% para hombres.

En cuanto al sedentarismo el 90,7% de las mujeres reconocen llevar una vida sedentaria, frente al 89,4% de los hombres.

En cuanto a los antecedentes familiares, las mujeres presentaban un 71%, y los hombres un 53,1%.

En el sexo femenino 66,6% tenían Diabetes Mellitus tipo 2. En el sexo masculino, 56,3% tenían Diabetes Mellitus tipo 2.

En el sexo femenino 81,5% y en el sexo masculino 75,6% sufrían de hipertensión arterial.

En el retraso pre-hospitalario entre ambos sexos, los del sexo masculino llegaron más tempranamente, menos o igual a 6 horas y las mujeres acudieron al hospital tardíamente, más de 72 horas de iniciado los síntomas.

El 38,7% de las mujeres presentaron dolor precordial atípico y el 22,6% de las mujeres no tuvieron dolor precordial, a diferencia de los hombres, en los cuales el dolor precordial típico se presentó en el 68,8% de los pacientes.

En relación a los factores psicosociales el 68,3% de las mujeres presentaron un alto nivel de ansiedad frente a un 35,8% de los hombres. El 47,7% del sexo femenino manifestó depresión frente a un 13% del sexo masculino.

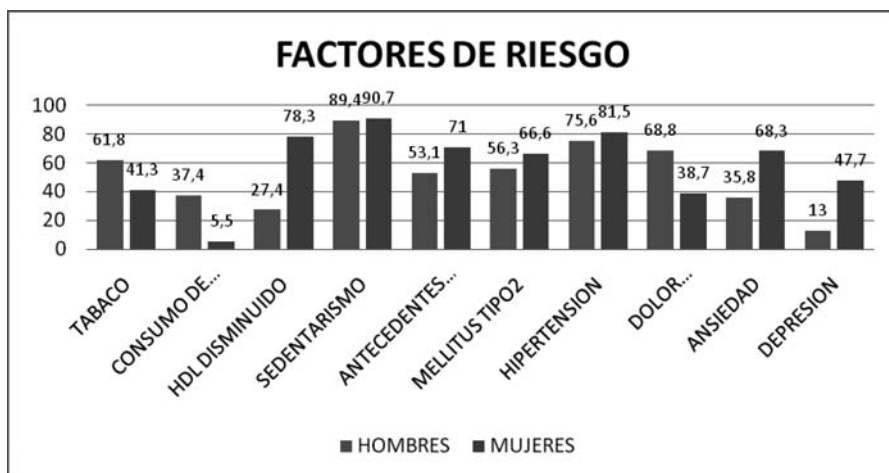


TABLA 3

CONCLUSIONES

Por tanto y según los resultados obtenidos si existen diferencias y desigualdades de género en pacientes que han sufrido una cardiopatía isquémica en relación con la incidencia, la presentación, el diagnóstico y los factores de riesgo.

La presentación de la cardiopatía isquémica evoluciona de forma más tardía en las mujeres, y las características y manifestaciones clínicas de esta patología son diferentes entre hombres y mujeres. La curva de incidencia de la CI en los hombres aumenta gradualmente con la edad, por el contrario que en las mujeres, en cuya curva se nota un aumento brusco a partir de los 65 años.

En cuanto a los factores de riesgo isquémico, se observó diferencias significativas entre ambos sexos en relación al consumo excesivo de alcohol y tabaquismo, siendo más frecuente en los hombres.

El tiempo de retraso pre-hospitalario desde que se iniciaron los síntomas son significativamente superiores en el grupo de mujeres.

En el dolor precordial el sexo femenino cursa con más síntomas atípicos u otros síntomas por lo contrario el sexo masculino que presenta un dolor precordial típico de IAM.

Al tener en cuenta las variables psicosociales, la aparición de una cardiopatía isquémica en las mujeres no coincide con la expectativa de vida. Esto conlleva un grado significativo de estrés y de ansiedad y aumenta el riesgo de depresión. Asimismo estos factores psicosociales como los síntomas depresivos y el aislamiento social, obstaculizan la participación de las mujeres en los programas de rehabilitación.

La Cardiopatía Isquémica es una enfermedad crónica que cursa con un proceso multifactorial y hay signos evidentes de que está relacionada con determinados factores de riesgo, como la hipertensión, las dislipemias, la diabetes mellitus, el consumo de tabaco, alcohol o el sedentarismo. Estos factores de riesgo pueden actuar de

manera diferente entre ambos sexos, de ahí la importancia de establecer pautas de actuación preventiva y terapéutica diferentes según el sexo y con perspectiva de género.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro especial agradecimiento a la Dra. Alicia Ibáñez Criado, especialista en Cardiología del Hospital General de Alicante cuya colaboración e interés ha sido esencial en el desarrollo de este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asín Cardiel E. Actualización en Cardiopatía Isquémica. Editores Asín Cardiel E., Fuertes García A., Jiménez Mena M., Catalán M^a P. Basado en el Simposio Internacional de Actualización en Cardiopatía Isquémica. Fundación Ramón Areces. Madrid; Enero 1999.
2. Izabella Rohlf, María del Mar García, Laura Gavaldà, María José Medrano, Alicia Baltasar, Carme Saurina, María Teresa Faixedas, Dolora Juvinyà, Dolors Muñoz. Género y cardiopatía isquémica. Rev. Gaceta Sanitaria Barcelona 2004; 18: 55-64.
3. Aldasoro E, Calvo M, Esnaola S, Hurtado DSI, Alonso E, Audicana C, et al. Diferencias de género en el tratamiento o revascularización precoz del Infarto Agudo de Miocardio. Rev. Medicina Clínica Barcelona 2007; 128:81-5.
4. Bueno H. Predicción Clínica del pronóstico precoz en el Infarto Agudo de Miocardio. Rev. Española Cardiología 1997; 50:612-2.
5. Pallarés Carratalá V.J., Diago Torrent J.L., Andrés Lalaguna L., Cosín Aguilar J., Hernández Martínez A., Capdevila Carbonell C. Factores Genéticos. Cardiopatía Isquémica: Una enfermedad multifactorial. Madrid: IDEPSA; 2000. P. 13-34.
6. Cuartas Murillo V, Escobar Zuluaga V, Lotero García E, Lemos Hoyos M^a, Arango Lasprilla JC, Rogers H. Los Factores Psicosociales implicados en la Cardiopatía Isquémica. Rev. CES Psicología, 2008; 1-2.
7. Influencias Hormonales, Metabólicas y Celulares en las Enfermedades Cardiovasculares en las Mujeres. Serie Monográfica de la American Heart Association. Edit. Trudy M. Forte, PhD. Barcelona:
8. Juan Salvador Espinosa Caliani, Jose Carlos Bravo Navas. Rehabilitación cardíaca y Atención Primaria. Madrid: Médica Panamericana, S.A.; 2000: 9-11.
9. Boix Martínez Raquel, Aragonés Sanz Nuria, Medrano Albero M José. Tendencias en la mortalidad por cardiopatía isquémica en 50 provincias españolas. Rev. Española Cardiología 2003; 56:850-6.

GUIA DE TRABAJO PARA AUXILIARES VOLANTES DE NOCHES DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. (HGUA)

Cánovas Velarde, María del Carmen*; Cartagena Llorca, Carmen*; Climent Amat, Cristina*; De Francisco Moya, Esperanza*; González Sánchez, Inés**; Leal López, María del Carmen*; López Agulló, María Dolores*; Noales Oliver, María Teresa*

**Auxiliares de enfermería del HGUA, volantes de noches*

***Enfermera Máster, Supervisora general del HGUA*

INTRODUCCIÓN

La lectura del manual de acogida(1) elaborado por nuestros compañeros, enfermer@s volantes, nos ha motivado a la realización de este trabajo que os presentamos como guía de trabajo y consulta para l@s compañer@s Auxiliares que se incorporen al equipo volante de noches del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Como comienzo nos planteamos realizar una búsqueda bibliográfica sobre nuestro puesto de trabajo como correturnos-volantes de noches y el tipo de cuidados de enfermería a ofrecer, utilizando bases de datos electrónicas como MEDLINE, CINHALL, EXCELENCIACLÍNICA,(2) etc. Sin alcanzar hallazgo alguno sobre nuestro tema de interés, por ello nos pusimos en contacto con las Direcciones de Enfermería de diferentes hospitales del territorio español, (Hospital Nuestra Sra La candelaria de Santa Cruz de Tenerife, Hospital Carlos III de Madrid...) para ver si encontrábamos definición, historia u origen de este puesto de trabajo, la realidad es que lo encontrado está referido a manuales dirigidos a enfermeras o protocolos orientados a todo el personal sanitario de una planta determinada pero no hemos encontrado ningún documento que se refiera única y exclusivamente a las actividades que realiza el personal Auxiliar de Enfermería en el turno de noche en las diferentes unidades del hospital, ya que también en muchos hospitales ha desaparecido la figura del correturnos-volante de noches.

A los auxiliares de Enfermería que rotan por diversas plantas durante su turno de noche, en el HGUA, se les conoce familiarmente como “volante de noches” y aún cuando las definiciones encontradas en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española están referidas a “ volante de un coche, de un vestido o incluso como platillo volante no identificado” encontramos una definición que contempla realmente nuestro trabajo diario en el hospital y es la de correturnos: “obrero suplente del fijo cuando este libra” por ello nuestra unidad de enfermería a la que estamos adscritos es la de correturnos- volantes de noches.(3)

En nuestros inicios profesionales como correturnos- volantes de noches del HGUA, acudíamos al servicio asignado llenos de dudas, incertidumbre e incluso en

ocasiones hasta ansiedad, pues una vez recibido el relevo te quedabas sola, desorientada, un poco gris, echando de menos que hubiese una pequeña directriz o protocolo a seguir, ya que llegabas a un sitio nuevo, desconociendo sus rutinas de trabajo, incluso la distribución de la planta, pues aun siendo parecidas siempre difieren algo unas de otras, por ejemplo la ubicación de los almacenes, lencería o el sucio, entre otros y siempre te quedaba la duda de si realizarías tu trabajo correctamente o no.

Los correturnos-volantes de noches fundamentalmente cubrimos los festivos del personal de noches fijas de nuestro Hospital, aunque también cubrimos algunas plantas de refuerzo, bien porque lo soliciten las compañeras de la unidad o porque así lo considere nuestra Supervisora, así como la ausencia de la compañera de la unidad por motivo de asunto personal(AP) o Incapacidad Laboral Transitoria (IT). Dada la versatilidad de nuestra actuación es por lo que surge nuestra preocupación en estar formadas e informadas en todos los ámbitos, y así poder ofrecer un servicio más eficiente y eficaz.

El objetivo general de este trabajo es elaborar una guía de trabajo del auxiliar de enfermería que muestre las peculiaridades de las diferentes unidades en el turno de noche, aumentando así la calidad de nuestro trabajo diario.

Nuestros objetivos específicos son:

- Facilitar la integración del personal de nueva incorporación a la unidad de correturnos-volantes de noches.
- Disminuir la incertidumbre y ansiedad que provoca el trabajar en un contexto desconocido al que se le suma la nocturnidad.
- Establecer pautas concretas a seguir por el personal de nueva incorporación en las diferentes unidades del HGUA.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un trabajo de investigación acción participante, donde el colectivo analizado participa en todo el proceso del estudio desde la selección del problema hasta la ejecución de actividades, contando con todos los elementos que el sociólogo Tomás Rodríguez Villasante propone como definitorios de un proceso participativo pues todos parten de un profundo conocimiento del contexto y de la situación determinada por la nocturnidad, lo que nos hace tomar conciencia y nos sensibiliza en la consecución de nuestro objetivo de informar a los profesionales de nueva incorporación a nuestra unidad, todo ello bajo un clima de proximidad y dialogo.(4,5)

El presente estudio es realizado en el HGUA durante el periodo comprendido entre los meses de Mayo a Agosto del 2010, utilizando como muestra las unidades más visitadas por los correturnos- volantes de noches, como son: Módulo de Seguridad, 9°C; Nefrología, 7ª A (Planta, Agudos, Transplantes); Cirugía Pediátrica/ Oncología, 5ª D; Lactantes, 4ª DL; Neonatos, 4ª DN; Obstetricia, 3ª D; 2ª A; (Quirófano de Urgencias, Quirófano Infantil, Quirófano de Partos); Urgencias De Pediatría (UPD); Plantas de refuerzo: Cirugía vascular, 4ªA; Neurocirugía, 6ªA; Medicina Interna, 8ªA; Neurología, 8ªC; Unidad de Preingresos (UPI); Hemodinámica; Unidad de sangrantes, Endoscopias. (USD).

Como material hemos utilizado las bases de datos electrónicas de MEDLINE, CINHAI y EXCELENCIACLÍNICA, en un intento de búsqueda sobre definición, historia y origen de nuestro puesto de trabajo como volantes de noches, ante la ausencia de hallazgos de nuestro tema de interés, decidimos contactar con diferentes hospitales del territorio español, por ver primeramente si tenían auxiliares de enfermería que cubrieran la unidad de correturnos-volantes de noches y si era así ver si poseían trabajos realizados sobre las prácticas comunes de estos profesionales en las diferentes unidades hospitalarias, los hospitales contactados fueron: Hospital Nuestra Sra de la Candelaria en Santa Cruz de Tenerife y Hospital San Carlos de Madrid, encontrando que dicho personal es conocido como personal de retén o flotante, aunque están más en turnos diurnos habiendo desaparecido los de turno de noches, respecto a los manuales encontrados están dirigidos a enfermeras o protocolos orientados a todo el personal sanitario de una planta determinada pero no hemos encontrado ningún documento que se refiera única y exclusivamente a las actividades que realiza el personal Auxiliar de Enfermería en el turno de noche en las diferentes unidades del hospital.

Como forma principal para la obtención de los datos acordamos utilizar la observación participante de las actividades que se realizaban en cada unidad, para posteriormente realizar reuniones semanales en las que cada participante aportaba el documento de registro donde se recogía todas las observaciones realizadas durante la jornada de trabajo en cada unidad de enfermería donde había trabajado en esos días, cada participante realizaba su propia observación y se ponían en común durante dichas reuniones para unificar todo aquello que era común entre los participantes y aquello que aparecía recogido solo por un participante se debatía por ver la importancia o no de dejarlo reflejado en la guía de trabajo, para en definitiva ofrecer una descripción etnográfica de las actividades realizadas por las Auxiliares volantes de noches a fin de alcanzar una mayor comprensión de las diferentes formas de actuar de las personas que trabajan en dichas unidades de enfermería ante el cuidado y atención de nuestros pacientes.

Se han realizado un total de ocho reuniones para la puesta en común de los datos intentando describir lo más detalladamente posible lo observado, posteriormente se elabora de forma grupal la guía de trabajo estructurada de forma que facilite su lectura y comprensión, así presentamos en primer lugar las actividades comunes a todas las unidades identificándolo como nuestra rutina, seguido de las actividades más específicas de las diferentes unidades que aparecen identificadas como de planta en planta.

RESULTADOS

Como resultados os presentamos la guía obtenida estructurada en 2 partes, una primera parte, Nuestra Rutina, donde aparecen todas actividades comunes a todas las unidades y una segunda parte, De planta en planta, donde aparecen las actividades específicas de cada unidad visitada por el personal volante de noches del HGUA.

1.- NUESTRA RUTINA

El Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) cuenta con un gran número de unidades de enfermería, si bien en cualquier momento todas son susceptibles de ser visitadas por nosotr@s, la finalidad de nuestra existencia, cubrir las libranzas del personal de noches fijas, reduce el número de unidades visitadas por ello vamos a centrarnos en estas para detallar nuestra tarea.

Para informarnos del servicio asignado para ese día, debemos acudir al mostrador de información donde nos facilitan un teléfono para contactar con los Supervisores Generales, mediante llamada al 445055. El personal corretornos-volantes estamos adscritos a la unidad de los Supervisores generales dependiendo directamente de ellos, son 10 Supervisores aunque el turno de noches lo gestionan directamente Inés Y Paco, ellos son los que asignan los servicios a cubrir durante el mes y a los que nos hemos de dirigir cuando queramos algún día festivo o cambiar un festivo.

Una vez informados de nuestro destino, para ese turno, nos cambiaremos en el vestuario o en el servicio al que nos dirigimos. Allí recogemos el relevo oral e iniciamos nuestro trabajo.

Las plantas que normalmente son cubiertas por nosotros son:

- Módulo de Seguridad, 9º C
- Nefrología, 7ª A :
 - Planta
 - Agudos
 - Transplantes
- Cirugía Pediátrica/ Oncología, 5ª D
- Lactantes, 4ª D
- Neonatos, 4ª D
- Obstetricia, 3ª D
- Quirófano, 2ª A :
 - Quirófano de Urgencias
 - Quirófano de Urgencias Infantil
 - Quirófano de Partos
- Urgencias De Pediatría (UPD)
- Plantas de refuerzo: Cirugía vascular, 4ªA; neurocirugía, 6ªA; Medicina Interna, 8ªA; neurología, 8ªC.
- Unidad de Pre-ingresos (UPI)
- Hemodinámica.
- Unidad de sangrantes, Endoscopias. (USD)

1.1. EL RELEVO

El relevo del Auxiliar de Enfermería se realiza de forma oral tanto a la llegada de la unidad como a la finalización del turno. Realizándose, además, de forma escrita durante el turno en las hojas de registro de Auxiliares. La información a reseñar, en ambos casos es:

- Movimiento de pacientes: ingresos, altas, éxitos, cambios de cama.
- Cambios importantes en el estado de algún paciente.
- Pacientes:
 - Con fiebre
 - Incontinentes o con pañales
 - Encamados o con movilidad reducida
 - Agitados, inmovilizados o demenciados
 - Drenajes
 - Sonda vesical
 - Sin acompañante
 - Etc.

1.2. TAREAS COMUNES:

Independientemente de la planta a cubrir hay una serie de actividades comunes a todas que debe realizar el/la auxiliar de enfermería en determinados horarios, así de 22h. a 24 horas nuestras actividades son:

- Preparar el carro con el resopón compuesto por líquidos (café, infusiones, leche o zumos), yogurt y galletas. (ver más detallado en el punto 3.2.2)
- Iniciar su reparto se comprobará en todo momento el tipo de dieta que tiene el paciente, para así verificar que corresponde lo que el paciente solicita o desea con lo que tiene prescrito por orden facultativa.
- Una vez finalizado el reparto, se comenzará con el cambio de pañales de los pacientes encamados, acomodándolos para que pasen bien la noche. (ver más detallado en el punto 3.2.1)
- Colaborar con la enfermera en la atención a los timbres generados en especial por el reparto de la medicación.
- Se preguntará a la enfermera de la unidad si la medicación oral la reparte ella o nosotras, si fuéramos nosotras se comprobará que la medicación corresponde al paciente identificado en la medicación.
- Medir la temperatura de aquellos pacientes que nos indiquen durante el relevo.
- En la bandeja habilitada para la toma de muestras, se comprobará las peticiones que haya, para realizar la toma de las mismas a 1ª hora de la mañana.

Finalizadas estas tareas quedaremos a la espera de cualquier demanda de los pacientes y de nuestro/a compañer/a de turno.

A las 07:00 horas las actividades a realizar son:

- Recoger las muestras que cada paciente tuviera solicitadas (orina, esputo o heces). (ver más detallado en el punto 3.2.3)
- Medir diuresis
- Se realizará el cambio de pañales.
- Se recogerán los sacos de ropa sucia depositándolos en la zona destinada a este fin.

- Preparar a los pacientes para quirófano.
- Reponer de todo el material sanitario necesario.

A continuación vamos a detallar alguna de ellas, para así ampliar información importante a tener en cuenta:

1.2.1. PAÑALES

Para el cambio de pañales se solicitará la presencia del celador quien nos ayudará en todo momento en esta actividad, los pañales se cambiarán, durante nuestro turno, tantas veces como precise el paciente.

En el control de Enfermería de la unidad se encuentra en un folio todos los teléfonos de interés. (Celador, limpieza, cocina, etc.)

En el turno de noche y para seguir un mismo criterio establecido se revisará y se cambiará aquél que esté sucio, a las 00:00 horas y a las 7:00 horas, aun cuando en ocasiones se retrase un poco dependiendo de la hora en que acuda el Celador a nuestra llamada, también se cambiará las sábanas si se considera que es necesario. De esta manera el paciente quedará revisado y acomodado para pasar una noche del modo más adecuado y confortable posible.

Aquellos pacientes que además precisen cambios posturales, se aprovechará el cambio de pañal para seguidamente realizar éste, apuntando en la hoja de registro que suele estar pegada encima del cabezal de la cama, la posición última del paciente para que vaya rotando (decúbito lateral izquierdo o derecho y decúbito supino)

Los profesionales encargados del cambio de pañales somos las Auxiliares de Enfermería por ello si en algún momento detectamos alguna zona de la piel con aspecto enrojecido y que pueda ser indicio de úlcera por presión o cualquier otro aspecto que nos llame la atención debemos de avisar a nuestr@compañer@enfermer@ para que lo valore, y dejarlo escrito en nuestro relevo.

1.2.2. DIETAS Y RESOPON

Dependiendo del servicio las planillas de dietas varían, unas reflejan las dietas con números y otras con el nombre de la dieta.

Es muy importante que para evitar confusiones y errores se lleve la planilla siempre en el carro que estará preparado con zumos, yogures, sacarina, vasos, etc.

Cuando se habla del resopón, se refiere a los líquidos que se ofrece al paciente antes de dormir, puede ser infusiones, leche, café, o zumos y se reparten entre las 23:00 y las 00:00 horas. Y siempre se preguntará: ¿Qué desea tomar? comprobando la dieta que tiene antes de servir nada.

No daremos nada si no lo hemos consultado antes en la planilla.

1.2.3. RECOGIDA DE MUESTRAS

En el HGUA tenemos a nuestra disposición en la intranet el manual de procedimientos de enfermería de la Generalitat valenciana, donde podemos aclarar cualquier duda que nos pueda surgir sobre alguna actividad a realizar en los cuidados a nues-

tros pacientes, a continuación indicamos qué hay que tener en cuenta en la recogida de muestras.(6)

Cualquier recipiente de recogida de muestras tiene que estar siempre etiquetado e identificado correctamente, se certificará cotejando volante y recipiente.

Las muestras más habituales en nuestro turno de trabajo son:

a) Diuresis de 24 horas

En este tipo de prueba puede ser que el paciente vaya a comenzar a recoger orina o que ya haya recogido, por tanto se actuará de la siguiente manera:

Si el paciente va a comenzar a recoger se debe proporcionar al paciente el recipiente, se trata de un tarro de 2litros de capacidad, para guardar la orina durante 24 horas, informándole de la prueba que se la va a realizar y de la importancia de que toda la orina que realice desde la primera de la mañana hasta las 07:00 del día siguiente la recoja en ese recipiente.

Si el paciente ya la ha recogido se debe medir y apuntar la cantidad total de orina en el volante y recoger una muestra de la misma en un bote de diuresis de tapa roja dejándolo junto al volante en el cuarto de lo sucio.

Recuerda que todos los botes tienen que estar correctamente etiquetados.

b) Sedimento

Se trata de recoger orina fresca por tanto nuestra compañera de tarde le habrá dado un bote con tapa roja para que por la mañana orine en él y se le recogerá a las 7:00 horas.

c) Urocultivo

Para este tipo de prueba la muestra tiene que ser siempre estéril por lo que el recipiente será con tapadera de color verde. Si el paciente es portador de cateterización vesical la recogida será realizado por la enfermera, siempre ayudada por nosotras, y si el paciente no es portador de cateterización vesical se le realizará un lavado de la zona genital posteriormente se le solicitará que orine directamente en el bote, desechando la orina inicial y la final.

Si es la primera vez que trabajas y no tienes experiencia en preparar campos de cateterización vesical en la intranet del Hospital tienes a tu disposición el manual de procedimientos elaborado por nuestro Hospital que puedes consultar en cualquier momento, también puedes preguntar a la compañera enfermera que sin duda te ayudará en todo momento.

d) Recogida de orina para Citología

Para este tipo de prueba se debe recoger muestras de orina durante tres días seguidos, durante el turno de noche se proporcionará al paciente tres frascos, de orina, de tapa verde. Uno para cada día.

Antes de realizar la toma de muestras, el paciente debe realizarse una limpieza previa de los genitales con agua y jabón; se les debe recordar que los hombres deben

retraer el prepucio y las mujeres separar los labios para así evitar la contaminación de la orina.

Se debe informar al paciente en como debe recoger esa muestra, especificando los siguientes detalles:

- La primera orina que realice al levantarse no debe recogerla.
- A continuación debe beber de dos a cuatro vasos de agua, y si esta encamado debe moverse en la cama y si puede caminar que esté un rato caminando por los pasillos de la unidad o de la habitación.
- Se le pedirá que orine nuevamente y se recogerán unos 50cc de orina mezclando con otros 50cc de alcohol de 50° en cada tarro.

Para mayor facilidad, se pueden guardar en la nevera y enviar todos juntos con el volante.

e) Espustos BAAR

En el turno de noche le daremos al paciente los botes para la recogida que preferiblemente será por la mañana, el nº de muestras es de tres en días sucesivos.

Cuando le demos el envase estéril (tapa verde), informaremos al paciente del procedimiento a seguir para la recogida de espustos especificando que debe guardar las secreciones bronquiales que espontáneamente arranque por “golpe de tos” procurando recoger la menor cantidad de saliva.

La muestra debe enviarse a laboratorio o en su defecto guardar en el frigorífico, en este caso se identificará en la petición dónde se encuentra la muestra.

f) Heces

Las heces, se han de recoger en un recipiente limpio y seco (cuña, orinal o similar). No usar heces contaminadas con agua, orina o papel higiénico.

Para coger una muestra, se ha de desenroscar el tapón y utilizar la pala que va unida, la muestra no ha de ser mayor que el tamaño de un guisante, preferentemente de las zonas que se vean con restos sanguinolentos o de mucosidad.

Una vez recogida la muestra, introducir la pala en el envase, cerrar y agitar el envase sin invertir. El envase se ha de guardar a temperatura ambiente en el lugar habilitado a tal fin, con la punta cónica hacia arriba, hasta su entrega en laboratorio o centro de salud.

g) Parásitos (Test de Graham- del cello)

Para este tipo de prueba se debe asegurar de que el paciente no ha tomado previamente medicamentos antidiarreicos o laxantes.

Se recogerá en los mismos días que la recogida de heces, salvo indicación diferente.

El paciente se ha de asear por la noche y no tocar ni limpiarse hasta la mañana siguiente cuando se haga la recogida.

Para la recogida, se ha de despegar la cinta adhesiva del porta (cristal) dejando un dedo aproximadamente sin despegar, la parte adhesiva se aplica sobre los bordes

perianales ejerciendo una ligera presión, se retira y se introduce dentro del recipiente estéril cerrando éste, acompañando al volante de petición.

1.2.4 PREPARACIÓN DE PACIENTES A QUIRÓFANO

Los pacientes pueden ser autónomos o encamados:

Autónomos:

Se le entregan dos toallas (una grande y una pequeña), esponjas jabonosas, una bata, unas calzas y un gorro verde.

El/la Auxiliar de Enfermería, mientras el paciente se ducha y se viste con la ropa que se le ha entregado, cambia la ropa de la cama por ropa limpia.

Encamados

El/la Auxiliar de Enfermería, realiza la higiene del paciente en la cama y se cambia la ropa de la cama por limpia.

IMPORTANTE:

- Se le informará que no debe dejar ningún objeto de valor en la habitación.
- Al quirófano debe ir sin joyas (relojes, anillos, piercings, etc.), no debe llevar las uñas pintadas y no debe llevar prótesis dentarias.
- Si lleva prótesis dental se le facilitará una caja para que la deposite (se encuentran en la zona de sucio).

1.2.5 INDICADORES DE RIESGO

En el HGUA se trabaja con planes de cuidados y además se trata de interiorizar, como trabajador, la cultura de la seguridad del paciente para así aumentar nuestra calidad en el trabajo diario, por ello disponemos de unos dispositivos de alertas que ayudan a la monitorización de los Cuidados de Enfermería, dichos dispositivos son:

• **Pulseras**

El objetivo de la pulsera es conocer en todo momento la identidad del paciente así como los posibles riesgos que pueda presentar. Así la pulsera irá cerrada con cierre blanco si el paciente no declara alergia alguna y con cierre amarillo si identifica alguna alergia (RAM) además debemos reflejar en el relevo la colocación de la misma.

• **Pegatinas**

Paralelamente a las pulseras, existen también unas pegatinas (Gomets) que en caso de ser necesarias, se deben de pegar en la historia, con los siguientes significados:

Azul.- Riesgo de caídas

Amarillo.- Alergias

Verde.- Riesgo por úlceras por presión (UPP)

2.- DE PLANTA EN PLANTA:

2.1. MÓDULO DE SEGURIDAD, 9ª C

Esta planta se presenta dividida en dos zonas de atención a enfermos:

1. La 1ª consta de 6 habitaciones individuales, ocupadas por pacientes de diversas patologías.
2. La 2ª, el módulo de seguridad propiamente dicho, es ocupada por pacientes que se encuentran reclusas en los Centros Penitenciarios de Villena o de Fontcalent (Alicante), con cualquier tipo de patología. Esta zona se halla custodiada por funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía y a la cual tiene acceso solamente personal autorizado.

El personal de servicio en esta planta son una enfermera y una auxiliar de enfermería por turno.

Esta unidad no presenta particularidades a destacar con respecto a nuestras actividades a realizar durante la noche, por lo que se actuará según lo establecido anteriormente como rutina. Se debe tener en cuenta que cada vez que se acceda al módulo de seguridad, se tendrá que ir acompañado por uno de los funcionarios de policía que se halle de servicio.

2.2. NEFROLOGÍA, 7ª A

Esta unidad se encuentra dividida en 3 zonas, denominadas Planta, Agudos y Trasplantes. Cuando se llega a esta unidad se debe preguntar a cuál de las 3 zonas te has de incorporar.

1º) Planta

El personal asignado a esta zona está formado por una enfermera y una auxiliar de enfermería en el turno de noche.

Tras la toma del relevo se comienza a tomar temperaturas a todos los pacientes anotándolo en nuestra planilla. Posteriormente se repartirá el resopón.

Por la mañana (07:00 horas), se medirán las diuresis a todos los pacientes, se debe recordar que muchos de ellos debido a su insuficiencia renal crónica terminal ya no orinan.

Si algún paciente va a ser intervenido quirúrgicamente en la mañana se debe dejarlo preparado en el turno de noche:

- Al paciente autónomo, se le dará una bata, unas calzas y un gorro verde además de unas esponjas jabonosas y un par de toallas para su aseo personal, y mientras tanto se cambiará la ropa de su cama por ropa limpia.
- Si está encamado tanto el aseo como el cambio de ropa limpia será realizado por el auxiliar de enfermería.

En ocasiones durante el turno de noche ingresan pacientes como posibles receptores de un trasplante renal, en estos casos se seguirá el protocolo específico existente en la unidad que se encuentra en el tablón de la sala de estar de enfermería.

Identificado como: PROTOCOLO PRE-TX. PASOS A SEGUIR. Recuerda que siempre se le puede preguntar al compañer@ enfermer@.

2º) Agudos

El personal asignado a esta zona es de 2 enfermer@s y un/@ auxiliar de enfermería en el turno de noche.

En esta zona se encuentra la sala de diálisis, mas 3 habitaciones individuales, aunque normalmente el número de pacientes es de dos. Estas habitaciones están equipadas para la monitorización hemodinámica y la realización de hemodiálisis. Los cuidados de enfermería aplicados son del tipo intermedio no habiendo acompañantes en la habitación acudiendo tan solo a las horas de visitas indicadas. Por ello se prestará especial atención a estos pacientes durante la noche. Se funciona como en UCI o REA.

Como rutina a estos pacientes a las 00:00 horas se toman las temperaturas se ofrece el resopón y se cambiará el pañal si fuese necesario, por la mañana (07:00) además de temperaturas y pañales se recogerán las muestras que se llevarán al sucio de la planta.

En la sala de hemodiálisis, l@s enfermer@s dializan tanto a los pacientes hospitalizados en agudos como a pacientes ingresados en otras plantas, así como cualquier paciente procedente de urgencia que lo pudiese necesitar.

Tras la finalización de la diálisis, el/la auxiliar de enfermería llamará al celador para que dirija al paciente a su habitación. A continuación, se procederá a desmontar el circuito del monitor de diálisis y se tirará a un contenedor de residuos. Si no sabes hacerlo solicita ayuda a los enfermer@s de la unidad.

La máquina habrá que ponerla en desinfección automática y se limpiará por fuera con clorhexidina al 0,5% y se llamará al servicio de limpieza, para que todo quede limpio ante cualquier incidencia que pudiese ocurrir.

Cuando los enfermeros bajan a dializar tanto al servicio de REA como a UCI, a su vuelta a la planta, habrá que limpiar la máquina, siguiendo los pasos explicados anteriormente.

3º) Trasplantes

El servicio en esta zona lo cubre un enfermer@ y un/@ auxiliar de enfermería en el turno de noche.

Consta de 3 habitaciones individuales y una doble. Pueden ocupar estas habitaciones dos tipos de pacientes, los reingresados de trasplantes por alguna patología nefro-urológica y los recién trasplantados.

Existe un protocolo específico de acogida de los pacientes recién trasplantados, identificado como: NORMAS DE LA UNIDAD DE TRASPLANTE PARA LOS/AS ENFEROMEROS/AS tras la llegada del recién trasplantado, se puede encontrar en la carpeta "Protocolos Enfermería" guardada en los cajones de la izquierda del control de enfermería.

En la unidad toda la ropa de cama es verde, cuando va a llegar un paciente recién trasplantado procedente de quirófano, vendrá el celador a buscar la cama así se evitará realizar cambios de cama, desagradables al paciente.

DEBES RECORDAR que los pacientes recién trasplantados están siendo tratados con inmunosupresores por lo que siempre se tendrán que utilizar guantes y mascarillas ya que TODOS están sometidos a aislamiento inverso.

Durante las primeras 48 h la diuresis se mide de forma horaria, comunicándole al enfermer@ la cantidad recogida en cada momento para que realice las reposiciones de volumen pautadas. Además a las 7 de la mañana se medirá el drenaje redón y ayudará al enfermer@ en lo que necesite.

Como rutina a los pacientes reingresados a las 00:00 horas se toman las temperaturas y se ofrece el resopón, por la mañana (07:00) además de temperaturas, se medirá la diuresis y se recogerán las muestras que se llevarán al sucio de la planta. Le daremos al paciente botes nuevos de recogida, pues aunque la orina se mide por turno se guarda durante las 24 horas por si fuese necesaria para cualquier prueba o analítica. Además, se ha de recoger la hoja del control de ingesta, que el paciente habrá anotado durante el día anterior, dándole la nueva del día, que previamente habremos rellenado.

Todo esto: Diuresis, temperatura y ficha, se le dará al enfermero para que haga el balance del paciente.

2.3. LACTANTES, 4ª DL

El personal adscrito a esta planta es de 2 enfermer@s y de 3 auxiliares de enfermería en el turno de noche.

Al personarnos por la noche, l@s compañer@s del turno de tarde, nos darán el relevo de forma verbal. A continuación, se asignarán los niños que le corresponden a cada una de las auxiliares para una mejor calidad en el trabajo, aunque en caso de sonar cualquier timbre, éste se atenderá por cualquiera de l@s auxiliares.

Existe en la unidad un libro de relevos de auxiliares donde están anotadas todas las incidencias, ocurridas durante el día, de cada uno de los niños; Tras la lectura, se conformará una planilla para cada niño que tengamos asignado, con espacios para anotar si el niño tiene control de temperatura, sonda o drenaje y si toma leche materna o biberón, así como aquello que se considere oportuno. Posteriormente en la sala de dietética se prepararán los biberones, y 10 minutos antes de las 12 de la noche, se calientan para repartirlos.

Durante la noche se estará pendiente de repartir los biberones en cada toma, anotar todas las anomalías o si las madres necesitan cualquier cosa, se debe recordar que a las madres que dan pecho, se les ofrecerá resopón.

Por la mañana, se vaciarán las sondas, se medirán los drenajes y todo ello, se le comunicará al enfermer@. En la historia del niño se anotará la parte correspondiente al auxiliar, como vómitos, conducta, deposiciones etc.

Si el niño tiene control de temperatura, se anotará en la parte posterior de la historia, se pondrá el turno, la fecha, las horas del control y la temperatura que tenía.

Una vez finalizada esta parte, se volverá a escribir en el libro de auxiliares (relevo), también niño por niño, para que las compañeras del siguiente turno accedan a la información referida al niño

2.4. QUIRÓFANO DE URGENCIAS

El personal adscrito a quirófano son: 6 enfermer@s y 3 auxiliares de enfermería en el turno de noche.

Este personal se encuentra localizado en la 2ª planta y se mueve o distribuye, según vayan surgiendo las urgencias.

Los quirófanos que intervienen de urgencias son:

- Quirófano 10 (cirugía), ubicado en la 2ª planta.
- Quirófano 11 (trauma), ubicado igualmente en la 2ª planta
- Quirófano 20 y 21 (infantil), estos se encuentran ubicados en la 1ª planta, junto a urgencias generales.
- Quirófano 22 (partos) en la 3ª planta.

En relación con el trabajo del auxiliar, cuando un paciente llega a quirófano, se ha de comprobar que: no lleva prótesis dentales u otras, las uñas pintadas, así como ningún tipo de joya u objetos en su cuerpo (sortijas, pendientes, cadenas, piercing etc.) y debe de estar vestido de verde (bata, calzas y gorro).

Debemos preguntar al enfermer@ en qué planta va a ingresar el paciente, una vez terminada la intervención. El motivo de ello es saber si se va a ir en la misma cama que ha venido ya que, de ser así se debe de vestir de limpio. Si por el contrario, la cama es bajada de planta por el celador, a ésta se le pone una sábana limpia.

Se ayudará a colocar al paciente en la mesa de quirófano. Durante la intervención, se deberá estar a disposición de atender todo aquello que se nos solicite.

Una vez finalizada la intervención, somos l@s encargad@s de que el quirófano quede limpio, de lavar y secar el instrumental, recoger la ropa de quirófano, limpiar cables y aspiradores, de llamar a limpieza, vestir la mesa de operaciones y reponer el material que se haya utilizado (batas, compresas gasas etc.) para que quede listo para una próxima intervención.

Cuando el enfermer@ haga la caja del instrumental, una vez limpio y seco éste, se ha de rellenar la hoja para mandar éste a esterilización junto con el instrumental suelto para embolsar. La hoja rellena consta de original y copia, el original queda archivado en una carpeta habilitada a este menester en quirófano y la copia, va junto con todo el instrumental. Este instrumental, al ser de noche, queda en un carro para que el personal de mañana, lo mande a 1ª hora a esterilización.

a. Quirófano Infantil 1ª Planta

Se encuentra ubicado en la 1ª planta. Normalmente, ante una intervención en este quirófano debe de haber 2 enfermer@s y un@ auxiliar.

El trabajo a realizar ante una intervención con un-a niñ@, es el mismo que el descrito anteriormente en el quirófano de adultos. El material quirúrgico se ha de subir

a la 2ª planta, quedando centralizado en ésta, para ser mandado por la mañana a esterilización.

b. Quirófano de Partos 3ª Planta

En este quirófano, se realizan:

- Cesáreas.
- Legrados.
- Revisiones Quirúrgicas.
- Histerectomías.
- Pruebas de parto etc.

Cuando se ha de realizar una intervención por este motivo, el ginecólogo de guardia, llama a un equipo de quirófano (2 enfermer@s y un@ auxiliar), el cual se desplazará hasta este quirófano para realizar dicha intervención.

En esta planta (3ª partos) existe un timbre, que se acciona y suena en la 2ª planta (quirófanos), cuando existe riesgo vital para la madre o el niño, en este caso el personal debe acudir.

Ante una intervención, en resumen, los pasos más importantes a seguir son:

- Ayudar a la madre a pasar a la mesa de quirófano.
- Ayudar al enfermer@ en lo que necesite.
- Al hacer la cama limpia, se pondrá un empapador con compresas, para ponerlo a la madre como en forma de pañal.
- Una vez terminada la intervención, limpiar quirófano, cables, aspirador, sacar la ropa sucia y llamar a limpieza.
- Limpiar el instrumental y cuando el enfermer@ haga la caja, nosotros rellenaremos la hoja de esterilización, poniendo la copia junto con la caja en el carro habilitado para este menester.
- Reponer el material y hacer la cama de nuevo.

En los quirófanos de urgencias, es importante que la mesa de quirófano esté siempre hecha y todo el material repuesto.

Ante una urgencia de gravedad extrema todo el personal acudirá al quirófano donde esté la urgencia vital ya sea quirófano infantil, adultos o partos.

2.5. URGENCIAS DE PEDIATRÍA (UPD)

El personal adscrito a este servicio es de 2 enferme@s y 2 auxiliares de enfermería en el turno de noche. La unidad se divide en 3 zonas de atención:

• Observación

- Box - 1.- Observación
- Box - 2.- Observación
- Box - 3.- Aislamiento

• **Consultas.- 5 salas de consulta.**

- Sala de Trauma. Se acompaña a nuestro@ enfermer@ para ayudar, en caso de vendaje, enyesar o dar puntos.
- Consulta 2 y 3. El médico pasa consulta.
- Consulta 4.- Esta sala es igualmente de consulta y a la vez está compartida con otorrino.
- Consulta 5.- Dedicada a coger vías y extracciones de sangre, por l@s enfermer@s a los que se ha de acompañar para ayudar en lo que necesiten.
- Consulta - 6.- Es la más grande de todas y en ella, además de pasar consulta, hay una vitrina preparada para oxigenoterapia, aerosoles, sondas etc. Cuando un-a niñ@ llega con convulsiones, pasa a esta sala inmediatamente y acudirá todo el personal sanitario.

• **Box de Reanimación Cardio Pulmonar**

En caso de llegar una urgencia de un/a niñ@ en condiciones de gravedad, pasa directamente a esta sala y debe acudir a la misma todo el personal sanitario.

Nuestro trabajo en UPD dependerá de la zona en la que estemos actuando así tenemos que cuando atendemos las consultas, se debe acompañar al niño junto con el familiar a la sala donde se encuentra el médico, se tomará la temperatura, se le pesará y se anotará en la hoja de urgencias. Si el médico solicita una muestra de orina, en caso de no poder hacerlo por sí mismo, se le colocará un colector. Una vez atendido el/la niñ@, la consulta debe de quedar limpia, repuesto el material y cambiada la sábana de la camilla.

En caso de tener que pasar a observación, se le acompañará al hueco que se le asigne. Una vez aquí, al familiar se le explica el funcionamiento de la domótica (luces, timbres etc.) A los niños que se encuentran en observación, se le debe de tomar la temperatura cada hora, comprobar el tipo de dieta para ver la pauta de alimento que podemos darle u ofrecerle (yogurt, biberones, zumos etc.), o nada en caso de estar a dieta absoluta.

Si el paciente ingresara en planta, se le pedirá la cama (enfermer@), con la hoja de ingreso junto con la historia, será acompañado a ésta por el celador.

En cuanto a los relevos, estos son orales. Cuando lo tomas, la compañera te dice en qué situación se encuentra observación, la sala de espera o alguna incidencia que debas saber, lo mismo que tú transmites a quién te releve.

2.6. CIRUGÍA Y ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA, 5ª D.

El personal adscrito a este servicio es de 2 enferme@s y 2 auxiliares de enfermería en el turno de noche. La planta está dividida en 2 partes: Cirugía y Oncología, de forma que cada una de las zonas está atendida por una Enfermera y una Auxiliar de enfermería.

L@s pacientes ingresad@s en esta planta pueden ser procedentes de Urgencias, de Quirófano y directamente en la planta los de Permiso de Fin de Semana. Se debe seguir Protocolo de Ingreso según la planta.

A primera hora se dan los líquidos y se toman las Temperaturas de todos los niños ingresados.

En la zona de Oncología, la mayoría de las ocasiones a estos pacientes se les hace un Labstix por turno, además de controlar la entrada y salida de ingestas (apuntar lo que toman y pesar pañales a primera hora de la mañana). Esto lo sabremos según relevo. Como también Sonda Vesical, preparación de quirófano, etc.

Por último haremos nuestro relevo y apuntaremos en la gráfica lo que le ha sucedido a cada niño@ en nuestro turno, ya que cada niño@ tiene su carpeta. Y también apuntaremos las incidencias de nuestro turno en la Carpeta de las Auxiliares de Enfermería.

2.7. NEONATOS, 4ª DN

En este servicio trabajamos 6 ó 7 Enfermer@s y 4 Auxiliares en el turno de noche. La unidad está dividida en:

- UCI
- Box 2
- Box 3 o de engorde
- Box 4

Muy importante desprenderse de relojes, anillos, pulseras, etc.

La unidad de neonatos presenta mucha especificidad y especialidad en los cuidados de enfermería que se ofrecen a los niños, por ello cuando llega un Volante nuev@ a la unidad se le asigna el Box 3 ya que aquí están los niños de Fototerapia y a los que les faltan pocos días para irse a casa, por lo que los cuidados que se les dan son más sencillos. Se les cambiará los pañales, se les dará el biberón que se habrán puesto a calentar 10 minutos antes de la toma, con la cantidad que tengan pautada y en los siguientes horarios, a las 00 h./ 03 h./ 06h. se esperará a que hagan la evacuación de gases (eructo) y se les acuesta hasta la siguiente toma, cuando has terminado se lavan los biberones, se les quita la identificación y se ponen en una palangana.

Puede ser que alguna mamá venga a dar la toma de las 00 h. a su hijo@. Se deben poner la bata verde que tendrán colgada en la percha a la entrada de los boxes, y después se lavarán las manos minuciosamente pasarán al box 3. Nosotr@s se le entregará al bebé ya cambiad@ y enrollad@ en su muletón para que le dé la lactancia materna.

Los niños@s que están en la Fototerapia tienen los ojos protegidos (es importante que siempre lleven las gafas puestas, hay que vigilar que si se les cae se les colocará), para darle el biberón se apaga la luz, primero se viste (porque sólo lleva el pañal) y a continuación se le dará el biberón. Una vez finalizado y hecho el eructo se desviste, se acuesta y se le enciende la luz.

Los biberones de los que disponemos en la unidad de Neonatos vienen con una cantidad estándar determinada de 90ml; En caso de que la cantidad a administrar, por orden médica, sea menor, se desecha la cantidad sobrante y a partir de ahí será la enfermera la encargada de comunicarnos qué cantidad es por boca y qué cantidad es

por bomba, administrando primeramente la cantidad especificada por boca para posteriormente proceder a administrar el resto por bomba (hemos de saber que los sistemas de la bomba de alimentación y la misma bomba son de color lila).

Si el niño toma leche materna, que habrá sido previamente recogida por la madre y depositada en los botes verdes, en la zona de dietética estará preparado el biberón con la cantidad exacta que debe tomar el bebé y en caso de que también tenga parte por boca y parte por bomba se procederá igual que lo especificado anteriormente.

Cuando terminan las 3 tomas, se recogerán todas las palanganas de los Boxes y se han de poner en remojo, para ser lavados en el lavavajillas por l@s compañer@s de la mañana.

Se repone el Box: algodón, sábanitas, pañales, jeringas, sistemas, etc. y se recogen las sacas de la ropa.

2.8. OBSTETRICIA, 3ª D

En Obstetricia, el personal que trabaja en esta planta está formado por 2 Auxiliares y 1 Enfermer@ en el turno de noche.

En esta unidad los ingresos proceden de partos o de la puerta de urgencias tocoginecológicas, pudiendo ser la paciente púrpura, gestante con o sin pródromos o cesáreas o inducciones programadas.

Lo más peculiar de esta planta es que el ingreso de la madre con el niño en la unidad va unido a una comitiva (padre, madre, ti@s...) y según que hora sea de la noche, puede molestar a las mamás y bebés que están durmiendo, lo cual produce una situación delicada el cómo decirles que moderen el volumen de la voz para no molestar al resto de la planta cuando ell@s están viviendo una situación de alegría y excitación que les es difícil controlar.

Cuando una púrpura llega a la planta, procedente de partos, se les da unas cajas de obsequio que están en la planta y que les hace mucha ilusión. Se les enseña como tienen que cambiar al bebé en la bancada de al lado de la bañera, cómo se limpia el cordón umbilical, dónde están colocados los pañales, entremetidas, algodón, etc. Todo esto se encuentra en los armarios que hay debajo de la bañera o bancada. Se debe informar a la madre que en las primeras horas no puede ir sola a ningún sitio, siempre debe de ir acompañada. Los líquidos se darán antes de las 00 h.

A veces las mamás se ponen nerviosas porque el niñ@ demanda comer entre lloros, y ellas además de cansadas, no saben si come o no come, si el bebé tendrá bastante con el calostro o no, por ello se les proporcionan jeringas de leche de 5 cc, para que se las den cuando el niñ@ esté mamando para estimular la succión. Las pacientes, sobre todo las primerizas, además de encontrarse mal, tienen muchas dudas en su nueva situación por lo que lo preguntan todo y al mismo tiempo todo les da miedo, por todo ello debemos como profesionales que somos tener mucha paciencia con ellas y sus acompañantes, intentando calmar esa ansiedad y disipar todo tipo de dudas: la subida de la leche, el calostro, el meconio, etc.

A aquellas madres que soliciten biberón para el bebé se les dará cada 3 ó 4 horas, siempre y cuando esté pautado por el pediatra.

El relevo nos informará de cuántos quirófanos hay para el día siguiente y prepararemos los 2 primeros.

2.9. NEUROLOGÍA, 8ª C

Esta planta tiene ubicada la unidad de ICTUS, que en este momento consta de dos camas (hab. 849), pero que se prevé ampliar. Son enfermos que deben estar monitorizados.

Las funciones de la auxiliar de noche son:

- Tomar el relevo del turno anterior.
- Preparar ayunas e informar a los pacientes de las pruebas que se les va a realizar.
- Repartir los frascos de recogida de muestras, (orina, bacteriología, etc.).
- Preguntar por las deposiciones
- Repartir los líquidos.
- Realizar los cambios de pañales y posturales a las 24h y a las 06h por norma y durante el turno a demanda.
- A las 06h cuando se ha terminado, recoger los frascos de muestras dados por la noche y dejarlos en la zona de sucio junto con su correspondiente petición, para su posterior recogida por la auxiliar de centro.
- Recoger diuresis y vaciar bolsas de orina y registrarlo en la grafica.
- Limpiar todo lo utilizado y reponer el material.
- Sacar los sacos de ropa sucia.
- Y dar el relevo.

2.10. MEDICINA INTERNA, 8ª A

Lo más habitual es que a esta unidad vayamos de refuerzo, por criterio de la Supervisora General tras valorar la cantidad y la calidad de los pacientes (la mayoría encamados) con lo que las cargas de trabajo son muchas. Las Enfermeras suelen tener refuerzo hasta las 24h, con lo cual a partir de esa hora debería haber una enfermera y dos auxiliares.

En alguna ocasión ante falta imprevista del titular de la unidad también se cubrirá la unidad pero esta vez estaremos solas.

El protocolo a seguir es el siguiente:

- Dar el relevo del turno anterior.
- Preparar ayunas e informar a los pacientes de ello.
- Repartir los frascos de recogida de muestras: orina, bacteria, etc.
- Preguntar por las deposiciones.
- Repartir los líquidos.
- Preparar el carro de la ropa bien surtido de pañales, empapadores, toallitas jabonosas, etc. y el carro de la ropa sucia al cual le quitaremos un saco y lo sustituiremos por una bolsa de basura grande, pues nos disponemos a cambiar entre 18 y 20 pañales. Hacer cambios posturales.

- A las 06:00 h, repetir la misma operación, carro ropa, carro de ropa sucia, etc. y volver a realizar los cambios posturales.
- Recoger los frascos de las pruebas y las dejaremos en la zona de sucio junto con sus respectivas peticiones, para su recogida por la auxiliar de centro.
- Recoger diuresis y vaciar bolsas de orina y registrarlos en la gráfica.
- Limpiar todo lo utilizado.
- Sacar los sacos de ropa sucia.
- Dar el relevo.

Si se tuviera algún paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente se debe preparar al 1º paciente del parte, para ello se actuará de la siguiente forma:

- Si el paciente es autónomo, se preparará la cama limpia mientras se ducha, y si esta encamado, se le realizará la higiene en la cama.
- Se le informa que no debe de dejar ningún objeto de valor en la habitación.
- Al quirófano debe de bajar sin joyas, relojes o prótesis, ni uñas pintadas.
- Si lleva prótesis dental se le facilitará una caja para que las deposite (las encontraremos en la zona de sucio).

2.11. NEUROCIRUGÍA 6ª A, CIRUGÍA VASCULAR 4ª A

Al igual que en la 8ª A, lo habitual es que a estas unidades se vaya de refuerzo, por criterio de la Supervisora General, tras valorar la cantidad y la calidad de los pacientes (la mayoría encamados) con lo que las cargas de trabajo son muchas.. En alguna ocasión ante la falta imprevista del titular de la unidad también se cubrirá la unidad pero esta vez estaremos solas.

El protocolo a seguir es el siguiente:

- Coger el relevo del turno anterior.
- Preparar las ayunas e informar a los enfermos que las tienen.
- Repartir los frascos de recogida de muestras: orina, bacteria, etc.
- Repartir los líquidos.
- Realizar los cambios de pañales y posturales a las 24h y a las 06:00 h. por norma y durante el turno a demanda.
- A las 06h recoger los frascos de muestras dados por la noche y colocarlos en la zona de sucio junto con sus respectivas peticiones para su posterior recogida por la auxiliar de centro.
- Recoger diuresis y vaciar bolsas de orina y registrarlos en la grafica.
- Limpiar todo lo utilizado y reponer material.
- Sacar los sacos de la ropa sucia.
- Y dar el relevo.

Si tenemos parte de quirófano, debemos preparar al 1º paciente del parte para ello:

- El paciente se duchara a última hora de la tarde-noche o a primera hora de la mañana.

- Por la mañana se le hará la cama de limpio, si esta encamado se le hará la higiene en la cama.
- Se le informara de que no debe dejar ningún objeto de valor en la habitación.
- Al quirófano debe bajar sin joyas, relojes, prótesis, ni uñas pintadas.
- Si lleva prótesis dentales, le facilitaremos una caja para que las deposite (las encontraremos en la zona de sucio).

2.12. HEMODINÁMICA, cateterización cardiaca.

Este servicio se encuentra en la 2ª planta del H.G.U.A., en el pasillo de personal frente a ECOs. Está identificada como Cateterismos cardiacos. El servicio no funciona por las noches excepto cuando hay una urgencia. Consta de 1 medico y de 2 enfermeros de guardia y una auxiliar volante de noches.

Ante la urgencia de hemodinámica la Supervisora General solicitará que se acuda a este servicio por lo que te ausentarás de la unidad donde estés asignada todo el tiempo que dure la prueba. Al no ser personal de la unidad se debe preguntar al personal de enfermería quienes nos irán indicando paso a paso lo que tenemos que hacer, se está para ayudar y ellos lo saben.

Un enfermero se vestirá estéril al igual que el médico y no se moverá de su lado, la otra enfermera al tiempo que maneja las bombas que lleve el paciente, nos va indicando que hacer en todo momento.

Dependiendo de estar antes, durante y después de la Hemodinámica se tiene diferentes actividades a realizar, así:

Antes de empezar la prueba debemos:

- Ayudar a preparar los materiales necesarios para realizar la prueba.
- Pasar al paciente a la mesa.
- Rasurar la zona que nos indiquen.
- Preparar el campo estéril.
- Ayudar al médico y a la enfermera a vestirse con la ropa estéril.
- Abrir y dejar caer en el campo estéril, con mucho cuidado de no contaminar, el siguiente material:
 - Un bisturí
 - 1 aguja Naranja y otra Amarilla .
 - 1 jeringa de 20cc y 3 jeringas de 10 : Femoral
 - 2 jeringas de 20 , 1 de 10 y una de 2 : Radial .
 - Gasas.
 - Capsulas , una grande y otra
 - Vertemos suero estéril en las capsulas.
 - Catéteres, los enfermeros nos indicaran donde están, cuales son y cuantos.
 - Les facilitaremos los frascos de heparina, etc. para que carguen las jeringas.

Durante la prueba y si no nos piden que nos pongamos la ropa de plomo, abandonamos la sala, por riesgo de irradiación, nos quedaremos en habitación contigua a la espera de alguna orden, (es conveniente tener los números de telf. cerca UCI por ej.). Si no se nos pide nada, se estará hasta finalizar la prueba.

Después de la intervención:

- Revisar que no quede material punzante en el campo.
- Retirar el campo depositándolo en su totalidad en la basura.
- Las capsulas se lavaran en el sucio y se dejaran escurrir.
- Llamar al celador para que pase la cama del paciente y se le ayudará en el cambio.
- La ropa sucia de los sacos se sacará a la tolva que está en el pasillo.
- Llamar a limpieza, cuando limpien la camilla se vestirá con una sábana blanca.
- Reponer el material utilizado.
- Cuando el personal del servicio nos autorice se regresará a nuestro servicio.
- Se comunicará a los supervisores generales.

2.13. UNIDAD DE PREINGRESOS (UPI)

Como la propia palabra indica, la unidad de pre-ingresos es un zona de paso o de espera para la ubicación del paciente en el caso de no haber habitaciones libres en las plantas de destino, tiene capacidad para trece pacientes y están identificados del 1 al 13

Esta unidad está situada en la primera planta de la torre B al lado de laboratorio de urgencias y el personal asignado a la misma depende también de la Supervisión General, se les identifica como volantes de UPI, en el turno de noche hay una Enfermera y una Auxiliar de enfermería.

El trabajo de la Auxiliar de enfermería durante el turno de noche consiste en:

- 1- Recibir al paciente y ubicar en el hueco según van llegando.
- 2- Identificar según la patología que presenten.
- 3- Poner pulsera de identificación.
- 4- Ayunas si las tuviese.
- 5- Mirar dieta y si no está contraindicado se ofrecerá resopón.
- 6- Indicar donde está el WC en el caso de que se pueda levantar, o si no dar botella de orina y contenedor de orina si tuviera que guardarla.
- 7- Poner biombo de aislamiento y acomodar lo mejor posible.
- 8- Ir a URG para mandar la hoja de medicación a unidosis, e ir a recoger la medicación.
- 9- Mandar las analíticas si las tuviese de urgencias o si son analíticas ordinarias se llevarán al buzón de banco.

Por la mañana, a las 6:30 cambiar pañales a los pacientes que los lleven, recoger diuresis, muestras, poner temperaturas y anotar en las gráficas.

Las muestras se depositarán en la bandeja de la Auxiliar centro.

A las 7 horas se llamará a cocina para dar parte de los enfermos ingresados en esta unidad para que se suba desayunos, comidas y cenas a dichos pacientes.

Reponer lo utilizado durante la noche, sacar la ropa sucia, y por último dar relevo de forma verbal se dejará también por escrito.

2.14. PARITORIO

El personal adscrito en el turno de noches es de cinco matronas, tres auxiliares de enfermería y un celador.

Esta unidad presenta diferentes zonas de actuación, como son:

- a) Consulta de urgencias (URG) ginecológicas y obstétricas.
- b) Unidad de dilatación.
- c) Paritorios dos.
- d) QX de URG partos.
- e) Puerperio.

a) Consulta de Urgencias ginecológicas y obstétricas

- 1- Recibir las hojas de urgencias.
- 2- Anotarlas en el libro de entrada.
- 3- Avisar al médico.
- 4- Ayudar al médico en las revisiones:
 - Poner a la mujer en posición ginecológica, dar espéculo y material necesario para la revisión:
 - Amnios-copio: para ver el líquido amniótico.
 - Pinzas con torundas para secado vaginal.
 - Escobilla de bacteriología para recoger muestras o bien espátula, escobilla y cristal para recoger citología, etc. (Esto es un ejemplo).
- 5- Preparar para ECO GINE o ECO OBST.
- 6- Recoger orina para GALLI o sedimento si el médico lo solicita.
- 7- La paciente una vez valorada, se nos informará por el médico de si es alta con lo que se va a su domicilio o de si es ingreso bien para monitor o para parto.
- 8- En el caso de monitor se acompañará a la sala de dilatación, se acostará y se avisará a la matrona.
- 9- De ser parto se preparará se rasurará y se enema aunque estos procedimientos son ahora opcionales.

b) Unidad de dilatación.

Hay cinco habitaciones individuales, en cada una de las habitaciones hay un monitor.

A esta sala se llega a través de dos vías, por Urgencias o desde Planta

1- Por urgencias; Una vez que la paciente es reconocida por el Ginecólogo de turno, éste solicita un monitor, desde ahí es acompañada por un@ Auxiliar de Enfermería a una de estas salas.

Una vez allí, pasa a ser atendida por la Matrona.

2- Desde Planta; Cuando la paciente se encuentra ingresada en planta de Obstetricia o Ginecología.

- La Enfermera solicita la presencia de la Matrona.
- La Matrona reconoce a la paciente.
- Si aprecia próximo el parto, solicita su traslado por medio del celador de partos a una de estas salas para realizar un monitor y tener bajo control al bebé así como las contracciones de la madre.

Cuando la paciente se encuentra en sala de dilatación, se pueden dar las siguientes situaciones:

- 1ª) Que el monitor esté bien, se dará el alta.
- 2ª) Que sea ingresada en planta.
- 3ª) Que se ponga de parto
- 4ª) Que se le tenga que practicar una cesárea.

Alta; Los datos que muestra el registro del monitor no presentan alteración, la paciente es dada de alta. Por lo tanto, el/la Auxiliar de Enfermería debe cambiar las sábanas sucias de la cama por limpias, recoger la habitación y que las cuñas queden limpias. Una vez hecho esto se llamará a limpieza.

Ingreso; El/la Auxiliar de Enfermería llama a la supervisora y solicita una cama. A continuación, se llama a admisión de urgencias y se pide que cumplimenten la carpeta de ingreso. El celador de partos bajará a buscarla.

Parto natural; Cuando la matrona da la orden de que comienzan las dilataciones, el/la Auxiliar de Enfermería debe poner un enema y rasurarla.

En parto natural se rasurará la zona de la vagina. La paciente queda dispuesta para el traslado a paritorio por el celador.

Cesárea; Cuando la matrona da la orden de que se realizará la intervención, el/la Auxiliar de Enfermería le retira el camión y le cubre con una entremetida rasurando la zona del bajo vientre y el pubis.

La paciente queda a disposición de los Ginecólogos de turno y pasa a Quirófano de Urgencias, trasladada por el celador.

c) Sala de partos

Cuando llega el momento del alumbramiento hay que tenerlo todo listo:

- 1- Mesa de parto con equipo (gasas, guantes, pinzas de cordón, escandicaín, tubo para la sangre, jeringa de 10, jeringa de 5, una aguja intramuscular, Tubo lila de sangre de cordón para banco etc.).

- 2- Luz de lámpara quirúrgica encendida.
- 3- Preparar mesa de calor para el bebé para realizar la somatometría: peso, una camiseta, un pañal, un gorro, unas gasas, pintura de violeta de genciana para el ombligo y metro para la medición: PC, PT y L, Pomada antibiótica (tobramicina) para los ojos.
- 4- La cama del paritorio debe de estar a la altura de la cama para pasar a la mujer de la forma más cómoda posible.
- 5- Pulseras identificativas para la madre y el bebé.
- 6- Avisar al pediatra si se solicita.
- 7- Hacer la cama.
 - Sábana bajera, sábana encimera, suapel entremetida, otro suapel con otro suapel alargado y cuatro compresas a modo de pañal.
- 8- Vestir al bebé.
- 9- Recoger el paritorio y llamar a la limpieza.
- 10- Por último fregar el instrumental minuciosamente y se empaquetará.

d) Quirófano de urgencias obstétricas y ginecológicas

El papel que desempeña la auxiliar de enfermería en el caso de cesárea o URG, es el de atender a la matrona en la intermedia del QX para la realización de la somatometría del bebé, es decir:

- Tener la mesa de calor a punto para el recibimiento del neonato, proceder a la atención meticulosa en el caso de revisión pediátrica para la RCP y posible traslado a neonatos con incubadora mecanizada, o por el contrario, si todo va bien realizar las mediciones PC, PT y L más peso, profilaxis ocular y umbilical y posterior traslado a la sala de puerperio para reencontrarse más tarde con su madre.
- Recoger limpiar, reponer todo lo utilizado y sacar la ropa sucia.

e) Sala de puerperio

- 1- Revisar incubadoras de calor.
- 2- Revisar material así como controlar que la mujer esté seca y cómoda durante las dos horas que dura el puerperio, tras las cuales comprobaremos que la mujer tiene cama asignada en la unidad de Obstetricia y se acompañará hasta dicha unidad, dejándola acomodada en la habitación con su bebé.

2.15 UNIDAD DE SANGRANTES, ENDOSCOPIAS 2

El servicio de sangrantes se halla ubicado dentro de la unidad de digestivo, 4ª C. Consta de 5 camas específicas para enfermos con patología digestiva sangrante, estando todos monitorizados. Funciona con personal específico, el cual por la noche consta de una enfermera y una auxiliar, el trabajo de la auxiliar por la noche consiste en:

- Repartir los líquidos a los enfermos que toleren
- Cambiar pañales y hacer cambios posturales

- Atender sus necesidades
- Recoger las muestras que se solicitan
- Medir las diuresis

Al estar dentro de la unidad de Digestivo, 4ª C que también tiene personal propio compartimos la planta y todas las actividades a realizar, ayudándonos de forma mutua. Si durante la noche se presenta una urgencia que requiera realizar una Endoscopia o Colonoscopia, nos trasladaremos junto con la enfermera a la 4º planta de Consultas Externas sala Nº 3, las llaves están colgadas en el estar de digestivo y existe un código que abre la puerta.

La preparación de la sala de Endoscopias consiste en:

- Encender los tres interruptores de la sala: General, Tubo de Endoscopia y Aspiradores.
- Conectar a la torre el tubo de endoscopia o colonoscopia según proceda.
- Llenar con agua del grifo:
 - La Base del aspirador.
 - El Recipiente situado a la izq. del tubo de endoscopia.
 - Y el Recipiente de plástico que esta suelto en la bandeja de la torre
- La auxiliar coloca en la mesa la capsula de hierro llena de agua con dos vasitos de desinfectante (ésta nos servirá para dejar en remojo el tubo de la endoscopia una vez finalizada la misma) hasta que lo podamos meter en la lavadora.
- Para el proceso del lavado del tubo, existen lavadoras cuyo protocolo ésta en la sala donde estás.

En caso de que la urgencia se trate de un niño se realizara en el quirófano infantil (en la 1º planta junto a urgencias generales) la preparación es la misma. Al finalizar subiremos el tubo a la lavadora, cuando el programa de lavado termine lo devolveremos al quirófano.

CONCLUSIONES

- El personal Auxiliar participa en gran medida en los cuidados aportados al enfermo para su confort y bienestar.
- Debemos comenzar a investigar en nuestras actividades diarias en aras de una mejora en nuestro trabajo y así poder ofrecer un servicio más eficiente y eficaz.
- Tras la obtención de este trabajo nos planteamos, como proyecto, realizar un estudio de investigación mediante encuestas que muestre si la utilización de esta guía por el personal de nueva incorporación a nuestra unidad contribuye en la disminución de la incertidumbre y ansiedad provocada por la nocturnidad y por la actuación en contextos desconocidos.

REFERENCIAS

- 1.- Manual de acogida de enfermeros volantes del HGUA. 2010; Documento interno.
- 2.- Búsqueda en bases de datos electrónicos:
PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>
MEDLINE: <http://ovidsp.tx.ovid.com>
Excelencia Clínica: <http://www.excelenciaclinica.net/>
CINHAL: <http://www.ebscohost.com/cinahl/>
- 3.- Diccionario de la Real Lengua Española. disponible en: <http://www.deperu.com/diccionario/?pal=corretornos> (consultado el 20 de septiembre 2010)
- 4.- 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
- 5.- Rodríguez-Villasante, T. Del Desarrollo Local a las Redes para Mejor Vivir Ed. Lumen. Buenos Aires, 1998.
- 6.- Guía de actuación de Enfermería: Manual de procedimientos.- Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2ª ed. 2007. ISBN 978-84-482-4833-8.

EVOLUCIÓN DE HERIDAS DE DESARROLLO TÓRPIDO CON APOSITOS HIDROPOLIMÉRICOS EN COMBINACIÓN CON APOSITOS DE CARBON ACTIVADO, PLATA, HIDROGEL Y ÁCIDO HIALURONICO/APÓSITOS BIOACTIVOS

Almarcha Úbeda, Inmaculada; Losa Morales, Miguel Ángel;
Tomás Tortosa, Jorge Javier; Robles Pérez, Noemí
Unidad de Larga Estancia (ULE 1). Hospital San Vicente.

RESUMEN:

El objetivo del presente trabajo consistió en la evaluación de dos casos en pacientes que presentaban; herida quirúrgica/oncológica y UPP talón, mediante estudio observacional realizado a través de control fotográfico en pacientes diabéticos.

Se realizaron las curas según el protocolo del hospital de San Vicente y se seriaron fotográficamente durante el periodo de hospitalización en un caso y hasta la fecha en el otro.

PALABRAS CLAVE: Gestión de exudado, evolución tórpida, apósitos oclusivos, combinación apósitos, diabetes, SARM.

INTRODUCCIÓN

La elección en el tratamiento de las heridas crónicas, constituye en la práctica habitual uno de los retos más importantes de los cuidados enfermeros y en el desempeño de nuestras funciones como profesionales de enfermería.

La prevalencia de los afectados por úlceras por presión, en nuestro país, es superior a las 50.000 personas, pese a ser aceptado que en el 95% de los casos son evitables, y que suponen un coste para el Sistema Nacional de Salud superior a los 500 millones de euros. Teniendo en cuenta estos datos y los enormes gastos que genera al sistema sanitario, el mejor tratamiento sería la prevención, para realizar una buena prevención debemos valorar al paciente holísticamente, teniendo en cuenta las dimensiones que pueden afectarle en la aparición de dichas lesiones, en este caso hablaríamos del estado del paciente y de su entorno de cuidados. Cada paciente debe ser tratado de forma individual, aunque los procedimientos a seguir deben estar estandarizados, todos los miembros del equipo deben utilizar un protocolo validado

y actualizado. En el peor de los casos es cuando hablaríamos del tratamiento, cuando la herida ya está presente, donde los profesionales que se dediquen a su cuidado deben utilizar unos criterios unificados en la pauta de curas a seguir sobre la lesión. La población en la que más incide el problema del que hablamos, que en un alto porcentaje que se convierten en crónicas por su tórpida evolución, la constituyen los pacientes ancianos, encamados o inmovilizados, estos presentan un mayor grado de dependencia para las ABVD¹, otros factores que influyen son; la alteración de factores nutricionales, una mayor incidencia de patologías altamente relacionadas con el proceso de formación y la posterior interacción en el proceso de tratamiento, entre otras la diabetes o las patologías vasculares, los tratamientos farmacológicos, el estado anímico del paciente, el umbral del dolor, hábitos tóxicos, y un largo etcétera. Con todo esto y teniendo en cuenta la población asistida en un hospital HACLE², como es el caso del Hospital San Vicente y en concreto en nuestra unidad ULE-1 (incluye 15 pacientes colonizados por diversos microorganismos principalmente SARM), donde prestamos nuestros servicios decidimos exponer la evolución de dos casos clínicos.

JUSTIFICACIÓN

Si a primera vista los casos analizados no guardan relación entre sí, veremos a través del desarrollo de los mismos que existen factores comunes en ambos, tanto en su historial médico, antecedentes, etc. como en la evolución, seguimiento y tratamiento de sus heridas.

OBJETIVO

Evaluación de la evolución mediante estudio observacional realizado a través de control fotográfico de dos casos (herida quirúrgica/oncológica y UPP talón), en pacientes diabéticos, HTA y colonización por SARM.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio observacional de la evolución de dos casos.

Valoramos de forma integral al paciente siguiendo los protocolos del Hospital de San Vicente (anexo 1) que incluyen, escala validada de valoración Emina®, directrices de la GNEAUPP y guía práctica de enfermería de la Conselleria de Sanitat Valenciana. Así como diagnósticos NANDA 44 (deterioro de la integridad tisular), intervenciones NIC 3520 (cuidados de las úlceras por presión) y criterios de resultados NOC 1103 (curación de la herida por segunda intención) todos ellos incluidos en los cuidados enfermeros prestados en nuestro hospital. Con las mismas bases, se procedió al tratamiento, con curas que abarcaron desde diarias a cada 4 días. En ambos casos se siguió el protocolo de descolonización del SARM³ que llevamos a cabo en nuestra unidad (aplicación de mupirocina nasal cada 8 horas durante 5 días y lavados con clorhexidina, incluido cuero cabelludo, durante dos días y limpieza de las lesiones con clorhexidina acuosa 0.2 %)y aclarado con suero fisiológico.

¹ ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

² HACLE: Hospital Asistencia a Crónicos y Larga Estancia.

³ De acuerdo al protocolo de actuación de Medicina Preventiva para estos casos, que se aplica en el centro.

1^{er} CASO CLÍNICO

La paciente fue trasladada a nuestra Unidad por presentar una colonización por SARM, presentaba inmovilidad, desde Octubre del 2009 a causa de ictus isquémico en dicha fecha, dependiente para ABVD, hemiplejía izquierda y afasia mixta con mutismo total. Portadora de sondaje vesical a causa de incontinencia urinaria. Paciente con pluripatología, de las cuales destacan la diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, HTA, colostomía de descarga por adenocarcinoma de ángulo esplénico intervenido, infecciones urinarias de repetición e infecciones respiratorias aspirativas. Neurológicamente depresiva. Otros factores a tener en cuenta; edad avanzada, tratamiento farmacológico múltiple. En cuanto a la valoración nutricional y teniendo en cuenta el registro analítico de albúmina, pre-albúmina y proteínas, hablaríamos de uno de los factores más importantes para la correcta evolución de la úlcera. La paciente en un primer periodo se negaba a la ingesta con el personal del servicio, solamente realizaba una ingesta oral positiva con sus hijos, en este periodo, presenta una disminución importante a nivel analítico coincidiendo en el tiempo con el empeoramiento de dicha úlcera. Como plan se instaura en la dieta un aporte extra proteico a la vez que se consigue aporte de nutrientes por parte del personal. En el entorno de cuidados existe una claudicación familiar así como por parte del cuidador principal, vivienda con barreras arquitectónicas y problemas económicos. La valoración de la úlcera al ingreso en nuestra unidad (28/11/2009), se correspondía con una UPP en estadio IV en talón izquierdo, con zona de necrosis subyacente, bordes rojos en la zona perilesional. El primer registro de la lesión es del 23/11/2009.

La cadencia de cura se fijó entre las 48-72 horas, dependiendo del exudado de la lesión y el estado de adhesión del apósito secundario utilizado. Podríamos hablar de tres periodos distintos en la resolución de esta úlcera.

Pasos seguidos en el proceso de cura tópica en el primer periodo comprendido entre 28/11/2009 hasta 14/01/2010:

1º La limpieza de la herida se realizó con solución salina y con solución acuosa de clorhexidina al 0,2%, tras realizar cortes en celdilla con bisturí.

2º Aplicación de hidrogel, para facilitar el desbridamiento autolítico y apósito de carbón activado + plata (para disminuir la carga bacteriana y la contaminación)

3º Aplicación de un apósito secundario hidropolimérico, con el que controlar la humedad y la gestión del exudado resultante de la herida.

Como podemos observar en las secuencias fotográficas desde el inicio y a pesar de todas las medidas empleadas la herida evoluciona de forma irregular, si bien en un principio se consigue obtener un lecho de la herida sin necrosis ni esfacelos y que además presenta buena vascularización (grado III).

En un segundo periodo que se inicia a finales de enero se produce la regresión, de una parte de la úlcera donde surge una nueva necrosis (grado IV).

A partir de este momento continuamos con el tratamiento inicial pero decidimos modificar el apósito secundario por mala gestión del exudado. Una vez conseguido que el lecho de la herida se encuentra totalmente con tejido de granulación pasamos al tercer periodo, este periodo comprende entre 25/03/2010 hasta 18/04/2010 en el que se decide cura conjunta con gel de ácido hialurónico y apósito bioactivo para ace-

lerar el proceso de cicatrización, fomentando la angiogénesis, la migración celular y el tejido de granulación para la posterior epitelización de la herida.

2º CASO CLÍNICO:

Ingresa en nuestra unidad en Octubre del 2009. Paciente con pluripatología, de las cuales destacan la diabetes mellitus tipo2, carcinoma epidermoide de lengua intervenido quirúrgicamente en 1996 lo que le impide la comunicación oral e ingesta. Depresión con alta labilidad emocional, parcialmente dependiente para las ABVD. Otros factores a tener en cuenta; edad avanzada, tratamiento farmacológico múltiple (ansiolíticos, antidepresivos...). Portadora de PEG. Traqueostomizada (decanulada). En cuanto a la valoración nutricional, la dieta de la paciente se realiza a través de nutrición enteral, la paciente rechaza múltiples veces la alimentación por su estado depresivo y vómitos de repetición. Se consigue que la paciente se administre la nutrición por PEG en múltiples ocasiones, lo que coincide con parámetros analíticos nutricionales normales. En cuanto a la valoración del entorno de cuidados existe una claudicación familiar con incapacidad del cuidador principal para atender las necesidades de la paciente. La valoración de la herida quirúrgica-oncológica, al ingreso en nuestra unidad (2 de noviembre del 2009), presenta estadiaje entre II y IV que abarca desde mandíbula inferior, a lo largo del hemicuello izquierdo, hasta zona infraclavicular izquierda. Con bordes rojos en la zona perilesional, dolor sobre todo en el cambio de apósito.

La cadencia de curas se fijó cada 24 hrs. Por lo que se inició tratamiento con sulfadiazina argéntica más apósito.

Podríamos hablar de tres periodos distintos en la resolución de esta lesión... Pasos seguidos en el proceso de cura tópica en el primer periodo comprendido entre el 2 de noviembre del 2009 y el 19 de noviembre del 2009.

1º La limpieza de la herida se realizó con solución salina y con solución acuosa de clorhexidina al 0,2%.

2º Aplicación de sulfadiazina argéntica, mepitel®.

3º Aplicación de un apósito de gasa secundario mas esparadrapo hipoalergénico.

En el segundo periodo comprendido entre el 19 de noviembre del 2009 y el 11 de enero del 2010, la lesión presenta un estadiaje II, decidimos modificar pauta de curas por mala gestión del exudado. Dado el estado de la ulcera se decide cambiar pauta de cura para poder espaciarlo en el tiempo (48-72 horas) donde combinamos el acido hialuronico mas aposito bioactivo, apositando con gasas.

El tercer periodo y definitivo hasta el alta de la paciente de nuestra unidad abarca desde el 11 de enero del 2010 hasta el 19 de enero del 2010, en este, la herida presenta un estadio I - II con disminución importante del tamaño de la lesión, por lo que se decide espaciar las curas a 72 - 96 hrs.

Al coincidir esta pauta con el alta hospitalaria de la paciente, se aconseja en el Informe de Enfermería al Alta continuar con dicho tratamiento por parte de A. P.


CONCLUSIÓN

Resultados óptimos tras el seguimiento del protocolo de curas del hospital de San Vicente, aplicación de los materiales descritos, así como de manera fundamental los cuidados enfermeros aplicados en dicho hospital por parte del equipo de enfermería.


ANEXOS:

ANEXO 1





ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	INMEDIADAD / INCONFIANZA	NERVIOSIDAD	ACTIVIDAD
0 Desorientado	Completamente limitado	Ultrarápido a total	Completamente incompleto	Desarrollado con el evento
1 Desorientado a la posición y tiempo	Generalmente limitado	Ultrarápido a total ocasional	Completamente incompleto	Desarrollado con el evento
2 Orientado a la posición y tiempo	Limitación importante	Ultrarápido a total habitual	Importante	Siempre desarrollado con el evento
3 Comodoro	Impedido	Ultrarápido a total	No reportado	No desarrollado



EL ESQUELETO HUMANO



PROTOKOLO DE CURAS
UNIDAD DE HERIDAS "SANET"
HOSPITAL SAN VICENTE

	DESBRIDAMIENTO LIMPIEZA	REDUCCIÓN DE CARGA BACTERIANA	CONTROL DE EXUDADO	GRANULACIÓN /EPITELIZACIÓN	PIEL PERIULCERAL	PROTECCIÓN
   	<p>CORTANTE:</p> <p>ENZIMÁTICO:</p> <p><small>CITRIBION 0.1%</small></p> <p>AUTOLÍTICO:</p> <p><small>NACREAS - HIDROCOLOIDES</small></p> <p><small>ESQUELOS - HIDROCOLOIDES</small></p> <p>LIMPIEZA</p> <p><small>SE 0.5% / HIDROALCOHOL</small></p>	<p>SIN SIGNOS DE INFECCIÓN:</p> <p>MALLA BACTERICIDA + HIDROPOLIMÉRICOS 2 SEMANAS C/48-72 HORAS</p> <p>CON SIGNOS DE INFECCIÓN:</p> <p>MALLA BACTERICIDA + HIDROPOLIMÉRICOS 4-6 SEMANAS C/24-48 HORAS</p>	<p>EXUDADO ESCASO:</p> <p>HIDROGELLES + HIDROPOLIMÉRICOS C/48-72 HORAS</p> <p>EXUDADO MEDIO:</p> <p>HIDROPOLIMÉRICOS C/48-72 HORAS</p> <p>EXUDADO ABUNDANTE:</p> <p>ALGINATOR HIDROTERIAS DE HIDROALCOHOL - HIDROPOLIMÉRICOS C/24-48 HORAS</p>	<p>GRANULACIÓN:</p> <p>APÓSITOS BIOLACTIVOS IÓNICOS + HIDROPOLIMÉRICOS C/48 HORAS</p> <p>HIDROPOLIMÉRICOS C/48-96 HORAS</p> <p>EPITELIZACIÓN:</p> <p>HIDROPOLIMÉRICOS HIDROCOLOIDES EXTRAPING C/3 DÍAS</p>	<p>ACTIVOS GRANULOPROLIFERANTES C/3 DÍAS</p> <p>TRIAS C/48-72 HORAS C/48-96 HORAS</p> <p>APÓSITOS NO ADHESIVOS DE SILICONA C/3-5 DÍAS</p> <p>MALLA / SEMANAS C/3-5 DÍAS</p>	<p>ACTIVOS GRANULOPROLIFERANTES ESWAR</p> <p>APÓSITOS ADHESIVOS C/ 3-5 DÍAS</p> <p>HIDROPOLIMÉRICOS C/ 3-5 DÍAS</p> <p>HIDROCOLOIDES C/ 3-5 DÍAS</p>

HEMOSTASIA → INFLAMACIÓN → PROLIFERACIÓN → GRANULACIÓN → MADURACIÓN → EPITELIZACIÓN

ANEXO 2

APOSITO HIDROPOLIMERIC (TIELLE PLUS HEEL-MEPILEX)	
Composición	Apositos derivados del poliuretano a los que se les ha asociado una estructura hidrofílica
Propiedades	Presentan una alta capacidad de absorción del exudado y no se descomponen en presencia de éste, manteniendo la piel perilesional intacta. Tienen capacidad autolítica para la eliminación de la capa necrótica; el ambiente húmedo favorece el proceso curativo de la herida, que a su vez promueve el proceso de granulación en condiciones óptimas. Pueden combinarse con otros productos. No dejan residuos y a que no forman gel.
Indicaciones	En todas aquellas lesiones de cualquier etiología, de moderada a altamente exudativas, en todas las fases del proceso.

APOSITO DE PLATA +CARBON ACTIVADO (ACTISORB)	
<i>Composición</i>	Son productos bioactivos compuestos de carbón activado puro impregnados en plata a diferentes porcentajes
<i>Propiedades</i>	La impregnación de la plata combate los microorganismos en el apósito, con lo que se reduce la colonización bacteriana de la úlcera e inhibe la infección. El carbón activado produce la eliminación de los olores desagradables del exudado de la lesión.
<i>Indicaciones</i>	Adecuado como primer paso terapéutico en el tratamiento de todas las úlceras: <ol style="list-style-type: none"> 1. heridas traumáticas 2. heridas quirúrgicas 3. úlceras por presión : en las que se produce contaminación bacteriana, infección y olor

HIDROGEL (PURILON)	
<i>Composición</i>	Son compuestos formados por sistemas cristalinos de polisacáridos y polímeros sintéticos, con un contenido de agua del 70 al 90 %.
<i>Propiedades</i>	Favorece la granulación y facilitan el desbridamiento autolítico natural del tejido necrótico por hidratación.
<i>Indicaciones</i>	Útil en el tratamiento inicial de las lesiones necróticas y profundas (úlceras por presión).

APÓSITOS DE CARGA IÓNICA (TRIONIC)	
<i>Composición</i>	Es un producto bioactivo que contiene iones de zinc, calcio y manganeso.
<i>Propiedades</i>	Los iones son liberados al lecho de la herida, favoreciendo la cicatrización en cada una de las fases.
<i>Indicaciones</i>	Todas las fases del proceso de cicatrización; para el tratamiento de heridas que cierran por segunda intención, con exudado de moderado a muy abundante, como: <ol style="list-style-type: none"> 1. pie diabético 2. dehiscencia post-operatoria de heridas cutáneas y zonas donantes. No útil en úlceras infectadas.

ACIDO HIALURÓNICO (HALOPLAST)	
<i>Composición</i>	Ácido hialurónico como componente principal.
<i>Propiedades</i>	Efectos regulatorios de la inflamación, angiogénesis, granulación y reepitelización de tejidos.
<i>Indicaciones</i>	Irritaciones y lesiones cutáneas.UPPs. Cubrir heridas , agudas y crónicas, proporcionando un medio hidratado; que protege frente a la abrasión, fricción y deshidratación del lecho de la herida

DIPROPIONATO DE BETAMETASONA (DIPRODERM)	
Composición	Corticoesteroide sintético fluorado. Dipropionato de betametasona como componente principal.
Propiedades	De acción antiinflamatoria, antiprurítica y vasoconstrictora. Proporcionan estos efectos de forma prolongada.
Indicaciones	Indicado para el alivio de las manifestaciones inflamatorias de la dermatosis que responden a la corticoterapia.

SULFADIAZINA ARGENTICA (FLAMMAZINE)	
Composición	Como componente principal sulfadiazina argéntica
Propiedades	Antibiótico del grupo de las sulfamidas.
Indicaciones	Tratamiento y prevención de infecciones, quemaduras de II y III grado, así como en úlceras varicosas y de decúbito.

Agradecimientos a Victoria Zarza, Alfredo Aguado, Lucia Climent, Ana Isabel Duran, Elisa Rodríguez, Teresa Tudela, a la supervisora de la unidad, al personal de Auxiliares de Enfermería de la ULE-1, al equipo de celadores del Hospital de San Vicente porque sin su colaboración este trabajo no habría podido llevarse a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Generalitat Valenciana (Conselleria de Sanitat), *Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas*. Valencia 2008
2. Lázaro-Martínez José L. *Estudio aleatorizado y comparativo de un apósito de colágeno y celulosa oxidada regenerada en el tratamiento de úlceras neuropáticas de pie diabético*. *Cirugía Española* 2007;82 (1): 27-31
3. Generalitat Valenciana (Conselleria de Sanitat), *Manual de Procedimientos básicos de Enfermería en Atención Primaria*. Valencia 2007
4. Documento III del GNEAUPP, *Directrices Generales sobre el Tratamiento de las Úlceras Por Presión*, 2003.

CÓMO ACTUAR FRENTE A UN ACCIDENTE INFANTIL: PROTEGER - AVISAR - SOCORRER

*Judith Morote Celdrán, **María Dolores Martín García.

**Auxiliar de Enfermería de Urgencias de Pediatría del Hospital General
Universitario de Alicante.*

***Supervisora de Área Hospital General Universitario de Alicante.*

INTRODUCCIÓN

Los accidentes infantiles son más frecuentes de lo que la población y por tanto el personal sanitario imagina, especialmente los producidos en casa. La Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) sugiere que la secuencia de actuación en cualquier accidente de un niño debe ser denominada PAS Proteger, Avisar y Socorrer.

Estos pasos, que aunque nunca deseamos tener que utilizar, deben ser reconocidos y recordados, ya que los accidentes caseros infantiles están entre la primera causa de mortalidad infantil:

- PROTEGER: Asegurar la protección del accidentado y del que va a socorrer
- AVISAR: Llamar al Servicio de Emergencia (112) y/o Servicio de Información Toxicológica (915620420)
- SOCORRER: Tras Proteger y Avisar, si se conoce la dinámica de actuación se practicarán los Primeros Auxilios al accidentado.

Es preciso destacar que seguir el orden de actuación previamente descrito puede resultar, en cualquier caso, complicado para cualquier ser humano porque innatamente se tiende a SOCORRER sin pensar en las consecuencias de dicho acto, y debemos plantearnos la cuestión, como profesionales de la salud, de que hay que instruir a la población en las medidas de PROTECCION y AVISO.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo identifica la finalidad hacia la cual deben dirigirse los recursos y esfuerzos para dar cumplimiento a los propósitos. Y el propósito último al cual aspiramos es a reducir, de manera notable, el número de accidentes infantiles en el hogar. Por ello nuestros esfuerzos se han dirigido en desarrollar una guía que permita prevenir los accidentes así como diseñar un plan de actuación frente al accidente infantil si fracasara la prevención.

Definimos 3 objetivos:

- Guía de Prevención de Accidentes Infantiles en el Hogar

La paternidad (abuelos, tíos, primos, amigos... cualquier persona íntimamente ligada a un menor en el ámbito familiar) lleva asociado, innatamente, un miedo al accidente infantil. Por ello es conveniente recordar y recalcar CUÁLES son los prin-

cipales errores de atención que nos pueden llevar a una visita obligada a Urgencias.

- Desarrollar un Plan de Actuación frente a un Accidente Infantil

Definiremos una secuencia de actuación atendiendo al tipo de accidente infantil, basándonos en Qué Hacer y Qué No Hacer frente al accidente.

- Divulgar una Guía de Actuación Frente a un Accidente Infantil

Nuestro objetivo consiste en poner al alcance de la población una simple, entendible y manejable guía de actuación frente a cualquier tipo de accidente que un menor puede sufrir en el hogar. Lo cual, pretendemos que implique, un mayor éxito de primeros auxilios que el niño reciba en el caso de un accidente infantil y evitar, en la medida de lo posible, fatales desenlaces por miedo, falta de conocimiento sobre la reacción a la acción...

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el desarrollo del Plan de Actuación frente a los Accidentes Infantiles nos basamos en un estudio descriptivo, retrospectivo, de base poblacional, valorando la totalidad de pacientes atendidos en las Urgencias Pediátricas del HGUA, durante el período de Enero a Septiembre de 2010 estableciendo indicadores de actividad:

Indicadores de Actividad:

- Total de Pacientes Atendidos Urgencias Pediátricas
- Total de Pacientes Atendidos por Accidente Infantil
- Tipo Accidente Infantil
- Edad

La fuente principal de los datos empleados en el estudio lo constituyen las Historias Clínicas de Urgencias de Pediatría del H.G.U.A. El tamaño muestral corresponde a 4480 episodios de urgencias clasificadas atendiendo a las características Tipo de Accidente Infantil, Zona del Hogar implicada en el accidente y Edad del menor accidentado. No se empleó la característica demográfica sexo debido a que no se pretendía establecer la relación entre sexo y accidente, consideramos que la prevención debe incluir al grupo 0 a 14 años, independientemente de su sexo, condición social y tipo de domicilio. No se pretende crear más tópicos respecto a los accidentes y si es niño o niña el que lo sufre.

En cuanto a los métodos de análisis aplicados en este estudio se han utilizado análisis estadísticos.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran una distribución similar del número de accidentes en el hogar, los accidentes en el hogar representan 10% del total de accidentes infantiles (Tabla 1. Gráfico 1). Los meses de Abril, Julio y Agosto reducen el % de accidentes (Gráfico 2), estos meses corresponden con los períodos vacacionales

de Semana Santa y Verano, y plantea dudas acerca de si pese a ser un período más ocioso el tipo de cuidador influye en el número de accidentes. Es preciso recalcar que no se ha valorado hora de atención en Urgencias ni día de la semana.

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Total
Pacientes	2834	2671	3256	3010	3149	2720	2737	2564	2698	25639
Pacientes Accidente Doméstico	200	246	277	165	225	232	223	238	245	2049
% Accidente Doméstico	8.26	5.62	5.34	4.98	6.29	5.07	3.29	4.21	10.23	

Tabla 1: Relación de Pacientes atendidos en Urgencias de Pediatría del HGUA en el período de estudio y Pacientes atendidos en el mismo período por Accidente Infantil en el Hogar.

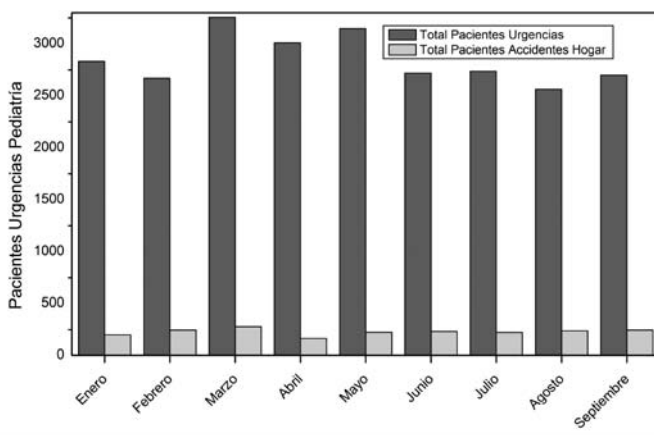


Gráfico 1: Comparación entre el Total Pacientes atendidos en Urgencias y el Total Pacientes atendidos en Urgencias por Accidente Infantil en el Hogar entre Enero y Septiembre de 2010.

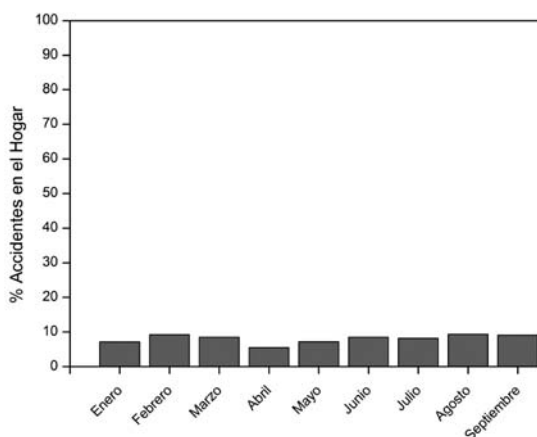
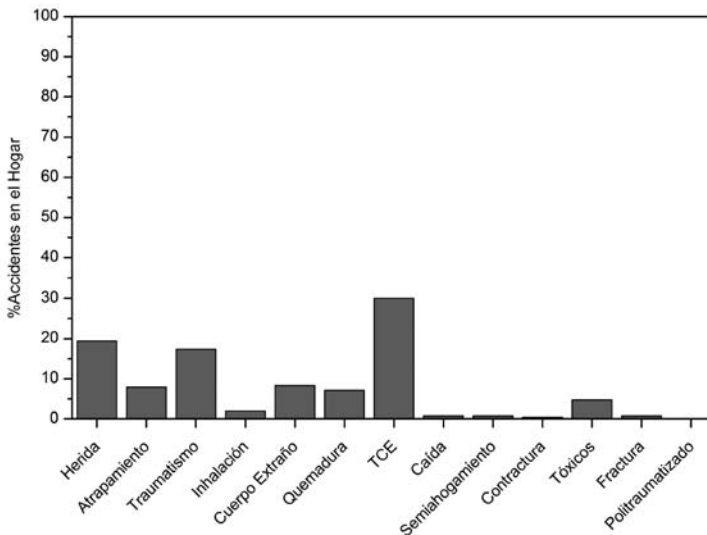


Gráfico 2: Porcentaje de Accidentes Infantiles en el Hogar atendiendo al mes de 2010

Los TCE (Traumatismo CraneoEncefálico) es el tipo de accidente infantil más frecuente en la población con un 30,04% (Tabla 2. Gráfica 3), las heridas y los traumatismos representan el 2º y 3º tipo de accidente más frecuente en la muestra estudiada.

Tipo de Accidente Infantil	Porcentaje (%)
Herida	19.37
Atrapamiento	7.91
Traumatismo	17.39
Inhalación	1.98
Cuerpo Extraño	8.30
Quemadura	7.11
TCE	30.04
Caída	0.79
Semihogamiento	0.79
Contractura	0.40
Tóxicos	4.74
Fractura	0.79
Politraumatizado	0.40

Tabla 2: Frecuencia de Tipos de Accidentes Infantiles en el Hogar



Gráfica 3: Frecuencia de Tipos de Accidentes Infantil en el Hogar

Las zonas del hogar que presentan un mayor riesgo son las Puertas, Cocina, Dormitorio y Salón (Tabla 3. Gráfico 4).

Zona del Hogar	% Accidente Infantil
Cocina	16
Baño	3.2
Dormitorio	15.6
Salón	14.8
Jardín	1.6
Garaje	1.6
Piscina	0.8
Escaleras	1.6
Puertas	16.4
Mesa	9.2
Sofá/Silla	7.2
Carrito	2.4
Desconocido	9.6

Tabla 3: Frecuencia de Accidentes Infantiles por Zona del Hogar

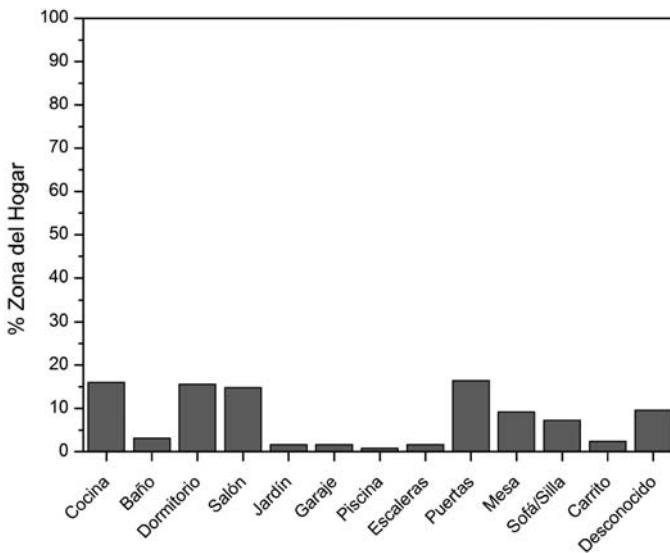


Gráfico 4: Frecuencia de Accidentes Infantiles por Zona del Hogar

Anexo 1: Guía Prevención de Accidentes Infantiles en el Hogar

Anexo 2: Guía de Actuación frente a un Accidente Infantil en el Hogar. Secuencia P-A-S.

CONCLUSIONES

El hogar presenta por sus características múltiples peligros que en infinidad de situaciones pasan inadvertidos. Los niños es el grupo más vulnerable ante el accidente en el hogar, y los que los padecen con mayor frecuencia.

Hay que señalar que un porcentaje muy elevado de accidentes domésticos podrían evitarse si se evitaran las debidas precauciones, de ahí el desarrollo de una Guía de Prevención y una Guía de Actuación frente a los Accidentes Infantiles en el Hogar.

Los motivos más frecuentes de accidente pueden ser azar, imprudencia, descuido... por ello hay que prestar mucha atención en adecuar el hogar al niño y vigilancia máxima cuando un menor dependa de uno de nosotros.

Los resultados obtenidos en este estudio plantean un dilema, la bibliografía indica que el porcentaje de lesiones por accidente en el hogar es superior en algunas Comunidades Autónomas al 40% así como representan la primera causa de mortalidad infantil. Sin embargo, los datos del estudio indican que las lesiones producidas por accidentes en el hogar son $\approx 10\%$ en nuestro hospital y no tenemos datos de la mortalidad, puesto que la consulta ha sido de los episodios de Urgencias de Pediatría, no de las derivaciones a las diferentes Unidades de Hospitalización.

El TCE es el tipo de accidente mayoritario y concuerda con las zonas del hogar con una mayor frecuencia de accidentes. Choques contra puertas, caídas desde la cama, la cuna, el cambiador, el carrito, los sofás, las mesas... concuerdan con diagnóstico TCE.

Prevenir los accidentes e identificar las Normas Mínimas de Seguridad en el Hogar es la mejor campaña para PREVENIR accidentes infantiles.

Nunca está de más recordarnos los peligros que hay en el Hogar y cómo podemos ayudar a concienciar a los pequeños de los riesgos y comportamientos de seguridad.

¡¡No os descuideis!!

BIBLIOGRAFÍA

- Diagnóstico y Tratamiento de Urgencias Pediátricas. J. Benito, S. Mintegui y J. Sánchez. 4ª Edición. 2006 Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Ergon S.A
- Tratado de Urgencias de Pediatría. J.B. Fernández. Jefe de Sección de Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.
- Accidentes Infantiles. Tipología, causas y recomendaciones para la prevención. Edita Junta de Andalucía. Coordina Manuel Soriano Serrano. Granada 2008
- http://www.aepap.org/previnfad/prev_recom.htm Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
- Prevención de Accidentes: Guías del Consumidor. FACUA. Instituto Nacional de Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- <http://www.seup.org/seup/index.html> SEUP Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.



ANEXO 1:

GUÍA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES INFANTILES EN EL HOGAR

Judith Morote Celdrán y María Dolores Martín García. Comunicación Oral

“Cómo actuar frente a un accidente infantil: Proteger- Avisar-Socorrer”

La seguridad en casa es muy importante, incluso en ocasiones, con la máxima seguridad, se dan todo tipo de accidentes con los niños.

Aproximadamente el 10% de las lesiones atendidas en las Urgencias del H.G.U.A son accidentes caseros, siendo las puertas, el dormitorio, la cocina y el salón los lugares más peligrosos. Los datos son bastante contundentes, es necesaria una mayor responsabilidad y extremar las precauciones para evitar fatales desenlaces.

Supervisar a los niños es siempre el mejor remedio para mantenerlos seguros, dentro y fuera de la casa. Existen medidas sencillas que usted puede tomar para prevenir accidentes en su hogar. No todos los miembros de la familia tienen las mismas posibilidades de sufrir un accidente. La edad y la situación en la vida convierten a los niños en los más indefensos y vulnerables.

Nunca está de más recordar que no debes dejar solos a los niños en casa, ni dormidos ni despiertos. Si tienes que salir por cualquier motivo deja a tus hijos a cargo de un adulto responsable.

Los accidentes domésticos sufridos por los niños, sus causas, son las siguientes:

- Caídas.
- Intoxicaciones, alergias e irritaciones.
- Quemaduras.
- Incendios y explosiones.
- Electrocutación.
- Asfixia respiratoria.
- Golpes y atrapamientos.
- Heridas.

Como vemos, en el hogar pueden sufrirse numerosos accidentes. Sin embargo, podemos emprender una serie de acciones que, sin duda alguna, convertirán nuestros hogares en un lugar seguro.

Caídas

Las causas principales de las caídas suelen ser:

- Suelos poco limpios: con agua, grasas, aceites, etc.
- Suelos resbaladizos por el uso o porque han sido pulidos o encerados inadecuadamente.
- Existencia de huecos abiertos o mal protegidos: ventanas bajas, barandillas de corta altura...
- Utilización de elementos inadecuados para subir o alcanzar objetos a otra altura (sillas en lugar de escaleras) o subirse a escaleras con peldaños rotos, o a

sillas con peldaños inestables o asientos frágiles. Mesas u otros objetos inestables al pisar sus bordes.

Para prevenir las caídas tendremos en cuenta lo siguiente:

- Mantenga el suelo lo más libre posible de obstáculos.
- Evite las superficies resbaladizas. Utilice productos no deslizantes.
- Las escaleras de acceso a la vivienda tienen que tener barandilla de altura no inferior a 90 cm.
- Proteja aquellas ventanas que se encuentren a menos de 1 metro del suelo mediante defensas apropiadas (rejillas, sistema anti-apertura...), que impidan la caída de los niños.
- Las puertas, balcones, ventanas que den acceso sobre zonas de riesgo de caída, deben disponer de un sistema de bloqueo que impida su apertura a los niños.
- El uso de escaleras por los niños siempre debe ser vigilado.
- Evite que los niños utilicen sillas o muebles para alcanzar objetos altos, acérqueselos usted.
- No suba ni permita que los niños suban sobre muebles y permanezcan en ellos de pie.
- Mantenga la puerta de su hogar cerrada con llave, el niño puede salir y caer.

Teniendo en cuenta la zona del hogar, evitaremos caídas en niños si:

BAÑO

- Evite charcos de agua en el suelo, el niño puede resbalar y caer.
- En la bañera/ducha, utilice alfombras o pegatinas antideslizantes.
- Para la salida de la bañera/ducha utilice una alfombra, evitará que el niño patine al salir.
- Si el niño quiere jugar durante el baño, que lo haga sentado y vigilado.

COCINA

- No ponga al niño en superficies tipo: encimera, mesas, sillas, estanterías... siempre se puede caer.
- Cuidado al cocinar; aceite, agua... puede provocar al caer al suelo un resbalón al niño.
- Si el niño está en edad de trona o silla de seguridad recuerde abrochar el cinturón, pueden caerse tras un movimiento inadecuado.

DORMITORIO

- Las cunas y camas deben tener barandillas de seguridad.
- Tenga especial cuidado con los objetos que los niños, al jugar, pueden dejar por el suelo. Un mal paso ocasiona caídas desde su propia altura.
- Cuidado de no dejar nunca a un niño sólo en un cambiador.

JARDÍN

- Ten cuidado con los baches, hoyos... el niño al andar o correr puede introducir el pie y caer.
- Ten cuidado con los juguetes, cubos, sillas... por el medio del patio o jardín porque el niño puede tropezar y caer.
- Si tiene un pozo y piscina protéjalo con un cerco de seguridad. Tápelolo por si el niño sortea el cerco.

SALÓN

- No deje por el suelo juguetes u otros objetos que puedan provocar una caída.
- Cuidado con los cables de los aparatos eléctricos, bien porque estén tensos o bien porque estén liados pueden ocasionar una caída.
- Cuidado con los sofás, mesas bajas y sillas. El niño puede subirse, saltar... y caer.

ESCALERAS

- Si su domicilio tiene alturas, tenga especial cuidado con las escaleras. Las barandillas son de vital importancia para evitar caídas.
- Evite que el niño juegue cerca de las escaleras, que no transiten con un corre-pasillos, tacatá, bicicletas, etc.
- Coloque una cancela para bloquear el paso.

CARRITOS, SILLAS DE PASEO y HAMACAS DE DESCANSO

- Si coloca al niño en un carrito, silla de paseo o hamaca de descanso recuerde abrochar el cinturón de seguridad. Evitará una caída.

Intoxicaciones, alergias e irritaciones

Las causas principales de estos accidentes suelen ser:

- Medicamentos.
- Productos de limpieza.
- Insecticidas y productos de jardinería.
- Pinturas, disolventes y adhesivos.
- Combustibles (y productos derivados de la combustión).
- Productos de perfumería y cosmética.
- Bebidas alcohólicas.
- ...

Los accidentes causados por estos productos son, en general, consecuencia de su ingestión y, más raramente, de su inhalación o contacto con la piel.

Para su prevención usaremos estas normas generales:

- Guardar dichos productos en lugar seguro, fuera del alcance de los niños.
- Mantener los productos en sus envases originales.
- No use envases de productos alimenticios, o los utilizados para agua o bebidas refrescantes, para rellenarlos con contenidos tóxicos.

- No almacenar conjuntamente distintos tipos de productos (alimenticios, tóxicos, etc.)

Para prevenir las intoxicaciones, alergias e irritaciones tendremos en cuenta lo siguiente:

- Guardar los medicamentos y productos de limpieza en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños y a ser posible que no conozcan su ubicación.
- No mezcle los productos de limpieza indiscriminadamente, se pueden desprender gases tóxicos.
- No pulverice los insecticidas, mata-cucarachas, ambientadores... sobre alimentos, personas o ropa del hogar. Del mismo modo ocúltelos. Deben estar lejos de los niños.
- No permanecer en habitaciones tratadas con insecticidas hasta transcurrido un tiempo prudencial.
- Si emplea pinturas, disolventes y/o adhesivos, aplicar con buena ventilación; no lavarse con disolventes.
- No permanecer en las habitaciones recién pintadas o barnizadas hasta que desaparezca el olor del disolvente.
- Las estufas de gas y braseros no deben emplearse en zonas sin ninguna ventilación.
- No mantener el coche en marcha en el interior de garajes pequeños y mal ventilados.
- Recuerde cerrar la llave del paso al finalizar la utilización del gas y siempre por la noche. Evitar las corrientes de aire sobre la llama del gas que puedan apagarla.
- Si percibe olor a gas no accione interruptores eléctricos ni encienda cerillas o mecheros: la chispa provocaría una gran explosión.

Teniendo en cuenta la zona del hogar, evitaremos intoxicaciones, alergias e irritaciones en niños si:

BAÑO

- Tanto los productos de limpieza como de aseo su acceso debe estar protegido al niño.
- Procurar que el baño no sea el lugar destinado al calentador de gas.

COCINA

- Una mala combustión del gas puede ocasionar intoxicaciones.
- Cuidado con el cocinado, no dejar la comida al fuego sin vigilancia. Si se quemara, tanto el humo como los gases desprendidos son tóxicos.
- Recuerde, los productos de limpieza y medicamentos pueden ocasionar un accidente.

DORMITORIO

- El material artístico de los niños (ceras de colores, témperas, arcilla, pinturas de la cara...) pueden ser ingeridas y provocar intoxicación.
- Cuidado con las pilas de los juguetes.

SALÓN

- Cuidado con la combustión de las estufas de gas, pueden desprender monóxido de carbono que es inodoro y ocasiona la muerte.
- Si tiene chimenea vigile la combustión, del mismo modo controle la ventilación y la salida de humos.

GARAJE

- Tenga ocultas las baterías, los productos de limpieza del coche, los aceites del motor... los niños pueden ingerir cualquier cosa.

Quemaduras

Las quemaduras pueden ser ocasionadas por el contacto o proyección de objetos, partículas o líquidos a temperaturas elevadas y ocurren al:

- Situar objetos calientes (estufas eléctricas, lámparas, hornos, tostadores de pan, etc.), en lugares accesibles a los niños o no protegidos adecuadamente.
- Cocer o freír los alimentos que dan origen a salpicaduras sin usar tapaderas.
- Manipular inadecuadamente pólvoras (cohetes, petardos o cartuchos).
- También suelen producirse quemaduras intensas al entrar en contacto la piel con sustancias caústicas (sosa) o corrosivas (ácido sulfúrico)

Cómo prevenir las quemaduras:

- Colocar en lo posible protecciones alrededor de aquellos objetos que se encuentran calientes y que resultan accesibles necesariamente.
- Evitar las salpicaduras, usando cubiertas o tapaderas mientras se cocinan los alimentos.
- Los mangos de sartenes, cacerolas y pucheros no deben sobresalir del mueble de cocina.
- Alejar a los niños de la cocina y zona de planchar.
- Situar los objetos calientes o con llama viva fuera del alcance de los niños.
- Impedir que los niños jueguen con cerillas y mecheros.
- Manipule con cuidado cohetes, petardos y cartuchos y no los deje al alcance de los niños.
- Manipule con cuidado cualquier producto químico.
- Cuidado con los enchufes, una descarga eléctrica provoca, entre otras cosas, una quemadura.

Teniendo en cuenta la zona del hogar, evitaremos quemaduras en niños si:

BAÑO

- Cuidado con la temperatura del agua en el aseo del niño.
- Cuidado con los focos de calor cerca de los sprays ya que puede explotar.
- No permita que el niño toque aparatos eléctricos. Si el suelo estuviera mojado podría desencadenar una descarga eléctrica.

COCINA

- Cuidado con el fuego de gas, la vitrocerámica y la plancha.
- Protéjase y tenga cuidado al manipular cualquier líquido o sólido caliente. Un tropiezo o sensación de quemarse implica acción-reacción y soltar lo tengas en la mano. El niño puede estar cerca y quemarse.
- Probar los alimentos y bebidas antes de ofrecérselos al niño.
- No beber líquidos calientes con los niños en brazos.
- No cocinar con los niños en brazos. Aléjelos de la cocina.
- Cuidado con los congelados. El frío también quema.

DORMITORIO

- Cuidado con los aparatos eléctricos, no permita que el niño los manipule.
- Mantenga las bombillas cubiertas o protegidas al acceso del niño.

SALÓN

- No deje los cigarrillos, mecheros ni cerillas al alcance del niño. No sólo porque el niño se queme sino porque si lo manipula puede caer encima de un sofá, una cortina, una alfombra... y provocar un incendio que queme al niño.
- Cuidado con las lámparas, los niños pueden quemarse.
- Si tiene chimenea, mantenga alejado a los niños.

JARDÍN

- Cuidado con las barbacoas, parrilladas... los niños deben estar alejados del aceite caliente y del fuego. Cualquier descuido puede ocasionar una quemadura.

Electrocución

En las viviendas existe un riesgo general de electrocución. En caso de aplicarse por accidente el voltaje doméstico a una persona puede producir desde calambrazo hasta la muerte por paro cardíaco. El peligro que entraña un contacto eléctrico se hace mucho mayor cuando la persona está en ambiente mojado o descalza sobre el suelo.

Cómo prevenir la electrocución:

- No conectar aparatos que se hayan mojado.

- Procurar no usar ni tocar aparatos eléctricos estando descalzo, aún cuando el suelo esté seco.
- No tener estufas eléctricas, tomas de corriente ni otros aparatos eléctricos al alcance de los niños en el cuarto de baño y a menos de 1 m del borde de la bañera.
- Usar enchufes giratorios o de enclavamiento profundo para proteger a los niños.
- Ante cualquier reparación o manipulación de la instalación eléctrica desconectar el interruptor general situado normalmente en el cuadro general y asegurarse de la ausencia de tensión.

Teniendo en cuenta la zona del hogar, evitaremos electrocución en niños si:

BAÑO

- No deje a los niños solos en el baño si hay aparatos eléctricos cerca. Pueden manipularlos y sufrir una descarga.
- Si el suelo esta mojado no le seque al niño el pelo, ni manipule cualquier otro tipo de aparato eléctrico. Puede convertirse en conductor de la electricidad.
- Proteja los enchufes, los niños pueden introducir cualquier objeto metálico y electrocutarse.

COCINA

- Evite que los niños toquen los cables sueltos de los aparatos eléctricos.
- El agua no debe entrar en contacto con un enchufe ni un aparato eléctrico. El niño puede aparecer en cualquier momento.
- Proteja los enchufes, los niños pueden introducir cualquier objeto metálico y electrocutarse.

DORMITORIO

- Tenga especial cuidado con los aparatos eléctricos en la habitación del niño.
- Proteja los enchufes, los niños pueden introducir cualquier objeto metálico y electrocutarse.

SALÓN

- Tenga especial cuidado con los aparatos eléctricos y su cableado.
- Proteja los enchufes, los niños pueden introducir cualquier objeto metálico y electrocutarse.

JARDÍN

- Si tiene farolas asegúrese de que el acceso al cableado eléctrico esté protegido.
- Cuidado con las alargaderas al conectar aparatos tipo barbacoa, podadora, cortacésped, etc.

GARAJE

o Cuidado con las baterías eléctricas y grupos electrogénos. Manténgalos alejados de los niños.

Heridas

El contacto de manos y pies, generalmente, con objetos cortantes o punzantes produce cortes y pinchazos.

Estas heridas ocurren con demasiada frecuencia y se deben principalmente a:

- Dejar objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños.
- No guardar los objetos cortantes o punzantes una vez que han sido utilizados.
- No utilizar una protección que impida el contacto directo con el elemento de corte (rejilla de ventilador, funda de cuchillo, etc.).
- No haber reparado o desechado aquellos objetos (vasos, platos, etc.), que con el uso se han convertido en parcialmente cortantes.

Cómo prevenir las heridas por objetos cortantes y punzantes:

- Proteger, alejar o eliminar en lo posible del alcance de los niños aquellos objetos que presenten superficies o aristas vivas (cuchillos, aspas de ventilador, trituradora, cuchillas de afeitar, agujas de coser o de punto, tijeras, herramientas...).
- Eliminar del uso platos y vasos rotos.
- Evitar que los niños anden descalzos. Se evitará heridas, levantamiento de uñas, que se claven cualquier objeto...

Teniendo en cuenta la zona del hogar, evitaremos heridas en niños si:

BAÑO

- No colocar botes de cristal que puedan caerse y cortar al niño con los trozos.
- No dejar cuchillas de afeitar ni tijeras al alcance de los niños.
- Precaución con la cerámica sanitaria.

COCINA

- Cuidado con los cuchillos, las tijeras y todos los objetos cortantes y punzantes.
- Cuidado con la cristalería, vajilla y cubertería. Se pueden clavar cualquier objeto al intentar cogerlo. O caerles encima y provocar heridas.
- Usar vajilla de plástico adecuada a la edad del niño.

DORMITORIO

- Asegure que las estanterías se encuentran fijadas con seguridad, cualquier caída de un objeto puede provocar una herida.
- No dejar objetos de cristal en la habitación del niño.
- Evite que el niño manipule inadecuadamente los juguetes y evitará heridas.

JARDIN y GARAJE

- Son lugares de mucho riesgo en los que hay que cumplir las medidas de seguridad anteriormente expuestas.

Incendios y explosiones

Para que se inicie un incendio, sólo hace falta que se unan tres elementos que están siempre en el hogar:

- Aire.
- Combustible.
- Foco de calor.

Combustibles:

- Gaseosos: butano, propano, gas ciudad, sprays. Cuando el combustible es gas, que se ha acumulado por fuga o similar, puede generar una fuerte explosión.
- Líquidos: quitamanchas, pinturas, disolventes, aceites, lacas, alcoholes, etc.
- Sólidos: tejidos, papel, cartón, plásticos, etc.

Focos de calor:

- Poco peligrosos: chispas de los cebadores del tubo fluorescente o interruptores eléctricos, motores de aparatos eléctricos con escobillas, contactos o piezas móviles eléctricas.
- Peligrosos: planchas eléctricas, radiadores de calefacción eléctrica, sobrecalentamiento en los cables de la instalación o aparatos eléctricos, etc.
- Muy peligrosos: mecheros, cerillas, llamas de gas, colillas de cigarrillos, etc.

Sólo hace falta tener el descuido de aplicar un foco de calor suficiente a cualquiera de los combustibles para que se inicie un incendio.

Cómo prevenir los incendios o explosiones:

- Apague perfectamente las cerillas y colillas de cigarrillos.
- No fume en la cama.
- Procure que los niños no utilicen cerillas o mecheros.
- No sobrecargue los enchufes con demasiados aparatos.
- Empotre los hilos eléctricos y evite improvisar empalmes o usar cinta adhesiva para ello.
- Tenga sólo los líquidos inflamables que sean absolutamente necesarios y en la cantidad imprescindible. Utilícelos sólo en lugares ventilados sin focos de calor próximos.
- Revise el tubo flexible de conexión de sus aparatos eléctricos.
- Si tiene bombona de butano revise las conexiones y las gomas.
- Si nota un olor extraño puede ser el gas, abra las ventanas, levante a los niños del suelo, no encienda ningún elemento que pueda provocar una chispa y llame a la compañía.

- No deje nada cocinando en el fuego ni aparatos eléctricos en funcionamiento cuando abandone su domicilio.
- Limpie periódicamente los filtros de la campana extractora de la cocina. El acumulo de grasa y/o aceites puede ser foco de incendio.
- Evite las corrientes de aire en la cocina que pudieran apagar el gas
- Haga revisar periódicamente la chimenea y caldera de calefacción.
- No manipule la instalación eléctrica ni la sobrecargue, puede originar un cortocircuito o un incendio.

Asfisia respiratoria

La asfisia, fallo de la respiración pulmonar, se explica por una falta de oxígeno en el aire o por la imposibilidad de que éste llegue a los pulmones. El oxígeno del aire no puede llegar a los pulmones cuando las vías respiratorias queden obstruidas.

La obstrucción de las vías respiratorias puede ser externa o interna.

- Obstrucción externa: Consiste en el taponamiento de la nariz y la boca, o en la imposibilidad de mover la caja torácica.
- Obstrucción interna: Puede ser por objetos sólidos o por líquidos.
 - Sólidos: Proceden del exterior de forma accidental. O bien alimentos que se atragantan.
 - Líquidos: Por vómitos; o bien, si el líquido procede del exterior, por inmersión de la cabeza en el agua: asfisia por ahogamiento.

Causas principales que producen la asfisia:

- Introducción por boca y nariz de objetos de diámetro superior al de las vías respiratorias (botones, canicas, alfileres, imperdibles, ojos de peluches, ruedas de coches pequeñas, etc.).
- Taponamiento externo de las vías respiratorias por el vestido o la ropa de cuna.
- Sofocación por otro cuerpo humano (adulto) durante el sueño.
- Lazos o cadenas que sujetan chupete y medallas.
- Utilización de bolsas de plástico como capuchas o caretas de juego.
- Bañeras, cubos y otros recipientes llenos de agua.

Cómo prevenir la asfisia:

- Evitar que los niños de corta edad jueguen y manipulen objetos pequeños o aquellos que puedan desmontarse en piezas pequeñas o no sean los recomendados para su edad.
- Utilizar ropa de cama que imposibilite el estrangulamiento
- No utilizar cunas con barrotes demasiado distanciados.
- No dejar recipientes con agua cerca de los niños, sobre todo antes del año y medio.
- Protección del acceso en piscinas, estanques, pozos, cisternas, lavaderos y cursos de agua.
- Provocar el eructo de los lactantes después de las comidas y antes de recostarlos para dormir.



- Colocar a la persona que hayan perdido el conocimiento de costado (posición lateral de seguridad) para facilitar la salida al exterior de posibles vómitos.
- Evitar que los niños jueguen con bolsas de plástico.
- No dormir en la misma cama adultos y lactantes.
- Vigilar a los niños que circulen cerca de los lugares con agua.
- No dejar a los niños pequeños solos en la bañera.

Atrapamientos y golpes

Cómo prevenir los atrapamientos:

- Cuando existan niños cerca de las puertas, ventanas, balcones, muebles... vigile que sus manos no se encuentren en las juntas o ejes de cierre.
- Impida a los niños usar los ascensores cuando no vayan acompañados de personas responsables.
- Sitúe a los niños en el fondo del ascensor, especialmente cuando éste carezca de doble puerta.
- Asegúrese de que no hay ningún niño detrás de una puerta o un mueble cuando vaya a cerrar o moverlos.

Cómo prevenir los golpes:

- No dejar armarios o cajones abiertos.
- Asegurar los cajones con topes en su interior para que no se caigan encima del que los abra.
- Procurar que todos los muebles y objetos de decoración tengan cantos redondeados.
- No utilizar puertas de comunicación con cristales transparentes o traslúcidos.
- Si existen puertas de cristal de una sola pieza, utilizar algún sistema de señalización para que se advierta su presencia (pegatinas...)
- Iluminación adecuada del hogar.
- Sitúe los objetos colgantes de forma estable y a la altura necesaria.

Guía de Actuación frente a un Accidente Infantil en el Hogar. Secuencia P-A-S.

Judith Morote Celdrán
María Dolores Martín García
Hospital General Universitario de Alicante

Anexo 2



ATragantamiento

Niño Consciente



SECUENCIA DE ACTUACIÓN
Proteger – Avisar – Socorrer

PROTEGER
 Asegurar la protección del accidentado y del que socorre

AVISAR
 Llamar al Servicio de Emergencia 112 y/o al Servicio de Información Toxicológica 915620420

SOCORRER
 Proteger y Avisar, si se conoce la secuencia de actuación se practicarán los Primeros Auxilios al accidentado

ATRAGANTAMIENTO NIÑO CONSCIENTE

QUE HACER

Mire la boca, extraiga el objeto si es accesible






Si tose, anímelo a seguir tosiendo

Avise al 112

Mayor de 1 año
 5 compresiones abdominales / 5 golpes en la espalda

Menor de 1 año
 5 golpes en la espalda / 5 compresiones (2 dedos) torácicas

QUE NO HACER

ATRAGANTAMIENTO NIÑO CONSCIENTE

Que hacer

Mire la boca, extraiga el objeto si es accesible



Si tose, anímelo a seguir tosiendo






Avise al 112


Mayor de 1 año
 5 compresiones abdominales / 5 golpes en la espalda

Menor de 1 año
 5 golpes en la espalda / 5 compresiones (2 dedos) torácicas



Que no hacer

<p>SECUENCIA DE ACTUACIÓN</p> <p>Proteger – Avisar – Socorrer</p> <p>PROTEGER</p> <p>Asegurar la protección del accidentado y del que socorre</p> <p>AVISAR</p> <p>Llamar al Servicio de Emergencia 112 y/o al Servicio de Información Toxicológica 915620420</p> <p>SOCORRER</p> <p>Proteger y Avisar, si se conoce la de actuación se practicarán los Primeros Auxilios al accidentado</p> 	<p>ATRAGANTAMIENTO NIÑO INCONSCIENTE</p> <p>QUE HACER</p>  <p>Mire la boca, extraiga el objeto si es accesible</p> <p>Avisar al 112</p>    <p>Abra la vía aérea</p> <p>Compruebe la respiración</p> <p>5 ventilaciones boca-boca</p> <p>Si no se eleva el tórax → Reanimación CardioPulmonar</p> <p>" 30 Masajes Cardíacos / 2 Ventilaciones boca-boca "</p> <p>Cada 2min → Revise la boca, extraiga el objeto si ya es accesible, compruebe constantes vitales. Si no respira repita RCP</p>
---	--





CAÍDAS O GOLPES




<p>SECUENCIA DE ACTUACIÓN</p> <p>Proteger – Avisar – Socorrer</p> <p>PROTEGER</p> <p>Asegurar la protección del accidentado y del que socorre</p> <p>AVISAR</p> <p>Llamar al Servicio de Emergencia 112 y/o al Servicio de Información Toxicológica 915620420</p> <p>SOCORRER</p> <p>Tras Proteger y Avisar, si se conoce la dinámica de actuación se practicarán los Primeros Auxilios al accidentado</p>	<p>CAÍDAS O GOLPES SIN HERIDAS</p> <p>QUE HACER</p> <p>Si se trata de una contusión o golpe, aplique una bolsa de hielo o agua fría sobre la zona afectada.</p> <p>Si hay fractura, trate de inmovilizar el brazo o la pierna con algún objeto rígido</p> <p>Avise al 112 si lo cree necesario</p> <p>Retirar cualquier objeto que pueda comprimir la zona afectada</p> <p>Si es una fractura acuda al Hospital</p> <p>QUE NO HACER</p> <p>Levantar al niño si está conmocionado y/o fracturas</p>
---	--



	<p>DESCARGAS ELÉCTRICAS</p> 
---	--

<p>SECUENCIA DE ACTUACIÓN</p> <p>Proteger – Avisar – Socorrer</p> <p>PROTEGER</p> <p>Asegurar la protección del accidentado y del que socorre</p> <p>AVISAR</p> <p>Llamar al Servicio de Emergencia 112 y/o al Servicio de Información Toxicológica 915620420</p> <p>SOCORRER</p> <p>Tras Proteger y Avisar, si se conoce la dinámica de actuación se practicarán los Primeros Auxilios al accidentado</p>	<p>DESCARGAS ELÉCTRICAS</p> <p>QUE HACER</p> <p>Desconectar la corriente</p> <p>La persona que socorre debe aislarse con zapatos de suela de goma o situarse sobre una madera</p> <p>TELEFON D'EMERGENCES 112</p> <p>Avisar al 112</p> <p>Si no puede cortar la corriente intente separar al niño con algún objeto aislante</p> <p>Compruebe las Constantes Vitales del niño</p> <p>Realice la Reanimación CardioPulmonar (RCP)</p> <p>Espere a los Servicios Médicos</p> <p>QUE NO HACER</p>
---	---



	 <p>HERIDAS</p> 
---	--

SECUENCIA DE ACTUACIÓN

Proteger – Avisar – Socorrer

PROTEGER

Asegurar la protección del accidentado y del que socorre

AVISAR

Llamar al Servicio de Emergencia 112 y/o al Servicio de Información Toxicológica 915620420

SOCORRER

Tras Proteger y Avisar, si se conoce la dinámica de actuación se practicarán los Primeros Auxilios al accidentado

HERIDAS


QUE HACER

Lávese las manos con agua y jabón antes de tocar la/s herida/s del niño

Limpie la herida del niño con agua y jabón. Deje correr el agua sobre la herida para arrastrar los cuerpos extraños

TELÉFONO DE EMERGENCIAS 112

Avisar al 112 si la herida es profunda

 herida con apósitos limpios. Si es una tremedumbre manténgala en alto.


Si la herida es poco profunda


Seque la herida con pequeños toques de dentro a fuera. Aplique un antiséptico

No extraiga los objetos clavados porque pueden estar taponando la herida y evitando el sangrado


Si la herida sangra → presiónela con apósitos estériles




QUE NO HACER

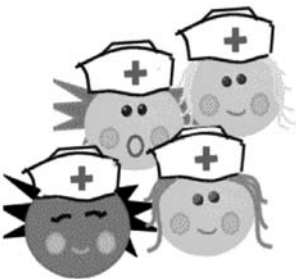





INHALACIÓN DE GASES O HUMOS






<p style="text-align: center;">SECUENCIA DE ACTUACIÓN</p> <p style="text-align: center;">Proteger – Avisar – Socorrer</p> <p>PROTEGER</p> <p>Asegurar la protección del accidentado y del que socorre</p> <p style="text-align: center;">AVISAR</p> <p>Llamar al Servicio de Emergencia 112 y/o al Servicio de Información Toxicológica 915620420</p> <p style="text-align: center;">SOCORRER</p> <p>Tras Proteger y Avisar, si se conoce la dinámica de actuación se practicarán los Primeros Auxilios al accidentado</p>	<p style="text-align: center;">INHALACIÓN DE GASES O HUMOS</p> <p style="text-align: center;">QUE HACER</p> <p>Abra las ventanas</p> <p>Saque al niño rápidamente al aire libre</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>Llame al 112</p> </div>  </div> <p style="margin-top: 10px;">Si el niño está inconsciente y respira, manténgalo tumbado hasta que llegue la ayuda</p> <p>Si el niño está inconsciente y no respira llámele mientras le da pequeños toque, si no reacciona aplique las maniobras de Reanimación CardioPulmonar hasta que llegue la ayuda</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;">  </div> <p style="text-align: center;">QUE NO HACER</p> <p>Si se trata de una intoxicación por gas → Tocar los interruptores y/o aparatos eléctricos</p>
---	--







CONTACTO DE PRODUCTOS TÓXICOS



<p>SECUENCIA DE ACTUACIÓN</p> <p>Proteger – Avisar – Socorrer</p>	<p>CONTACTO PRODUCTOS TÓXICO:</p> <p>QUE HACER</p> 
<p>PROTEGER</p> <p>Asegurar la protección del accidentado y del que socorre</p>	<p>Protéjase las manos</p> <p>Retire la ropa al niño y métele en la ducha durante 20 min con agua templada</p>
<p>AVISAR</p> <p>Llamar al Servicio de Emergencia 112 y/o al Servicio de Información Toxicológica 915620420</p>	<p>Llame al Instituto Nacional de Toxicología</p> <p>91 562 04 20</p>
<p>SOCORRER</p> <p>Tras Proteger y Avisar, si se conoce la dinámica de actuación se practicarán los Primeros Auxilios al accidentado</p>	<p>Acuda al Hospital con el envase del producto</p>  <p>QUE NO HACER</p> <p>Mantener al niño con la ropa impregnada del producto tóxico</p>



INGESTIÓN DE PRODUCTOS TÓXICOS

SECUENCIA DE ACTUACIÓN

Proteger – Avisar – Socorrer

PROTEGER

Asegurar la protección del accidentado y del que socorre

AVISAR

Llamar al Servicio de Emergencia 112 y/o al Servicio de Información Toxicológica 915620420

SOCORRER

Tras Proteger y Avisar, si se conoce la dinámica de actuación se practicarán los Primeros Auxilios al accidentado

INGESTIÓN PRODUCTOS TÓXICOS

QUE HACER



Quítele el producto tóxico al niño

Si tuviera el producto en la boca y es sólido, quíteselo

Llame al Instituto Nacional de Toxicología

91 562 04 20

Acuda rápidamente al Hospital → el tratamiento en la 1ª hora es muy importante

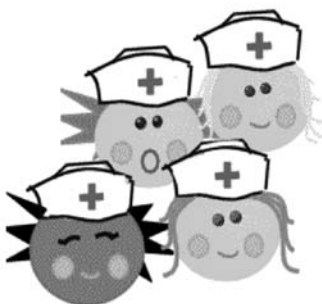
Lleve el envase del producto ingerido al Hospital



QUE NO HACER

Intentar provocar el vómito

Administrar leche o aceite



QUEMADURAS



SECUENCIA DE ACTUACIÓN

Proteger – Avisar – Socorrer

PROTEGER

Asegurar la protección del accidentado y del que socorre

AVISAR

Llamar al Servicio de Emergencia 112 y/o al Servicio de Información Toxicológica 915620420

SOCORRER

Tras Proteger y Avisar, si se conoce la dinámica de actuación se practicarán los Primeros Auxilios al accidentado

QUEMADURAS

QUE HACER



Apague las llamas con una manta o rodando al niño por el suelo

Quite la ropa sólo si está impregnada de sustancias corrosivas

Avisar al 112 si



• Quemadura profunda y no duele

• Quemadura extensa

• Quemadura afecta a orificios naturales, pliegues o genitales

agua fresca sobre la quemadura 10-20 min

Consulte al médico



QUE NO HACER

Romper las ampollas

Aplicar cremas, pomadas o pasta dentrífica

MESA DE EXPERTOS

“20 AÑOS DE U.H.D. EN EL H.G.U.A.”

PRESENTACIÓN

Carmen Soriano Compañ
Supervisora U.H.D.

Debido a la coincidencia de las XVI JORNADAS de enfermería con el XX aniversario de la creación de la Unidad de Hospitalización a Domicilio, se va a hacer una exposición de los primeros tiempos de esta unidad y de su transformación con el paso del tiempo.

RECUERDO HISTORICO: PRIMEROS PASOS

¿Qué ES U.H.D.?

Un conjunto de atenciones y cuidados (médicos y de enfermería) de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, que son proporcionados a los enfermos en su domicilio cuando no precisan la infraestructura hospitalaria, y sin embargo todavía necesitan vigilancia activa y/o asistencia compleja.

En España, las UHD empiezan a aparecer en los años 80, (Hospital Marqués de Valdecilla, Hospital La Paz etc.) y cada centro orientaba el perfil de los pacientes a tratar, a las necesidades asistenciales del momento, por ejemplo en unos hospitales se nutría la H. D. pacientes pediátricos (Coruña,) en otros geriátricos, en otros quirúrgicos etc.

En el H.G.U.A. se empezó a crear en octubre de 1990, aunque el 1º paciente fue visitado en su domicilio el 20 de noviembre.

Fue toda una aventura, ya que entonces nadie tenía muy claro que era eso de la U.H.D

Se recabo información de nuestros compañeros de Denia y Elche que ya llevaban unos meses funcionando, y nos pusimos manos a la obra.

PERFIL DE LOS PACIENTES.

Los pacientes atendidos en nuestra unidad, procedían de los servicios de:

Cardiología:

- Pacientes post infarto,
- Pacientes afectos de patologías cardiacas en general, para control y seguimiento

Patología digestiva:

- pacte. con hemorragia digestiva para controles analíticos
 - pactes. con diagnostico de cirrosis, para paracentesis evacuadora y control.
- Pacientes quirúrgicos que procedían del programa U.C.S.I.

Como se puede comprender estos pacientes, la mayoría de ellos autónomos, no reunían el perfil que debería tener un enfermo de U.H.D. pero entonces eran las necesidades que tenía este hospital.

AREA ASISTENCIAL

En los primeros momentos de nuestra andadura, la UHD del hospital de Alicante se limitaba al perímetro urbano de la ciudad. Con el paso del tiempo fue creciendo la demanda, y se fue ampliando el área de cobertura a San Vicente del Raspeig, San Juan pueblo y playas etc. pero aunque había muchas ganas y voluntad, éramos insuficientes y no podíamos llegar a todo.

RECURSOS HUMANOS

- Durante ocho años, la unidad estuvo dotada de
- 3 Enfermeros
- 2'5 Facultativos (compartíamos uno con Urgencias)
- 1 Auxiliar enfermería.
- 1 Auxiliar administrativo.

De todo el personal que componíamos aquel embrión de U.H.D. solo quedo yo, algunos ya no están en el hospital y me gustaría recordarlos, porque con su buen hacer sembraron formas de actuar y perfiles humanos que nos han ayudado a convertirnos en lo que ahora somos;

Hablamos de la Dra. MARIA AGUILAR LLORET y la Dra. VICTORIA DE ZARATE, así como de nuestro compañero enfermero JUAN A. GRACIA CERDA.

COBERTURA HORARIA

Teníamos cobertura las 24 horas del día, es decir, trabajábamos todos de 8-15 horas de lunes a viernes; y luego 1 semana cada 3, una enfermera y un facultativo se quedaba de guardia localizada de 15 a 8 hrs. del día siguiente, además de cubrir la guardia de todo el fin de semana.

No teníamos soporte telefónico, no había móviles, así que funcionábamos con unos buscapersonas, que solo pitaban, entonces el personal de guardia, llamaba desde donde podía a la central, ubicada en Benidorm y así te daban el mensaje, que consistía en un nº de teléfono al que se llamaba y contactabas con el paciente o su familia, y conocías el alcance de la urgencia.

Poco a poco y con la experiencia que da la labor diaria, fue cambiando todo, el perfil de los pacientes en régimen de H.D. La demanda de ingresos, etc. Y nos dimos cuenta del potencial que tiene la hospitalización domiciliaria y de los beneficios que puede proporcionar a nuestro sistema sanitario, pero fundamentalmente a los pacientes y sus familias. Por ese motivo se amplió la unidad, en el año 2002, pero eso ya es el presente de la U.H.D. del H.G.H.A.

ACTUALIDAD EN LA UHD. FUNCIÓN ASISTENCIAL

María Nieves Santacruz Carmona
Enfermera U.H.D.

1. Perfil de los pacientes

El perfil de los pacientes de la UHD es variado, podríamos decir que cualquier paciente que se beneficie de estar en su casa recibiendo cuidados hospitalarios como:

- Pacientes crónicos en reagudización
- Pacientes en procesos agudos
- Pacientes terminales oncológicos
- Pacientes oncológicos en tratamiento activo
- Pacientes terminales no oncológicos.
- Heridas quirúrgicas complicadas
- Anciano frágil (seguimiento programado)

2. Enfermeros de la UHD

Nos constituimos en quince enfermeros distribuidos en tres de gestión y doce asistenciales. En cuanto a la gestión la forman una coordinadora de enfermería y dos enfermeros de enlace hospitalario (E.H.H.).

3. Función asistencial en la UHD

Está formada por doce enfermeros distribuidos en diez en el turno de mañana y dos en el turno de tarde. En la actualidad existen cinco equipos de dos a tres enfermeros distribuidos por zonas en toda el área de H.G.U.A. Trabajamos de desde las 8H a las 22H todos los días del año.

4. Objetivos de la función asistencial en la UHD

- Impartir cuidados sanitarios hospitalarios: Las actividades son las mismas que en hospital. Pero como tenemos pacientes de todas las especialidades las actividades son más variadas:
 - Empezamos a primera hora con las extracciones sanguíneas y antibióticos.
 - Tratamientos intravenosos cada 24 horas, cada doce, en infusión continua.
 - Fluidoterapia y transfusiones de sangre.
 - Curas de cirugía general, vascular y plástica.
 - Sondajes y cambios P.E.G., E.C.G.
 - Paracentesis evacuadora.
- Realizar educación sanitaria. Es nuestra principal arma de trabajo. Está destinada tanto al paciente, si es autónomo, como al cuidador principal. Del éxito de la educación sanitaria depende que nuestros cuidados sean eficaces. Les vamos a enseñar el manejo de los aparatos, de la medicación y a identificar signos y síntomas de alarma.

- Contribuir a la comodidad dentro del marco domiciliario. Debemos crear un marco de trabajo en el domicilio “cómodo”; procurar tener el material ordenado, la medicación identificada, buscar un sitio apropiado para colgar los sueros etc....
- Facilitar la continuidad de los cuidados en la atención primaria. En el 2006 se creó la figura del enfermero de gestión. En la UHD tenemos dos enfermeros de enlace hospitalario. Uno se encarga de facilitar el ingreso en nuestra unidad mediante la valoración inicial y otro se ocupa de agilizar la gestión de las altas en coordinación con la enfermera de gestión sanitaria de los centros de salud.

APLICACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGIAS EN LA UHD ALICANTE “PIONEROS EN LA INTEGRACION”

M^a Luisa Ruiz Miralles

Enfermera de Gestion Comunitaria.

Departamento de Salud de Alicante. Hospital General.

Según la OMS, una tendencia común en las recientes reformas de los sistemas sanitarios a nivel europeo e internacional es el énfasis en modelos de integración en la provisión de servicios como estrategia para superar las deficiencias asociadas a la fragmentación y para la mejora de la calidad de la atención.

En la actualidad las tecnologías de la información han pasado a formar parte del proceso de cuidado, facilitando la recolección de datos, análisis, transmisión y coordinación de la información; las tecnologías de la información en esta época son consideradas como instrumentos principales. Por consiguiente, la historia de salud se constituye en un instrumento fundamental que da coherencia y continuidad a los cuidados, siendo la expresión escrita de la evolución del proceso de cuidado.

Apoyándose en las tendencias recientes y para mejorar la atención en el domicilio en nuestra Comunidad, la Conselleria opta por una estrategia basada en potenciar y consolidar la prestación domiciliaria y proceder a una integración de su actuación.

El Departamento de Salud de Alicante Hospital General en el año 2006 apostó por la integración incorporando dos nuevos perfiles de enfermería:

“la Enfermera de Gestión Comunitaria” ubicada en la Comunidad y “ la Enfermera de Enlace Hospital” ubicada en el Hospital (en concreto en la Unidad de Hospital a Domicilio.)

La integración se construye y se sostiene a tres niveles:

1- A nivel del Sistema de Valores.

- Al valor de una atención compartida y continuada entre los diferentes agentes domiciliarios.
- La Calidad profesional y humana de los integrantes de la Unidad de Hospital a Domicilio ha contribuido de forma determinante en la mejora a los pacientes y sus familias en la atención prestada en el domicilio.

2- A nivel de un Sistema de Gestión Integrado.

- Una estructura de coordinación de la Atención Domiciliaria.

La coordinación con los agentes implicados en la atención ha potenciado la permanencia de los pacientes en su entorno domiciliario, mejorando la satisfacción de pacientes y familias.

- Una Dirección Integrada a nivel de Departamento.

La apuesta de la dirección ha motivado, reforzado y activado a los profesionales en el desarrollo de acciones conjuntas para una mejora continua de calidad.

- Un Sistema de Información compartido. Abucasis.

3- A nivel de conocimientos y organización de la práctica clínica.

- Un Sistema de Participación Profesional, constituido por comités de trabajo de composición mixta, contribuyendo a mejorar la gestión del conocimiento las actividades de formación compartida e intervenciones conjuntas.

La integración hoy en el Departamento de Salud de Alicante es una realidad.

Fruto del trabajo conjunto contamos con un sistema de información compartido (Abucasis) donde se describe la valoración, planeación y evaluación de los cuidados en tiempo real .De igual forma se valoran los problemas familiares.

La UHD de Alicante Hospital General conjuntamente con el Departamento es pionera en el informe de continuidad de cuidados al alta.

La historia de salud solo tiene sentido como tecnología de la información, siendo eficaz si las personas que la realizan desarrollan la capacidad de analizar el proceso de cuidado. Así, los cuidados de Enfermería que se les ofrecen a los usuarios tendrán un mayor significado al determinar la conveniencia de los instrumentos que emplea la enfermera y la forma correcta de utilizarlos.

EL FUTURO DE LA HAD

“Un trabajo de equipo”

Juan Isidro Jover Rodríguez

*Unidad de Hospitalización a Domicilio
Hospital General Universitario de Alicante.*

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que alrededor del 60% de las personas que fallecen anualmente en España necesitan recibir cuidados paliativos en la fase terminal de sus vidas y que de todos ellos el 81% prefiere que se le dispensen en su domicilio, hemos de reflexionar poco tiempo para poder afirmar que el futuro de la HAD pasa por atender las necesidades de los pacientes. Nuestra prioridad es formar Equipos de Atención Domiciliaria que sean multidisciplinares: con médicos, enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas, auxiliares clínicos, trabajadores sociales y administrativos que, unidos, tienen una capacidad que no tendrían por separado para enfrentarse a los principales temores de los pacientes en el periodo final de su vida.

El miedo al dolor, el abandono de sus seres queridos, no tener una persona con quien desahogarse y la falta de control de síntomas son los objetivos a batir en la estrategia de la HAD. Por lo tanto los pilares en que debemos fundamentar nuestra asistencia a estos pacientes tienen que ser el apoyo emocional y la comunicación, además del control de síntomas.

La preocupación en nuestra comunidad por el hospital del futuro, como veremos a continuación, no vienen de hace días ni meses.

INGENIERÍA HOSPITALARIA. EL HOSPITAL DEL FUTURO

El 27 de octubre de 2006 se celebró un congreso en la ciudad de Valencia en que ya se analizaron nuevos retos y planteamientos de organización de la sanidad. Edificios e instalaciones han de adaptarse, determinando criterios para diseñar, construir y mantener los hospitales del futuro.

Diseño de alta seguridad para instalaciones de enfermos infecciosos o inmunodeprimidos, de alta eficacia energética, utilización de energías renovables, organización de plataformas de telemedicina y hospitalización a domicilio, sistemas de transporte robotizados y estructuras adaptadas a la segregación de residuos y gestión medioambiental.

Equipo multidisciplinar de ingenieros y personal sanitario que desarrolle el uso de plataformas de telemedicina que permitan proporcionar asistencia sanitaria de elevada complejidad a una población con gran dispersión geográfica, sin necesidad de que los pacientes se desplacen a los respectivos centros hospitalarios.

El hospital del futuro debe ser:

- Versátil (instalaciones adaptables a los cambios organizativos)
- Respetuoso con el medio ambiente
- Eficiente desde un punto de vista energético

- Automatizado
- Riguroso con la bioseguridad
- Seguro
- Compatible con el mantenimiento
- Higiénico
- Integrador
- Confortable

LÍNEAS DE FUTURO EN LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

A pesar de que en la actualidad están definidas las funciones, indicaciones, organización y rentabilidad de, lo que venimos llamando en estas líneas, la hospitalización a domicilio, continúa siendo una actividad no bien conocida.

Se define como un conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio del paciente, de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría ese mismo paciente en el Hospital convencional.

El domicilio del paciente y su entorno habitual aceleran el proceso de recuperación, aminorando el riesgo de iatrogenia y el coste social, además de ser en muchos casos el mejor lugar terapéutico y la opción más deseada por el paciente y su familia. En consecuencia, la misión fundamental de la HAD sería mejorar la calidad asistencial, reubicando precozmente en el domicilio al mayor número posible de pacientes. Una HAD actúa como equipo de soporte del Hospital de Agudos, como equipo de soporte de la atención primaria y como unidad de valoración y ubicación de pacientes en su mejor “lugar terapéutico”.

Las HAD no disponen de todos los tipos de profesionales. Sin embargo tienen la posibilidad de acceder a los recursos del propio hospital.

Funcionan 365 días al año de 8 horas a 22 horas.

SISTEMA DE INGRESO

Sistema informático EEH. (A desarrollar)

RESULTADOS Y LÍNEAS DE FUTURO

Desde el inicio de las HAD se ha observado un crecimiento progresivo.

En cuanto al nivel de satisfacción en todas las encuestas, tanto las realizadas a nivel de SVS como a nivel nacional, la HAD mantiene un nivel de satisfacción superior al del hospital. Una corriente opina que la HAD transfiere una carga a las familias que deslegitima la HAD como alternativa asistencial, aunque dada nuestra cultura de acompañamiento los familiares parecen asumir el cuidado en su domicilio.

El coste medio por estancia en el HAD resultó ser entre 3 y 6 veces más barato que el del Hospital.

Una de las nuevas líneas de trabajo en las HAD será la participación en los programas de crónicos en domicilio, su atención adecuada requiere la utilización de múltiples recursos sanitarios que suelen estar dispersos en el área, la HAD actuaría de coordinadora entre los diferentes recursos del área (especialistas, AP, recursos sociales...)

Posiblemente con las nuevas tecnologías en telemedicina será posible el acceso directo del especialista al domicilio del paciente.

En el Hospital General Universitario de Alicante la labor desarrollada por el Grupo de Mejora en la Continuidad de Cuidados (del que todos los componentes son enfermeros/as) ha facilitado que la comunicación entre el Hospital y sus equipos de Atención Primaria sea muy fluida gracias a las decisiones llevadas a cabo por la Dirección de Enfermería con el apoyo de la Gerencia del Departamento.

En estos momentos se está pilotando un trabajo de inclusión de enfermos de salud mental con la colaboración del personal de enfermería del servicio de urgencias del Hospital de Alicante.

En la última reunión convocada por el Grupo de Mejora en la Continuidad de Cuidados se trató sobre la posibilidad de realizar este mismo pilotaje con enfermos pluripatológicos o paliativos.

TELEMEDICINA

Aunque la telemedicina no está plenamente incorporada a nuestro sistema sanitario, algunos de sus aspectos más ventajosos sí se utilizan ya, como el intercambio por internet de radiografías o de historias clínicas entre centros de Atención Primaria y hospitales de referencia. Sin embargo aun tendrán que pasar algunos años hasta que las consultas a distancia o el seguimiento de pacientes crónicos por videoconferencia sean una realidad.

La Organización Mundial de la Salud define telemedicina como “el suministro de servicios de atención sanitaria, utilizado por profesionales que apelan a las tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos, hacer diagnósticos, proponer tratamientos, prevenir enfermedades, etc. con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en que viven”

Las aplicaciones asistenciales; administración y gestión de pacientes; información y formación a distancia para usuarios y profesionales son metas en fase de desarrollo en la actualidad.

En Estados Unidos diversas organizaciones de asistencia hospitalaria han comenzado a implantar en sus hospitales sistemas de monitorización y control a distancia de pacientes críticos para proporcionar ayuda complementaria a aquellos centros que no cuentan con especialistas “in situ” durante las 24 horas.

Los servicios de salud incluyen el intercambio de información y de imágenes como herramienta habitual de trabajo.

Las experiencias han sido exitosas, lo que demuestra que la salud a distancia aumenta la satisfacción de los pacientes, reduce estancias hospitalarias y mejora la coordinación entre niveles sanitarios.

La falta de protocolos y normas de trabajo para la integración de la telemedicina son cuestiones de índole legal, escollos que hay que superar.

Tecnológicamente hablando cada vez resulta más fácil desarrollar soluciones médicas en tiempo real, posibilitando la atención inmediata independientemente de donde se encontrara con la calidad y fiabilidad exigibles a cualquier revisión médica.

El Insalud elaboró en 1998 posibles usos de la telemedicina: asistencia médica a distancia, gestión de pacientes, información sanitaria a la población y formación de profesionales a distancia.

En el futuro las HAD podrán usar el telediagnóstico, mejorando la calidad asistencial, evitando gastos, pérdidas de tiempo y viajes. Para los profesionales aporta ventajas como la posibilidad de recabar segundas opiniones, mejorar la coordinación clínica y terapéutica y apoyo a los médicos que ejercen su labor en zonas apartadas.

Durante el 2003 se instalaron en toda la provincia de Cáceres estaciones de telemedicina en 18 centros de salud situados a más de 25 km de su hospital de referencia. Tras analizar las 2221 teleconsultas realizadas, la conclusión fue que los pacientes no mostraron reticencias al sistema y que los profesionales lo valoraron muy positivamente, ya que evitaron los desplazamientos hasta en un 70% en algunas especialidades.

En una sociedad como la nuestra, que tiene una población cada vez más envejecida, el incremento de enfermedades crónicas y del índice de supervivencia de los pacientes con patologías graves, unido a la transformación tecnológica, invitan a pensar que la telemedicina será uno de los instrumentos esenciales de la sanidad que viene, y que la salud estará más en los misterios del ciberespacio que en el ambulatorio de la esquina.

La medicina a distancia posibilita que un medico pueda atender por ejemplo, desde el hospital a un paciente que se encuentra a miles de kilómetros con la misma información que si el enfermo estuviera ingresado en una unidad de cuidados intensivos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

2632 pacientes se han beneficiado de la HAD del Hospital General Universitario de Alicante entre enero y septiembre de este año (figura 1). Algo más de la mitad (51.18%) han sido pacientes nuevos y de ellos aproximadamente 700 procedían de Urgencias y la Unidad de Corta Estancia (figura 2); lo cual nos da una imagen del papel que en el futuro desempeña nuestra unidad para la ocupación de camas en nuestro hospital.

Si a esto añadimos los casi 600 pacientes que nos remiten desde AP tendremos una idea clara de nuestro papel en el hospital del futuro. Pero no debemos olvidar que tal y como hemos comentado anteriormente, es un futuro de equipo en el que todos los profesionales son protagonistas.



Figura1. Actividad HAD del HGUA desde enero hasta septiembre de 2010

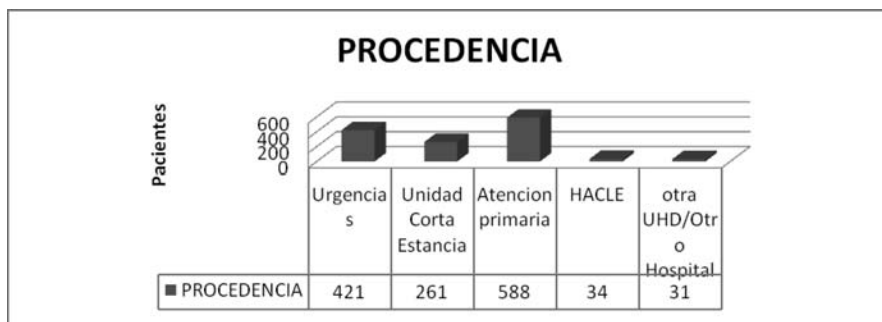


Figura 2. Procedencia de pacientes HAD del HGUA desde enero hasta septiembre de 2010

Los resultados en destino al alta de los pacientes HAD en Alicante nos demuestran que vamos por buen camino. Si bien desde enero de 2010 hasta septiembre (inclusive) un total de 2632 pacientes han sido dados de alta en el servicio, el 65.62% de ellos (1727) se mantienen o se han mantenido a cargo de su equipo de Atención Primaria (33.74%) y la HAD (31.88%) (figura 3).

Para localizarnos en un punto temporal más definido, nos serviremos de los datos más recientes que poseemos actualmente. De los 839 pacientes que han estado en seguimiento programado por la HAD de Alicante durante el intervalo de tiempo que se viene indicando, en la actualidad continúan el 13.83% (116) (datos referidos a septiembre de 2010) siendo el resto seguidos por Atención Primaria, HACLE, etc.

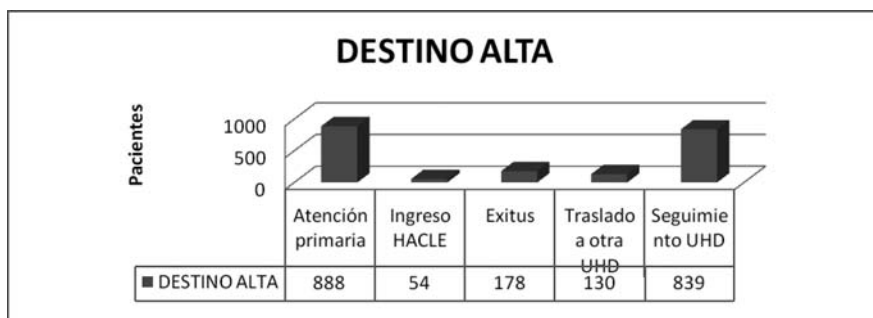


Figura 3. Pacientes destinados al alta desde enero hasta septiembre de 2010 en la HAD del HGUA

En estos momentos los objetivos “paciente paliativo/pluripatológico” pueden ubicarse en el mejor lugar terapéutico, es decir, su domicilio con apoyo de la HAD, pero sobretodo el de Atención Primaria. Gracias a la comunicación eficaz interdepartamental, la utilización de las nuevas tecnologías y la buena optimización de los recursos se actúa en beneficio del paciente de forma eficiente y sostenible.

“Si quieres llegar rápido ve solo, pero si quieres llegar lejos busca un buen equipo”

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández, M. J. (s.f.). Atención Sanitaria: Eroski Consumer. Recuperado el octubre de 2010, de Eroski Consumer: http://www.consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2010/06/29/193942.php
- Generalitat Valenciana. XXIV Seminario de Ingeniería Hospitalaria: el hospital del futuro.
- Gómez-Casas, M. (Sept-Oct de 2005). Telemedicina. La medicina del futuro. Recuperado el 2010, de www.humanizar.es
- granadahoy.com. (2010). La hospitalización a domicilio, el futuro de la asistencia sanitaria. Recuperado el 2010, de granadahoy.com
- Grupo de Mejora en la Continuidad de Cuidados del Hospital General Universitario de Alicante (Octubre 2010) Acta Informe sobre Salud Mental. Alicante
- López-Benito, I., & Baydal, R. (s.f.). Hospitalización a Domicilio. Una alternativa a la Hospitalización convencional. Líneas de futuro. Recuperado el 2010, de http://www.smid.com.ve/download/cdt_62.pdf
- (enero - septiembre, 2010) Indicadores de Actividad, Procedencia y Altas de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital General Universitario de Alicante y C.E. de Babel

ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA

SIEMPRE HAY UN POCO DE TIEMPO

M^a Isabel García Murcia
Enfermera de UDCA

INTRODUCCIÓN

Soy de una generación de enfermeras a las que nos enseñaban durante nuestro horario de prácticas, a cuidar al paciente de forma integral, a cuidarlo con cariño y esmero; los medios materiales solían ser escasos, teniendo que recurrir a la imaginación en muchas ocasiones para cubrir los déficits, de forma que el paciente pudiera irse de alta en óptimas condiciones de salud. No sabíamos cuan importantes iban a ser, años más tarde, las palabras: 'Cuidados', 'integral', 'salud', 'sostenibilidad', 'humanización', 'recursos' y alguna otra más. De lo que ahora tanto se escribe y se habla, antes, sin calificarlo, lo poníamos en práctica de forma natural, era una cosa de diario, nos decían que eso era profesionalidad.

Formamos parte de un equipo multidisciplinar en el que cada uno tiene su función y con un objetivo en común, conseguir el restablecimiento de la salud del paciente. Durante su estancia hospitalaria el paciente puede necesitar desde pruebas exploratorias para llegar a un diagnóstico, tratamiento, a precisar de una técnica quirúrgica más o menos compleja. Finalizada su estancia, nos ponemos en contacto con los compañeros de atención primaria mediante el alta de enfermería a través de un programa informático llamado Abucasis. Esta relación hospital y centros de Salud hace que el paciente pueda tener un adecuado seguimiento en la consulta o domicilio.

Por experiencia sé que cuando trabajas con personas enfermas y ponemos todo de nuestra parte por conseguir que las necesidades del paciente queden resueltas, la satisfacción es enorme y hace que puedas seguir día tras día cuidando de ellos, unas veces tendrás que tranquilizarles, mimarles, escucharles, hacer que se sientan seguros, y otras dedicar un poco de tiempo a su entorno familiar. Poniendo esto en práctica el paciente se siente seguro y nosotros ganamos su respeto y tiempo.

En momentos “de crisis”, ésta, no debería notarse puesto que habiendo suficientes medios materiales, más caros o más baratos, hay un elemento constante, un comodín capaz de rellenar las más grandes lagunas; la dedicación, el cariño, la información, la educación al paciente y la familia.

Somos un colectivo que sea cual sea el puesto desde el que desarrollemos nuestra profesión, tenemos en nuestras manos la posibilidad de enseñar a la población algo sobre la salud, los derechos y las obligaciones, hablar del bienestar, pero también de los problemas que se le pueden presentar y como afrontarlos.

MESA DE COMUNICACIONES LIBRES 3

ENCUESTA DE OPINIÓN Y DE SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ADSCRITO AL EQUIPO VOLANTE DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Manuel A. Fuentes Pérez.

Enfermero. Equipo Volante. Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería que constituyen el equipo de volantes del Hospital General Universitario de Alicante (en adelante HGUA) existen con este u otro nombre (personal de retén, de corre turnos, staff, float nurse o enfermera flotante, etc) en gran número de hospitales, siendo imprescindibles para el funcionamiento de estos.

El equipo volante se caracteriza por:

- No estar vinculado a ningún servicio o unidad del HGUA, excepto:
 - Personal de la Unidad de Pre Ingreso (UPI), que actúa como tal siempre que esta unidad permanece cerrada
 - Personal de endoscopias de urgencias, que actúa como tal siempre que lo solicite la supervisión general
- Dependier orgánicamente de la dirección de enfermería del HGUA a través de los supervisores generales quienes los ubican en cada turno en función de las necesidades del momento.
- Estar estructurado en turnos rotatorios, mañanas/tardes y turno de noches fijas.
- Tener como finalidad:
 - Cubrir las libranzas programadas de los profesionales de las diversas unidades y servicios.
 - Cubrir ausencias imprevistas de personal.
 - Cubrir los desbordamientos asistenciales estacionales mediante la apertura de las UPI.
 - Atender al endoscopista de guardia en la realización de estas técnicas en los turnos donde no funciona este servicio.
 - Apoyar a los profesionales de otras unidades que lo requieran en momentos puntuales.

Desde sus orígenes, el “ser volante” ha sido considerado como uno de los peores destinos del hospital, siendo sus componentes generalmente personal contratado y

con alto grado de rotación. Solamente es un servicio de elección cuando el turno es el factor determinante y no se puede conseguir en ningún otro servicio. En la actualidad el número de componentes es, probablemente, el más elevado de la historia del hospital.

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

Locke¹ 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 sanitarios⁴ 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 edad y los años de ejercicio profesional también guardan relación con la satisfacción laboral. Al respecto la mayoría de los estudios relacionan de manera positiva estas variables indicando que al aumentar la edad y los años de ejercicio profesional, 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.

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.

De aquí surge la necesidad dentro de las organizaciones de satisfacer las necesidades laborales de los miembros del equipo multidisciplinar existente, por ser uno de los indicadores que condicionan la calidad asistencial dentro del comportamiento organizacional. 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.

El autor de este estudio, miembros del equipo volante en varias ocasiones a lo largo de su carrera profesional han sentido en múltiples ocasiones curiosidad sobre el perfil de sus miembros, sus opiniones sobre los servicios donde acuden, su nivel de satisfacción por ser volante, etc.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

1. Determinar el perfil socio demográfico del personal de enfermería destinado al equipo volante del Hospital General Universitario de Alicante
2. Determinar las causas que más les molesta de ser volantes.
3. Determinar cuáles son los servicios/unidades que en su opinión requieren más personal, cuales prefieren más y cuales menos y los motivos
4. Determinar el nivel de satisfacción laboral y sus factores
5. Indagar la posible relación entre la satisfacción laboral y el turno de trabajo

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, exploratorio.

Muestra y tipo de muestreo

Criterio de inclusión

La población a estudiar son todas/os las/os enfermeras/os, ejercientes durante el periodo de la encuesta, dependientes de los supervisores generales de enfermería del HGUA y que constituyen el equipo volante así como los denominados “Volantes de la UPI” debido a que ejercen como verdaderos volantes la mayor parte del año al estar cerrada esta Unidad.

Criterio de Exclusión

Se excluyeron de este estudio los denominados “Volantes de endoscopias” al estar “más especializados” y ejercer en pocas ocasiones de volantes “puros”.

Tipo de encuesta.

Dado que era posible encuestar a toda la población debido a su tamaño reducido (27 profesionales de enfermería), se optó por una encuesta censal.

Como instrumento para la recogida de datos hemos usado, previa carta de presentación, un cuestionario autocumplimentado, diferenciado varias partes, por una parte, se recogen datos socio?demográficos del encuestado:

- edad,
- sexo,
- estado civil, etc

Por otra parte preguntas de interés laboral elaboradas por el propio equipo que realizó el estudio, en las que se pregunta sobre:

- Antigüedad,
- Tipo de contrato,
- Tipo de jornada laboral,
- Lo que más le molesta de ser volante (la forma de puntuación fue mediante una escala de 1 a 5 siendo 1 nada y 5 mucho)
- Los servicios donde trabajan, la valoración de los mismos,
- Percepción sobre el propio trabajo y, para finalizar,
- El cuestionario de FontRoja² 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.

Se procedió al reparto bien de forma directa y personal y/o a través de los supervisores generales y compañeros, de un sobre personalizado que contenía: la carta de presentación, el cuestionario y un sobre sin remite y dirigido a el autor, en el periodo del 23-03-2010 hasta el 07-04-2010. Los encuestados remitieron los cuestionarios depositándolos en alguno de los dos despachos indicados en la carta de presentación a lo largo del periodo 23-03-2010 hasta el 15-04-2010

Método de análisis estadístico

Los datos se recogieron en una base de datos especialmente diseñada y se analizaron a través del programa informático SPSS V 15.0 y la hoja de cálculo Excel. 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.

RESULTADOS

El total de enfermeras volantes a las que se entregó el cuestionario fue de 27, la tasa de respuesta fue del 59,26% (16).

El perfil de los encuestados es el siguiente: género femenino (81,3%), la media de edad fue de $34,25 \pm 8,32$ años, rango 26-58 años. El 81,3% (13) tiene contrato de sustitución de vacante. La distribución por turnos fue 25% (4) enfermeras de turno rodado, 31,3% (5) de mañanas tardes y 43,8% (7) de noches.

La antigüedad laboral es de $2,53 \pm 0,99$ años (rango 1-4 años) y como volante de $1,13 \pm 0,35$ años (rango 1-2 años), el 86,7% (13) llevan trabajando como volante menos de 5 años. El 62,5% (10) viven en pareja o casados.

El 100% dedican tiempo a su formación. El 75 % (12) asisten a entre 1 y 3 cursos al año. Tan solo el 25% (4) estudia o ha estudiado otra carrera y el 20% (3) participa en actividades de investigación y 18,8% (3) ejercen otra actividad profesional.

El 100% creen necesaria la existencia de los volantes. El 43,8% (7) están de volantes por decisión de la dirección siendo tan solo el 12,5% (2) quienes están por decisión propia y el 31,3% (5) por el turno.

El 25% (4) de las enfermeras querría dejar de ser volante a toda costa, y el 43,8% (7) lo haría dependiendo del servicio donde fuera destinado. Los servicios más elegidos para trabajar al dejar de ser volante son: Lactantes, Pediatría, UCI y Urgencias todos con un 12,53% (2).

El 81,3% (13) creen necesaria una formación específica para ejercer de volante, y el 87,5% (14) creen que los volantes deberían especializarse en los diferentes servicios/unidades.

Respecto a las actuaciones de refuerzo, entendidas como el apoyo a otros compañeros en su servicio, el 87,5% (14) considera que su asistencia es necesaria, pues debería de haber más personal en ese servicio.

Los tres servicios/unidades, que en opinión de los volantes necesitarían más dotación de personal son: 1º Cirugía Vascular 68,8% (11), 2º Medicina Interna 37,5% (6) y 3º Neurología, Obstetricia y Medicina Interna ambas con un 18,8% (3).

Preguntamos a los encuestados por los tres servicios/unidades que más les agradaban y los motivos. Como primera opción el servicio más valorado fue Cuidados intensivos 31,25% (5) como segunda opción Nefrología, 18,75% (3) y en tercer lugar cirugía infantil, Medicina interna, Oncología y Urgencias todos ellos con 12,5% (2). Los resultados agrupados se muestran en la Tabla I destacando Urgencias, Cirugía vascular y Cuidados intensivos como los que más les agradan. Los motivos más indicados fueron: el tipo de trabajo, los compañeros y los pacientes.

Preguntamos a los encuestados por los tres servicios/unidades que menos les agradaban y los motivos. Como primera opción los servicios menos valorados fueron Neonatos, Obstetricia y Urgencias 18,75% (3) como segunda opción Urgencias y Cuidados intensivos, 12,5% (2) y en tercer lugar NS/NC 18,75 (3). Los resultados agrupados se muestran en la Tabla II destacando Neonatología y Obstetricia como los que menos agradan. Los motivos más indicados fueron: el tipo de trabajo y los pacientes.

Los motivos que más les molestaba a los encuestados de ser volante se muestran en la Tabla III. Destacan como los que más molestan: el ser destinado en un mismo turno a varios servicios $4,25 \pm 1,24$, no tener seguimiento de los pacientes atendidos $4,19 \pm 0,83$ y no enterarse adecuadamente de los errores propios cometidos $4,19 \pm 1,11$ y como menos no conocer a los médicos $2,31 \pm 0,79$. Problemas con las vacaciones, que le cambien el turno en las mismas, con la posibilidad de cambios de turnos o que solicite la dirección el cambio del mismo, la sensación de abuso por parte de los compañeros del servicio, etc. son algunas aportaciones de los encuestados con $n=1$.

En la Tabla IV se muestran los resultados de las siguientes cuestiones: están de acuerdo en las posibilidades de promoción y sobre si la empresa desea crear un espíritu de equipo los encuestados se muestran indecisos aunque si señalan masivamente la inexistencia de una valoración periódica de su trabajo. Los encuestados están de acuerdo en que su trabajo tiene aspectos realmente estimulantes así como en el hecho de no darse por vencido ante las dificultades laborales.

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. Los más valorados fueron: Factor nº 9: Monotonía laboral o grado en que afecta la rutina laboral al sujeto ($4,03 \pm 0,56$), esto es, existe mucha satisfacción con la variabilidad laboral, y 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 ($4,03 \pm 0,58$), alto índice de satisfacción con su preparación para desempeñar sus quehaceres diarios. Los factores menor valorados, esto es existe un alto grado de insatisfacción, fueron: 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 ($1,62 \pm 0,50$) y Factor nº 6: Relación interprofesional con sus jefes o grado en que el individuo sabe lo que se espera de él ($2,46 \pm 0,53$).

La puntuación media de Satisfacción Media Global (SMG) es de $3,38 \pm 0,27$ (Rango 3,08-4,13).

En cuanto al grado de satisfacción, el 68,8% (11) se muestran Bastante satisfechos con ser volantes, el 18,8% (3) Poco satisfechos, el 6,3% (1) muy satisfechos y al igual que nada satisfechos.

En la Tabla VI se muestra la relación entre las variables Turno y Grado de satisfacción. Mientras los volantes del turno de noches indican estar Bastante Satisfechos en un 85,7%, los del turno de mañanas/tardes tan solo lo indican en un 40%. Tras aplicar la prueba Chi-cuadrado de Pearson a estas dos variables no se a podido demostrar la relación obteniéndose $p > 0,05$.

DISCUSIÓN

La tasa de respuesta ha sido baja, e incluso menor de los estudios revisados. Surge la pregunta de si los encuestados más insatisfechos han dejado de contestar o son otras las causas de la no participación en el estudio.

En el perfil de los encuestados destaca la media edad superior a los treinta años así como el que la mayoría sea personal de contrato, con escasa antigüedad en el

puesto a pesar de tener una amplia experiencia laboral a sus espaldas. Así mismo resalta la dedicación a la formación continuada. Existe un amplio consenso en la necesidad de: una formación específica para desempeñar la labor de volante, su existencia como puesto laboral, aunque esto último entra en conflicto con el deseo expresado de especializarse y que parece contrario al perfil laboral del volante que ha de ser el profesional “todoterreno”.

Se aprecia que los servicios elegidos para ser destinados de dejar de ser volante son muy variados sin que exista ningún servicio mucho más atractivo que el resto. El tipo de trabajo y el tipo de paciente parecen los determinantes para los servicios preferidos.

Los servicios señalados por los encuestados como los necesitados de más dotación de personal (medicina interna, cirugía vascular, obstetricia y neurología) son aquellos donde los pacientes son más dependientes y donde cada día la labor que años atrás realizaba la familia va pasando íntegramente al personal sanitario.

Sobre los servicios preferidos por los encuestados llaman la atención al ser servicios especiales (UCI y urgencias), al igual que uno de los menos deseados (neonatalogía). Tal vez el criterio decisor sea la experiencia laboral previa de los encuestados. Lo que sí es más que evidente es que un factor decisorio es el tipo de trabajo a realizar sobre el resto de las opciones propuestas. Aún así, posiblemente la experiencia de anteriores épocas laborales, o del primer contacto como volante, le hacen tener filias y fobias a servicios y unidades.

Los factores que causan insatisfacción en el presente estudio son la interrelación con los compañeros y con la supervisión, algo que parece lógico debido al perfil profesional de los volantes que le aísla de los mismos convirtiéndole en un “llanero solitario” y para el que la supervisión es tan solo una voz que le señala su destino cada turno e incluso en diversas ocasiones durante el mismo.

La monotonía laboral está relacionada, en diversos estudios, con la insatisfacción, en nuestro estudio se aprecia la baja puntuación adjudicada a este factor ayudando posiblemente a una mayor satisfacción laboral.

Sobre el nivel de satisfacción, habiendo sido medido de dos formas distintas, mediante pregunta directa y mediante el test de Font-Roja, se muestra “bastante satisfacción”, a pesar del deseo expresado de estar en otros servicios/unidades. Así mismo la Satisfacción Media Global obtenida es ligeramente superior a la expuesta en los trabajos revisados.

No hemos podido demostrar una relación entre la satisfacción laboral y el turno de trabajo desempeñado.

El personal de enfermería destinado como volante debe desempeñar en cada turno las tareas de aquellas unidades a donde es destinado. En ocasiones en un mismo turno puede actuar en varios servicios/unidades. Todo ello, con el tiempo, y por necesidad, le confiere una visión global del hospital, de las tareas que se realizan en cada servicio/unidad. Lo que más añoran es el calor de la camaradería y la guía de la supervisión, el seguimiento de los pacientes y su patología así como la mejora profesional que supone el conocer a tiempo los errores cometidos.

CONCLUSIONES

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. Es así como, en general, las/os enfermeras/os se encuentran más satisfechas/os desde el punto de vista laboral con las variables: supervisión, interacción con los pares, trabajo en sí y oportunidades de perfeccionamiento, el reconocimiento del trabajo realizado, la responsabilidad y los beneficios del lugar de 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 del personal volante.

El factor de relación interpersonal y con la supervisión podría 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.

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/satisfaccion-laboral-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.odonto-marketing.com/art71dic2002.htm>] (Visitado el 26-3-2010)

TABLAS

Tabla I. Servicios/unidades que más agradan a los enfermeros/as volantes y los motivos.

Servicio	Cantidad de trabajo	Tipo de Trabajo	Compañeros	Enfermos	n	%
Agudos de nefrología	1	1			1	2,78
Cardiología		1	1	1	1	2,78
Cirugía infantil		1	1	1	1	2,78
Cirugía			1	1	1	2,78
Ginecología		1			1	2,78
Medicina interna		1	1	1	1	2,78
Nef		1		1	1	2,78
Obstetricia		1		1	1	2,78
Polivalente		2			1	2,78
U. enfermedades infecciosas	1		1		1	2,78
Lactantes		2			2	5,56
Digestivo		1	2	1	2	5,56
Neurología	1	1	1		2	5,56
Oncología	2	2	1	1	2	5,56
NS/NC					3	8,33
Reanimación		3	1	3	3	8,33
Cirugía vascular	2	1	4		4	11,11
Cuidados intensivos	1	4	3	4	4	11,11
Urgencias	1	4	1	1	4	11,11
	9	27	18	16	36	100,00

Tabla II. Servicios/unidades que menos agradan a los volantes y los motivos.

Menos agradan	Cantidad de trabajo	Tipo de Trabajo	Compañeros	Enfermos	Otros	n	%
Banco de sangre		1				1	2,78
Consultas externas		1				1	2,78
Cirugía pediátrica		1		1		1	2,78
Cirugía vascular	1					1	2,78
Endocrinología	1					1	2,78
Escolares		1				1	2,78
Hospital de día		1		1		1	2,78
Neurocirugía		1				1	2,78
Oncología		1		1		1	2,78
Urgencias de pediatría		1	1	1		1	2,78
Unidad de pre-ingresos					1	1	2,78
Unidad de mezclas		1				1	2,78
Cuidados intensivos		2		1		2	5,56
Lactantes		3		2	1	3	8,33
Reanimación		3		1		3	8,33
Urgencias	1	1	2			3	8,33
NS/NC						4	11,11
Obstetricia	1	4		3	1	4	11,11
Neonatología		4	2	4		5	13,89
	4	26	5	15	3	36	100,00

Tabla III. Lo que más le molesta de ser volante

	Media \pm DE	Moda (%)
No saber dónde voy cada día	3,31 \pm 1,54	5 (33,3)
No conocer a los compañeros con quien poder cambiar turnos	3,19 \pm 1,42	4 (26,7)
Que me destinen en un mismo turno a varios sitios consecutivamente	4,25 \pm 1,24	5 (60,0)
No conocer a los médicos	2,31 \pm 0,79	3 (53,3)
No conocer a los compañeros con los que trabajo en cada jornada	3,00 \pm 1,26	3 (40,0)
No conocer a los pacientes	3,63 \pm 1,02	4 (46,7)
No saber donde están las cosas	3,69 \pm 0,87	4 (53,3)
No conocer los protocolos/costumbres específicos/as de casa sitio	3,75 \pm 1,00	4 (40,0)
No tener seguimiento de los pacientes atendidos o las actividades realizadas	4,19 \pm 0,83	4 (46,7)
No enterarme adecuadamente de mis errores para poder mejorar	4,19 \pm 1,11	5 (46,7)

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	3,50 \pm 1,32	5 (3,13)
Recibes una valoración periódica de cómo realiza su trabajo	3,94 \pm 1,24	5 (43,48)
Sientes que en su empresa se desea crear un espíritu de equipo	3,25 \pm 1,12	3 (50,00)
Cuando hay dificultades en su trabajo no se da por vencido	1,81 \pm 0,98	2 (56,30)
Su trabajo tiene aspectos realmente estimulantes	2,06 \pm 1,18	1 (43,80)

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

	Media ± DE	Moda (%)
Factor nº 1: Satisfacción por el trabajo o grado de satisfacción que percibe el individuo condicionado por su puesto de trabajo.	3,71 ± 0,393,75	(37,5)
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.	3,60 ± 0,523,20	(25)
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.	4,02 ± 0,583,67	(37,5)
Factor nº 4: Presión del trabajo o grado que el individuo percibe que el trabajo es una carga.	3,12 ± 0,943,00 y 4,00	(25)
Factor nº 5: Promoción profesional o grado en que el trabajador cree que puede mejorar tanto a nivel laboral como en reconocimiento profesional.	2,93 ± 0,732,67	(31,3)
Factor nº 6: Relación interprofesional con sus jefes o grado en que el individuo sabe lo que se espera de él.	2,46 ± 0,532,00 y 2,50	(31,3)
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.	1,63 ± 0,502,00	(62,5)
Factor nº 8: 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.	3,31 ± 0,573,00	(43,8)
Factor nº 9: Monotonía laboral o grado en que afecta la rutina laboral al sujeto.	4,03 ± 0,564,00	(37,5)
Factor nº 10: Influencia del entorno o grado en que las condiciones físicas y seguridad del trabajo afectan al individuo	3,03 ± 1,023,50	(31,3)
Factor nº 11: Influencia de la supervisión o grado en que el superior inmediato interfiere positiva o negativamente en el trabajo del sujeto.	3,41 ± 0,683,50	(31,3)

Tabla VI. Tabla de contingencia Turno Vs Grado de satisfacción.

Turno	Nada satisfecho	Poco Satisfecho	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
Rodado		25,0 % (1)	75,0% (3)	
Mañanas/Tardes	20,0 % (1)	40,0 % (2)	40,0% (2)	
Noches			85,7 % (6)	14,3 % (1)

ENCUESTA DE OPINIÓN Y DE SATISFACCIÓN LABORAL DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ADSCRITAS AL EQUIPO VOLANTE DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Manuel A. Fuentes Pérez.

Enfermero. Equipo Volante. Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN

Las auxiliares de enfermería que constituyen el equipo volante del Hospital General Universitario de Alicante (en adelante HGUA) existen con otras denominaciones (personal de retén, de corre turnos, staff, float nurse o enfermera flotante, etc) en gran número de hospitales, siendo imprescindibles para el funcionamiento de estos.

El equipo volante se caracteriza por:

- No estar vinculado a ningún servicio o unidad del HGUA, excepto:
 - Personal de la Unidad de Pre Ingreso (UPI), que actúa como tal siempre que esta unidad permanece cerrada
 - Personal de endoscopias de urgencias, que actúa como tal siempre que lo solicite la supervisión general
- Dependar orgánicamente de la dirección de enfermería del HGUA a través de los supervisores generales quienes los ubican en cada turno en función de las necesidades del momento.
 - Estar estructurado en turnos rotatorios, mañanas/tardes y turno de noches fijas.
 - Tener como finalidad:
- Cubrir las libranzas programadas de los profesionales de las diversas unidades y servicios.
 - Cubrir ausencias imprevistas de personal.
 - Cubrir los desbordamientos asistenciales estacionales mediante la apertura de las UPI.
 - Atender al endoscopista de guardia en la realización de estas técnicas en los turnos donde no funciona este servicio.
 - Apoyar a los profesionales de otras unidades que lo requieran en momentos puntuales.

Desde sus orígenes, el “ser volante” ha sido considerado como uno de los peores destinos del hospital por carecer de servicio/unidad, siendo sus componentes gene-

ralmente personal contratado y con alto grado de rotación. Solamente es un servicio de elección cuando el turno es el factor determinante y no se puede conseguir en ningún otro servicio. En la actualidad el número de componentes es, probablemente, el más elevado de la historia del hospital.

La satisfacción laboral es definida como el grado en que las personas parecen gustar de su trabajo. Existen dos grupos de factores motivacionales relacionados con el trabajo, los factores del primer grupo corresponden a la organización, tal es el caso del tipo de supervisión, remuneración, relaciones humanas y condiciones físicas del área de trabajo, los factores del segundo grupo corresponden al individuo entre los que se distinguen los logros profesionales personales, promoción en el puesto y reconocimientos. 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 es un riesgo profesional muy extendido entre el personal que presta sus servicios en las instituciones públicas de salud, donde dicha insatisfacción guarda una intensa relación con las condiciones de trabajo. Locke1 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.

La edad y los años de ejercicio profesional también guardan relación con la satisfacción laboral. Al respecto la mayoría de los estudios relacionan de manera positiva estas variables indicando que al aumentar la edad y los años de ejercicio profesional, 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.

Actualmente se considera que la satisfacción de los profesionales de la salud en el trabajo es uno de los indicadores que condicionan la calidad asistencial.

El autor de este estudio, miembros del equipo volante en varias ocasiones a lo largo de su carrera profesional han sentido en múltiples ocasiones curiosidad sobre el perfil de sus miembros, sus opiniones sobre los servicios donde acuden, su satisfacción por ser volante, etc.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

1. Determinar el perfil socio demográfico del personal de enfermería destinado al equipo volante del Hospital General Universitario de Alicante
2. Determinar las causas que más les molesta de ser volantes.

3. Determinar cuáles son los servicios/unidades que en su opinión requieren más personal, cuales prefieren más y cuales menos y los motivos
4. Determinar el nivel de satisfacción laboral y sus factores
5. Indagar la posible relación entre la satisfacción laboral y el turno de trabajo

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, exploratorio.

Muestra y tipo de muestreo

Criterio de inclusión

La población a estudio son todas/os las/os auxiliares de enfermería, ejercientes durante el periodo de la encuesta, dependientes de los supervisores generales de enfermería del HGUA y que constituyen el equipo volante así como los denominados “Volantes de la UPI” debido a que ejercen como verdaderos volantes la mayor parte del año al estar cerrada esta Unidad. Criterio de Exclusión Se excluyeron de este estudio los denominados “Volantes de endoscopias” al estar “más especializados” y ejercer en pocas ocasiones de volantes puros.

Tipo de encuesta.

Dado que era posible encuestar a toda la población debido a su tamaño reducido (22 auxiliares de enfermería), se optó por una encuesta censal.

Como instrumento para la recogida de datos hemos usado, previa carta de presentación, un cuestionario autocumplimentado, diferenciado varias partes, por una parte, se recogen datos socio-demográficos del encuestado:

- edad,
- sexo,
- estado civil, etc

Por otra parte preguntas de interés laboral elaboradas por el propio equipo que realizó el estudio, en las que se pregunta sobre:

- antigüedad
- tipo de contrato
- tipo de jornada laboral
- lo que más le molesta de ser volante (la forma de puntuación fue mediante una escala de 1 a 5 siendo 1 nada y 5 mucho)
- los servicios donde trabajan, la valoración de los mismos
- percepción sobre el propio trabajo y, para finalizar
- el cuestionario de Font-Roja² 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 11 dimensiones:
- satisfacción por el trabajo (4)

- tensión relacionada con el trabajo (5)
- competencia profesional (3)
- presión del trabajo (2)
- promoción profesional (3)
- relación interpersonal con sus jefes (2)
- relación interpersonal con los compañeros(1)
- características extrínsecas del estatus (2)
- monotonía laboral (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.

Se procedió al reparto bien de forma directa y personal y/o a través de los supervisores generales y compañeros, de un sobre personalizado que contenía: la carta de presentación, el cuestionario y un sobre sin remite y dirigido a el autor, en el periodo del 23-03-2010 hasta el 07-04-2010. Los encuestados remitieron los cuestionarios depositándolos en alguno de los dos despachos indicados en la carta de presentación a lo largo del periodo 23-03-2010 hasta el 15-04-2010

Método de análisis estadístico

Los datos se recogieron en una base de datos especialmente diseñada y se analizaron con el test indicado en cada caso a través de SPSS V 15.0 y la hoja de cálculo Excel. El análisis es eminentemente descriptivo y de comparación y asociación entre variables (Significación $p < 0,05$). 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.

RESULTADOS

De las 22 trabajadores a los que se les entregó el cuestionario la tasa de respuesta fue del 68,18% (15). El perfil de los encuestados es el siguiente: género femenino 93,3% (14), la media de edad fue de $40,53 \pm 7,11$ años, rango 26-55 años. La distribución por turnos de trabajo fue: mañanas/tardes 40% (6), noches 33,3% (5) y rodado 26,7 (4). El 66,7% (10) tiene contrato de sustitución de vacante. El 46,7% (7) llevan trabajando entre 10-15 años y el 26,7% (4) más de 15 años. El 66,7 % (10) llevan trabajando como volante menos 5 años. El 46,7% (7) están casadas y el 33,3% (5) viven en pareja. El 86,7% (13) dedican tiempo a su formación, el 73,3% (11) entre 1-5 cursos al año. Tan solo el 33,3% (5) estudia o ha estudiado otra carrera y el 100% dice no participar en actividades de investigación y solo una persona ejercen otra actividad profesional. El 86,7% (13) creen necesaria la existencia de los volantes. El 60% (9) están de volantes por decisión de la dirección siendo tan solo una persona (6,7 %) quien está por decisión propia y 5 (33,3%) por el turno. El 20% (2) querría dejar de ser volante a toda costa, y el 66,7% (10) lo haría dependiendo del servicio donde fuera destinado. No existe acuerdo en cuanto a los servicios elegidos para trabajar al dejar de ser volante. El 80% (12) creen necesaria una formación específica para ejercer de volante, y el 93,3% (14) creen que los volantes deberían especializarse en los diferentes servicios/idades. Respecto a las actuaciones de refuerzo, entendidas como el apoyo a otros compañeros en su servicio, el 93,3% (14) considera que su asistencia es necesaria, pues debería de haber más personal en ese servicio.

Los tres servicios/unidades, que en opinión de los volantes necesitarían más dotación de personal son como primera opción Medicina Interna (80%), como segunda opción Cirugía Vascular (33,3%) y como tercera Neurología (33,3%). Preguntamos a los encuestados por los tres servicios/unidades que más les agradaban y los motivos. Como primera opción el servicio más valorado fue Medicina interna 13,33% (2) como segunda opción Urgencias de pediatría, 20,0% (3) y en tercer lugar el módulo de seguridad y trasplantes 13,33% (2). Los resultados agrupados se muestran en la Tabla I destacando Cirugía pediátrica y Medicina interna como los que más les agradan. Los motivos más indicados fueron: los compañeros, el tipo de trabajo, la cantidad de trabajo y los pacientes.

Preguntamos a los encuestados por los tres servicios/unidades que menos les agradaban y los motivos. Como primera opción los servicios menos valorados fueron Medicina interna 20,0% (3) como segunda opción Medicina interna, Módulo de seguridad y Quirófano 13,33% (2) y en tercer lugar Neurocirugía y NS/NC 20,0 (3). Los resultados agrupados se muestran en la Tabla II destacando Medicina interna y Neurocirugía como los que menos agradan. Los motivos más indicados fueron: el tipo de trabajo y la cantidad, los compañeros y los pacientes.

Sobre lo que más le molestaba a los encuestados de ser volante Tabla III la forma de puntuación fue mediante una escala de 1 a 5 siendo 1 nada y 5 mucho. Mientras que no conocer a los médicos ($2,13 \pm 1,30$) no supone una molestia para los encuestados, el no enterarse adecuadamente de los errores cometidos ($4,60 \pm 0,63$), ser destinado a varios sitios durante un turno ($4,13 \pm 1,25$) y no conocer las costumbres/protocolos de las unidades ($4,13 \pm 1,30$) supone una gran molestia. La posibilidad de cambios de turnos o que solicite la dirección el cambio del mismo, la sensación de abuso por parte de los compañeros del servicio, la falta de medios, etc. son algunas aportaciones de los encuestados con $n=1$.

En la Tabla IV se muestran los resultados de las siguientes cuestiones: preguntados sobre si tienen posibilidades de promoción y si la empresa desea crear un espíritu de equipo los encuestados se muestran indecisos aunque si señalan masivamente la inexistencia de una valoración periódica de su trabajo. Los encuestados están de acuerdo en que su trabajo tiene aspectos realmente estimulantes así como en el hecho de no darse por vencido ante las dificultades laborales.

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. Las mayores puntuaciones denotan mayor satisfacción. Los factores más valorados fueron: 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 ($3,78 \pm 0,99$), Factor nº 9: Monotonía laboral o grado en que afecta la rutina laboral al sujeto ($3,67 \pm 0,59$), esto es, existe mucha satisfacción con la variabilidad laboral, y, alto índice de satisfacción con su preparación para desempeñar sus quehaceres diarios. Los factores menor valorados, esto es existe un alto grado de insatisfacción, fueron: 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

($2,13 \pm 1,01$) y Factor nº 6: Relación interprofesional con sus jefes o grado en que el individuo sabe lo que se espera de él ($2,37 \pm 0,77$).

La puntuación media de Satisfacción Media Global (SMG) es de $3,31 \pm 0,27$ (Rango 3,00-3,92). En cuanto al grado de satisfacción, el 46,7% (7) se muestran bastante satisfechos con ser volantes, 26,7% (4) poco satisfecho, y el 13,3% (2) nada satisfecho al igual que muy satisfecho.

En la Tabla VI se muestra la relación entre las variables Turno y Grado de satisfacción. Mientras los volantes del turno de noches indican estar Bastante Satisfechos en un 80%, los del turno de mañanas/tardes tan solo lo indican en un 33,3%, indicando en un 50% estar poco satisfechos. Tras aplicar la prueba Chi-cuadrado de Pearson a estas dos variables no se a podido demostrar la relación obteniéndose $p > 0,05$.

DISCUSIÓN

En el perfil de los encuestados destaca la media edad superior a los treinta años así como el que la mayoría sea personal de contrato, con escasa antigüedad en el puesto a pesar de tener una amplia experiencia laboral a sus espaldas. Así mismo resalta el porcentaje de los encuestados que dedica tiempo a la formación continua. Existe una mayoría de encuestados que cree en la necesidad de: una formación específica para desempeñar la labor de volante, su existencia como puesto laboral, aunque esto último entra en conflicto con el deseo expresado de especializarse lo cual parece contrario al perfil laboral del volante que ha de ser el profesional “todoterreno”. Los servicios elegidos para ser destinados de dejar de ser volantes son variados sin que exista ningún servicio mucho más atractivo que el resto. El tipo de trabajo y el tipo de paciente parecen los determinantes para los servicios preferidos. Sobre lo que más molesta de ser volante destaca en primer lugar el no enterarse de los errores cometidos para poder mejorar algo que dice mucho de la profesionalidad de los encuestados, y en segundo el no conocer los protocolos/costumbres de los servicios y ser destinado a varios servicios en un mismo turno.

Los servicios señalados por los encuestados como los necesitados de más dotación de personal (medicina interna, neurocirugía, cirugía vascular y neurología) son aquellos donde los pacientes son más dependientes y donde cada día la labor que años atrás realizaba la familia va pasando íntegramente al personal sanitario.

Los servicios que más o menos gustan a las auxiliares volantes son casi tantos como los encuestados y no destaca ninguno de forma llamativa. Factor decisivo es el tipo de trabajo a realizar y los compañeros. Aún así, posiblemente la experiencia de anteriores épocas laborales, o del primer contacto como volante, le hacen tener filias y fobias a servicios y unidades. Los factores que causan insatisfacción en el presente estudio son la interrelación con los compañeros y con la supervisión, algo que parece lógico debido al perfil profesional de los volantes que le aísla de los mismos convirtiéndole en un “llanero solitario” y para el que la supervisión es tan solo una voz que le señala su destino cada turno e incluso en diversas ocasiones durante el mismo.

La monotonía laboral está relacionada, en diversos estudios, con la insatisfacción, en nuestro estudio se aprecia la baja puntuación adjudicada a este factor ayudando posiblemente a una mayor satisfacción laboral.

Sobre el nivel de satisfacción, habiendo sido medido de dos formas distintas, mediante pregunta directa y mediante el test de Font-Roja, se muestra “bastante satisfacción”, a pesar del deseo expresado de estar en otros servicios/unidades. Así mismo la Satisfacción Media Global obtenida está entre los valores expuestos en los trabajos revisados teniendo en cuenta que estos son con personal mixto o solo enfermería. No hemos podido demostrar una relación entre la satisfacción laboral y el turno de trabajo desempeñado.

El personal de auxiliar de enfermería destinado como volante debe desempeñar en cada turno las tareas de aquellas unidades a donde es destinado. En ocasiones en un mismo turno puede actuar en varios servicios/unidades. Todo ello, con el tiempo, y por necesidad, le confiere una visión global del hospital, de las tareas que se realizan en cada servicio/unidad. Lo que más añoran es el calor de la camaradería y la guía de la supervisión, el seguimiento de los pacientes y su patología así como la mejora profesional que supone el conocer a tiempo los errores cometidos.

CONCLUSIONES

Investigaciones realizadas sobre satisfacción laboral en enfermeras/os y auxiliares han llegado a conclusiones similares respecto a aquellos aspectos del trabajo que guardan relación con la satisfacción y la insatisfacción en el trabajo. Es así como, en general, se encuentran más satisfechas/os desde el punto de vista laboral con las variables: supervisión, interacción con los pares, trabajo en sí y oportunidades de perfeccionamiento, el reconocimiento del trabajo realizado, la responsabilidad y los beneficios del lugar de 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 del personal volante.

El factor de relación interpersonal y con la supervisión podría 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.

BIBLIOGRAFÍA

1. Satisfacción laboral y burnout en enfermeras de tercer nivel de atención en Guadalajara. Colunga Rodríguez, C. et al [http://factorespsicosociales.com/segundoforo/carteles/Colunga-Dominguez-et-al.pdf] (Visitado el 3-4-2010)
2. Edmundo Briseño, C. y otros. Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector público. Revista Electrónica de Medicina Intensiva Artículo especial nº 30. Vol 5 nº 4, abril 2005.
3. 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.

4. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid en [http://www.monografias.com/trabajos904/satisfaccion-laboral-insalud/satisfaccion-laboral-insalud.shtml] (Visitado el 26-3-2010)
5. 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)
6. 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
7. 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
8. Edmundo Briseño, C. et all. Estudio de Riesgos Ergonómicos y Satisfacción Laboral en [http://www.laenfermerahoy.com.ar/articulo.php?id=25] (Visitado el 23-10-2010)

TABLAS.

Tabla I. Los servicios/unidades que más agradan a los volantes y los motivos.

Mas gustan	Cantidad de trabajo	Tipo de trabajo	Compañeros	Enfermos	Otros	n	%	
Cirugía			1	1		1	2,22	
Consultas externas			1		1	1	2,22	
Digestivo			1	1		1	2,22	
Ginecología	1			1		1	2,22	
Nefrología			1	1		1	2,22	
Neonatos				1	1	1	2,22	
Obstetricia			1	1		1	2,22	
Oftalmología	1					1	2,22	
Oncología					1	1	2,22	
Otorrinolaringología			1	1		1	2,22	
Partos			1	1	1	1	2,22	
Plantas en general			2			1	2,22	
Quirófano	1		1	1	1	1	2,22	
Quirófano de Urgencias	1		1	1	1	1	2,22	
Reanimación	1					1	2,22	
Unidad de Quemados			1	1		1	2,22	
Urgencias	1		1	1		1	2,22	
Urgencias de Ginecología						1	2,22	
Agudos	2		2	1		2	4,44	
Escolares			2	1		2	4,44	
Lactantes	1		1	1	1	2	4,44	
Módulo de presos	1			2		2	4,44	
Neurocirugía				2		2	4,44	
NS/NC						2	4,44	
Trasplantes	2		2	2	2	2	4,44	
UCI			2	1		2	4,44	
Urgencias de pediatría	3		3	2	3	3	6,67	
Cirugía Pediátrica	2		2	3	3	4	8,89	
Medicina Interna	1		1	4	1	4	8,89	
	18		28	31	16	5	45	100,00

Tabla II. Los servicios/idades que menos agradan a los volantes y los motivos.

Menos gustan	Cantidad de trabajo	Tipo de trabajo	Compañeros	Enfermos	Otros	n	%
Cirugía	1	1				1	2,22
Cirugía Infantil		1	1			1	2,22
Cirugía Vasculan	1	1				1	2,22
Endocrino			1			1	2,22
Nefrología			1			1	2,22
Neonatos		1	1			1	2,22
Neurología	1	1		1		1	2,22
Oncología	1		1	1		1	2,22
REA 3	1	1				1	2,22
Unidad de Pre Ingresos	1	1				1	2,22
Módulo de Presos		1	1	1		2	4,44
Obstetricia	1	2		1	2	2	4,44
UCI	1	1		1		2	4,44
NS/NC						3	6,67
Quirófano		2				3	6,67
REA		1	3	2		3	6,67
Urgencias	2	1		2		3	6,67
Urgencias de Pediatría	1	2	3	1	1	3	6,67
Partos		3	4	1	1	4	8,89
Medicina Interna	5	4		4		5	11,11
Neurocirugía	5	3	2	3		5	11,11
	21	27	18	18	4	45	100,00

Tabla III. Lo que más le molesta de ser volante

	Media ± DE	Moda (%)
No saber dónde voy cada día	3,47±1,73	5 (46,7)
No conocer a los compañeros con quien poder cambiar turnos	3,27±1,53	4-5 (26,7)
Que me destinen en un mismo turno a varios sitios consecutivamente	4,13±1,25	5 (60,0)
No conocer a los médicos	2,13±1,30	1 (46,7)
No conocer a los compañeros con los que trabajo en cada jornada	3,20±1,47	3 (33,3)
No conocer a los pacientes	3,73±1,49	5 (46,7)
No saber donde están las cosas	3,87±1,36	5 (46,7)
No conocer los protocolos/costumbres específicos/as de casa sitio	4,13±1,30	5 (60,0)
No tener seguimiento de los pacientes atendidos o las actividades realizadas	3,87±1,19	5 (40,0)
No enterarme adecuadamente de mis errores para poder mejorar	4,60±0,63	5 (66,7)

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	3,20 \pm 1,32	3 (33,30)
Recibes una valoración periódica de cómo realiza su trabajo	4,27 \pm 1,28	5 (66,7)
Sientes que en su empresa se desea crear un espíritu de equipo	3,53 \pm 1,06	3 (46,70)
Cuando hay dificultades en su trabajo no se da por vencido	2,20 \pm 1,21	1 y 2 (33,30)
Su trabajo tiene aspectos realmente estimulantes	2,67 \pm 1,29	2 (33,30)

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

	Media \pm DE	Moda (%)
Factor nº 1: Satisfacción por el trabajo o grado de satisfacción que percibe el individuo condicionado por su puesto de trabajo.	3,73 \pm 0,49	4 (26,7)
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.	3,41 \pm 0,66	3,40 (20,0)
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.	3,78 \pm 0,99	3,33 y 3,67 (26,7)
Factor nº 4: Presión del trabajo o grado que el individuo percibe que el trabajo es una carga.	3,40 \pm 0,83	4,00 (40,0)
Factor nº 5: Promoción profesional o grado en que el trabajador cree que puede mejorar tanto a nivel laboral como en reconocimiento profesional.	2,96 \pm 0,69	2,67 y 3,33 (26,7)
Factor nº 6: Relación interprofesional con sus jefes o grado en que el individuo sabe lo que se espera de él.	2,37 \pm 0,77	2,50 (26,7)
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.	2,13 \pm 1,01	2,00 (46,7)
Factor nº 8: 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.	3,27 \pm 0,82	2,50 y 4,00 (26,7)
Factor nº 9: Monotonía laboral o grado en que afecta la rutina laboral al sujeto.	3,67 \pm 0,59	3,50 (33,3)
Factor nº 10: Influencia del entorno o grado en que las condiciones físicas y seguridad del trabajo afectan al individuo.	3,07 \pm 1,08	2,00 (33,3)
Factor nº 11: Influencia de la supervisión o grado en que el superior inmediato interfiere positiva o negativamente en el trabajo del sujeto.	3,43 \pm 0,62	3,00 (46,7)

Tabla VI. Tabla de contingencia Turno Vs Grado de satisfacción

Turno	Nada satisfecho	Poco Satisfecho	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
Rodado	25,0 % (1)	25,0 % (1)	25,0% (1)	25,0% (1)
Mañanas/Tardes	16,7 % (1)	50,0 % (3)	33,3% (2)	
Noches			80,0 % (4)	20,0 % (1)

TCE: TRIAJE Y URGENCIAS

Eva M^a Alonso Narro

Técnico Auxiliar de Enfermería, Técnico Especialista en Laboratorio y terminando el último curso de Diplomatura en Trabajo Social en la Universidad de Alicante Hospital General Universitario de Alicante, 7º B Urología

RESUMEN

En el presente trabajo se aborda los Cuidados de Enfermería por parte de las TCE en la Unidad de Urgencias Hospitalaria del HGUA con el método de triaje . Empezando qué es triaje y el modelo "Manchester" , cómo es su proceso de clasificación por niveles de gravedad, cuál es su evolución desde su implantación en la Comunidad Valenciana hasta la actualidad, cómo se desarrolla el circuito del triaje, hasta finalizar, con el por qué de la importancia del triaje en las urgencias de hoy.

1. Objetivos

- a) Poner a disposición de la Jornadas XVI de Enfermería sobre los nuevos procedimientos de trabajo profesional en Urgencias efectuados por los/las TCE.
- b) Difundir el papel clave de las/los TCE en la reducción en tiempos de espera en recepción, acogida y clasificación de los pacientes que acuden a urgencias.
- c) Explicar los procesos del método de triaje entre la cultura de profesionales sanitarios y el cumplimiento de los estándares de seguridad y atención a los derechos del paciente.
- d) Motivar la iniciativa dentro del colectivo de TCE en la participación en las Jornadas de Enfermería del Hospital de Alicante.

2. Material y Método

Para la realización del trabajo se emplea como metodología la "entrevista semiestructurada" realizada a informantes claves (TCE, Enfermeras, Supervisora de Urgencias, etc.), así como, la "observación participante" y la "búsqueda bibliográfica".

3. Resultados

De los datos de las entrevistas efectuadas desde la implantación del sistema de triaje en el HGUA, cobra un mayor protagonismo la labor de los/las TCE en la reducción de los tiempos de espera de los pacientes a ser valorados por el triaje. En sus inicios, no se incluía a los/las TCE en dicho sistema, implantado como novedad el Hospital de Alicante la integración de los/las TCE en el triaje, lo que demostró la reducción en tiempo de espera de los pacientes, y la función clave de la labor de los/las TCE en dicho sistema.

El segundo resultado, es que el triaje evita daños colaterales al corregir que los casos graves se diluyan entre los de menor urgencia. Demostrando con datos, que acuden a urgencias porcentajes muy altos de usuarios con patologías leves que deberían ser tratadas en Atención Primaria, lo que motiva la saturación de las urgencias

hospitalarias y perjudica la atención de los casos graves o muy graves.

La última cuestión debido a los buenos resultados obtenidos y la satisfacción sentida por los profesionales, es que en la actualidad el personal de urgencias, no conciben unas urgencias sin el triaje para el desempeño de su labor profesional.

4. Conclusiones

La demora asistencial a los/las usuarios que acuden a urgencias, repercute en el binomio de salud/enfermedad de aquellos con estados de salud más grave, por lo que, el triaje facilita la rapidez del diagnóstico y tratamiento médico a realizar en ellos.

Por consiguiente, El Triage es un buen método para el control y cumplimiento de los estándares de seguridad y atención a los derechos del paciente, además, herramienta indispensable de los controles de calidad cuyo objetivos son la salud, satisfacción y sostenibilidad del sistema sanitario en su campaña de optimiza los recursos hospitalarios, cumpliendo con ello, las pretensiones de la Jornadas XVI de Enfermería.

1. QUÉ ES EL TRIAJE EN URGENCIAS HOSPITALARIA

El triaje es un método que permite ordenar la atención de los pacientes por niveles de urgencia, es decir, efectuando la clasificación en función de su gravedad y no en su orden de llegada a puerta de urgencias.

Por tanto, se atiende más rápido al paciente más urgente, al asignarle un tiempo de espera menor, del conjunto de patología de las urgencias, de esta forma, evitamos se diluyan entre los leves que sí pueden esperar; por las características de su nosología.

2. CÓMO ES SU PROCESO DE CLASIFICACIÓN

El método utilizado en la Comunidad Valenciana es el Sistema Informático Manchester de triaje (MTS), categoriza a los pacientes en 5 niveles, traducidos en un código de color (rojo, naranja, amarillo, verde y azul) y en un tiempo máximo para la atención médica. Las bases de este sistema se encuentran en el libro "Emergencia Triage" del BMJ Publishing Group, y sigue los correlativos pasos :

- Identificar el problema.
- Reunir y analizar la información.
- Evaluar todas las alternativas y seleccionar una para su aplicación.
- Aplicar la alternativa seleccionada.
- Comprobar la aplicación y evaluar los resultados.

Este sistema es manejado por el/la enfermera/o de triaje realizando una serie de preguntas de características de estados de salud, en relación a síntomas, signos y situaciones clínicas. Las contestaciones se va marcando en el sí o no de la pantalla del ordenador, en el cual, el programa determina la priorización de la urgencia asignándole un color, es decir, determina quién es el más urgente por su patología.

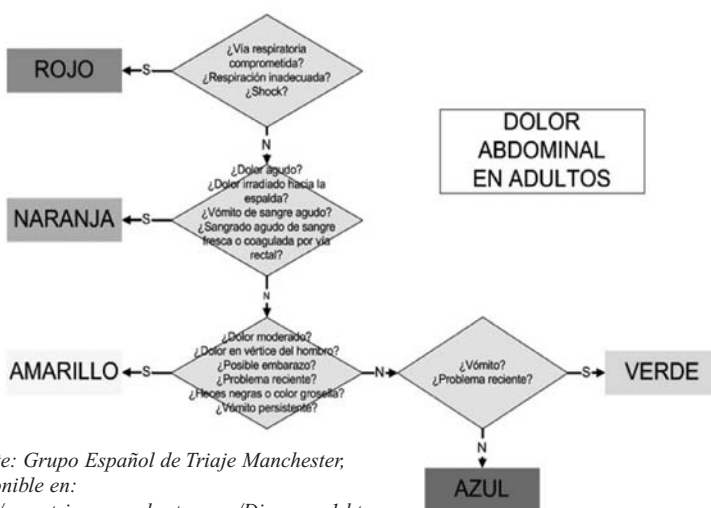
Es primordial enumerar que no son diagnósticos médicos, sino asignación del nivel de atención según los signos observados y los síntomas manifiestos por el paciente, dando el programa un nivel de priorización de la urgencia.

Por ejemplo, una “Crítico o código rojo” sería un infarto de miocardio de asistencia inmediata con riesgo vital fulminante, es por lo que su atención médica es inmediata; un “código naranja o Muy Urgente”, un paciente con una trombosis cerebral de asistencia hospitalaria pero que se puede retrasar la atención médica en un máximo de 10 minutos sin riesgo vital. Como “Urgente o código amarillo” se catalogaría un dolor abdominal con fiebre, abarcando un tiempo máximo de atención de 60 minutos; un esguince de tobillo sería “Semi-urgente o código verde” pudiendo esperar un máximo de 120 minutos y de “código azul o No Urgente” sería una patología sin riesgo para el paciente, como puede ser un simple catarro de vías respiratorias altas que conlleva un máximo de espera de 240 minutos.

Gráfico Resumen de estados vitales de salud, con su tiempo máximo de espera de atención médica y sus niveles de priorización por colores:

ESTADOS VITALES DE SALUD	ATENCIÓN MÉDICA en menos de...	COLOR
Crítico	0 minutos	Rojo
Emergencia	10 minutos	Naranja
Urgencia	60 minutos	Amarillo
Estándar	120 minutos	Verde
No urgente	240 minutos	Azul

Ejemplo práctico del proceso de priorización de un paciente adulto con dolor abdominal:



Fuente: Grupo Español de Triage Manchester, Disponible en: <http://www.triagemanchester.com/Diagrama1.htm>

3. CÚAL ES SU EVOLUCIÓN EN SU IMPLANTACIÓN

No hace muchos años el proceso organizativo de gestión de los pacientes en urgencias se realizaba preguntando directamente en ventanilla al tomar los datos en la puerta de urgencias “qué es lo que le pasa”. La priorización de la asistencia se realizaba, de esta manera, por criterios profesionales de la persona que le atendía, lo que suponía una asistencia heterogénea de priorización de las urgencias de atención; según el orden de llegada y ojo clínico.

Esto suponía en los momentos de mayor sobrecarga del servicio de urgencias, los pacientes con patología más grave se mezclaban entre los más leves, por motivos de no existir criterios procolorizados de control -de quien debe ser atendido antes por el médico-, produciendo máximos daños colaterales a causa de la demora de la atención médica. Y esto cambia, con la implantación del triaje, pues es un método protocolarizado de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y según su grado de urgencia, siguiendo 51 motivos de consulta y a través de unas preguntas dirigidas en un diagrama.

A partir de 2006 se implanta en 14 hospitales valencianos, hasta alcanzar los 22 hospitales de la Agencia de Salud Valenciana, siguiendo la misma línea que el resto de hospitales españoles.

En la Actualidad, disponen en Alicante este sistema, los hospitales de H. General de Alicante, Alcoy, Elda, Elche, Villajoyosa, Orihuela y San Juan. Aunque, su proceso de consolidación se elabora de distinta forma, desde quién debe realizar el triaje; los/las médicos o las/los enfermeros/as de urgencias. Hasta llegar al consenso según la normativa de actividad propia de enfermería: la recepción, acogida y distribución de pacientes pertenece al personal de enfermería. A su vez, también se discrepa cuanto personal debe realizarlo; 1 o 2 enfermeros/as, un/una médico y una/un enfermero/a.

El Hospital General de Alicante como precursor añadieron al personal del triaje, a los Técnicos en Cuidados de Enfermería, es decir, el triaje lo realiza conjuntamente el/la enfermera y el/la TCE, como también lo indica las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Lo que demostrando de forma práctica, la reducción en tiempos de atención inmediata y clasificación por niveles en un tiempo de espera menor y, dando como resultado, el aumento de la satisfacción de los usuarios y la menor saturación de la consulta de triaje. Aumentando con este hecho, posteriormente, la plantilla de 2 TCE, en los turnos de mañanas y tardes, y a su vez, la reproducción en el resto de hospitales alicantinos como Alcoy, etc.

4. CIRCUITO DEL TRIAJE

Comienza con la entrega de datos del usuario en Admisión, el/la celador/a lo acompaña a la antesala del despacho del triaje. Es llamado por el/la TCE para su atención asistencial. A continuación, la/el enfermera/o va preguntando los motivos de la urgencia, y conjuntamente, el/la TCE de triaje realiza las técnicas de cuidado de enfermería de toma de constantes vitales : pulsímetro, T. arterial, Temperatura, etc.

Colaborando con la/el enfermera/o en la realización de extracción de analítica, dextros, electro, o bien, realización de compresión en las heridas abiertas, etc. Explica al usuario si necesita recoger muestra de orina, el proceso a seguir en su recogida, cursando con posterioridad dicha analítica al laboratorio de urgencias e indicando a las compañeras de su extracción y derivación.

Los datos transmitidos por el paciente de lo que le ocurre, las anotaciones de las constantes vitales, y las observaciones clínicas, son anotados en el ordenador, dando el programa la priorización de la urgencia con su código de color. A su vez, se imprime la Historia Clínica, las pegatinas y la pulsera de identificación del paciente.

Al mismo tiempo, el/la TCE anota en el libro de registro de urgencias la pegatina del paciente, el código de color y la derivación al servicio (N1, N2, Trauma...) Después, el TCE pasa al despacho del médico de triaje la historia clínica, quién verifica la priorización y determina el médico de atención. También, si es preciso, realiza las peticiones de analítica, Rx.

Para finalizar, se comunica al paciente y/o acompañante del proceso a seguir a continuación, con objeto de una atención sanitaria integradora, humanizada y global en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades del usuario.

5. POR QUÉ DE SU IMPORTANCIA

En primer lugar, y su gran importancia, es que el triaje demostró objetivamente a través de datos de tiempo de espera y clasificación, que la inclusión de la/el TCE en el triaje agilizaba y reducía tiempos de demora de atención y clasificación de pacientes en la priorización. Nuestra labor profesional se manifiesta, por fin, con datos objetivos, y se nos hace visible profesionalmente a nivel organizativo y gerencial, haciendo que se nos tenga en cuenta para aumentar la plantilla de dotaciones de personal necesario para el cumplimiento de la asistencia hospitalaria.

En segundo lugar, el triaje supone evitar errores y daños colaterales al priorizar la ordenación de la asistencia de los pacientes que acuden a urgencias hospitalaria, por gravedad y no por orden de llegada. Ilustrando en los datos, de que acuden a urgencias un número muy elevado de cuadros clínicos leves que debería asumir la atención primaria, lo que provoca la saturación de las urgencias y perjudica la atención de los casos más graves.

De acuerdo con esta línea, se ponen en evidencia otras cuestiones importantes como las siguientes:

- Al cumplir los estándares de seguridad y atención a los derechos del paciente en la breve entrevista del triaje, gracias a el entorno de privacidad que ocasiona un despacho y, a la confidencialidad que se consigue al no indicar el motivo de la visita en el mostrador de admisión de urgencias.
- Se humaniza la atención inicial con un trato profesional adaptado a los nuevos tiempos del entorno sanitario.
- Ubica los flujos de usuarios en función de su gravedad, dándole información clara de su estado de gravedad y de tiempo aproximado de espera.
- Permite la mejorar la coordinación de los recursos de urgencias, como orientar personal donde hay más pacientes, dotar de mayor material según la demanda, etc.

- Es una herramienta práctica de información y obtención de datos , tal como el volumen de usuarios que acuden a urgencias por patología, estadísticas de tiempo de espera y demora, productividad de los objetivos alcanzados, controles o estrategias de calidad, los motivos de consulta, el índice de ingresos según edad y nivel de triaje etc.
- Educa a la población en la utilización de las urgencias hospitalarias, al dejar patente los niveles de gravedad de sus manifestaciones patológicas.
- Aunque no evita que los pacientes no urgentes acudan a los servicios de urgencia, deja patente para la organización asistencial la necesidad de un cambio más profundo que solucione los problemas de saturación de los servicios de urgencias.

Por último, desde un punto de vista de los profesionales que trabajan con el triaje:

- Manifiestan “ya no conciben una urgencias sin el método de triaje para el desempeño de su labor” debido a los resultados positivos obtenidos en su trayectoria, lo que redundo en mayor satisfacción sentida por los trabajadores.
- Evita el problema médico-legal que ocasionaría una denuncia al quedar debidamente documentado el circuito del desarrollo del trabajo realizando durante la instancia del usuario en el servicio de urgencias.
- Concluyen un alto grado de concordancia entre la valoración de enfermería en triaje y el diagnóstico definitivo del médico.

6. AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a las TCE del servicio de Urgencias de Alicante y su supervisora Carmen Esteban, por la colaboración brindada, que anónima y desinteresadamente han hecho enriquecer este trabajo.

Y especialmente, por su colaboración incondicional a las compañeras delegadas del sindicato SAE, Rosa y M^a Carmen, que desinteresadamente participaron en la recogida de datos en el Servicios de Urgencias y motivaron para la realización del presente trabajo.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Técnico en Cuidados de Enfermería (TCE), antigua denominación Auxiliar de Enfermería (AE) de estos profesionales según la normativa vigente: el título de formación profesional que establece el Real Decreto 546/1995 de 7 abril, quedando como obsoleto la denominación de Auxiliares de Enfermería. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1995/06/05/pdfs/A16503-16526.pdf>
- Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias y la ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. Disponible en:
2. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, “Unidad de urgencias hospitalaria: Estándares y recomendaciones” Informe, Estudios e Investigación 2010. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
3. Página web de la Generalitat Valenciana, Comunicación del 31-8-2006 de Actualitat del Consell. Disponible en: www.san.gva.es/cas/inst/prensa/docs/20060831urgenciashospitalarias.pdf
4. “SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER” Blog de Enfermería avanzada, Noviembre de 2008, Disponible en: <http://enfeps.blogspot.com/2008/11/sistema-de-triage-manchester.html>
5. Blog Dso Medicinal, Artículo “Grupo Español de triaje Manchester”, martes 17 de febrero de 2009. Disponible en: http://dso-medicinal.blogspot.com/2009_02_01_archive.html

6. Grupo Español de Triage Manchester, Disponible en: <http://www.triagemanchester.com/Diagrama1.htm>
7. FENT SALUT N° 15 - Maquetación 1. www.dep16.san.gva.es/es/boletines/FentSalut15.pdf
8. LEY 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana, Disponible en: http://www.san.gva.es/cas/comun/pdf/Ley_1_2003_GV.pdf
9. El Periódico la Verdad.es de Elche, artículo "Sólo el 10% de pacientes que acude a Urgencias precisa atención inmediata", Domingo, 12 de noviembre de 2006, Disponible en: http://www.laverdad.es/alicante/prensa/20061112/elche/solo-pacientes-acude-urgencias_20061112.html
10. J. Gómez Jiménez, Servicio de urgencias. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Principat d'Andorra "Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. http://www.semes.org/revista/vol15_3/revision1.pdf

INCORPORACIÓN DE LOS REGISTROS DEL AE/TCE EN LA HOJA DE EVOLUCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

M^a José Cuenca Pérez
Auxiliar de Enfermería Obstreticia

INTRODUCCIÓN

(Viajemos atrás en el tiempo)

El auxiliar de clínica nace en 1960 para ayudar a la enfermera.

En 1973 aparece un estatuto en el cual todas las tareas son delegadas o en colaboración con la enfermera.

Ya en 1995 se aprueba un Real Decreto 546/95 por el cual se establece el título de técnico en cuidados de enfermería con sus correspondientes enseñanzas mínimas quedando establecidas las tareas y responsabilidades en las mismas.

OBJETIVO

El objetivo de mi comunicación es explicar los registros que llevamos a cabo en la unidad de obstetricia. Aparte de la correspondiente gráfica que todos complementamos en este hospital.

METODOS

En la reunión de objetivos mantenida en la unidad desde marzo del presente año, acordamos que los AE/TCE debían registrar las tareas que directamente realizaban; no solo en la hoja estándar de constantes, si no también en la hoja de evolución de cuidados, incluyendo los cuidados que realizamos a nuestras pacientes (Puerperas y gestantes)

EL AUXILIAR REGISTRARÁ

- Administración de enemas y la afectividad de estos.
- Temperatura.
- Control diario de deposiciones.
- Diuresis (solo en caso de pacientes con cesárea o con control de diuresis)
- Cura de episiotomía.
- Realización de higiene en pacientes dependientes.

DESARROLLO DEL TEMA

Durante este año hemos realizado 3 auditorías internas con el objetivo de hacer un seguimiento de nuestros registros y realizar los cambios oportunos si los consideramos apropiados.

1ª Auditoria, realizada el 16 de febrero de 2010.

Evaluamos a 4 pacientes dependientes. En todos los casos los registros se realizaron correctamente.

2ª Auditoria, realizada el 14 de abril de 2010.

Evaluamos 13 pacientes, el índice de cumplimentación fue el 100%.

3ª Auditoria, realizada el 19 de mayo de 2010.

Evaluamos a 21 pacientes, y en todos los casos los registros estaban completos.

Posteriormente, en julio se comenzó el proyecto Atenea, instaurado en todo el hospital.

Desde entonces, no solo seguimos registrando en las historias, si no que durante la 1ª semana de cada mes, las auxiliares, introducimos los datos sobre la paciente y el entorno de esta en el citado proyecto.

De estos últimos datos, estamos pendientes que nos comuniquen el resultado.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

1º Desde mi punto de vista, la AE como parte del equipo de profesionales de la enfermería debemos registrar la actividad que realizamos.

2º El registro asegura la tarea realizada y evita errores de transcripción, si cada uno registra lo que realiza personalmente.

3º Debemos registrar para que quede constancia del trabajo que realizamos con cada paciente y así podremos saber en que necesitamos mejorar con respecto al cuidado de estos.

QUEMADOS PUERTAS ABIERTAS

*Dña. M^a Teresa Ortiz de Saracho Pérez; **D. Fernando Romero Olmo

**Enfermera unidad de quemados. HGUA.*

***Enfermero unidad de quemados. HGUA.*

Una quemadura es el sustrato ideal para la proliferación bacteriana, esto unido a las múltiples complicaciones que pueden surgir en un paciente quemado hace que sus cuidados deban realizarse en unidades cerradas y especializadas para disminuir al máximo el riesgo de contaminación externa.

Hemos titulado este vídeo “QUEMADOS PUERTAS ABIERTAS” para poder mostraros el interior de nuestra unidad que aunque es una unidad cerrada por definición, hoy abrimos para todos vosotros.

Pocos pacientes críticos experimentan tras un trauma una respuesta inflamatoria tan intensa y un curso clínico tan tormentoso y prolongado como un paciente quemado.

El manejo del paciente quemado en unidades especializadas ha contribuido sin duda a mejorar su tratamiento y a disminuir la morbimortalidad.

Definimos unidad de quemados como el dispositivo asistencial especializado, con los recursos humanos y materiales para la atención de pacientes con lesiones térmicas, que por su extensión, profundidad o localización se consideren graves o críticos.

Las quemaduras continúan siendo una importante causa de morbimortalidad y aunque los avances en técnicas quirúrgicas, control de infecciones y soporte nutricional han permitido mejorar la supervivencia de este tipo de pacientes, se pone de manifiesto la importancia que tiene los cuidados de enfermería, que influyen de forma crucial en el pronóstico de y resultado final de su evolución.

La unidad de quemados es un servicio cerrado, ubicado en la sexta planta torre D del HGUA. Cuenta con una sala de urgencias en donde atendemos a los pacientes a su ingreso y realizamos una valoración primaria o inicial descartando problemas potencialmente mortales. Disponemos a su vez de una sala de curas acondicionada con bañera hidráulica, carro de paradas, monitores, saturímetros y todo el material necesario para la estabilización de un paciente grave. Se trata de una unidad multidisciplinar, donde comparten responsabilidad cirujanos plásticos, personal de enfermería y otros especialistas.

Creada en 1972 somos unidad de referencia de toda la provincia, atendiendo una media de 700 pacientes al año.

Las quemaduras causan las estancias hospitalarias más prolongadas entre todos los ingresos debidos a lesiones y son la 3^a lesión más frecuente como causa de muerte en niños.

El personal de enfermería desempeña un papel esencial en la atención del paciente quemado, ya que al permanecer mucho tiempo a su lado puede apreciar cualquier cambio que ocurra en su evolución.



PRIMERA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DEL VINALOPÓ

Ballesta López, F.J.¹; Zafrilla Martínez, J.D.*; Soriano Ruíz, M.J.²;
Torres Figueiras, M.³; Ladios Martín, M.⁴; Gil Collados M.C.⁵;
Pavón Zurera L.⁶; Fernández Alonso; D.⁷; Gallar Muñoz, A.⁸; Rodríguez Blanco, N.⁹;
Fernández de Maya, J.¹⁰; Rico Cuba, A.¹¹

¹Supervisor de Hospitalización. Hospital del Vinalopó. ²Supervisora del servicio de Urgencias. Hospital del Vinalopó. ³Supervisora de la unidad de Cuidados Intensivos. Hospital del Vinalopó. ⁴Supervisora de Investigación Docencia y Calidad. Hospital del Vinalopó. ⁵Supervisora de la unidad de Diálisis. Hospital del Vinalopó. ⁶Supervisora de Pediatría y Obstetricia. Hospital del Vinalopó. ⁷Supervisor de servicios Centrales. Hospital del Vinalopó. ⁸Supervisora del Bloque quirúrgico. Hospital del Vinalopó. ⁹Supervisora de Partitorio. Hospital del Vinalopó. ¹⁰Supervisor de Hospital de Día y UHD. Hospital del Vinalopó. ¹¹Supervisor de Consultas externas y servicio de Gestión de Cuidados. Hospital de Vinalopó.
*Director de enfermería del Departamento Elche-Crevillente.

INTRODUCCIÓN

El Hospital de Vinalopó es el quinto hospital de concesión administrativa de la Comunidad Valenciana que inauguró de forma oficial el Presidente de la Comunidad, Francisco Camps, el pasado 28 de julio de 2010. Para llevar a cabo la gestión de un servicio público, gratuito y universal, como la sanidad, este centro se rige por las directrices del Modelo Alzira que toma su nombre de la localidad valenciana en la que se construyó el primer hospital público, el Hospital de la Ribera del Departamento 11, gestionado bajo la modalidad de concesión administrativa. Este modelo de gestión se basa en las siguientes premisas¹:

- **Financiación Pública.** La Generalitat Valenciana paga al concesionario una cantidad anual por cada uno de los habitantes del Departamento de Salud incluidos en el Sistema de Información Poblacional para que sean atendidos. Este sistema permite a la Administración conocer el coste anual de la asistencia sanitaria pública de un Departamento durante todo el plazo que dura la concesión.
- **Control Público.** La Administración tiene un control permanente del concesionario a través de la figura del Comisionado de la Conselleria de Sanitat con capacidad de control, inspección, facultad normativa y sancionadora.
- **Propiedad Pública.** El hospital objeto de concesión, es un hospital público, construido sobre suelo público y perteneciente a la red de hospitales públicos de la Conselleria de Sanitat. Aunque la inversión inicial para su construcción y dotación de recursos materiales y humanos parte íntegramente de las empresas

que forman la empresa concesionaria, dicho hospital revertirá íntegramente a la Generalitat cuando expire el plazo de la concesión.

- **Prestación Privada.** La prestación sanitaria del Departamento es gestionada por la empresa adjudicataria durante el período de la concesión. Al estar gestionado por medios privados, se genera una descarga importante de los presupuestos públicos. El precio capitativo está pactado, por lo que la Administración transfiere el riesgo financiero a la empresa.

Este nuevo modo de entender la sanidad no se circunscribe únicamente a la manera de gestionar los recursos. Desde la dirección de enfermería estamos convencidos de que el hecho de contar con un sistema moderno, innovador, que reconoce los méritos y se preocupa de la formación de sus trabajadores no hace sino redundar en la implicación y motivación profesional y éstas a su vez en la calidad de los cuidados. El Hospital del Vinalopó nace con vocación de servicio público donde lo más importante es el usuario. De nada valen las instalaciones, la tecnología, los recursos humanos si el destinatario último de nuestro trabajo no recibe la mejor atención sanitaria. El estudio de la satisfacción respecto a los servicios sanitarios se ha convertido en un instrumento valioso tanto para el marketing como para la investigación y, en ocasiones, en herramienta legitimadora para la realización de reformas sanitarias². La satisfacción, por tanto, se erige en una medida importante de resultado del proceso asistencial que se utiliza de forma sistemática para mejorar la organización y los servicios que se prestan. Los contenidos del proceso asistencial relacionados con la satisfacción deberían contemplar al menos tres dimensiones diferentes en la atención, esto es, aspectos técnicos, aspectos comunicativos y la comodidad de la asistencia. Estas tres dimensiones son coincidentes en la totalidad de los cuestionarios de medida de la satisfacción aunque algunos incluyan otras áreas relacionadas con el proceso de atención. En la actualidad, la relación que los usuarios tienen con el sistema ha variado de forma notable. Uno de sus efectos es que el resultado de la asistencia sanitaria se mide en términos de efectividad, eficiencia y por la satisfacción con el resultado alcanzado³.

Pero ¿qué entendemos por satisfacción? Es el resultado de un proceso que se inicia en el usuario y que termina en él mismo, esto es, se hace referencia a un fenómeno enteramente subjetivo desde su percepción hasta la medición e interpretación⁴. Satisfacer, según el Diccionario de la Lengua Española⁵, significa “dar solución a una duda o una dificultad; cumplir, llenar ciertos requisitos o exigencias”. Al leer esta definición nos damos cuenta de lo difícil que resulta satisfacer y sentirse satisfecho. Se deben considerar dos aspectos importantes:

- La satisfacción se relaciona siempre con algo que se quiere, espera o desea y con los elementos que intervienen, a la espera de obtener un determinado efecto.
- Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en la otra parte de realizar una acción determinada que provoque un resultado que sea valorado como positivo o no.

La obtención de estas medidas de resultado en relación a la satisfacción se ha generalizado en las instituciones o empresas proveedoras de servicios. En el ámbito de la sanidad podemos encontrar cuestionarios que valoran de forma específica una unidad, como por ejemplo el área quirúrgica del Hospital General Universitario de Alicante, la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos del General de Elche, por citar algunos ejemplos de nuestro entorno más cercano que han aparecido publicados en la prensa local.

Pues bien, con el objetivo de conocer el grado de satisfacción de los usuarios de las plantas de hospitalización del Hospital del Vinalopó en relación a la asistencia sanitaria que estaban recibiendo, la Dirección de Enfermería proporcionó a una muestra de pacientes ingresados una encuesta de satisfacción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mediante muestreo aleatorio se seleccionó a una muestra de 100 pacientes, a los que se les entregó en sobre cerrado la SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. Se trata de una medida de calidad percibida y, por tanto, no de la calidad técnica que ofrece el hospital. La utilización periódica de este instrumento ofrece la oportunidad de monitorizar el nivel de calidad percibida por los pacientes y detectar áreas susceptibles de mejora. El cuestionario ha sido diseñado para el ámbito hospitalario de nuestro país. Consta de 18 ítems y una escala de respuesta construida de tal modo que una mayor puntuación se corresponde con un mayor nivel de calidad percibida.

Ítems			
La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido:			
La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido:			
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital han sido:			
El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido:			
El estado en el que están las habitaciones del hospital (apariencia, comodidad) ha sido:			
La información que los médicos proporcionan ha sido:			
El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido:			
La facilidad para llegar al hospital ha sido:			
El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido:			
La rapidez con la que consigues lo que se necesita o se pide ha sido:			
La disposición del personal para ayudarte cuando lo necesitas ha sido:			
La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido:			
La amabilidad (cortesía) del personal es su trato con la gente ha sido:			
La preparación del personal (capacitación) para realizar sus trabajo ha sido:			
El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido:			
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido:			
La información que los médicos dan a los pacientes ha sido:			
El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido:			
Escala de respuesta			
Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba
1	2	3	4

Indique su nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en el hospital		
Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho
¿Recomendaría este hospital a otras personas?		
Si	No	
¿Le han realizado en el hospital pruebas o intervenciones sin pedir su permiso?		
Si	No	
A su juicio ¿ha estado ingresado en el hospital?		
Menos de lo necesario	El tiempo necesario	Más de lo necesario
¿Conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente?		
Si	No	
¿Conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente?		
Si	No	
¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que pasaba?		
Si	No	

Se determinó encuestar una muestra de pacientes ingresados en las unidades de hospitalización quirúrgica, médica, ginecológica y pediátrica. En total se entregaron 100 cuestionarios, de los que se obtuvo una cumplimentación válida, en forma y tiempo, de 66. Los pacientes recibieron el cuestionario en su habitación, en sobre cerrado y con la indicación de que esa misma tarde el supervisor de guardia pasaría por la habitación a recoger el sobre con la encuesta. Los criterios de inclusión necesarios son estar ingresado en alguna de las plantas de hospitalización, disponer de capacidad para cumplimentar la encuesta y no estar en fase de prealta (marca en el sistema que indica que el informe de alta médica está firmado y que el paciente sabe que va a ser dado de alta). Marcamos como criterios de exclusión el no estar ingresado en hospitalización, no estar en condiciones físicas o mentales para cumplimentar el cuestionario y estar en fase de prealta. El 50% de los cuestionarios fueron contestados por mujeres. El 10,6% fue contestado por los padres y tutores y se corresponden con los pasados en pediatría. El 82,4% de los encuestados superaba los 60 años y el 6,6% de ellos supera los 80. En cuanto al nivel de estudios, el 34,8% no había cursado estudio alguno y el 40,9% estudios primarios. Un 4,5 % refería haber cursado estudios universitarios.

RESULTADOS

Los datos obtenidos fueron tabulados con el la aplicación Excel 2007 de la suite ofimática Office 2007. Se obtuvieron los porcentajes absolutos para cada uno de los ítems del cuestionario, tal y como se describen a continuación.

- Ítem 1.** El 48,2% de los encuestados consideraba que la tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos había resultado mucho mejor de lo que esperaban y para el 24,2%, mejor de lo que esperaba.
- Ítem 2.** El 48,2% de los encuestados consideraba que la apariencia del personal, en cuanto a limpieza y uniforme, había resultado mucho mejor de lo que esperaban y para el 24,2%, mejor de lo que esperaba.
- Ítem 3.** El 27,2% de los encuestados consideraba que las indicaciones para orientarse y saber dónde ir dentro del hospital había resultado mucho mejor de

lo que esperaban, el porcentaje de los que opinaban que había sido peor es del 15,1% y mucho peor el 6,1%.

- Ítem 4.** El 31,8% de los encuestados consideraba que el interés del personal por cumplir lo que promete había resultado mucho mejor de lo que esperaban. Para el 30,3% había resultado mejor y para un 6,1% había resultado peor de lo que esperaban.
- Ítem 5.** El 57,5% de los encuestados consideraba que el estado en el que están las habitaciones del hospital, en cuanto a apariencia y comodidad, había resultado mucho mejor de lo que esperaban. Para el 27,7% había resultado mejor de lo que esperaban.
- Ítem 6.** El 42,4% de los encuestados consideraba que la información que los médicos habían proporcionado había resultado mucho mejor de lo que esperaban. Para el 28,7% había resultado mejor y el porcentaje conjunto de los que opinaban que había resultado peor o mucho peor es del 7,5%.
- Ítem 7.** El 39,3% de los encuestados consideraba que el tiempo de espera para ser atendido por un médico había resultado mucho mejor de lo que esperaban. Para el 30,3% había resultado como lo esperaban y para el 10,6% peor de lo que esperaban.
- Ítem 8.** El 46,9% de los encuestados consideraba que la facilidad para llegar al hospital había resultado mucho mejor de lo que esperaban. Para el 27,2% había resultado como lo esperaban y el porcentaje conjunto de los que opinaban que había resultado peor o mucho peor es del 6,1%.
- Ítem 9.** El 36,3% de los encuestados consideraba que el interés del personal para solucionar los problemas de los pacientes había sido mejor de lo que esperaban. Para el 33,3% había resultado mucho mejor de lo que esperaban y el porcentaje conjunto de los que opinaban que había resultado peor o mucho peor es del 7,5%.
- Ítem 10.** El 31,8% de los encuestados consideraba que la rapidez con la que se consigue lo que se necesita o se pide había sido mucho mejor de lo que esperaban. Para el 25,7% había resultado mejor de lo que esperaban y para un 15,1% peor de lo que esperaban.
- Ítem 11.** El 39,3% de los encuestados consideraba que la disposición del personal para ayudarte cuando lo necesitas había sido mucho mejor de lo que esperaban. Para el 28,7% había resultado mejor de lo que esperaban y para un 25,7% como se lo que esperaban.
- Ítem 12.** El 40,9% de los encuestados consideraba que la confianza que el personal transmite a los pacientes había sido mucho mejor de lo que esperaban. Para el 31,8% había resultado mejor de lo que esperaban.
- Ítem 13.** El 56,1% de los encuestados consideraba que la amabilidad del personal en su trato con la gente había sido mucho mejor de lo que esperaban. Para el 24,2% había resultado mejor de lo que esperaban.
- Ítem 14.** El 37,8% de los encuestados consideraba que la preparación del personal para la realización de su trabajo había sido mucho mejor de lo que esperaban. Para un porcentaje igual, había sido como la esperaban y el 21,2% la consideraba mejor de lo que esperaban.

- Ítem 15.** El 42,4% de los encuestados consideraba que el trato personalizado que se da a los pacientes había sido mucho mejor de lo que esperaban. Para el 30,3% había sido mejor de lo que esperaban.
- Ítem 16.** El 37,8% de los encuestados consideraba que la capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes había sido como lo que esperaban. Para el 34,8% había sido mucho mejor de lo que esperaban y el 22,7% la consideraba mejor de lo que esperaban.
- Ítem 17.** El 50,0% de los encuestados consideraba que el interés del personal de enfermería por los pacientes había sido mucho mejor de lo que esperaban. Para el 24,2% había sido mejor de lo que esperaban y el 21,2% lo encontró como lo que esperaban. En lo que se refiere a la satisfacción global, el 53,1% de los encuestados refiere estar satisfecho con la atención recibida mientras que el 39,3% manifiesta estar muy satisfecho. El 6,1% está poco satisfecho y el 1,5% nada satisfecho con la atención que ha recibido durante su estancia hospitalaria. A la pregunta de si recomendaría este hospital a otras personas, el 86,3% respondió que sí, sin dudar. El 13,7% manifestó tener dudas a la hora de realizar esta recomendación. El 96,9% manifestó que no se le había realizado prueba alguna en el hospital sin que se solicitara su permiso. El 3,1% contestó de forma contraria. El 89,3% de los encuestados consideraba que había permanecido ingresado en el hospital el tiempo necesario, mientras que el 3,0% creía que había sido menos de lo necesario y el 7,5% más de lo que habría necesitado. El 46,9% de los encuestados manifestaba conocer el nombre del médico que les atendía de forma habitual. El 53,1% refería no conocerlo. El 48,4% de los encuestados manifestaba conocer el nombre de la enfermera que les atendía de forma habitual. El 51,6% refería no conocerlo. El 87,8% de los encuestados manifestaba haber recibido información suficiente sobre lo que le pasaba, mientras que el 12,2% consideraba que no había sido suficiente.

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos, podemos afirmar que esta primera aproximación al conocimiento de la opinión que nuestros usuarios tienen de la atención que estaban recibiendo, muestra la realidad de la situación con tan sólo cinco meses desde la apertura del centro. Desde la dirección de enfermería, entendemos que esta toma de contacto, y a pesar de que estamos contentos con los resultados obtenidos en el nivel de satisfacción global, no debe producir otro efecto que el de trabajar más y mejor para conseguir la excelencia en los cuidados, que desde el inicio de esta andadura, es nuestra única meta.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Rosa A, Marín M, Tarazona E, et al. Modelo Alzira 1999-2005: La ambición de una nueva sanidad. Conselleria de Sanitat. Alzira 2006
2. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2001;16:276-279



3. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* 2000;114 (Supl 3):26-33
4. Zas Ros B. La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. Consultado el 25-10-2010. Obtenido de Revista Electrónica Psicología Científica. [http:// www.psicologiacientifica.com/](http://www.psicologiacientifica.com/)
5. Definición de satisfacer. Consultado el 25-10-2010. Obtenido de Real Academia Española. <http://www.rae.es/rae.html>

MESA DE COMUNICACIONES LIBRES 4

FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRANTES DIGESTIVOS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

García Sola, Guillermo José; Gomis Samper, M^a Luisa; José Victoria, Patricia; Román Muñoz, M^a Dolores.

Enfermeras. Unidad de Digestivo/Digestivo Sangrantes.

Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN

Se define la hemorragia digestiva (HD) como la pérdida de sangre que se produce por alguna lesión con origen entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. Constituye un problema médico que conlleva una significativa morbilidad, mortalidad y un elevado consumo de recursos sanitarios.

Podemos clasificar la HD según su lugar de origen en “alta” y “baja” (proximal o distal al ángulo de Treitz); o bien, según etiología, siendo HD de origen varicoso (que tienen un peor pronóstico y una mayor mortalidad), y no varicoso, cuya principal responsable es la úlcera gastroduodenal, cuya metodología diagnóstica, tratamiento y pronóstico son diferentes.

La Endoscopia Urgente en los centros, tanto para el diagnóstico como para la actuación terapéutica consigue mejorar de forma significativa el pronóstico de la HDA.

En el año 2008, si observamos las tablas del Instituto Nacional de Estadística (INE), podemos observar que las Enfermedades del Aparato Digestivo fueron la 5^a causa de estancia hospitalaria. Si nos centrásemos en la provincia de Alicante este tipo de enfermedades ocuparía el puesto número 2 en cuanto a morbilidad hospitalaria tras las enfermedades del sistema circulatorio en la Comunidad Valenciana, y ocupó el 5^o lugar en el ranking de afectados a nivel nacional en cuanto a provincias se refiere. A nivel nacional la Comunidad Valenciana ocupó el 4^o puesto en cuanto a afectados por estas dolencias, mientras que la provincia de Alicante se posicionó en 5^o lugar entre el resto de provincias españolas.

De los pacientes afectados por patologías de tipo digestivo en la provincia de Alicante (135636), se contabilizaron 11987 personas que sufrieron Enfermedades del Esófago, Estómago y Duodeno, y 4887 personas que padecieron Úlceras; contando ambas dolencias con una mayor incidencia que en el resto de provincias de la Comunidad Valenciana.

En cuanto a Enfermedades Hepáticas y Cirrosis crónicas, la Comunidad Valenciana se posicionó en el 4^o lugar de mayor incidencia a nivel nacional en el año 2008 con un total de 21869 casos, de los cuáles 7455 se dieron lugar en la provincia de Alicante.

En el trabajo nos propusimos describir la incidencia de las distintas patologías que ingresaron en el año 2009 en la Unidad de Sangrantes Digestivos del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), relacionándolas con variables tipo sexo, patología y origen de procedencia del paciente.

La Unidad de Sangrantes Digestivos (USD) del HGUA se creó en 1995 con el objetivo de atender por personal especializado a los pacientes con hemorragia digestiva. En nuestro conocimiento ningún otro hospital de la Comunidad Valenciana dispone de una unidad similar. Inicialmente se abrió la Unidad con 3 camas, contando actualmente con 5. Se trata de una unidad de “cuidados intermedios” donde los pacientes están conectados a equipos de monitorización y perfusión continua, requiriendo cuidados profesionales especializados en la materia, ya que cualquier empeoramiento de la situación clínica implica una actuación rápida y eficaz. En cuanto a los recursos humanos, parte del personal de la USD pertenece al equipo de Endoscopias Urgentes, ya que el HGUA es referente provincial para este tipo de exploración. Los pacientes derivados de otros hospitales para la realización de endoscopias urgentes por HD en su mayoría ingresan en la USD.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se trata de un estudio observacional descriptivo de carácter prospectivo de un año de duración.

Población

La población diana estuvo formada por todos los pacientes que ingresaron en la USD del HGUA desde el 1 de Enero de 2009 hasta el 31 de Diciembre de 2009, ambos inclusive.

Variables

Se registró el número de ingresos, el tipo de patología, el sexo, el origen de la derivación de los pacientes y la estancia media total.

Instrumentación y recogida de datos

La recogida de datos se realizó a diario por el personal de la USD mediante una hoja de recogida de datos disociados previamente consensuada, habiendo sido cotejados posteriormente con los datos procedentes del Servicio de Admisión del HGUA.

Consideraciones éticas

Inicialmente se solicitó permiso a la Supervisión de Enfermería y al Jefe de Sección Médica de la USD, siendo éste concedido.

Los datos fueron tratados de forma confidencial garantizando su uso sólo con fines de investigación.

Análisis estadístico

Los resultados de las estadísticas muestran valores numéricos en tanto por ciento, ofreciendo así el porcentaje de pacientes que ingresaron en la USD derivados de otros hospitales, las diferentes patologías así como el resto de variables estudiadas.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado fueron ingresados en la Unidad un total de 278 pacientes, de los cuáles 187 fueron hombres (67,27%) y 91 mujeres (32,73%). (Gráfico 1).

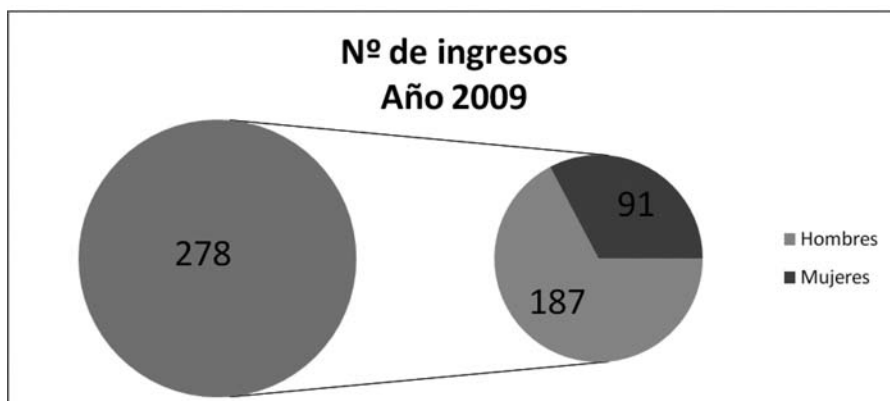


Gráfico 1. Número de ingresos en el año 2009.

Las patologías más comunes fueron (Gráfico 2) HDA por Varices esofágicas en pacientes cirróticos, Úlceras Esofágicas, Úlceras Gástricas, Úlceras Duodenales, HDB, Neoplasias y Pancreatitis. Además, en el estudio, se clasificaron como “Otros” varias patologías menos frecuentes como “Mallory Weiss”, Angiodisplasias, Colangitis, Dieulafoy y HD sin filiar.

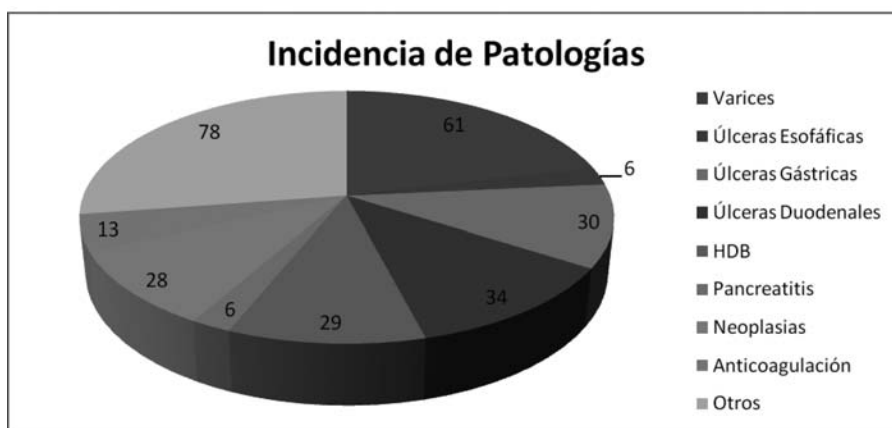


Gráfico 2. Incidencia de las distintas patologías que ingresaron en la USD en el año 2009.

En las HDA por varices esofágicas fueron 61 los pacientes ingresados (21,94%), de los cuáles 44 fueron hombres y 17 mujeres. Por úlceras duodenales se contabilizaron 34 pacientes (12,23%), siendo 25 hombres y 9 mujeres. El 10,79% de los ingresados tuvieron como diagnóstico principal úlceras gástricas, contabilizándose 30 pacientes (17 hombre y 13 mujeres). En cuanto a HDB ingresaron 29 pacientes (10,43%), de los cuáles 17 eran hombre y 12 eran mujeres. Un total de 28 pacientes (10,07) ingresaron por diferentes neoplasias (hepatocarcinomas, úlceras neoplásicas...), entre ellos 19 hombres y 9 mujeres. Por úlceras esofágicas ingresaron 6 pacientes, 2,15% (5 hombre y 1 mujer), al igual que ingresaron 6 pacientes por pancreatitis (2,15%), 3 hombres y 3 mujeres. Por último un total de 78 pacientes (28,05%) fueron englobados en “Otras patologías” anteriormente mencionadas. (Gráfico 3).

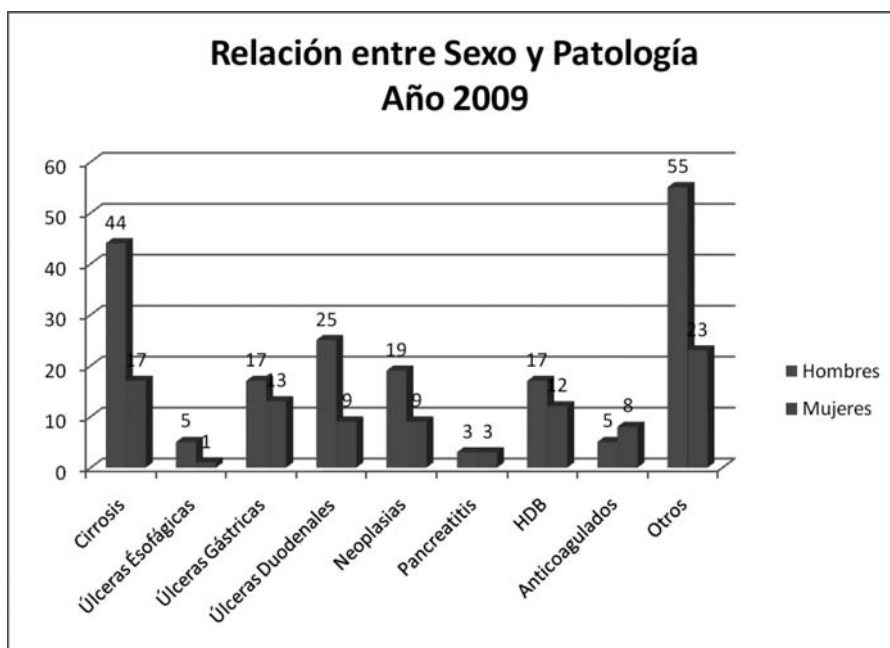


Gráfico 3. Relación entre Sexo y Patología. Año 2009.

En la Gráfico 4 podemos observar la relación existente entre las variables sexo y patología de manera mensual. Destacamos como dato más significativo la incidencia de ingresos producidos por HDA en pacientes cirróticos en los meses de enero, septiembre y octubre; coincidiendo con periodos post-vacacionales (Gráfico 5).

Patología	Mes	E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D	Subto	Tota
	Sexo	N												tal	l
Cirrosis	H	6	2	3	2	0	3	4	2	8	8	3	3	44	61
	M	3	3	3	0	3	1	0	1	1	1	1	0	17	
Úlceras Esofágicas	H	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	5	6
	M	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Úlceras Gástricas	H	0	0	2	6	0	0	1	2	0	3	1	2	17	30
	M	3	2	0	1	0	2	1	0	1	1	2	0	13	
Úlceras Duodenales	H	4	2	3	0	1	1	3	1	2	2	3	3	25	34
	M	0	2	0	3	0	0	1	1	2	0	0	0	9	
HDB	H	1	0	1	0	2	3	0	3	1	1	3	2	17	29
	M	2	2	1	0	1	1	0	1	1	1	2	0	12	
Pancreatitis	H	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	6
	M	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	
Neoplasias	H	2	1	2	2	1	2	1	3	0	2	3	0	19	28
	M	0	1	0	1	3	1	0	1	0	0	2	0	9	
Anticoagulac.	H	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	5	13
	M	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	8	
Otros	H	2	3	7	8	3	4	3	6	3	3	6	7	55	78
	M	0	4	1	1	3	2	2	0	0	3	5	2	23	

Gráfico 4. Relación entre patología, sexo y mes. Año 2009.

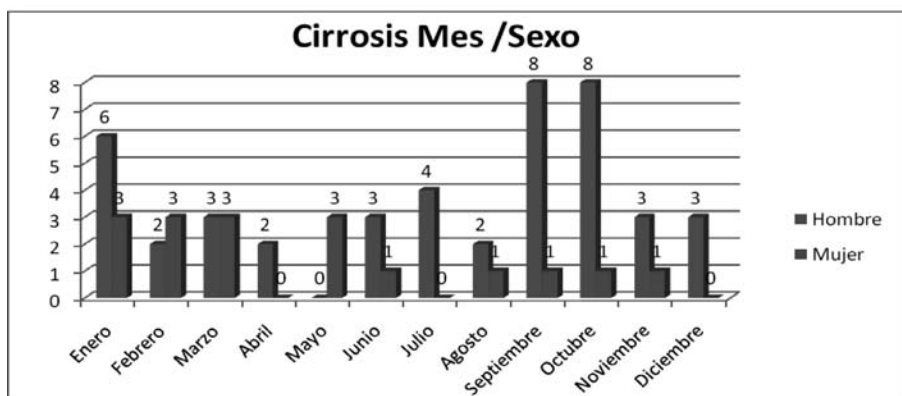


Gráfico 5. Cirrosis. Relación entre el sexo y los ingresos durante el año 2009.

También nos gustaría destacar, en cuanto a las neoplasias (Gráfico 6), que hubo una mayor incidencia de tipo gástrica con 13 pacientes, seguidas por las neoplasias de hígado con 10 pacientes y por último neoplasias de colon con 5 afectados; predominando el sexo masculino en todas ellas.

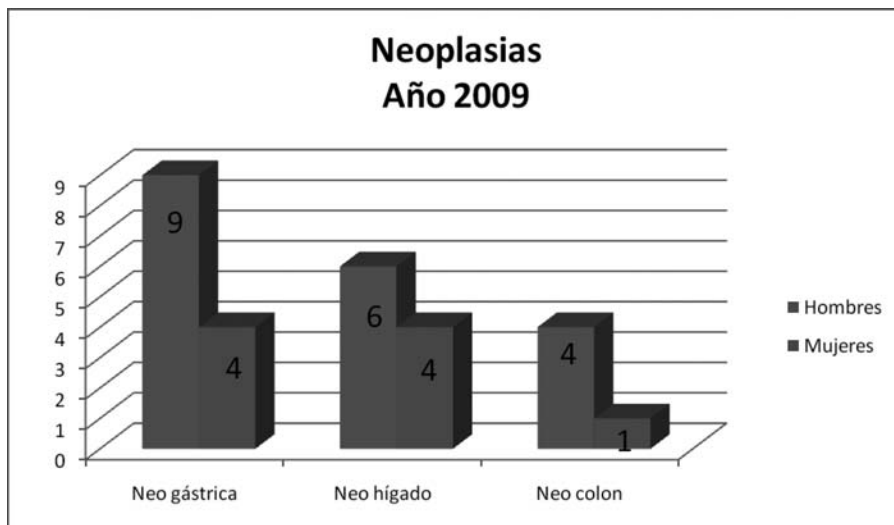


Gráfico 6. Ingresos en la USD ocasionados por Neoplasias. Tipo y Sexo.

Durante el año 2009 tuvieron lugar un total de 18 EXITUS (16,47%), 13 hombres y 5 mujeres. Y se derivaron 15 pacientes (5,39%) a diferentes servicios como UCI (7 pacientes), Quirófano (6 pacientes) y Reanimación (2 pacientes). (Gráfico 7).



Gráfico 7. Derivaciones a otras unidades y EXITUS.

De los 18 Exitus que tuvieron lugar en el año 2009, podemos desatacar que la primera causa fue por cirrosis seguido por HDB (Gráfico 8).

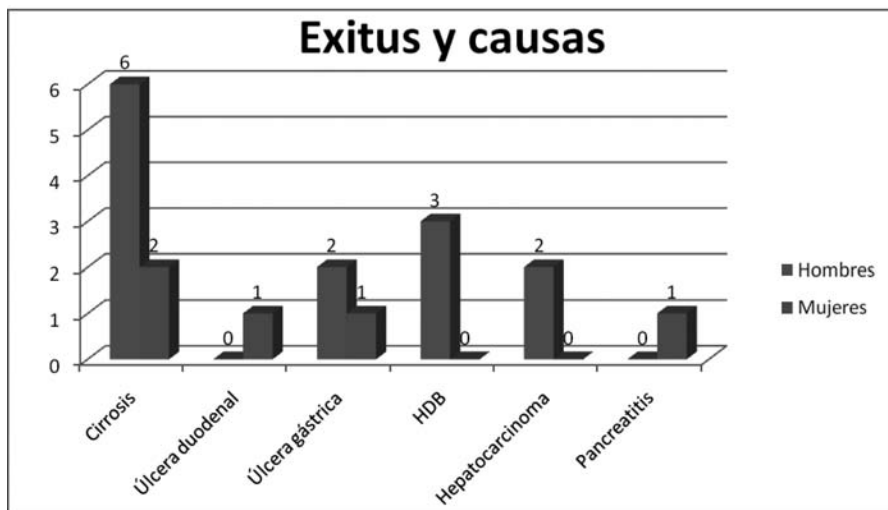


Gráfico 8. Exitus y causas en la USD. Año 2009.

El número de Endoscopias Urgentes (hospital de referencia provincial) fue de un total de 191 apreciándose un ligero descenso respecto a años anteriores. Noviembre fue el mes con más endoscopias urgentes realizadas. (Gráfico 9 y 10).

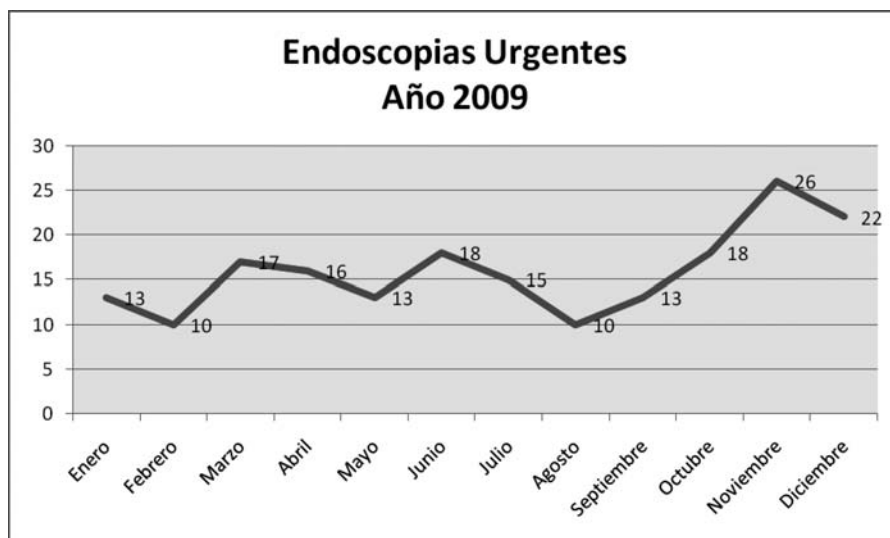


Gráfico 9. Endoscopias Urgentes realizadas por el personal de la USD. Año 2009.

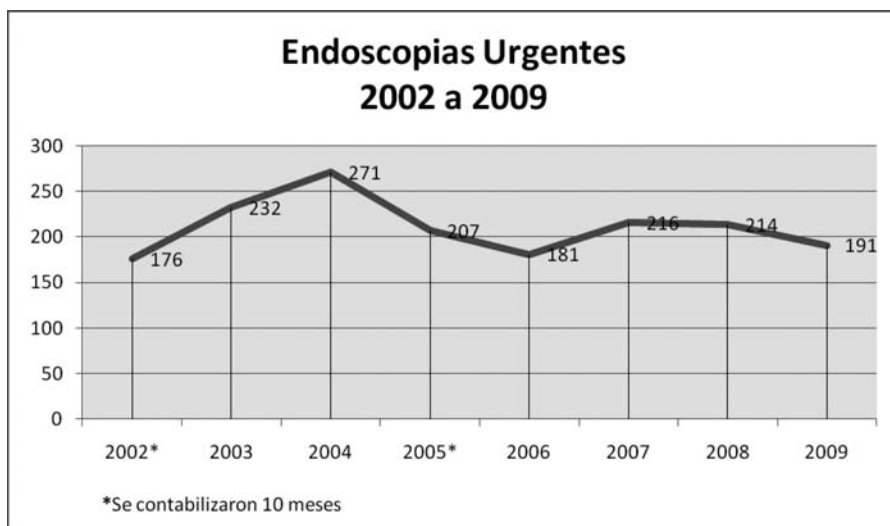


Gráfico 10. Relación de Endoscopias Urgentes realizadas en el periodo 2002 - 2009.

De todos los pacientes derivados de otros hospitales para realización de endoscopia urgente fueron 55 (19,78%) los que precisaron ingreso en la USD. Como datos significativos podemos destacar que 20 fueron trasladados por varices esofágicas, 11 por úlceras gástricas y 4 por úlceras duodenales. El Hospital General de Elche, el cual tiene una cobertura de 235000 habitantes aproximadamente, fue el que mayor número de pacientes derivó (15 pacientes). Mientras que el Hospital Universitario de San Juan, que en los meses estivales llega a alcanzar una población de 100000 habitantes, fue el 2º hospital con más derivaciones (10 pacientes). (Gráfico 11).

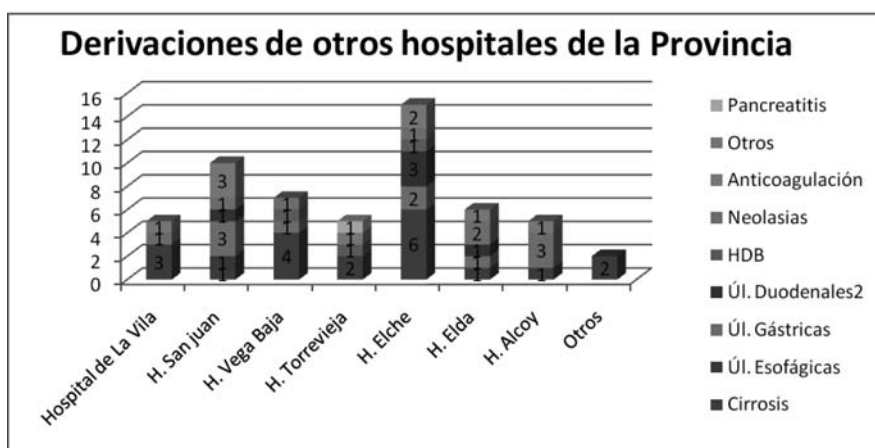


Gráfico 11. Derivaciones de otros hospitales de la Provincia de Alicante. Año 2009.

La estancia media por paciente fue de 3,56 días produciéndose un ligero incremento en los meses estivales. (Gráfico 12).



Gráfico 12. Estancias medias mostradas por meses durante el año 2009.

CONCLUSIONES

En nuestro trabajo como hemos expuesto anteriormente pretendemos analizar las características de nuestros pacientes en la USD, que se comporta como unidad de referencia de la provincia de Alicante.

De manera sucinta intentaremos concretar en estas líneas las conclusiones más importantes de los datos analizados.

Podemos concluir que en cuanto a la relación existente entre patologías y sexo, hay claramente un mayor número de ingresos de hombres en todas las patologías exceptuando los pacientes anticoagulados en donde se observa una mayoría de mujeres.

Con respecto al número de patologías, las HDA varicosas suponen la primera causa de ingreso en la unidad, seguidas de las úlceras duodenales.

En cuanto a las neoplasias, el mayor número de ingresos es por neoplasias malignas de estómago, que presentan la misma pauta de actuación y tratamiento que las HDA gastro-duodenales.

En relación a los motivos de éxitus, en nuestra Unidad, la principal causa son las HDA varicosas.

De los hospitales que más nos han derivado han sido el Hospital General de Elche con una cobertura similar al HGUA y el Hospital Universitario de San Juan con una cobertura mucho menor, siendo la patología mayor derivada la HDA varicosas lo que ha supuesto un alto número de ingresos en la USD de pacientes que no son propios aumentando la estancia y el gasto.

Se puede señalar que el número de endoscopias urgentes se ha mantenido dentro de unas cifras más o menos similares en los últimos años, siendo noviembre el mes que más endoscopias urgentes ha tenido ya que ha sido el mes con más ingresos en la USD.

Por último, respecto a la estancia media, observamos que los meses donde hay un gran aumento de ingresos se ve un ligero descenso de la estancia media, pues nos vemos obligados a sacar de la unidad antes de tiempo a aquellos pacientes que están más estables para poder atender a los nuevos ingresos.

PALABRAS CLAVE

Digestivo, patologías digestivas, sangrantes digestivos

BIBLIOGRAFÍA

1. "El enfermo sangrante I Curso de actualización en el tratamiento de enfermería en UCI". Posadillo Sánchez de Puerta, Lourdes Ortega Ruiz, José M. Fundación Mapfre Medicina. 1996 Madrid. Pp. 315-324. Capítulo. ISBN/ISSN 84-7100-909-9.
2. Parrilla Saldaña, Josefa; Peñalver Jiménez, Carmen; Funuyet Guirado, Jorge; Quero Haro, Antonia; Chaves Maya, Aniana y Ruiz Fabrelles, Carmen. "Cuidados de enfermería y valoración de las necesidades básicas en una unidad de medicina interna". Rev Hygia. 1999 ene-abr. Año XII (41):13-17. Original, artículo.
3. González Carrasco, Francisca. "Importancia de la información al enfermo sangrante". Rev Constantes. 1994 jul. 23:13-14. Artículo.
4. Domenech Gil, Luis Miguel; Rodríguez Escudero, María Visitación; Pérez Gómez, Juan; Villar García, MD y Muñoz Moreno, José. "Hemorragia digestiva. Asistencia de Enfermería". Rev Enferm Científ. 1992 oct. 127:12-16. Revisión, artículo.
5. Lacárcel Morcillo, Manuel; Mora Miguel, F; Alberola Santabárbara, M; Alcocer García, JJ; Lafuente Sánchez, S y López Vicente, María Dolores. "Hemorragias digestiva altas. Estudio retrospectivo de 561 casos". Rev Enferm Científ. 1989 mar. 84:27-30. Original, artículo.
6. Garrido, J. L. Márquez, F. J. Guerrero, E. Leo, M. A. Pizarro y C. Trigo. "Cambios en la etiología, resultados y características de los pacientes con hemorragia digestiva aguda grave a lo largo del periodo 1999-2005". Rev. Esp. Enferm. Dig. Mayo 2007. v.99 n.5. Madrid. Original, Artículo.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL ICTUS AGUDO. REVISIÓN DEL MANEJO DE ENFERMERÍA DE LOS CASOS TRATADOS EN EL H.G.U.ALICANTE

Bertomeu Ruiz, José Vicente* Climent Aragón, Fidel* Filgueira López, Carmen*
Gómez Mendieta, Begoña** Ortiz Sánchez, Luís** Yacer Alemany, Cristina**
Favieres Aracil, Laura** Torres Marín, María** Monteagudo Nieto, Vanesa**
Such Martínez, Miguel Angel***

Unidad de Neurorradiología Servicio de Neurología** T.A.C.****

INTRODUCCIÓN

TIEMPO ES CEREBRO

La primera fibrinólisis en este hospital fue intraarterial, obtuvo buen resultado, y se realizó en 1995.

En 2006, las enfermedades cerebro vasculares agudas o ictus fueron la segunda causa de muerte en la población española (32.887 casos) y la primera en la mujer (19.038)

Según un estudio del 2008, en España cada año aparecen 90.000 nuevos casos de ictus y es el origen de casi 300.000 discapacidades en el país, según los informes de la Organización Mundial de la salud (OMS)

Una de las claves para el éxito en la atención del ictus es la rapidez con la que se detectan los síntomas iniciales y se contacta con los sistemas de emergencias médicas para comenzar a actuar con la mayor brevedad posible.

Es fundamental disponer de una buena coordinación entre los servicios de urgencia y los centros sanitarios mediante la activación del llamado código ictus.

Es fundamental la actuación sistematizada sobre el ictus, tanto desde el punto de vista médico como de enfermería para minimizar al máximo las secuelas que ocasiona esta enfermedad.

Fue el 17 de Marzo de 2009 cuando el ministro de Sanidad y Consumo, D. Bernat Soria presentó en el Ministerio de Sanidad la Estrategia Nacional en Ictus del SNS.

A fecha de hoy, y debido a las transferencias de la en Sanidad, cada Autonomía funciona de forma independiente y diferente, y así:

“La OCU denuncia la desigual atención urgente al ictus en las diferentes Comunidades Autónomas”

Esta Estrategia Nacional en Ictus del SNS se basa en los siguientes puntos:

1. Promoción y prevención de la salud: prevención primaria y secundaria.
2. Atención en fase aguda al paciente con ictus.

3. Rehabilitación y reinserción.
4. Formación.
5. Investigación.

Según el mismo D. Bernat Soria, ex ministro de Sanidad, en los Cursos de verano de la Complutense de Madrid en Julio del 2010 dice que “esta enfermedad es la responsable de 7% al 10% del gasto sanitario”.

El H.G.U. de Alicante dispone en la actualidad de:

- Un equipo de tomografía multidetector de 64 filas de detectores.TAC. de alta tecnología, ubicado en la segunda planta.

Existe un programa de TC craneal helicoidal para estudio del Polígono de Willis de 420 mAS y 120 KV.

La zona a estudio abarcaría desde 2º vértebra cervical hasta la calota craneal.

Realizaremos 1º un escanograma lateral (una radiografía lateral) abarcando cuello y cráneo. Planificaremos un corte a nivel C3 (3ª vértebra cervical. Colocaremos el tracker (detector de la densidad del contraste) al aire(es decir en el exterior del cuello).

- Una Unidad de Neurorradióloga Intervencionista (ubicada también en la segunda planta) en donde se aplican las últimas técnicas endovasculares en cuando a la trombectomía para el Ictus agudo -con trombo fresco- con material específico para ello y personal cualificado.
- Una Unidad de Ictus ubicada en la octava planta en el Servicio de .Neurología, compuesta por dos camas y totalmente equipadas, monitorización continua de FC. y SO2, con vigilancia las 24 h en monitor central fijo, impresora digital, P.C y personal cualificado. Tras 48 horas de estancia en esta Unidad, pasan a una habitación normal.

La técnica de la aplicación de la Fibrinólisis intra-arterial y la trombectomía en el Ictus Agudo es novedosa y de reciente aplicación en nuestro hospital, y los pacientes a los que se aplica han de cumplir una serie de requisitos.

Dados los espectaculares resultados obtenidos en el tratamiento endovascular del Ictus Agudo, combinando en ocasiones dos tipos de fibrinólisis intraarterial -mecánica y medicamentosa- es lo que nos ha llevado a la realización de esta presentación.

Para ello se revisaron un total de 11 casos de pacientes a los cuales se les ha realizado un tratamiento endovascular en la fase de ictus trombótico agudo.

OBJETIVOS

Este trabajo nace con la intención de:

- Divulgar la eficacia de este tipo de tratamiento.
- Evaluar la actuación de enfermería en el recorrido que hace el paciente ingresado con ictus agudo (desde paso por el TAC, por la Unidad de Neurorradiología y la Unidad de ICTUS) hasta que sale del Hospital.

- Medir los tiempos medios de estancia en cada una de las Unidades, a fin de revisar los parámetros de calidad y eficacia de Enfermería realizados, durante el paso por los diferentes Departamentos.
- Comparar situaciones neurológicas y motoras de los pacientes desde el ingreso hasta el alta.
- Crear herramientas de medición para enfermería lo mas exactas posibles, a fin de recoger el máximo de datos para un mayor reflejo de su evolución y que pueda servir de herramienta para cuando el paciente sea seguido en su Centro de Salud.

MATERIAL Y METODO

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo de 11 casos de pacientes desde Mayo 2007 a Octubre 2010, a los cuales se les ha realizado un tratamiento endovascular en la fase de ictus trombótico agudo.

Hemos de tener en cuenta que las indicaciones para esta terapéutica endovascular en el Ictus son:

- Antes de las 6 horas del comienzo del episodio agudo en caso de circulación anterior
- Antes de las 24-48h en caso de ictus de circulación posterior.

Hemos procedido a una revisión exhaustiva de las historias con recogida de datos epidemiológicos y análisis y medición de:

- Tipos exploraciones de imágenes realizadas antes de la terapéutica.
- Tiempos medios de estancia de los pacientes en cada uno de los servicios por los que ha pasado.
- Tiempo medio de preparación de la Sala de intervencionismo.
- Tiempo medio utilizado para la extracción o modificación de trombo.
- Éxito o fracaso de la terapéutica.
- Días de ingreso medio en la Unidad de Ictus.
- Comprobación de nuestros datos con otras publicaciones.
- Análisis de la eficacia del Protocolo de enfermería que se aplica en la Unidad de ictus.
- Cambios clínicos neurológicos en el paciente desde el momento de su ingreso hasta el momento del alta hospitalaria.

RESULTADOS

En el Angiotac -disponibilidad universal

Tiempo de estancia media de sala para el TAC sin contraste: 5 minutos

Tiempo de estancia media de sala para el TAC con contraste: 7 minutos.

En la RNM no disponibilidad universal

Tiempo medio de sala en RNM: 15 minutos

En la Unidad de Neurorradiología

Edades: entre 32 y 81 años. Edad media: 58,45 años.

Sexo: Hombres: 7 Mujeres: 4

Antecedentes de interes:

Hipertensión..... 45%, Cardiopatías... 36%, Otros19%

Exploraciones previas a la llegada a la Unidad de Neurorradiología:

TAC 9 ANGIO TAC 1 RNM 1

Hora de aparición del ictus:

Desde 6'30 a.m. a 12'45 a.m.

Llegada a nuestra unidad: entre 1 y 5 horas desde los primeros síntomas.

Excepciones: Un caso a las 23 horas de los síntomas y otro tras 24h.45' de los mismos, ambos son de circulación posterior.

Situación básica a su llegada:

El 50% viene consciente y ligeramente desorientado.

4 presentaban hemiplejía.

6 hemiparesia.

1 intubado.

Situación del trombo origen del ICTUS:

7 en arteria Carótida interna

4 en Arteria Arteria Vertebral

Tiempo de preparación de sala para la Fibrinólisis: De 3 a 6 minutos.

Tiempo total de fibrinólisis en sala: Entre 1h.10' y 2h. 45'

Tipo de fibrinólisis:

A 3 pacientes se les realiza solo Fibrinólisis intra-arterial medicamentosa.

A 3 pacientes se les realiza solo fibrinólisis mecánica (trombectomía)

A 5 pacientes se realiza fibrinólisis mixta.

Extracción total del trombo:

En 4 pacientes se consigue la extracción total.

En 6 pacientes se consigue la rotura o disolución parcial del trombo.

En 1 paciente no se consigue solucionar nada.

Recanalización de la luz arterial:

Total: 9

Nula: 1

Fragmentación: 1

Casos clínicos:

Nº1

Paciente de 58 años, que llega a nuestra Unidad a las 3h. 55' del comienzo del ictus. Presenta trombo en el Top de la arteria basilar.

Se comienza con fibrinólisis medicamentosa I.A. (alteplasa 14 mg.)

Tras 30 de la misma y persistiendo el trombo, se da paso a la fibrinólisis mecánica, siendo ésta la resolutive.

El tiempo total que el paciente permanece en nuestra unidad es de 1h.58'.

Nº2

Paciente varón de 66 años de edad, ingresado en este hospital, que llega a nuestra unidad a los 50' del ictus. Presenta oclusión de la carótida interna dcha. a nivel de la T carótida.

Se comienza con trombolisis mecánica y se consigue revascularizar por completo.

El tiempo total que el paciente permanece en nuestra unidad es de 1h. 30'

En la Unidad de Ictus y Neurología

Tiempo de estancia media del paciente:

- 13 días, excluyendo 2 pacientes que fueron éxitos a las 24 horas.
- 2 pacientes que precisaron ingreso en UCI.

Tiempo mínimo de estancia: 9 días.

Tiempo máximo: 31 días.

Alteración de la Movilidad del paciente:

Al ingreso:

- 2 pacientes que ingresan con HEMIPARESIA y son EXITUS a las 24 h.
- 3 pacientes con HEMIPLEJIA.
- 5 pacientes con HEMIPARESIA.
- 2 pacientes con PARESIA.
- 1 paciente que viene trasladado de UCI por Síndrome de Cautiverio.

Al alta:

- 3 pacientes con PARESIA.
- 1 paciente con leve HEMIPARESIA.
- 1 paciente con HEMIPLEJIA que es trasladado al Hospital de su país de origen.(Inglaterra)
- 3 pacientes deambulan sin ayudas adicionales.
- 1 paciente deambula con ayudas adicionales.

Todos los pacientes siguen tratamiento rehabilitador excepto 1 de ellos que no lo precisó.

Alteración del lenguaje del paciente:

Al ingreso:

- 2 pacientes que ingresan con AFASIA, y a las 24 horas fue éxitos.
- 3 pacientes con DISARTRIA.
- 3 pacientes con AFASIA.
- 1 paciente con DISFASIA MOTORA.
- 1 paciente sin déficit.
- 1 paciente con comunicación a través del cierre palpebral.

Al alta:

- 4 pacientes con DISARTRIA.
- 2 pacientes sin dificultad en la expresión verbal.
- 2 pacientes con AFASIA.
- 1 paciente con DISFASIA
- 2 pacientes que fueron Éxitos.

Alteración de la Deglución:

Durante la Hospitalización, 2 de los pacientes precisaron Nutrición Enteral. Al Alta todos los pacientes presentaron una buena deglución y por tanto, una buena tolerancia oral a la dieta.

Pacientes anticoagulados- antiagregados al alta:

Del total de los 11 pacientes de la muestra, 2 fueron éxitos.

Todos los pacientes fueron tratados con alguno de los fármacos indicados para tal fin.

- 3 pacientes fueron anticoagulados (sintrom , heparina sódica)
- 2 pac. fueron antiagregados (disgren, Clopidogrel y AAS)
- 4 pacientes con tratamiento combinado (Clopidogrel +AAS; AS+HBPM; HBPM+Clopidogrel).

CONCLUSIONES

- Hemos observado que nuestros resultados se parecen bastante a los publicados en la documentación consultada.
- Queda demostrada la eficacia de esta técnica, tanto en los resultados como en la pronta recuperación de los pacientes.
- Al recopilar los datos para este estudio, hemos visto que debido a lo esporádico de los casos (18 en 3 años) las herramientas de recogida de datos está incompleta.
- Evidenciamos con ello la necesidad de elaborar una hoja de enfermería específica en este tipo de Ictus, la cual sirva como seguimiento para toda la situación del paciente mientras esté hospitalizado, consensuada por todas las Unidades de referencia.
- Esta hoja comenzaría en la Unidad de Neurorradiología y acaba por el Servicio de Neurología.

- Acompañaría al paciente en el alta de enfermería y seguiría cumplimentándose en Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Discapnet 27/07/2010
- Lunes, 2 de Agosto 2010 dclm.es.
- ABC Periódico Electrónico S.A. 18/03/2009.
- Creacion de un equipo de ictus y certificación de un Centro primario. Autora: Dra. Karen Ellmers.
- <http://www.infodoctor.org/sociedades/neurologia.htm>
- GUÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA EN EL ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO, J. Tejada, J. Maestre, J. Larracochea, JGállego e I. Casado; por el comité ad hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN.
- Guías Clínicas para el Tratamiento del Ictus Isquémico y del Accidente Isquémico Transitorio 2008. El European Stroke Organization (ESO) Executive Committee y el ESO Writing Committee.
- El coste del ictus. E. Martínez-Vila1, P. Irimia1, E. Urrestarazu1, J. Gállego. Departamento de Neurología y Neurocirugía. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona. Servicio de Neurología. Hospital de Navarra. Pamplona
- Coste de la enfermedad cerebrovascular aguda. Autores: Beguiristain, J.M; Arrazola, J.Mar; Revistade Neurología 2005 Abr 1-15;40 (7)
- Tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo. P.P. Alcázar Romero. Servicio de Radiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

POBLACION INMIGRANTE COMO CUIDADORES NO PROFESIONALES, ¿MODIFICAN EL PERFIL?

González Sánchez, Inés*; Peydró Navarro, Cristina**

** Enfermera Máster, Supervisora General HGUA, Profesora asociada de la Universidad Cardenal Herrera, CEU; **Enfermera Máster, UCI del HGUA*

INTRODUCCIÓN

Los cambios sociales impiden conciliar el rol de cuidador con otros roles produciéndose la “crisis del cuidador informal”. La inmigración ayuda al mantenimiento de los servicios no profesionales de cuidados.

OBJETIVO GENERAL

Valorar el impacto de la incorporación de la población inmigrante en el perfil de los cuidadores no profesionales.

Objetivos específicos:

- Hacer visible el trabajo de los cuidadores no profesionales con pacientes dependientes en domicilio.
- Ofrecer nuestro asesoramiento en cuidados enfermeros a los cuidadores no profesionales.

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo, transversal realizado entre febrero y Abril de 2010 en diferentes Centros de Salud de Alicante, con población inmigrante, las variables estudiadas: Edad, sexo, País de procedencia, actividad laboral anterior, AVD, AIVD

RESULTADOS

El 45,83% son hombres con una media de edad 43 años, el 66,6% latinoamericanos, cuidados de ensayo-error ante desconocimientos sanitarios. Las AIVD están influidas por el género

CONCLUSIONES

La población inmigrante cambia el perfil del cuidador, es una salida laboral, sin lazo de parentesco. No sufren sobrecarga emocional y disponen de tiempo de respiro.

Palabras clave: Cuidador familiar, hospital, perfil social, dependencia

IMMIGRANT POPULATION AS NON PROFESSIONAL CARE PROVIDERS, DO THEY MODIFY THE CARE PROVIDER PROFILE?

INTRODUCTION

The social changes impeded to reconcile the care provider role with any other roles producing the “informal care provider crisis”. The immigration helps to the maintenance of the non professional services of care. General aim: To value the impact of the incorporation of the immigrant population on the profile of the non professional care providers.

GENERAL GOAL

To value the impact of the immigrant population incorporation on the non professional care givers.

SPECIFIC GOALS:

- Make the work of the non professionals care givers with dependent patients at home visible.
- Offer our advice on nursing care to non professionals care givers.

MATERIAL AND METHOD

Descriptive transverse study, carried out between February and April of 2010 in different Health Centres in Alicante, with immigrant population, the researched variables: Age, Sex, Country of origin, previous working activities, AVD, AIVD.

RESULTS

The 45,83% are men with an average age of 43 years old, the 66.6 % latinamerican, cares of trial-error of the sanitary ignorance. The AIVD are influenced by gender.

CONCLUSIONS

The immigrant population change the profile of the care provider, is a new work position, without any relationship. They don't suffer emotional overload and they have time of breathing and relax.

KEY WORDS

Relative care provider, hospital, social profile, dependence.

1.- INTRODUCCIÓN:

En España en los últimos años se han producido una serie de cambios como los demográficos, el ingreso masivo de la mujer al mundo del trabajo, la maternidad tardía, transformando así los roles de la familia, además del elevado envejecimiento de la población que conlleva una elevada prevalencia de enfermedades crónicas y reemergentes, todo ello provocando un gran impacto social y cultural, ya que ese aumento de la esperanza de vida, va parejo a un nivel mayor de dependencia de la población anciana.

En la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento (1), celebrada en Madrid en Abril del 2002, se presentó un mapa gerontológico demostrando que la población de adultos mayores también envejece y para el año 2050 alrededor del 21 % de la población anciana superará los 80 años y el número de centenarios aumentará 15 veces al pasar de las 210 mil personas a los 3,2 millones, para el año 2150 una de cada tres personas del planeta superará los 60 años.

La rápida disminución de la población activa de las naciones industrializadas ha tenido como consecuencia el incremento de la población inmigrante trabajadora (2) (Bover,2006), que busca una mejor calidad de vida para ellos y su familia. (Gastaldo, Gooden y Massaquoi, 2005). En unas pocas décadas, España ha pasado de ser un país emisor de emigrantes a ser receptor de un intenso flujo migratorio.

Desde el año 2000, España ha presentado una de las mayores tasas de inmigración del mundo. Es, además, el décimo país del planeta que más inmigrantes posee en números absolutos. Según el censo del 2009, el 12,8% de los residentes en España era de nacionalidad extranjera.(3)

Las zonas de España con mayor proporción de inmigrantes son Madrid y su área de influencia, el arco mediterráneo y las islas. Según el censo del 2005 el 44,81% de todos los inmigrantes censados en España se reparten entre tan sólo tres provincias (Madrid, Barcelona y Alicante). Hay que destacar que la provincia con mayor porcentaje de inmigrantes del país es Alicante., según el censo del 2009 tiene un 17,3% de población inmigrante, lo que supone un total de 463. 704 individuos extranjeros de diferentes nacionalidades.

España, debido a los vínculos históricos y culturales con los países latinoamericanos, es uno de los destinos favoritos de los trabajadores de habla hispana, de hecho, el colectivo más numeroso de inmigrantes procede del continente iberoamericano, (el 36,21% del total de extranjeros afincados en España, según el censo INE 2009); destacando entre ellas las nacionalidades ecuatoriana y colombiana (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, MTAS, 2009), les siguen después los procedentes de la UE-27 (34,45%) y del norte de África (14,83%).

Los importantes cambios sociales, demográficos y económicos producidos en España, han hecho que cada vez sea mayor la dificultad para conciliar el rol de cuidador o cuidadora con otros roles sociales, produciéndose, como consecuencia, una disminución progresiva del recurso informal, es lo que se conoce como “crisis del cuidador informal”. Así, la inmigración en España está ayudando de manera muy importante al mantenimiento de los servicios informales de cuidados; ya que muchas mujeres inmigrantes trabajan en el ámbito del cuidado de personas dependientes en

el domicilio. Estas cuidadoras cubren o ayudan a cubrir necesidades básicas de los ancianos, sin embargo las diferencias culturales en materia de salud y cuidados existentes entre la cuidadora inmigrante y el anciano y su familia, ocasiona diferencias en la manera de valorar y cubrir las necesidades de cuidados, así como conflictos, interacciones y expectativas de todos los sujetos implicados.

Llegado este punto quisiéramos hacer un apunte personal sobre el término de Cuidadores Informales, desde nuestro punto de vista, consideramos que deberíamos cambiar su denominación e identificarlos como Cuidadores No Profesionales, ya que el término informal no se ajusta a los criterios de aplicación del mismo, pues en ningún momento los cuidados que ofrecen estos cuidadores son informales. Por ello en el resto del trabajo nos referiremos a los cuidadores informales- familiares como cuidadores no profesionales.

Por tanto podemos definir a los Cuidadores No Profesionales como aquellas personas que asumen la responsabilidad de cubrir las necesidades vitales y de bienestar de otra que no puede hacerlo por sí misma, diríamos por tanto que el Cuidador No Profesional es la base de la provisión de cuidados, para los enfermos en el domicilio y elemento imprescindible para que el enfermo pueda seguir viviendo en la comunidad, con este punto de partida podemos admitir que el cuidador no profesional es el sustentador del dependiente.

En España estos cuidados no profesionales están siendo cubiertos tanto por familiares como por población inmigrante, hoy en día en diversos ámbitos científicos y sociales, se ha dado en llamar al Cuidador no profesional, “figura invisible”, sin embargo es pilar en la prestación de cuidados en el domicilio. La tarea que realizan los cuidadores no profesionales en el interior de los hogares, proporciona verdadera calidad de vida a los enfermos dependientes, y no podemos olvidar que su aportación humana enriquece a la sociedad, nos enriquece a todos. (4)

Es nuestra misión como profesionales sanitarios “hacer visible lo invisible” teniendo en cuenta que lo invisible es sinónimo de desconocido. Desconocer significa no hacerse responsable. Conocer, por el contrario, implica el reconocimiento de que tenemos responsabilidades por cumplir. Para hacer «visible» lo «invisible» y poder lograr cambios significativos en nuestras conductas, hace falta mostrar, medir, ocuparse, para poder hacer visible socialmente el Iceberg oculto de la falta de formación en cuidados de los que envejecen en casa

Nuestra hipótesis es que la incorporación de la población inmigrante como cuidadores no profesionales modifica el perfil del cuidador no profesional.

OBJETIVO GENERAL:

Valorar el impacto de la incorporación de la población inmigrante en el perfil de los cuidadores no profesionales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Hacer visible el trabajo de los cuidadores no profesionales con pacientes dependientes en domicilio.
- Ofrecer nuestro asesoramiento en cuidados enfermeros a los cuidadores no profesionales.

MATERIAL Y METODO:

Para la realización de este estudio comenzamos con una revisión bibliográfica sobre cuidadores informales (no profesionales) para obtener el perfil del cuidador, a fin de que nos sirva de marco teórico para confirmar o rechazar la hipótesis de que la incorporación de la población inmigrante modifica dicho perfil.

Dicho marco teórico lo baso en los modelos aportados por diferentes autores (Portillo, Cols y Quero)(5) todos ellos coinciden prácticamente en el tipo de cuidador, utilizando la teoría descriptiva de Fawcett y Downs(6) (1992) vamos a detallar todas las características comunes de los cuidadores que comportan su perfil es:

El perfil del cuidador informal -familiar(7) responde:

- Mujeres son el 83,95%, sus características son:
 - de edad media de 56 años,
 - el 60% son amas de casa,
 - un 22% trabajan fuera de casa a tiempo parcial y a jornada completa un 57%.
- Los cuidadores hombres son un 17%, sus características son:
 - de edad media de 65 años.
 - jubilados en un 45%,
 - trabajando fuera de casa 42%
 - trabajando a tiempo completo un 83%.
- Respecto al vínculo con el sujeto del cuidado:
 - El 57% de los cuidados eran prestados por hijos/ as. Si se añaden yernos, nueras un 62% y el 26% cónyuges.
 - Sólo un 2,6% es una persona que no tiene vínculos familiares con la persona dependiente y habitualmente son inmigrantes.
- En cuanto al tiempo dedicado al cuidado:
 - Más del 50% dedican más de 5 horas al día al cuidado (>150 horas al mes) sin desprenderse de ninguna responsabilidad familiar o profesional que ya tengan.
- Principalmente organizan sus actividades cuidadores de la siguiente forma: se centran en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (cocinar, limpiar la casa, usar el teléfono, lavar ropa y planchar) en un 80% y en las actividades de la vida diaria (AVD) (comer, bañar, ayudar con la movilidad, la eliminación, dar medicación y tratar úlceras y heridas) un 60%. La tarea del cuidado es una sobrecarga solitaria que suele desencadenar en un desgaste físico y psíquico del cuidador.

El estudio es de tipo descriptivo y transversal y se realizó mediante encuestas. La recogida de datos se llevó a cabo entre el 15 de febrero y el 30 de Abril de 2010 en diferentes Centros de Salud de Alicante.

La población de estudio es la población inmigrante de la ciudad de Alicante que se dedique al cuidado no profesional de personas dependientes en domicilio.

Para la selección de la muestra nos personamos en diferentes centros de Salud de la ciudad de Alicante, en días y horas de asistencia de recogida de recetas de largo tratamiento, previamente proporcionadas las fechas por las enfermeras de los diferentes centros de salud de la provincia de Alicante, y aquellas personas inmigrantes que recogían recetas de largo tratamiento fueron interpeladas por nosotras, preguntándoles directamente, tras nuestra presentación, si cuidaban de personas mayores en el domicilio; Cuando la respuesta era positiva les solicitábamos de forma verbal su consentimiento para la participación voluntaria y anónima como informantes en el estudio, y se les informó sobre la confidencialidad de los datos obtenidos. Así mismo se les explicó la naturaleza del estudio.

Se realizó un muestreo aleatorio simple y se efectuaron 24 encuestas (Anexo 1). Los cuidadores no profesionales fueron seleccionados por el mismo investigador atendiendo a los criterios de inclusión siguientes:

- Que el cuidador no profesional sea inmigrante, entendiéndose como inmigrante aquella persona que no haya nacido en España.
- Que lleve más de un año prestando cuidados no profesionales a pacientes dependientes en su domicilio.
- Que sea un cuidador no profesional remunerado.

La inclusión de estos criterios provocó una pérdida de sujetos de 5 hombres y 7 mujeres, quedando una muestra de 24 participantes.

La encuesta se realizó fuera de los centros de salud para controlar el posible sesgo de respuesta por la presencia de otros profesionales o del propio paciente.

Para el análisis descriptivo se determinaron las siguientes variables a estudio:

- Edad, sexo, País de procedencia, nivel de estudios, ingresos económicos, convivencia, parentesco del cuidador familiar, tiempo de permanencia en la vivienda, actividad laboral anterior, conocimientos sanitarios.
- Relación de actividades de la vida diaria (AVD) que provee al paciente dependiente, según el índice de Barthel modificado
- Relación de actividades instrumentalizadas de la vida diaria (AIVD) que provee al paciente dependiente, según la escala de Lawton y Brody modificado
- Otras actividades.

Se utilizó la encuesta de Quero y Cols(8) modificada para los objetivos de este estudio.

RESULTADOS

Se realizaron 24 encuestas de cuidadores no profesionales todos ellos inmigrantes, siendo el 54,16% mujeres y un 45,83% hombres, con una media de edad de 43 años. Cabe destacar que la media de edad de los hombres era mayor situándose en 53 años.

En cuanto al país de procedencia de los cuidadores, el 66,6% procedían de países latinoamericanos, sobretodo Ecuador y Colombia, un 25% proceden de países comunitarios destacan Croacia y Eslovenia, hay un 8,33% procedentes de países magrebíes, en concreto de Marruecos.

Respecto al nivel de estudios no hay ningún participante sin estudios, siendo un 29,16% los que tienen estudios primarios, curiosamente en este apartado están los cuidadores magrebíes; un 54,16% tienen Bachiller y un 16,66% tienen estudios universitarios, llama la atención que todos los cuidadores procedentes de los países de la Unión Europea son los que más alta cualificación tienen de estudios, a destacar que todos los universitarios eran comunitarios.

Los ingresos que los cuidadores perciben estaban entre el tramo 2 y 3, ya que un 20,83% recibía entre 800 y 1000 euros, y el 79,16% que recibe entre 600 y 800 euros. Estos resultados estaban íntimamente relacionados con la variable de convivencia con el paciente y con el número de horas dedicadas de forma que los que si convivían con el paciente eran los que más horas dedicaban ya que estaban en el hogar las 24 horas del día pero recibían un menor sueldo entre 600 y 800 euros, ya que se les daba alojamiento y comida, aquellos que no convivían con el paciente dedicaban una media de 10 horas diarias y sus ingresos estaban entre 800 y 1000 euros estos no recibían ni alojamiento ni comida.

La respuesta a la pregunta sobre la actividad laboral anterior al cuidado no profesional es muy variada, teniendo desde amas de casa hasta economistas, decoradores...etc. destaca que ningún participante había trabajado en el mundo sanitario, así como tampoco tienen ningún tipo de conocimientos sanitarios por lo que los cuidados que dan se basan más en técnicas de ensayo-error lo que les genera bastante ansiedad a ambas partes.(enfermo y cuidador).

Respecto a la pregunta de si reciben ayuda de los familiares para el cuidado del paciente la respuesta fue absolutamente afirmativa ya que todos los cuidadores disfrutaban de fines de semana y festivos libres, siendo ayudados también en momentos muy puntuales, la persona que ofrece esta ayuda es mayoritariamente un familiar cercano siendo un 79,16% el hijo/a y un 20,83% otro cuidador de fin de semana.

Los resultados obtenidos sobre las AVD que realiza el cuidador hacia el paciente están relacionados con el estado y la capacidad funcional del paciente y no influye el género del cuidador, lo podemos ver en la tabla siguiente por porcentajes.

ACTIVIDADES de la Vida Diaria	SI	NO
• Darle la comida	12,5%	87,5%
• Peinar, lavar la cara, lavar los dientes	----	100%
• Bañar en la cama	-----	100%
• Ducharlo	70,83%	29,16%
• Ayudar a vestirse	16,66%	83,33%
• Poner la cuña/botella	66,66%	33,33%
• Acompañar al cuarto de baño	100%	----
• Ayudarlo a levantarse	100%	----
• Acompañar, entretener	100%	----
• Realizar curas	12,5%	87,5%
• Moverlo en la cama	-----	100%
• Ayudarlo a pasear	91,67%	8,3%
• Dar medicación	100%	-----
• Acudir al médico para recetas	100%	-----

Sin embargo las AIVD si están influenciadas por el género del cuidador ya que curiosamente destaca que las actividades de realizar labores y limpieza de la casa, así como el lavar la ropa no hay ningún cuidador varón que las realice y si todas las mujeres cuidadoras. El resto de las AIVD solo dependen del estado del paciente. En la siguiente tabla podemos ver los resultados obtenidos:

ACTIVIDADES Instrumentalizadas Vida Diaria	SI	NO
• Usted hace las llamadas telefónicas	41,66%	58,3%
• Realiza cualquier tipo de compra.	91,66%	8,33%
• Organiza, prepara y sirve adecuadamente las comidas.	100%	-----
• Realiza las labores y limpieza de la casa	54,16%	45,83%
• Realiza el lavado de la ropa	54,16%	45,83%
• Tiene que acompañarlo para cualquier salida del hogar.	100%	-----
• Organiza y controla su medicación	100%	----
• Controla sus asuntos económicos.	62,5%	37,5%

CONCLUSIONES:

- Los importantes cambios sociales, demográficos y económicos, han hecho que cada vez sea mayor la dificultad para conciliar el rol de cuidador con otros roles sociales, produciéndose, como consecuencia, una disminución progresiva del recurso informal, es lo que se conoce como “crisis del cuidador informal”. Así, la inmigración en España está ayudando de manera muy importante al mantenimiento de los servicios no profesionales de cuidados; Hay estimaciones que cifran en 600.000 los inmigrantes que a nivel nacional trabajan en el ámbito del cuidado de personas dependientes en el domicilio.
- La mayoría de los cuidadores inmigrantes proceden de los países latinoamericanos ya que debido a los vínculos históricos y culturales con nuestro país, somos uno de sus destinos favoritos.
- El perfil del cuidador está cambiando, como podemos ver sintetizados en los siguientes puntos:
 - La proporción por género se va igualando ya que el porcentaje de hombres está aumentando, se ha pasado de un 17% al 46%.
 - La población inmigrante ve el cuidado no profesional como una salida laboral, sin que haya ningún lazo de parentesco con el paciente.
 - No sufren la sobrecarga emocional, además disponen de tiempo de respiro ya que libran fines de semana y festivos.
 - Todos los cuidadores realizan las AVD, pero en la realización de las AVD hay una influencia de género, ya que no hay ningún hombre que las realice.
 - Ningún cuidador tiene conocimientos sanitarios realizan sus cuidados con la técnica de ensayo-error, lo que en muchas ocasiones provoca ansiedad por ambas partes (paciente y cuidador)
- Los profesionales sanitarios debemos hacer visible la figura del Cuidador no profesional inmigrante, integrando a ambos (cuidador y paciente) en nuestras intervenciones de cuidados de forma holística.
- El personal de Enfermería mediante sus intervenciones tiene mucho que aportar a este colectivo, pues si conseguimos que se sientan protegidos, y que confíen en nosotros, lograremos que finalicen toda su etapa del cuidado en las mejores condiciones posibles para la persona dependiente y para ellos mismos.
- Con los datos recogidos podemos afirmar que la incorporación de la población inmigrante en el campo del cuidador no profesional, provoca cambios en el perfil del cuidador, aunque sería interesante continuar haciendo estudios de este tipo que ayuden a confirmar estos datos.

(ANEXO 1)

Estimado cuidador:

Nos gustaría contar con su colaboración para la realización de esta encuesta que es voluntaria y anónima y que pretende recoger información para elaborar y dar a conocer el nuevo perfil de los cuidadores no profesionales al incorporarse a este campo la población inmigrante.

Muchas gracias por su colaboración.

Atentamente

Inés González y Cristina Peydró
Enfermeras

ENCUESTA SOBRE PERFIL SOCIAL	
Datos del cuidador	
Sexo:	Edad:
¿Cuál es su país de procedencia?	

¿Cuál es su nivel de estudios?	
<ul style="list-style-type: none"> • Sin estudios • Estudios Primarios. • Bachiller. • Estudios Universitarios. • Otros 	
¿Qué ingresos se perciben mensualmente en su hogar?	
1. Menos de 600 €	
2. De 600 a 800 €	
3. De 800 a 1.000 €	
4. De 1.000 a 1.500 €	
5. De 1.500 a 2.500 €	
6. Más de 2.500 €	
7. NS	
8. NC	
¿Cuál era su actividad laboral anterior? _____	
Localidad del cuidador: _____	
¿Convive usted con el paciente?	
1. Sí	
2. No	
¿Cuántas horas al día dedica al cuidado del paciente? _____	
¿Cuánto tiempo lleva realizando estos cuidados en el domicilio?	

¿Tiene conocimientos sanitarios para el cuidado del paciente?	
1. Sí	
2. No	

¿Recibe ayuda de otras personas para cuidar al paciente?

1. Sí
2. No

¿Quién o quiénes le ayudan (la relación que tiene con el cuidador)?

1. Marido/mujer
2. Padre/madre
3. Suegro/a
4. Hijo/a
5. Yerno/nuera
6. Hermano/a
7. Otros (especificar)

Actividades de la vida diaria (AVD) que el cuidador realiza al paciente

Muchas Gracias por su colaboración

AGRADECIMIENTOS:

- En primer lugar a mi madre pues al ser una mujer dependiente nos ha hecho ver la importancia y necesidad de hacer visible la figura del cuidador informal así como la aportación hecha de la población inmigrante. Por lo que nos animó a la realización de este trabajo.

- A M^a Jesús Luzan Presidenta de la ACF (Asociación de Cuidadores Familiares) de Alicante, y que ha sido una informadora clave para este trabajo.

- A Remedios de la Hoz Soria, antropóloga que tuvimos el placer de conocer en las pasadas Jornadas realizadas en Alicante sobre los Cuidadores Informales y el mundo inmigrante y nos aportó ideas nuevas para nuestra línea de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Gil Gálvez, C. Violencia, abuso, maltrato y/o trato negligente en la Tercera Edad.El suicidio en América latina Vs la UE en la Tercera Edad. Tesis de Magister. Disponible en: (http://aniorte.eresmas.com/archivos/violenc_abus_maltrat_3edad.pdf). Consultado el (28 Diciembre 2009)
- 2- Juana Robledo Martin et al. Trabajadoras inmigrantes como cuidadoras de ancianos a domicilio. Nure Investigación, nº 33, Marzo- Abril 2008
- 3- Wikipedia población inmigrante y cuidadores informales, Consultado (28 diciembre 2009)
- 4- Luzán González, M^a J.; Carceller Migallón, T. Proyecto de Atención a Cuidadores Familiares. Una iniciativa del Centro de Salud El Toscar de Elche 2006. Departamento de Salud 20. Comunicación 5. XII Jornadas de Enfermería sobre trabajos científicos. De la tradición a la evidencia. 17 y 18 Noviembre 2006. Hospital General Universitario Alicante.
- 5- López-Casanova Pablo, Rodríguez-Palma Manuel, Herrero-Díaz María Asunción. Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche. Gerokomos [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2010 Jun 03]; 20(4): 167-171. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400004&lng=es. doi: 10.4321/S1134-928X2009000400004.
- 6- Denise F. Polit y Bernadette P. Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. McGRAW-HILL Interamericana editores, S.A. 6 ed. 2000.
- 7- Zabalegui, A.; Juandó, C.; Sáenz de Ormijana, A.; Ramirez, A.; Pulpón, A.; López, L.; et al. El cuidador informal de personas mayores de 65 años. Nodo de Cuidadores Informales de RIMARED. Disponible en: [http://www.scele.enfe.ua.es/web_scele/archivos/cuidador_informal.pdf]. Consultado el:[28 Diciembre de 2009]
- 8- Quero A, Briones R, Prieto MA, Navarro A, Pascual N, Ruiz C. Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. Nure Investigación 2004; 9.

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- 9- Casado Marín, D.; López i Casanovas, G. Vejez, Dependencia y Cuidados de larga duración. El cuidado de las personas mayores dependientes. Fundación La Caixa. 2001.
- 10- Such: " La aplicación de la Ley de Dependencia ... La Comunidad Valenciana disponible en www.todoloquenecesites.com/ Consultado 16 enero 2010 -
- 11- Nogueira, Ch. Alfageme, A. las personas dependientes tendrán derecho a recibir atención pública a partir de 2007 Madrid. EL PAÍS - Sociedad - 22-04-2006. España.
- 12- Blázquez Agudo, M^a. El primer paso del DR 615/ 2007. Hacia la protección integral del cuidador informal. El Graduado. Boletín informativo del Colegio de Graduados Sociales de Madrid. Disponible en: [[http://www.elgraduado.es/54/cuidadorinformal.htm.](http://www.elgraduado.es/54/cuidadorinformal.htm)] Consultado el: [10 Diciembre de 2009]
- 13- Guía del Cuidador Informal en la Consulta de Enfermería. Disponible en: [[http://sescam-jccm.es/web/gapalavera/prof-guias/GAPTR-ConsEnf_guiacuidadorinformal.pdf-](http://sescam-jccm.es/web/gapalavera/prof-guias/GAPTR-ConsEnf_guiacuidadorinformal.pdf)] Consultado el:[16 Enero de 2010]
- 14- Garcia- Calvente, MM ; et al. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria 2004; 18 (Supl 2): 83- 92.
- 15- Meléndez- Ortega. A.; Pedrero- Chamizo. R. Las personas mayores en España. Disponible en: [[http://spanishexernet.com/pdf/Mayores.1.pdf.](http://spanishexernet.com/pdf/Mayores.1.pdf)] Consultado el: [16Enero de 2010]
- 16- Cuidados a las Personas Mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. 2005
- 17- Las personas Mayores en España. Informe 2006. Capítulo7. Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2006: datos globales. Disponible en: [[http://www.infersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2006/capitulo-7-datos-globales.html.](http://www.infersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2006/capitulo-7-datos-globales.html)] Consultado el: [28 Diciembre de 2009]
- 18- López Martínez, J.; Crespo López, M. (2006). Intervención con cuidadores. Madrid. Portal Mayores. Informes Portal Mayores, n^o 54. Lecciones de Gerontología, IV (Fecha de publicación: 09/06/2006). Disponible en: [<http://www.infersomayores.csic.es/documentos/lopez-intervención-01.pdf>] Consultado el: [16 Enero de 2010]

IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN R.A.C. DEL SERVIVIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DEL VINALOPÓ: ANÁLISIS TRAS CUATRO MESES DE APERTURA

Sánchez Torres; J. (1), Martínez Villegas; V. (2), Lara Guirado; L. (2),
Soriano Ruíz; M.J. (3).

(1): *Supervisor General del Hospital de Vinalopó de Elche.*

(2) *Enfermera del Servicio de Urgencias del Hospital del Vinalopó de Elche.*

(3) *Supervisora del servicio de Urgencias del Hospital del Vinalopó de Elche.*

INTRODUCCIÓN

TRIAJE DE ENFERMERÍA MODELO MANCHESTER

El TRIAJE se ha definido como un proceso para evaluar de forma rápida la gravedad de la afección del usuario con el fin de priorizar el orden de tratamiento y asignar el lugar y los medios adecuados para el mismo.

Este término por su significado y aplicación histórica debe quedar circunscrito, en la terminología sanitaria, para definir la clasificación de víctimas producidas por accidentes o catástrofes y, por tanto, de aplicación al entorno extra-hospitalario. En el ámbito de las urgencias hospitalarias se ha introducido el término de RECEPCIÓN, ACOGIDA y CLASIFICACIÓN (RAC).

El método de triaje requiere que el profesional seleccione de entre las diferentes presentaciones clínicas un determinado número de síntomas y signos en cada nivel de prioridad. Los signos y síntomas que diferencian entre las prioridades clínicas son llamados discriminadores y son dispuestos en forma de diagramas de presentación clínica. Los discriminadores que indican mayor nivel de prioridad son los primeros en ser buscados.

La RAC (término que en urgencias hospitalarias debe sustituir a Triage) es una correcta

Comprensión del problema de salud de los pacientes y su ecosistema, entorno y familia, desde la óptica asistencial, por niveles de gravedad, y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial de urgencias en el que nos encontremos.

La RAC es una actividad propia de enfermería, como así lo reconocen los artículos 52, 53 y 54 del Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias en sus artículos 5.1, a) b) y c); artículo 7.1 y 2 a).

Para que esta actividad sea efectiva y eficiente, debe aplicar unos sistemas de clasificación de pacientes validados y/o consensuados, pero además debe mantener y reforzar la relación interpersonal entre usuario /víctima y profesional sanitario.

OBJETIVOS:

El objetivo del sistema de triaje en un servicio de urgencias es ayudar tanto al tratamiento clínico del paciente individual como a la organización del servicio, y éste se consigue mejor con la asignación de una prioridad clínica adecuada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Equipo y material:

Recursos humanos: Enfermera y Auxiliar de enfermería.

Recursos materiales:

- Ordenador.
- Aparato de ECG.
- Termómetro digital.
- Esfigmomanómetro y tensiómetro.
- Medidor de glucemia capilar.
- Pulsioxímetro portátil.

La escala Manchester clasifica al paciente que llega a un área de Urgencias en 52 diagramas diferentes. Dentro de cada uno se despliega un árbol de flujo de preguntas o discriminadores, generales o específicos, cuya contestación es siempre Si/No.

En cada caso los discriminadores generales llevarán al profesional de triaje a asignar la misma prioridad clínica. Los discriminadores específicos son aplicables a formas de presentación concretas o a pequeños grupos y se relaciona con aspectos clave de las condiciones particulares de los pacientes.

Después de tres o cuatro preguntas clasifica al paciente en cinco categorías, cada una de las cuales se traduce en un código de color y un tiempo máximo de atención, lo que permite priorizar al paciente en función de la gravedad y, sobre todo, objetivar clínicamente la decisión de priorización.

ESTADO	TIEMPO MÁXIMO	COLOR
Crítico	0 minutos	Rojo
Emergencia	10 minutos	Naranja
Urgencia	60 minutos	Amarillo
Estándar	120 minutos	Verde
No urgente	240 minutos	Azul

La función de la enfermera durante el proceso de clasificación se basa en establecer la prioridad en la atención al paciente según la gravedad basándose en los signos y síntomas observados durante la valoración inicial.

En el servicio de Urgencias del Hospital del Vinalopó todas las enfermeras se hacen cargo del área de clasificación. Para desempeñar dicho puesto son necesarios una serie de requisitos y un determinado perfil profesional. Desde nuestro punto de vista, sería importante tener en cuenta:

- Experiencia en el Servicio de Urgencias
- Formación específica en aquellas patologías de difícil valoración, en urgencias y emergencias, en técnicas de comunicación y entrenamiento en el puesto.
- Estar en posesión del diploma que acredite formación en el Sistema de Clasificación Manchester.
- Aprendizaje en el puesto.
- Conocimiento de los protocolos elaborados antes de asumir la plena responsabilidad.
- Habilidades:
 - Habilidad para tomar decisiones rápidamente.
 - Habilidad para poder actuar rápida y eficazmente.
 - Flexibilidad y adaptabilidad en situaciones potencialmente cambiantes.
 - Habilidad en la comunicación interpersonal con los diferentes miembros del equipo, enfermos y familiares.

Papel de la enfermera en el proceso de clasificación:

La enfermera/o asignada al puesto de clasificación realiza las siguientes actividades:

1. Recepción del paciente en el área de triaje
2. Valoración inicial de su estado basándose en el motivo de consulta, signos y síntomas acompañantes, estado general, patología previa, etc. Lógicamente, el tiempo empleado en la valoración estará en función de la gravedad del mismo.

La valoración consta de:

- A) Entrevista: Consiste en la realización de una serie de preguntas relativas al motivo de consulta y antecedentes previos para intentar definir la gravedad del cuadro. Dichas preguntas han de ser claras, sencillas y directas, utilizando términos que el paciente y/o familiar puedan entender.

Las preguntas cerradas son útiles para constatar hechos. En general, las preguntas iniciales suelen ser abiertas (valoración subjetiva), mientras que las preguntas cerradas (valoración objetiva) pueden ser usadas para validar información. Algunos factores influyen en una comunicación efectiva en la clasificación, como pueden ser las barreras de lenguaje, edad, nivel de dolor, disminución de la audición, competencia mental. La comunicación no verbal es también una fuente importante de información.

- B) Inspección: consiste en la búsqueda de signos de gravedad a través de la observación. Se realiza a la vez que la entrevista. Debe incluir:
- Aspecto general: impresión de gravedad, posición del paciente, presencia de fracturas o heridas, capacidad de movilidad autónoma o ausencia de ésta, posibilidad de comunicación verbal o no, etc.
 - Piel y mucosas: color, temperatura, sudoración.
 - Respiración: permeabilidad de la vía aérea, tipo de respiración, grado de dificultad (disnea).
 - Circulación: pulso, características, perfusión, presencia de hemorragia.
 - Neurológico: nivel de conciencia, reactividad al dolor, pupilas, motricidad. (ECG).
3. Priorización del nivel de gravedad, según protocolo del triaje de Manchester, en 5 niveles de gravedad (rojo, naranja, amarillo, verde y azul, de mayor a menor gravedad).
 4. Identificación del paciente mediante una pulsera identificativa con sus datos personales y clínicos. A dicha pulsera se le coloca un clip amarillo si existe alguna alergia y/o azul si existe riesgo de caídas.
 5. Asignación de un médico responsable.
 6. Reevaluación del modo de traslado: camilla, carro, o a pie.
 7. Aportar cuidados iniciales básicos.
 8. Indicar la ubicación inicial del paciente:
 - Sala de Reanimación: en cuyo caso, lo acompañará.
 - Boxes de Nivel 2: en cuyo caso, avisará del traslado y, si no hay otro paciente, lo acompañará.
 - Sala de Espera de Externa.
 - Sala de Espera de Pediatría.
 9. Cumplimentar los datos relativos a motivo de consulta, observaciones, controles y tratamiento (si fuesen necesarios), así como el nombre de quien lo hace y la hora de atención.
 10. Consultar con el médico de consulta rápida cualquier duda relacionada con la clasificación del paciente.
 11. Vigilar o estar atento a cambios en la evolución clínica del paciente durante su estancia en la Sala de Espera de Pacientes, advirtiéndole de las mismas al médico responsable cuando sea preciso y administrándole los cuidados prescritos por el facultativo responsable.
 12. Colaborar con el Servicio de Admisión de Urgencias en el suministro de información sanitaria que sea de su competencia a pacientes y familiares responsables.
 13. Atender a las solicitudes de los pacientes o sus acompañantes mientras permanecen en la Sala de Espera de Pacientes.

RESULTADOS:**RESUMEN DE INFORMACIÓN.**

Procedemos a la obtención de datos usando la herramienta Florence Gestión® con el fin de conocer la situación real de urgencias atendidas en los primeros cuatro meses de actividad, desde la apertura del servicio el 1 de Junio de 2010 a las 00:00h hasta el 30 de Septiembre a las 23:59:59h. La herramienta permite consultar, extraer y analizar datos producidos y almacenados desde Florence Clínico® con el margen temporal que indique el usuario, bien puede ser diario, semanal, mensual o manualmente establecido con fecha y hora de inicio y fin. Asimismo podremos marcar de la lista de indicadores clínicos cuales son de nuestro interés y únicamente nos facilita información sobre los seleccionados.

Para el análisis que nos ocupa se obtuvo información detallada en meses y del período total del complejo JUNIO-SEPTIEMBRE relativa a Número de urgencias atendidas, pacientes clasificados con nivel rojo, pacientes clasificados con nivel naranja, pacientes clasificados con nivel amarillo, pacientes clasificados con nivel verde y pacientes clasificados con nivel azul. Posteriormente se realizó media de urgencias atendidas en los mismos rangos. (TABLA 1).

Tabla 1

	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
URGENCIAS ATENDIDAS	5686	6430	6784	6559	25459
TRIAJE ROJO	58	32	21	8	119
TRIAJE NARANJA	1146	989	927	891	3953
TRIAJE AMARILLO	2517	3053	3149	2953	11672
TRIAJE VERDE	1445	1448	1624	1763	6280
TRIAJE AZUL	279	207	177	154	817
MEDIA U.A. DIA	189	207	218	218	208

De los datos registrados destaca, a primera vista, el número creciente de urgencias atendidas desde la apertura hasta fin de Septiembre, evolución que puede tener diferentes significados como por ejemplo el paso del desconocimiento de pertenencia al nuevo complejo hospitalario por parte de los usuarios, la aceptación social del mismo, la publicidad si la hubiere e incluso el boca a boca, etiología objeto de estudio en posteriores análisis de aceptación que no nos competen en este momento.

Llama la atención como ha descendido el número de pacientes a los que se ha asignado el nivel más grave, y que requiere atención inmediata, según el Sistema de Triage Manchester (rojo) siendo éste de 58 en el primer mes de actividad para descender progresivamente hasta los 8 del mes de Septiembre de 2010, cosa que se produce y podemos observar también en el número de pacientes triados con nivel naranja pero al parecer de manera más atenuada, de los 1146 a quienes se asignó categoría grave en STM en Junio de 2010 a los 891 en Septiembre. (GRÁFICOS 1 Y 2).

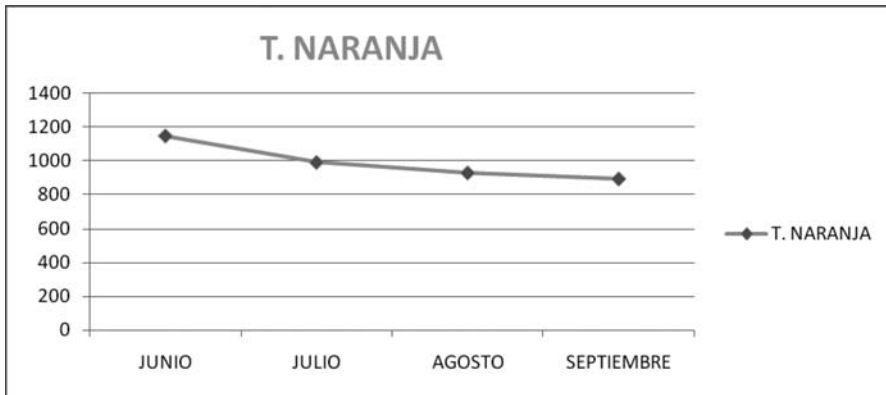


GRÁFICO 1

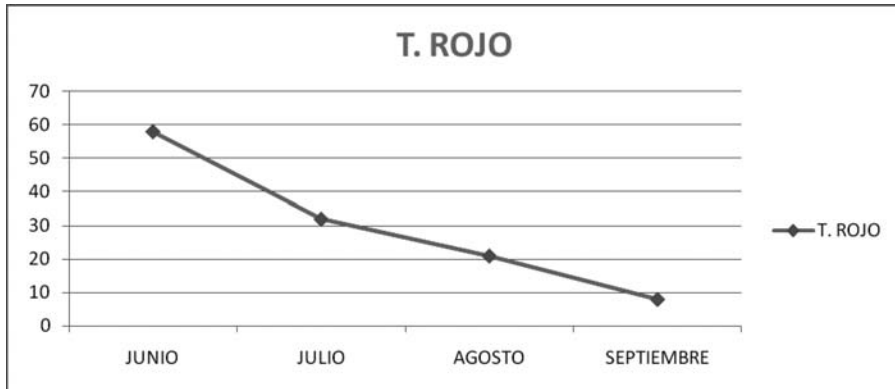


GRÁFICO 2

Del resto de categorías analizadas y de las que disponemos de información no se objetivan diferencias significativas en el periodo ni entre etapas (meses). (GRAFICOS 3, 4, 5, 6 Y 7).

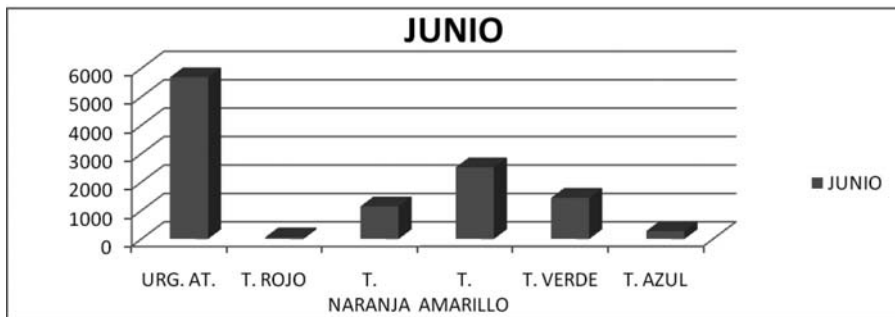


GRÁFICO 3

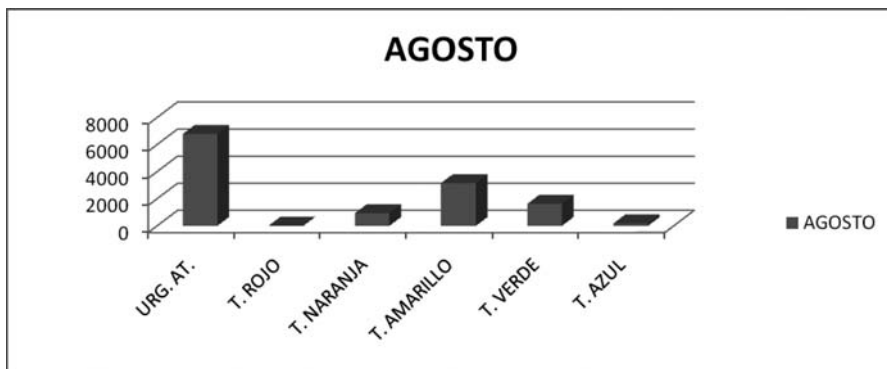


GRÁFICO 5

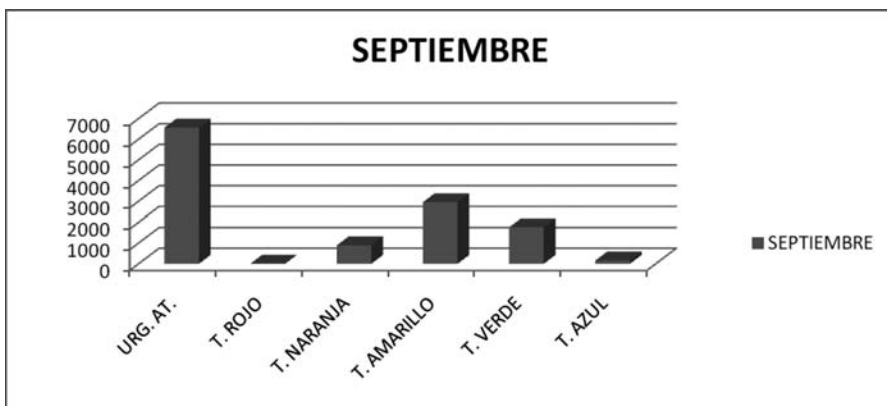


GRÁFICO 6

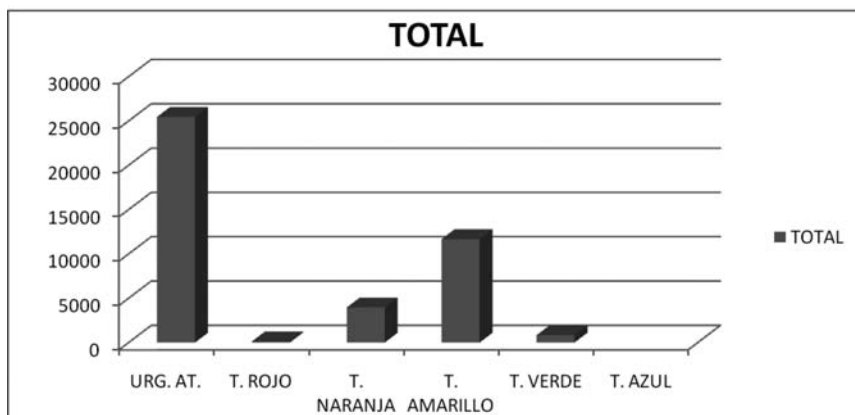


GRÁFICO 7

Al comparar la media de urgencias atendidas separada en cada período mensual con los dos grupos más graves de atención asignados según STM (rojo y naranja), podemos apreciar cómo, a pesar del aumento de episodios que solicitan atención urgente, disminuye la atribución de estatus, muy grave o grave a medida que transcurren los meses. (GÁFICOS 1, 2 Y 8). Múltiples explicaciones podrían arrojar luz sobre las causas de este evento pero no consideramos que sea un período suficientemente largo como para su correcto análisis, asimismo se deberían considerar más variables como el nivel cultural, social y económico de los usuarios, la experiencia de las enfermeras en STM, organización del servicio de Urgencias, ect...

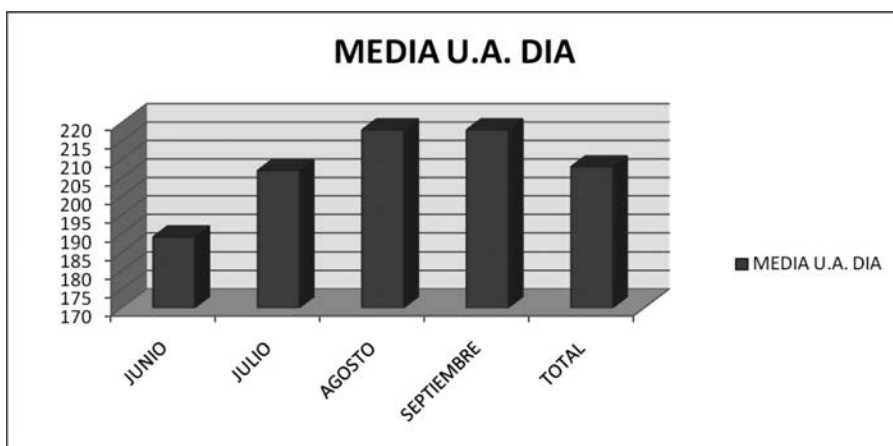


GRÁFICO 8

GRÁFICA COMPARATIVA DE TODOS LOS DATOS:

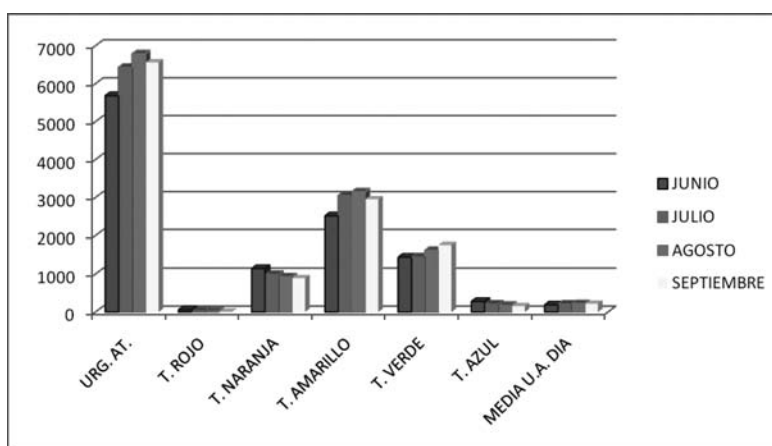


GRÁFICO 9

Como podemos observar no se producen diferencias significativas dentro de cada grupo de clasificación en la evolución del tiempo salvo las citadas anteriormente. Parece seguir una evolución más o menos similar con una leve dispersión de datos no relevante.

CONCLUSIONES

Ventajas del triaje:

Para los pacientes del área de urgencias:

1. Proporciona información clara al usuario sobre su estado y el tiempo aproximado de espera, ganando en satisfacción. También se convierte en el entorno idóneo para realizar tareas de educación sanitaria, disminuyendo la ansiedad y nerviosismo del paciente.
2. Crea un primer contacto de su demanda con la estructura sanitaria, otorgándole una respuesta clara en función de su estado de salud.
3. Se atiende antes al más grave. Genera confianza en el sistema.

Para el servicio de urgencias:

1. Orienta los flujos de pacientes en función de su gravedad clínica.
2. Permite, en cualquier momento del ciclo de trabajo, la reordenación de recursos en el área de urgencias en función de la demanda.
3. Genera información útil para la orientación de los recursos que debe disponer el área de urgencias.
4. Crea estadísticas de tiempos de demora según escalas de priorización clínica.

Para Enfermería:

1. Pasa a ser, aún más si cabe, parte activa y fundamental del servicio.
2. Prestigio profesional.
3. Conoce más a fondo la organización de la asistencia en urgencias.
4. Aumenta por tanto su implicación en la gestión del servicio.
5. Los diagramas de presentación clínica son sencillos y coherentes.

Para la Dirección del Centro:

1. Da una respuesta eficaz, basada en el usuario y en la gravedad clínica, a un problema como es la gestión de pacientes en el área de urgencias.
2. Permite realizar controles de calidad de los tiempos de espera.
3. Permite realizar políticas dirigidas a dotar de recursos estables al área de urgencias en función de la gravedad y tipología de los casos vistos. Supone un avance en las estrategias de mejora de la calidad.
4. Debe aumentar la satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias.
5. Contribuye a reducir el gasto sanitario.

Desventajas del triaje:

1. Puede suponer un obstáculo más en el circuito del paciente antes de ser visto por un médico.

5. En la práctica hay situaciones que no encajan bien en el catálogo de diagramas disponibles.
6. Disconformidad en pacientes con patologías no urgentes por el tiempo de espera estimado.
7. En ocasiones se generan conflictos entre facultativos y enfermeras en pacientes con determinadas patologías.

CONCLUSIÓN

A nivel hospitalario existe una controversia, desde ciertos sectores, sobre si el profesional de Enfermería está o no capacitado para realizar la primera valoración de un paciente que acude a urgencias y decidir sobre la prioridad en la aplicación de los cuidados necesarios para su recuperación, así como la ubicación del mismo dentro de la unidad

Debido al carácter dinámico de nuestra profesión, así como a la calidad formativa adquirida en la etapa universitaria, se puede afirmar que la enfermera/o está totalmente capacitada/o para realizar una correcta recepción, acogida y ubicación del paciente que llega al servicio de urgencias de un hospital.

Gracias a este trabajo, es posible la optimización de todos los recursos dentro un servicio de urgencias, produciéndose un descenso del gasto sanitario y un incremento de la calidad asistencial ofrecida, además de una mayor satisfacción por parte, tanto de los profesionales, como de los pacientes atendidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Veny, S. Procedimiento de triaje en la urgencia hospitalaria. *Metas de Enfermería*, número 59, octubre 2003.
2. Rojas Ocaña, MJ; Rodríguez Rodríguez, JB. Área de “triage”: utilidad y eficacia de un protocolo. *Revista ROL de Enfermería*, número 23, 2000.
3. Díaz Chicano; JF. La enfermera de Recepción, Acogida y Clasificación. *Enfermería Global*, número 6, mayo 2005.
4. Aranguren, E; Capel, JA; Solano, M; Jean Louis, C; Larumbe, JC; Elejalde, JI. Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. *An. Sist. Sanit. Navarra*. Vol. 28, número 2, mayo-agosto 2005.
5. Soler, W; Gómez Muñoz, M; Bragulat, E; Álvarez, A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An. Sist. Sanit. Navar*. Vol. 33, Suplemento 1, 2010.
6. Macho Narganes, M^oP; Torres Roldán, M^oR; Gómez Mata, M; Ruiz Herrera, C; Ávila García, M; Díez Rueda, S. El profesional enfermero en las áreas de Clasificación de Urgencias. *Metas de Enfermería*. 7, julio/agosto 2004.
7. Protocolo de Actuación en Sala de Clasificación de pacientes en Urgencias (RAC) del Hospital del Vinalopó de Elche, 2010.
8. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Recomendación científica 99/01/01, revisada y adaptada a 15 de noviembre de 2004. Recepción, Acogida y Clasificación asistencial de los pacientes en urgencias.
9. www.triagemanchester.com

VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ENFERMERÍA

José Fernández de Maya.

Supervisor de Hospital de Día y UHD. Hospital del Vinalopó.

INTRODUCCIÓN

La MBE ha sido definida como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, integrando la competencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible a partir de la investigación sistemática y teniendo en cuenta las preferencias del paciente¹. La MBE surgió, entre otras razones, como un intento de homogeneizar la práctica clínica ya que la existencia de evidencias, su difusión y su implementación permitirían, en principio, la disminución de la variabilidad de la práctica. Pero la observación de la práctica clínica muestra variabilidad en prácticamente cada paso del proceso asistencial por lo que, ante situaciones o entornos similares, podemos encontrar prácticas profesionales muy dispares y en muchas ocasiones sin una base científica.

Aunque hay precedentes² Wennberg y Gittelson, con sus trabajos sobre variaciones entre áreas geográficas vecinas en las tasas de distintas intervenciones quirúrgicas, abrieron el camino para el estudio en profundidad de las variaciones de la práctica médica (VPM)^{3,4}.

El concepto clásico de variabilidad en la práctica clínica (VPM) se refiere a las variaciones de un determinado procedimiento clínico. Estos estudios poblacionales relacionan habitualmente el número de personas de un área geográfica que reciben un determinado servicio (acto quirúrgico o ingreso hospitalario principalmente), en un determinado periodo de tiempo con la población total de esa área. Estas tasas permiten comparar áreas diferentes y valorar si hay un uso diferente de los servicios, pudiendo tener implicaciones en los costes y en los resultados de la atención sanitaria. Los estudios suelen realizarse entre áreas geográficas vecinas con poblaciones y condiciones del entorno muy similares por lo que no serían las características de los sujetos ni las del entorno las que explicarían la variabilidad. También puede observarse a pacientes con situaciones clínicas similares para observar variabilidad en la atención prestada. Esto no solo permite conocer la efectividad o la eficiencia de tecnologías, centros o profesionales sanitarios, sino que podemos conocer cómo afectan a la variabilidad las características de los pacientes (sexo, grupo étnico, nivel socioeconómico), de los profesionales sanitarios (especialidad, edad, sexo, formación, experiencia, sistema de pago), del hospital (tamaño, público o privado, rural o urbano, universitario o no) o del sistema sanitario (financiación, organización, cobertura)⁵.

Las variaciones en la práctica pueden dividirse en variaciones justificadas e injustificadas. Las variaciones justificadas serían aquellas que ocurren por diferencias en los sistemas de salud, por diferencias en las características de la población (sociode-

mográficas, culturales, estado de salud...) o por distintas por distintas preferencias del paciente o profesional cuando existe más de una opción aceptada científicamente^{6,7}. Las variaciones injustificadas serían aquellas que aparecen una vez controlados los factores antes citados y que no aportan beneficios, son perjudiciales para los pacientes e implican una asistencia sanitaria de mala calidad⁸.

Aunque inicialmente estos estudios se centraron en la variabilidad en la atención médica, el concepto clásico de VPM ha ido cambiando, para ir dando cabida a otros puntos de vista y a otros profesionales, hacia el concepto menos restrictivo de variabilidad de la práctica clínica (VPC) definida como “aquellas diferencias en el proceso asistencial y/o en el resultado de la atención de un problema clínico concreto, entre diversos proveedores o uno mismo, una vez controlados los factores demográficos, socioculturales y de estado de salud”⁹.

Factores asociados a la variabilidad

Los factores que se han relacionado con el origen de las variaciones, tanto justificadas como injustificadas, son la inexactitud de los datos, factores dependientes de la población y factores dependientes la oferta, incluyéndose entre éstos, tanto factores del sistema sanitario como factores dependientes del profesional sanitario⁵.

La inexactitud de los datos recogidos para calcular las tasas o los problemas en su análisis pueden dar como resultado una variabilidad que no se corresponda con la realidad.

Los factores dependientes de la población se refieren a diferencias en las características de la población que puedan explicar la variabilidad en su atención. Entre ellos estarían las diferencias en la prevalencia de la situación estudiada, en la distribución de los factores de riesgo, en el diagnóstico, en la gravedad de la enfermedad, en la estructura demográfica o en las características socioeconómicas y educativas de la población.

Los factores dependientes del sistema sanitario se refieren a los recursos humanos, técnicos y financieros disponibles, el sistema de financiación, la cobertura, la accesibilidad, los incentivos económicos a los profesionales, la función docente del centro, la introducción de nuevas tecnologías, las deficiencias organizativas, la carencia de equipamientos, unidades o personal especializado. Los factores dependientes del profesional sanitario se refieren a las características demográficas, profesionales y de formación implicados en los distintos estilos de práctica.

Todos estos factores se han relacionado con la variabilidad en el uso y consumo de recursos. Según la importancia dada a estos factores implicados en las variaciones se han propuesto distintas hipótesis sobre el origen de las variaciones¹⁰⁻¹³. La hipótesis de la incertidumbre es la que más impacto ha tenido^{8,12}. Esta hipótesis propone como causa principal de las variaciones el estilo de práctica del profesional ante procedimientos de evidencia ambigua o incompleta sobre su valor. Está basada en la diferente evaluación clínica del paciente o la diferente creencia sobre el valor de los procedimientos a seguir, siendo el origen de estas diferencias la presencia de incertidumbre (no existe evidencia científica sobre los resultados de las alternativas de los procedimientos en una situación concreta) o la ignorancia (existe evidencia científicamente justificada sobre los resultados de las alternativas de los procedimientos en una situación concreta).

ca sobre el valor de los procedimientos, pero el profesional sanitario las desconoce o, aún conociéndolas, emplea otras pautas). Al no existir, o no conocer, normas científicas bien establecidas sobre cómo actuar, las opiniones y acciones individuales pueden variar sustancialmente¹⁴. Según esta hipótesis procedimientos con baja variación serían aquellos en los que hay consenso sobre cómo se debe actuar. La incertidumbre, sin embargo, no siempre presupone que exista variabilidad en todos los niveles de agrupación ya que muchos profesionales optan por hacer lo que los demás hacen, aunque no esté basado en evidencias científicas disponibles, como forma de actuar más segura, cómoda y para conseguir la aceptación por el resto de compañeros, provocando una homogeneidad en esa comunidad y variaciones entre comunidades distintas¹⁵.

Consecuencias de la variabilidad.

La preocupación social y sanitaria por las variaciones se debe a la aceptación de que la variabilidad injustificada supone problemas de calidad en la atención sanitaria¹⁸. La constatación de variaciones injustificadas sobre un procedimiento supone que, según donde se resida o qué centro o profesional preste la atención, un paciente tiene distinta probabilidad de recibir un servicio o procedimiento, como por ejemplo una intervención quirúrgica, tratamiento farmacológico, pruebas diagnóstica¹⁶⁻²⁰, con el riesgo de yatrogenia inherente por recibir un procedimiento no adecuado en zonas de sobreutilización o la falta de efectividad sanitaria por no recibir ese procedimiento en zonas de infrautilización. A su vez las variaciones injustificadas arrojan dudas sobre la indicación de ese procedimiento, muestran un uso inadecuado de recursos, tanto por exceso como por defecto, y producen resultados de salud distintos ante pacientes o situaciones similares.

Acciones frente a la variabilidad

Las acciones recomendadas que ayudarían a reducir la variabilidad injustificada serían:

- Poner en evidencia la variabilidad en un procedimiento o la existencia de vacíos de conocimiento sobre sus resultados¹⁴, así como diferenciar la variabilidad justificada de la injustificada.
- Mejorar los conocimientos sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de los distintos procedimientos alternativos que se pueden realizar para un mismo problema⁵.
- Estandarización de la práctica a través del análisis crítico de la evidencia científica y la opinión de expertos en el tema, el diseño de protocolos, guías y vías clínicas y la formación continuada^{7,20}, teniendo siempre en cuenta el contexto sanitario específico en el que se aplicarán.
- Retroalimentación sobre la propia práctica y resultados^{6,7}.
- Técnicas de revisión y de incentivación del uso adecuado⁵.
- Mecanismo que mejoren la participación del paciente en la toma de decisiones^{6,7,21}.

- Técnicas de benchmarking mediante comparación con los mejores de su especialidad²².

Enfermería y variabilidad

La enfermería se encuentra ante el problema de la práctica basada en la incertidumbre²³. Una aproximación para hacer frente a esta incertidumbre, como se ha comentado anteriormente, es el movimiento de práctica basada en la evidencia. La enfermería basada en la evidencia (EBE) incorpora la evidencia procedente de la investigación, la maestría clínica y las preferencias del paciente en la toma de decisiones sobre el cuidado de salud de los pacientes²⁴, aporta respuestas sobre qué intervenciones tienen mayor impacto en la salud de la población, es un instrumento para evaluar, difundir e implementar los resultados de la investigación, proporciona definiciones sobre la calidad de los cuidados, es un referente para la toma de decisiones en la planificación sanitaria y, además, puede aportar una notable reducción de la variabilidad de la práctica²⁰. Las enfermeras conocen y utilizan poco los hallazgos de la investigación en la práctica²⁵⁻²⁸ lo que conduce a prácticas derivadas de la experiencia clínica, de fuentes de información inaccesibles, información incorrecta o no actualizada, que deriva en protocolos y guías clínicas elaboradas con poca calidad y poco fundamentados en la investigación²⁰.

Uno de los pilares fundamentales de la práctica basada en la evidencia es la estandarización de la práctica, a través de guías de práctica clínica (GPC), vías clínicas y protocolos. Es paradójico que entre las justificaciones para el impulso de estas esté disminuir la variabilidad en la práctica pero apenas encontremos estudios relacionados con enfermería que confirmen si realmente existe variabilidad, su magnitud y relevancia.

No existe un descriptor específico en las principales bases de datos nacionales e internacionales para los estudios sobre variabilidad de la práctica clínica (VPC). Así en la base de datos Medline los estudios sobre VPC aparecen bajo el descriptor Physician's Practice patterns y en Cinhal dentro de Practice patterns.

Esta situación hace que resulte difícil realizar una búsqueda bibliográfica específica. La escasez de resultados puede deberse también a la baja producción por parte de la enfermería en este campo y a que muchos de los trabajos sean indexados en las bases de datos bajo otro descriptor menos específico, como por ejemplo Questionnaires o Health Knowledge, Attitudes, Practice. La mayoría de los estudios que podemos encontrar ponen de manifiesto la variabilidad en la práctica, siendo muchos menos los que describen la variabilidad en función de características de los pacientes, profesionales, o centros sanitarios y los que buscan variables predictoras de la variabilidad. En España son muy pocos los trabajos cuyo objetivo principal sea conocer la variabilidad de la práctica clínica en enfermería^{29,30}, mientras que las variaciones en la práctica médica han sido mucho más estudiadas.

CONCLUSIONES

Los estudios sobre variabilidad nos permiten identificar las diferentes pautas de actuación de los profesionales sanitarios durante la práctica clínica ante pacientes o

situaciones semejantes. Aunque las variaciones se han observado en prácticamente cada paso de la práctica clínica, no existen muchos trabajos que analicen las variaciones en la práctica clínica de otros profesionales sanitarios distintos al médico. El papel de la enfermería está presente en muchas actuaciones dentro de la asistencia sanitaria susceptible de presentar alta variabilidad. Puede existir variabilidad entre áreas de salud, hospitales, unidades, o profesionales de enfermería ante un mismo proceso o pacientes en situaciones similares.

Podríamos observar variabilidad en la atención primaria en las tasas de pacientes en atención domiciliaria o incluidos en programas de crónicos o en la atención hospitalizada variabilidad en las tasas de cumplimentación de los registros, en el consumo de recursos en la prevención y tratamiento de úlceras por presión, variabilidad en protocolos, técnicas o procedimientos de enfermería, variabilidad en actividades preventivas o educación sanitaria así como variabilidad en la concordancia con las evidencias disponibles.

El reto de enfermería es averiguar si realmente existe variabilidad en su práctica, su magnitud y su relevancia, así como averiguar si los factores implicados en la variabilidad y las teorías explicativas, hasta ahora formuladas desde el enfoque médico, pueden aplicarse a la realidad enfermera. Una vez constatada la variabilidad se debe intentar reducir toda aquella variabilidad que se considere indeseada o injustificada, centrandose la investigación en aquellas áreas donde se necesite evidencias sobre las actuaciones de enfermería o, si ya se conocen, a través de intervenciones de implementación en la práctica de las mejores evidencias procedentes de la investigación centrada en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sackett D, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB: Medicina basada en la evidencia como ejercer y enseñar la MBE. Madrid. Churchill Livingstone 1997.
2. Glover JA. The incidence of tonsillectomy in school children. *Proc Royal Society Med.* 1938; 31: 1.219-1.236.
3. Wennberg JE Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. *Science* 1973; 182(117):1102-1108.
4. Wennberg JE Gittelsohn A. Variations in medical care among small areas. *Sci Am.* 1982; 246(4):120-34.
5. Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas, implicaciones. *Med Clin (Barc).* 1998; 110(10):382-90.
6. Wennberg JE, Fisher ES, Stukel TA, Skinner JS, Sharp SM, Bronner KK. Use of hospitals, physicians visits, and hospice care during last six months of life among cohorts loyal to highly respect hospital in the United States. *BMJ.* 2004;328(7440):607
7. Wennberg, DE; Wennberg JE. Addressing variations: is there hope for the future? *Health Aff (Millwood).* 2003 Jul-Dec;Suppl. [acceso 6 Dic 2008]. Disponible en <http://content.healthaffairs.org>
8. Wennberg JE. Unwanted variations in the rules of practice. *JAMA.* 1991;265 (10):1306-7.
9. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. *Med Clin (Barc).* 2000;114(12):460-463.
10. Longo DR Patient practice variation. A call for research. *Med Care.* 1993; 31: YS81-YS85
11. Chassin MR Explaining geographic variations: the enthusiasm hypo-thesis. *Med Care.* 1993; 31 (5 Suppl): YS37-YS44
12. Wennberg JE, Barnes BA, Zubkoff M. Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. *Soc Sci Med.* 1982;16(7):811-24

13. Long MJ. An explanatory model of medical practice variation: a physician resource demand perspective. *J Eval Clin Pract.* 2002 May;8(2):167-74
14. Wennberg JE . Dealing with medical practice variations: a proposal for action. *Health Aff (Millwood).* 1984;3(2):6-32.
15. Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. *Health Aff.* 1984; 3: 74-89
16. Cromwell, DA, Mahmood, TA, Templeton, A, et al. Surgery for menorrhagia within English regions: variation in rates of endometrial ablation and hysterectomy. *Bjog-Int J Obstet Gy.* 2009;116(10):1373-1379.
17. González Álvaro, Isidoro; Hernández García, César; Villaverde García, Virginia; Vargas, Emilio; Ortiz, Ana; Grupo de estudio emAR. Variabilidad en el tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide en España. *Med Clin (Barc).* 2002;118(20):771-776.
18. Hamish M, Gohel MS, Shepherd A, Howes NJ, Davies AH. Variations in the pharmacological management of patients treated with carotid endarterectomy: a survey of European vascular surgeons. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2009;38(4):402-407.
19. García Castelo, Alberto; Muñiz García, Javier; Sesma Sánchez, Pascual; Castro Beiras, Alfonso. Utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca: influencia del servicio de ingreso (estudio INCARGAL). *Rev esp cardiol.* 2003;56(1):49-56.
20. Morales JM, Gonzalo E, Martín F, Morilla JC, Terol J, Ruiz C. Guías de practica clínica: ¿Mejoran la efectividad de los cuidados? *Enf Clin.* 2003;13(1): 41-47
21. Wennberg JE. Unwarranted variations in healthcare delivery: implications for academic medical centres. *BMJ.* 2002;325(7370):961-4.
22. Delgado R, Carrasco G. Variabilidad no deseable en la práctica clínica. *Rev Calid Asist.* 2000; 15:639-40.
23. Editorial. Enfermería basada en la evidencia: un instrumento para la. práctica clínica. *Enferm Clin.* 2002;12(4):133-4.
24. Mulhall, A. Nursing research: what difference does it make? *J Adv Nurs.* 1995.21(3):576-83.
25. Cabrero García, J. Enfermería Basada en la Evidencia y utilización de la Investigación. *Index Enferm.* 1999; 27: 12-8.
26. Hunt JM: Guest editorial. *J Adv Nursing.* 1996; 23, 423-425.
27. Dobbins M, Ciliska D, Cockerill R, Barnsley J, DiCenso A A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice. *Online J Knowl Synth Nurs.* 2002; 18; 9:7.
28. Hodge M, Kochie LD, Larsen L, Santiago M. Clinician-implemented research utilization in critical care. *Am J Crit Care.* 2003; 12(4):361-6.
29. Cabrero J, Orts MI, Lopez-Coig ML, Velasco ML, Richart M. Variability in the clinical practice of maintaining the patency of peripheral intravenous catheters. *Gac Sanit.* 2005; 19(4):287-293.
30. Velasco Bueno JM. Organización de las visitas de familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos en España. *Enfer Intensiva.* 2005; 16(2):73-83.

TU BEBÉ: SUS PRIMEROS CUIDADOS CONSULTA DEL RN SANO. IMPORTANCIA DE CUIDADOS EN LOS PRIMEROS DÍAS DE VIDA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE HIPOACUSIA

Josefa Martínez Resina.

Enfermera de la Unidad de Neonatología. Hospital General de Alicante.

INTRODUCCIÓN

La primera semana de vida de un RN es muy importante, desde su salida del Centro donde ha nacido puede presentar, aunque sea un niño sano, patologías propias de esta etapa que diagnosticadas precozmente aseguran el tratamiento adecuado y le evitan secuelas graves al inicio de su vida. La experiencia de muchos años nos llevó a pensar que para conseguir cubrir esta necesidad de atender al RN adecuadamente y que todos los niños nacidos en nuestro hospital tuvieran un seguimiento correcto, se abriera una consulta de Enfermería en el Hospital de Día de Pediatría dependiente de la Unidad de Neonatología con una enfermera de experiencia suficiente para atenderla y un/a Pediatra de la Unidad para valorar las posibles patologías que se puedan presentar.

OBJETIVOS

Los objetivos eran claros:

1. Promoción de la Lactancia Materna, ayudando a las madres que desean amamantar a sus hijos a resolver algunos problemas que pudieran surgir en los primeros días y que siempre tienen solución.
2. Vigilancia y medida de la bilirrubina (ICTERICIA) en el caso de aparecer hiperbilirrubinemia hay que poner tratamiento inmediato para evitar el posible kernicterus.
3. Realizar Pruebas Metabólicas (hipotiroidismo y fenilcetonuria) al 5º día de vida.
4. Detección precoz de hipoacusias (otoemisiones).
5. Control de peso para detectar posibles signos de deshidratación, más si el bebé toma Leche materna ("LM") exclusivamente y si es pre-término entre 35-37 semanas.
6. Conseguir ayudar a los padres en estos primeros días en el cuidado de sus hijos aclarando dudas, que son muchas, sobre todo si es el primer hijo.
7. Otro objetivo era que las pruebas realizadas fueran para el bebé lo menos molestas posible y producir el mínimo de dolor. Para ello se vio que si se uti-

lizaban algunas medidas apropiadas tal como, que los niños estuvieran alimentados antes de entrar en la consulta recientemente, se conseguiría, ya que el tiempo de ayuno no es un problema para determinar el resultado en la prueba de fenilcetonuria. El tiempo de ayuno se registra también en la ficha.

1. La relajación del bebé es también es muy importante para hacer la prueba de Hipoacusia, una Solución de Sacarosa al 24% y un chupete consiguen este efecto, ya que la producción de saliva baja el nivel de adrenalina y como resultado la reducción del radiante doloroso que también nos ayuda en el Screening Metabólico.
2. La actitud en el modo de tocar y mover al niño, hace que sienta confianza y no llore o lo haga lo menos posible. Eso para sus padres es importante, no es el primer padre-madre que se presenta en la consulta diciendo: "Por favor, no le haga mucho daño".

METODOLOGÍA

Para derivar y citar a los niños a la consulta, se cuenta con un equipo coordinador compuesto por una Enfermera dedicada al cuidado de los niños nacidos en la Maternidad y, por otro lado, la Administrativa del servicio que registra a los niños nacidos diariamente y realiza un listado de Trabajo de Consultas Externas con 2 copias:

1. Se envía al laboratorio de P. Metabólicas con los movimientos de los niños.
2. Se archiva en la propia consulta durante 1 año para consulta.

MATERIAL Y MÉTODO

Las pruebas se realizan con aparatos de medida:

1. Otoemisiones.

La hipoacusia, comúnmente denominada sordera, es un problema de salud importante, ya que conlleva consecuencias significativas en la vida y relación social de las personas que la padecen, de sus familiares y demás personas con las que se relacionan. Conocemos que aproximadamente, uno de cada mil RN padece un déficit de audición severo que le impedirá el desarrollo del lenguaje hablado de no aplicarse un tratamiento especializado.

En el año 2000 se inicia el programa de detección precoz de hipoacusia en la Comunidad Valenciana, coincidiendo con la dotación de aparatos para la realización de las pruebas en Noviembre de dicho año. Su implantación ha sido progresiva de manera que inicialmente se ofreció el cribado a los RN de riesgo en Hospitales Públicos y posteriormente se ha ido ofreciendo a la totalidad de los RN. Desde Abril de 2008, el cribado es universal en la totalidad de los Hospitales Públicos de la Comunidad Valenciana. También se realizan en varios Hospitales Privados. Este programa tiene como finalidad identificar las deficiencias auditivas infantiles, diagnosticarlas y tratarlas antes de que termine el periodo de aprendizaje del lenguaje

oral. El objetivo es establecer su diagnóstico antes de los 3 meses y su tratamiento antes de los 6 meses de vida.

Las causas de la hipoacusia son muy diversas. Pueden agruparse en congénitas y adquiridas.

La hipoacusia congénita, es con frecuencia de causa desconocida casi la mitad de los casos y la otra mitad tiene historia familiar de hipoacusia.

La adquirida puede ser durante el periodo prenatal (infecciones intrauterinas, administración de ototóxicos durante el embarazo), perinatal (asfixia perinatal) o después del nacimiento (hiperbilirrubinemia, ototóxicos, quimioterapia) y de causa desconocida.

En base a la localización de la lesión que la produce podemos hablar de:

- Hipoacusia de transmisión: Son aquellas que impiden que el sonido llegue a estimular correctamente las células sensoriales del Órgano de Corti, lugar donde la energía mecánica del sonido estimulante se convierte en energía eléctrica que discurrirá por las vías auditivas. Generalmente son producidas por tapones de cerumen, líquido amniótico (en el caso del RN) atresias del conducto auditivo externo, etc y en el oído medio (otitis medias y otosclerosis entre otras).
- Hipoacusias de percepción: La lesión está localizada en las células ciliadas o receptor sensorial de la audición o en las vías y centros de la vía auditiva. La mayor parte de las hipoacusias severas y profundas bilaterales son de este tipo.

Procedimiento para la realización de la prueba de cribado.

El desarrollo tecnológico a nuestro alcance a nuestra disposición técnicas y aparatos que ya hacen posible detectar en los primeros días de vida los déficit de audición. Los equipos van siendo simplificados progresivamente, tendiendo a ser cada vez más pequeños y de simple manejo. Existen básicamente dos tipos: los básicos o de screening y los clínicos más complejos.

El screening neonatal es un método incruento, sencillo y rápido. El tiempo para la realización de la prueba es de 2 ó 3 minutos por oído. Debe realizarse con ambiente tranquilo y máximo silencio, además el bebé tiene que estar tranquilo o dormido y relajado.

El aparato tiene que tener cargada la batería debidamente y permeabilidad en las sondas. Hay que cambiar las terminales en cada paciente para evitar infecciones, además hay que elegir la terminal adecuada al tamaño del conducto auditivo externo evitando, que el cable esté tirante o que traccione la sonda. Las limitaciones de las otoemisiones en el diagnóstico de las hipoacusias, derivan del hecho de que exploran sólo la cóclea y no son capaces de detectar todas aquellas que tienen su base en alteraciones en las vías o centros auditivos del sistema nervioso central. Así, cuando el RN tenga factores de riesgo y el resultado sea normal, hay que advertir a los padres que deben seguir vigilando al niño, para volverlo a explorar si presenta signos de sospecha de déficit auditivo, especialmente si presenta lesiones centrales.

Fases de cribado

- Se realiza al 5º día de vida, informando a los padres de la técnica que se va a realizar y su interpretación, indicando si es normal la necesidad de vigilancia del niño (por la existencia de falsos negativos y la pertenencia del RN al grupo de riesgo) y si es anormal, la necesidad de control para la confirmación o no de la hipoacusia.
- Es importante advertir en este caso a los padres que el niño en principio oye y que no se deben preocupar.
- Se cita al niño a los 8-10 días de vida en la misma consulta para repetir la prueba que puede ser normal. Si el resultado sigue alterado transcurrido un mes, el niño tiene que ser explorado por el pediatra o por el ORL si fuese necesario, que procederá a la confirmación diagnóstica de hipoacusia, enfoque diagnóstico terapéutico.
- Los resultados son anotados en el Libro de Salud Infantil, como todas las pruebas para su consulta posterior por el pediatra de su Centro de Salud que realiza el seguimiento del niño.

1. Las fases del cribado son 3:
2. 1.Fases.

1ª Fase OEA		
ALTERADO		NORMAL
2ª Fase	8-10 días después	
ALTERADO		NORMAL
3ª Fase ORL	2. Determinación de bilirrubina	

A la observación el niño muestra ictericia, su valoración sería la medida de bilirrubina con bilirrubiómetro para medida transcutanea.

El aparato en uso es un Bilirrubinómetro Konica Minolta/Dräger Medical. Principio de la toma de medidas.

El bilirrubiómetro transcutáneo es un aparato de medida de bilirrubina no invasivo. Determina la intensidad de amarillo del tejido subcutáneo del neonato midiendo la diferencia en las densidades ópticas de la luz de las regiones de longitud de onda del azul y el verde. La diferencia entre densidades ópticas ha demostrado presentar una relación lineal con la concentración sérica de bilirrubina. El dispositivo calcula una concentración estimada de bilirrubina basándose en esta relación lineal y muestra dicho valor en la pantalla de modo digital.

Puntos de medición

Las medidas deben tomarse únicamente en la frente o esternón. Se muestran de modo consistente mejores resultados cuando se toman en el esternón, ya que hay posibilidades de que esta diferencia sea más acusada para neonatos que hayan estado expuestos a la luz solar.

Cuando se presiona la sonda de medida contra la frente o el esternón del bebé, se ilumina brevemente la lámpara de xenón incorporada. La luz de la lámpara atraviesa la fibra de cristal e ilumina la piel. La luz se dispersa y se absorbe en la piel y el tejido subcutáneo de modo repetido y finalmente, vuelve al lado sensor de la fibra de cristal.

Toma de medidas

El bilirrubinómetro debe colocarse en el cargador de batería. Cuando está totalmente cargado (32 horas) pueden tomarse 400 medidas aproximadamente.

Antes de su uso, hay que limpiar la sonda de medida con alcohol para usos médicos.

No hacerlo así, podría producir contagio de infecciones o lesiones en los bebés.

El número de medidas oscila entre n-2 y n-5 para el cálculo de la medida, en nuestro caso utilizamos entre 3-4.

Limitaciones y Precauciones de Uso

El bilirrubinómetro debe utilizarse sólo con Neonatos de hasta 14 días. No debe utilizarse este dispositivo en Neonatos con ictericia precoz. Se recomienda medir la bilirrubina sérica total si existe la posibilidad de que el bebé sufra ictericia precoz, como resultado de un tipo de sangre incompatible o de ictericia hemolítica. Igualmente no debe utilizarse después del inicio de fototerapia o después de una transfusión de intercambio, puesto que los resultados pueden ser inexactos en estas condiciones dado que el paciente podría resultar herido.

Bilirrubina (transcutánea):

(medida frente/tórax)

NORMAL FUERA DE RANGO

0-9mg/dl 10-13mg/dl

Bilirrubina sérica

18-20-22mg/dl INGRESA

Ingreso:

Si el niño mantiene niveles límite, se cita a la consulta nuevamente a control hasta que las cifras estén en el rango fisiológico.

1. Pruebas metabólicas

Las pruebas se realizan en la consulta al 5º-6º días de vida (Hipotiroidismo y Fenilce-tonuria) en una sola extracción de sangre.

La punción se realiza con dispositivos automáticos estériles de un sólo uso en el pie, en la parte lateral del talón del bebé. El chupete puesto con unas gotas de solución de sacarosa al 24 %, consigue que el niño apenas note dolor en el momento de la punción y posterior recogida de la sangre. Se identifica la muestra con un impreso que los padres traen a la consulta informatizado, incluye datos personales del niño, del parto, dirección y número de contacto de los padres y se envía junto a la muestra de sangre al laboratorio de pruebas metabólicas. Si los resultados salen alterados,

desde el laboratorio se avisa por teléfono a los padres, los niños se citan nuevamente a la consulta para realizar una analítica en sangre venosa y comprobar el resultado. Si se confirma la sospecha de Hipotiroidismo o Fenilcetonuria congénita, se remite al niño al Endocrino Infantil para completar el diagnóstico y poner tratamiento antes de la primera semana de vida.

4. Control de peso. Báscula electrónica.

Vigilancia en niños con L. Materna exclusiva sobre todo en los pretermino por su falta de actividad en muchos casos. La actuación sería el cambio de método en la lactancia. En el caso de pérdida de peso importante, si es necesario y existe duda razonable de que el niño pueda deshidratarse se citará para nuevo control de peso a los 2 días siguientes.

Obtención de datos para la estadística:

La consulta abierta desde el 2006 empieza a funcionar con un mínimo de protocolos, actualmente esta totalmente informatizada, desde las citas (con lista de trabajo), P.Metabólicas y analíticas como bilirrubina capilar, iones y glucosa o gasometría que se realizan y se obtienen los resultados en el momento de la consulta. Un libro de registro también ayuda a localizar a los niños con nombres y apellidos y a conocer sus datos analíticos con rapidez, pruebas realizadas y valoración. Se incluye en este registro, por que hay que dar cita a niños, que en la actualidad se derivan de Clínicas Privadas para hacer OAE, repetir P.Metabólicas o Analíticas en la que existe duda razonable de que puedan estar alteradas, lo mismo que las ausencias de los niños citados que no vienen a la consulta.

Evaluación de los resultados:

	2007	2008	2009
- Total de niños atendidos.	2.440	2.919	2.831
- Pruebas de screening metabólico.	2.325	2.868	2.706
- Otoemisiones acústicas	2.345	2.891	2.680
- Pasan a revisión por sospecha de hipoacusia.	26	28	31
- Ingresados en neonatos.	43	34	70
- Revisiones tras la 1ª visita por ictericia, pérdida de peso o patología infecciosa.	260	122	82
- Analíticas complementarias.	--	85	25
- Atendidos de otras maternidades.	--	51	125
- Tipo de lactancia			
- Materna	1.325	2.142	2.058
- Artificial	149	308	304
- Mixta	152	392	309
- Atendidos procedentes de otros países			551

CONCLUSIONES

Esta consulta de RN es la continuidad del alta médica. El superar todas las pruebas que puede producir enfermedad a un niño al 5º día de vida, van a garantizar su salud y bienestar en esta primera etapa. Ese es el objetivo de nuestra Unidad que incluye el cuidado del RN con patología, al RN sano.



CARTELES CIENTÍFICOS



MANUAL DE ACOGIDA DE L@S NUEV@S ENFERMER@S VOLANTES

Manuel A. Fuentes Pérez, Patricia Lesende Mus, Isabel Caba Camacho, Miguel Ángel Fernández Bermejo, Yolanda Moreno Aparicio, Ana Campiña Gea.

Enfermer@s del equipo volante.

Hospital General Universitario de Alicante

1.- OBJETIVO

El Objetivo de esta comunicación es mostrar a los asistentes a las Jornadas anuales de Divulgación de Trabajos Científicos en el Hospital General Universitario de Alicante el Manual de acogida de l@s nuev@s enfermer@s volantes.

2.- MATERIAL Y MÉTODO

Este manual parte de la experiencia personal y profesional de los autores de este manual, como miembros de enfermería del equipo volante del Hospital General Universitario de Alicante, en sus primeras actuaciones en cada unidad o servicio. Hemos pretendido cubrir una necesidad de información básica para todos aquellos que nos precedan.

El primer paso para la redacción de este manual fue iniciar un proceso de recuerdo de nuestras primeras actuaciones en cada unidad y servicio, seguido del análisis de las necesidades de información que sentimos en aquellos momentos e incluso en el día a día, intentando plasmar por escrito dicha información obtenida con la experiencia diaria. Así mismo tras múltiples entrevistas informales con compañeros de las unidades donde solemos actuar hemos incluido información y/o recomendaciones y consejos que según ellos deberían leer los futuros volantes de noche.

Cada autor del manual inició en solitario la redacción de un tema, bien por su mayor conocimiento del servicio o unidad, bien por preferencia personal, siendo posteriormente leído, corregido y/o completado por los demás en sucesivas revisiones. Posteriormente hemos mostrado el resultado a diversos compañeros y supervisores de las unidades y servicios en cuestión para su crítica y mejora.

3.- RESULTADO

Este manual consta de diversos temas introductorios entre los que cabe destacar: “El relevo: pieza clave”, siendo el tema principal el de las unidades más visitadas donde se analiza una por una las siguientes unidades y servicios:

- UCI
- Reanimación
- Quirófano Urgencias
- Urgencias N2 y N2B
- Neonatos
- Nefrología. Agudos. Trasplante Renal.
- Lactantes
- Urgencias Pediátricas

- Cirugía Infantil y Oncología pediátrica
- Módulo de Seguridad
- Quemados Neurología, Medicina Interna, Cirugía Vasculuar, Digestivo y sangrantes
- Polivalente
- Unidad de Enfermedades Infecciosas

Han quedado pendientes otras unidades que esperamos poder ir añadiendo en posteriores ediciones de este manual que pretende ser fiel reflejo de los servicios donde vamos destinados.

El manual está disponible en la dirección web http://donacion.organos.ua.es/unidad/manual_enfermeria_volante.asp

4.- CONCLUSIONES

La discusión enfermería especialista Vs enfermería “todoterreno” ha sido reactivada recientemente. El equipo volante representa esta última. La actividad del volante requiere, como la de todos l@s enfermer@s una formación práctica mínima aunque diversificada. Por las características de este puesto dicha formación debería ser muy amplia pero se ha sustituido por un, “aprende como puedas”, para lo cual al menos hemos intentado aportar un documento introductorio que sea guía de las primeras actuaciones en los diversos servicios.



CONSELERIA DE SANITAT

HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO DE ALICANTE
Y CENTRO DE ESPECIALIDADES BABEL.

Manual de acogida de l@s nuev@s enfermer@s volantes



Autores:

Enfermer@s del Equipo Volante
Patricia Lesende, Manuel Fuentes, Yolanda Moreno,
Miguel Ángel Fernández, Isabel Caba, Ana Campiña

1.- INTRODUCCIÓN

Este manual pretende facilitar la adaptación de los nuevos profesio-nales de enfermería en el equipo volante partiendo de la experiencia de algunos de los actuales miembros.

Los autores hemos creído necesario realizar este manual para poder situar especialmente al nuevo volante, facilitar la localización del material y solucionar algunos dudas que a todos nos han surgido, complementando y facilitando el relevo de los compañeros del servicio al que vamos destinados.

Hemos pretendido realizar una pequeña introducción a los servicios más visitados, presentándolos físicamente, señalando los espacios que nos parecen de mayor interés para los volantes en sus primeras actuaciones. Así mismo hemos querido mostrar las características distintivas de cada servicio o aquellas peculiaridades que más nos han llamado la atención cuando cada uno de nosotros fue por vez primera. Todo este manual es fruto de la experiencia de los que una vez fuimos primeros.

2.- MATERIAL Y MÉTODO.

Este manual parte de la experiencia personal y profesional de los autores de este manual como miembros de enfermería del equipo volante del Hospital General Universitario de Alicante, en sus primeras actuaciones en cada unidad o servicio. Hemos pretendido cubrir una necesidad de información básica para todos aquellos que nos preceden.

El primer paso para la redacción de este manual fue iniciar un proceso de recuerdo de nuestras primeras actuaciones en cada unidad y servicio, seguido del análisis de las necesidades de información que sentimos en aquellos momentos e incluso en el día a día, intentando plasmar por escrito dicha información obtenida con la experiencia diaria. Así mismo tras múltiples entrevistas con compañeros de las unidades donde solemos actuar hemos incluido información y/o recomendaciones y consejos que según ellos deberían leer los futuros volantes de noche.

Cada autor del manual inició en solitario la redacción de un tema, bien por su mayor conocimiento del servicio o unidad, bien por preferencia personal, siendo posteriormente leído, corregido y/o completado por los demás en sucesivas revisiones. Posteriormente hemos mostrado el resultado a diversas compañías y supervisores de las unidades y servicios en cuestión para su crítica y mejora.

4.- CONCLUSIONES

La discusión enfermería especialista "todoterreno" ha sido reactivado recientemente. El equipo volante representa esta última.

La actividad del volante requiere, como la de todos l@s enfermer@s una formación práctica mínima.

Por las caracte-rísticas de este puesto dicha formación debería ser muy amplia pero se ha sustituido por un "aprende como puedes" para lo cual al menos hemos intentado aportar un documento introductorio que sea guía de las primeras actua-ciones en los diversos servicios.

3.- RESULTADOS

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Hospital Gral.Universitari d'Alacant y C.E. Babel

El manual íntegro se encuentra en la dirección
http://donacion.organos.ua.es/unidad/manual_enfermeria_volante.asp



EL TABACO EN EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS

Noelia Soler Navarro, M^a Carmen Peinado Orea, Jaime Guijarro Llorca,
Isabel Betlloch Más
Consulta de dermatología (HGUA)

INTRODUCCIÓN

La complicación de una herida quirúrgica es un efecto “no deseado” que en muchas ocasiones se puede evitar, para ello es importante hacer un estudio de los factores relacionados con el paciente, tanto intrínsecos (edad, nutrición, infecciones, obesidad, diabetes, tabaquismo), como extrínsecos (pre, intra y post- operatorios).

Dentro de los factores intrínsecos se encuentra el tabaquismo, factor al que a menudo no se le presta la atención que merece.

OBJETIVOS

Mediante la presentación de un caso clínico, vamos a mostrar:

- Los efectos no deseados del tabaquismo en la evolución de las heridas
- La importancia de incluir la detección del tabaco en los protocolos de enfermería
- Concienciar al paciente de la importancia del abandono del tabaco

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 41 años, sin antecedentes personales de interés, no diabetes, intervenido cuatro días antes de un nevus sebáceo en cuero cabelludo sin complicaciones. Presenta necrosis extensa del colgajo sin relación con ningún dato recogido en su historia.

Tras realizar una nueva entrevista, averiguamos que el paciente es fumador de más de dos paquetes diarios.

Aplicamos protocolo de curas individualizado y le informamos de la importancia de abandonar el consumo de tabaco.

El paciente dejó de fumar inmediatamente y fue dado de alta a las doce semanas de la intervención.

DISCUSIÓN

El tabaquismo es el principal problema de salud pública en los países occidentales desarrollados.

Entre otros problemas más conocidos, el tabaco produce alteración de los procesos de cicatrización por disminución de la oxigenación tisular y vasoconstricción favoreciendo la dehiscencia de la sutura y aumentando el riesgo de pérdida total o parcial de colgajos o injertos.

CONCLUSIÓN

- Ante una mala evolución de la herida quirúrgica, como en nuestro paciente, es importante tener en cuenta el consumo de tabaco cuando no existen otros factores de riesgo que justifiquen complicaciones post-quirúrgicas.

- La detección del tabaquismo en los pacientes que van a ser intervenidos de cirugía dermatológica es fundamental para garantizar una buena valoración de los riesgos personales.
- Es imprescindible concienciar a los pacientes sobre los efectos nocivos del tabaco para que se impliquen activamente en su curación.

El tabaco en el proceso de cicatrización de las heridas

Noelia Soler Navarro*, M^a Carmen Peinado Orea*, Jaime Guijarro Llorca**, Isabel Betlloch Más**
 Enfermera*, Médico adjunto de Dermatología**, Servicio de Dermatología del Hospital General de Alicante

Introducción

La complicación de una herida quirúrgica es un efecto "no deseado" que en muchas ocasiones se puede evitar, para ello es importante hacer un estudio de los factores relacionados con el paciente (Tabla I). Dentro de ellos, el tabaquismo, es un importante factor al que a menudo no se le presta la atención que merece.

Objetivos

Mediante la presentación de un caso clínico, vamos a mostrar:

- los efectos nocivos del tabaco en la evolución de las heridas.
- la importancia de incluir la detección del tabaquismo en los protocolos de enfermería.
- Concienciar al paciente de la necesidad del abandono del tabaco.

Tabla I

Factores de acción local	Factores de acción general
Infección	Medicamentos
Hematomas	Edad
Tensión de la herida por la sutura	Enfermedades
Edema	Hipoproteinemia
Fricción mecánica	Alergias
Antisépticos	Infecciones
Radiación	Diabetes
Curaciones Repetidas	Tabaquismo



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Caso clínico

Paciente varón de 41 años, sin antecedentes personales de interés (según recoge su historia clínica), no diabetes, intervenido cuatro días antes de un nevus sebáceo en cuero cabelludo sin complicaciones (Fig. 1 y 2). Presenta necrosis extensa del colgajo sin relación con ningún dato recogido en su historia (Fig. 3). Tras realizar una nueva entrevista, averiguamos que el paciente es fumador de más de dos paquetes diarios. Aplicamos protocolo de curas individualizado informándole de la importancia de abandonar el consumo de tabaco para la buena cicatrización de la herida (Fig. 4 y 5). El paciente dejó de fumar inmediatamente y fue dado de alta a las doce semanas de la intervención (Fig. 6).



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

Discusión

El tabaquismo es el principal problema de salud pública en los países occidentales desarrollados. Dejar de fumar produce importantes e inmediatos beneficios para la salud. Muchos de los problemas que surgen en la curación de las heridas dermatológicas, tienen que ver con el tabaco y no siempre se tiene en cuenta este factor cuando la herida no evoluciona bien. Entre otros problemas más conocidos, el tabaco produce alteración de los procesos de cicatrización por disminución de la oxigenación tisular y vasoconstricción favoreciendo la dehiscencia de la sutura y aumentando el riesgo de pérdida total o parcial de colgajos o injertos (Tabla II).

Conclusiones

1. Ante la mala evolución de una herida quirúrgica, es importante tener en cuenta el consumo de tabaco.
2. La detección del tabaquismo es fundamental para la valoración de los riesgos quirúrgicos.
3. Es importante concienciar al paciente de los efectos nocivos del tabaco en la cicatrización para que cambie sus hábitos.

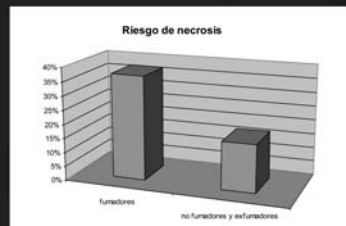


Tabla II.- Comparativa del riesgo de necrosis en pacientes fumadores frente a no fumadores

Galbraith D, Bernal FG. Cigarette smoking and flap and full-thickness graft necrosis. Arch Dermatol 1991; 127: 1012-15. Jasi-Sempol M. Hábito de fumar y piel. Actas Dermosifiliogr 2008; 98: 173-84. Pardo A, et al. Desempeño clínico de alfileres en smokers vs. no smokers. Rev J Dermatol 2006; 156: 308-13.

PLAN DE CUIDADOS, SEGURIDAD Y SALUD DEL RECIÉN NACIDO

Josefa Martínez Resina, M^a Vicenta Navarro Alcaraz, Ana Pastor Filguera
Unidad Neonatal, Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN

Queremos expresar la unión de tres servicios dedicados al cuidado de las madres y los niños. Obstetricia, Maternidad y Neonatos.

OBJETIVO

Describir desde su inicio una gestación, las posibles variables que puedan surgir en ésta, el momento del parto y los cuidados del niño una vez nacido, esto incluye la valoración en la consulta del recién nacido sano al 5º día de vida de patologías propias de esta etapa que diagnosticadas precozmente, aseguran el tratamiento adecuado y le evitan secuelas graves al inicio de su vida como hipoacusia, ictericia (hiperbilirrubinemia), hipotiroidismo-fenilcetonuria...

MATERIAL Y MÉTODO

De forma fotográfica y con anotaciones en cada foto, queremos que se conozcan los cuidados que se dan a madres y a bebés. Situado a la izquierda sería un recién nacido sano y a la derecha un niño con problemas ingresado en la Unidad Neonatal, como es el caso del niño pequeño prematuro o con patología diversa: respiratoria, digestiva...

RESULTADOS

Conseguir una buena calidad asistencial, hace que el alta de la madre y el niño sea el momento más esperado y nuestro propósito es mantener esa buena calidad actualmente y en el futuro.

PLAN DE CUIDADOS, SEGURIDAD Y SALUD DEL RECIÉN NACIDO

UNIDAD NEONATAL H.G.U. ALICANTE

JOSEFA MARTINEZ RESINA
MARIA VICENTA NAVARRO ALCARAZ
ANA PASTOR FILGUERA

Eres un destello de luz que se hizo realidad.

¡¡ Bienvenido a la Vida !!



MAMA TE ESPERA Y SE CUIDA



MATERNIDAD (Planta)

NEONATOS



Ya estas aqui es un momento de gran alegría para todos

Llegaste antes de tiempo Te ayudaremos a superarlo



El mejor alimento la leche materna



Pediatras y Enfermeras estamos muy cerca de Ti



Consulta Recien Nacido

El metodo " Canguro " Lo mejor para el Bebé y sus Papás



Las pruebas que te hacemos son necesarias



Si tienes otros problemas los trataremos



¡¡¡ El momento mas esperado !!!



YA ESTAS EN CASA



EXTRACCIÓN DE SANGRE DE CATÉTER VENOSO CENTRAL C.V.C. SIN AGUJA

Rafael Antón Canovas*, Isabel Asín Llorca**

* *Enfermero de la unidad de hospitalización de hematología,*

** *Enfermera supervisora de la unidad de hematología*

INTRODUCCIÓN

En nuestra unidad de hematología, se realizan extracciones a todos los pacientes de la unidad tres días por semana.

Esto nos llevo a buscar una forma de realización de estas; en la que la molestia al paciente fuera la minima, el riesgo para el personal cero y el coste de estas fuera menor, a la forma de extracción convencional.

OBJETIVOS

- Evitar inoculaciones accidentales
- Eviar contaminaciones
- Reducir costes economicos

TIPOS DE CATÉTER

- Hickman
- Vias Centrales (yugular, subclavia, y femoral)
- Reservorio Subcutaneo

MATERIAL y METODOS

Para el procedimiento de extracción de sangre de c.v.c sin aguja se precisa

- Conector clave microclave +campana vacutainer+multiple simple luer adapta
- Contenedor desechable
- Guantes
- Gasas esteriles
- Clorhexidina solución alcoholica
- Tubo de vacio
- Suero fisiologico (monodosis de 10cc)
- Solución heparinizada (vial de 5cc)
- Jeringa y aguja para la obtención de heparina

Para la realización de la extracción realizaremos los siguientes pasos

1. Colocación de guantes
2. Limpiar el conector clave (tres veces) con gasa impregnada en clorhexidina alcoholica
3. Conectar adaptador a campana
4. Conectar tubo de vacío para desechar de 3 a 5cc de sangre



5. Extracción con tubos de vacío necesarios según tipo de muestra
6. Retirar campana y desechar
7. Limpiar conector clave de nuevo
8. Conectar fluidos i.v. si el paciente los llevara si no heparinizar a través del conector clave
9. Si la extracción fuera de reservorio subcutaneo, desechar 5cc de sangre y realizar la extracción siguiendo los pasos anteriormente descritos.

COMPLICACIONES

SOLUCIONES

Acodamiento externo de catéter	Revisar el trayecto
Obstrucción de conector	Retirar conector y si la vía fuera permeable, cambiarlo
Obstrucción de vía	Si no fuese permeable, hacer lavado con suero fisiológico si no fuera permeable movilizar al pte

RESULTADOS

- Tras un año aproximadamente de utilización de esta técnica se han contabilizado:
- Cero inoculaciones accidentales
- Cero contaminaciones
- Disminución de coste económico

CONCLUSIONES

- Las no inoculaciones accidentales (beneficio para el personal de enfermería).
- Las no contaminaciones (beneficio para el paciente)
- La reducción de costes y tiempo (beneficio para el sistema y el usuario)

EXTRACCIÓN DE SANGRE DE CATÉTER VENOSO CENTRAL C.V.C. SIN AGUJA

INTRODUCCIÓN

En nuestra unidad de hematología, se realizan extracciones a todos los pacientes de la unidad tres días por semana. Esto nos llevo a buscar una forma de realización de estas, en la que la molestia al paciente fuera la mínima, el riesgo para el personal cero y el coste de estas fuera menor, a la forma de extracción convencional.

OBJETIVOS

EVITAR INOCULACIONES ACCIDENTALES - EVITAR CONTAMINACIONES - REDUCIR COSTES ECONÓMICOS

TIPOS DE CATÉTER:



Hickman



Vías Centrales (yugular, subclavia, y femoral)



Reservorio Subcutáneo

MATERIAL y METODOS

Para el procedimiento de extracción de sangre de c.v.c sin aguja.

SE PRECISA:

- Conector clave microclave + campana vacuante + multiple simple luer adapta.
- Contenedor desechable.
- Guantes.
- Gasas estériles.
- Clorhexidina solución alcohólica.
- Tubo de vacío.
- Suero fisiológico (monodosis de 10 cc)
- Solución heparinizada (vial de 5 cc)
- Jeringa y aguja para la obtención de heparina.

**DURABILIDAD
HASTA 7 DÍAS**

PARA LA REALIZACIÓN DE LA EXTRACCIÓN REALIZAREMOS LOS SIGUIENTES PASOS:

1 Higiene de manos.	4 Limpiar el conector clave (tres veces) con gasa impregnada en clorhexidina alcohólica.	7 Extracción con tubos de vacío necesarios según tipo de muestra.
2 Colocación de guantes.	5 Conectar campana a vía central.	8 Retirar campana y desechar.
3 Conectar adaptador a campana.	6 Conectar tubo de vacío y desechar de 3 a 5cc de sangre.	10 Conectar fluidos i.v. si el paciente los llevara. Si no heparinizar a través del conector clave.
9 Limpiar conector clave de nuevo.	11 Si la extracción fuera de reservorio subcutáneo, desechar 5cc de sangre y realizar la extracción siguiendo los pasos anteriormente descritos.	

COMPLICACIONES

Acodamiento externo de catéter



SOLUCIONES

Revisar el trayecto

Obstrucción de conector



Retirar conector y si la vía fuera permeable, cambiarlo

Obstrucción de vía



Si no refluyera, hacer lavado con suero fisiológico, si continuara sin ser permeable movilizar al paciente.

RESULTADOS

Tras un año aproximadamente de utilización de esta técnica se han contabilizado:
Cero inoculaciones accidentales.
Cero contaminaciones.
Disminución de coste económico y tiempo.

CONCLUSIONES

Las no inoculaciones accidentales (beneficio para el personal de enfermería).
Las no contaminaciones (beneficio para el paciente).
La reducción de costes y tiempo (beneficio para el sistema y el usuario).

REFERENCIAS

- Tríptico de Higiene de las manos de la Unidad de medicina preventiva del H.U.S.U.A.
- Pizarro M, et al. Guías para la prevención de infecciones. Censo. Madrid: Infectious. AAC. Vol. 24.4. 2002. 203. 1996.
- Simón Ferrer J. Sistema de conexión sin aguja del tipo desechable. Protección del paciente y del personal de enfermería. Rev. No. 6/92. 2007. 40-44-548. Julio 2002.

NUEVAS TECNOLOGÍAS: CREENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Ana Isabel Sabater Sala¹, Nieves Izquierdo García², Manuela Domingo Pozo³
¹Enfermera del HGUA. ²Supervisora área HGUA. ³Enfermera del HGUA y Profesora asociada del departamento de enfermería de la UA.

Palabras clave: nuevas tecnologías en enfermería, evaluación de tecnologías sanitarias.

OBJETIVOS

1. Analizar el concepto de tecnología del personal de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).
2. Conocer cuáles son los aspectos relacionados con las tecnologías sanitarias que considera el personal de enfermería que han contribuido a una forma más eficaz de prestar cuidados.
3. Analizar si existe relación entre la categoría profesional, lugar de trabajo y tiempo trabajado y las creencias sobre la introducción de tecnologías en el HGUA.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es descriptivo, transversal. La población a estudio es el personal de enfermería tanto de unidades de hospitalización como de servicios especiales. Los criterios de inclusión en el estudio fueron ser auxiliar de enfermería, enfermera o matrona y estar trabajando en hospital, tanto en servicios especiales como en las plantas de hospitalización del HGUA. Se diseñó un cuestionario con 11 ítems, dicho cuestionario está formado por preguntas abiertas y cerradas, con variables categóricas y discretas. Para asegurar la comprensión de las preguntas se realizó una prueba piloto y se modificaron algunas. Los cuestionarios se enviaron en mayo de 2009 y fueron un total de 985.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se introducen los cuestionarios en una base de datos creada a tal fin en el software SPSS 12.0 y se procede a un análisis descriptivo de frecuencias relativas de los ítems cerrados. Así para analizar el grado de relación entre la categoría profesional y las creencias se utiliza la prueba chi cuadrado $p < 0,005$. En los ítems abiertos se procede a un análisis de contenido de las respuestas generándose categorías temáticas y analizando su frecuencia.

RESULTADOS

Se recogen 331 encuestas de 29 unidades del HGUA. De los profesionales encuestados el 79,8% eran mujeres y el 40,2% tenían una experiencia en el HGUA comprendida entre 0-10 años. El 57% era personal fijo. Por categorías el 41,2% eran

auxiliares de enfermería y el 56,7% enfermeras. El 59% de las encuestadas pertenecen a servicios especiales y el resto a hospitalización. En cuanto a las creencias sobre la introducción de tecnologías en el HGUA el 59,5% piensa que es suficiente a bastante, el 83,4% de las encuestadas si ha utilizado las tecnologías. El 75,1% considera que el nivel de tecnología del HGUA es adecuado a alto. Se aprecian diferencias ($p < 0,005$) en torno a las creencias sobre la introducción de tecnologías en el HGUA, el nivel de tecnología del hospital y el tiempo trabajado. Así por categoría profesional, las enfermeras con 0-10 años de tiempo trabajado en el hospital son las que más utilizan las tecnologías y creen que la introducción de tecnología en los últimos años y el nivel tecnológico del hospital es adecuado. En cuanto al lugar de trabajo los profesionales de los servicios especiales creen que la introducción de tecnología ha sido mayor en dichos servicios que en hospitalización, así mismo lo creen los profesionales que trabajan en hospitalización.

En cuanto al concepto de tecnología y los beneficios que aporta se extrae de los ítems abiertos tras su análisis cualitativo. Así “tecnología” es entendida como aquellas herramientas que facilitan la atención de enfermería, desde un termómetro digital al quirófano más inteligente, aportando beneficios en el paciente como seguridad, confortabilidad, disminución de estancias y en el profesional rapidez y control en la administración de los cuidados, seguridad, disminución de riesgos y optimización de los recursos.

DISCUSIÓN

Las creencias en torno a la tecnología disponible en el HGUA es diferente según la categoría profesional, el tiempo trabajado en el hospital y la unidad de trabajo. El análisis de las creencias es fundamental para comprender cuales pueden ser las barreras que la futura informatización de los cuidados del HGUA puede encontrarse. Desde el análisis de estas creencias los proyectos de implantación de tecnología sanitaria pueden verse beneficiados.

NUEVAS TECNOLOGÍAS: CREENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Sabater Sala AI, Izquierdo García N, Domingo Pozo M.

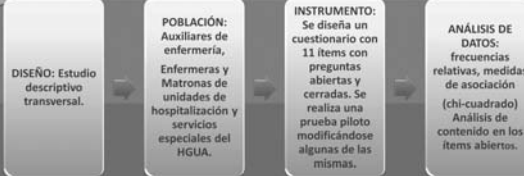
OBJETIVOS

Analizar el concepto de tecnología del personal de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA)

Conocer cuáles son los aspectos relacionados con las tecnologías sanitarias que considera el personal de enfermería que han contribuido a una forma más eficaz de prestar cuidados.

Analizar si existe relación entre la categoría profesional, lugar de trabajo y tiempo trabajado y las creencias sobre la introducción de tecnologías en el HGUA.

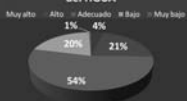
MATERIAL Y MÉTODOS



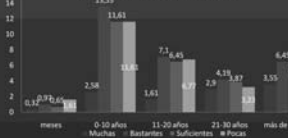
RESULTADOS

En cuanto al concepto de "tecnología" es entendida como: herramientas que facilitan la atención de enfermería, desde un termómetro digital al quirófano más inteligente aportando beneficios en el paciente como seguridad, confortabilidad, disminución de estancias y en el profesional rapidez, control en la administración de cuidados, seguridad, disminución de riesgos y optimización de recursos asistenciales. Se presentan los resultados más destacados: N=331 cuestionarios de 29 unidades del HGUA. El 83,1% de la muestra ha utilizado las tecnologías del HGUA. Se aprecian diferencias en función del tiempo trabajado y categoría profesional ($p<0,005$) y las creencias sobre la introducción y el nivel de tecnologías en el hospital. Las enfermeras entre 0-10 años de tiempo trabajado son las que más utilizan las tecnologías y las que creen que en los últimos años se ha introducido muchas tecnologías.

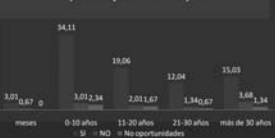
Creencias sobre el nivel de tecnología del HGUA



Creencias sobre la introducción de tecnología en el hospital y tiempo trabajado



Utilización de las tecnologías en función del tiempo trabajado en el hospital



CONCLUSIONES

Las creencias en torno a la tecnología disponible en el HGUA son diferentes según la categoría profesional, el tiempo trabajado y la unidad de trabajo

¿QUÉ HARÍAN LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE NEUROLÓGICO?

M^a Cristina Martínez Albaladejo.

Colaboradores: María González Cerro. M^a Carmen Lillo Picó

Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN

Aunque en un hospital son los/as auxiliares de enfermería, el grupo que pasa mas tiempo en contacto directo con los pacientes y sus familiares, son ellos quienes, lamentablemente, están menos formados, con niveles educativos mas bajos y con menos posibilidades de actualización. Estos trabajadores tienen conceptos básicos mínimos sobre Salud Mental y en muchos casos inician su trabajo con todos los prejuicios e ideas estigmatizantes que sobre los enfermos mentales tiene la población general.

MATERIAL Y MÉTODO

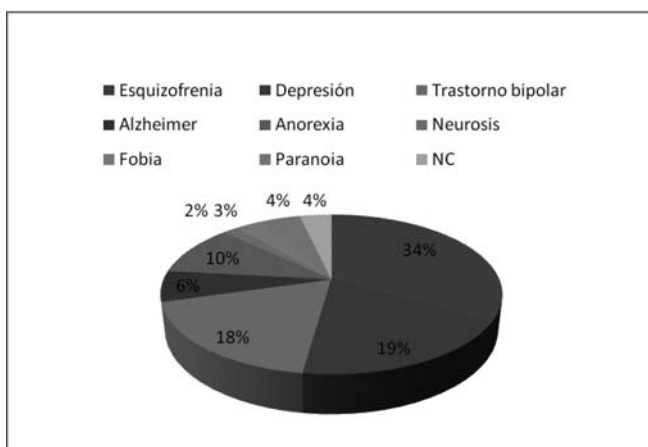
Teniendo en cuenta la realidad descrita: Se realizo un cuestionario de 5 preguntas abiertas, auto administrado y contestado voluntariamente, que fue distribuido y recogido por la auxiliar de “centro” (auxiliar que recorre el hospital diariamente como parte de su trabajo habitual) entre todas las auxiliares de consultas externas del hospital general. Se analizaron los datos estadísticamente a través de Microsoft Excel.

OBJETIVO

Valorar los conocimientos básicos en el área de psiquiatría de las/os auxiliares de enfermería de consultas externas de un hospital general

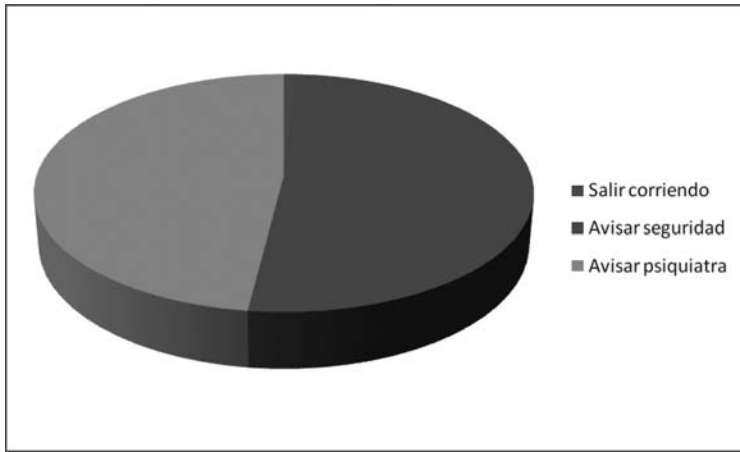
RESULTADOS

1^a Pregunta: Nombra 3 enfermedades mentales

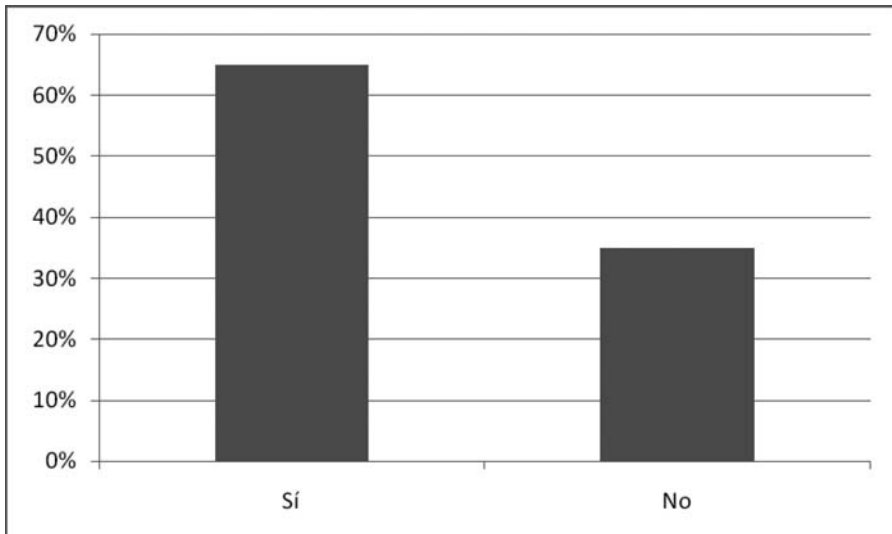




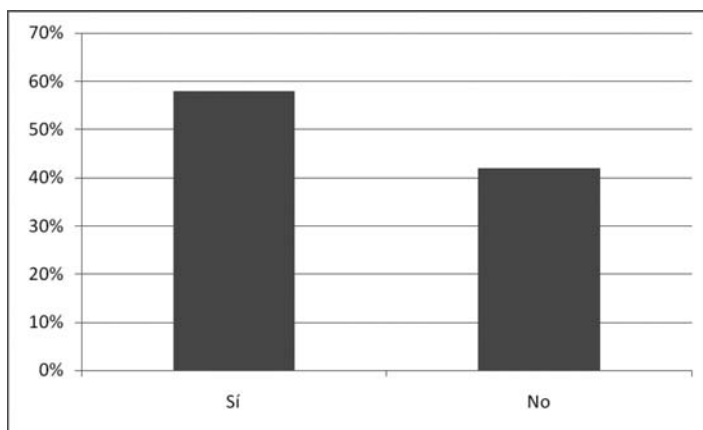
2ª Pregunta: ¿Cuál es la medida que tomaría usted ante un paciente violento?



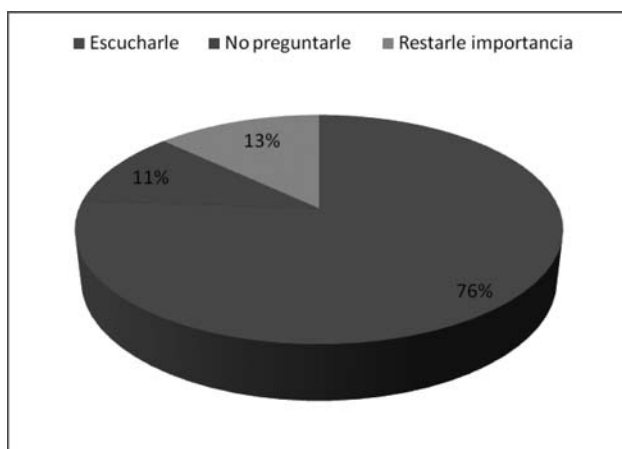
3ª Pregunta: cree que los pacientes mentales deberían estar siempre ingresados en el hospital psiquiátrico o al menos vigilados de forma continua.



4ª Pregunta: ¿las auxiliares de enfermería están capacitadas o formadas para atender a este tipo de pacientes?



5ª Pregunta: el auxiliar de enfermería ante un paciente con problemática suicida ¿Qué actitud debería tomar?



CONCLUSIONES

1. Los auxiliares de enfermería son un colectivo, deseoso de expresar sus opiniones; como demuestra el alto grado de respuesta en esta encuesta casi del 100 por 100. (108 encuestas distribuidas / 100 respondidas)
2. Las enfermedades mentales más conocidas son: la esquizofrenia, (34%) la depresión (19%) y el trastorno bipolar (18%).

3. Ante un enfermo mental agresivo más del 50 % avisaría a las fuerzas de seguridad antes que al médico psiquiatra.
4. En el 65% de estos profesionales perdura la idea generalizada popularmente, que estos pacientes deben permanecer ingresados en el “manicomio” y vigilados de forma continua.
5. A pesar de ser la depresión una de las enfermedades mentales más conocidas, casi una cuarta parte de las encuestadas, no preguntaría o quitaría importancia a las ideas de suicidio.
6. El 58% de los/as auxiliares de un hospital general, no se sienten capacitadas, ni formadas de manera adecuada, para atender a pacientes, con patología psiquiátrica o mental.

La preparación del personal no profesional, es un problema crucial a manejar si queremos lograr cambios reales en la atención de los enfermos mentales. Es evidente por los resultados del trabajo, que al menos este grupo de trabajadores no tenía una preparación adecuada en el área psiquiátrica, desconociendo conceptos básicos teóricos, por lo que sería conveniente la realización de cursos formativos.

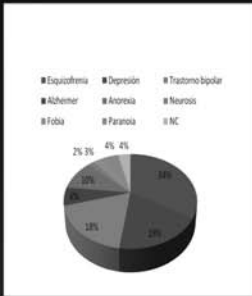


¿QUÉ HARÍAN LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE NEUROLÓGICO?

Autor: M^a Cristina Martínez Albaladejo. Colaboradores: María González Cerro, M^a Carmen Lillo Picó
 Centro: Hospital General Universitario de Alicante



1. ¿Qué enfermedades mentales conoces?



Introducción:

Aunque en un hospital son los/as auxiliares de enfermería, el grupo que pasa más tiempo en contacto directo con los pacientes y sus familiares, son ellos quienes, lamentablemente, están menos formados, con niveles educativos más bajos y con menos posibilidades de actualización. Estos trabajadores tienen conceptos básicos mínimos sobre Salud Mental y en muchos casos inician su trabajo con todos los prejuicios e ideas estigmatizantes que sobre los enfermos mentales tiene la población general.

Material y Método:

Teniendo en cuenta la realidad descrita: Se realizó un cuestionario de 5 preguntas abiertas, auto administrado y contestado voluntariamente, que fue distribuido y recogido por la auxiliar de "centro" (auxiliar que recorre el hospital diariamente como parte de su trabajo habitual) entre todas las auxiliares de consultas externas del hospital general. Se analizaron los datos estadísticamente a través de Microsoft Excel.

Objetivo:

Valorar los conocimientos básicos en salud mental de los/as auxiliares de enfermería de consultas externas de un hospital general.

Conclusiones:

Los auxiliares de enfermería son un colectivo, deseoso de expresar sus opiniones; como demuestra el alto grado de respuesta en esta encuesta casi del 100 por 100, (108 encuestas distribuidas / 100 respondidas)

Las enfermedades mentales más conocidas son: la esquizofrenia, (34%) la depresión (19%) y el trastorno bipolar (18%).

Ante un enfermo mental agresivo más del 50 % avisaría a las fuerzas de seguridad antes que al médico psiquiatra.

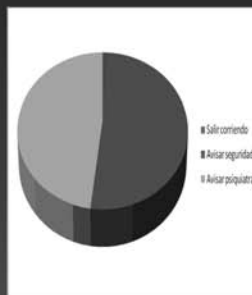
En el 65% de estos profesionales perdura la idea generalizada popularmente, que estos pacientes deben permanecer ingresados en el "manicomio" y vigilados de forma continua.

A pesar de ser la depresión una de las enfermedades mentales más conocidas, casi una cuarta parte de las encuestadas, no preguntaría o quitaría importancia a las ideas de suicidio.

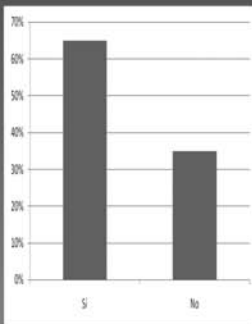
El 58% de los/as auxiliares de un hospital general, no se sienten capacitadas, ni formadas de manera adecuada, para atender a pacientes, con patología psiquiátrica o mental.

La preparación del personal no profesional, es un problema crucial a manejar si queremos lograr cambios reales en la atención de los enfermos mentales. Es evidente por los resultados del trabajo, que al menos este grupo de trabajadores no tenía una preparación adecuada en salud mental desconociendo conceptos básicos teóricos, por lo que sería conveniente la realización de cursos formativos

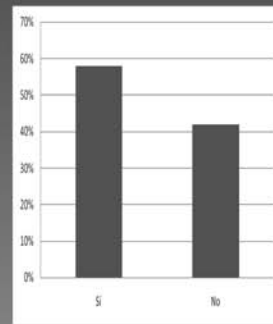
2. ¿Qué medida tomarían ante un paciente agresivo?



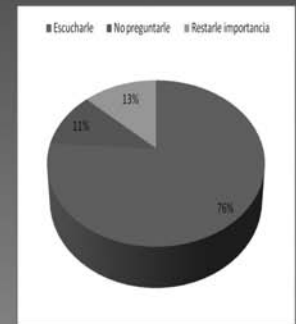
3. ¿Los pacientes mentales deben estar siempre ingresados en el psiquiátrico o vigilados continuamente?



4. ¿Está capacitada para atender enfermos mentales?



5. ¿Qué actitud tomaría ante un paciente suicida?



ROTURA DEL CATETER PERITONEAL A NIVEL DEL ORIFICIO SOLUCION DE EMERGENCIA

Luis Picó Vicent, Lourdes Picó Mira, Leonor Blaya Ruiz, Antonio Díaz Guijarro,
Rosa Serrano Borrell, José M. Cases Iborra, F. Javier Pérez Contreras.
*Unidad de Diálisis Peritoneal - Servicio de Nefrología
Hospital General Universitario de Alicante*

La rotura del catéter peritoneal no es una complicación a la que nos enfrentemos frecuentemente, es por ello que en la bibliografía encontramos poca referencia al respecto y casi siempre asociando su causa a los productos utilizados en la cura del orificio de salida del catéter (Yodopovidona, antibióticos, etc.)

El corte o punción accidental del catéter, ya sea durante las maniobras de extrusión quirúrgica del anillo externo o realizado con unas tijeras por el propio paciente, durante la cura del mismo, también aparecen mencionados pero sin datos concretos.

El objetivo de esta comunicación es el presentar un caso de rotura del catéter producida por la inadecuada y repetida colocación (acodamiento) de la porción externa del mismo.

Se trata de una paciente de 36 años, portadora de una Urostomía derecha desde 1979. IRC secundaria a nefropatía por reflujo y en tratamiento con D.P.C.A. desde Agosto de 1990.

TX renal en 1992 y nuevamente tratamiento con D.P.C.A. desde Abril de 2002 por rechazo crónico del injerto.

El catéter peritoneal actual es del tipo Autoposicionante implantando en Enero de 2003.

Inició tratamiento con D.P.A. en Febrero de 2003.

A finales de 2003 si inicia proceso de extrusión parcial del anillo externo sin signos inflamatorios. Tratamiento profiláctico local con Mupirocina pomada.

A partir de Marzo de 2004 aparecen eritema y dolor local al contacto. Sigue con tratamiento local.

A finales de 2004 se realiza extrusión manual del anillo mediante tracción, desapareciendo toda sintomatología dolorosa e inflamatoria a partir de entonces

El 27-3-2006 se cambia el titanio y el prolongador por rotura del catéter a nivel de la unión del catéter al titanio. Tratamiento profiláctico con Vancomicina + Tobramicina I.P.

El 6-10-2009 se cambia el titanio y el prolongador por rotura catéter a unos 5 cm del orificio. Tratamiento profiláctico con Vancomicina I.P.

El 29 de Febrero del 2010 acude a la Unidad de D.P. con una fisura en el catéter a nivel de la inserción del conector de titanio. (Acodamiento prolongado del catéter en la unión con el titanio)

Tras un primer intento de colocación de un nuevo conector por delante del anillo extrusado, se realiza corte del catéter por detrás del anillo extrusado y realizando retracción de la piel del orificio y tracción del catéter, se inserta éste al conectar de titanio, quedando prácticamente a ras del orificio de salida del catéter pero apto para funcionar. Tratamiento profiláctico con Vancomicina + Tobramicina I.P.

Actualmente el catéter permanece funcionando con lavados semanales. La paciente se encuentra en reposo peritoneal por fallo de UF y en tratamiento con HD mediante catéter yugular.

El catéter peritoneal es el arma esencial que tienen nuestros pacientes para realizarse su tratamiento. Buscar soluciones alternativas, aunque sean del tipo que nos ocupa, van a permitir alargar la vida útil del catéter, evitar un nuevo paso del paciente por el quirófano y disminuir la carga traumática y emocional que conlleva una nueva implantación para el enfermo.

Rotura del catéter a nivel del orificio Solución de emergencia

La rotura del catéter peritoneal no es una complicación a la que nos enfrentamos frecuentemente, es por ello que en la bibliografía encontramos poca referencia al respecto y casi siempre asociando su causa a los productos utilizados en la cura del orificio de salida del catéter (Yodopovidona, antibióticos, etc.)

El corte a punción accidental del catéter, ya sea durante los maniobras de extrusión quirúrgica del anillo externo o realizado con unas tijeras por el propio paciente, durante la cura del mismo, también aparecen mencionadas pero sin datos concretos.

El objetivo de esta comunicación es el presentar un caso de rotura del catéter producida por la inadecuada y repetida colocación (acodamiento) de la punción externa del mismo.

Se trata de una paciente de 76 años portadora de una Uterofemoral derecha desde 1979, 120 secundaria a nefropatía por reflujo y en tratamiento con D.P.C.A. desde Agosto de 1990.

TX renal en 1992 y nuevamente tratamiento con D.P.C.A. desde Abril de 2002 por rechazo crónico del injerto. El catéter peritoneal actual es de tipo Alltoposicantur implantado en Enero de 2003. Inicó tratamiento con D.P.A. en Febrero de 2003.

El 17 de Marzo de 2003 se inicia por una extrusión parcial del anillo externo del catéter peritoneal. Tratamiento profiláctico con Vancomicina I.P.

El 17 de Marzo de 2003 se inicia un episodio de dolor local al contacto. Sigue con tratamiento profiláctico con Vancomicina I.P. y Tobramicina I.P. El anillo del catéter se inserta correctamente a nivel del orificio de salida a nivel de la punción externa.

El 27-3-2003 se inicia el tratamiento con Vancomicina I.P. y Tobramicina I.P. a nivel del catéter al mismo. Tratamiento profiláctico con Vancomicina I.P. y Tobramicina I.P.

El 6-10-2003 se detecta el titaneer a unos 5 cm del orificio. Tratamiento profiláctico con Vancomicina I.P.

El 29-2-2010 acude a la Unidad de D.P. con una fisura en el catéter a nivel de la inserción del conector de titanio. (Acodamiento prolongado del catéter en la unión con el titanio)

Tras un primer intento de colocación de un nuevo conector por delante del anillo extrusado, se realiza corte del catéter por detrás del anillo extrusado y realizando retracción de la piel del orificio y tracción del catéter, se inserta éste al conector de titanio, quedando prácticamente a ras del orificio de salida del catéter pero apto para funcionar. Tratamiento profiláctico con Vancomicina + Tobramicina I.P.

Actualmente el catéter permanece funcionando con lavados semanales. La paciente se encuentra en reposo peritoneal por fallo de UF y en tratamiento con HD mediante catéter yugular.

El catéter peritoneal es el arma esencial que tienen nuestros pacientes para realizarse su tratamiento. Buscar soluciones alternativas, aunque sean del tipo que nos ocupa, van a permitir alargar la vida útil del catéter, evitar un nuevo paso del paciente por el quirófano y disminuir la carga traumática y emocional que conlleva una nueva implantación para el enfermo.

“PEG: MANTENIMIENTO Y CUIDADOS EN EL DOMICILIO”

García Sanjuán, Sonia*; Villalba Salazar, Jose Francisco**; Vicente Felipe Jose*; Navarro Lag, Hugo**.

* *Unidad de hospitalización a domicilio (UHD) Hospital General Universitario de Elx.* ** . *Unidad de hospitalización a domicilio (UHD) hospital Vinalopó Salud.*

RESUMEN

La población de personas que no pueden satisfacer sus necesidades nutricionales con la ingesta oral habitual ha aumentado considerablemente en las últimas décadas.

Las sondas PEG (percutáneas endoscópica gastrostomy tube), se utilizan cada vez más para suministrar nutrientes al sistema digestivo en personas que no pueden mantener una alimentación normal por vía oral. Una PEG es una sonda de alimentación, colocada quirúrgicamente mediante una técnica endoscópica y a través de la pared abdominal anterior, mediante la cual proporcionamos una dieta líquida o medicación a través de un sistema de administración limpio, de fácil manejo y eficaz.

Puesto que la tendencia actual es que las estancias hospitalarias se acorten, parece necesario ofrecer unas líneas claras de actuación al personal enfermero, para que puedan instruir adecuadamente al paciente y a su familia mediante un entrenamiento previo sobre el manejo de la sonda PEG, para un uso adecuado de la sonda en su domicilio, así como poder solventar las principales complicaciones evitando de este modo el reingreso del paciente.

Por lo tanto, este póster muestra actuaciones sencillas y básicas sobre los cuidados y mantenimiento de la sonda PEG en el domicilio, controles y medidas a adoptar en caso de aparición de dificultades.

OBJETIVOS

- Exponer de forma clara y sencilla los cuidados de una sonda PEG, para que los profesionales sanitarios puedan instruir a los portadores de la misma, familiares y cuidadores principales.
- Contribuir al éxito del mantenimiento de la sonda PEG en domicilio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión descriptiva utilizando las bases de datos más importante en cuanto a enfermería se refiere.

Para la localización de documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales, MEDLINE, CUIDEN, CUIDATGE, CINHAL, COCHRAN, CSIC Y ENFISIPO, utilizando los descriptores: PEG, sonda Peg, Gastrostomía endoscópica percutánea, gastrsotomy, percutáneas endoscópica gastrostomy tube. También se realizó una búsqueda en internet en el buscador “Google académico” con los mismos términos.

RESULTADOS

Tras la búsqueda los registros oscilaron entre 35 y 45 registros tras la combinación de las diferentes palabras claves.

CONCLUSIONES

Tras el análisis y comparación de la diferente bibliografía recuperada se realizó un póster con las indicaciones más adecuadas para llevar a cabo los cuidados y mantenimiento de la PEG, de una forma clara y sencilla.

PEG: MANTENIMIENTO Y CUIDADOS

JOSE VICENTE FELIPE (UHD HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE)
SOFIA GARCIA (UHD HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE)
HUGO NAVARRO (UHD HOSPITAL VINALOPO SALUD)
JOSE FCO. VILLALBA (UHD HOSPITAL VINALOPO SALUD)

NUTRICION ENTERAL

SNG ← <6 SEMANAS **PACIENTE** → **PEG**
 >6 SEMANAS

PRIMER CAMBIO

CAMBIOS SUCESIVOS

Complicaciones I

INFECCION
Riesgo de aspiración
Pneumonia
Sepsis bacteriana

PREVENCIÓN
Cuidado de la sonda
Cuidado del estoma

Complicaciones II

DIAGNOSTICO
Cuidado de la sonda
Infundido a control

RESOLUCION DEL PROBLEMA
Cambio con sonda de otro tipo
Cambio de sonda

Complicaciones III

DIAGNOSTICO
Mal uso
Mal uso

RESOLUCION DEL PROBLEMA
Aspiración
Alopecia
Borbollos carbonatados
Cambio de sonda

Complicaciones IV

PREVENCIÓN DEL CONTENIDO
SABIDO
Cuidado de la sonda
Aspiración
Borbollos carbonatados
Mantener la sonda

ACTUACION
Fomentar el agua
Uso libre de aspiración

Complicaciones V

EXTRACCION DE LA SONDAS
Estomatitis o síndrome de erosión

ACTUACION
Sigue
Entre 24 - 48 h
Uso de analgésicos
Cuidado del estoma
Aspiración

Cuidados del estoma

- Comprobar integridad cutánea, inflamación, infección o dolor
- Frotarse 2-3 veces al día con alcohol y agua
- Mantener siempre agua fría y jabón
- Sacar estoma y zona circundante

Cuidados del estoma

- Controlar desde la sonda: heces, aliento, movimientos intestinales y su grado
- Si se observa picazón: lavar el estoma con agua tibia y jabón

Cuidados del soporte externo

- Que se adapte sobre la piel sin ejercer presión

Recomendaciones al paciente y cuidador principal

• **Trastornos:**
Limpieza la parte externa de la sonda (PEG) con agua y jabón, 2-3 veces al día

• **Control:**
Observar regularmente la sonda

• **Comunicar:**
Cambiar la fecha adhesiva de sujeción

• **No:**
No pinchar ni perforar la sonda

BIBLIOGRAFÍA

1. ...
2. ...
3. ...
4. ...
5. ...
6. ...
7. ...
8. ...
9. ...
10. ...

IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN SEXUAL (PIES) EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA

*López Vázquez, María Isabel.; *Iborra Moltó, Carmelo; **Yáñez Motos, María del Remedio; ***Arroyo Fernández, Gerardo.

Centro de Salud Petrer 2. Petrel (Alicante)*; *Dirección de Atención Primaria del Departamento de Elda*; *** *Centro de Salud Publica de Elda*.

INTRODUCCIÓN

Según los datos aportados por la encuesta nacional de salud sexual en los últimos años, se muestra un inicio de las relaciones sexuales como media a los 14,61 los chicos y 15,89 las chicas. Estas relaciones suponen un aumento de conductas de riesgo en el adolescente. Como respuesta a esta realidad, y desde la Dirección General de Salud Pública, surge el programa PIES (Programa de Intervención de Educación Sexual), dirigido a “promocionar una vivencia positiva de la propia sexualidad y unos comportamientos sexuales acordes con las opciones más saludables”.

OBJETIVO

El objetivo principal de este estudio es la descripción de la implantación y desarrollo del programa PIES en el Departamento de Salud de Elda.

MATERIAL Y MÉTODOS

En la fase preliminar de la implantación del programa se realizaron varias reuniones de los Técnicos de Salud Pública y los cuatro sexólogos que diseñaron el curso y formaron a los profesionales. La implantación consta de dos fases: La formación de los formadores, de 50 horas de duración, entre Octubre y Diciembre de 2009, con el fin de que los contenidos y metodología sean similares en los diferentes centros educativos. Los talleres con los alumnos se iniciaron en el mes de Enero hasta Junio de 2010 y están siendo impartidos por un total de 31 profesionales del departamento; son tres talleres de dos horas dirigidos a los alumnos de 3º de ESO, que tratan la siguiente temática:

- 1º.- La sexualidad como experiencia vivencial y la identidad sexual.
- 2.- La sexualidad en la historia personal y el conocimiento y manejo del propio cuerpo.
- 3.- Comportamientos sexuales, valoración del riesgo y toma de decisiones.

RESULTADOS

Los profesionales de Atención Primaria formados para impartir los talleres han sido: 23 Enfermeras, 4 Matronas, 3 Trabajadores Sociales y un Técnico Medio.

Participan 22 Centros de Secundaria de los 29 dependientes del departamento, 18 públicos (100%) y 4 concertados. La población diana que va recibir educación sexual es de 1822 alumnos (83,3 % del total).

CONCLUSIONES

Las previsiones del programa están dirigidas a conseguir cambios de actitudes frente a la sexualidad y la evitación de conductas de riesgo. En función de los resultados obtenidos en programas de características similares se esperan cambios significativos a medio y largo plazo en los indicadores más relevantes, concretamente en la tasa de embarazos en adolescentes y en la tasa de ETS.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez Zapiain, J., Ibaceta Quintana, P., y Pinedo Fernández, J. A. (1997). Proyecto de integración de la educación afectivo-sexual en la ESO. Vitoria-Gasteiz. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Gómez Zapiain, J., Ibaceta, P., y Pinedo, J. A. (2000). Programa de educación afectivo sexual, Uhin Bare. Educación Secundaria Obligatoria. Vitoria-Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Amezáua, E. (1973). Ciclos de educación sexual. Barcelona. Fontanella.

XVI Jornadas de Enfermería
SOBRE TRABAJOS CIENTÍFICOS
 INTEGRACIÓN ASISTENCIAL
 Modelos, fundamentos y metodologías
 DE Y DE EN ENFERMERÍA DE 2009
 DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
 18-19 DE OCTUBRE DE 2009

López Vázquez, Ml. *
 Iborra Molibé, C. *
 Yáñez Motos, MR. * **
 Arroyo Fernández, G. ***

* Centro Salud Pinar 2
 ** Dirección de Atención Departamental de EIda
 *** Centro de Salud Pública de EIda

DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA

IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN SEXUAL (PIES) EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA

INTRODUCCIÓN	En los últimos años, se muestra un inicio precoz de las relaciones sexuales, lo que supone un aumento de conductas de riesgo en la población adolescente. Como respuesta a esta realidad surge el Programa de Intervención de Educación Sexual (PIES), dirigido a promover una vivencia positiva de la sexualidad y unos comportamientos sexuales acordes con las opciones más saludables.
OBJETIVO	Descripción de la implantación y desarrollo del programa "PIES" en el Departamento de Salud de EIda
MATERIAL Y MÉTODOS	<p>POBLACION: La implantación del programa está dirigida a una población total de 2.187 alumnos de 3º de ESO dependientes del Departamento de Salud de EIda. Estos alumnos están distribuidos en 23 centros de secundaria de los que 18 son públicos.</p> <p>PROCEDIMIENTO: La implantación consta de 3 fases:</p> <p>1. Reuniones de los Técnicos de Salud pública y cuatro sexólogos que diseñaron el curso y formaron a los profesionales.</p> <p>2. Formación de Formadores (50 horas) (Octubre – Diciembre de 2009), con el fin de unificar contenidos, criterios y metodología.</p> <p>3. Impartición de los talleres (Enero – Junio de 2010). Se imparten tres talleres de 2 horas con la siguiente temática:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- La sexualidad como experiencia vivencial y la identidad sexual. 2.- La sexualidad en la historia personal y el conocimiento y manejo del propio cuerpo. 3.- Comportamientos sexuales, valoración del riesgo y toma de decisiones.
RESULTADOS	<p>COBERTURA POBLACIONAL:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PROFESORADO: 23 ENFERMERAS/OS → MATRONAS → 4 TRAB. SOCIALES → 3 TECNICO MEDIO → 1 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PARTICIPACIÓN: CENTROS DE SECUNDARIA: 18 PÚBLICOS (100%) + 4 CONCERTADOS (21%) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ALUMNOS DEL PROGRAMA "PIES" 1822 Alumnos (83,3%) </div> </div>
CONCLUSIONES	La participación en el programa ha sido muy alta, especialmente en los centros públicos. En función de los resultados obtenidos en programas de características similares, se esperan cambios significativos a medio y largo plazo en los indicadores más relevantes, concretamente en la tasa de embarazos no deseados y en la tasa de ETS.

SATISFACCIÓN DE LOS ALUMNOS DE 3º ESO CON EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN SEXUAL (PIES)

*Iborra Moltó, Carmelo; *López Vázquez, María Isabel; **Yáñez Motos, María del Remedio; ***Arroyo Fernández, Gerardo.

Centro de Salud Petrer 2, Petrel (Alicante); **Dirección De Atención Primaria del Departamento de Elda; * Centro de Salud Publica de Elda.*

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano en donde se empiezan a desarrollar las conductas sexuales relacionales. El objetivo general del programa PIES es “promocionar una vivencia positiva de la propia sexualidad y unos comportamientos sexuales acordes con las opciones más saludables”. El programa está dirigido a estudiantes de 3º de la ESO.

OBJETIVO

Valorar el grado de satisfacción de los alumnos de 3º de ESO con la implantación del programa PIES.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha diseñado un estudio descriptivo transversal no aleatorio mediante encuesta autocumplimentada. El estudio se realizó con los alumnos de los 6 cursos de 3º de ESO del Instituto “La Canal”. Se seleccionó a todos los alumnos que acudieron a cada uno de los talleres.

Participaron en total 111 alumnos en el 1º y 2º taller y 100 en el 3º de los cuales 111 cumplimentaron las encuestas de satisfacción en el 1º taller, 52 en el 2º y 98 en el 3º. Las encuestas eran de cumplimentación voluntaria. Los talleres se impartieron durante el mes de febrero por dos enfermeras del Centro de Salud (Petrer 2), formadas en educación sexual por el departamento de salud pública. La encuesta de satisfacción consta de dos partes: En primer lugar se valoran los indicadores de satisfacción (4 preguntas cerradas con 5 opciones de respuesta): Agrado general del taller; Novedad del conocimiento; Difusión del taller; Utilidad del conocimiento aportado/construido. La segunda parte valora las modificaciones y sugerencias aportadas por los alumnos a tener presentes en futuros talleres: Lo mejor del taller; Lo peor del taller; Lo que falta por decir o trabajar. Las pruebas estadísticas están dirigidas a la descripción de variables sociodemográficas e indicadores de satisfacción y al análisis de la significación estadística de las diferencias en la satisfacción de los talleres, tanto por tipo de taller como por sexos.

RESULTADOS

Los resultados muestran que la satisfacción global ha sido alta en los tres talleres, destacando el segundo y el tercero, como más satisfactorios en cada uno de sus componentes. Por sexos el grupo de chicas presenta mayor nivel de satisfacción, con diferencias significativas frente al de chicos.


CONCLUSIONES

Es importante destacar la satisfacción de los alumnos con los talleres y la aportación de ideas para ir incorporando en futuras ediciones del programa, consiguiendo de esta forma un programa dinámico y abierto a novedades e innovaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez Zapiáin, J., Ibaceta Quintana, P., y Pinedo Fernández, J. A. (1997). Proyecto de integración de la educación afectivo-sexual en la ESO. Vitoria-Gasteiz. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Gómez Zapiáin, J., Ibaceta, P., y Pinedo, J. A. (2000). Programa de educación afectivo sexual, Uhin Bare. Educación Secundaria Obligatoria. Vitoria-Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Amezcua, E. (1973). Ciclos de educación sexual. Barcelona. Fontanella.

XVI Jornadas de Enfermería
XXXXX TRABAJO ASISTENCIAL
 INTEGRACIÓN, ORGANIZACIÓN,
 INICIACIÓN Y PROMOCIÓN
 DE UN NUESTRO EN 2010
 DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
 DE ELDIA



Iborra Moló, C. *
 López Viázquez, M. *
 Yáñez Molon, M.R. **
 Arroyo Fernández, G. ***

* Centro Salud Pebrer 2
 ** Dirección de AP del Departamento de Eldia
 *** Centro de Salud Pública de Eldia

DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA

SATISFACCIÓN DE LOS ALUMNOS DE 3º ESO CON EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN SEXUAL (PIES)

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano en donde se inician las conductas sexuales relacionales. La satisfacción de los alumnos con los talleres del Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES), es un factor fundamental para llevar a buen término la consecución de los objetivos generales de programa.

OBJETIVO

Valorar el grado de satisfacción de los alumnos de 3º de ESO con la implantación del programa "PIES"

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO
Estudio descriptivo transversal no aleatorio mediante encuesta autocumplimentada

MUESTRA
El estudio se realizó con los alumnos de los 6 cursos de 3º de ESO del Instituto "La Canal" de Pebrer. Se seleccionó a todos los alumnos que acudieron a los talleres. Participaron en total 111 alumnos en el 1º y 2º taller y 100 en el 3º taller, de los cuales 111 cumplimentaron las encuestas de satisfacción en el 1º taller, 52 en el 2º y 98 en el 3º. La cumplimentación fue voluntaria.


PROCEDIMIENTO
Los talleres se impartieron durante el mes de Febrero por dos enfermeras de Centro de Salud Pebrer 2, formadas en educación sexual por Técnicos del Centro de Salud Pública de Eldia.

ENCUESTA
La encuesta valora:
Satisfacción de Satisfacción: Agrado general del taller, Novedad del conocimiento, Difusión del taller y Utilidad del conocimiento. La puntuación de cada ítem fue de 0 a 5.
Satisfacción: Lo mejor, lo peor y lo que falta en los talleres.

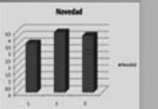
RESULTADOS

Según los resultados obtenidos, la satisfacción global ha sido alta en los tres talleres, destacando el segundo y el tercero, como mas satisfactorios en cada uno de sus componentes.

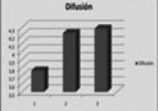
Agrado



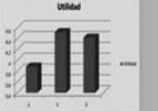
Novedad




Difusión



Utilidad



Satisfacción Total



Diferencias	Taller 2	Taller 3
Taller 1	p<.001	P<.001
Taller 2	--	p=.47

No se muestran diferencias significativas de satisfacción entre el taller 2 y 3. El taller 1 ha sido menos satisfactorio que los otros dos.

Modificadores y sugerencias

	TALLER 1 (111)	TALLER 2 (52)	TALLER 3 (98)
Lo mejor	Valores: 28 (25.2%)	Hech. Varitas: 10 (19.2%)	Hech. Varitas: 28 (28.6%)
	Hech. Varitas: 28 (25.2%)	Hech. Varitas: 10 (19.2%)	Hech. Varitas: 28 (28.6%)
	Diferencia/Otros: 28 (25.2%)	Hech. Varitas: 10 (19.2%)	Hech. Varitas: 28 (28.6%)
	Comunicación: 28 (25.2%)	Hech. Varitas: 10 (19.2%)	Hech. Varitas: 28 (28.6%)
Lo peor	Hech. Varitas: 10 (9.0%)	Hech. Varitas: 10 (19.2%)	Hech. Varitas: 10 (10.2%)
	Hech. Varitas: 10 (9.0%)	Hech. Varitas: 10 (19.2%)	Hech. Varitas: 10 (10.2%)
	Hech. Varitas: 10 (9.0%)	Hech. Varitas: 10 (19.2%)	Hech. Varitas: 10 (10.2%)
	Hech. Varitas: 10 (9.0%)	Hech. Varitas: 10 (19.2%)	Hech. Varitas: 10 (10.2%)
Lo que falta	Hech. Varitas: 37 (33.3%)	Hech. Varitas: 40 (76.9%)	Hech. Varitas: 50 (51.0%)
	Hech. Varitas: 37 (33.3%)	Hech. Varitas: 40 (76.9%)	Hech. Varitas: 50 (51.0%)
	Hech. Varitas: 37 (33.3%)	Hech. Varitas: 40 (76.9%)	Hech. Varitas: 50 (51.0%)
	Hech. Varitas: 37 (33.3%)	Hech. Varitas: 40 (76.9%)	Hech. Varitas: 50 (51.0%)

CONCLUSIONES

Los alumnos de 3º de ESO presentan una alta satisfacción con los talleres de educación sexual.

La satisfacción del alumnado permitirá implantar el programa PIES con mayor aprovechamiento y además repercutirá en una mayor satisfacción en el desempeño de las enfermeras/os que imparten los talleres.

ENFERMOS CRÓNICOS EN URGENCIAS: EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC), GRADO DE CONOCIMIENTO RESPECTO A SUS POSIBILIDADES EVOLUTIVAS Y DEL TESTAMENTO VITAL.

Asunción Santana Cascales, Araceli Páez Romero
*Enfermeras del Servicio de Urgencias Generales.
Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.*

OBJETIVO:

Investigar el grado de conocimiento que tienen los pacientes con EPOC respecto a las posibilidades de evolución de su enfermedad y la posibilidad de redactar un documento de testamento vital (TV), así como su predisposición a hacerlo, siendo atendidos durante un periodo de exacerbación de su enfermedad en el servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Inclusión durante 6 meses de pacientes con EPOC atendidos en el servicios de urgencias del Hospital General Universitario de Alicante.

Se les realizó una encuesta con 13 preguntas: 4 referentes al grado de información objetiva que había recibido acerca de su enfermedad, 4 respecto a su percepción subjetiva y deseo específico de información, y 5 referentes al TV.

RESULTADOS

Se incluyeron 100 pacientes con EPOC. La edad media era de 76 ± 10 años, el 75% eran hombres. El 55% solo tenían estudios primarios. Vivan con pareja el 64% y solos el 14%.

Aunque el 89 % se consideraban subjetivamente bien informados de la evolución de su enfermedad, sólo el 73% lo estaban realmente. Un 58% desearía tener más información y un 52% mayor participación en la toma de decisiones de las que habían tenido. Sólo el 9% sabía en qué consistía un TV y tan sólo en el 2% de los casos su médico le había hablado acerca de él. El 87% de los pacientes designaría como representate en el TV a un familiar.

CONCLUSIONES

Los pacientes afectados de una enfermedad crónica como la EPOC que consultan en urgencias son pacientes ancianos, en general con estudios primarios y tienen una deficiente información acerca de las características y posibilidades evolutivas de su enfermedad así como también de su conocimiento del TV y su predisposición a redactarlo.

La enfermería debería jugar un papel activo, informando sobre aspectos relacionados con la enfermedad de paciente y sobre los documentos de testamento vital.

Palabras clave: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, urgencias, testamento vital, ética

Enfermos crónicos en urgencias: El paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, grado de conocimiento respecto a sus posibilidades evolutivas y del testamento vital.

Asunción Santana Cascales¹, Araceli Páez Romero¹
¹Enfermeras del Servicio de Urgencias Generales. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

OBJETIVO:

Investigar el grado de conocimiento que tienen los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) respecto a las posibilidades de evolución de su enfermedad y la posibilidad de redactar un documento de testamento vital (TV), así como su predisposición a hacerlo, siendo atendidos durante un periodo de exacerbación de su enfermedad en el servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Inclusión durante 6 meses de pacientes con EPOC atendidos en el servicio de urgencias del hospital General Universitario de Alicante. Se les realizó una encuesta con 13 preguntas: 4 referentes al grado de información objetiva que había recibido acerca de su enfermedad, 4 respecto a su percepción subjetiva y deseo específico de información, y 5 referentes al TV.

RESULTADOS:

Se incluyeron 100 pacientes con EPOC. La edad media era de 76 ± 10 años, el 75 % eran hombres. El 55 % solo tenían estudios primarios y el 35 % no tenía estudios. Vivían con su pareja el 64 % y solos el 14 %. Tabla 1

Tabla 1: Características clínico-demográficas de los 100 pacientes incluidos en el estudio.

Total de pacientes	n=100
Edad en años (media ± DE)	76±10
Sexo (n (%))	
-Hombre	66 (75)
-Mujer	22 (25)
Nivel de estudios (n (%))	
- Ninguna	31 (35)
-Primarios	48 (55)
-Secundarios	7 (8)
-Universitarios	3 (3)
Estado civil (n (%))	
-Soltero	7 (8)
-Casado	57 (65)
-Viudo	21 (24)
-Otros	3 (3)
Convivencia en domicilio (n (%))	
-Solo	12 (14)
-Pareja	56 (64)
-Hijo/a	16 (18)
-Otros	1 (1)
-Residencia de ancianos	3 (3)
Número de personas en el domicilio (media ± DE)	2,5±1,2
Ingreso previo en el hospital (n (%))	
-Sí	83 (94)
-No	5 (6)
Ingreso previo en cuidados intensivos (n (%))	
-Sí	11 (13)
-No	77 (87)

Aunque el 89 % se consideraban subjetivamente bien informados de la evolución de su enfermedad, sólo el 73 % lo estaban realmente. Un 58 % desearía tener más información y un 52 % mayor participación en la toma de decisiones de las que habían tenido. Sólo el 9 % sabía en qué consistía un TV y tan sólo en el 2 % de los casos su médico le había hablado acerca de él. El 87 % de los pacientes designaría como representante en el TV a un familiar. Tabla 2

Tabla 2: Resultados de la encuesta al paciente.

DATOS DEL PACIENTE	N (%)
¿Sabe que la enfermedad que padece es crónica?	
-Sí	78 (89)
-No	19 (11)
¿Sabe que su enfermedad es evolutiva?	
-Sí	71 (81)
-No	17 (19)
¿Sabe que su enfermedad puede requerir ingreso en una UCI?	
-Sí	45 (51)
-No	43 (49)
¿Sabe que su enfermedad puede requerir ventilación mecánica?	
-Sí	43 (49)
-No	45 (51)
¿Se considera bien informado respecto a la evolutividad de su enfermedad?	
-Sí	64 (73)
-No	24 (27)
¿Desearía tener más información médica de la que ha tenido?	
-Sí	51 (58)
-No	18 (20)
-No sabe/No contesta	19 (22)
¿Considera que ha participado suficientemente en la toma de decisiones médicas?	
-Sí	32 (36)
-No	23 (26)
-No sabe/No contesta	33 (38)
¿Desearía tener una mayor participación en la toma de decisiones médicas?	
-Sí	46 (52)
-No	18 (21)
-No sabe/No contesta	24 (27)
¿Conoce y sabe en qué consiste el testamento vital (TV)?	
-Sí	8 (9)
-No	80 (91)
¿Los médicos le han explicado en qué consiste el TV?	
-Sí	2 (2)
-No	86 (98)
¿Le parecería bien repartir folletos informativos acerca del TV en urgencias?	
-Sí	60 (68)
-No	2 (2)
-No sabe/No contesta	26 (30)
¿Sería partidario de efectuar un TV?	
-Sí	24 (27)
-No	12 (14)
-No sabe/No contesta	52 (59)
¿A quién designaría como representante en el TV?	
-Familiar	53 (87)
-Médico	5 (8)
-Amigo	1 (2)
-Otro	2 (3)

CONCLUSIONES:

Los pacientes afectados de una enfermedad crónica como la EPOC que consultan en urgencias son pacientes ancianos, en general con estudios primarios y tienen una deficiente información acerca de las características y posibilidades evolutivas de su enfermedad así como también de su conocimiento del TV y su predisposición a redactarlo. La enfermería debería jugar un papel activo, informando sobre aspectos relacionados con la enfermedad de paciente y sobre los documentos de testamento vital.

CUIDADORES FAMILIARES. “APRENDIENDO A VIVIR”

M. Dolores Saavedra Llobregat*; José Ramón Martínez Riera**;
Manuel Lillo Crespo***; Isabel Casabona Martínez ****

**Enfermera de Gestión Comunitaria. Centro de Salud Florida (Alicante)*
Profesora Asociada Universidad de Alicante.

***Profesor Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud*
Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante.

****Supervisor área de hospitalización Clínica Vistahermosa Alicante.*
Profesor Asociado Universidad de Alicante.

*****Supervisora área de Urgencias_Uci Clínica Vistahermosa Alicante.*
Profesora Asociada Universidad de Alicante.

Palabras clave: cuidadores familiares, sobrecarga, intervenciones grupales

JUSTIFICACIÓN

En la Comunidad Valenciana se desarrolla desde 2007 el Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria, con 2 nuevos perfiles de enfermería, cuya función primordial es garantizar la continuidad informativa y asistencial de pacientes complejos, generalmente domiciliarios, con prestación de atención a pacientes y a sus cuidadores familiares.

El desarrollo de intervenciones grupales con cuidadores durante este periodo, nos obliga a valorar su impacto, tanto en la percepción de calidad de vida, como en la repercusión en el funcionamiento familiar.

OBJETIVOS

- 1- Demostrar que las intervenciones grupales (talleres) con cuidadores familiares:
 - Mejoran su percepción de calidad de vida
 - Proporcionan herramientas para llevar a cabo cambios en el entorno familiar, mejorando los sistemas de apoyo del cuidador principal.
- 2- Realizar un comparativo con cuidadores, que no han tenido todavía intervención grupal.
- 3- Conocer la percepción de algunos profesionales implicados.

Material y Método

Estudio cualitativo, con la intención de capturar el fenómeno de estudio de manera holística, comprendiéndolo dentro de un contexto: “la experiencia del cuidador familiar”.

Las técnicas seleccionadas para este estudio: el grupo focal y la entrevista en profundidad:

- Realización de 2 grupos focales, de 8/10 integrantes, uno con cuidadores que han pasado por talleres y otro con cuidadores de reciente identificación, sin intervención grupal.

- Realización de 4 entrevistas en profundidad a cuidadores de ambas características.
- Realización de 6 entrevistas en profundidad a profesionales implicados: médico/a y enfermera/o de Atención Primaria, médico/a y enfermera/o de la Unidad de Hospital a Domicilio, Trabajadores Sociales de ambos servicios.

RESULTADOS

La percepción de nivel de sobrecarga disminuye en los cuidadores que han participado en los talleres y se mantiene después de 2 años de la intervención.

La percepción de calidad de vida ha mejorado, y su comparativo con el grupo de cuidadores que no ha tenido intervención grupal es significativa.

Mejoran los sistemas de apoyo en algunas familias en beneficio del cuidador principal.

Conocemos la percepción de los profesionales con respecto al cuidado familiar y su repercusión en el cuidador.

Los valores definitivos se aportaran en el trabajo completo, una vez finalizado el análisis del discurso.

CONCLUSIONES

Es necesario evaluar las intervenciones para confirmar que se cumplen los objetivos que se persiguen y tener elementos fiables para llevar a cabo cambios en la utilización de una herramienta como es la intervención grupal y validarla en la atención a determinados colectivos, en este caso los cuidadores familiares por su eficacia y eficiencia.

CUIDADORES FAMILIARES. "Aprendiendo a vivir"

Saavedra Llobregat, MD^{1,2}; Martínez Riera, JR¹; Lillo Crespo, M^{3,4}; Casabona Martínez, I^{5,6}
¹ Profesora de Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública o Historia de la Clínica. Universidad de Alicante, España.
² Enfermera de Gestión Domiciliaria, Agencia Valenciana de Salud. Departamento de Salud 19, Alicante, España.
³ Supervisor de Enfermería, Área de hospitalización y Servicios Generales, Clínica Vistahermosa, Alicante, España.
⁴ Profesor, Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante, España.
⁵ Supervisora de Enfermería, Área de Urgencias / UCI, Clínica Vistahermosa, Alicante, España.



Introducción: Según datos del Instituto de servicios sociales (INSERSO), desde 2005 en España el 89% del cuidado es otorgado por familiares o es de autocuidado. El cuidador principal responde al siguiente perfil. Mujer de 45 a 65 años, la mayoría casados, sin ocupación remunerada, sin o con poco apoyo familiar. La relación cuidador/cuidado surge por necesidad dentro del núcleo familiar.

Justificación: En la Comunidad Valenciana se desarrollan 2 nuevos perfiles de enfermera cuya función primordial es garantizar la continuidad de cuidados, con especial atención a sus cuidadores familiares. El desarrollo de intervenciones grupales con cuidadores durante este período, nos obliga a valorar su impacto, tanto en la percepción de calidad de vida, como en la repercusión en el funcionamiento familiar.

Objetivos:

1. Demostrar que las intervenciones grupales (talleres) con cuidadores familiares:
 - Mejoran su percepción de calidad de vida
 - Preparación de herramientas para llevar a cabo cambios en el entorno familiar, mejorando los sistemas de apoyo del cuidador principal.
 - Realizar un comparativo con cuidadores, que no han tenido todavía intervención grupal.
 - Conocer la percepción de algunos profesionales implicados.

Sujetos y métodos:

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

- Láminas de calidad de Wonca
- Intervenciones grupales
- Encuestas semiestructuradas

Sentimientos, inquietudes, temores, aportaciones, relaciones, vivencias con relación al role-playing.

Varios métodos para un mismo fenómeno Rigor y credibilidad (Strauss y Corbin, 2002).

A través de períodos de análisis intencional: muestreo técnico.

Nuevos Casos

• 2 grupos focales, de 8/10 integrantes, uno con cuidadores que han pasado por talleres y otro con cuidadores de reciente identificación, sin intervención grupal.
 • 4 entrevistas en profundidad a cuidadores de ambas características.
 • 6 entrevistas en profundidad a médicos, trabajadores Sociales y enfermeras de Atención Primaria y Unidad de Hospital a Domicilio.

Refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados. Saturación de los datos.



ESCENARIO

Centro de Salud de Florida de Alicante



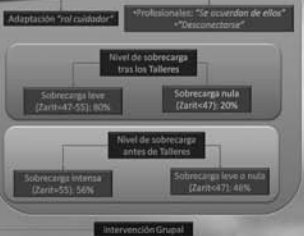
Médicos y enfermeras

Resultados:



CUIDADORES

TALLERES



Percepción Calidad de vida		
Estado de salud	Sentimientos	Forma física
Regular: 71%	Moderada: 57%	Moderada: 57%
Muy buena: 29%	Intensamente: 14%	Muy intensa: 14%
Actividades cotidianas	Poco: 3%	Ninguna: 14%
Moderadas: 71%	Bastante: 18%	Cambios pasado de estado
Ninguna: 15%	Actividad Social	Igual: 71%
Casi nada: 14%	Ligera: 42%	Un poco mejor: 29%
Dolor	Moderada: 39%	Nada: 29%
Ligero: 42%	Nada: 15%	Bastante: 18%
Nada: 29%	Bastante: 18%	Algunos casos
Moderada: 14%	Algunos: 57%	Algunos: 57%
Intenso: 14%	Alguna persona: 4%	Ninguna: 4%



Conclusiones:

- Los objetivos fundamentales de los talleres dirigidos a cuidadores pretenden: capacitar, concienciar y comprender a estas personas.
- Hay que individualizar en la capacitación de aquellos casos que suponen mayor sobrecarga al cuidador familiar.
- Es necesario llevar a cabo una evaluación común o grupal pero también una autoevaluación o feed-back permanente de los cuidadores de tal forma que sean partícipes de la creación y evaluación de dichos grupos de apoyo.
- El programa de apoyo se considera una actividad anexa al programa formativo en el que sería necesario que participase todos los agentes de salud posibles: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc., siendo la enfermera la figura de conexión con todos ellos.
- El programa de apoyo permite que los cuidadores socialicen entre ellos.
- Sería interesante de cara a un futuro:
 - Crear instrumentos sensibles con indicadores obtenidos a partir de procesos de investigación.
 - Continuar incluyendo a otras figuras familiares en los grupos de apoyo y en los talleres.



Bibliografía:

- 1. Instituto Valenciano de Servicios Sociales (INSERSO). Encuesta de servicios sociales y apoyo a cuidadores de personas dependientes. Valencia: INSERSO; 2005.
- 2. Saavedra Llobregat MD, Martínez Riera JR, Lillo Crespo M, Casabona Martínez I. (2010) Necesidad de intervenciones grupales con cuidadores familiares. Rev Esp Geriatr Gerontol; 45(1): 1-6.
- 3. Saavedra Llobregat MD, Martínez Riera JR, Lillo Crespo M, Casabona Martínez I. (2010) Necesidad de intervenciones grupales con cuidadores familiares. Rev Esp Geriatr Gerontol; 45(1): 1-6.
- 4. Saavedra Llobregat MD, Martínez Riera JR, Lillo Crespo M, Casabona Martínez I. (2010) Necesidad de intervenciones grupales con cuidadores familiares. Rev Esp Geriatr Gerontol; 45(1): 1-6.
- 5. Saavedra Llobregat MD, Martínez Riera JR, Lillo Crespo M, Casabona Martínez I. (2010) Necesidad de intervenciones grupales con cuidadores familiares. Rev Esp Geriatr Gerontol; 45(1): 1-6.
- 6. Saavedra Llobregat MD, Martínez Riera JR, Lillo Crespo M, Casabona Martínez I. (2010) Necesidad de intervenciones grupales con cuidadores familiares. Rev Esp Geriatr Gerontol; 45(1): 1-6.
- 7. Saavedra Llobregat MD, Martínez Riera JR, Lillo Crespo M, Casabona Martínez I. (2010) Necesidad de intervenciones grupales con cuidadores familiares. Rev Esp Geriatr Gerontol; 45(1): 1-6.
- 8. Saavedra Llobregat MD, Martínez Riera JR, Lillo Crespo M, Casabona Martínez I. (2010) Necesidad de intervenciones grupales con cuidadores familiares. Rev Esp Geriatr Gerontol; 45(1): 1-6.
- 9. Saavedra Llobregat MD, Martínez Riera JR, Lillo Crespo M, Casabona Martínez I. (2010) Necesidad de intervenciones grupales con cuidadores familiares. Rev Esp Geriatr Gerontol; 45(1): 1-6.
- 10. Saavedra Llobregat MD, Martínez Riera JR, Lillo Crespo M, Casabona Martínez I. (2010) Necesidad de intervenciones grupales con cuidadores familiares. Rev Esp Geriatr Gerontol; 45(1): 1-6.

