

**XIV JORNADAS DE ENFERMERÍA
SOBRE TRABAJOS CIENTÍFICOS**

**“SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS,
UN COMPROMISO DE TODOS”**

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Gráficas Estilo - Alicante
Distribuye: IMTEXMA - Alicante.
I.S.B.N.: 978-84-691-7849-2
Depósito Legal: A-1252-2008

Alicante, 21 y 22 de Noviembre de 2008

ORGANIZA:

**DIVISIÓN DE ENFERMERÍA
DEL DEPARTAMENTO 19**

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

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

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



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT



**AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT**



**COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
DE ALICANTE**

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

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	20
9. PREMIOS	24
10. ENTIDADES COLABORADORAS	25
11. CONFERENCIA INAUGURAL	28
<hr/>	
MESA DE EXPERTOS N°1	35
MESA DE COMUNICACIONES LIBRES N°1	61
MONÓLOGO	173
MESA DE COMUNICACIONES LIBRES N°2	177
MESA DE EXPERTOS N°2	267
CONFERENCIA DE CLAUSURA	291
POSTERS	299
MEMORIA DE LAS XIII JORNADAS	339

1. PRESENTACIÓN

Como Presidente de las XIV Jornadas de Divulgación de Trabajos Científicos del Departamento 19, me dirijo a todos aquellos interesados en este nuevo paradigma que constituye la denominada “cultura de la seguridad” para invitarles a participar en dicho evento del 21 al 22 de Noviembre de 2008. Cuando hay una cultura de la seguridad, los profesionales toman conciencia de que las cosas pueden ir mal, pero al mismo tiempo son capaces de reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar. Esta cultura reporta beneficios para la organización, ya que permite transitar desde el análisis del fallo a la mejora continua.

El lema elegido “Seguridad en los cuidados, un compromiso de todos” pretende sintetizar el programa científico preparado de modo que los asistentes puedan conocer las perspectivas e inquietudes de nuestros profesionales, pacientes e instituciones sanitarias a la hora de desarrollar prácticas seguras en los centros asistenciales. Especial relevancia cobrarán los aspectos operativos durante la prestación de cuidados, así como todos aquellos que sean relevantes para conseguir la excelencia en el cuidar, sin olvidar la seguridad del propio profesional durante su desempeño.

Como ya viene siendo habitual, estas jornadas son un foro abierto a toda la provincia de Alicante, lugar propicio para debatir y aportar experiencias que nos ayuden a mejorar, todo ello en un ambiente familiar ya que los voluntarios de los Comités Científico y Organizador acogerán a nuestros invitados con los brazos abiertos.

En nombre de todos ellos, reciban una calida bienvenida y deseamos disfruten de las XIV Jornadas.

MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ MOLINA
Presidente XIV Jornadas de Enfermería.

2.

OBJETIVO GENERAL

1. Desarrollar una cultura de la seguridad del paciente y de la práctica de los cuidados entre los profesionales de la División de Enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Divulgar prácticas basadas en la evidencia y seguridad de los pacientes.
2. Conocer los costes de la “No seguridad del paciente”.
3. Identificar y prevenir riesgos en el ámbito laboral.
4. Implicar a los profesionales en un enfoque sistemático de seguridad.

3. COMITÉ DE HONOR

Honorable Sr. D. Manuel Cervera Taulet
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 AUTONÓMICO DE SANITAT

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

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

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

Ilma. Sra. Dña. Sofía Tomas Dols
DIRECTORA GENERAL DE ATENCION 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 ATENCION AL PACIENTE

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

Ilma. Sra. Dña. Pilar Viedma Gil de Vergara
DIRECTORA GENERAL DE ORDENACION, EVALUACION
E INVESTIGACION SANITARIA

Ilmo. Sr. D. José Antonio Avila Olivares
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE ENFERMERIA DE LA COMUNIDAD
VALENCIANA

Ilmo. Sr. D. José Vicente García García
DIRECTOR TERRITORIAL DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD EN ALI-
CANTE

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

Ilmo. Sr. D. José Martínez Soriano
GERENTE DEL DEPARTAMENTO 19

4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

PRESIDENCIA

D. Miguel Ángel Fernández Molina

Director de Enfermería del H.G.U.A.

Departamento de Salud 19

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. Carmen LLabata García

Dña. Virginia Alemañ Santos

D. Jose Luis Giménez Tebar

Dña. Inés González Sanchez

Dña. M^a Angeles Lillo Hernández

Dña. M^a José Muñoz Reig

Dña. Josefa Martínez Cutanda

Dña. Belén Payá Pérez

Dña. Ana I. Sabater Sala

Dña. M^a Luisa Ruiz Miralles

Dña. Asunción Pérez Andreu

Dña. Mercedes Segura Cuenca.

Dña. Pilar Toboso González

Dña. Alicia Muñoz Moll

Dña. M^a José Sánchez Soler

Dña. Marina Fuster Pérez

SECRETARÍA TÉCNICA

Dña. Fernanda Fernández Gil

Dña. M^a José Jaén Garrido

Dña. M^a Dolores Más Planelles

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE

D. Ginés A. Rodríguez Aguilar

Subdirector de Enfermería

VOCALES:

D. Francisco Blanes Compañ

D. Francisco Pérez Useros

Dña. Encarna Mateo López

Dña. Isabel Chaves Muñoz-Alcon

Dña. M^a Dolores Martín García

Dña. Petri Rosell Hergueta

Dña. Victoria Burguera Anguiano

Dña. Manuela Domingo Pozo

D. Héctor Terol Royo

D. Jose Luis López Montes

D. Fidel Climent Aragó

Dña. María Torres Figueiras

D. José Borrell Climent

Dña. M^a Carmen Martín Martínez

D. Javier Gómez Robles

COORDINACIÓN TALLERES

Dña. Mercedes Albaladejo Tello

Adjunta de Enfermería

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, se realizará en la web: www.dep19.san.gva.es/intranet/servicios/enfermeria. Para cualquier duda o aclaración deberá dirigirse a la Secretaría Técnica de las Jornadas situada en la Subdirección de Enfermería del H.G.U.A. a fin de poder recibir la identificación y documentación pertinente.
- Es requisito indispensable, estar inscrito en las Jornadas para la presentación de Trabajos.
- Se hará entrega del certificado de asistencia a toda persona que, previa inscripción, justifique personalmente su asistencia a las XIV Jornadas de Enfermería en la sección de Documentación.
- Para poder acceder a los premios otorgados por el I.C.O. 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.
- Habrán actividades paralelas relacionadas con la actividad asistencial.
- Se realizarán talleres interactivos de enfermería, en los que se desarrollarán temas relacionados con el quehacer diario del personal de Enfermería.
- Habrá una zona destinada a exposición comercial (stands).

5.2. NORMAS PARA LA PARTICIPACIÓN XIV 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 20 de Octubre de 2008 y que no hayan sido presentados en anteriores ediciones de estas Jornadas. Tendrán preferencia aquellos relacionados directamente con el lema de esta edición: “Seguridad en los cuidados, un compromiso de todos”

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

- Comunicaciones.
- Carteles
- Audiovisuales (videos, diaporamas)
- Experiencias

Será condición indispensable para participar en cualquiera de las modalidades el que alguno de los autores esté inscrito en las Jornadas y que de acuerdo con las normas colegiales esté al corriente de sus obligaciones colegiales para poder recibir el premio en metálico si le correspondiera

Son normas específicas de cada apartado las siguientes:

1) NORMAS PARA ENVIAR LAS COMUNICACIONES.

- Se enviará copia de la comunicación completa y del resumen presentándolos, obligatoriamente, en soporte informático, realizado con el procesador de texto Word para Windows, y una copia en papel.
- Nombre y 2 Apellidos de todos los autores.
- Lugar de trabajo
- Teléfono de contacto.
- La presentación en papel se deberá ajustar a un folio Din A-4, por una cara, con las siguientes características:
Tipo de letra: Times New Roman
Tamaño: 12
Márgenes: Izquierdo y Derecho: 3 cm
Arriba y Abajo: 2,5 cm
Interlineado: 1,5
- El resumen debe contener, en líneas generales, los siguientes apartados: Objetivos y/o Hipótesis, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones o Discusión. La extensión del resumen se adaptará al formato oficial.
- 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 y/o hipótesis, material y métodos, resultados y discusión, como encabezamiento de los respectivos contenidos.

- Excepcionalmente, se podrán presentar experiencias, que se entenderán conceptualmente como programas, proyectos, acontecimientos, etc., implantados en una unidad o centro. Esta modalidad no optará a Premio del Comité Científico.

2) NORMAS PARA REMITIR 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 espacio destinado para ello en la hoja de resúmenes.

Cuando el cartel sea principalmente gráfico (no texto), los autores deberán describir (en la hoja resumen) las ideas a expresar, así como las imágenes y símbolos usados. Si está elaborado, remitirán una copia reducida del cartel, con un comentario descriptivo del mismo (en la hoja mencionada).

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

3) NORMAS PARA PARTICIPAR EN MUESTRA DE AUDIOVISUALES (VIDEO/DIAPORAMAS/ETC.).

- Cd.
- Vídeo. Los interesados en participar en esta muestra, remitirán la cinta en formato VHS.
- Diaporama. Los autores remitirán las diapositivas y el montaje del audio.
- En todos los casos, se adjuntará un escrito (DIN A4) que contenga:
 - Datos de identificación de los autores (nombre, centro de trabajo y dirección completa del primer firmante).
 - Fecha de realización.
 - Breve sinopsis del guión (vídeo) o guión completo (diaporama).
 - Finalidad o uso principal.
 - Duración (en minutos).

PREMIOS.

Los Comités premiarán a seis de los trabajos presentados en las XIV 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
- 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 I.C.O. de Enfermería de Alicante, será requisito necesario que el autor esté al corriente de sus cuotas colegiales si se trata de una enfermera/o (normas colegiales).

PLAZOS.

El plazo máximo para la recepción de resúmenes de comunicaciones, carteles, videos y diaporamas, finaliza el 20 de Octubre de 2008.

El Comité Científico decidirá qué resúmenes de comunicaciones y carteles son los aceptados y lo comunicará al primer autor antes del día 29 de Octubre de 2008; así como el día y hora de exposición o presentación de sus trabajos.

El autor deberá comunicar, antes del día 3 de Noviembre 2008, los recursos materiales necesarios para su exposición (proyectores, videos, etc.).

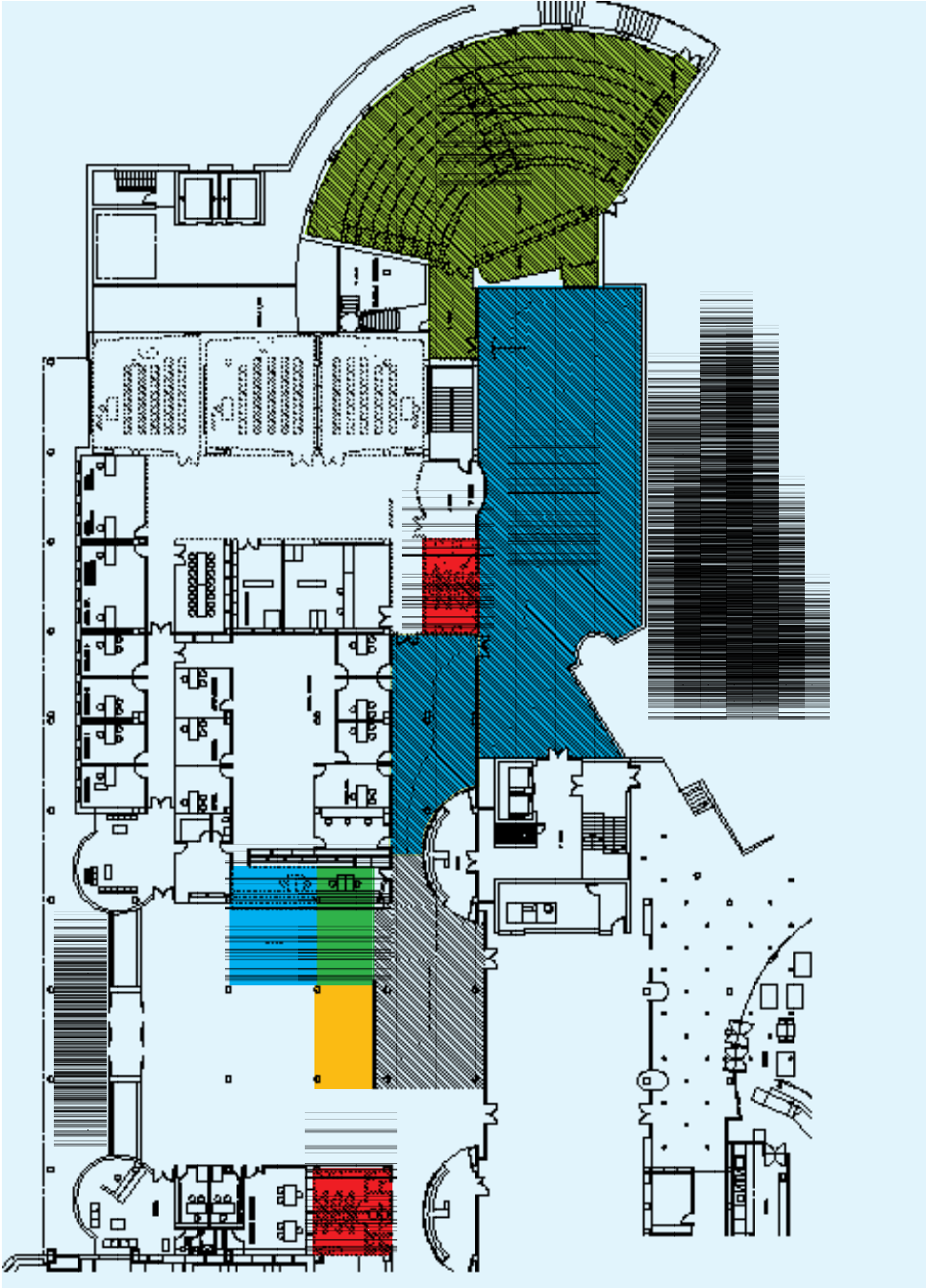
A fin de facilitar la participación a todo el personal de Enfermería de la provincia de Alicante, no será excluyente ser miembro del Comité Científico y figurar como autor de un trabajo. En este caso, el autor no podrá participar en la valoración de su propio trabajo.

Indicar el tipo de material que necesitará para la exposición de la Comunicación

Diapositivas Transparencias Videoprojector Otros:

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

6. PLANO DEL ÁREA DE LAS XIV JORNADAS



7. PROGRAMA

Viernes, 21 de noviembre de 2008

MAÑANA

8'30 h. Entrega de Documentación

9'15 h. Bienvenida

9'30 h. CONFERENCIA INAUGURAL:

Ponente: D. Jesús Casal Gómez.

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

“ La seguridad del paciente y la prevención de efectos adversos”

10'30 h. Pausa Café y Visita a Posters y Stands Comerciales

11'00 h. Acto Inaugural a cargo de Ilma. Sra.. Pilar Ripoll Feliu. DIRECTORA GENERAL DE CALIDAD Y ATENCIÓN AL PACIENTE. Consellería de Sanidad.

11'30 h. Mesa Expertos Nº 1.

Moderada por: D. José Antonio Forcada Segarra. *Enfermero. Técnico de Salud Pública Centro de Salud de Castellón. Coordinador del Grupo de Trabajo en Riesgos Biológicos del CECOVA*

“Prácticas basadas en la evidencia y Seguridad en los pacientes”

Evidencia 1: “La formación y los materiales de bioseguridad son piezas clave en la reducción de exposiciones ocupacionales accidentales entre los profesionales sanitarios”. Dña. Sonia Casanova Vivas. Enfermera. Técnico de Salud Pública. Servicio de Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública, Consellería de Sanidad. Miembro del Grupo e Trabajo en Riesgo Biológico del CECOVA.

Evidencia 2: “Mejorar la calidad de la terapia intravenosa repercute positivamente en la salud de los pacientes. Estudio INCATIV”. D. José Luis Micó Esparza. Enfermero. Supervisor Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. Miembro del Grupo de Trabajo en Riesgo Biológico del CECOVA.

Evidencia 3: “Higiene de manos. Evaluación de un programa de mejora (2005-2007)”. Dña. Marina Fuster Pérez. Enfermera. Servicio de Medicina Preventiva Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Salud 19.

12'30 h. Debate Mesa Expertos 1

12'345 h. Taller Interactivo 1:

“Construir una cultura de seguridad”

Dña. Carmen Lacasa Diaz. *Experta de la Fundación Avedis Donabedian en Prevención de errores en la medicación. Hospital de Barcelona.*

13'45 h. Fin de sesión Mañana

TARDE

16'15 h. Talleres Interactivos 2:

Taller Interactivo 2.1.

“Bioseguridad en Atención Primaria”

Responsable: Dña. Carmen Llabata García. *Coordinadora de Enfermería C.S. Babel y San Gabriel*

Taller Interactivo 2.2.

“Seguridad transfusional, también es compromiso de todos”

Responsable: Dña. M^a Dolores Tornero Tomás. *Supervisora de la Unidad de Medicina Transfusional del Hospital General Universitario de Alicante.*

17'15 h. Pausa Café y Visita a Posters y Stands Comerciales

17'45 h. Mesa de Comunicaciones Libres 1:

Moderada por: Dña. Esther Román Fuentes. *Enfermera. Jefe de Sección Técnica de Planes de Emergencias y Evacuación. Ayuntamiento de Elche.*

Comunicación 1: “Intervenciones grupales y comunitarias: talleres para cuidadores de personas dependientes”. Dña. M^a Dolores Saavedra Llobregat. *Enfermera de Gestión Domiciliaria. Centro de Salud Florida. Departamento de Salud 19. Profesora del Departamento de Enfermería Comunitaria, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante.*

Comunicación 2: “Diseño de contenidos para la formación del cuidador de personas dependientes en manutención y manejo físico, ergonomía en las AVD y psicomotricidad”. D. Francisco Millán Robles. *Fisioterapeuta. Profesor de la División de Fisioterapia. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández.*

Comunicación 3: “Estudio sobre cuidadores informales en el servicio de Medicina Interna del HGUA”. Dña. Begoña Cremades Pastor. *Enfermera. Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante.*

Comunicación 4: “Difusión de la asistencia al parto en el HGUA: una experiencia formativa”. Dña. M^a Paz de Miguel Ibáñez. *Matrona. Hospital General Universitario de Alicante.*

Comunicación 5: “Un reto en las técnicas para eliminar secreciones bronquiales”. Dña. Inmaculada Lassaletta Goñi. Enfermera. Pruebas Funcionales Respiratorias. Neumología. Hospital General Universitario de Alicante.

Comunicación 6: “Mejorando la continuidad de cuidados: una apuesta por la seguridad”. D. Juan Isidro Jover Rodríguez. Enfermero de Continuidad Domiciliaria. Hospital General Universitario de Alicante.

Comunicación 7: “Implantación del proceso enfermero en el Hospital General Universitario de Alicante. Cuestionario Brooking 2.004”. Dña. Manuela Domingo Pozo. Enfermera Unidad Planes de Cuidados. Hospital General Universitario de Alicante. Profesora Departamento Enfermería Universidad de Alicante.

19'00 h. Debate Mesa de Comunicaciones 1.

19'15 h. Monólogo:a cargo de D. Diego José Ibáñez Gallardo

**“Recursos personales y profesionales para el manejo del estrés
del personal de enfermería del siglo XXI”**

19'45 h. Fin de Sesión de Tarde

Sábado, 22 de noviembre de 2.008

MAÑANA

9'00 h. Mesa de Comunicaciones Libres 2:

Moderada por: Dña. M^a Luisa Ruiz Miralles. *Enfermera Gestión Domiciliaria San Vicente del Raspeig. Atención Primaria Departamento de Salud 19.*

Comunicación 1: “La seguridad en las curas al paciente. ¿son todos los apósitos inocuos con la piel perilesional?”. D. José Luis Gimenez Tebar . Supervisor de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante.

Comunicación 2: “Vacunación triple vírica en niños con alergia a proteínas de huevo”. Dña. M^a Angeles García Sola . Enfermera del Hospital de Día de Pediatría del Hospital General Universitario de Alicante.

Comunicación 3: “Sensaciones de los pacientes sobre los estudios de los trastornos respiratorios de sueño”. Dña. Ana Isabel Sabater Sala. Enfermera de Traumatología/Unidad de Rodilla del Hospital General Universitario de Alicante. Master en Enfermería.

Comunicación 4: “Seguridad de la sedación profunda con propofol y actividades de enfermería en ecoendoscopia digestiva.”. D. Félix Avendaño Córcoles. Enfermero Unidad de Endoscopia Digestiva del Hospital General Universitario de Alicante.

Comunicación 5: “Evaluación de la tolerancia a los geles hidroalcohólicos para la higiene de manos”. Dña. Carmen Campello Payá. Enfermera Servicio Medicina Preventiva del Hospital General Universitario de Alicante.

Experiencia: “UHDP Unidad de hospital a domicilio pediátrico”. Dña. Teresa Valdés Menor. Enfermera de la Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica del Hospital General Universitario de Alicante.

10'00 h. Debate Mesa Comunicaciones 2.

10'15 h. Mesa Expertos Nº 2

Moderada por: D. José Joaquín Mira Solbes. *Profesor Titular Universidad Miguel Hernández de Elche (Área de Psicología Social). Coordinador encuestas de opinión Consellería de Sanidad.*

“Seguridad Clínica y Seguridad Jurídica”

Ponentes:

D. Óscar Fuentes Coso. *Técnico de la Función Administrativa. HGUA. Licenciado en Derecho. Letrado habilitado de la Generalitat. “Seguridad Clínica y Seguridad Jurídica”*

Dña. Clara Abellán García. *Enfermera. Responsable Unidad de Calidad HGUA. Máster en Calidad. “Importancia de la autoevaluación para una mayor seguridad en la asistencia”*

D. Pablo López Casanova. *Enfermero. Coordinador Grupo de Mejora en U.P.P. Hospital General Universitario de Elche. “Calidad asistencial y cultura de seguridad”*

11'15 h. Debate Mesa Expertos Nº 2

11'30 h. Pausa Café y Visita a Posters y Stands Comerciales

12'00 h. CONFERENCIA CLAUSURA:

Ponente: D. Luis Galindo Olivera. *Titulado Superior y Master de Recursos Humanos. Experto en temas de motivación, liderazgo e inteligencia emocional.*

“Liderando el compromiso”

13'00 h. Lectura de Conclusiones. Fallo del Comité Científico. Entrega de Premios. Acto de Clausura de las XIV Jornadas de Enfermería. Fin de las Jornadas

8. TALLERES DE ENFERMERÍA

Coordinadora: Dña. Mercedes Albaladejo Tello.

Adjunta de Enfermería Hospital General Universitario de Alicante

Estos Talleres mediante forma interactiva y dinámica darán a conocer los diferentes temas propuestos y su aplicación profesional.

Taller Interactivo 1:

“Construir una cultura de seguridad”

Dña. Carmen Lacasa Díaz. *Experta de la Fundación Avedis Donabedian en Prevención de errores en la medicación. Hospital de Barcelona.*

Talleres Interactivos 2:

Taller Interactivo 2.1.

“Bioseguridad en Atención Primaria”

Responsable: Dña. Carmen Llabata García.

Coordinadora de Enfermería C.S. Babel y San Gabriel

Taller Interactivo 2.2.

“Seguridad transfusional, también es compromiso de todos”

Responsable: Dña. M^a Dolores Tornero Tomás.

Supervisora de la Unidad de Medicina Transfusional del Hospital General Universitario de Alicante.

TALLER INTERACTIVO 1

“CONSTRUIR UNA CULTURA DE SEGURIDAD”

Resumen de la presentación

Cuando ingresan en un hospital los pacientes son vulnerables y están sometidos a riesgos iatrogénicos como las complicaciones quirúrgicas, los errores de medicación, las úlceras por presión o las caídas, en un orden similar a su frecuencia de aparición. Esta presentación tratará de la prevención de los errores de medicación, pero la metodología de trabajo puede ser aplicada a otros tipos de acontecimientos adversos.

Detectando los errores de medicación y analizándolos se detectan posibilidades de mejora en el proceso de utilización de medicamentos en los hospitales.

Se expondrán 14 años de experiencia con los métodos de observación y comunicación para detectar errores de medicación en el Hospital de Barcelona, siete años de registro de errores de medicación en Cataluña en un programa del Departament de Salut de Cataluña y dos años con el estudio EMOPEM a nivel nacional.

Los errores de medicación más graves requieren un tratamiento específico con un análisis de sus causas raíz, realizando una reunión todos los implicados en el error, proponiendo medidas de mejora y aplicándolas en los distintos niveles de la asistencia. Se insistirá en evitar la cultura del castigo y la culpa y en estimular el apoyo moral y psicológico al personal que ha contribuido al error.

Se mostrarán algunos errores de medicación graves ocurridos en nuestro entorno analizándolos y se escenificará un error de medicación severo con objeto de motivar a los asistentes a aplicar esta metodología en sus lugares de trabajo.

TALLER INTERACTIVO 2.1. ***“BIOSEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA”***

JUSTIFICACIÓN

La mejora en el desempeño profesional debe ser siempre una constante. En el caso del trabajo enfermero, la búsqueda de la excelencia en el desarrollo de la profesión pasa, entre otras muchas cosas por la identificación de formas mejores y más seguras de llevar a cabo nuestras tareas. En cuanto al trabajo de enfermería se refiere, son múltiples las situaciones en que nos encontramos ante posibles riesgos biológicos. De entre todas estas situaciones, debido a la brevedad del tiempo de este taller hemos seleccionado tres temas puntuales, todos ellos relacionados con la atención domiciliaria:

- Dinámica postural.
- Pinchazos accidentales.
- Medicación en el domicilio del paciente.

El hecho de elegir tres temas relacionados con la atención domiciliaria, lejos de ser casual se debe a que este tipo de trabajo es una característica definitoria del desempeño del personal de enfermería de Atención Primaria. Por otra parte, los tres temas implican tanto la seguridad del profesional como la del paciente mismo y su familia.

OBJETIVOS GENERALES

- Identificar situaciones que comprometan la seguridad del profesional de enfermería, paciente y cuidadores informales en el trabajo enfermero de Atención domiciliaria.
- Identificar formas de evitar accidentes y lesiones en el trabajo en el domicilio del paciente.
- Indicar medidas que mejoren las condiciones en el trabajo enfermero domiciliario que impliquen tanto al profesional, al paciente y a los cuidadores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las condiciones en que se desempeña el trabajo domiciliario.
- Señalar algunas diferencias entre el desempeño del trabajo de enfermería entre el ámbito hospitalario y la Atención Primaria.

- Identificar factores que propician la mala dinámica corporal.
- Proponer cambios tanto de mobiliario como de organización del espacio que permitan mejorar las condiciones de trabajo y disminuir el riesgo de lesiones.
- Describir las condiciones para la administración de medicación por vía parenteral en la Atención Domiciliaria.
- Identificar factores de riesgo biológico en la administración de medicación por vía parenteral en Atención Domiciliaria.
- Proponer medidas que disminuyen el riesgo de punción accidental al administrar medicación parenteral.
- Describir las condiciones de almacenamiento de la medicación en los domicilios.
- Identificar las causas de que se produzca almacenamiento innecesario de medicación en el domicilio del paciente.
- Concienciar de los peligros de la automedicación.
- Proponer medidas correctoras que eviten situaciones de riesgo y la tentación al paciente de automedicarse.
- Describir las ventajas del informe de alta de enfermería para evitar problemas al paciente en el postingreso inmediato.
- Dar a conocer el material de bioseguridad con el que se trabaja en Atención Primaria

En cuanto al título, dada la hora del taller podemos decir que pretendíamos darle títulos serios a cada una de las partes como:

- Dinámica postural en la Atención domiciliaria.
- Control del riesgo de punción accidental en La Atención en Domicilio
- Gestión del medicamento en el domicilio del paciente.

...pero hemos decidido llamarlos algo así como:

- ¡Ay! Qué dolor de espalda.
- ¿Qué es esto que tengo clavado en el dedo?
- “Si tienes tensión tómate esta que me mandó el médico... no te preocupes, que tengo más”.

TALLER INTERACTIVO 2.2.
“SEGURIDAD TRANSFUSIONAL,
TAMBIÉN ES COMPROMISO DE TODOS”

Taller interactivo sobre las herramientas utilizadas en la unidad de medicina transfusional, que garantiza la seguridad en el acto transfusional.

OBJETIVOS:

Dar a conocer las herramientas utilizadas en el acto transfusional para garantizar la máxima seguridad.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se pretende mediante una representación escénica y presentación en Power-Point hacer llegar a los presentes la importancia que tiene un buen control desde la recepción de la petición de transfusión en la unidad, la preparación para realizar la extracción al paciente, montaje a pie de cama de la pulsera identificativa, etiquetado de tubos, control de todo ello con el lector de código de barras GRICODE.

Posteriormente procederemos a la realización de las pruebas pretransfusionales, selección de las bolsas a transfundir y preparación para realizar el acto transfusional.

Acto transfusional: llegamos a la habitación del paciente con la unidad de sangre seleccionada y el lector GRICODE, para proceder al control de la transfusión; si todo es OK en la pantalla del lector se procederá al acto transfusional.

¿Qué puede fallar?:

El que la pulsera del paciente no esté puesta; con un buen control y seguimiento al pie de la letra del protocolo de actuación del acto transfusional, evitamos las reacciones adversas por fallos humanos.

CONCLUSIONES:

Queremos transmitir a los presentes la importancia que tiene la pulsera identificativa que se coloca al paciente, la cual no se debe quitar bajo ningún concepto. En el caso de tener que hacerlo por motivos excepcionales, deberá guardarse en la historia del paciente y comunicar al enfermero de banco cuando vaya a realizarse la transfusión.

Ya que sin ella se pierde el paso más importante en el acto de la seguridad transfusional.

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/POSTER 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

10. ENTIDADES COLABORADORAS







11. CONFERENCIA INAUGURAL

“LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA PREVENCIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS”

Jesús María Casal Gómez

Oficina de Planificación y Calidad

Agencia de Calidad del S.N.S. Ministerio de Sanidad y Consumo

La Seguridad del Paciente está en la actualidad en la agenda de las políticas de Salud de los países de nuestro entorno y también en el nuestro, creo que es una afirmación que nadie se atrevería hoy a poner en cuestión. Que esto hoy, sea una realidad, deberíamos contextualizarlo de forma adecuada, y aún a riesgo de equivocarnos (errar es humano) lo situaría, cuando WHO en el año 2002 formuló la resolución “WHA55.18, en el seno de la Asamblea Mundial de la WHO”, el Secretario General en su posterior rueda de prensa ante los medios decía “los avances producidos en la Atención Sanitaria, debo reconocer que viven su momento de máximo esplendor, pero aún reconociendo y valorando esto, no puedo por menos que recordar que el aspecto fundamental de la atención sanitaria es no hacer daño (viejo aforismo Hipocrático); los avances tan rápidos que la tecnología produce, la cada vez mayor complejidad de las organizaciones sanitarias, son aspectos que no pueden en ningún caso sustanciar el viejo aforismo del “Primum non nocere”, es por ello que la Organización Mundial de la Salud, asume el reto de la Seguridad”.

Pero hasta llegar aquí un camino en el que los precursores fueron evidenciando, que existía un problema, y que el Sistema Sanitario además de curar tenía la debilidad de producir efectos adversos, y que por cierto no eran pocos y que sus repercusiones eran desgraciadamente importantes; Brennan en el 84 Nueva York 51 hospitales 30.195 pacientes, Thomas en Utah- Colorado en el 92, con 28 hospitales y 14.565 pacientes, o Australia en el mismo 2002, Wilson con 28 hospitales y 14179 pacientes, Baker en Canadá también el año 2002, estudiando 20 hospitales y 3720 pacientes, o Charles Vincent en el 99 en el Reino Unido, 2 hospitales y 1014 pacientes, marcaron un hito y las tasas de EA desde el 2,9% hasta el 16,6%, fueron sin duda algunos elementos que obligaron a una profunda reflexión a los poderes públicos, a los responsables sanitarios y a las organizaciones internacionales y a la propia Organización Mundial de la Salud.

Ya desde los años 80 en EE.UU, se planteaba la crisis de los seguros como consecuencia de la mala praxis, lo que conllevaba elevadas primas y dificultades para la contratación de seguros, este fenómeno junto con los resultados de los estudios epidemiológicos determina que países como Australia en el 99, se vean en la obligación de crear en “Consejo Australiano para la Seguridad del Paciente y la Calidad de la Atención”, que el Reino Unido en 2001, establezca financiación de 5 nuevas Agencias que incorporen la Seguridad del paciente en sus correspondientes manda-

tos, o que USA, durante el mandato del presidente Clinton año 2002, instrumentalice la AHRQ y para el Sector Privado la National Quality Forum como instrumentos para afrontar las políticas de Seguridad del Paciente.

Todo esto cristaliza con la apuesta que la WHO hace con la presentación de la (27 de Octubre 2004) Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, planteamiento que se configura en el entorno de 6 Programas básicos, que intentar responder a la problemática que la Seguridad genera en la atención Sanitaria, estos seis programas van desde la Infección Nosocomial, Participación de los Pacientes, creación de una taxonomía o una clasificación para denominar de forma unívoca conceptos muy vinculados a las prácticas seguras; la investigación para la Seguridad; Soluciones para la Seguridad y finalmente la Información y el aprendizaje.

Con posterioridad a la puesta en escena de la Alianza Mundial, organismos, como la OCDE, o la Comisión Europea y el Consejo de Europa han ido sumando y generando respuestas a la estrategia formulada por la Alianza Mundial.

En España, desde el año 2005, el Ministerio de Sanidad y la Agencia de Calidad ha ido sentando las bases para incorporar las Políticas de Seguridad a la dinámica de nuestro Sistema Nacional de Salud, de forma evidente y estructurada se plasma en el Plan de Calidad del S.N.S (2005-2007), formulándose como una línea específica de trabajo y estableciendo objetivos para el abordaje de la misma.

Objetivos que sumariamente son los siguientes, 1) Mejorar la sensibilización, formación y cultura de los distintos agentes implicados en la seguridad del paciente. 2) Promover, difundir y generar prácticas seguras en la atención sanitaria de nuestro sistema Nacional de Salud. 3) Diseñar un sistema de Información y notificación de eventos adversos, que responda al principio “aprender del error”. 4) Promover la investigación aplicada. 5) Promover el compromiso de los pacientes y su participación activa. 6) Establecer Alianzas que resulten estratégicas en la consolidación y desarrollo de la Seguridad, tanto en el plano Macro, como en el Meso. 7) Potenciar la presencia internacional.

Pero al igual que decíamos de los precursores, para llegar hasta aquí fue necesario el haber tenido el coraje de conocer la realidad propia, y a esto contribuyo de forma determinante el “Estudio Nacional sobre eventos Adversos ligados a la Hospitalización” “ENEAS 2005”, el S.N.S dispuso con enorme suerte de contar con los recursos humanos y técnicos, con la cualificación adecuada y el compromiso para acometer la empresa; el Grupo Idea y profesionales vinculados al mismo (Jesús Aranz, como director y su equipo de colaboradores, Carlos Aibar, Julian Vitaller o Pedro Ruiz, entre otros) asumieron el reto, haciendo posible este estudio realizado mediante un convenio de colaboración entre la Universidad Miguel Hernández y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los aspectos de desarrollo metodológico del estudio, Modelo Teórico, Diseño del estudio: selección del tamaño muestral, clasificación de los hospitales, su categorización en función del número de camas, así como la guía de cribado y el cuestionario MRF2 están a vuestra disposición, por lo que abordare sin más dilación los resultados que nos aportó:

Primera conclusión: el 9,3% de los pacientes españoles sufre algún efecto adverso en su proceso de Hospitalización.

Segunda consideración: el 37,4% de los EAs estaban relacionados con la medicación y la Infecciones Nosocomiales representaban el 25,3% y el 25% estaban relacionadas con problemas técnicos durante un procedimiento.

Tercera consideración: Casi el 50% de los EAs se podrían haber evitado.

De los datos crudos a la dura realidad:

- 262.260 pacientes sufren un EAs como consecuencia de su ingreso Hospitalario en nuestro S.N.S.
- 11.530 pacientes se ven abocados a padecer consecuencia muy grave e incluso la muerte como resultado de haber sufrido un EAs.

Ante la realidad sólo nos cabe ponernos en marcha y es a partir de reconocer la realidad cuando las Políticas de Seguridad son una realidad en la agenda de los responsables políticos, tanto del Ministerio de Sanidad, como del Consejo Interterritorial como órgano supremo del S.N.S.

Antes de formular los pilares del despliegue de la Seguridad, se formularon tres principios que actuaron y actúan como marco de referencia ética, y que de manera coloquial hemos reconocido como las tres H, Humildad, para reconocer nuestra falibilidad.; Honradez, para mostrar y reconocer la capacidad de equivocación, y aprender del error y la Honestidad tanto para con la Ciencia como para con la Sociedad.

Desde los objetivos trazados por el Plan de Calidad iremos desglosando los distintos proyectos, estudios que se han realizado desde la Agencia de Calidad desde el 2005 hasta la actualidad, proyectos que responden a la identificación de necesidades y con la finalidad de dotar al S.N.S de herramientas que permitan a los distintos actores, disponer de fuentes de conocimiento y de buenas practicas, para lo cual hemos estableciendo ámbitos colaborativos con Universidades, Sociedades Científicas de Profesionales, Médicas y de Enfermería, con Asociaciones de Pacientes.

Se ha realizado así mismo un notable esfuerzo en Investigación, con la finalidad de promover el conocimiento sobre la Seguridad del Pacientes, con la finalidad de favorecer la traslación de sus resultados a la práctica clínica.

Un aspecto que se entendía como crucial era la formación de los Profesionales, en el año 2005, 600 profesionales han participado de la propuesta, el año 2006 han sido mas de 1100, en un despliegue que abarcaba cursos de Formación Básica, SP para Gestores, Curso On Line en SP. La oferta ha ido ampliándose y en el año 2007 mas de 2500 profesionales del S.N.S han podido acceder a los distintos procesos formativos que se han indo ofertando.

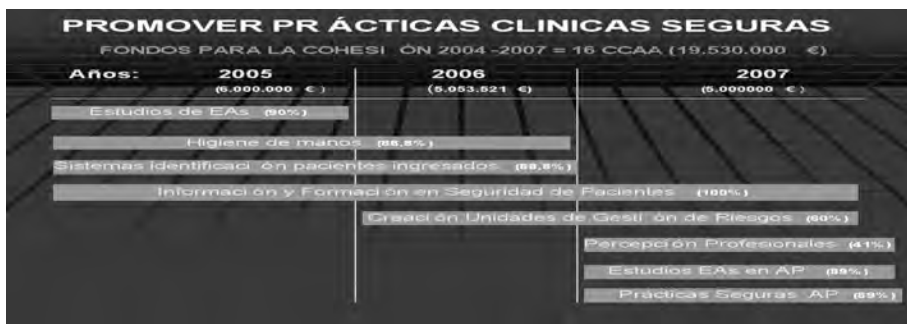
En paralelo al trabajo y a los recursos destinados a los profesionales, se ha ido incorporando a los pacientes, usuarios y consumidores a la Estrategia de Seguridad. La realidad es que casi el 80% del tejido asociativo se encuentra comprometido de forma explicita mediante la Declaración de los Pacientes por la Seguridad de los Pacientes, elaborada por esas organizaciones y que han suscrito de forma publica, en la III Conferencia Internacional de Seguridad.

El taller de expertos y asociaciones para determinar los elementos críticos para su implicación en la estrategia, el taller de pacientes llevado a efecto en el marco de la Universidad de Verano de las Ilhes Balears en Maho, así como la creación de la Red de Pacientes Formadores en Seguridad de Pacientes, suponen, o al menos así lo pensamos hitos en el despliegue de la Estrategia.

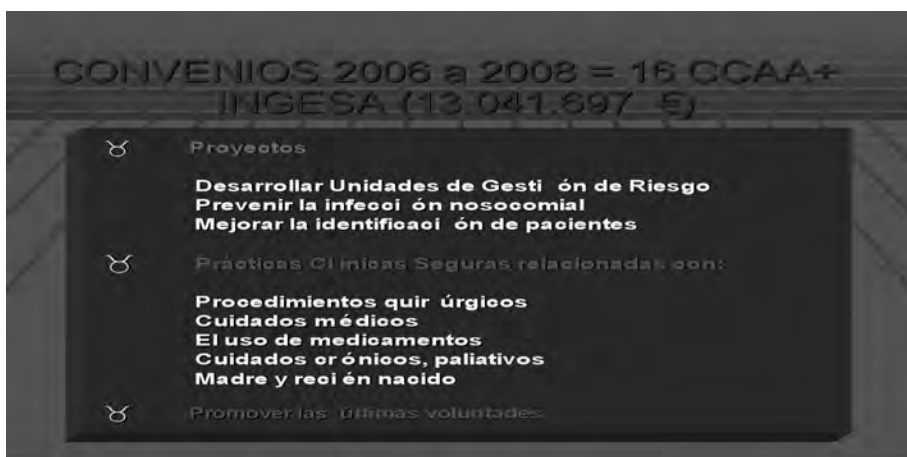
En el plano Internacional el Estudio IBEAS, “Estimación de la prevalencia de los Ea en pacientes Hospitalizados de Iberoamerica” liderado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Agencia de Calidad) con soporte y dirección técnica del Grupo Idea, en colaboración con Organización Panamericana de la Salud (PAHO -OMS), ha conseguido la participación de los siguientes países, México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina.

Desde un plano más operativo dos son los instrumentos de los dispone la Agencia de Calidad para el despliegue de estas políticas,

1) Fondos de Cohesión



2) Convenios





De entre los muchos esfuerzos realizados por conseguir implantar practicas seguras, me gustaría resaltar “Practicas Seguras para mejorar la Seguridad de los Medicamentos del Alto Riesgo” estudio realizado en el 2007 en colaboración entre la Agencia de Calidad y el ISMP-España, mediante una cuestionario de auto evaluación de la seguridad del Sistema de utilización de Medicamentos en los Hospitales.

Estudio en el que han participado 105 hospitales de la red pública del S.N.S y cuyos resultados paso a mostrar a continuación.

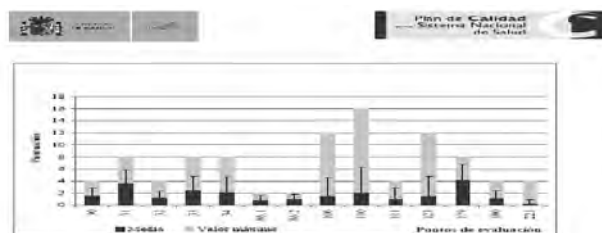



Figura 1. Representación gráfica de los resultados de la tabla 4 obtenidos para los puntos de evaluación que hacen referencia a prácticas de prevención de errores con medicamentos de alto riesgo.

Los resultados obtenidos indican que el grado de implantación de las prácticas más conocidas referentes a la prevención de errores de medicación con los medicamentos de alto riesgo en los hospitales españoles es muy bajo en la actualidad.

19

Y cuyo comentario queda para nuestra reflexión, tal y como señalan los autores, las buenas prácticas son conocidas, sólo queda implantarlas.



Y la más preciada por su impacto no puede ser otra que “Prácticas Seguras Simples”.



Prácticas Seguras Simples

- ⌘ 1) Identificar las Prácticas Seguras.
- ⌘ 2) Caracterizar cada una de dichas Prácticas Seguras comparando tanto su potencial impacto en la prevención de EA, como su complejidad de implantación.
- ⌘ 3) Comparar la posición relativa, un mejor equilibrio "impacto vs complejidad de implantación".

Plan de Calidad
 Sistema Nacional
 de Salud

- 1) Selección de los países y organizaciones .
- ⌘ 2) Criterios de selección de documentos
- ⌘ 3) Valoración para la Prevención de EA (PSEA)
- ⌘ 4) Identificación de Prácticas.
- ⌘ 5) Validación. Panel de Expertos.

Plan de Calidad
 Sistema Nacional
 de Salud




Selección por países:

28 PSEA seleccionadas .

7 están presentes 3 o más de los países analizados.

8 están presentes como recomendaciones generales en 2 países.

13 sólo en un país.


 Plan de Calidad
 Sistema Nacional
 de Salud

Distribución de las Prácticas Seguras



Para poner fin a esta intervención me gustaría poder compartir con los presentes unas reflexiones que pretenden poner de manifiesto valores y deseos que a buen seguro pueden ser compartidos.

Es bien cierto que no podemos cambiar la condición humana, pero si podemos cambiar las condiciones que soportan las acciones humanas (Reason)

Quiero imaginar un sistema de salud en el que los cuidados que se presten, generen confianza no tan sólo en quienes los prestan, sino que quienes los reciban tengan una absoluta confianza en la calidad de los mismos.

Hacer de nuestro Sistema de Salud el más seguro del mundo, nos exige el compromiso de ponernos en marcha para alcanzar este reto.

MESA DE EXPERTOS N°1

“Prácticas basadas en la evidencia y seguridad en los pacientes”

D. José Antonio Forcada Segarra

Enfermero. Técnico de Salud Pública. Centro de Salud Pública de Castellón. Coordinador del Grupo de Trabajo en Riesgo Biológico del CECOVA.

Como introducción a esta mesa, tan solo unas líneas para resaltar la importancia de la buena praxis profesional de enfermería en la seguridad del paciente y en su propia seguridad.

La seguridad del paciente esta de moda y no puede ser de otra manera, ya que nuestra intención de cuidar pasa de forma inexorable por evitarle sufrimientos, y especialmente, por no añadir sufrimientos que pueden venir dados por nuestra propia intervención.

Son ya numerosos los estudios que nos indican que la seguridad del paciente se ve alterada por la intervención del sistema sanitario. Ya no tan solo el clásico EPINE que refleja las infecciones nosocomiales. Otras circunstancias que ya se han detallado influyen en múltiples factores que no favorecen nuestra intervención sanitaria.

Recientemente se ha celebrado en todo el mundo el DIA MUNDIAL DEL LAVADO DE MANOS, en un intento de la OMS de concienciar a los trabajadores sanitarios de que una medida tan sencilla y práctica evitaría un gran número de infecciones y complicaciones. Reconocer nuestros errores nos debe ayudar a afrontarlos y mejorar nuestra intervención.

Debemos ser conscientes que la autocrítica es necesaria ya que como profesionales que aspiran a un reconocimiento profesional y social, debemos ofrecer una atención de alta calidad, y situaciones que todavía siguen ocurriendo, y de manera más frecuente de lo que sería necesario, no nos ayudan precisamente a ello.

“El lavado de manos regular de médicos y enfermeras evitaría un total 1,4 millones de infecciones diarias en el mundo”, dice la OMS. Indica que, incluso en los países desarrollados, “entre el 5 y el 10% de los pacientes hospitalizados se infectan durante su estancia en el centro sanitario”. En el caso de los países en vías de desarrollo el porcentaje de infecciones hospitalarias alcanza el 25%.

Sin embargo, la OMS es optimista de cara al futuro. “Esperamos una muy significativa reducción de las infecciones nosocomiales para dentro de unos cuantos

años”, explicó el máximo responsable de la campaña, el doctor Didier Pittet. “Yo diría que podríamos esperar una reducción del 30%”, añadió. Por su parte, el doctor Liam Donaldson, responsable médico del Departamento británico de Salud, consideró que la higiene de manos “podría asimismo ayudar a controlar una posible situación de pandemia de gripe, ya que si las personas afectadas son admitidas en un hospital, seguir las directrices sobre este acto higiénico podría evitar las infecciones cruzadas”.

“En los hospitales y centros de salud de Salud de la Comunidad Valenciana se siguen produciendo un gran número de infecciones que se transmiten a través de las manos de los trabajadores sanitarios, por deficiencia en las medidas de control de la infección, como son, principalmente, un deficiente lavado de manos y una incorrecta utilización de los guantes” Esta frase ha salido publicada en los medios de comunicación y es mía. Yo soy el responsable de que haya sido publicada. Y he recibido críticas sobre ello, alegando el alto nivel de higiene y de protocolización de los procesos que tenemos en nuestra Comunidad.

¿Es cierto que me equivoco y que las infecciones cruzadas no son nuestra responsabilidad? Ojala sea así, que yo este equivocado y que no haya más que mantener nuestra ya magnífica situación. Pero creo que no me equivoco. Invito a una reflexión al mundo sanitario y que cada uno interioriza si su labor diaria podría ser mejorada. No pretendo desacreditar a nadie, sino como he dicho, alzar una mirada auto-crítica que nos ayude a mejorar.

Otro aspecto importante que vamos a tratar en esta mesa es el cateterismo venoso. ¿Tampoco hay posibilidades de mejora?. Las personas que reciben un cateterismo en su ingreso o estancia en el hospital es cada vez más numeroso. Y simplemente observando, vemos que tenemos un problema. Pero también muchas posibilidades sencillas de mejora. Insisto en lo dicho anteriormente, hagamos una autocrítica y dejémonos enseñar. Se va a poner en marcha un estudio que trata de identificar los puntos débiles y demostrar que es necesario insistir en la formación para poder mejorar. Nos hablaran de ello.

Y finalmente, otro aspecto fundamental en la atención de calidad es nuestra propia seguridad. ¿Recordamos todos aquello de las precauciones universales?. Pues son la base de nuestra propia seguridad. Afortunadamente, hoy disponemos de nuevos materiales con mecanismos de bioseguridad, pero sin la necesaria concienciación y formación en su utilización, es posible que no cumplan con su cometido, protegernos frente a las punciones accidentales.

Las autoridades sanitarias, en mayor o menor medida, y unas mas que otras (me refiero a las comunidades autónomas) están dotando a los profesionales sanitarios de estos materiales. En algunas, con carácter de orden que obliga a su sustitución. En otras, como la nuestra, se continúa dando opción a los responsables de compras y a las direcciones de enfermería a seguir utilizando materiales clásicos, los peligrosos, u optar por los nuevos materiales de bioseguridad.

Es por tanto una obligación ética de los responsables de enfermería, mientras nuestros gestores sanitarios no decidan tomar las riendas en este asunto, dotar a sus

trabajadores de los materiales mas seguros y de mejor calidad, no entrando en el juego de comprar lo más barato, que no siempre es lo mejor, ni muchísimo menos. Les leo una noticia aparecida recientemente:

“El Colegio de Enfermería de Jaén informa de que Trabajo propone sancionar al Hospital de Jaén por el pinchazo de una enfermera” . La denuncia de una enfermera a causa de un pinchazo con una aguja intravenosa en un dedo ha ocasionado que la Inspección de Trabajo proponga una sanción al Complejo Hospitalario de Jaén por incumplir con la normativa de Prevención de Riesgos Laborales, según indicó el Colegio de Enfermería de Jaén.

La denuncia fue interpuesta por el Colegio de Enfermería de Jaén. Creo que es una medida eficaz y de la que tanto los colegiados que sufren estos accidentes deberían denunciarlos, como el CECOVA debería posicionarse en este aspecto vehiculizando las denuncias.

Para acabar otra reflexión final, relacionada con la protección y la seguridad de los pacientes. ¿Saben la importancia de estar vacunados frente a la gripe para evitar la transmisión desde los sanitarios hacia los pacientes y hacia sus familias?. Esta es otra guerra en la que seguimos y que en otra ocasión insistiré. Tan solo reflexionen en este aspecto también.

EVIDENCIA 1

FORMACIÓN Y MATERIALES DE BIOSEGURIDAD: PIEZAS CLAVES EN LA REDUCCIÓN DE LAS EXPOSICIONES OCUPACIONALES

Dña. Sonia Casanova Vivas
*Enfermera. Técnico de Salud Pública. Servicio de Salud Laboral. Dirección
General de Salud Pública. Consellería de Sanidad. Miembro del Grupo de Trabajo
en Riesgo Biológico del CECOVA*

El riesgo de exposición a sangre y fluidos corporales humanos potencialmente contaminados por gérmenes patógenos, sigue siendo el más frecuente y el mayor de los riesgos laborales evitables. La punción por aguja de carga hueca, es el tipo de accidente más frecuente, y el personal sanitario, el colectivo más expuesto por la atención directa al paciente y por las técnicas que realizan.

En un entorno hospitalario, la seguridad del paciente conlleva condiciones de trabajo seguras para los trabajadores de la salud, un conocimiento de los factores de riesgo, la aplicación de medidas preventivas y el uso de material y equipamiento seguro. Si existe una cultura de seguridad en el personal sanitario, es una garantía de una cultura de seguridad del paciente.

La seguridad del paciente, definida como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en la atención médica, abre, cada vez más, debates profesionales y políticos sanitarios. Todos aúnan esfuerzos para conseguir una sanidad de calidad. Para ello, se ponen en marcha diferentes actuaciones a nivel local, europeo y mundial.

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha iniciado una línea de trabajo estratégica en seguridad de pacientes que está en consonancia con las iniciativas ya emprendidas por la OMS (Alianza Mundial para la Seguridad de Pacientes) y con las recomendaciones de distintos organismos europeos competentes. Entre sus líneas de actuación, existen proyectos dirigidos a la bioseguridad de los profesionales y a la minimización de infecciones nosocomiales, a través de promocionar medidas de protección personal y de la formación del personal sanitario.

Todos los programas relacionados con la búsqueda de líneas de actuación efectivas para conseguir aumentar la calidad de la asistencia sanitaria tienen unos objetivos en común: estimular una cultura de la seguridad y aumentar la concienciación del personal sanitario, diseñando conductas de prevención y protección.

Las medidas preventivas frente al riesgo biológico se centran en la introducción de materiales con mecanismos de bioseguridad, en la mejora de la praxis profesional aplicando protocolos de trabajo, la formación e información de los trabajadores en la utilización de mecanismos de barrera y precauciones universales, y en la vigilancia epidemiológica.

La Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales establece las obligaciones de la empresa para garantizar la salud y seguridad de los trabajadores en relación con los riesgos derivados del trabajo y el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo¹¹, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a

agentes biológicos durante el trabajo establece las bases sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo y las medidas que deben adoptarse para la reducción de los riesgos.

Numerosos estudios han demostrado que la utilización de dispositivos de punción con mecanismos de seguridad reduce la accidentalidad entre un 60 y un 88%. No hay que olvidar, que todas estas intervenciones deben ir acompañadas de una adecuada formación y de un correcto entrenamiento en el uso de los nuevos materiales. Con la experiencia obtenida en la Comunidad Valenciana, donde se obtuvo una reducción del 78'73% de accidentes en el período piloto, y con un seguimiento de las exposiciones ocupacionales accidentales en los posteriores años, (tasas actuales, si las obtenemos finalmente), se puso también de manifiesto la importancia de la formación e información a los trabajadores sobre los riesgos presentes en sus lugares de trabajo.

Ante la avalancha de nuevos productos con dispositivos de seguridad en el mercado, para garantizar una correcta adopción de estas nuevas técnicas por parte del personal sanitario y proteger la seguridad del paciente, se requiere información adicional en otros aspectos como el coste, los efectos en las tasas de infección y el impacto en la transmisión de agentes patógenos a los trabajadores sanitarios.

Finalmente, consideramos que una política de prevención integral, combinando las anteriores acciones, permitirá alcanzar una importante mejora de las condiciones de trabajo del colectivo sanitario, que repercutirá en una mejora de la calidad asistencial.

EVIDENCIA 2

***MEJORAR LA CALIDAD.
DE LA TERAPIA INTRAVENOSA REPERCUTE
POSITIVAMENTE EN LA SALUD DE LOS
PACIENTES.
ESTUDIO INCATIV***

D. José Luís Micó Esparza
*Enfermero. Supervisor del Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Arnau de
Vilanova. Valencia. Miembro del Grupo de Trabajo en Riesgo Biológico del
CECOVA. Profesor CEU-UCH*

INCATIV

El cateterismo para la terapia IV (TIV) y los cuidados para su mantenimiento, es uno de los procedimientos más habituales practicado por los profesionales de enfermería en el ámbito de la asistencia especializada y de urgencias. Aportando los servicios terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima.

La TIV contribuye al bienestar de la atención del paciente y como no, también tiene sus efectos adversos por el uso que conllevan las técnicas invasivas que con más frecuencia practicamos cada día.

Intervienen factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que agravan aquellas situaciones de los pacientes portadores de una vía endovenosa, destacando las relacionadas con infecciones y sobre todo de las vías centrales. Este sería uno de los objetivos principales a programar, minimizar estos efectos adversos a través de la mejora continua de la calidad asistencial.

La idea de la calidad asistencial será subjetiva, según para quien: Administración o gestores del Centro, usuarios o pacientes y los mismos profesionales sanitarios. Siendo el punto donde se entrelazan “Q” el que a todos nos interesará mejorar.

La “Seguridad en los cuidados, un compromiso de todos”.

Empieza por el conocimiento de la realidad que nos rodea en nuestro ámbito de trabajo respecto a la calidad asistencial que percibimos tanto la administración, el profesional y usuario.

Para conocer la calidad en la asistencia sanitaria, debemos ser capaces de medirla y para ello utilizaremos sistemas de evaluación para identificar, cuantificar, valorar, y comparar.

En el diseño del sistema de medida, para una rigurosa evaluación, hay que considerar, ¿Cuál es la práctica considerada correcta? y ¿Cuál sería la práctica deseable?. Este, será el estándar, establecido por los conocimientos científicos más actuales y los criterios consensuados por los afectados del concepto a evaluar.

Son criterios adecuados aquellos que han sido aceptados por los profesionales, que están basados en evidencias científicas, que son realistas y sencillos para su formulación (2)



Es imprescindible que una vez evaluada la práctica actual, se compare con los estándares establecidos, a fin de conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, aspecto muy importante del ciclo de la evaluación (1)

En los programas de calidad de los Servicios, Instituciones y Organizaciones, se utilizarán indicadores/trazadores que definan aquellas condiciones deseables o indeseables que deben determinar aspectos relevantes de la atención sanitaria. Un indicador es una medida cuantitativa de la presencia/ausencia del criterio que se expresa en forma de porcentaje (3).

La enfermería utiliza las innumerables Guías de protocolos de cateterismo y sus cuidados que se conocen, aportando un elevado nivel de calidad al proceso de terapia IV, sin embargo *carecemos de la herramienta indicadora que permita mejorar la calidad del cumplimiento de dichos protocolos*. Desconocemos la efectividad del proceso aplicado y los efectos adversos que se hayan podido producir.

Por todo lo anterior desde el Hospital Arnau de Vilanova, un grupo de profesionales sensibilizado en los temas de terapia intravenosa, se hizo la pregunta, ¿Cómo estamos aplicando los protocolos en la TIV?.

Se realizaron estudios por los diversos servicios y viendo los resultados, se propuso el mismo cuestionario a otro Hospital de Castellón. Los resultados fueron similares, sin grandes diferencias significativas. Se detectaron estimables deficiencias.

El grupo de profesionales, profundiza en el tema y decide realizar un estudio de investigación más metodológico y de forma multicéntrica, de bajo coste.

Estudio INCATIV (Indicadores Calidad de la Terapia Intravenosa).

La agencia Valenciana de Salud en Resolución de 11 de julio de 2008. Adjudica una ayuda económica para los estudios de investigación en materia de calidad asistencial y sistemas de información.

La comisión evaluadora de dichas ayudas, siguiendo los criterios de selección establecidos evaluó los proyectos de investigación individualmente, concediendo una de las ayudas para la financiación del estudio al personal investigador del Grupo INCATIV, dirigido por José Luis Micó. (supervisión enfermería Medicina Preventiva Hosp. Arnau de Vilanova)

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

La finalidad será corregir los aspectos que no cubren los estándares de calidad, previamente determinados, o de innovar o mantener el nivel de calidad en aquellos procedimientos que los cumplen.

A través de la participación en este estudio, los profesionales podrán adquirir nuevas y útiles herramientas para obtener mejoras en las tasas de infecciones nosocomiales de su hospital, reducir estancias prolongadas, reducir costes por los efectos adversos atribuibles a la terapia intravenosa y en general, mejorando la seguridad del paciente.

El estudio INCATIV se desarrolla en colaboración con la Dirección General de Calidad, Hospital Arnau de Vilanova, CECOVA, Sociedad de Medicina Preventiva y Salud Pública y un grupo de profesionales de enfermería con vocación investigadora y docente de 12 de los Hospitales participantes, así como de la colaboración de la Unidad de Investigación del Arnau de Vilanova.

La participación multicéntrica a la que va dirigido el proyecto:
12 hospitales de la Comunidad Valenciana.(uno privado y otro de gestión externa)

Dirigido a personal de enfermería 4087

Total Nº camas 3904

Registros estimados 19500

Justificación del Estudio:

- Necesidad de conocer el grado de seguimiento del protocolo de los cuidados en terapia IV entre los diferentes hospitales y servicios de la Comunidad Valenciana.
- Evaluar la herramienta del estudio (corte transversal, observacional y de muy bajo coste en recursos) para posteriores investigaciones en otros procesos de enfermería.
- El estudio se propone con el empleo de recursos personales y económicos de mínimo impacto para cada uno de los centros participantes.
- Detectar las necesidades formativas, conocimientos de nuevos materiales empleados en la terapia IV.
- Conocer las diferentes tasas relacionadas con la terapia IV del propio Hospital y Servicios, respecto a las tasas medias de los hospitales de nuestro entorno.

Objetivo principal:

- Validar (INCATIV) como herramienta en la obtención de parámetros indicadores de calidad.

Objetivos secundarios:

- Estimar la implementación del Manual de Procedimientos del cateterismo IV en los Hospitales de la Comunidad Valenciana.
- Validar indicadores de calidad que evalúen procedimientos enfermeros
- Aportar una herramienta de trabajo que permita la monitorización de la calidad de los servicios.
- Disminuir la variabilidad de la asistencia sanitaria.
- Promover la seguridad en la asistencia.
- Comprometer el personal con el cumplimiento de objetivos

El diseño del estudio, será prospectivo, transversal, descriptivo, analítico, intervencionista y multicentrico.

Se solicitará la participación de la enfermería de los Hospitales de la Comunidad Valenciana

Con una duración estimada de 15 meses.

Los resultados serán analizados trimestralmente y remitidos a los diferentes hospitales adheridos con el fin de que puedan tomar las medidas correctoras de las posibles deficiencias detectadas.

Las fases del estudio consistirán en una 1ª de reclutamiento de los diferentes hospitales a participar y de formación homologada de los observadores, una 2ª de obtención de datos, análisis y emisión de los resultados y una 3ª de análisis, publicación y difusión de resultados.

Relevancia del proyecto INCATIV

- Herramienta de evaluación de calidad mensurable de procedimientos a bajo coste en recursos “low cost”, sencillo y rápido
- Revierte información.
- General: se comparan datos propios con el conjunto de los Centros participantes.
- Específica: del seguimiento del protocolo a estudiar en el propio Centro y Servicio.
- Evalúa la calidad asistencial: Identifica, cuantifica, valora y compara

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

Este tipo de proyecto INCATIV podría incorporarse dentro de los Planes Estratégicos de Calidad de la Consellería de Sanidad así como en los Programas de Mejora de la Calidad de cada uno de los Hospitales de la Comunidad Valenciana.

En el profesional de enfermería se debe potenciar la participación, en la investigación, bien formando parte del grupo investigador o colaborando con él. Hay multitud de ayudas, becas, etc. que o no somos conocedores de ello, o aun tenemos ese “complejo profesional”, que debiéramos desprendernos para acceder a ese campo que otros desarrollan, y que nosotros con este estudio y otros ejemplos de compañeros notables que publican e investigan, deberíamos imitar y superar.

- 1.- Alvar Net. Rosa Suñol. Presidente, y Directora . de la Fundación Avedis Donabedian. La calidad de la atención
- 2.- Antoñanzas A, Magallón R. Medición de la calidad. Criterios, normas, estándares requisitos, indicadores. En SaturnoPJ, Gascón JJ, Parra P. Calidad asistencial en atención primaria. Du Pont Pharma. Madri, 1997.
- 3.- Aranz. JM La calidad de los Servicios Sanitarios . Una propuesta general para los ServiciosPágina

EVIDENCIA 3.

***HIGIENE DE MANOS. EVALUACIÓN DE UN
PROGRAMA DE MEJORA (2005-2007)***

Dña. Marina Fuster Pérez
*Enfermera. Servicio de Medicina Preventiva.
Hospital General Universitario de Alicante*

García González C, Fuster Pérez M, Campello Payá C, Martínez Serna A, Moreno de Arcos Fuentes E, Asensio García L, Gracia Rodríguez RM, Cartagena Llopis L.

INTRODUCCIÓN

La Higiene de Manos (HM) es reconocida como la medida más importante para prevenir las infecciones asociadas a los cuidados de salud.

La gran importancia del lavado de manos fue demostrada por IGNAZ PHILIPP SEMMELWEIS hace más de 100 años.

Fue alrededor de 1847 cuando se empezó a dar importancia al lavado de manos entre médicos y estudiantes, gracias al trabajo que Semmelweis llevó a cabo al observar cómo las embarazadas que daban a luz en el hospital, enfermaban más que las cuidadas por las matronas en sus hogares, para lo que concluyó que debía existir una “materia cadavérica” alojada en las manos de los sanitarios, y que era transportada de unos pacientes a otros.

En la actualidad, las manos son consideradas el vector principal de la transmisión de patógenos, tanto de flora habitual como de flora adquirida por otras fuentes. Otro aspecto a tener en cuenta, es el aumento de la contaminación de las manos según se tocan innumerables objetos, se hacen exploraciones y se realizan procedimientos invasivos, convirtiendo las manos en un excelente “caldo de cultivo”. Así pues, una correcta higiene de manos es la mejor forma de cortar esta cadena de transmisión.

En la actualidad, numerosos estudios evidencian que el cumplimiento y la ejecución de manera correcta de este sencillo método es muy bajo. Las cifras más optimistas oscilan alrededor del 50% de cumplimiento.

JUSTIFICACIÓN Y CRONOGRAMA

Importancia de la infección hospitalaria:

- De un 6-14% de los enfermos ingresados adquirirán una infección hospitalaria. Del 25-30% en pacientes críticos.
- Es una de las principales causas de morbi-mortalidad en los enfermos hospitalizados.
- Es origen de una prolongación de la estancia y consecuencia del coste.

En el tercer trimestre de 2004, fue presentado a la Comisión de Infecciones, un programa de mejora, del cual se realizó un primer informe de evaluación en febrero de 2006 y posteriormente en Enero de 2007 y Febrero 2008 en los cuales es evidente la reducción de la frecuencia de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

Actualización del programa de Higiene de las Manos en el H. G. U. de Alicante

Objetivo:

Promover la desinfección alcohólica de las manos como principal herramienta para mejorar el cumplimiento de la Higiene de las Manos.

Metodología:

- Se realizarán sesiones de actualización con las recomendaciones actuales sobre la Higiene de Manos en los centros sanitarios para los distintos profesionales.
- Se realizarán recordatorios continuos en el lugar de trabajo con carteles y trípticos.
- Se dispondrá de dispensadores individuales de bolsillo y se irán colocando dispensadores para la solución alcohólica en lugares estratégicos. La implantación progresiva de áreas de mayor riesgo a las de menor riesgo.

Cronograma del Programa de HM en el HGUA:

Actividad	Fecha prevista	Fecha realización
Presentación, discusión y aprobación del programa por parte de la Comisión de Infecciones.	Octubre 2004	21-10-04
Presentación del Programa a la Dirección.	Octubre-Noviembre de 2004	Octubre-Noviembre de 2004
Evaluación de la tolerancia de las soluciones alcohólicas (estudio piloto).	Noviembre 2004	Noviembre 2004
Elaboración de trípticos informativos.	Diciembre 2004	Diciembre 2004
Sesiones de actualización con los distintos profesionales de centro. Se han realizado 70 sesiones de actualización y el número total de personas que han asistido ha sido de 506.	Diciembre 2004 - Enero 2005	Febrero - Junio 2005

Evaluación.	1º Semestre 2005	2º Semestre 2005 y Enero-Febrero 2006
Elaboración del Programa para el periodo 2006-2008. Presentación en Comisión de Infecciones.	Mayo 2006	Mayo 2006
Intervención del 1º semestre de 2006: elaboración de típicos informativos (2ª edición) y distribución a todo el personal sanitario del departamento 19.	Mayo 2006	Mayo 2006
Evaluación intervención del 1º semestre de 2006.	Septiembre – Octubre 2006	Enero 2007
Intervención del 2º semestre de 2006.	Octubre = Diciembre 2006	Realizada de manera parcial.
Evaluación de la tolerancia dermatológica a las soluciones alcohólicas y geles hidroalcohólicos.	Septiembre 2006 a Febrero 2007	Finalizado trabajo de campo en septiembre de 2007. Pendiente elaboración informe final.
Intervención del 1º semestre de 2007.	Febrero – Marzo 2007	Realizada entre febrero y mayo de 2007.
Evaluación intervención del 1º semestre de 2007.	Septiembre-Octubre 2007	No realizada, demorada a evaluación 2º semestre 2007.
Intervención del 2º semestre de 2007.	Octubre-Noviembre 2007	No realizada por falta de recursos humanos.
Evaluación intervención del 2º semestre de 2007.	Febrero-Marzo 2008	Febrero 2008 (presente informe).
Intervención del 1º semestre de 2008.	Febrero – Marzo 2008	Realizada.-
Evaluación intervención del 1º semestre de 2008.	Septiembre-Octubre 2008	Realizada.-

Intervención del 2º semestre de 2008.	Octubre-Noviembre 2008	Pendiente.-
Evaluación intervención del 2º semestre de 2008.	Febrero-Marzo 2009	-

Indicadores:

• *Adquisición de conocimientos:*

Metodología. Las sesiones de actualización se realizaron entre los periodos comprendidos entre marzo y octubre de 2005 y febrero y abril de 2007 a grupos de 8 a 12 personas pertenecientes al mismo estamento. Antes y después de cada sesión se pasaba un cuestionario anónimo con cinco preguntas que estaban referidas a la utilización de las Precauciones Estándar en general y a la HM en particular. Se consideró que se contestaba de manera “inadecuada” cuando se fallaban tres o más preguntas. Se compara la frecuencia de cuestionarios “inadecuados” entre antes y después de las sesiones según fuera el personal habitual o sustituto y para el total, para ello se utiliza la prueba de la Ji cuadrado.

Resultados.

Tabla 1. Frecuencia de respuestas “inadecuadas”.

	Antes	Despues	p
Total			
2005(n=228)	57,5%	18,9%	<0,001
2007(n=589)	62,8%	22,0%	<0,001
Sustituto			
2005(n=57)	68,4%	5,3%	<0,001
2007(n=126)	58,7%	11,6%	<0,001
Habitual			
2005(n=171)	53,8%	23,4%	<0,001
2007(n=463)	63,9%	24,9%	<0,001

• *Consumo de soluciones alcohólicas.*

Metodología. Consumos facilitados por el Servicio de Farmacia y por el Almacén General. Se agruparon los consumos en cinco periodos de seis meses desde julio de 2004 a diciembre de 2007. Se ha calculado el número total de litros consumidos y el consumo en mililitros por día de estancia. Para estudiar su evolución a lo largo del tiempo se ha utilizado el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados.

Tabla 2 . Evolución del consumo de solución alcohólica utilizada para la Higiene de Manos.

	Consumo Total		Días de estancia
	Litros	ml/estancia	
2ºSemestre 2004	381	3,1	124341
Año 2005	1817	7,5	241882
Año 2006	3273	13,9	235556
Año 2007	4562	18,8	243357

• Grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre HM:

Metodología. Se han realizado dos estudios observacionales de tipo transversal de la práctica de la HM, entre diciembre de 2005 y febrero de 2006 el primero y entre octubre y noviembre de 2006 el segundo. En el primero de ellos se han registrado 3749 oportunidades de realización de la HM y en el segundo 1162. Se ha calculado el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre la realización de la HM para el global y según tipo de actividad en que está indicada su realización. Para la comparación de grupos se ha utilizado la prueba de la Ji cuadrado.

Resultados.

Tabla 3. Grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre la Higiene de Manos según tipo de actividad.

	Cualquier actividad		Antes contacto		Después contacto	
	%	n	%	n	%	n
2005	31,0%	(1227/3957)	12,4%	(183/1476)	42,1%	(1044/2481)
2006	55,6%	(646/1162)	48,8%	(248/508)	68,9%	(398/654)
2007	51,9%	(1196/2303)	38,5%	(427/1110)	64,5%	(769/1193)
p	<0.001		<0.001		<0.001	

• **Prevalencia de infecciones nosocomiales:**

Metodología.

Estudios de prevalencia de la infección hospitalaria (EPINE) de los años 2004, 2005, 2006 y 2007. La recogida de datos se ha efectuado a partir de las historias clínicas. El cuestionario utilizado ha sido estándar para los aproximadamente 255 hospitales donde se han realizado estos estudios, y los datos por los CDC. Para el estudio de la evolución a lo largo de los cuatro años se ha utilizado la prueba de la Ji cuadrado para tendencias.

Resultados:

Tabla 5. Evolución de la Incidencia de las Infecciones Nosocomiales por gérmenes multirresistentes en el periodo 2005-2007.

Incidencia por 10000 días de estancia				
	Incidencia	(n/estancias)	RR(IC95%)	p
Acinetobacter baumannii -MR				
Año 2005	3,3	(80/241882)	1	
Año 2006	3,4	(79/235556)	1,0(0,7-1,4)	N.S.
Año 2007	2,0	(48/243357)	0,6(0,4-0,9)	<0,01
Staphylococcus aureus metilín resistente (SAMR)				
Año 2005	2,2	(53/241882)	1	
Año 2006	1,4	(34/235556)	0,7(0,4-1,0)	<0,05
Año 2007	1,8	(43/243357)	0,8(0,5-1,2)	0,17
Escherichia coli productores de betalactamasas de espectro ampliado (BLEA)				
Año 2005	1,2	(28/241882)	1	
Año 2006	1,4	(33/235556)	1,2(0,7-2,0)	N.S.
Año 2007	1,3	(31/243357)	1,1(0,7-1,8)	N.S.

RR: Riesgo Relativo. IC95%: Intervalo de Confianza al 95%.
 N.S.: Los pacientes que están infectados por uno de los gérmenes multirresistentes están comparados con los que no están infectados por ninguno de los mismos.

• **Incidencia de infecciones nosocomiales por gérmenes multirresistentes:**

Metodología.

Vigilancia epidemiológica activa de las infecciones nosocomiales por gérmenes multirresistentes (incluye:

Acinetobacter baumannii resistente a Carbapenems, Staphylococcus aureus metilín resistente (SAMR), Escherichia coli productor de betalactamasas de espectro ampliado (BLEA). Los criterios de definición de caso de infección son los dados por los CDC. La medida de frecuencia utilizada es la Densidad de Incidencia por 10000 días de estancia. Para cuantificar la magnitud de la asociación se ha calculado el Riesgo Relativo (RR) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados:

Tabla 4. Evolución de la Prevalencia de Infecciones Nosocomiales y de la Prevalencia de Pacientes con Infección Nosocomial en el periodo 2004 -2007.

	Prevalencia infecciones		Prevalencia pacientes con infección		OR(IC95%)	p
	%	(n)	% (IC95%)	(n)		
Año 2004 (n=625)	11,4%	(71)	9,6% (7,4 -12,2)	(60)	1	N.S.
Año 2005 (n=625)	10,6%	(66)	9,1% (7,0 -11,7)	(57)	0,94 (0,65-1,38)	
Año 2006 (n=609)	9,4%	(57)	8,9% (6,7 -11,4)	(54)	0,92 (0,62-1,35)	
Año 2007 (n=612)	8,8%	(54)	8,2% (6,1 -10,7)	(50)	0,84 (0,56-1,26)	

OR: Odds Ratio IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Comentarios:

- Se observa una gran mejoría en el nivel de conocimientos adquiridos. Habría que plantearse revisar los contenidos de los programas de formación de pregrado sobre Precauciones Estándar e HM y de mejorar todos aquellos aspectos organizativos que faciliten el acceso de los profesionales a las sesiones de actualización.
- Se ha producido un incremento progresivo en el consumo de las soluciones alcohólicas para la HM. En el momento actual se puede considerar que el consumo de este tipo de soluciones en el centro es potencialmente mejorable.
- El grado de aplicabilidad de la HM ha experimentado una notable mejoría y una posterior estabilización. La mejoría ha sido más importante para la realización de la HM antes de entrar en contacto con el paciente. Existe un amplio margen de mejora hasta alcanzar cifras que podrían considerarse como un estándar (75-90%).
- Hay que continuar potenciando la utilización de la solución alcohólica en formato de bolsillo, pues se ha visto que cuando se dispone en este formato se duplica el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre la HM.
- La prevalencia de infecciones y de pacientes con infección del 2007 han mejorado respecto a las de años anteriores aunque la tendencia no llega a ser estadísticamente significativa. Las cifras siguen siendo potencialmente mejorables.
- Existe una tendencia a la disminución de la incidencia de infecciones nosocomiales por gérmenes multirresistentes a lo largo de los años que solo alcanza significación estadística para las infecciones/colonizaciones por *Acinetobacter baumannii*-MR.
- No se ha realizado la intervención prevista en el segundo semestre de 2007 por no disponer en el Servicio de Medicina Preventiva de los recursos humanos necesarios para realizarla.
- Los datos obtenidos se pueden considerar globalmente muy positivos pero con importantes potenciales de mejora.

Recomendaciones:

- Comunicar los resultados de la presente evaluación a todos los profesionales del hospital.
- Continuar con la estrategia de intervenciones previstas para el periodo 2006-2008. El objetivo principal de esta es lograr una reducción significativa en la frecuencia de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria basada fundamentalmente en mejorar el grado de cumplimiento de las Precauciones Estándar en general y de la Higiene de Manos en particular.

Agradecimientos:

- A la Dra Nuria Bosacoma del Servicio de Farmacia y a Dña M^a Elena López Climent de Almacén General por su colaboración en el acceso a la información sobre consumos de solución alcohólica.
- A la UDCA del centro por su colaboración en el acceso a los datos del Sistema de Información para la Gestión.
- A todo el personal del Hospital General Universitario de Alicante por su colaboración en el desarrollo del trabajo de campo y su implicación en el programa de Higiene de Manos.

MESA DE COMUNICACIONES LIBRES N°1

COMUNICACIÓN 1.

INTERVENCIONES GRUPALES Y COMUNITARIAS TALLERES PARA CUIDADORES'

¹ Este trabajo fue presentado en la 5ª Reunión de Invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria celebrada en Málaga durante el mes de febrero de 2008, obteniendo el Premio a la Mejor Comunicación oral.

M. Dolores Saavedra Llobregat^{1,2}, José Ramón Martínez Riera², Francisco Millán Robles³, M. Luisa Ruiz Miralles¹, Inmaculada Flores Arjona¹.

¹ Enfermeras Gestión Domiciliaria Conselleria Sanitat

² Profesor/a Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Hª de la Ciencia Universidad de Alicante

³ Profesor Escuela de Fisioterapia. Universidad Miguel Hernández

INTRODUCCIÓN

Los cuidadores son la unidad de apoyo más importante que tienen muchos pacientes, además de ser elementos sanitarios de gran valor para las instituciones de salud.

Los cuidadores se sienten desbordados por sus problemas (agotamiento, cansancio, falta de apoyo social y familiar.etc.).

Proponemos enseñar a los cuidadores a desarrollar hábitos de vida para que puedan combinar el cuidado al familiar enfermo con el propio autocuidado.

Los cuidadores no disponen de conocimientos suficientes que sustenten sus actuaciones y por otra parte la institución sanitaria no suele atender los problemas que genera la acción de cuidar.

El cuidador no goza de reconocimiento social, ni del apoyo de la familia. Algunos autores han señalado que es esta situación la que los convierte en “pacientes ocultos”.

Utilizar una metodología de trabajo grupal favorece el aprendizaje produciendo cambios en los conocimientos, actitudes y habilidades, pero también en la forma de pensar y sentir.

El grupo ayuda a desdramatizar la propia problemática, a poder expresar los sentimientos, malestares, sentirse escuchado y apoyado por otros, aprender sobre uno mismo y sobre como hacer las cosas.

El desarrollo de estas intervenciones grupales con cuidadores ya han evidenciado la necesidad de realizarlas.

OBJETIVO

Capacitar a los cuidadores para un estilo de vida en el que puedan combinar el cuidado del paciente con el propio autocuidado.

PERFIL DEL CUIDADOR

La experiencias de trabajo con cuidadores así como los estudios realizados en torno a esta figura familiar, permiten definir algunos de las características de este perfil.

Tratándose en un porcentaje muy alto de mujeres (85 %), con una edad que oscila entre los 45/70 años, con un nivel medio de estudios primarios, y una media de años de dedicación alta (10 años).

Presentan unos síntomas que ya se han descrito como síndrome del cuidador: dolores musculares y articulares, cefaleas, astenia, insomnio, depresión y ansiedad.

Y manifiestan una serie de necesidades personales y sociales, en cuanto a ampliación de conocimientos y habilidades, pero sobre todo en cuanto a reconocimiento y apoyo emocional.

MATERIAL Y MÉTODO

La realización de talleres con cuidadores familiares en el ámbito de nuestro centro de salud, forma parte del proyecto de la Consellería de Sanidad de implantación de un programa para la Mejora de la Atención Domiciliaria, que estamos desarrollando como experiencia piloto.

DESARROLLO DE LOS TALLERES

Realización de talleres con 10/12 cuidadores familiares, con una duración de 8/10 sesiones semanales de 90 minutos..

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cuidar en el domicilio a un familiar anciano, enfermo y/o discapacitado
- Periodo como cuidador no inferior a 6 meses
- Edad 40/65 ó mayores de 60
- Ambos sexos
- Estudios primarios
- Cuidadores de pacientes con dependencia moderada/grave
- Con índice de sobrecarga del cuidador intensa

METODOLOGÍA

Intervención grupal en el que el modelo es el aprendizaje terapéutico.

El equipo coordinador está compuesto por 2 profesionales: el coordinador del grupo y un observador.

DESARROLLO DE LAS SESIONES

En el encuadre de la primera sesión se realiza:

- Presentación del taller
- Presentación del equipo coordinador
- Presentación de integrantes
- Normas éticas de trabajo en grupo
- Realización de los cuestionarios de calidad de vida
- Realización de grupo nominal: exploración de expectativas.
- Constitución del grupo.

En las siguientes sesiones se trabajan distintos temas con la intervención de profesionales especialistas en ellos.

Exposición del tema y discusión en grupo.

TEMAS A TRATAR

- Mantenimiento y manejo de las personas en situación de dependencia.
 - Psicomotricidad
 - Autoestima y apoyo emocional
 - Relaciones familiares
 - Recursos sociales y sistemas de apoyo.
 - Problemas emocionales, cambios de ánimo, ansiedad, depresión.
- La última sesión es de evaluación con discurso libre.

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN:

- Enfermeras
- Trabajadora social
- Fisioterapeuta
- Experto en terapia familiar
- Psicólogo

EVALUACIÓN

El análisis de las respuestas al cuestionario de calidad de vida que realizan los integrantes del taller a su comienzo, nos indica la percepción que estos tienen de su estado de salud, sentimientos, apoyo emocional etc.

Podemos decir que no hay diferencias entre unos talleres y otros de los que hemos realizado.

Siendo esta percepción la siguiente:

Estado de salud: REGULAR

Actividades cotidianas: DIFICULTAD MODERADA

Forma física: MODERADA/ LIGERA

Dolor: LIGERO/ MODERADO

Actividades sociales: DIFICULTAD MODERADA

Sentimientos: MODERADAMENTE/ BASTANTE

Apoyo emocional: SI HABÍA ALGUIEN

Calidad de vida: A VECES BIEN/ A VECES MAL/ BASTANTE MAL

Cambio en el estado emocional: POR EL ESTILO/ A PEOR

Interpretando estas respuestas, podríamos decir que nuestros cuidadores cuando llegan al taller sienten que su calidad de vida es bastante mala, que su estado de salud es regular, generalmente sufren dolores de distinta índole (musculares, cabeza, articulares etc.) periódicamente, que la actividad física que realizan para mantenerse en forma es bastante escasa o nula, que se enfrentan a una dificultad importante para el desarrollo de actividades sociales, que cuando hablan de apoyo, solo sienten que alguien hay que les apoya, o quieren pensar que alguien debe haber, como alguno ha manifestado.

Y finalmente que el pronóstico no lo sienten de mejoría, sino al contrario, porque a la pregunta de cómo ha evolucionado su calidad de vida en las últimas semanas, no lo manifiestan como a mejor sino todo lo contrario: igual o peor.

Sin embargo cuando en la primera sesión se realiza un grupo nominal para explorar las expectativas que tienen con respecto al taller, así como para ajustar los temas a la demanda del grupo, no manifiestan sus necesidades, sino que lo enfocan hacia el paciente.

Esto sucede en las primeras ruedas del grupo nominal, y va cambiando cuando, refiriéndose al paciente hablan de relaciones y sentimientos, y terminan demandando ayuda para ellos mismos.

Se realiza un análisis del discurso de los integrantes a partir de la información recogida por el observador. Esto nos permite valorar un cambio en el discurso inicial de queja, desesperanza y resignación, hacia un discurso de toma de conciencia de recursos, más reivindicativo, y más en la línea del propio autocuidado.

ANTES

“sé que soy útil a los demás, pero para mi no tengo nada”

“quiero estar acostada y no levantarme”

“la poca moral que tienes te la destrozan”

“hay días que me pregunto para que estoy viviendo”

“es una responsabilidad tan grande la que tienes con una persona a tu cargo”

“es olvidarte de tu vida para cuidarles a ellos”

“de ti no se acuerda nadie”” no te das cuenta de que no te estas atendiendo hasta que te encuentra mal”

“ya hemos llegado tarde”

DESPÚES

“ahora vemos lo importantes que somos y que nos cuidemos”

“vamos a seguir utilizando este tiempo que le hemos dedicado la taller para hacer cosas para nosotras “

“estamos mejor cuando volvemos”

“me he sentido muy acompañada aquí”

“si no hubiera sido por el taller no habría llevado todo lo que me ha pasado en este tiempo de esta manera”

“he dicho que lo de los jueves es sagrado, y mis hijos cuidaran de su padre esas 2 horas, como han hecho ahora”

Muchas palabras de agradecimiento hacia los profesionales que intervienen, quisieran continuar, etc..explicitan el apoyo que han sentido con esta intervención.

Estos talleres han sido grabados con el objetivo de investigar en el campo de los cuidadores familiares, de manera que poco a poco sepamos adaptar mejor nuestros recursos de intervención y apoyo a las necesidades de este colectivo, hasta ahora no reconocido, ni valorado, que constituye el pilar fundamental del cuidado de los pacientes domiciliarios.

Es una experiencia muy gratificante para los profesionales que intervenimos, porque en cada una de las sesiones vemos recompensado el esfuerzo.

Se han desarrollado 10 talleres desde el inicio del programa de Mejora de la Atención Domiciliaria en el Dto 19, con un total de 145 cuidadores incluidos en ellos.

Esperamos seguir aprendiendo sobre el cuidador familiar para adecuar esta herramienta que intervención grupal, cada vez más a sus necesidades, ayudarles a mejorar su calidad de vida y a desempeñar su rol de cuidador sin olvidarse de ellos mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amezcua, M. Carricondo Guirao, A. Investigación cualitativa en España: Análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index Enferm*; 2000 Año IX(28-29):26-34
2. Bion, W.R. Experiencias en grupos. Buenos Aires: Paidós, 1972.
3. Bleger, J. Temas de psicología. Entrevista y grupos., Nueva Visión. Buenos Aires, 1984.
4. Braun, F. Investigación en Salud Pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. Fiders University, Australia.
5. Canales, M. y Peinado, A. Grupos de discusión, en Delgado, J. y Gutiérrez, J., Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. 1998. Madrid: Síntesis, pp. 287-316.
6. Coffey, A. Atkinson, P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Edit. Universidad de Antioquia, Medellín, 2003.
7. Duro Martínez J.C. El discurso de los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. *Rev. Esp. Salud Pública*. Madrid 2003.
8. García Calvente, MM. Mateo Rodríguez, I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *At. Primaria*. 2000; 25(3): 181-6.
9. González Barberá, M. Uris, J. Los grupos Focales y su utilidad en el diseño de la calidad En: Tratado de Calidad asistencial en Atención Primaria, Tomo III, cap. 19.
10. Ibáñez, J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Siglo XXI, Madrid 1979.
11. Icart Isern, T. El espacio de la investigación en la enfermería basada en la evidencia. *Enfermería Clínica* (9): 4.
12. Iñiguez Rueda, L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*; 1999. 23: 496-502.
13. Irazabal, E. Lo psicosocial: un referente necesario en Atención Primaria. *Dimensión Humana*. Madrid 1997;1(5):41-44.
14. Krueger, RA. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide, 1988.
15. Martín C., Irazabal E., Medina M. El grupo operativo como método de aprendizaje en pacientes diabéticos tipo 2. *Revista Barbacana*. Madrid 1998; 30.
16. Martín C., Medina M., Irazabal E. Una experiencia grupal: cuidar al cuidador. *Revista Metas de Enfermería*. Madrid 1999; 13.
17. Martín Madrazo, C. Trabajo con grupos de crónicos en Atención Primaria. *Revista Area 3*, 1997; 5.
18. Newcomb, Theodore M. Manual de psicología social, tomo I, EUDEBA. Buenos Aires. 1981.
19. Pertusa S., Quirce F., Ortí C., Saavedra M.D., Latour J., Merino J. Determinantes del cumplimiento terapéutico en una población de hipertensos. VII Jornadas de Atención Primaria de Salud de la Comunidad Valenciana. Valencia, 1993.
20. Pichon-Rivière, E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Nueva Visión. Buenos aires, 1970
21. Pla, M. El rigor en la investigación cualitativa. *Atención Primaria*; 1999. 24: 295-300.
22. Recasens, J.M., Tizón, J.L., Pellejero, N. "La perspectiva grupal en Atención Primaria en Salud Mental". En: *Salud Mental en Atención Primaria y Atención primaria a la Salud Mental*. Doyma. Barcelona, 1992
23. Saavedra M.D., Herrero O., Meliá C., Casaut M. Trabajo con Grupos de hipertensos en Atención Primaria. Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria. San Sebastián, 2002

24. Saavedra M.D., Meliá C., Herrero O. La percepción de las mujeres sobre la menopausia. Un estudio Cualitativo. Libro de ponencias y comunicaciones del XV Congrés de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria. Peñíscola, 2003.
25. Saavedra M.D., Rivera F., J. Sáez J. Atención al paciente crónico y con pluripatología. Organización del Equipo de Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General. Madrid, 1990.
26. Sancho Viudes, S. Vidal Thomas, C; Cañellas Pons, R. Caldés Pinilla, MJ. Corcoll Reixach, J. Ramos Montserrat, M. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio de grupos focales Rev Esp Salud Pública, 2002; 276(5):531-543.
27. Serrano Gallardo, MP. El trabajo enfermero con grupos específicos: una prioridad. Metas de Enferm. 1998;1(3):54-60.
28. Uribe J. M^a. Educar y curar. El diálogo cultural en Atención Primaria. Ministerio de Cultura. Madrid, 1996
29. Vuori H. Tareas y objetivos nuevos para la educación sanitaria. X^a Conferencia Internacional de Educación Sanitaria. Londres, 1979.
30. Wolcott, H. Mejorar la escritura de la investigación cualitativa. Edit. Universidad de Antioquia. Medellín, 2003.

COMUNICACIÓN 2.

DISEÑO DE CONTENIDOS PARA LA FORMACIÓN DEL CUIDADOR DE PERSONAS DEPENDIENTES EN MANUTENCIÓN Y MANEJO FÍSICO, ERGONOMÍA EN LAS AVD Y PSICOMOTRICIDAD

D. Francisco Millán Robles
*Fisioterapeuta. Profesor de la División de Fisioterapia.
Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández.*

La presente comunicación trata sobre el diseño de contenidos en la formación de cuidadores de pacientes dependientes, en los aspectos referentes a manutención y manejo físico, educación gestual-ergonómica y autoconocimiento.

Dichos contenidos se impartieron durante un programa piloto de trabajo grupal con cuidadores familiares en AP, en el CS Florida, Dep. 19, Alicante.

1. INTRODUCCIÓN

Las limitaciones de movilidad-traslados del enfermo afectan directamente al cuidador (carga adicional en sus AVD).

La ausencia-desconocimiento de los principios del manejo físico adecuado provoca patologías asociadas (manejo de pesos, posturas inapropiadas...), a las que se añade la sobrecarga psicoemocional, estrés familiar...; elementos que, al retroalimentarse unos a otros, pueden deteriorar objetiva y subjetivamente la situación del cuidador.

Al tratarse de un problema bastante habitual entre la población afectada por los procesos de la dependencia (cuidadores), se planteó la posibilidad de incluir en los programas de trabajo grupal con cuidadores en AP, 2 sesiones de trabajo sobre conceptos de ergonomía básica durante las AVD, manutención y manejo físico de enfermos dependientes, y reflexión sobre la actitud del cuidador hacia sí mismo (el propio autocuidado) y ante la interacción psicofísica (necesaria e ineludible) con su familiar.

Los problemas de movilidad en todos los decúbitos son una característica común en las personas que se encuentran en situación de dependencia, sea cual sea su grado, suponiendo un problema más importante, tanto para el cuidador como para el propio individuo, conforme más aumenta la restricción de las capacidades.

La ayuda se puede limitar a un simple apoyo para caminar o para levantarse de la cama o la silla, o puede llegar a la necesidad absoluta de asistencia para cualquier movimiento en la cama.

2. FORMACIÓN EN MANUTENCIÓN DEL CUIDADOR - JUSTIFICACIÓN

Hay dos factores muy importantes a tener en cuenta sobre la restricción de capacidades por la enfermedad (situación de dependencia), referentes tanto al enfermo como al cuidador:

A. Enfermo: sea cual sea el grado de restricción de sus capacidades, es necesario que la cantidad de movimientos o actividades que éste realice diariamente sea lo más amplia posible, así como el paso de unos decúbitos a otros.

Todo ello para limitar al máximo la restricción paulatina de capacidades que supone la inmovilidad o la disminución de la actividad física diaria a causa de la propia patología.

B. Cuidador: en la mayoría de los casos, y sobre todo en pacientes crónicos, el cuidador principal, e incluso los que ayudan eventualmente, son los que sufren la mayor parte de la carga psicofísica que supone atender a una persona con disminución de sus capacidades físicas.

Esto es un problema aun mayor cuando nos damos cuenta de que la formación y conocimientos sobre técnicas de manutención y manejo del enfermo discapacitado son casi inexistentes.

Cuando el cuidador afronta entonces el cuidado de la persona dependiente, se enfrenta principalmente a dos problemas interrelacionados, con una posible solución común: Formación-educación en manutención y manejo físico del enfermo dependiente.

A. Manejo Inadecuado del Enfermo: puede provocar tensiones inapropiadas y situaciones desagradables para la persona dependiente:

- a) Formas de sujeción inapropiadas: lesiones articulares por tracción excesiva y problemas cutáneos por mal reparto de la presión en la zona que se sujeta).
- b) El riesgo que ocasiona el mal manejo: que puede provocar situaciones peligrosas para el enfermo (caídas, posicionamientos incorrectos...).
- c) Problemas emocionales y conductuales: aumento de los sentimientos de inutilidad, reacciones emocionales desadaptativas y actitud negativa hacia la ayuda.

B. Manejo Incorrecto de Cargas: (frecuentemente elevadas, inestables y repetitivas) riesgo real para la salud del cuidador (en ocasiones no percibido):

- a) Sobre todo aparecen problemas en la columna vertebral, ya que la mayoría de situaciones en las que se manipulan cargas, ésta es la zona que recibe la mayoría de tensiones lesivas.

La mayoría de cuidadores desconocen cómo limitar la cantidad de carga que recibe esta zona, usando las características y capacidades del propio cuerpo:

- Utilizar la fuerza de los MMII.
- Aprovechar el desplazamiento del cuerpo en bloque.
- Utilizar en el propio beneficio la gravedad y la inercia.
- Pedir ayuda al enfermo (según capacidades residuales)...

b) Las sobrecargas articulares en MMSS pueden producir microtraumatismos de repetición que afectan sobre todo al hombro y a las muñecas.

- Desconocimiento de las presas correctas para asir efectivamente a la persona a la que se ayuda.
- Tracciones y esfuerzos inapropiados.

c) Los problemas que encontramos en MMII, difieren bastante de los encontrados en MMSS, por el poco uso normal de su potencial en las AVD.

- Al no aprovechar las capacidades de los MMII, su musculatura es insuficiente, en la mayoría de los casos, para ejecutar eficientemente las técnicas correctas de manutención y movilización.

Esto, en las tareas de ayuda, provoca que la mayoría de esfuerzos se realicen utilizando como motor la musculatura de la zona dorsal, los MMSS, y sobre todo la musculatura de la zona lumbar.

- Con la edad aparecen problemas como las artropatías, que circunscritos en la articulación de la rodilla, son un problema muy importante que dificulta las tareas de ayuda.

No olvidemos que muchos cuidadores son mayores de 50 años y un gran número superan los 65.

- Las posturas y técnicas correctas de manutención y movilización implican, casi en el 100% de los casos, posiciones en semiflexión mantenida de rodilla (escollo importante para el aprendizaje e incorporación al esquema motor del cuidador las técnicas apropiadas).

Teniendo en cuenta todo lo anterior y como colofón a los problemas que ya supone la existencia de un enfermo en la familia (debido a la carga emocional demostrada y a los sobreesfuerzos físicos), encontramos en el cuidador:

- Aparición de problemas físicos.
- Patologías musculoesqueléticas.
- Aumento de la sensación de cansancio diaria.
- Trastornos del sueño y del descanso...

Esto contribuye a fomentar las situaciones negativas que se producen en el entorno sociofamiliar y que afectan a todas las personas relacionadas con el enfermo, especialmente las más cercanas.

3. OBJETIVOS GENERALES DE LAS SESIONES

Se diseñan unos contenidos básicos de formación, adaptándolos a las necesidades individuales y colectivas.

Al trabajarlos en grupo, se fomenta la modificación y discusión de conceptos, técnicas, adaptaciones individuales (cuidador-enfermo-hogar) y experiencias positivas por parte de los compañeros.

Objetivos: Que el cuidador...

- ...tome conciencia de las posturas incorrectas y de la importancia de manejar las cargas físicas correctamente.
- ...recapacite sobre cómo “cuida”, y de lo incorrecto y molesto para él y el enfermo.
- ...sepa cómo manejar a su familiar en las AVD previniendo al máximo problemas, riesgos...
- ...sepa reconocer-prevenir situaciones psicoemocionales que puedan provocarle lesiones o patologías físicas.
- ...tome conciencia de la importancia de cuidarse para poder cuidar, de la necesidad de atender al propio estado físico y emocional, y de la relación que existe entre los dos ámbitos.

Partimos de la base de que el cuidador, cuando accede a una experiencia como la que se presenta, en la que se intenta educar y enseñar sobre técnicas de manutención y manejo físico del enfermo, ya lleva un tiempo ocupándose de las tareas de cuidado.

En casi todos los casos, las técnicas utilizadas y los hábitos gestuales son incorrectos y están ya automatizadas en el esquema motor y las AVD del cuidador. Esto es un problema a la hora de cambiar las costumbres, ya muy interiorizadas.

Para intentar que el cuidador, a parte de observar y practicar las técnicas básicas de manejo físico, se plantee cambiar sus hábitos diarios, se presenta como alternativa válida el trabajo en grupo, ya que compartiendo experiencias durante la formación con otros cuidadores, se aumenta la conciencia individual (y grupal) sobre la importancia de cuidar “correctamente”, aprender a “cuidarse” y tomar en serio estos temas.

Las experiencias aportadas por cada cuidador ayudan a los demás a...

- ...ver las consecuencias del cuidado prolongado realizado incorrectamente.
- ...que aparezcan alternativas a los contenidos teóricos que se adapten a las características de cada cuidador (de su enfermo y de su domicilio).
- ...tomar conciencia de la importancia de la manutención en casos aun leves, previendo el empeoramiento de su situación (comparando con casos más graves entre compañeros)...
- ...desdramatizar la propia situación, gracias a la comparación de su caso con los demás compañeros, fomentándose la inversión de actitudes negativas al cambio (a la ayuda o a la modificación de estilos de cuidado). Se fomentan así conductas más abiertas a la incorporación de nuevos conceptos sobre los cuidados.

4. MANUTENCIÓN Y MANEJO FÍSICO - CONTENIDOS DE LAS SESIONES

La base de los contenidos específicos sobre manutención se fundamenta en:

- Análisis cinesiológico de los desplazamientos básicos que se realizan diariamente con los enfermos.

- Gestos y trayectorias nocivas y las alternativas correctas que provoquen menor carga en el cuidador, y menores molestias y problemas asociados para el enfermo.
- Toma de conciencia de que no siempre es necesario realizar uno mismo todo el esfuerzo para pasar de una posición a otra. Se puede utilizar:
 - El desplazamiento espontáneo.
 - La ayuda de la gravedad y la inercia.
 - Los principios básicos de las palancas...
 - Repetición y práctica (entrenamiento) de movimientos y técnicas correctas para tomar conciencia de lo bien hecho y lo mal hecho (ejecutando las técnicas y también siendo el propio cuidador quien reciba la ayuda de un compañero).

Los contenidos relativos a la manutención y el manejo físico del enfermo se estructuran de la siguiente manera:

A. Consideraciones Generales sobre Manutención y Manejo de las Personas en Situación de Dependencia:

- a. La higiene postural del cuidador durante las tareas de ayuda.
- b. Actividades del cuidador para descargar las tensiones y problemas derivados de las tareas de ayuda.
- c. Presas y sujeciones: ¿Cómo y de dónde se debe coger al enfermo? ¿De qué ayudas técnicas y materiales podemos ayudarnos?
- d. Técnicas básicas para realizar eficientemente las tareas de manutención y manejo en las diferentes AVD.
- e. ¿Cuándo debemos pedir ayuda? Importancia del trabajo en equipo (cuidador-enfermo), y de la aceptación, por parte del cuidador, de las limitaciones y de la necesidad de ayuda externa.

B. Manutención y Manejo en la Cama:

- a. Instalación correcta en decúbito supino y decúbito lateral, según las diferentes condiciones y posibilidades que se presenten.
- b. Movilidad longitudinal y transversal.
- c. La 1/2 vuelta.
- d. Paso de decúbito supino a sedestación al borde de la cama y viceversa.

C. Manutención y Manejo en Silla y Sillón:

- a. Instalación correcta en silla y sillón, según las diferentes condiciones y posibilidades que se presenten.
- b. Paso de sedestación en una superficie a sedestación en otra (cama, sillón, silla).

D. Manejo y Ayuda de Pie y durante la Marcha:

- a. Paso de sedestación a bipedestación y viceversa.
- b. Diferentes formas de ayudar a caminar a las personas en situación de dependencia, según las diferentes condiciones y posibilidades que se presenten.

- c. Importancia del mantenimiento de la capacidad de deambulaci3n para el funcionamiento del cuerpo y el mantenimiento de una buena calidad de vida.

E. Manejo y Ayuda ante las Caídas y las Situaciones de Emergencia:

- a. Prevenci3n de caídas: medidas personales y ambientales.
- b. ¿C3mo podemos minimizar las repercusiones de la caída?
- c. ¿C3mo levantar al enfermo del suelo tras caer? ¿Cuándo no debemos levantarlo? Exploraciones b3sicas para conocer la situaci3n y el estado f3sico cuando se produce una caída.

5. EXPERIENCIAS PSICOMOTORAS - CONTENIDOS DE LAS SESIONES

Como complemento de la formaci3n espec3fica en manutenci3n, se plantean una serie de experiencias psicomotoras cuya finalidad es que “el cuidador entre en contacto con su cuerpo y con su mente, y tome conciencia de la importancia de una buena relaci3n y comunicaci3n entre ambos”.

En muchas ocasiones, las tareas de cuidado de un familiar enfermo provocan que el cuidador se “descuide” a s3 mismo, fomentándose paulatinamente la aparici3n de patologías o trastornos f3sicos, junto con alteraciones y problemas emocionales.

Estas situaciones pueden llegar a minimizarse con posturas de descanso y descarga, y ejercicios f3sicos que ayuden a aliviar las tensiones diarias que se producen durante las tareas de ayuda, pero tambi3n se necesita que el cuidador tome conciencia de qu3 siente, c3mo siente y c3mo manejar lo que siente.

Por ello, y gracias a las bases de la psicomotricidad, las actividades planteadas ayudan al cuidador a volver a conectar el cuerpo con la mente, a trav3s de experiencias sensitivo-perceptivas y de relaci3n con los dem3s.

La psicomotricidad considera a la persona en global y utiliza las experiencias para integrar las interacciones cognitivas, emocionales, simb3licas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial.

Se utiliza para normalizar y corregir el comportamiento del individuo. La toma de conciencia de que lo que 3l hace (y siente) es un elemento primordial.

Se considera al individuo en su unidad, en su medio de vida, considerando a la vez el acto en s3 (y por lo tanto el cuerpo), pero tambi3n la significaci3n otorgada a ese acto, sus objetivos, consecuencias y reacciones percibidas y adaptadas a una situaci3n determinada.

De este modo se consigue aumentar y modificar la capacidad de interacci3n del sujeto con el entorno, a la vez que ayudamos a centrar la actividad y el inter3s en el movimiento y el acto, incluyendo todo lo que se deriva de ello (disfunciones, patologías, estimulaci3n, aprendizaje...).

Los objetivos espec3ficos de estas experiencias son los siguientes:

- Educar La Capacidad Sensitiva: abriendo v3as nerviosas que transmitan al cerebro el m3ximo de informaci3n posible mediante:
- Informaciones relativas al propio cuerpo. A trav3s del movimiento se reciben infinidad de sensaciones acerca del tono muscular, de la posici3n espacial, de

los segmentos corporales, de la actitud y equilibrio corporal, de la respiración, y otras sensaciones casi imperceptibles que se tratan de hacer conscientes para la persona.

- Informaciones relativas al mundo exterior. Por medio del movimiento, se entra en contacto con el mundo exterior, recibándose innumerables percepciones gracias a la sensibilidad externa, referentes a tamaños, formas, colores, pesos...
- Educar la Capacidad Perceptiva: poniendo en orden toda esa información, integrándola en esquemas perceptivos que den sentido y unidad a la información disponible. Dicha estructuración tiene tres vertientes:
 - Toma de conciencia unitaria de los componentes del esquema corporal (finalidad: que el movimiento se adapte a la acción).
 - Estructuración de las sensaciones relativas al mundo exterior en patrones perceptivos (especialmente las relaciones espaciales y temporales).
 - Coordinación de movimientos corporales con elementos del mundo exterior.
- Educar La Capacidad Representativa Y Simbólica: como última meta de la psicomotricidad, consiguiendo que el propio cerebro organice y dirija los movimientos a realizar, a través tanto de las representaciones e imágenes mentales, como de la simbolización.

La finalidad de las experiencias se enfoca a trastornos que pueden aparecer durante los cuidados, que se van a desglosar en 2 ámbitos directamente relacionados:

- **Ámbito psicomotor:**
 - Trastornos del tono y alteraciones somatoestésicas.
 - Deterioro del sistema tónico-postural: afectación del equilibrio estático y la marcha (equilibrio dinámico).
 - Trastornos del esquema corporal, de la lateralidad y de la coordinación.
- **Ámbito afectivo-relacional:**
 - Somatización de la angustia y aparición de miedos y fobias.
 - Desinversión corporal e inadecuada relación con el propio cuerpo.
 - Disminución de la capacidad de interacción grupal.

Los contenidos relativos a las experiencias psicomotoras se estructuran de la siguiente manera: (casi todas las actividades se realizan por parejas)

- A.Experiencia De Comunicación Por Contacto Corporal: Contacto De Manos.
- B.Experiencia Del Contorno Corporal Con Una Pelota.
- C.Experiencia Del Árbol (Individual).
- D.Experiencia De La Marioneta.
- E.Experiencia De La Confrontación Emocional.
- F.Experiencia Del Ciego Y El Lazarillo.

6. MATERIAL Y MÉTODO

2 sesiones de 90 minutos; trabajo con fisioterapeuta de conceptos y técnicas, discusión grupal, práctica y análisis final.

7. EVALUACIÓN - GENERAL DEL TALLER

- Láminas COP-Wonca (inicio y fin).
- Zarit (6 meses).
- Análisis de opiniones.

8. CONCLUSIÓN

Consideramos que el diseño de los contenidos expuestos en la presente comunicación (llevados ya a la práctica en la formación de cuidadores de personas en situación de dependencia, en los aspectos referentes a manutención y manejo físico, educación gestual-ergonómica y autoconocimiento), permite que el cuidador comparta en grupo experiencias, limitaciones, problemas cotidianos, corrección de gestos y actitudes...; fomentándose asimismo la autocrítica y la modificación del manejo físico.

En el cuidador, tras el trabajo de los contenidos, encontramos:

- Menor sensación de carga.
- Aumento de la seguridad (cuidador, cuidados)
- Modificación efectiva de técnicas de ayuda.
- Toma de conciencia de la necesidad de cuidarse para poder cuidar.

Con las experiencias psicomotoras, el cuidador vuelve a contactar con sensaciones y emociones, olvidadas por la carga de los cuidados.

Tras la evaluación por parte de los cuidadores de nuestra intervención fisioterápica, dentro del trabajo multidisciplinar del programa, consideramos muy útiles las aportaciones que la fisioterapia puede realizar en los aspectos mencionados.

Aun así, para mejorar el entrenamiento y asegurar el asentamiento de los conceptos en los hábitos del cuidador, pensamos que sería conveniente ampliar el tiempo dedicado a esta formación en el taller que, además, podría reforzarse a través de un seguimiento en el domicilio por parte del fisioterapeuta de atención domiciliaria (o sesiones periódicas de recuerdo-repaso en el CS).

COMUNICACIÓN 3.

***ESTUDIO SOBRE CUIDADORES
INFORMALES EN EL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE***

M^a Begoña Cremades Pastor
*Enfermera del servicio de Medicina Interna del Hospital General de Alicante
Licenciada en Antropología Social y Cultural por la UMH
Master en Ciencias de la Enfermería por la UA*

INTRODUCCIÓN

La salud es un recurso positivo de los individuos, las comunidades, las sociedades y la humanidad, que hace posible una vida social y económicamente rica. Si se entiende así, como recurso para el bienestar, es evidente que la salud no es un asunto exclusivo de los servicios sanitarios ni de los profesionales que en ellos trabajan. Uno de los elementos clave que contribuye al mantenimiento de la salud es el apoyo social, que se puede definir como la interacción entre las personas mediante la cual dan y reciben ayuda espiritual, emocional, informativa, funcional y material. Este apoyo puede proceder de fuentes institucionales y servicios profesionalizados, organizados en las sociedades industrializadas en torno a los llamados servicios de bienestar, que incluyen tanto a los servicios sanitarios como a los servicios sociales y de otro tipo. Sin embargo, con frecuencia olvidamos que los familiares, los amigos, los compañeros, los vecinos, prestan su ayuda en momentos de enfermedad y crisis y contribuyen a conformar actitudes y conductas.

Con el aumento en la expectativa de vida de la población mundial y el progreso científico que permite el control de una serie de enfermedades que hasta ahora conducían a una muerte inminente y que actualmente logran controlarse alargando la supervivencia del individuo, se ha llegado a una situación en la que un número importante de personas, en algún momento de su vida, requieren a su vez de otras personas para el mantenimiento de su cuidado por un tiempo no determinado. De hecho, si tenemos en cuenta toda la gama de enfermedades existentes, sólo una parte de la atención está asegurada por los profesionales sanitarios. La mayoría de los cuidados, pues, son prestados por la familia o la red de apoyo más cercana al individuo.

Se denomina “no autónoma” a la persona que por alguna causa (edad, enfermedad, invalidez, etc.) tiene que depender de alguien para desarrollar las actividades de la vida diaria, es decir, todas aquellas actividades que tiene que hacer una persona para mantener su autonomía, su salud y su calidad de vida. Así, este cuidado implica acciones como aseo personal, alimentación adecuada, cumplimiento de indicaciones médicas, atención a las necesidades inmediatas que pueden surgir, además del manejo de relaciones afectivas y emocionales, es decir, cuidar se puede entender como la ejecución de una serie de tareas que acarrea costes económicos, psíquicos y físicos. A la persona que realiza este tipo de cuidado se le denomina cuidador informal.

El llamado cuidado informal es aquel que se presta a personas dependientes por familiares, amigos u otras personas que no reciben remuneración económica por la

ayuda que ofrecen. Este cuidado posee algunas características que lo definen. En primer lugar, su carácter "no remunerado", es decir, no se intercambia por bienes o servicios. En segundo lugar, se desarrolla en el ámbito de las relaciones privadas. El lugar principal donde se presta el cuidado informal es el hogar, y este carácter doméstico le hace invisible para el espacio de lo público. Por último, el cuidado de las personas de la familia que lo necesitan se asume en nuestras sociedades como parte de las llamadas "tareas domésticas", y, como tal, se asocia a un determinado rol de género.

Los cuidadores informales son una pieza clave en el proceso de salud-enfermedad, y un elemento indispensable para las instituciones sanitarias, ya que completan los objetivos de salud. Por este motivo cada vez los profesionales sanitarios tienen más claro que, a menudo, el bienestar del enfermo depende directamente del bienestar del cuidador.

Generalmente, en la mayor parte de los casos el cuidado del paciente crónico lo asume un único miembro de la familia, denominado cuidador principal. El perfil típico de esta figura en nuestro país es el de una mujer, de edad media 52 años (aunque el 20% superan los 65 años), casada, que comparte domicilio con la persona cuidada, sin ocupación laboral remunerada y que comparte también la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar de sus propios hijos.

El trabajo de cuidar y las condiciones en las que se desarrolla afectan a la vida diaria del cuidador, originando, como consecuencia, cambios en sus proyectos de vida, pérdida de independencia, pérdida de atención en sí mismo, abandono en ocasiones de la ocupación propia u oficio, y sobre todo, una sobrecarga tanto a nivel físico como psíquico. El cuidador debe ejercer diferentes tipos de roles: el de enfermero, consejero, psicólogo, mientras que debe seguir cumpliendo con el resto de responsabilidades particulares mantenía con anterioridad, como pueden ser las del hogar, la familia y el empleo, siendo la dificultad para compatibilizar los diferentes tipos de responsabilidades lo que repercute en la parte psíquica y física del cuidador, y consecuentemente, en la calidad de atención que se le brinda al paciente, pudiendo llegar al caso de la claudicación del cuidador.

Mucho se ha investigado durante los últimos quince años acerca de las consecuencias del cuidado de pacientes parcial o totalmente dependientes sobre las personas que lo ejercen. De hecho, hay numerosa bibliografía al respecto que lo avala. Los instrumentos utilizados para valorar este tipo de sobrecarga han sido varios, habiéndose empleado, por ejemplo, escalas que miden calidad de vida, depresión, ansiedad o síndromes psicopatológicos.

Basándose en la teoría general del Estrés, el cuidador ha de enfrentarse a determinados factores estresantes, viéndose su respuesta a los mismos mediada por procesos psicológicos, especialmente el impacto emocional ante dichos factores, y la posibilidad de utilizar soportes o estrategias de manejo. Así, como resultado de la interacción entre acontecimientos estresantes y mediadores de respuesta, los cuidadores experimentan o no una vivencia de sobrecarga, con consecuencias negativas sobre su salud. Desde este enfoque se ha diseñado un instrumento denominado Caregiver Burden Scale (Escala de Sobrecarga del Cuidador) de Zarit, cuya traduc-

ción, adaptación y validación en nuestro medio y en nuestro idioma también ha sido estudiada por varios autores.

Según declaraciones realizadas por el presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) en Enero de 2008, y fieles a los últimos datos del informe CMBD, la especialidad de Medicina Interna es, hoy por hoy, la primera en número de ingresos hospitalarios. Asimismo, el 15 por ciento de los pacientes que son ingresados en un hospital (uno de cada seis) son atendidos por los servicios de Medicina Interna. Desde la SEMI señalan que un aspecto importante del análisis de estos pacientes es que son pluripatológicos, el 76,4 por ciento de los mismos tienen al menos otra enfermedad además de la que causó el ingreso, y casi el cincuenta por ciento presentan por lo menos dos patologías asociadas. Se trata de pacientes varones en el 54 por ciento de los casos y con una edad media de 70,5 años, que requieren un cuidado y un seguimiento específico tras el alta hospitalaria.

Aunque de forma subjetiva, se ha detectado y comentado muchas veces entre los compañeros del servicio de Medicina Interna del Hospital General de Alicante el cansancio referido por los acompañantes de los pacientes ingresados, a menudo familiares directos. A veces, incluso, se observan manifestaciones aparentemente contradictorias de, cariño, amor, empatía, frente a frustración, recelo, o ira. Ha quedado claro el importante papel que desempeñan estos cuidadores informales como apoyo del sistema sanitario en el domicilio, pero, las preguntas que me planteo, como enfermera, y en contacto directo con ellos, serían: ¿Son estas manifestaciones síntoma del cansancio relacionado con su rol de cuidadores? ¿Son igualmente importantes mientras el objeto de su cuidado se encuentra hospitalizado por un empeoramiento de su estado? ¿Podemos, desde el hospital, apoyarles y animarles en ese crucial papel que desempeñan? ¿Deberíamos dedicar más tiempo a la educación para la salud y así mejorar sus cuidados? Interpretando libremente las manifestaciones emocionales de los cuidadores, partimos, pues, desde la hipótesis de que presentan síntomas de agotamiento físico y emocional. No debemos olvidar que realizan una labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo, permitiendo que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que sus discapacidades funcionales les imponen.

Tras comentar el tema con los miembros del equipo, se establece la necesidad de cuidar, e incluso “mimar” a estos cuidadores, ya que facilitan nuestro trabajo diario. Por una parte, son la persona de referencia si queremos obtener información sobre hábitos de vida o costumbres, haciendo que la experiencia de hospitalización resulte lo menos traumática posible para este tipo de pacientes tan vulnerables. Además, incluso durante la hospitalización, nos pueden ayudar en el mantenimiento de las actividades de la vida diaria, como son la higiene personal, la alimentación, o yendo más allá, las relaciones sociales. Aportan compañía y seguridad, lo que siempre nos va a favorecer. Por lo tanto, lo que pretendo averiguar, y que se convierte, pues, en mi objetivo, es: ¿A qué nivel de sobrecarga están sometidos los cuidadores que encontramos en nuestro servicio? ¿Están estos cuidadores con los que nos relacionamos a diario realmente tan cansados de su rol de cuidador como refiere la bibliografía?

MATERIAL Y MÉTODOS

Como miembro del equipo de enfermería del servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Alicante, y habituada al cuidado de este tipo de pacientes, realizo, al igual que mis compañeros, una valoración inicial de cada uno de ellos al ingreso en nuestro servicio. Esta valoración consiste, entre otras cosas, en la cumplimentación de una hoja establecida para este efecto elaborada por miembros del propio hospital, avalada por la importancia que tiene la Historia Clínica en general y los registros de Enfermería en particular. Esta hoja de valoración se presenta de forma semiestructurada, con ítems tanto abiertos como cerrados, facilitando su cumplimentación por parte de los profesionales.

A su vez, uno de los ítems a valorar al ingreso de cada paciente es el denominado "Estatus funcional". Se mide la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades de su vida diaria, mediante una forma objetiva y utilizada en todo el mundo por muchos profesionales, que es la escala de capacidad funcional de la OMS. Con ello definimos la autonomía de cada persona que ingresa en nuestro servicio e intentamos determinar la carga de trabajo a la que estamos sometidos.

Escala de capacidad funcional de la OMS

CAPACIDAD FUNCIONAL	GRADO
Actividad completa. Puede cumplir con todos sus quehaceres al igual que antes de la enfermedad sin ninguna restricción.	0
Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio y capaz de llevar a cabo trabajos ligeros o sedentarios (Ej. faenas caseras leves, trabajo de oficina)	1
Ambulatorio y capaz de cuidarse, pero no de llevar a cabo cualquier trabajo. Permanece encamado durante menos del 50% de las horas de vigilia.	2
Sólo puede cuidarse en parte. Permanece encamado durante más del 50% de las horas de vigilia.	3
Totalmente inválido e incapaz de cuidarse. Encamado por completo.	4
Muerto.	5

A menudo la hoja de valoración no se completa en su totalidad, priorizando el tipo de información necesaria en cada caso. Pero un dato que nunca pasamos por alto es la existencia o no de un cuidador principal del paciente ingresado y un número de teléfono mediante el cual poder contactar con él.

Se establecieron unos criterios con el fin de detectar a los cuidadores susceptibles de estudio. Durante el período comprendido entre el 1 de Enero y el 15 de Marzo de 2008, se revisó la hoja de valoración de enfermería cumplimentada al ingreso de cada nuevo paciente, descartando aquellas en las que el estatus funcional de la persona ingresada determinado mediante la escala funcional de la OMS fuera grado 1 ó 2. Obviamente, aunque la escala mida el grado de capacidad funcional hasta 5, éste último nivel queda también descartado, puesto que en este caso el paciente ya ha fallecido. Así, sólo se aceptaron los pacientes ingresados durante el periodo definido cuya capacidad funcional fuera grado 2, 3 o 4.

Una vez determinados los pacientes sobre los que trabajar, se localizó en la misma hoja de valoración de enfermería al cuidador principal del mismo, en caso de haberlo. Durante la jornada laboral se habló con él, de forma informal, y se le pidió su colaboración mediante la cumplimentación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Existen varias versiones de esta escala, y se esogió la más extendida, que consta de 22 ítems. Puesto que es un instrumento autoadministrado, no exigió demasiado tiempo dentro del turno de trabajo del profesional de enfermería. Se explicó, de manera breve, en qué consiste la escala y cómo debía contestarse y se recogió, cumplimentada o no, al cabo de 24 horas. A partir de ahí se trabajó con el material obtenido.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Durante el período comprendido entre el 1 de Enero y el 15 de Marzo de 2008 se registraron 31 ingresos de pacientes con una valoración de su capacidad funcional según la OMS de grado 2, 3 o 4. En todos los casos se detectó al cuidador principal, siendo habitualmente la persona que más tiempo pasaba en el Hospital junto al paciente.

De los 31 cuidadores a estudio, sólo 27 consintieron en contestar la escala de Zarit, lo que significa que un 87% respondió a la petición que se les hizo. Los 4 casos restantes se negaron alegando cansancio o simplemente, falta de interés.

Aunque no conste como algo específico en la hoja de valoración al ingreso, de forma rutinaria el equipo de enfermería recoge el sexo y la relación directa del cuidador principal en relación con la persona ingresada. A partir de esta información, los resultados sociodemográficos de los 27 cuidadores estudiados se recogen en la tabla 1.

VARIABLE		TOTAL	PORCENTAJE
SEXO	Hombre	8	29,6%
	Mujer	19	70,4%
PARENTESCO	Cónyuge	4	14,9%
	Hijo/a	13	48,1%
	Hermano/a	5	18,5%
	Otros	5	18,5%

Tabla 1: resultados sociodemográficos de la variable a estudio: cuidadores

Destaca, en cuanto a la variable sexo, la mayoritaria presencia de mujeres ejerciendo el papel de cuidadoras frente al de los hombres. En cuanto al tipo de parentesco la mayoría tiene relación directa con la persona cuidada, siendo hijo/a el grupo más numeroso. Tan sólo 5 cuidadores no se encuentran entre los cónyuges, hijos/as o hermanos/as de la persona cuidada, hallando así 2 nueras y 3 vecinos/amigos.

Aunque la escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit no cuenta con normas ni puntos de corte estándar establecidos para su análisis, la puntuación máxima que se puede obtener es de 88, siendo la mínima de 0. De las 27 escalas cumplimentadas la que obtuvo menor puntuación fue 21, siendo la máxima 65. Se entiende que estos valores extremos tan diferentes guardan relación, además de con las circunstancias particulares de cada caso, con el grado de capacidad funcional de la persona cuidada. Es más, la bibliografía avala la teoría de que, a mayor incapacidad, mayor sobrecarga del cuidador. Aunque en 2 de las escalas hay 1 y 2 ítems sin responder, la media de los totales de las 27 escalas con las que contamos es de 41,3. Puesto que la sobrecarga total sería de 88, se deduce que el hecho de no alcanzar ni siquiera la mitad de este valor es algo positivo, pudiendo hablar en términos de niveles de sobrecarga “medios” para los cuidadores estudiados.

La tabla 2 muestra de forma detallada los resultados obtenidos en cuanto a puntuaciones en la escala de Zarit. Se recoge la frecuencia de cada respuesta en cada uno de los 22 ítems, y el porcentaje de respuestas con puntuación 3.

Tabla 2: resultados en la Escala de Zarit (frecuencia de respuestas obtenidas en los distintos ítems de la Escala de Zarit)

ÍTEMS	PUNTUACIONES					Nº total de respuestas	% respuestas con puntuación ≥ 3
	0	1	2	3	4		
1	4	1	5	5	12	27	62.9
2	1	2	9	10	5	27	55.5
3	0	1	8	8	10	27	66.6
4	14	10	3	0	0	27	0
5	7	12	6	2	0	27	7.4
6	3	3	10	6	5	27	40.7
7	9	8	4	5	1	27	22.2
8	1	1	1	9	15	27	88.8
9	5	10	7	5	0	27	18.5
10	8	2	10	6	1	27	25.9
11	0	1	8	11	7	27	66.6
12	4	4	12	5	2	27	25.9
13	10	9	6	2	0	27	7.4
14	0	1	1	10	15	27	92.5
15	11	8	6	0	0	25	0
16	9	11	4	3	0	27	11.1
17	11	8	5	2	0	26	7.4
18	1	2	16	7	1	27	29.6
19	10	5	10	2	0	27	7.4
20	11	7	7	2	0	27	7.4
21	10	3	9	4	1	27	18.5
22	0	1	5	13	8	27	77.7

Leyenda

0= Nunca

1= Rara vez

2= Algunas veces

3= Bastantes veces

4= Casi siempre

Destaca, en el extremo superior, el ítem número 18, en el que 16 de los 27 encuestados han contestado que algunas veces desearían poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona. También resultan llamativos otros valores que le siguen en cuanto a puntuación. Así, el 55.5% del total piensa que casi siempre su familiar depende de él (ítem número 8), o igualmente, el 55.5 % del total piensa que casi siempre su familiar le considera la única persona capaz de cuidarle (ítem número 14).

Aunque la respuesta al ítem 22 no corresponde exactamente con la leyenda de la Escala de Zarit, sí refleja la sensación general que experimentan los cuidadores al hacerse cargo del cuidado de otra persona. Es curioso que, aunque la media obtenida de todas las escalas es de 41,3, que se ha definido con anterioridad como un nivel de sobrecarga “medio”, el 48.1% de los encuestados otorgan una puntuación de grado 3 a este ítem, refiriendo así como “bastante carga” la experimentada, a nivel global.

También parece interesante destacar el porcentaje de ítems con una puntuación 3, por destacar aquellas afirmaciones con mayor niveles de sobrecarga. Así, llaman la atención de nuevo los ítems 14 y 8, en los que el 92.5% y el 88.8 % respectivamente de los cuidadores encuestados otorgan una puntuación de 3 o 4 a ambos ítems. Es decir, el 92.5% de los cuidadores piensan que bastantes veces o casi siempre su familiar le considera la única persona capaz de cuidarle (ítem número 14), y el 88.8% de los cuidadores piensa que bastantes veces o casi siempre su familiar depende de él (ítem número 8). También señalar que el 0% de los encuestados siente vergüenza por la conducta de su familiar a este nivel (ítem número 4), al igual que ningún cuidador piensa bastantes veces o casi siempre que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos (ítem número 15).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En España, en la actualidad, y a pesar de momento de la puesta en marcha aún no completa de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE n.299 de 15/12/2006) el cuidado informal es el soporte más importante que reciben las personas con diferentes grados de dependencia. Por este motivo este pequeño estudio de aproximación a las personas que realizan estos cuidados en el servicio de Medicina Interna del Hospital general de Alicante resulta adecuado al mismo tiempo que oportuno.

He podido encontrar en una herramienta de trabajo como es la Hoja de Valoración de Enfermería al ingreso un instrumento útil para la detección de cuidadores informales de los pacientes ingresados en el servicio descrito. Ha aportado datos significativos sobre el cuidador principal, como el grado de parentesco en relación a la persona cuidada, pero indudablemente se debería completar para hacer un análisis socio-demográfico mas profundo. En cualquier caso, resulta práctico sacar provecho de una herramienta que se utiliza de forma protocolizada, optimizando su utilidad.

La muestra del estudio es pequeña, por lo que debería plantearse otro estudio mejor definido con un plazo de tiempo más amplio. De esta manera, contando con

una información más completa se podría hacer un mejor análisis con la ayuda de un programa estadístico que sin duda aportaría resultados más interesantes.

Obviamente este estudio solo pretende ser una aproximación al estado de los cuidadores informales desde un ámbito hospitalario concreto. A pesar de eso, aporta datos interesantes que sugieren una relación directa entre la realidad existente sobre los cuidadores informales de los pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital de Alicante y los datos aportados por la bibliografía al respecto. De todas formas, la gran mayoría de esta bibliografía aborda el tema desde la Atención Primaria de Salud o desde diferentes consultas, pero poco se ha tratado desde éste otro ámbito asistencial, no menos importante. De hecho, existen incluso guías para el cuidado del cuidador informal desde las consultas de enfermería, asumiendo el gran apoyo que suponen, en concreto, para nuestro colectivo profesional. Lo que se pretende, desde este nivel, es la detección de signos de cansancio tanto físico como psíquico en el desempeño del rol del cuidador, al mismo tiempo que se refuerzan los conocimientos en relación con los cuidados a aplicar.

Puesto que la Educación para la salud forma parte de nuestro trabajo diario, independientemente del ámbito donde trabajemos, ¿No sería acertado incidir también desde el propio Hospital, creando nuestras propias guías para el cuidado y la formación del cuidador? ¿Qué mejor entorno para ello que el de una planta hospitalaria, donde los cuidados son el eje del trabajo del equipo de enfermería a diario? Se deja así una puerta abierta para este tipo de análisis, ya que queda claro que desde la atención especializada el equipo sanitario juega un papel crucial en la formación y el mantenimiento del bienestar del cuidador informal.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán García, A. Envejecimiento en Europa: protección social y familiar. En Gozávez V. Europa, una demografía en transformación. Alicante: Universidad de Alicante, 1999.
- Dejo Vásquez M. Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. Avances en Psicología Latinoamericana/ Bogotá, 2007. Vol. 25(1) pp.64-71
- García Calvente MM, Mateo I, Gutierrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1999.
- García. Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Maroto- Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac. Sanit. 2004;18:83-92.
- INSERSO. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO; 1995.
- IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2002. <http://www.imserso-mayores.CSIC.es/estadísticas/información/informe2002>.
- IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. 2005.
- Kaplan BH, Cassel JC, Gore S. Social support and health. Med Care; 1977; 15: 47-58.
- López O, Lorenzo A, santiago P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. Aten. Primaria 1999;24:404-410
- Martín M, Salvado I, Nadal S, Mijo LJ, Rico JM, et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de Sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev. Gerontol. 199;6:338-346.
- Mateo I, Milán A, García-Calvente MM, Gutierrez P, Gonzalo E, et al. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar.
- Montorio I, Izal M, López A y Sánchez M (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Anales de Psicología, 14(2), 229-248.

- Rodríguez Rodríguez, Pilar. El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Fundación alternativas. Documento de trabajo 87/2006.
- Schultz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality. The caregiver health effects study. JAMA 1999;282:2215-2219.
- Seira M, Blanco A, Calvo A. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmobilizados de una zona rural. Rev. Esp. Salud Pública 2000, 26:25-34
- World Health Organization, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association. Ottawa Charter of Health Promotion. Health Promotion. 1986; 1(4): iii-v.
- Wright K. The economics of informal care of the elderly. Kent: University of Kent, Center for Health Economics; 1983

Anexo 1: Hoja de valoración de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante

GENERALITAT VALENCIANA <small>CONSELLERIA DE SANITAT</small>		<small>Hospital General Universitario de Alicante y Centro de Especialidades Raras</small>	<small>PRIMER COSPION PRIMER APLICADO</small> <small>SEGON COSPION COSPION APLICADO</small> <small>HON. TITULAR:</small> <small>DATA DE REALIZACIÓ</small> <small>FOLHA DE INSCRIpcIó:</small>
<small>SERVEI / SERVIDOR</small> <small>SERVIDOR / SERVIDORA</small> <small>UNICIÓN</small> <small>UBICACIÓN:</small> <small>CONDUCTA EXTERNA</small> <input type="checkbox"/> <small>CORREO DE ESPECIALIDADES</small> <input type="checkbox"/>	<small>FOLHA FAMA</small> <small>FOLHA FAMA</small>	<small>SEX</small> <small>M</small> <input type="checkbox"/> <small>F</small> <input type="checkbox"/> <small>C.L.P.</small> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<small>NOME D'INSTRUMENT</small> <small>DATA DE INSCRIPCIO</small> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> <small>NOME D'INSTRUMENT</small> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
FULL DE VALORACIÓ D'INFERMERIA / HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA			
<small>Motivo de ingreso/diagnóstico médico</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<small>Constantes: FC: _____ TP: _____ TA: _____</small> <small>Estado funcional</small> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
<small>Procedencia</small> <small>Ingreso por primera vez: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></small> Antecedentes: <small>ALERGIAS</small> _____ <small>Enfermedades previas</small> _____ <small>Tratamientos previos</small> _____	Seguridad: • Estado de conciencia _____ • Fricción de algún elemento de seguridad: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Tipo _____		
Hábitos: <small>Hábitos tóxicos: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></small> <small>Tipo</small> _____ <small>Preferencias en su alimentación y dieta</small> _____	Estado de piel y mucosas: <input type="checkbox"/> No alterado _____ <input type="checkbox"/> Alterado: _____ <small>Kusigo LPE</small> _____		
NESIDADES BÀSICAS	Prótesis: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Tipo: _____		
RESPIRACIÓ: <input type="checkbox"/> No alterado _____ <input type="checkbox"/> Alterado: _____ <small>(olor, color, secreció...)</small>	Capacidad sensorial: <input type="checkbox"/> No Alterado _____ <small>(Por su atención)</small> <input type="checkbox"/> Alterado _____		
ALIMENTACIÓ: <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Dependiente <small>Necesita ayuda</small> _____ <small>Presenta problema</small> _____	Aspectos psicológicos y sociales: _____ _____ _____ • Cuidador principal _____ • Teléfono de contacto _____		
ELIMINACIÓ: <input type="checkbox"/> Aus. Incontinencia <input type="checkbox"/> Dependiente • Fecal: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Urinaria: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • Sordera: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • Ceguera: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <small>Patrón de eliminación fecal</small> _____	VALORACIÓN ESPECÍFICA _____ _____ _____ _____		
DESCANSO: <input type="checkbox"/> No alterado _____ <input type="checkbox"/> Alterado _____ <small>Patrón de descanso</small> _____	<small>Apellidos</small> _____ <small>Nombre</small> _____ <small>Fecha</small> _____		
ASEO E HIGIENE: <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Dependiente <small>Estado de higiene</small> _____	<small>Firma</small> _____		
Móvil: <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Dependiente <small>Estado de movilidad</small> _____	_____		

Anexo 2: ENTREVISTA SOBRE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR (Zarit y Zarit, 1982)

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0= Nunca; 1= Rara vez; 2= Algunas veces; 3= Bastantes veces; 4= Casi siempre

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?
0 1 2 3 4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?
0 1 2 3 4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?
0 1 2 3 4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?
0 1 2 3 4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
0 1 2 3 4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?
0 1 2 3 4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?
0 1 2 3 4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?
0 1 2 3 4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?
0 1 2 3 4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?
0 1 2 3 4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?
0 1 2 3 4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?
0 1 2 3 4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?
0 1 2 3 4

14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?
0 1 2 3 4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?
0 1 2 3 4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
0 1 2 3 4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?
0 1 2 3 4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?
0 1 2 3 4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?
0 1 2 3 4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?
0 1 2 3 4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?
0 1 2 3 4
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?
0 1 2 3 4

COMUNICACIÓN 4.

DIFUSIÓN DE LA ASISTENCIA AL PARTO EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. UNA EXPERIENCIA INFORMATIVA

M. Paz de Miguel Ibáñez*. M. Ángeles Beneyto Francés**.
Laura Ranedo Metola*. Violeta Navío Abril*

* *Matronas. Hospital General Universitario de Alicante*

** *Matrona. Hospital Verge dels Liris (Alcoi, Alicante)*

Quisiéremos reconocer la labor realizada por Isabel Álvarez, actualmente matrona del Hospital Comarcal "Vega Baja" por invitarnos a participar en esta iniciativa.

Esta iniciativa nos parece similar a la que se realiza en el Hospital de Santa Caterina (Girona) (Llopart y cols. 2008).

INTRODUCCIÓN

Hace ya algunos años que, a iniciativa de nuestras compañeras de Atención Primaria, comenzamos en el Hospital Comarcal “Vega Baja” (Orihuela, Alicante), unas charlas informativas sobre el modo de asistir los partos en dicho hospital. La experiencia tuvo unos resultados sumamente satisfactorios dado que permitía en un foro común, transmitir un modo de trabajar, presentar al equipo de paritorio, y permitir la resolución de las dudas que pudieran tener quienes asistían a la charla. En un principio tan sólo quisimos favorecer la comunicación entre las mujeres de nuestra Área de Salud y quienes formábamos parte del equipo asistencial. Las charlas incluían el trabajo realizado en maternidad, y algunas informaciones de interés sobre el servicio de Neonatología.

De esta primera etapa tan sólo podemos exponer la percepción personal de quienes formábamos el equipo, y los comentarios favorables de quienes asistieron a las charlas.

En nuestra nueva etapa laboral en el Hospital General Universitario de Alicante, expusimos la posibilidad de retomar las charlas informativas adaptadas, no sólo al nuevo espacio e infraestructuras, sino a una nueva forma de plantearnos la asistencia al parto, más a tono con las nuevas tendencias.

Dentro de la revisión bibliográfica realizada, en el trabajo de Ortega y cols. (2001) se expone la necesidad de aumentar la calidad y la cantidad de información proporcionada tanto a la mujer como al acompañante, con el fin de incrementar la calidad de los cuidados, la satisfacción de las usuarias, disminuir la ansiedad y aumentar su colaboración durante el parto. Teniendo en cuenta que la eficacia de las técnicas informativas depende en gran manera del estilo de afrontamiento de cada persona. Diversas investigaciones (Moix, 1998; Zabalegui y cols. 2002;) muestran que la información produce efectos beneficiosos a los pacientes “vigilantes” mientras que puede provocar efectos contraproducentes en personalidades “evitadoras”.

Sánchez (2001) constató que los diagnósticos enfermeros que aparecieron con más frecuencia durante el proceso de parto fueron dolor, seguido de ansiedad y temor. Dedujo que el diagnóstico de ansiedad se relacionó mayoritariamente con la falta de conocimientos o falta de información, y advirtió la importancia de mantener adecuadamente informada a la mujer sobre el proceso de parto, ya que se sabe que en muchas mujeres, el aumento de información disminuye la ansiedad, da seguridad a la mujer y le posibilita para desarrollar conductas positivas en relación con la evolución de su parto.

No podemos obviar que en los últimos años nuestra profesión está inmersa en un periodo de profunda reflexión respecto a las prácticas asistenciales durante el parto. Esta circunstancia se ve reflejada en los cambios de actitud que muchas de nosotras estamos viviendo ya que, no nos olvidemos, somos hijas de nuestro tiempo, y muchas de nosotras hemos sido formadas desde una perspectiva profundamente intervencionista y medicalizada. Este modo de asistencia está cambiando de forma que hay numerosa bibliografía que recoge los nuevos protocolos y propuestas de actuación (Asociación Nacional de Matronas, 2005; VV.AA. 2005; FAME, 2007; SEGO, 2007; Sistema Nacional de Salud, 2007). Del mismo modo, los recursos espaciales y mobiliarios están siendo revisados y reacondicionados a las nuevas formas de atención.

Transmitir esta realidad es lo que nos hemos propuesto en esta actuación, si bien, a raíz de la invitación a presentar nuestra experiencia en el Congreso Nacional de Matronas, elaboramos una encuesta sencilla, a través de la cual pidiéramos obtener la opinión de las mujeres sobre esta iniciativa.

De forma paralela, durante el tiempo que estuvimos preparando la charla para el nuevo foro de Alicante, dos de nosotras (M. Ángeles Beneyto y Laura Ranedo) en ese momento residentes de matrona en el H.G.U. de Alicante, elaboraron su trabajo de investigación con el fin de valorar la posible disminución de la ansiedad a partir de la información sobre el modo de asistir el parto en el hospital (Beneyto y Ranedo, 2008). El trabajo se realizó a través de la elaboración de un vídeo en el que se recogía la información que consideraron fundamental para que la mujer conociera la forma de trabajo, el personal y el medio en el que se iba a desarrollar el parto. Se favoreció el diálogo con la mujer y su pareja, con el fin de aclarar las dudas que pudieran tener. El vídeo se fue pasando de forma individual a mujeres del grupo experimental, ingresadas por diferentes causas (rotura prematura de membranas, embarazo en vías de prolongación, patología materna, patología fetal, etc.), en los días precedentes al nacimiento. En la mayoría de ellas el parto se produjo en las 72 horas siguientes a la información. En ese trabajo (Beneyto y Ranedo, 2008) la medición de la ansiedad se realizó a partir de la encuesta validada Cuestionario STAI, que consta de dos subescalas para evaluar la ansiedad. La encuesta se pasó tanto al grupo control como al experimental previamente a la realización de la intervención educativa, y con el fin de conocer la ansiedad rasgo de la muestra. Posteriormente se volvió a medir el nivel de ansiedad a toda la muestra en los momentos iniciales de estancia en la sala de dilatación, con el fin de conocer si éste variaba en aquellas mujeres que habían sido informadas del proceso respecto de las que disponían de la información convencional. Algunos de los resultados de este trabajo serán referenciados en la discusión de este artículo.

El trabajo que aquí presentamos no se ciñe estrictamente a la metodología científica al uso, hay que considerar que no fue nuestra intención que esta fuera su finalidad. No obstante, presentaremos algunos resultados extraídos de las encuestas, e intentaremos hacer una valoración de la experiencia con el fin de darla a conocer, esperando que sirva para discutir otras iniciativas similares.

Somos conscientes de las limitaciones que posee este estudio si bien las asumimos, y dejamos una vía de investigación abierta a nuevos planteamientos e interpretaciones.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo principal siempre ha sido aproximar el modo de atención al parto, preferentemente el normal, por parte de las matronas, en un determinado ámbito hospitalario, en nuestro caso el Hospital General Universitario de Alicante.

Como objetivos secundarios consideramos la necesidad de abrir una vía de diálogo con las mujeres y sus acompañantes, en el que se puedan resolver sus dudas y escuchar sus propuestas, con el fin de mejorar la asistencia.

Igualmente, intentamos potenciar el protagonismo de las parejas, ofreciendo información sobre la importancia de su colaboración y apoyo durante la dilatación, el expulsivo y el postparto inmediato (Hodnett y cols., 2007).

DESARROLLO DE LA CHARLA

Creemos relevante transmitir cómo se desarrolla la charla informativa y cuáles son los elementos básicos a partir de los cuales la hemos articulado.

Partimos, cómo no, de la explicación de por qué nuestra especie, al ser bípeda, tiene unos condicionantes anatómicos que dificultan el parto, lo que supone que muchos de ellos requieran la prestación de ayuda por parte de otra persona (Arsuaga y Martínez, 1998: 189-195; Rosemberg, 2005), en nuestro caso por una matrona.

Mostramos cómo diferentes culturas han representado la asistencia al parto y, aunque no siempre las parturientas están acompañadas, en muchas de esas imágenes las mujeres están acompañadas y asistidas por otras personas (preferentemente por mujeres) (Cultura Mochica, Roma, Chipre, etc.). Presentamos imágenes que muestran cómo las posturas han ido variando a lo largo de la historia, haciéndose frecuente la representación de la mujer acostada a partir del Renacimiento (De la Fuente, 2007; vid. representaciones del parto de la Virgen en numerosos cuadros). Exponemos representaciones que muestran situaciones en las que se observan dificultades durante el expulsivo que requieren la realización de maniobras y el uso de instrumentos con la finalidad de permitir la expulsión fetal con el mejor resultado posible (Orengo, 1963: 315; González y Del Sol, 1982: 228; O'Dowd y Philipp, 1995: 118-127).

A continuación presentamos una serie de diapositivas en las que se explica quiénes formamos el equipo asistencial (tocólogos@s, matronas, auxiliares y celador@s), indicando de forma somera cuáles son las funciones de cada colectivo.

Les explicamos cómo se distribuye el espacio y qué medios físicos están a su disposición durante su estancia en la unidad (sala de ingresos, dilataciones individuales, monitores, pelotas, sillas, paritorios y sala de postparto).

Hacemos un pequeño repaso sobre la definición de parto eutócico, sobre cuándo empieza un parto, cuándo acudir al hospital, signos de alarma, etc.

Una vez que la mujer ingresa de parto será sometida a una serie de protocolos que les son explicados (analítica, monitorización, etc.), dejando como prácticas opciona-

les aquellas que en la actualidad están cayendo en desuso (rasurado, enemado) (Basevi y Lavender, 2007; Cuervo y cols. 2007). Les mostramos los documentos que son rellenados (partograma, historia del recién nacido, cartilla sanitaria infantil).

La charla continua indicando cuáles son las fases del parto, cómo realizamos la asistencia, cómo será la monitorización, etc. Potenciamos en este punto la importancia de buscar la postura en la que la mujer esté más cómoda, cómo crear un ambiente relajado, y la relevancia de que la persona que le acompañe le ayude y potencie su vivencia y protagonismo (Grupta y Hofmeyer, 2006; Hodnet y cols., 2007). Dado que en ocasiones será necesaria la rotura artificial de membranas y la monitorización interna (FCF, presión uterina, pH), se indica cuál es su finalidad y su importancia en determinados casos.

Hacemos mención a las opciones de anestesia disponibles en nuestro servicio. Explicamos la anestesia epidural, con unas imágenes que muestran la técnica y aparataje utilizado; refiriéndonos, igualmente, a la anestesia local y sus indicaciones.

El siguiente bloque se centra en el expulsivo y el alumbramiento. Cuándo empieza cada fase, qué notará, qué posturas puede utilizar, etc. Aunque la mayoría de los partos en nuestra unidad son atendidos en paritorio, en determinadas ocasiones lo son en la silla obstétrica, o en la cama. Estamos en espera de que se nos proporcione una cama adecuada que permita la asistencia de los partos de bajo riesgo en la dilatación.

Es una realidad común en la asistencia al parto normal la disminución del porcentaje de episiotomías realizadas, avaladas por recientes revisiones bibliográficas (Carroli y Belizán, 2007). En nuestro caso se ha producido un significativo descenso en su práctica (Marín y cols. 2006), si bien es cierto que es aun frecuente su realización. Por ello explicamos en qué consiste, cuándo se realiza, cómo se repara y cuáles son los cuidados básicos para su curación.

Un tema que suele preocupar a las mujeres y sus parejas es qué atención inmediata se da al recién nacido. En la actualidad los cuidados referidos a la profilaxis y somatometría, se difieren en el tiempo, permitiendo el contacto “piel-a-piel” tras el nacimiento (Anderson y cols., 2007). Si el estado de salud del neonato no lo requiere antes, aprovechamos cuando la madre es transportada a la sala de postparto, adyacente a los paritorios, para realizar dichos cuidados.

Nuestro hospital es un centro acreditado para la donación de sangre de cordón, por ello hemos incluido un apartado para informar sobre el tema, ya que observamos un cierto desconocimiento de este hecho que repercute, a nuestro entender, en un bajo porcentaje de donaciones.

Durante el postparto inmediato la mujer y su acompañante permanecen junto al recién nacido durante aproximadamente dos horas. Será el momento durante el cual además de controlar el estado de ambos, aprovechamos para iniciar una correcta lactancia materna, implicando a la pareja en el cuidado y atención de la mujer y del recién nacido.

En la charla se ha incluido información sobre el proyecto de “Parto sin ingreso”. Experiencia que se está llevando acabo con un nutrido equipo de profesionales de este hospital.

Tras la exposición se abre una ronda de preguntas para que el foro pueda expresar sus dudas y, de alguna manera, nuestras respuestas favorezcan a que quienes acudan a nuestro servicio vengan con una actitud positiva y de confianza. En este momento hemos contado con el apoyo del equipo médico, lo que ha permitido responder a cuestiones específicas relacionadas con patologías y complicaciones que se escapan de nuestro campo directo de actuación.

Aunque nuestra intención es la de plantear temas generales que puedan aclarar cuestiones útiles para la mayoría de las asistentes suele ser inevitable, como veremos, que surjan preguntas concernientes a casos particulares. Igualmente, se plantean dudas sobre las nuevas formas de asistencia en comparación con las propias experiencias referidas a partos anteriores.

En estas charlas que hemos pretendido que fueran claras y precisas, hemos pasado una encuesta cuyos resultados serán expuestos a continuación. No obstante, creemos importante incidir en que la finalidad de esta experiencia no es la de realizar un trabajo de investigación, sino la de crear un foro que permita a la mujer parir en un clima de confianza, a partir del conocimiento del modo de asistencia en nuestra unidad.

OBTENCIÓN DE LOS DATOS

Para presentar el interés que ha suscitado esta experiencia decidimos elaborar una encuesta de opinión que fue repartida tras cada una de las dos charlas impartidas hasta el momento (Anexo I). En este caso se utilizó una encuesta de elaboración propia, diseñada para la ocasión. Contiene un primer bloque de preguntas relacionadas con el perfil socio-demográfico. El segundo se centra en los datos obstétricos. Pasamos después a evaluar el espacio y los medios técnicos. Preguntamos sobre la claridad de la exposición, sobre si se han aclarado las dudas, etc., terminando por preguntar si se recomendaría la asistencia a la charla a otras mujeres de su entorno.

RESULTADOS

La encuesta fue realizada a 187 mujeres en dos sesiones diferentes, una realizada en mayo y la segunda en julio de 2008. Se han desechado 3 al no estar debidamente cumplimentadas, por lo que la muestra total analizada es de 184.

La media de edad fue de 26'13 años, teniendo la más joven 17 y la mayor 42. El 26'1 % (n = 48) eran solteras y el 73'9 % (n = 65) casadas.

El nivel de estudios estaba compuesto por un 16'3 % (n = 30) de mujeres que tenían estudios primarios, 35'33 % (n = 65) secundarios y 48'37 % (n = 89) universitarios.

Dentro de la situación laboral el 11'96 % (n = 22) trabajan en casa, el 7'06 % (n = 13) están en el paro, el 1'63 % (n = 3) trabajan por cuenta propia, y el 79'35 (n = 146) trabajan por cuenta ajena.

Sobre el origen de las mujeres el 89'13 % (n = 164) eran españolas, y el 10'87 % (n = 20) no. Los países de origen eran: Italia, Bulgaria, Polonia, Ucrania, Argelia, Marruecos, Guinea, Ecuador, Colombia, Perú, Bolivia, Paraguay, Chile y Argentina.

A la pregunta de si han acudido a la charla con su pareja el 76'63 % (n = 141) fueron con ella, frente al 23'37 % (n = 43) que acudieron solas.

En los referente a la paridad destaca que el 80'43 % (n = 148) eran primíparas, mientras que el 19'57 % (n = 36) eran secundíparas o múltíparas.

El 77'72 % (n = 143) habían acudido a la preparación maternal con su matrona del Centro de Salud, y el 22'28 % (n = 41) no.

Un tema que nos interesaba era conocer cuál había sido la fuente por la que se habían enterado de la charla, destacando que el 82'61 % (n = 152) se había enterado por su matrona en el Centro de Salud, el 11'41 % (n = 21) en el hospital, y el 5'98 % (n = 11) se habían enterado por otros medios entre ellos, nos llamó la atención que tres de ellas se habían enterado por foros de Internet.

El bloque de preguntas referidas a los medios técnicos e infraestructuras así como a la forma de impartir la charla nos ha dado los siguientes resultados:

	mal	regular	bien	muy bien
El material utilizado	0 % n = 0	5'98 % n = 11	58'7 % n = 108	35'32 % n = 65
La sala es cómoda	1'08 % n = 2	5'44 % n = 10	34'78 % n = 64	58'7 % n = 108
El horario me ha parecido	1'63 % n = 3	14'13 % n = 26	48'91 % n = 90	35'33 % n = 65
¿El tema ha sido de interés?	0 % n = 0	0'54 % n = 1	25'54 % n = 47	73'92 % n = 136
¿Ha sido amena?	0 % n = 0	3'26 % n = 6	31'52 % n = 58	65'22 % n = 120
¿Se ha comprendido?	0 % n = 0	2'17 % n = 4	35'33 % n = 65	62'5 % n = 115

Respecto a la pregunta de ¿Cómo le parece que le han transmitido la información?

Las imágenes han estado bien, la explicación poco clara	1'63 % (n = 3)
La explicación y las imágenes me han aclarado cómo se atiende a la mujer cuando llega de parto	91'84 % (n = 169)
No me imagino el paritorio con las imágenes presentadas aunque la explicación ha sido clara y útil	6'53 % (n = 12)
Ni las imágenes ni la explicación me han parecido útiles para ese día	0 % (n = 0)

En lo referente a los aspectos tratados y su utilidad:

Plantear nuevas dudas	11'95 % (n = 22)
Resolver las que ya tenías	80'44 % (n = 148)
No han cambiado nada	7'61 % (n = 14)

En el apartado referido a si la charla complementa la información recibida durante la educación maternal, el 92'94 % (n = 171) cree que sí, mientras que el 7'06 % (n = 13) cree que no.

En el apartado a Después de la información recibida, su temor al parto, ha aumentado para un 13'04 % (n = 24), mientras que para un 29'35 % (n = 54) ha disminuido y para algo más de la mitad de la muestra 57'61 % (n = 106) sigue teniendo el mismo temor.

Respecto a la pregunta sobre ¿Qué le ha parecido la duración de la sesión? A ninguna de las mujeres de la muestra le pareció excesivamente larga, a un 89'67 % (n = 165) les pareció adecuada y corta a un 10'33 % (n = 19).

En lo referente a los horarios el 66'85 % (n = 123) preferiría un horario de mañanas, frente al 33'15 % (n = 61) que prefiere el de tarde.

Es de destacar que el 100 % (n = 184) de las mujeres recomendarían la asistencia a la charla.

En la encuesta, igualmente, se dejó un espacio en blanco con el fin de que nos hicieran las observaciones que creyeran pertinentes.

Aunque los temas son variados hemos creído interesante recoger las opiniones que las mujeres nos han expresado (Anexo II).

Las hemos clasificado en tres apartados. Por una parte las sugerencias referidas a la ampliación de la información (partos instrumentales, cesáreas, etc.), técnicas intervencionistas (uso de la oxitocina, etc.), e incluso conocer el testimonio directo de mujeres que hayan tenido un parto poco intervenido, entre otras. El segundo apartado recoge la opinión sobre la charla y el modo de asistir a los partos, tanto el que ha sido expuesto, como las experiencias propias. El tercer bloque recoge los comentarios suscitados por el horario en el que se desarrolló el encuentro (10-12 horas).

Por último hemos recogido sucintamente las cuestiones que fueron planteadas en la sala (Anexo III). De nuevo podríamos hacer diversas subdivisiones en las que agrupamos los diferentes temas planteados en el debate. Por una parte estarían las dudas, que pudieran interesar a un porcentaje significativo de las asistentes (oxitocina, episiotomía, epidural, partos instrumentados, opciones de parto, planes de parto, parto sin ingreso, etc.). Un segundo bloque en el que varias de las mujeres comentaron experiencias personales en partos anteriores. El tercero lo formarían las opiniones personales ante algunos temas surgidos durante la charla. Por último, algunas consultas sobre aspectos patológicos.

DISCUSIÓN

No es nuestra intención hacer un análisis exhaustivo de cada una de las preguntas realizadas en la encuesta, si bien hay algunos datos que quisiéramos reseñar.

Usaremos para el análisis comparativo algunos resultados obtenidos en la Intervención Educativa (IE) realizada en el hospital (Beneyto y Ranedo, 2008) a pesar de que su muestra es significativamente inferior a la nuestra.

Dentro de los datos sociodemográficos nos parece relevante el nivel de estudios de las asistentes a la charla. Si comparamos los nuestros con los de la IE, se observa que a la charla acudió un mayor porcentaje de mujeres con estudios universitarios. Consideramos que esta diferencia puede estar relacionada con el hecho de que las charlas en el hospital se realizaron a partir de una convocatoria pública, siendo posible que las mujeres con un nivel de estudios superior dispongan por una parte de mayores facilidades dentro del ámbito de trabajo para acudir a la sesión, y quizás (esta circunstancia habría que contrastarla), la maternidad suscite un mayor interés informativo.

		Charla Hospital N=184		Intervención Educativa N=29	
			%		%
NIVEL ESTUDIOS	Primarios	30	16'3	11	37'9
	Secundarios	65	35'33	8	27'6
	Universitarios	89	48'37	10	34'5

Respecto a la situación laboral también hay ciertas diferencias entre las dos muestras. Consideramos igualmente, que las diferencias pueden deberse a que la charla supone una asistencia voluntaria que requiere un desplazamiento específico para ella, mientras que la IE se realizó entre mujeres ingresadas sin ningún condicionante por temas laborales.

		Charla Hospital N=184		Intervención Educativa N=29	
			%		%
SITUACIÓN LABORAL	Paro	13	7'06	2	6'9
	Asalariada	146	79'35	19	65'5
	Cuenta propia	3	1'63	4	13'8
	Ama de casa	22	11'96	4	13'8

El porcentaje de mujeres extranjeras que acudieron a la charla, es inferior al obtenido en la IE, por lo cual consideramos que es proporcionalmente menor del esperado. Actualmente no disponemos de datos que nos permitan conocer cuál es el tamaño de la población alóctona atendida. Tenemos como referencia el estudio de una muestra recogida en el servicio de Obstetricia entre 2001 y 2004, en el que de 1430 casos el 17'49 % correspondía con mujeres extranjeras (Fernández, 2006: 197). Este dato sería similar al de mujeres procedentes de otros países que participaron en la IE estando ingresadas. Y claramente inferior el de asistentes a la charla.

		Charla Hospital N=184		Intervención Educativa N=29	
			%		%
NACIONALIDAD	Española	164	89'13	24	82'8
	Extranjera	20	10'87	5	17'2

Creemos que es un elemento destacable el hecho de que el 76'63 % (n = 141) de las asistentes lo hicieran acompañadas de sus parejas, preferentemente, y en algunos casos de otro familiar, ya que es nuestra intención explicar la importancia de que quien acompaña durante el parto se convierta en apoyo fundamental de la mujer durante todo el proceso. Del mismo modo, intentamos transmitir que el acúmulo de personas en la sala de espera, en muchas ocasiones, crea un cierto clima de intranquilidad, más cuando la fase de dilatación se prolonga en el tiempo, influyendo negativamente en el estado de ánimo de la mujer y el acompañante. Nos interesa que comprendan que el uso del teléfono móvil altera el clima de relajación que buscamos, si bien este tema daría para un trabajo de investigación en sí mismo.

		Charla Hospital	
		N=184	%
ASISTENCIA ACOMPAÑADA	Sí	141	76'63
	No	43	23'37

La valoración de los medios técnicos y el espacio ha sido bastante satisfactoria, siendo considerados como buena o muy buena.

Una de nuestras mayores preocupaciones es la de saber transmitir la información con un lenguaje claro, adecuándolo a un grupo heterogéneo de asistentes. Creemos que la calificación en lo referentes a la comprensión, amenidad e interés del tema, mayoritariamente como bien o muy bien, nos estimula a seguir con la iniciativa procurando mejorar los aspectos que pudieran ser más farragosos, quizás por emplear un lenguaje demasiado técnico para parte de las asistentes.

Otras cuestiones que debemos referir son las valoraciones sobre cuatro cuestiones que consideramos de gran interés, dada la finalidad de la charla. Éstas son:

- La explicación y las imágenes aclaran cómo se atiende a la mujer cuando llega de parto: 91'84%.
- Los aspectos tratados resuelven las dudas: 80'44%.
- La charla complementa la información recibida durante la educación maternal: 92'94%.
- Recomendarías la asistencia a la charla: 100%.

De los resultados, en general satisfactorios, nos preocupa que casi el 20 % de las mujeres no hayan aclarado sus dudas, a pesar de haber dado pie a que las plantearan en la ronda de preguntas. Dado que pensamos seguir con la experiencia estamos considerando cómo evitar que el 11'95 % (n = 22) de las encuestadas salgan de la charla con nuevas dudas, suscitadas durante la sesión y que no han sido resueltas.

Sí hemos reconocido que nos resulta gratificante la unanimidad (100 %) con que se responde a la pregunta de si aconsejaría la asistencia a la charla a otras mujeres.

CONCLUSIONES

La iniciativa que aquí presentamos supone una nueva forma de aproximar el trabajo asistencial del equipo profesional que asiste a las mujeres de parto en el Hospital General Universitario de Alicante.

El apoyo de las matronas de los Centros de Salud se convierte en fundamental a la hora de difundir y promocionar la iniciativa.

La asistencia de mujeres, sin ser multitudinaria, puede ser considerada muy buena, más teniendo en cuenta las limitaciones de horario tan frecuentes en nuestro entorno socio-laboral.

Se ha creado un ambiente abierto y participativo donde las mujeres, y algunos acompañantes, han planteado cuestiones, han expresado opiniones y han narrado experiencias personales.

La presencia de tocólogos en la sala ha permitido responder a preguntas más específicas relacionadas con patologías.

El esfuerzo de las matronas⁴ que dan la charla fuera de su horario laboral, se ve recompensado con la respuesta de las asistentes, siendo muy gratificante que nos reconozcan cuando vienen de parto y nos transmiten su agradecimiento.

A partir de los datos que hemos expuesto consideramos que la experiencia informativa realizada dentro del ámbito hospitalario por parte de las matronas que trabajamos en el paritorio es de gran relevancia para interactuar con las mujeres que van a parir en nuestra unidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, G.C.; Moore, E.; Hepworth, J., Bergman, N. 2007. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos. Biblioteca Cochrane Plus, nº 1.
- Asociación Española de Matronas. 2005. La Carta de Madrid. Documento (Abril 2005). <http://www.celsius.es/pub/carta/>.
- Arsuaga, J.L.; Martínez, I. 1998. La especie elegida. Temas de hoy. Madrid, 189-195.
- Basevi, V.; Lavender, T. 2007. Rasurado perineal sistemático en el ingreso en la sala de partos. Biblioteca Cochrane Plus, nº 1.
- Beneyto Francés, M.A.; Ranedo Metola, L. 2008. Efectos de una intervención educativa sobre la ansiedad preparto. Trabajos de Investigación. IX Promoción de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas). Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana, 62-80.
- Carroli, G.; Belizán, J.; 2007. Episiotomía en el parto vaginal. Biblioteca Cochrane Plus, nº 1.
- Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. 2007. Propuesta de estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.
- Cuervo, L.G.; Rodríguez, M.N.; Delgado, M.B. 2007. Enemas en el trabajo del parto. Biblioteca

⁴ Esta experiencia ha contado con el apoyo de Herme Mataix Mataix, y el resto de compañeras, tanto del paritorio como de los Centros de Salud, de quienes hemos recibido sugerencias y apoyo para desarrollar esta iniciativa. Agradecemos el respeto que el equipo de tocólogos nos ha otorgado, así como su presencia en la sala para la resolución de las cuestiones más específicas. Igualmente, agradecemos a Mercedes Segura, José Borrell y a la Dirección de Enfermería, el habernos apoyado y ofrecido el soporte técnico, tan importante para estos eventos. La valoración de los medios técnicos y el espacio ha sido bastante satisfactoria, siendo considerados como buena o muy buena.

- Cochrane Plus, nº 1.
- De la Fuente, P. 2007. *Gestación, parto y lactancia. Imágenes con Historia.* YOU & US, SA. Madrid.
 - FAME, 2007. *Iniciativa Parto Normal.* Documento de Consenso. Barcelona.
 - Fernández Molina, M.A. 2006. *Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural.* Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
 - González Merlo, J.; Del Sol, J.R. 1982. *Obstetricia.* Salvat. Barcelona.
 - Gupta, J.K.; Hofmeyer, G.J. 2006. *Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo del parto.* Biblioteca Cochrane Plus, nº 4.
 - Hodnet, E.D.; Gates, S.; Hofmeyer, G.J.; Sakala, C. 2007. *Apoyo continuo para las mujeres durante el parto.* Biblioteca Cochrane Plus nº 1.
 - Llopart, C.; Costa, L.; Jordana, M.; Martínez, M. 2008. *Nuevo soporte a la educación sanitaria: un paso más en la participación de la gestante en su proceso de parto.* Póster presentado en el III Congreso de la Associació Catalana de Llevadores y la FAME. Girona, 24, 25 y 26 de abril, 2008.
 - Marín Tordera, D.; Luengo Arjona, P.; Sánchez Maestro, A.; Roig Rico, P.; Sánchez Payá, J.; Belmonte Martínez, C.; Mataix Mataix, H. 2006. *Estudio de la frecuencia en la realización de la episiotomía y variables asociadas a la misma. De la tradición a la evidencia.* Actas de las XII Jornadas de Enfermería (Hospital General Universitario de Alicante), 205-214.
 - Moix Queraltó, J. 1998. *Disminución de la ansiedad como factor de mejora de la calidad asistencial en pacientes quirúrgicos.* Revista de Calidad Asistencial, 13: 160-165.
 - O'Dowd, M.J.; Philipp, E.E. 1995. *Historia de la Ginecología y Obstetricia.* Edita Med. Barcelona.
 - Orengo Díaz del Castillo, F. 1963. *Obstetricia para matronas.*
 - Ortega Pineda, R.; Sánchez Martínez, G.; García Ruiz-Castillo, A.; Sánchez Perruna, M.I. 2001. *¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por la matrona durante el parto? Rol Enfermería,* 24 (4): 290-299.
 - Rosemberg, K. 2005. *Évolution de la parturition.* En O. Dutour, J.-J. Hublin, B. Vandermeersch (eds.). *Orige et évolution des populations humaines.* CTHS. Paris, 315-323.
 - Sánchez Perruca, M.I.; Fernández y Fernández, M., Benito de la Iglesia, N. 2001. *Dolor, temor y ansiedad durante el parto, como Diagnósticos de Enfermería.* Metas de Enfermería, 4: 131-138.
 - SEGO. 2007. *Recomendaciones sobre la asistencia al parto.*
 - VV.AA. 2005. *Nuevas perspectivas en la Atención al Parto de Bajo Riesgo.* Seminario Internacional Complutense. Asociación Nacional de Matronas. Hospital Clínico San Carlos. Inicamp.
 - Zabalegui Yamoz, A.; Vidal Millá, A.; Soler Gómez, D.; Latre Méndez, E.; Fernández Ortega, P. 2002. *¿Qué es el afrontamiento? Rol Enfermería,* 25 (7-8): 552-556.

ANEXO I

CUESTIONARIO

Edad

Estado civil

Nivel Estudios.....

Profesión.....

Nacionalidad o país de origen.....

Asistencia de la pareja Sí No Otro ¿Quién?

Tiene vd. más hijos Sí No
¿Dónde han sido sus partos anteriores?.....

Ha asistido a Educación Maternal en su Centro de Salud Sí No

Me he enterado de la charla en

- El Centro de Salud
- En el Hospital
- En monitores
- Otros

Su consideración respecto a:

	mal	regular	bien	muy bien
El material utilizado				
La sala es cómoda				
El horario me ha parecido				
¿El tema ha sido de interés?				
¿Ha sido amena?				
¿Se ha comprendido?				

¿Como le parece que le han transmitido la información?

- Las imágenes han estado bien, la explicación poco clara
- La explicación y las imágenes me han aclarado cómo se atiende a la mujer cuando llega de parto
- No me imagino el paritorio con las imágenes presentadas aunque la explicación ha sido clara y útil
- Ni las imágenes ni la explicación me han parecido útiles para ese día

Los aspectos tratados, te han servido para:

- Plantear nuevas dudas
- Resolver las que ya tenías
- No han cambiado nada

¿Cree que esta charla completa la Educación Maternal del Centro de Salud?

- Sí No

Después de la información recibida, su temor al parto:

- Ha aumentado
- Tienes el mismo
- Ha disminuido

¿Que le ha parecido la duración de la sesión?

- Corta
- Adecuada
- Excesivamente larga

¿Cual cree usted que sería el horario más apropiado?

- Mañana Tarde

¿Recomendaría la asistenta a la charla a otras embarazadas?

- Sí No

Si quiere hacernos algún comentario o sugerencia, no lo dude, utilice este espacio

ANEXO II

Sugerencias

“Debería complementarse con la explicación de los partos terminados en cesárea atendidos por ginecólogos y los protocolos que se tienen en cuenta para decidir cuando es necesaria una cesárea”

“Estaría bien incluir en la charla (o realizar otra diferente) aspectos como: proceso postparto (controles médicos a seguir cuando sales del hospital, tanto para la madre como para el bebé, papeles y documentación que debes llevarte cuando sales del hospital y qué tramites debes llevar a cabo tras el parto...etc.) también introducir ventajas y contraindicaciones de la epidural”

“Me gustaría saber dónde puedo conseguir más información puntual sobre oxitocina, epidural...etc. vía Internet que es de fácil acceso o algún otro libro de interés”

“Hablar del caso de que el primer parto sea una cesárea, ¿Cuál es el procedimiento a seguir por el hospital?”

“Que sigan haciendo este tipo de charlas y que ese incluyan otro tipo de nacimiento: cesáreas, etc.”

“Dedicar un poco más de tiempo a la explicación sobre el parto sin ingreso que es una opción muy interesante”

“Más información sobre la oxitocina y la epidural. Como sugerencia a centros de salud sería que la preparación al parto sea anterior a la semana 31, posteriormente podríamos seguir haciendo los ejercicios en casa, de esta manera, tal vez iríamos más preparadas al parto y facilitaríamos la tarea de los profesionales”

“Sería interesante visitas al paritorio y salas de dilatación y monitorización. Yo lo he hecho con la matrona de mi centro de salud y me pareció muy práctico y tranquilizador conocer in situ estos lugares”

“Quizás debería haber algunas mujeres que nos cuenten partos distintos porque ayudarían a saber mejor a que nos enfrentamos”

Opinión

“La charla me ha dado confianza en el equipo médico del hospital general. Se agradece la cercanía del mismo y la búsqueda de una medicina humanizada”

“La asistencia médica es valorada e importante para mi, pero considero que cada vez que entras en un hospital, sea para lo que sea, el trato cercano y cariñoso es para igual de necesario e importante que la asistencia médica. Lo desconocido nos da miedo y el miedo nos paraliza. El apoyo de los profesionales es imprescindible”

“Hace 18 meses di a luz a mi hijo, y quisiera agradecer de nuevo la atención recibida por matronas y enfermeras. Me quedo más tranquila, al saber que en la sala de dilatación puedo estar en la posición más cómoda posible, ya que en el primer parto sólo pude estar encamada todo el proceso (inducido con oxitocina) y fue un poco molesto muchas gracias por vuestra dedicación”

“Me pareció excelente la charla que nos habéis planteado, ya que, siendo inmigrante, mis dudas sobre como era la atención al parto aquí eran muchas y habéis sido

capaces de responderlas claramente y erradicar mis dudas. Os agradezco desde ya, vuestra atención que considero excelente”

“Cuando estuve de parto con mi primer embarazo, nada de lo que hemos visto fue así, sobre todo la amabilidad de la matrona, porque no dejaron pasar a mi pareja cuando estaba en la dilatación, cuando en la charla dice que sí. Me gustaría que hubiese más amabilidad”

“Muchas gracias por la iniciativa. He oído que en la sala de partos para el expulsivo puede haber el potro “de toda la vida” y otros instrumentos como la silla de partos que espero esté entre las novedades”

“La charla está muy bien, pero deberían decir que no aclaran nada nuevo si no eres primeriza. El parto sin ingreso es una muy buena información pero se la puede dar igual su matrona”

“Creo que debería ampliarse y profundizarse más en la información. Ha sido una explicación clara e ilustrativa pero muy light. Es debate posterior es más práctico y explicativo, teniendo cuidado con no entrar en tecnicismos por parte de los profesionales, que deja fuera de juego a las actrices principales: las madres”

“Por mi experiencia anterior no creo que te hagan mucho caso en las opiniones que tenga. Tienen un protocolo a seguir y no te sientes nada protagonista, al contrario, me sentí desprotegida y tratada con indiferencia. Más como una persona quejica, cargante y pesada por mis preguntas y mi dolor. Espero que en esta segunda oportunidad sea diferente y pueda llevarme una buena experiencia”

“Todos los hospitales deberían de llevar a cabo estas charlas son de gran ayuda para mentalizarse uno mismo y a conocer el hospital”

“Me parecen muy interesantes los cambios que se están dando para permitir más protagonismo a la mujer durante el parto”

“Me he alegrado en las ganas que tiene todo el equipo de matronas de superación, ganas de aprender...se me han resuelto varias dudas y temores, espacios, rasurado y algunos modos de actuación”

“Me encantaría que un parto normal pudiera ser con esos avances mencionados: parto en sillas como reportajes que he visto de otros países europeos. Incluso bajo el agua que tengo entendido que es tan bueno. Ya el que parto normal es algo natural. A pesar de tener presente la necesidad de tratar el parto como una hospitalización, en caso de urgencia complicación. Gracias”

“Enhorabuena por la iniciativa. La información es importante y también tener en consideración la opinión de la madre”

“Me parece muy útil esta charla, porque hace ver a la gente que el equipo se implica muy bien”

“Si es la primera vez que lo hacen, felicitaros e incentivaros a hacerlo en otras ocasiones, y en lo posible ampliar la información brindada. Gracias”

“Gracias por realizar esta charla informativa. Es imprescindible la comunicación con el hospital”

“Me ha encantado la matrona. Es muy clara y amena. Gracias”

“Enhorabuena por esta gran idea, por vuestro entusiasmo, iniciativa y respeto hacia las mujeres y sus bebés. ¡Felicidades! Y muchísimas gracias”

“Este espacio que han brindado debería ser más a menudo, ya que a las mamas primerizas nos ayudaríais muchísimo tanto preparación de parto como después, esos cambios o esos temores. Muchísimas gracias de todo corazón”

“Estas charlas vienen muy bien para el conocimiento del parto y del entorno del hospital donde lo desconocido da a veces mucho miedo, sobre todo para la primera vez. Cuanto más cercano sea la vivencia entre matronas y futuras madres en el entorno hospitalario ser mucho más cercano y humano. ¡Gracias por cuidarnos!”

Horarios

“Entiendo que para las matronas y personal sanitario es mejor por la mañana, pero podría haber otra en horario de tarde para que pudieran asistir más los maridos y las mujeres que no pueden disponer de dos horas libres por la mañana”

“Sería preferible las charlas por la tarde para que pudieran asistir más papás”

ANEXO III

Dudas sobre la asistencia

- ¿Cuándo tenemos que acudir al hospital?
- ¿Es la epidural perjudicial para la mujer o en bebé?
- ¿Supone la epidural un aumento de los partos instrumentados?
- ¿Si tienes fijadas las vértebras T12 a L2, se puede poner la epidural?
- ¿Qué opciones de anestesia existen?
- ¿Ante un embarazo de alto riesgo, se restringen las opciones del tipo de parto?
- ¿Qué tiempo se da para que te pongas de parto?
- ¿Cuándo se induce un parto con oxitocina?
- ¿Si hay contracciones se pone oxitocina?
- ¿Se respeta la opción de un parto sin medicalizar? No se refiere a un parto “a la carta”, sino a que los protocolos sean flexibles.
- ¿Si traemos un plan de parto, se respetará completamente?
- ¿Además del potro, qué otras opciones hay para el expulsivo: sillas de parto.....?
- ¿Durante el expulsivo se puede estar en diferentes posturas o solo acostada en el potro?
- ¿Es habitual el uso de palas y fórceps?
- ¿El parto instrumentado supone una peor recuperación de la episiotomía?
- ¿Si en el primer parto se tuvo episiotomía, en el segundo es obligatoria?
- ¿Qué área geográfica se incluye para poder participar en el estudio del Parto sin Ingreso?
- ¿El embarazo gemelar excluye el parto sin ingreso?
- ¿El parto inducido excluye del parto sin ingreso?

Experiencias personales

En el primer parto quería un parto natural, pero pedí de todo. Es estupendo que existan opciones. Creo que supone un gran cambio. La responsabilidad personal marca como quieres vivir el parto, y qué recursos de los disponibles vas a pedir.

Ante la experiencia previa de una muerte fetal, la mujer plantea la necesidad de confiar en los profesionales, y utilizar todos los medios que permitan disminuir el riesgo al máximo.

Opiniones

Está bien conocer al equipo que te va a atender en el paritorio, antes del parto.

En el foro se encontraba una ginecóloga que atiende partos en casa y que acudió a la charla para informarse de las nuevas opciones del hospital. Ella planteó el tema de la oxitocina endógena y la exógena. Su uso y abuso. En algunas encuestas se comentó que había que tener en cuenta que el foro no conocía el lenguaje técnico y que se habían quedado un poco fuera de la conversación.

Patologías

¿Cómo afectan las alteraciones tiroideas al recién nacido?

¿La retirada del cerclaje su pone la pérdida del tapón mucoso? ¿Cuánto es normal que se sangre en este caso?

COMUNICACIÓN 5.

***UN RETO EN LAS TECNICAS PARA
ELIMINAR LAS SECRECIONES
BRONQUIALES***

Inmaculada Lassaletta Goñi, Vanesa Sevilla Bellido, Mercedes Alvarez González,
Victor Aguilar Noguera, Jose Luis Giménez Tebar, Alfredo Candela Blanes,
Santiago Romero Candeira

INTRODUCCION

Las enfermedades neuromusculares son aquellas que afectan a la motoneurona, unión neuromuscular o al músculo. Los problemas respiratorios constituyen la principal causa de mortalidad y hospitalización en estos pacientes. Los músculos de la caja torácica tienen una doble función: producir los cambios de presión necesarios para mantener una adecuada ventilación alveolar y generar una tos capaz de expulsar las secreciones bronquiales. Conseguir una expectoración efectiva es de una importancia capital. El fracaso en el manejo de las secreciones respiratorias puede provocar una situación de grave riesgo para la vida.

La efectividad de la tos está determinada por la magnitud del PFT (pico flujo de tos). La medida de dicho flujo es el método de elección para valorar la efectividad de la capacidad tusígena. En opinión de R.Bach, valores inferiores a 160 l/m en cualquier situación, se consideran inefectivos y valores inferiores a 270 l/m, en situación de estabilidad, suponen un riesgo elevado de que la tos sea ineficaz durante un proceso respiratorio agudo.

OBJETIVO

Valorar la eficacia de un dispositivo no invasivo de asistencia mecánica de la tos (“Cough Assist”) para mejorar los PFT y por tanto mejorar la eliminación de secreciones bronquiales en pacientes con ENM.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron todos los pacientes con enfermedad neuromuscular remitidos a nuestro laboratorio de Exploración funcional Respiratoria para estudio funcional. Se incluyeron 27 pacientes procedentes de neurología y de neumología afectados de enfermedades neuromusculares (ELA, Duchenne y otras distrofias). El resto fueron excluidos por incapacidad para colaborar en las exploraciones o por no presentar un estudio funcional completo. A todos los pacientes incluidos se les realizó: gasometría arterial basal, espirometría, presiones máximas y PFT. Se utilizó un gasómetro (Radiometer® ABL 700), espirómetro (Vmax22, Sensor Medics®), medidor portátil del pico flujo espiratorio (PFE) conectado a una máscara oronasal (Vigon®) y un dispositivo para asistencia de la tos (Cough assist®). Se realizó a todos los pacientes: PFT espontáneo y PFT tras aplicación de presión positiva con “Cough Assist”. Este dispositivo, también conocido como “In-exufflator” es un equipo diseñado para movilizar las secreciones respiratorias de las vías aéreas de mayor calibre y para ello

proporciona una presión positiva que se aplica mediante mascarilla oronasal al paciente y, tras una breve pausa, una presión negativa aplicada de la misma manera. Con la presión positiva se pretende una insuflación pulmonar y con la presión negativa se intenta una “exuflación” que movilice y arrastre las secreciones de las vías aéreas de mayor calibre. Todas las técnicas de asistencia de la tos se realizan junto con el familiar más cercano, con la finalidad de instruirle y hacerle participe de todo lo relacionado con la mejora de la calidad de vida del paciente, y de que pueda ayudarle en el domicilio cuando el paciente precise asistencia para eliminar secreciones.

RESULTADOS

Se incluyeron a 27 pacientes con una edad media de 50 años, el 59 % eran hombres, el 41% mujeres. La enfermedad más frecuente fue la ELA en un 63 % de casos, seguida de la Distrofia de Duchenne en un 11%. Presentaron afección bulbar un 56% de los pacientes.

En la tabla 1 se expresan los resultados antropométricos de los pacientes incluidos.

Tabla 1.

Parámetros	Media (SD)		Min	Max	Percentiles		
					25	50	75
	edad	50,5	(18)	18	81	39	50
peso	64,2	(14)	36,5	102	53	64	74,5
talla	162,2	(7,8)	148	179	157	161	167
IMC	24,4	(4,9)	13,6	33,8	21,5	25,4	27

Los resultados de las exploraciones funcionales de los pacientes incluidos están detallados en las siguientes tablas 2 y 3.

Tabla 2.

Parámetros	Media SD		Min	Max	Percentiles		
					25	50	75
FVC ml	2026	896	540	3820	1428	2175	2590
FVC%	64	29	13	111	39	66	91
FEV1 ml	1622	725	490	2990	978	1725	2115
FEV1%	63	30	14	117	40	65	86
FEV1/FVC	82	11	59	100	78	82	90
FEV1/FVC %	103	15	70	122	98	106	114
DIF DECUB%	-22	22	-48	16	-45	-24	-4
TLC %	94	24	68	126	74	84	119
RV %	161	37	125	211	129	148	199
RV/TLC%	173	51	118	243	133	150	226
PImax%	52	19	21	89	39	53	66
PEmax%	31	13	12	54	23	28	41

Tabla 3.

Parámetros	Media (SD)		Min	Max	Percentiles		
					25	50	75
pH	7,39	(0,03)	7,33	7,44	7,37	7,40	7,41
pO ₂	88,6	(15)	47	110	78,3	88,8	99
pCO ₂	42,4	(6,9)	31,6	59,2	37,6	41,9	45,8
sat%	95,7	(4,1)	79	99	95,3	97	98

La tabla 4 expresa los resultados de los PFT obtenidos de forma espontánea y tras “cough assist”.

Tabla 4.

PFT obtenidos de forma espontánea y con "Cough Assist".

		PFT espontáneos L/m	PFT con "Cough Assist" L/m
	n	27,0	27,0
Media		160,7	226,6
Mediana		150,0	240,0
SD		94,2	111,6
Percentiles	25	80,0	140,0
	50	150,0	240,0
	75	250,0	320,0

La media del PFT tras Inhalación con Cough Assist (226,6 +/- 112 L/m) fue significativamente mayor que la media de PFT espontáneo (160,7 +/- 94 L/m).

Al establecer puntos de corte de los PFT en 160L/m y 270L/m, los pacientes se distribuyen como expresan las siguientes tablas:

Tablas 5 y 6.

PICO FT ESPONTANEO

	n	%
<160	15	55,6
>160	12	44,4
Total	27	100,0

PICO F T ESPONTANEO

	n	%
<270	22	81,5
>270	5	18,5
Total	27	100,0

La tabla 7 muestra la comparación entre los PFT espontáneos y con “cough assist” con el punto de corte de PFT en 160 L/m..

Tabla 7.

Comparación de PFT espontáneo con PFT con "Cough Assist".

		PFT espontáneo		Total
		<160	>160	
PFT con "Cough Assist"	<160	n	9	9
		%	60	33
	>160	n	6	12
		%	40	100
Total		n	15	27
		%	100	100

P < 0.001; OR: 3 (1,56 – 5,76)

De los pacientes con PFT espontáneo < 160 L/m un 40 % pasaron a un PFT > 160 L/m con el “Cough Assist”, (p < 0.001).

La tabla 8 expresa la misma comparación con el punto de corte de PFT en 270 L/m.

Tabla 8.

Comparación de PFT espontáneo con PFT con " Cough Assist"

		PFT espontáneo		Total
		<270	>270	
PFT con " Cough Assist"	<270	n	16	16
		%	73%	59%
	>270	n	6	11
		%	27%	100%
Total		n	22	27
		%	100	100

P < 0.003; OR: 1,83 (1,07 – 3,14)

CONCLUSIONES

El dispositivo para asistencia de la tos (Cough assist®), incrementa significativamente los PFT en pacientes con ENM y en una proporción importante de los mismos permite alcanzar los valores de PFT que se consideran eficaces para el aclaramiento de secreciones bronquiales.

Los pacientes neuromusculares de nuestra consulta presentan en una proporción importante, una alteración significativa de los picos de flujo de tos y por lo tanto necesitan conocer y aplicar todas las técnicas para eliminar las secreciones respiratorias y así mejorar su calidad de vida .

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en nuestro medio coinciden con otros estudios previamente publicados. Se confirma la alteración funcional respiratoria en una elevada

proporción de pacientes neuromusculares. Como ya se ha dicho, estas alteraciones respiratorias son la causa más frecuente de hospitalización e incluso de muerte de éstos pacientes. Un trabajo previo presentado en las Jornadas de Enfermería de 2007 (“Enfermera enseñame a toser”) confirmaba las aseveraciones anteriores y ha sido la base para continuar esta línea de trabajo, buscando más datos y más resultados que pudieran ser beneficiosos para nuestros pacientes.

La exploración funcional con respecto a la fuerza de los músculos respiratorios nos ha ofrecido resultados esperables, ya que encontramos una gran alteración en los músculos espiratorios, responsables de los flujos espiratorios y de la tos eficaz (Pemax = 31%).

Los resultados obtenidos en el estudio de los PFT corroboran los hallazgos de debilidad muscular respiratoria e ineficacia de la tos. Según los estudios de Bach y col se necesita un PFT mayor a 270 L/m para evitar complicaciones durante un proceso respiratorio agudo. Este valor no fue alcanzado en el 82% de nuestros pacientes y todavía más importante, no fue alcanzado en un 56% de los pacientes el PCF de 160L/m, considerado el mínimo para una tos eficaz en cualquier situación. Por lo tanto, mas de un 80% de los pacientes neuromusculares que son remitidos para estudio funcional respiratorio no tienen una tos eficaz que les permita hacer frente a una situación de compromiso respiratorio por acúmulo de secreciones respiratorias.

El dispositivo para asistencia de la tos (Cough assist®), incrementa significativamente los PFT en pacientes con ENM y tiene además un beneficio añadido que no se ha medido en este estudio: la fase de “exsuflación” provoca, al aplicar una presión negativa, un efecto de arrastre de las secreciones que permite movilizarlas y expectorarlas. Este efecto es percibido con claridad por los pacientes, que de forma generalizada muestran un elevado grado de satisfacción con este dispositivo.

Con todos éstos resultados, creemos prioritario seguir luchando por un programa de educación y adiestramiento de pacientes y sus familiares de estas técnicas y por generalizar el uso tan beneficioso del dispositivo “Cough Assist”.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Bach JR. Mechanical insufflation-exsufflation: comparison of peak expiratory flows with manually assisted and unassisted coughing techniques. *Chest* 1993; 104: 1553-1562.
- 2.- Chaudry MB, Liu C, Hubbard R y cols. Relationship between supramaximal flow during cough and mortality in motoneuron disease. *Eur Respir J* 2002; 19: 434-438.
- 3.- Willing TN, Gilardeau C, Kazandijan M y cols. Dysphagia and nutrition in neuromuscular disorders. En: Bach JR, ed. *Pulmonary rehabilitation : the obstructive and paralytic conditions*. Philadelphia: Hanley and Belfus, 1996; 353-371.
- 4.- Bach JR, Saporito LR. Criteria for extubation and tracheostomy tube removal for patients with ventilatory failure: a diferent approach to weaning. *Chest* 1996; 110: 1566-1571.
- 5.- Bach JR, Ishikama Y, Kim H. Prevention of pulmonary morbidity for patients Duchenne muscular dystrophy. *Chest* 1997; 122:1024-1028.
- 6.- SanchoJ, Servera E, Díaz J y cols. Pico flujo de tos : comparación entre sujetos sanos y neuromusculares, correlación con las variables de función pulmonar. *Arch. Bronconeumología* 2002; 38(supl 2):34-35.
- 7.- Rochester D, Esau S. Assessment of ventilatory function in patients with neuromuscular disease. *Clin Chest Med* 1994; 15: 751-764.
- 8.- Sancho J, Servera E. Manejo de secreciones respiratorias. Grupo de trabajo VNI. Sociedad Valenciana De Neumología.

COMUNICACIÓN 6.

***MEJORANDO LA CONTINUIDAD
DE CUIDADOS:
UNA APUESTA POR LA SEGURIDAD***

M^a Luisa Ruiz Miralles, Juan Isidro Jover Rodríguez.
Departamento de Salud 19 Alicante.

INTRODUCCION

Los efectos adversos son un problema frecuente en la práctica clínica en cualquier nivel de cuidados ¹.

Los registros se consideran un documento que avala la calidad, la continuidad de cuidados, la mejora de la comunicación, evitan errores y posibles duplicidades que pueden producirse en el cuidado. Permiten evaluar de forma retrospectiva los cuidados y son un respaldo legal frente a posibles demandas. Son un instrumento básico del ejercicio de la profesión enfermera ya que con ello pueden tener una visión completa y global del paciente.

El Informe de Enfermería al Alta, tras un periodo de hospitalización, es uno de los requisitos imprescindibles para garantizar la comunicación y la coordinación entre niveles asistenciales por lo que es necesario establecer vías de comunicación fluidas y eficaces para ofrecer servicios profesionales integrados ^{2,3}.

En la década de los 80 comienzan a publicarse en España diferentes artículos que hacen referencia a la necesidad de preparar al paciente para que sea capaz de autocuidarse en su domicilio siendo necesario realizar un Informe de Enfermería al Alta que garantice la continuidad de cuidados y mejore la comunicación con el nivel primario ^{4,5}.

Antecedentes en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA)

En 1986, pese a los escasos antecedentes sobre Informes de Enfermería al Alta, un grupo de enfermeras(encabezado por Mercedes Segura Cuenca adjunta del Hospital en esa etapa) tomó la iniciativa de incorporar los Informes de Alta como una actividad más del trabajo enfermero apareciendo por primera vez un documento escrito. La Hoja de Valoración de Enfermería que incorpora por primera vez el Plan de Alta (Anexo 1) siguió vigente hasta el 2003.

Paralelamente, en 1996 el Servicio de Neurología (siendo supervisora Nieves Izquierdo Garcia) se diseña un nuevo registro, específico de pacientes ingresados en la unidad susceptibles de continuidad de cuidados, con la finalidad de establecer circuitos por primera vez con otros centros hospitalarios y con Atención Primaria, entregando una copia del mismo a pacientes y familiares.(Anexo2)

En el año 2003 el HGUA implantó un nuevo Informe de Enfermería al Alta (Anexo 3). Su objetivo era mejorar la comunicación y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, garantizando la continuidad de cuidados y mitigando la ansiedad del paciente y su familia.⁶

En el año 2006 la División de Enfermería, en los acuerdos de gestión de ese año, propone el objetivo de "garantizar la llegada de información sobre continuidad de cuidados que precisa el paciente a la enfermera de referencia de Atención Primaria u otros centros".

Se realizó un análisis de situación de los Informes de Enfermería al Alta. De la evaluación de los datos del número de informes emitidos desde el HGUA y número de informes recibidos en Atención Primaria durante el periodo comprendido de Enero a Diciembre del mismo año 2006 se objetiva que el número de informes no recibidos en Atención Primaria es elevado siendo necesario un análisis en profundidad para estudiar las posibles causas y la creación de nuevos circuitos de derivación del Informe de Enfermería al Alta. El déficit de circulación de información es uno de los puntos críticos identificados por los expertos convocados en el taller realizado por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud con el propósito de analizar la situación en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios en España.⁷

La División de Enfermería consciente de la importancia de garantizar la llegada del Informe de Enfermería al Alta a Atención Primaria y revitalizar el proyecto propone, en los acuerdos de gestión de Departamento 19 de 2008, el objetivo de "Aumentar el grado de cumplimentación del Informe de Enfermería de Continuidad de Cuidados de todos los pacientes que cumplan criterios de continuidad de cuidados al alta de HGUA".

Además del objetivo la División de Enfermería crea un grupo de mejora de continuidad de cuidados para abordar la globalidad de la continuidad de cuidados. El grupo estará compuesto por los agentes implicados en la continuidad de cuidados: enfermeras de Especializada, enfermeras de Primaria y los nuevos agentes domiciliarios, las enfermeras de Gestión Domiciliaria y las enfermeras de Continuidad Domiciliaria.

Objetivos del grupo de mejora

Objetivo General: Mejorar la Continuidad de Cuidados del Departamento 19.

Objetivos Específicos:

- 1.- Establecer circuitos seguros de emisión de la información y recepción de los mismos.
- 2.- Mejorar el informe de enfermería al alta.

Este estudio forma parte de uno más amplio creado a propósito de la puesta en marcha de los grupos de mejora en el año 2008 en el Departamento de salud 19.

MATERIAL Y METODOS.

Fases de estudio: Intervenciones desarrolladas.

1.- Estructura de coordinación:

Reuniones mensuales del grupo de mejora.

Información de la revitalización del Informe de Alta a las supervisoras de planta y a las coordinadoras de Atención Primaria del inicio del nuevo circuito y pilotaje

del mismo así como los objetivos planteados por el grupo de mejora. (Revitalización del Informe de Alta, captación activa del número de Informes recibidos por los Centro de Salud y seguimiento de los pacientes tras el Alta y posterior volcado a Abucasis).

Al ser el HGUA el hospital de referencia de toda la provincia, la Dirección de Enfermería del Departamento 19 informó a los directores tanto de Primaria como de Especializada de la llegada de Informes de Enfermería al Alta a todos los Departamentos de la provincia de Alicante.

2.- Líneas de actuación:

Se contemplan dos líneas de actuación: Por un lado la revisión del Informe de Enfermería al Alta y por otra el establecer un circuito seguro.

a) Revisión del informe de enfermería al alta.

Estudio de informes de alta: Se valida la hoja de Enfermería al alta aprobada por la comisión de historias clínicas aportando nuevas propuestas a la misma mediante consenso de grupo de mejora, diseñando finalmente un nuevo registro (anexo 4) y guía de cumplimentación (disponibles en <http://d19.san.gva.es/intranet/servicios/enfermeria>)

b) Establecer un circuito seguro Especializada- Primaria:

Centralización de los informes de alta en UHD-ECD para su envío por fax a las coordinadoras de enfermería y/o a las distintas EGD. Se prevé que el informe llegue a los Centros y a las EGD 24 horas después del alta del paciente. Pilotaje del nuevo circuito durante los meses de julio-agosto y septiembre de 2008 utilizando las Hojas del Plan de Cuidados.

3.- Análisis del pilotaje:

Estudio descriptivo en los meses de julio, agosto y septiembre de 2008 de los Informes de Enfermería al Alta emitidos por el Hospital General Universitario de Alicante con destino al Departamento 19 o/a otros Departamentos, así como el número de informes emitidos por las Unidades de Hospitalización y recibidos en los Centros de Salud de Atención Primaria del Departamento 19.

RESULTADOS

Diseño de un modelo de registro de estructura similar a la Hoja del Plan de Alta de Enfermería pasando a denominarse Informe de Continuidad de Cuidados (ICC). Está impreso en manufactura autocopiativa o autocalcable con cuatro copias de colores diferentes para separar las mismas según su destino.

- Hoja blanca - Destino Atención Primaria (Circuito Especializada-Primaria)
- Hoja rosa - Destino Paciente/Familia.
- Hoja azul - Destino Historia Clínica.
- Hoja amarilla - Destino Conjunto Mínimo Base de Datos (CMBD)

Se estable un circuito seguro de derivación del Informe de Continuidad de Cuidados.

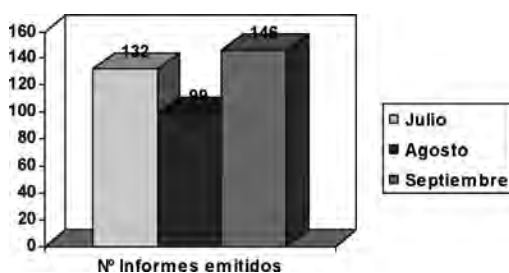
Las nuevas variables incorporadas son:

Centro de Salud de Referencia ,Parentesco de Cuidador Principal, Etiqueta Identificativa; en la valoración general ,capacidades de autocuidado/ necesidades; en las variables alimentación y eliminación pasan a constar de tres ítems “total autonomía, ayuda parcial o dependiente”; dolor y escala de medición tipo likert; se incorpora la escala de Braden-Bergstrom para la valoración de UPP y en la valoración específica se incorpora el Diagnóstico de Enfermería .

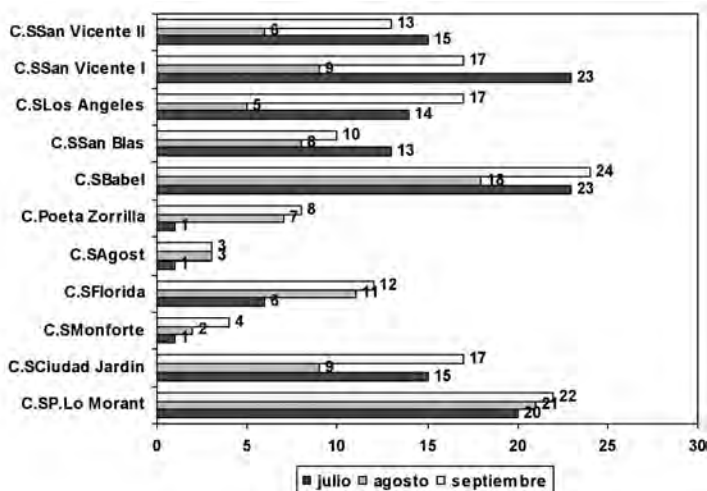
Pilotaje de circuito de derivación-resultados del pilotaje:

Número de informes emitidos /número de de informes recibidos, en los meses de julio, agosto y septiembre de 2008. Se realizaron 819 informes de los cuales 442 con destino extradepartamental y 377 intradepartamental. Siendo las Unidades de Hospitalización de Cirugía Vascular, Cirugía Cardio -Torácica, Neumología, Neurocirugía, Cirugía General I y Cirugía General II las que mayor número de informes han emitido. El número de informes emitidos y el número de informes recepcionados es del 100% En el mes de julio el número de informes emitidos y recepcionados fue de 132, en el mes de agosto de 99 y en septiembre 146.

Distribución por meses (Tabla 1.)



Distribución por Centros de Salud y Consultorio. (Tabla 2)



DISCUSION

El registro es fruto de la experiencia acumulada en el uso del anterior. Se han incorporado elementos nuevos como mejoras conducentes a la continuidad de cuidados efectivos y la interrelación con Atención Primaria de estructura similar a la Hoja del Plan de Alta de Enfermería, con la que los profesionales ya están familiarizados, y supone su continuidad. Pasa de tener dos hojas autocopiativa o autocalcaables a cuatro copias de colores diferentes para separar las mismas según su destino. La inclusión de colores resulta útil para la selección del destino final y evitar tener que fotocopiar. Documento dirigido a la enfermera de referencia del paciente con el fin de que conozca con la mayor celeridad posible cómo ha sido la estancia en el hospital y en qué situación vuelve el individuo a su domicilio teniendo en cuenta que el alta hospitalaria no siempre supone el final del proceso. Facilita la planificación del cuidado a la llegada a su domicilio conociendo los cuidados prestados y la educación proporcionada evitando duplicidades y posibles efectos adversos; en definitiva, mejorando la continuidad de cuidados. Que su enfermera conozca de primera mano, antes de que el paciente o la familia solicite la demanda, conocer la situación de alta y cuales son los cuidados necesarios tras la misma ,ayudando a establecer una comunicación más estrecha con el paciente y la familia al no percibir en ningún momento abandono en la prestación de cuidados, evitando visitas a urgencias y reingresos hospitalarios¹

Tras el análisis de los resultados, número de informes emitidos y número de informes recibidos, podemos considerar el resultado del pilotaje como positivo. El documento diseñado y los circuitos responden, en la actualidad, a las necesidades de información reglada.

No obstante, el envío vía fax tiene sus limitaciones; entre otras, el tiempo transcurrido entre el alta y la llegada del informe a destino .En la línea de continuar mejorando sería interesante transmitir la información en formato electrónico agilizando así el procedimiento en tiempo y forma.

CONCLUSIONES

El nuevo circuito, así como el nuevo informe, es ya una realidad en el Departamento 19. Consolida la interrelación entre los profesionales y ayuda a establecer una comunicación más estrecha con el paciente y la familia. Sin lugar a dudas son una apuesta por la seguridad de los profesionales y pacientes. La revisión del Informe de Enfermería al Alta y su circuito ha permitido al grupo de mejora el plan-teamiento de otras áreas de coordinación: informes de enfermería desde Atención Primaria ante un ingreso programado y la unificación de metodología enfermera (NANDA-NIC-NOC)

AGRADECIMIEMTOS

Agradecer a todos los profesionales que durante años han venido colaborando en esta iniciativa por su esfuerzo, interés y dedicación. A las enfermeras que en la actualidad realizan su labor en planta y en los Centros de Salud. A las coordinadoras y supervisoras que han ofrecido tiempo y motivación; y, en particular, al resto de los integrantes del Grupo de Mejora de Continuidad de Cuidados del Departamento 19.

A todos y cada uno de ellos...Muchas Gracias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Aranaz Andrés JM, Limón Ramírez R; Aibar Ramón C, Miralles et al. Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. Informe Sespas 2008 GacSanit 2008;2 (Suple1): 198-204.
- 2.- Amezcua M. La calidad en la documentación clínica de enfermería. Del papeleo a los registros para el cuidado. Index Enferm. 1995; IV: 15-20
- 3.- Torres MM, Cazorla AJ, Fernandez G et al. ¿Que opinan los enfermeros de Atención Primaria de los informes de enfermería al alta hospitalaria? Enferm Cient.2000; 222-3:39-43
- 4.- Wells MI. Planificación de altas. Nursing 1984; 25(7-8)
- 5.- Mezzanotte EJ. Hoja de evaluación para una mejor planificación del alta. Nursing 1988; 53-4
- 6.- Guía para la cumplimentación de la Hoja de Plan de Enfermería (HE-19/1). Hospital General Universitario de Alicante 2003.
- 7.- Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del taller de expertos. Agencia de calidad del Sistema nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2005.

ANEXOS

- Anexo 1. Hoja de Valoración de Enfermería.
- Anexo 2. Informe de Enfermería. Valoración de Necesidades.
- Anexo 3. Hoja de Plan de Enfermería
- Anexo 4. Informe Continuidad de Cuidados.
- Anexo 5. Integrantes de Grupo de Mejora Continuidad de Cuidados.

GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE SANITAT I CONSUM SERVEI / SECCIO SERVICIO / SECCION UBICACIO UBICACION CONSULTA EXTERNA <input type="radio"/>	Hospital General Universitario de Alicante y Centro de Especialidades Babel CENTRE D'ESPECIALITATS CENTRO DE ESPECIALIDADES <input type="radio"/> FULL NUM. <input type="radio"/> HOJA NUM. <input type="radio"/>	PRIMER COGNOM PRIMER APELLIDO SEGON COGNOM SEGUNDO APELLIDO NOM NOMBRE DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO SEXE SEXO MO FO C,I,P NUM. D'HISTORIA CLINICA NUM DE HISTORIA CLINICA
---	---	--

FULL DE VALORACIO D'INFERMERIA / HOJA DE VALORACION DE ENFERMERIA

SITUACIO DEL PACIEN A L'INGRES (Pauta: estat físic, nutrició, eliminació, higiene, seguretat i autonomia, comunicació, altres).
 SITUACION DEL PACIENTE AL INGRESO (Pauta: estado físico, nutrición, eliminación, higiene, seguridad y autonomía, comunicación, otros).

DATA I HORA FECHA Y HORA	NOM NOMBRE	SIGNATURA FIRMA
-----------------------------	---------------	--------------------

PLA D'ALTA PLAN DE ALTA


DATA I HORA FECHA Y HORA	NOM NOMBRE	SIGNATURA FIRMA
-----------------------------	---------------	--------------------

ESPACIO RESERVADO
 PARA ETIQUETA
 IDENTIFICATIVA

INFORME DE ENFERMERIA. VALORACION DE NECESIDADES.

ALTA
 OTRO CEBRO HOSPITALARIO
 TRASLADO INTERNO
 ATENCION PRIMARIA

HTA
 DM
 ALERGIAS

<p style="text-align: center;">COMUNICACION</p> <p>Consciente: <input type="checkbox"/> Inconsciente: <input type="checkbox"/></p> <p>Orientado: <input type="checkbox"/> Desorientado: <input type="checkbox"/></p> <p>VIVE SOLO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>COLAB., FAMILIAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DEF. EXPRESION <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DEF. COMPRES. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p style="text-align: center;">NUTRICION</p> <p>TOLERANCIA GASTRICA:</p> <p style="padding-left: 20px;">Buena Aceptable Mala</p> <p>AUTONOMO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>SNG <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>TIPO DE SONDA.....</p> <p>F. INICIO.....</p> <p>F. CAMBIO.....</p>	<p style="text-align: center;">MOVILIDAD</p> <p>CAMINA:</p> <p style="padding-left: 20px;">Solo Ayuda</p> <p style="padding-left: 20px;">S. Ruedas Encamado</p> <p>CAMB. POSTURALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p style="text-align: center;">RESPIRACION</p> <p>OXIGENOTERAPIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>CONCENTRACION.....</p> <p>FISIO. RESPIRAT. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>TRAQUEOSTOMIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p style="text-align: center;">SUEÑO - DOLOR</p> <p>INSOMNIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ANALGESICOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>RELAJANTES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p style="text-align: center;">HIGIENE - ASEO</p> <p>AUTONOMO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>DEPENDIENTE:</p> <p style="padding-left: 20px;">PARCIAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p style="padding-left: 20px;">TOTAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p style="text-align: center;">ELIMINACION</p> <p>CONTROL ESFINT. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>SONDA VESICAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>TIPO SONDA.....</p> <p>FECHA PUESTA.....</p> <p>FECHA CAMBIO.....</p> <p>PRECISA PAÑAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>PRECISA LAXANTES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p style="text-align: center;">PIEL - MUCOSAS</p> <p>PIEL HIDRATADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>U.L.C. PRESION <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>LOCALIZACION.....(Ver dibujo)</p> <p>TT* ACTUAL DE LA LESION:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

FECHA _____

FIRMA _____

SERVICIO _____

SERVEI / SECCIÓ
SERVICIO / SECCIÓN

UBICACIÓ
UBICACIÓN

CONSULTA EXTERNA

CENTRE D'ESPECIALITATS
CENTRO DE ESPECIALIDADES

FULL NÚM.
HOJA NÚM.

PRIMER COGNOM
PRIMER APELLIDO

SEGON COGNOM
SEGUNDO APELLIDO

NOM
NOMBRE

DATA DE NAIXEMENT
FECHA DE NACIMIENTO

SEXE
SEXO M F

C.I.P.

NÚM. D'HISTÒRIA CLÍNICA
NÚM. DE HISTORIA CLÍNICA

FULL DE PLA D'ALTA D'INFERMERIA / HOJA DE PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

Unidad/Servicio de Procedencia:
Telf. _____

Destino:
Resumen del episodio asistencial (motivo del ingreso; evolución y motivo del alta, si procede)

ALERGIAS

Enfermedades previas _____

Tratamientos previos _____

NECESIDADES BÁSICAS

RESPIRACIÓN:
Alterada Sí No

(edemas, secreciones, O₂, traqueostomía...)
Hábito tabáquico Sí No

(Cantidad)
ALIMENTACIÓN:
Alterada Sí No

(exceso/bastec, distalgia, dentadura postiza...)
Intolerancias _____

Dieta _____

Sonda (Tipo, nº, fecha colocación...)
Necesita ayuda Sí No
Hábitos tóxicos (alcohol, otros) Sí No

(Cantidad)
ELIMINACIÓN:
Fecal: Alterada Sí No

(estreñimiento, diarrea, incontinencia, pañal, stomía...)
Patrón: _____

Urinaría: Alterada Sí No

(incontinencia, retención, sonda; tipo, nº y fecha de colocación...)
Necesita ayuda Sí No

DESCANSO:
Alterado Sí No

(dolor, insomnio, medicación)
Patrón: _____

ASEO E HIGIENE:
Alterada Sí No

(estado de higiene, trociscos, ayuda...)
MOVILIDAD:
Alterada Sí No

(Andador, silla de ruedas, encamado, necesita cambios posturales, prótesis y tipo)

Estatus funcional (OMS)

Seguridad:
Estado de conciencia (altera, obnubilado, confuso, asustado, inconsciente...)

Riesgo de caídas Sí No
Necesita elementos de seguridad: Sí No

Tipo _____

Estado de piel y mucosas:
Alterado Sí No

(herida quirúrgica, úlceras: tipo, tratamiento, cura, frecuencia...)

Capacidad sensorial:
Alterada Sí No

(tipo de alteración y órgano de los sentidos, prótesis)

Aspectos psicológicos y sociales:

Comprende diagnóstico, tratamiento y plan de cuidados Sí No
Aceptación de su enfermedad Sí No

Cuidador principal _____

Tlf. de contacto _____

VALORACIÓN ESPECÍFICA / RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

(valoración específica según unidades o aspectos no contemplados antes: drenajes, vías, catéteres, sueros; fluidoterapia, nutrición enteral, fracciones, parámetros bioquímicos...)

Derivaciones/Intervención de otros profesionales

(Fisioterapia, Trabajador Social...)

Fecha próxima cita en Hospital (Consultas Externas, Hospital de Día...)

Enfermera/o:

Apellidos _____ Nombre _____

Fecha _____ Hora _____
FIRMA,

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

UNIDAD DE PROCEDENCIA:
 Telf:

CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA:

Resumen del episodio asistencial (motivo del ingreso, fecha, evolución y motivo del alta, si procede):

Alergias:

CAPACIDADES AUTOCUIDADO/NECESIDADES

* **RESPIRACIÓN:** Alterada: Sí No
 (disnea, secreciones, O2, traqueostomía ...)

* **ALIMENTACIÓN:**
 Total Autonomía O Ayuda Parcial O Dependiente O
 (exceso/defecto, disfagia, dentadura postiza...)

Intolerancias:
 Dieta:

Sonda:
 (Tipo, nº, fecha colocación ...)

* **ELIMINACIÓN:**
Fecal: Total Autonomía O Ayuda Parcial O Dependiente O
 (estreñimiento, diarrea, incontinencia, pañal, ostomía ...)

Patrón:
Urinaria: Total Autonomía O Ayuda Parcial O Dependiente O
 (Incontinencia: retención sonda tipo, nº y fecha de colocación)

* **MOVILIDAD:**
 Total Autonomía O Ayuda Parcial O Dependiente O
 (Andador, silla de ruedas, encamado, necesita cambios posturales, precisa ayuda, prótesis y tipo)

Enfermera/o: (Nombre y Apellidos, Fecha y Hora)

Etiqueta identificativa

Cuidador principal:
 Parentesco:
Teléfono de contacto:

Estado de piel y mucosas:
 Alterado: Sí O No O

Riesgo de UPP (Braden):
 O Alto (<12) O Medio (13-15) O Bajo (>16)



(herida quirúrgica, úlceras: tipo, tratamiento, cura, frecuencia ...)

Dolor: ONo OSí Intensidad (0-10).....

Localización:

Seguridad:
 Estado de conciencia:
 (aleria, obnubilado, confuso, estuporoso, inconsciente ...)

Riesgo de caídas: Sí No

Necesita elementos de seguridad: Sí O No O

Tipo:

VALORACIÓN ESPECÍFICA/RECOMENDACIONES y OBSERVACIONES

(Valoración específica según unidades o aspectos no contemplados antes: drenajes, vías, catéteres, suturas, fluidoterapia, nutrición enteral, tracciones, tratamientos pautados)

Diagnósticos de Enfermería.....

Derivaciones / Intervención de otros profesionales
 (Fisioterapeuta, Trabajador Social ...)

Fecha próxima cita en Hospital:.....
 (Consultas Externas, Hospital de Día...)

FIRMA:

Integrantes del Grupo de Mejora. Continuidad de Cuidados

- D. Miguel Ángel Fernández Molina. Director de Enfermería del Departamento de Salud 19.
- Dña. Manuela Domingo Pozo. Responsable de la U. Planes de Cuidados del Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Salud 19.
- Dña. Inmaculada Flores Arjona. Enfermera de Gestión Domiciliaria del C.S. San Blas Alicante. Departamento de Salud 19.
- Dña. Nieves Izquierdo García. Supervisora de área del Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Salud 19.
- D. Juan Isidro Jover Rodríguez. Enfermero de Continuidad de Cuidados del Hospital de Alicante. . Departamento de Salud 19.
- Dña. Carmen Llabata García. Coordinadora de Enfermería CS Babel. Departamento 19.
- Dña. Lola Martín García. Supervisora de Área del Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Salud 19.
- Dña. M^a Luisa Ruiz Miralles. Enfermera de Gestión Domiciliaria el C.S. SanVicente del Raspeig I y II. Departamento de Salud 19.

COMUNICACIÓN 7.

***IMPLANTACIÓN DEL PROCESO
ENFERMERO EN EL HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO DE ALICANTE.
CUESTIONARIO BROOKING 2004.***

Manuela Domingo Pozo
Enfermera. Unidad de Planes de Cuidados. HGUA.

INTRODUCCIÓN

En la Comunidad científica enfermera el Proceso Enfermero es el marco para la práctica de los cuidados. Es entendido como: Alfaro define el proceso de enfermería “ El conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería” El método científico de resolución de problemas adaptado al campo enfermero adopta el nombre de Proceso de Enfermería. El término hace su aparición en la década de los años cincuenta con L. Hall, al definir la atención de Enfermería en 1955, como un proceso global y concatenado que llevaba a unos resultados. A lo largo de la década de los sesenta, otras enfermeras como Orlando comenzaron a desarrollar el proceso mencionado por Hall, pero la definición y elaboración del proceso no se precisó más, hasta la publicación del trabajo de Yura y Walsh *The Nursing Process* en 1967. Varias enfermeras han continuado profundizando en la descripción del proceso para hacerlo cada vez más operativo, como es el caso de Bloch, Roy, Riopelle, Phaneuf, Yyer o Alfaro, presentando algunas variaciones entre ellas, sobre todo en cuanto al número de fases de las que se compone. El proceso de enfermería es una adaptación del método de resolución de problemas y de la teoría de sistemas.

Características del proceso de Enfermería:

- Naturaleza cíclica y dinámica.
- Ámbito de actuación centrado en el paciente.
- Enfoque dirigido a la resolución de problemas y toma de decisiones.
- Estilo interpersonal e interdependiente.
- Aplicabilidad universal.
- Uso pensamiento crítico.

Este proceso consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Resulta difícil encontrar el límite de estas etapas aunque se nombren de una manera aislada. Les caracteriza que son correlativas y se encuentran interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la precedente.

Atender a los usuarios aplicando el Proceso de Enfermería asegura que las intervenciones se dirijan a la persona en su conjunto: intervenciones de vigilancia y control de los problemas relacionados con la estructura y función de los órganos y sistemas de su cuerpo complementarias a la medicina, en caso de alteraciones patológi-

cas e intervenciones propias, centradas en las respuestas de los individuos a problemas de salud reales o potenciales y/o procesos vitales.

Pero las dificultades que ha habido y sigue habiendo con la puesta en práctica del proceso enfermero son innegables. Algunos autores opinan que estas dificultades se deben más a las deficiencias de la educación en enfermería y de la práctica profesional que al propio proceso. Otros afirman que se han llegado a deducir conclusiones sobre la eficacia del proceso enfermero en la práctica sin que este estuviera realmente introducido.

Aunque la práctica de los cuidados se produce de forma individualizada, es cierto que se producen en las instituciones "modos de cuidar" o adherencias a determinados estilos de práctica. Las enfermeras se identifican con normas, valores y vías de comunicación que establecen distintos grupos en las organizaciones, unas veces formales y, otras, informales. Dependiendo del grado de compromiso de la institución o importancia que consideren los líderes que tiene el proceso enfermero en la consecución de resultados de salud se producirá una diferente manera de cuidar en dicha institución. Si en la gestión de los cuidados enfermeros se produce la reflexión sobre los modelos de práctica enfermera, el grado de introducción de diferentes métodos de realizar el cuidado se producirá y entre ellos el proceso enfermero.

Queda patente que se precisa de instrumentos que midan el grado de introducción del proceso enfermero en la práctica. Y si este es una variable de resultado de salud para los cuidados enfermeros.

Existen trabajos de evaluación del uso de la metodología enfermera tras acciones formativas, evaluación de las actitudes y conocimientos de las enfermeras acerca del proceso enfermero, experiencias de implantación del proceso enfermero en la práctica, grado de satisfacción de las enfermeras con el uso de la metodología enfermera. Pero se precisa de medidas reales del grado de implantación del proceso enfermero en la práctica y que papel ocupa en el proceso asistencial.

Tras una revisión de la literatura española e internacional desde el año 1970 hasta la actualidad sobre el proceso enfermero e instrumentos que lo midan. Pone de manifiesto que hay poca investigación que evalúe el grado de implantación del Proceso enfermero. Los trabajos de Brooking y Davis midieron en diversos hospitales el grado de utilización real de esta metodología en la práctica. Ninguno de estos estudios tuvieron en cuenta las opiniones de las enfermeras sobre el proceso enfermero. En el caso de Davis et al diseñaron un cuestionario para evaluar los registros de enfermería según unos criterios que reflejaban si se estaba utilizando o no el PAE.

Se encontró la existencia de un instrumento validado y fiable para medir el grado de introducción del proceso enfermero en la práctica, cuestionario Brooking²⁴

En el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), la División de Enfermería se propone ya desde el año 2002 como línea estratégica de trabajo e influido por los acontecimientos que estaban ocurriendo en otras Comunidades Autónomas del Estado Español, implantar la metodología enfermera en las unidades asistenciales.

Se crea la Unidad Planes de Cuidados nombrando como responsable de dicha unidad a mi persona. Tras analizar la literatura y otras experiencias nacionales sobre

cuáles habían sido las estrategias más efectivas para la introducción del proceso enfermero en la práctica del cuidado, se toman las siguientes acciones:

- Redefinición del marco conceptual y teórico de los cuidados en el HGUA.
- Configuración de un grupo de trabajo en metodología y planes de cuidados, La Comisión de Planes de Cuidados.
- Elaboración de un documento marco de posicionamiento onto-metodológico para la dispensación de los cuidados enfermeros en el HGUA.
- Diseño de la base de conocimiento para la elaboración de los estándares de cuidados.
- Formación en el modelo conceptual, proceso enfermero y metodología enfermera a todas las supervisoras del HGUA (70 personas) y enfermeras asistenciales durante los años 2004-2005 y 2007.
- Diseño de los estándares de cuidados con las enfermeras asistenciales formadas y expertas en el cuidado de los pacientes.
- Implantación de los estándares para la validación clínica en las unidades asistenciales con seguimiento diario y apoyo de un experto en metodología enfermera.
- Consideración de las opiniones y juicios de las enfermeras asistenciales durante todo el proceso, incluyendo múltiples cambios en los estándares debido al juicio de las enfermeras.
- Difusión de toda la información, estándares, base de conocimiento... a través de un entorno web creado para los cuidados enfermeros del HGUA. www.dep19.san.gva.es/intranet/servicios/enfermeria
- Incentivación económica a través de los acuerdos de gestión de la Agencia Valenciana de la salud (años 2006/2007/2008).

OBJETIVOS

1. Analizar el grado de utilización del proceso enfermero en las unidades de hospitalización del hgua a través del cuestionario brooking.
2. Medir la fiabilidad del cuestionario brooking 2004.

MÉTODOS

Diseño

Estudio descriptivo transversal sobre el grado de utilización del proceso enfermero en la práctica desde la perspectiva de las enfermeras.

Período a estudio

Febrero a Junio 2007

Población a estudio

357 enfermeras de las unidades de hospitalización del Hospital General Universitario de Alicante. Se envía el cuestionario a todas las enfermeras de hospitalización del HGUA. Se recogen N=170.

Descripción del cuestionario Brooking (2004):

La escala de medida del proceso enfermero de Brooking (1986). Brooking enfermera inglesa llevo a cabo un estudio comparativo de la participación de los pacientes y familiares en el cuidado de enfermería en 4 hospitales del Reino Unido. Comparó unidades que se consideraban seguidoras del proceso enfermero y otras que empleaban una atención más tradicional. Previo a la comparación y para asegurarse de que el proceso enfermero estuviera bien introducido diseño una escala para medir el grado de utilización del mismo desde la perspectiva de las enfermeras. Este cuestionario evaluaba:

- 1- La utilización de cada etapa del PAE (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación)
- 2- La organización de la unidad
- 3- La información que las enfermeras tenían sobre esta metodología de Trabajo.

Este instrumento esta compuesto de:

1. Una escala de autoevaluación para enfermeras de 37 preguntas.
2. Una escala de observación de la unidad basada en los mismos 37 parámetros.
3. Una escala de autoevaluación para el supervisor de la unidad.

En el año 2004, Zaragoza A , Traduce, valida y adapta al contexto español este cuestionario. Así, Zaragoza de los 37 parámetros 17 los mantuvo sin modificación y realizó modificaciones en el resto del tipo: cambios en los enunciados para clarificar el significado, simplificación de algunas preguntas para adaptarlos al contexto español, especificación de algunos parámetros para aumentar la sensibilidad del cuestionario, eliminación de algunas preguntas, adicción de algunos parámetros para reflejar la práctica actual, reducción del nº de respuestas posibles de 6 a 5 y modificaciones de formato.

Realizó un estudio piloto en la Clínica Universitaria de Navarra con el cuestionario y del mismo se produjeron algunas modificaciones más. El instrumento final al igual que el original está dividido en 4 partes correspondientes a las fases del proceso enfermero de valoración, planificación, ejecución y evaluación. El cuestionario contiene 33 preguntas, Contiene además una breve introducción sobre la finalidad del mismo y un apartado de preguntas generales.

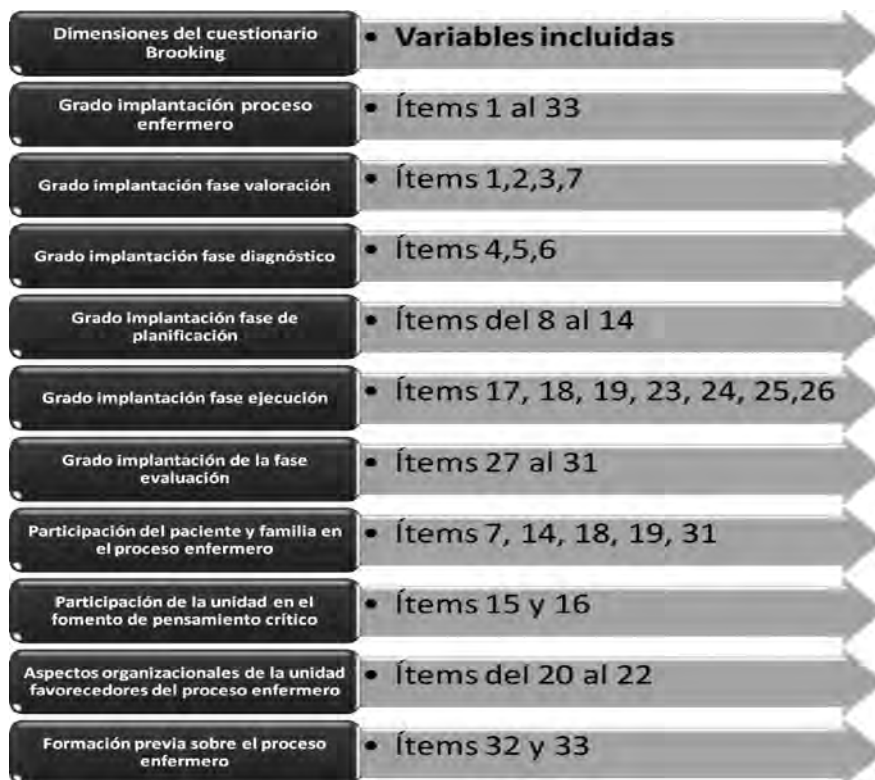
El cuestionario se utilizo después con otros métodos (triangulación múltiple) para medir el uso del proceso enfermero tras una intervención en dicha clínica.

Zaragoza, comprobó que el instrumento tenía validez aparente, de contenido y de criterio. En cuanto a la fiabilidad, el instrumento tiene congruencia interna (Cronbach-alpha >0.7). Entre sus conclusiones destaca que se necesitan más estudios de validez de constructo, equivalencia y estabilidad.

Tras solicitar permiso a Zaragoza para la utilización en el estudio del Cuestionario Brooking (2004), se introdujeron cambios en el formato y de adaptación al contexto del Hospital General Universitario de Alicante.

Análisis

Para su análisis se estructuró los ítems del cuestionario en las siguientes dimensiones:



Se realizó un volcado de los cuestionarios a una base de datos Access y su traspaso al paquete estadístico SPSS 12.0. Se procede análisis descriptivo empleando frecuencias y porcentajes en las variables cuantitativas así como media y desviación típica. Se procede un análisis de los datos global del Hospital y por unidades asistenciales.

RESULTADOS

De los 170 cuestionarios recibidos de las enfermeras del HGUA, los resultados del carácter general son: La media de años trabajados como enfermera es de 15,9 años y en la unidad asistencial donde se encuentra en el momento de rellenar el cuestionario es de 9,6 años. El 62,4% de las enfermeras ha estudiado en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Alicante y el 65,3% no tiene ninguna formación de postgrado. La distribución de los cuestionarios por unidades asistenciales del HGUA, es la que puede verse en la tabla 1:

Tabla 1: Distribución de la muestra por unidades del HGUA

		UNIDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3A	7	4,1	4,1	4,1
	3B	4	2,4	2,4	6,5
	3C	6	3,5	3,5	10,0
	3D	5	2,9	2,9	12,9
	4A	3	1,8	1,8	14,7
	4B	3	1,8	1,8	16,5
	4C	6	3,5	3,5	20,0
	4D	13	7,6	7,6	27,6
	5A	7	4,1	4,1	31,8
	5B	9	5,3	5,3	37,1
	5C	5	2,9	2,9	40,0
	5D	6	3,5	3,5	43,5
	6B	2	1,2	1,2	44,7
	6C	6	3,5	3,5	48,2
	7A	8	4,7	4,7	52,9
	7C	6	3,5	3,5	56,5
	8A	8	4,7	4,7	61,2
	8B	1	,6	,6	61,8
	8C	6	3,5	3,5	65,3
	8D	9	5,3	5,3	70,6
	99	2	1,2	1,2	71,8
	9A	8	4,7	4,7	76,5
	9B	7	4,1	4,1	80,6
	9C	3	1,8	1,8	82,4
	HDO	2	1,2	1,2	83,5
	REA	15	8,8	8,8	92,4
	UCI	12	7,1	7,1	99,4
	VOL	1	,6	,6	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

RESULTADOS DESCRIPTIVOS GLOBALES DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (HGUA):

El grado de implantación del proceso enfermero en el Hospital General Universitario de Alicante:

Tabla 2: Grado de implantación del proceso enfermero

Grado de implantación del proceso enfermero					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nada implantado	10	5,9	5,9	5,9
	poco implantado	58	34,1	34,1	40,0
	suficientemente implantado	62	36,5	36,5	76,5
	bastante implantado	24	14,1	14,1	90,6
	Totalmente implantado	16	9,4	9,4	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Así si se analizan las medias de respuestas en las escalas likert (1-nada implantado, 2-poco implantado, 3-suficientemente implantado, 4-bastante implantado,5-Totalmente implantado)* y por fases del proceso enfermero:

Tabla 3: estadísticos descriptivos del proceso enfermero y sus fases

		Grado de implantación de la fase de valoración de la fase de valoración incluidas variables diagnóstico		Grado de implantación de la fase de valoración sin variables del diagnóstico		Grado de implantación de la fase de planificación de la fase de ejecución		Grado de implantación de la fase de evaluación	
N	Válidos	170	170	170	170	170	170	Válidos	170
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	Perdidos	0
Media		2,87	3,38	3,10	4,39	1,91	2,73		2,74
Mediana		3,00	3,00	3,00	5,00	1,00	3,00		3,00
Moda		3	3	3	5	1	2(a)		1
Desv. típ.		1,041	1,125	1,362	1,178	1,137	1,108		1,465

Podemos observar que la media del proceso enfermero no llega a 3 (suficientemente implantado), la fase más implantada (entre bastante y totalmente implantada, con una media de 4,39 y con una moda de 5) es la fase de valoración y la menos implantada en el HGUA la de planificación (con una media de 1,91 entre nada y poco implantada)

Las tablas de frecuencia de respuesta de las fases del proceso enfermero son (tablas 4,5,6,7,8,9)

Tabla 4: Grado de implantación de la fase de valoración incluidas variables diagnóstico

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	nada implantado	13	7,6
	poco implantado	19	11,2
	suficientemente implantado	58	34,1
	bastante implantado	51	30,0
	Totalmente implantado	29	17,1
	Total	170	100,0

Tabla 5: Grado de implantación de la fase de diagnóstico

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	nada implantado	33	19,4
	poco implantado	19	11,2
	suficientemente implantado	47	27,6
	bastante implantado	40	23,5
	Totalmente implantado	31	18,2
	Total	170	100,0

Tabla 6: Grado de implantación de la fase de valoración sin variables del diagnóstico

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	nada implantado	13	7,6
	poco implantado	4	2,4
	suficientemente implantado	7	4,1
	bastante implantado	26	15,3
	Totalmente implantado	120	70,6
	Total	170	100,0

Tabla 7: Grado de implantación de la fase de planificación

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	nada implantado	87	51,2
	poco implantado	39	22,9
	suficientemente implantado	21	12,4
	bastante implantado	19	11,2
	Totalmente implantado	4	2,4
	Total	170	100,0

Tabla 8: Grado de implantación de la fase de ejecución

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	nada implantado	27	15,9
	poco implantado	48	28,2
	suficientemente implantado	43	25,3
	bastante implantado	48	28,2
	Totalmente implantado	4	2,4
	Total	170	100,0

Tabla 9: Grado de implantación de la fase de evaluación

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	nada implantado	53	31,2
	poco implantado	22	12,9
	suficientemente implantado	39	22,9
	bastante implantado	28	16,5
	Totalmente implantado	28	16,5
	Total	170	100,0

En cuanto al resto de dimensiones construidas dentro del cuestionario Brooking:

Como puede observarse en las tablas 9,10,11,12 y 13, como la formación previa sobre el proceso enfermero es suficiente (45,3% contestan que suficiente formación) que la organización de las unidades están favoreciendo el proceso enfermero (51,2 % contestaron que bastante favorecedora, 30,6% muy favorecedora), que existe una baja participación de las unidades en actividades de fomento del pensamiento crítico (67,6% poca participación) y que la participación del paciente y familia en sus cuidados dentro del proceso enfermero es poca (una moda de 1-nada participación)

Tabla 9: Estadísticos descriptivos del resto de dimensiones

		Formación previa sobre el proceso enfermero* * (1-5)	Grado en que la organización de la unidad favorece el proceso enfermero* (1-4)	Grado de participación de la unidad en el fomento del pensamiento crítico* (1-4)	Grado de participación del paciente y familia en sus cuidados** (1-5)
N	Válidos	170	169	169	170
	Perdidos	0	1	1	0
Media		3,21	3,09	1,49	2,62
Mediana		3,00	3,00	1,00	3,00
Moda		3	3	1	1
Desv. típ.		1,135	,766	,817	1,398

*Las escalas likert construidas para estas dimensiones van de 1-Nada favorecedora/Nada participación a 4- Muy favorecedora/Alta participación.

** Las escalas likert construidas para estas dimensiones van de 1- Nada formación/Nada participación a 5- Mucha formación/ Alta participación.

Tabla 10: Formación previa sobre el proceso enfermero

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	nada formación	13	7,6
	poca formación	25	14,7
	suficiente formación	77	45,3
	bastante formación	24	14,1
	Mucha formación	31	18,2
	Total	170	100,0

Tabla 11: Grado en que la organización de la unidad favorece el proceso enfermero

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nada favorecedora	6	3,5
	Poco favorecedora	24	14,1
	Bastante favorecedora	87	51,2
	Muy favorecedora	52	30,6
	Total	169	99,4
Perdidos	Sistema	1	,6
Total		170	100,0

Tabla 12: Grado de participación de la unidad actividades de pensamiento crítico

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Poca participación	115	67,6
	Suficiente participación	31	18,2
	Bastante participación	17	10,0
	Alta participación	6	3,5
	Total	169	99,4
Perdidos	Sistema	1	,6
Total		170	100,0

Tabla 13: Grado de participación del paciente y familia en sus cuidados

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	nada participación	60	35,3
	Poca participación	11	6,5
	Suficiente participación	52	30,6
	bastante participación	28	16,5
	Muy alta participación	19	11,2
	Total	170	100,0

RESULTADOS DESCRIPTIVOS POR UNIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (HGUA):

Se tabulan los resultados de las dimensiones del cuestionario Brooking por unidad asistencial del HGUA. Cabe resaltar que la fase de valoración sigue siendo la más implantada incluso por encima del valor del grado de implantación del proceso enfermero en esa unidad, el gráfico 1 permite observar dicha afirmación. Puede verse como del total de las fases, la de valoración (color verde) es la más implantada y la fase de planificación (color marrón) la menos implantada. En el Gráfico 2: Las barras de color verde corresponden a los valores de la media (1-nada implantado a 5-totalmente implantado) de la fase de valoración, puede verse como en la mayoría de las unidades asistenciales del HGUA estos valores se aproximan a totalmente implantado, siendo también superiores los valores de la valoración en las unidades especiales como la UCI y Cuidados críticos. En el Gráfico 3: Si comparamos el grado de implantación del proceso enfermero (azul) con el grado de implantación de la fase de planificación (verde) puede verse como la planificación ronda valores cercanos a 1 (nada implantado). En el Gráfico 4: resaltar como la fase de diagnóstico ronda valores cercanos a 3 (suficientemente implantado) en la mayoría de las unidades asistenciales.

En cuanto a la formación previa sobre el proceso enfermero por unidad asistencial, los datos quedan reflejados en el Gráfico 5. Las enfermeras de la mayoría de las unidades consideran que tienen una suficiente formación en torno al proceso enfermero en cambio la mayoría de unidades el nivel de formación es superior a los valores de implantación del proceso enfermero. El grado en que la organización de la unidad favorece el proceso enfermero por unidad puede valorarse en el gráfico 6, excepto en las unidades 3A, 3B, 4A, 4B, 4D 5A, 8D y 9A que el grado de implantación del proceso enfermero es mayor que la organización de la unidad favorece su implantación, en el resto de unidades la media de implantación del proceso enfermero es menor que el grado en que la unidad favorece su implantación. En la mayoría de las unidades el grado en que la organización favorece la implantación del proceso enfermero es suficientemente favorecedor (media 3,1). El Gráfico 7: muestra el grado de participación de la unidad en fomento de pensamiento crítico y el grado de implantación del proceso enfermero, siendo el grado de fomento del pensamiento crítico muy bajo en todas las unidades (media 1,49).

Uno de los ítems del cuestionario Brooking explora el grado de obligatoriedad que existe en las unidades asistenciales de trabajar con el proceso enfermero, así en el Gráfico 8: muestra el grado de implantación del proceso enfermero y el grado de obligatoriedad. Así en todas las unidades la obligatoriedad que existe de trabajar con el proceso enfermero es menor que el grado de implantación del mismo.

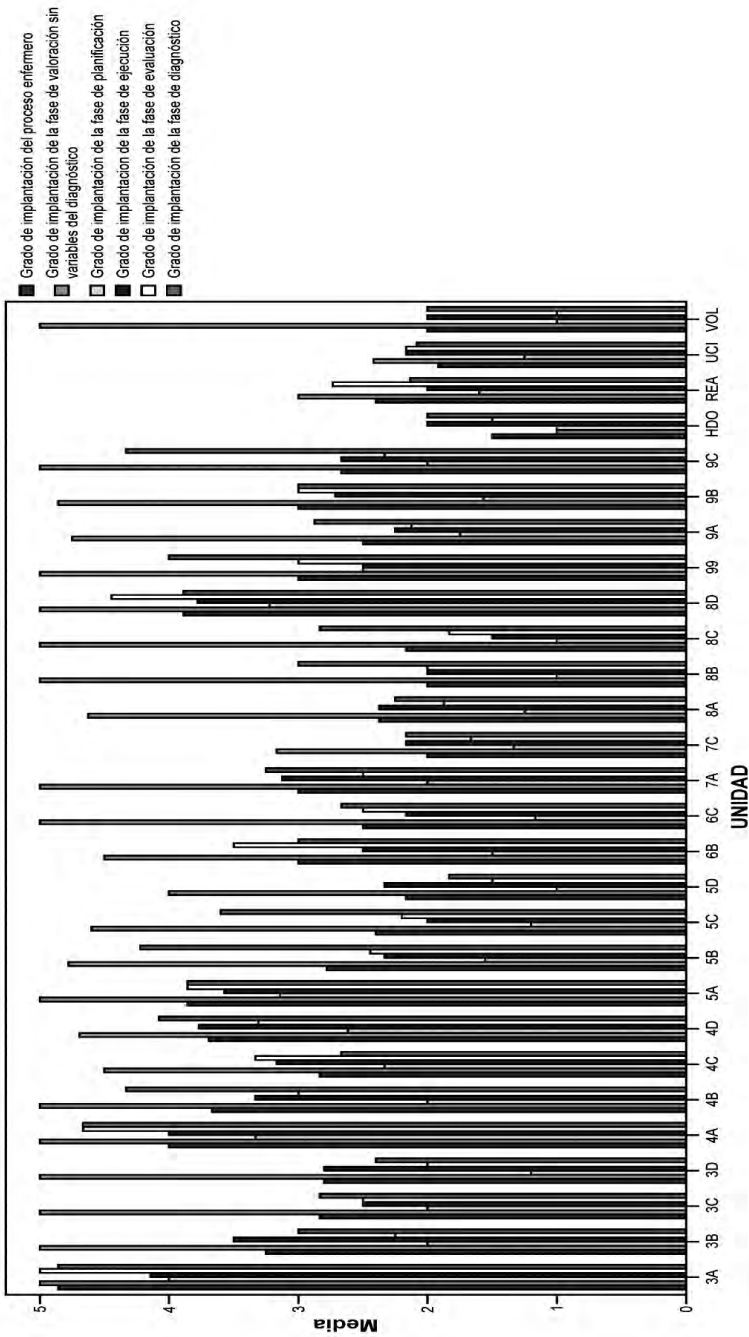


Gráfico 1: Grado de implementación del proceso enfermero y sus fases por unidad asistencial del HGUA.

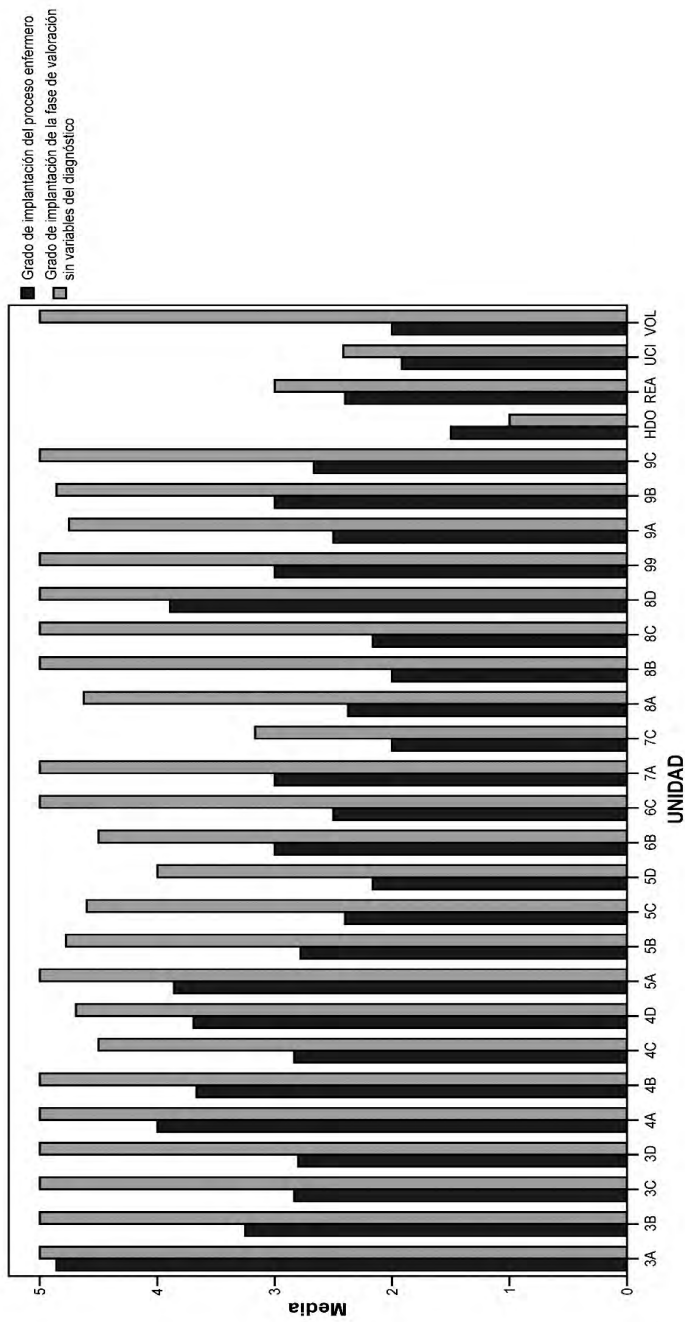


Gráfico 2: Grado de implementación del proceso enfermero comparado con el grado de implementación de la fase de valoración por unidad asistencial del HGUA

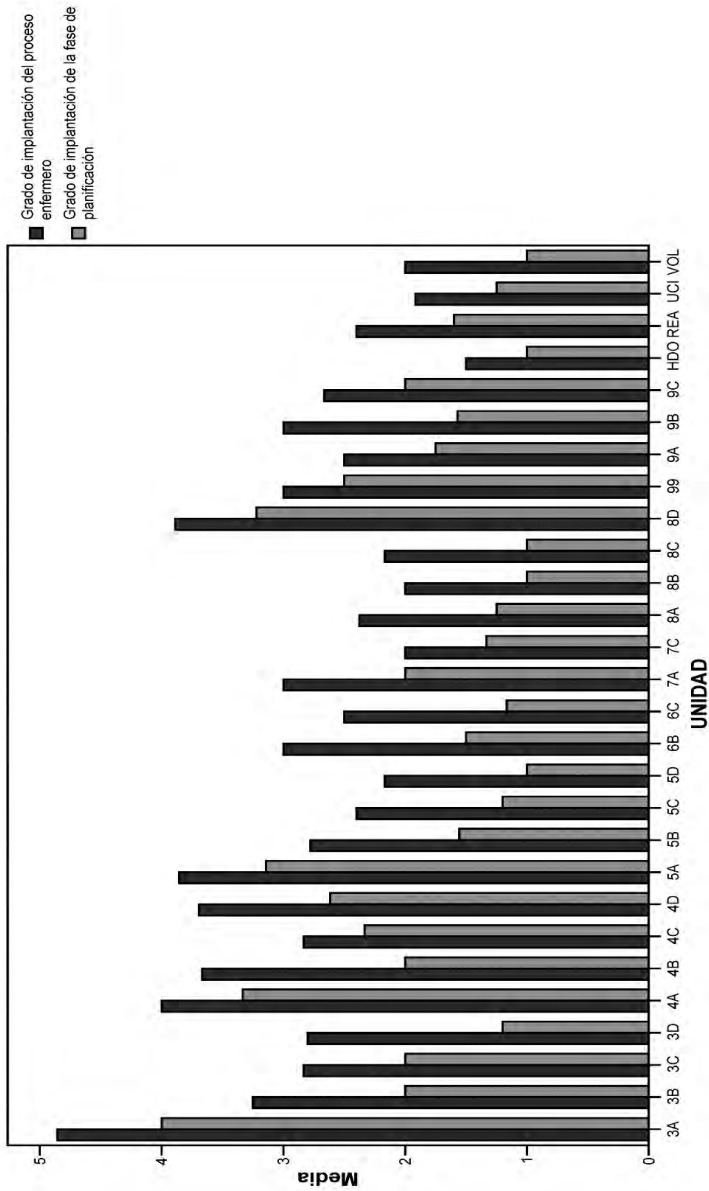


Gráfico 3: Grado de implantación del proceso enfermero comparado con el grado de implantación de la fase de planificación por unidad asistencial del HGUA

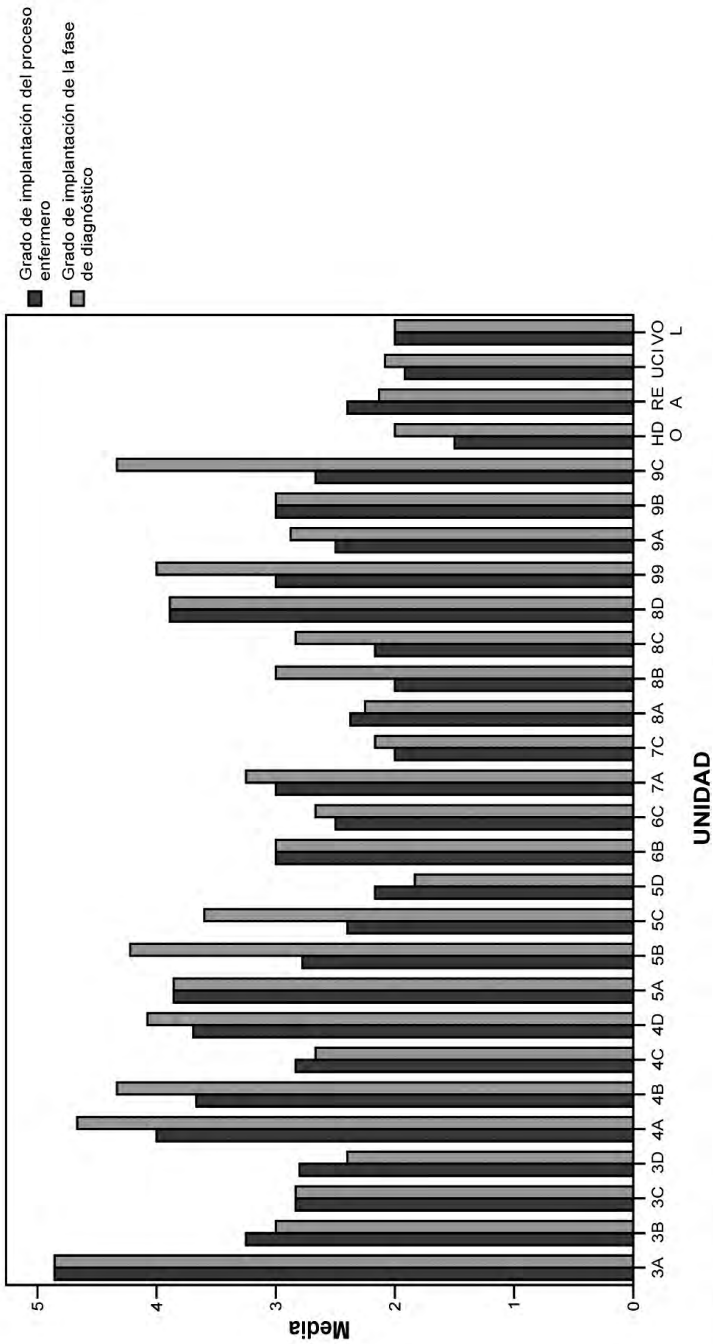


Gráfico 4: Grado de implementación del proceso enfermero comparado con el grado de implementación de la fase de diagnóstico por unidad asistencial del HGUA.

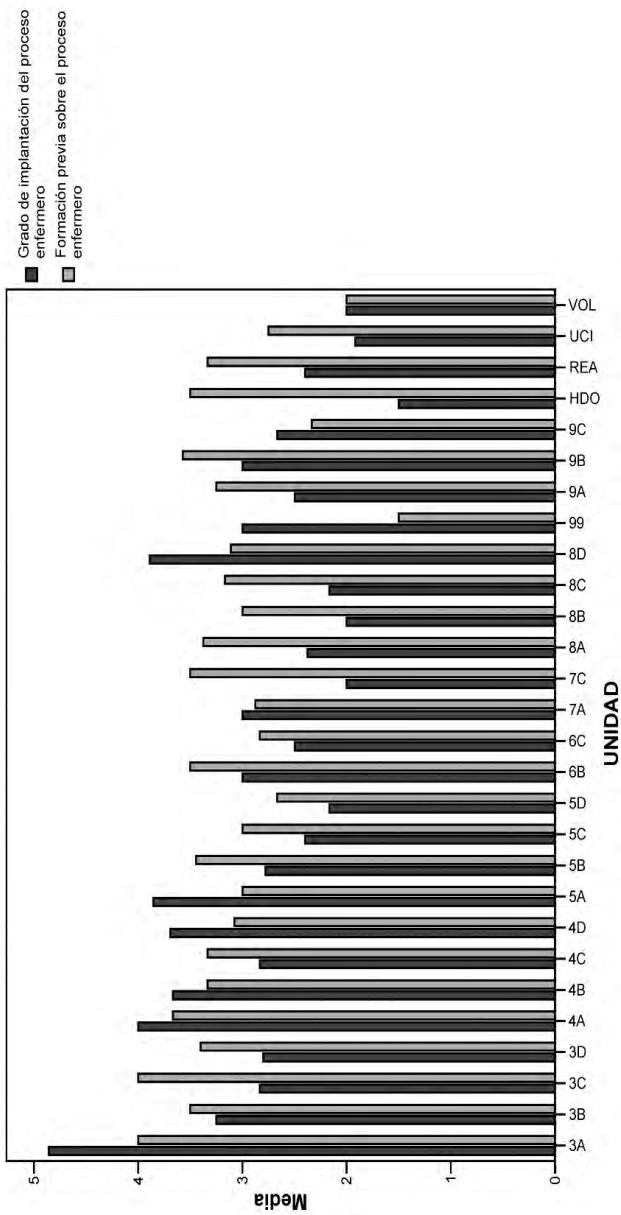


Gráfico 5: Comparación del grado de implantación del proceso enfermero con la formación previa sobre el mismo por unidad asistencial del HGUA.

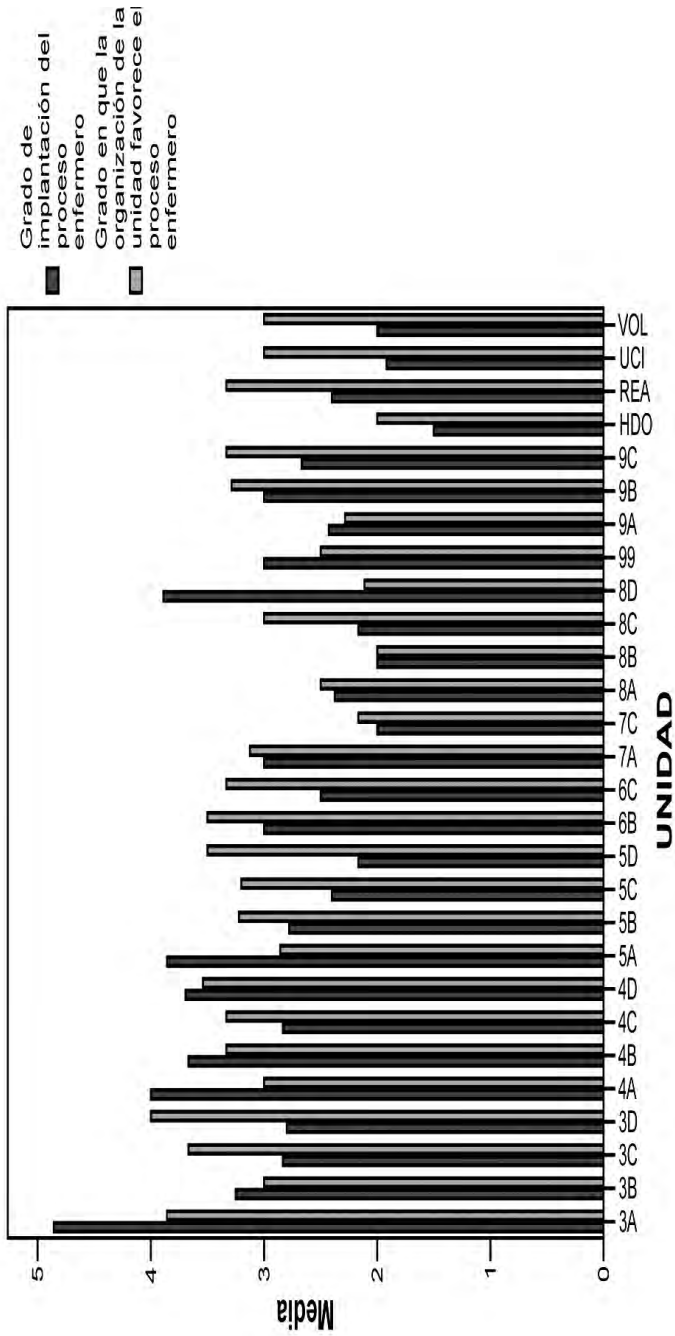


Gráfico 6: Comparación del grado de implantación del proceso enfermero y del grado en que la organización de la unidad favorece su implantación por unidad del HGUA

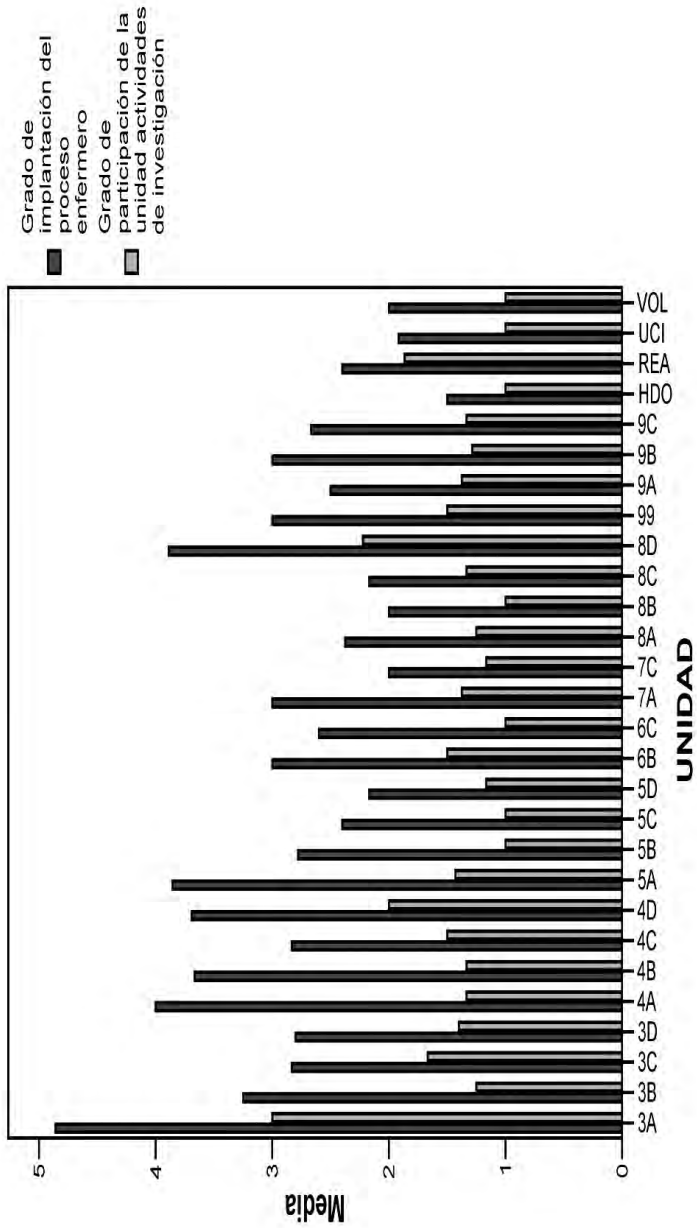


Gráfico 7: Comparación del grado de implantación del proceso enfermero en las unidades con la participación de la unidad en actividades de fomento del pensamiento crítico por unidad asistencial del HGUA.

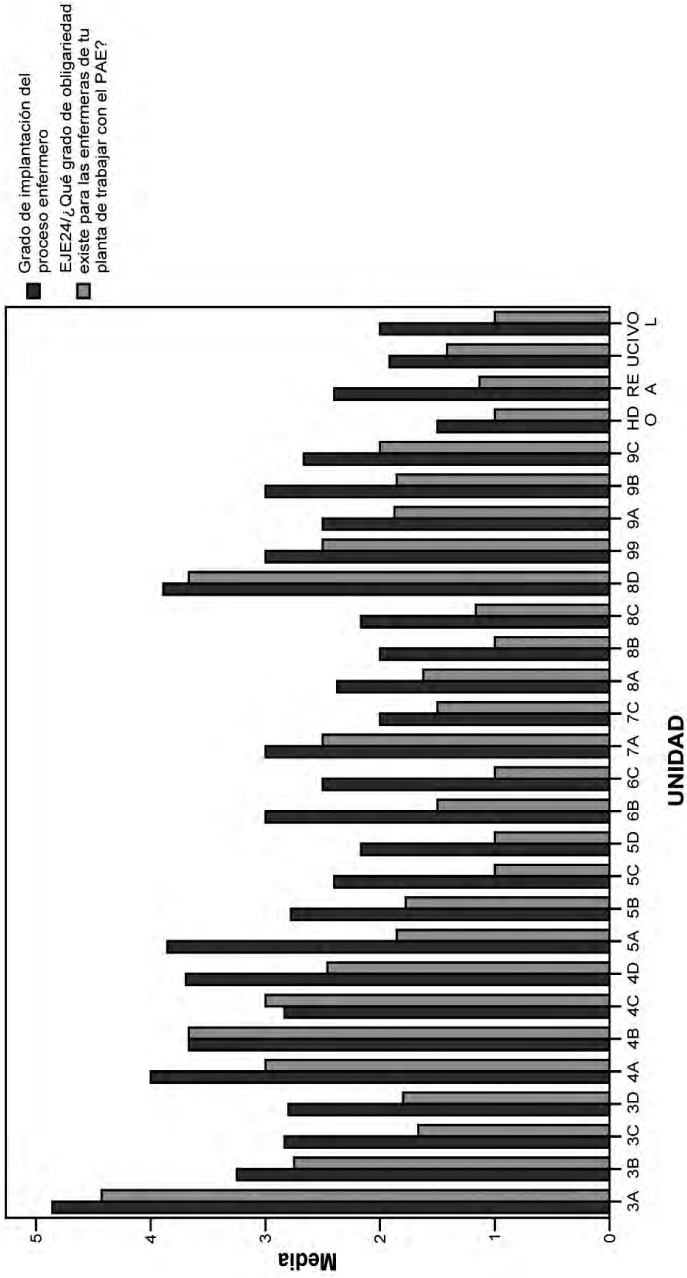


Gráfico 8: Grado de implantación del proceso enfermero y obligatoriedad de trabajar con el mismo en la unidad por unidad asistencial del HGUA

RESULTADOS DE FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO BROOKING

En este trabajo, de cara a la valoración de la fiabilidad de las medidas se ha utilizado el alfa de Cronbach, que es el indicador más ampliamente utilizado para este tipo de análisis. Este coeficiente determina la consistencia interna de una escala analizando la correlación media de una variable con todas las demás que integran dicha escala. Toma valores entre 0 y 1, aunque también puede mostrar valores negativos (lo que indicaría que en la escala hay ítems que miden lo opuesto al resto). Cuanto más se acerque el coeficiente a la unidad, mayor será la consistencia interna de los indicadores en la escala evaluada, aunque no existe un acuerdo generalizado sobre cual es el límite que demarca cuándo una escala puede ser considerada como fiable o no. Según George y Mallery (1995), el alfa de Cronbach por debajo de 0,5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; si tomara un valor entre 0,5 y 0,6 se podría considerar como un nivel pobre; si se situara entre 0,6 y 0,7 se estaría ante un nivel débil; entre 0,7 y 0,8 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0,8-0,9 se podría calificar como de un nivel bueno, y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente.

Así analizado el valor de Alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones del Cuestionario Brooking:

Tabla 14: Puntuaciones de alfa de Cronbach

Dimensiones del cuestionario Brooking	VARIABLES INCLUIDAS	Valor de Alfa de Cronbach
Grado implantación proceso enfermero	Ítems 1 al 33	0,933
Grado implantación fase valoración	Ítems 1,2,3,7	0,776
Grado implantación fase diagnóstico	Ítems 4,5,6	0,860
Grado implantación fase de planificación	Ítems del 8 al 14	0,924
Grado implantación fase ejecución	Ítems 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26	0,809
Grado implantación de la fase evaluación	Ítems 27 al 31	0,900
Participación del paciente y familia en el proceso enfermero	Ítems 7, 14, 18, 19, 31	0,849
Participación de la unidad en actividades reflexión e investigación	Ítems 15 y 16	0,532
Aspectos organizacionales favorecedores del proceso enfermero	Ítems del 20 al 22	0,318
Formación previa sobre el proceso enfermero	Ítems 32 y 33	0,016

En cuanto a los ítems del instrumento se estudio la desviación estándar de las respuestas, aquellas con una desviación estándar mayor de 1,5 se les considero poco fiables ya que al evaluar todo el uso del proceso enfermero en el hospital no debería haber gran disparidad de respuestas (ver tabla 32). Reflexionando sobre las posibles causas de la variabilidad en los ítems: val2, eje21, eje25, eje26, eva27, eva28, eva29 y eva30 podría ser porque el grado de implantación del proceso enfermero es diferente si se analizan los datos por unidad por lo que habría que estudiar las puntuaciones de cada ítem por unidad asistencial y no por el conjunto del hospital.

DISCUSIÓN

El grado de implantación del proceso enfermero en el HGUA se puede considerar bajo, (media de 2,83) (escala likert 1 a 5 siendo 1 nada implantado y 5 totalmente implantado). Así el 70,6 % de la dimensión global se encuentra entre poco y suficientemente implantado. Cuando se analiza por fases del proceso enfermero, la situación es bien distinta estando la fase de valoración casi totalmente implantada en el HGUA. En cambio la fase de planificación de nada a poco implantada.

Las enfermeras dan vital importancia a la fase de valoración y a su registro. La influencia que en este aspecto, haya podido tener la trayectoria que en el HGUA se lleva desarrollando desde el año 1998 en la cultura de valoración del paciente al ingreso, donde se llevo a cabo un proyecto de investigación financiado por el FIS sobre dicho documento , podría verse reflejada en estos resultados. O bien que esta fase para el desarrollo del cuidado enfermero tenga la suficiente utilidad y relevancia para que puedan ser explicadas estas puntuaciones en el cuestionario Brooking. En contraposición a estos argumentos Zaragoza en su estudio sobre la implantación del proceso enfermero en la Clínica Universitaria de Navarra, las enfermeras reconocieron que no veían útil el llevar a cabo una valoración de sus pacientes ya que los cuidados estaban protocolizados en razón del diagnóstico médico o ya se iban pautando sobre la marcha. Aunque las valoraciones se realizaban más que otras fases del proceso enfermero. Otro estudio realizado en Málaga por Duarte afirma que el uso de la metodología enfermera en la historia clínica informatizada la valoración y el diagnóstico es la más utilizada. Llama la atención como la fase de diagnóstico se encuentra suficientemente implantada (media 3,10) por encima de la fase de ejecución (media de 2,73), reflexionando sobre este aspecto y comparando estos resultados con otras investigaciones ya realizadas por la investigadora con anterioridad sobre el uso de los diagnósticos de enfermería y la cumplimentación de los registros de enfermería en el HGUA; Así un estudio realizado en el año 2003 sobre la Terminología utilizada por las enfermeras del Hospital General Universitario de Alicante en la hoja de cuidados de enfermería. Este estudio pone de manifiesto la inexistencia de criterios unificados de terminología enfermera, la planificación de los cuidados tan sólo aparece en el 2.25 % de las 104 hojas de cuidados auditadas, las tareas delegadas por otros profesionales son las que mayoritariamente aparecen, minimizando aquellas que tienen que ver directamente con el cuidado. El diagnóstico de enfermería (Taxonomía NANDA) aparece en un 0 % de las hojas. Los datos de

este estudio se confirman en otra investigación realizada en el HGUA , para conocer los conocimientos, actitudes y opiniones de las enfermeras del HGUA acerca del proceso enfermero y los diagnósticos de enfermería, se realizó una encuesta , por correo, de 13 ítems elaborada a propósito del estudio a todas las enfermeras (300) de las 28 unidades de hospitalización. En cuanto a las actividades más reflejadas en los registros, las enfermeras afirmaban que son las ya realizadas en un 18.2%, opinan que se registran sobre todo actividades delegadas en un 17.7%. Un 1.9% de la muestra opina que se registran actividades derivadas de diagnósticos de enfermería. El 70,7% de las enfermeras no utilizan los diagnósticos de enfermería debido a: el 38,3 % de la muestra “por que nadie lo hace”, el 24.3% porque le parece que no se pueden aplicar a nuestro contexto profesional y el 22.4 % por falta de conocimientos.

Otro estudio realizado en el 2004 por Domingo et al concluye, tras la reflexión de los resultados obtenidos que:

- El uso de los diagnósticos enfermeros de la taxonomía NANDA en el HGUA es inexistente.
- Las enfermeras, plasman los diagnósticos enfermeros/ problemas, en sus registros a través de unas expresiones que denominamos prediagnósticas.
- Las actividades más registradas por las enfermeras corresponden a cuidados delegados por otros profesionales, así las actividades propias (como los cuidados orientados a cubrir las necesidades básicas de los pacientes) son las que menos se registran.
- Respecto al registro del proceso enfermero las fases de planificación y evaluación de los cuidados son las que menos referencias escritas contienen. La fase más registrada en la hoja de cuidados es la de ejecución de las actividades de enfermería.
- No se registra la participación del paciente y su familia en la planificación de los cuidados de enfermería.

Comparando estas conclusiones extraídas en aquellos momentos en el HGUA, hay coincidencias y desavenencias con la investigación actual, así la fase de planificación y evaluación es la menos registrada en los datos del Cuestionario Brooking pero la fase de diagnóstico da resultados de suficientemente implantada pero en cambio en el análisis de los registros de enfermería no aparecen esos diagnósticos en forma normalizada (NANDA) sino en expresiones que en el estudio anteriormente citado se denominó de prediagnósticas. Estas expresiones con los datos del grado de implantación de la fase de diagnóstico del Brooking se convierten, a la luz de las enfermeras del HGUA, “ en verdaderos problemas/diagnósticos de enfermería”, no merecedores del calificativo de prediagnósticas. Coincidiendo también, con el estudio anteriormente citado, que analizaba las expresiones registradas de las enfermeras, llama la atención la baja participación del paciente y su familia en el proceso de cuidados de enfermería que se extrae también de los resultados del Cuestionario Brooking. Este aspecto es de vital relevancia en dimensiones como es la seguridad del paciente. Así se hace imprescindible además situar al paciente en el centro del

sistema, previa superación del paternalismo, lo que conlleva a una mayor participación de los pacientes: hoy en día se considera que la participación de los pacientes en la prevención de los efectos adversos es una condición sine qua non para conseguir su disminución. Desde la Joint Commission se ha creado el programa Speak up (Hable), donde se enfatiza en el papel protagonista del paciente a la hora de recibir un cuidado seguro. Este programa le proporciona consejos sencillos acerca de cómo puede hacer para lograr que su experiencia relacionada con el cuidado de su salud sea buena. Las investigaciones demuestran que los pacientes que toman parte en las decisiones acerca de su salud tienen mayores probabilidades de recuperarse más rápido. Para ayudar a prevenir errores en su atención sanitaria, se invita a los pacientes a hablar y a mantenerse activos e informados durante su atención médica. Sin olvidar que una de las características del proceso enfermero es que está centrado en el paciente.

En cuanto al resto de dimensiones desde la perspectiva de las enfermeras que contestaron el cuestionario Brooking, la formación previa sobre el proceso enfermero es suficiente (45,3% contestan que suficiente formación) que la organización de las unidades están favoreciendo el proceso enfermero (51,2 % contestaron que bastante favorecedora, 30,6% muy favorecedora), que existe una baja participación de las unidades en actividades de fomento del pensamiento crítico (67,6% poca participación) y que la participación del paciente y familia en sus cuidados dentro del proceso enfermero es muy baja (una moda de 1-nada participación).

Una de las variables que se piensa que va incidir en mayor medida en la implantación del proceso enfermero en la práctica es la obligatoriedad que impongan las gerencias de Enfermería de las instituciones sanitarias, pues bien, uno de los ítems del cuestionario Brooking explora el grado de obligatoriedad que existe en las unidades asistenciales de trabajar con el proceso enfermero, así los datos que se obtienen muestran como el grado de implantación del proceso enfermero y el grado de obligatoriedad, en todas las unidades la obligatoriedad que existe de trabajar con el proceso enfermero es menor que el grado de implantación del mismo. Y no existe una correlación de que a mayor grado de obligatoriedad mayor implantación. Por lo que las estrategias de imposición de una metodología de trabajo no resultan efectivas. Creo que la metodología que se ha llevado en el HGUA que desde la práctica debe nacer toda estrategia de cambio y que debe ser desde el cuidado y desde el conocimiento experto de la enfermera asistencial desde donde se debe estudiar el proceso enfermero más adecuado para la resolución de los problemas de salud de los pacientes, es desde mi punto de vista la más respetuosa y efectiva a la vista de los datos.

En cuanto a la formación previa en el proceso enfermero como un factor que pudiera influir en el grado de implantación del proceso enfermero en el HGUA, se ha visto que apenas influye en su introducción en la práctica. La formación de pregrado todavía tiene menor influencia que la realización de cursos de formación en el Hospital, por lo que todos los esfuerzos en formación en metodología enfermera desarrollados en el HGUA deben de ser replanteados a otras estrategias más eficientes. La formación de pregrado debe replantearse también cuál es el papel que va a

jugar en un futuro, y enfocarse quizás más a la adquisición de competencias prácticas en el proceso enfermero que es útil para el cuidado del paciente. En un estudio que evaluaba el uso de la metodología enfermera tras una actividad formativa llegan a la conclusión que los profesionales que ya antes de la intervención utilizaban el proceso enfermero tras la misma aumentaban su grado de utilización en su práctica habitual. Bien es cierto que no todas las actividades formativas tienen los mismos resultados. Según una revisión de la Cochrane sólo los talleres donde hay una interactividad entre los docentes y alumnos pueden originar cambios en la práctica. La preparación de las enfermeras para la utilización del proceso enfermero incluye el desarrollo de ciertas habilidades. Las enfermeras deben ser expertas en comunicación y dialogo, habilidades fundamentales para establecer una relación terapéutica adecuada. Deben ser expertas en la resolución de problemas. Todo esto repercute en las metodologías docentes empleadas en la enseñanza del proceso enfermero desde pregrado ya que no se pueden reducir a clases teóricas.

Respecto al Cuestionario Brooking y su fiabilidad se puede afirmar a la vista de los resultados obtenidos en el análisis de fiabilidad que su consistencia interna es muy alta (alfa de cronbach 0,933) así como el de la dimensión creada por la investigadora siendo la puntuaciones en alfa de cronbach de 0,849 en Grado de participación del paciente y familia en sus cuidados. Pero en el resto de dimensiones: grado de fomento de la unidad del pensamiento crítico (alfa 0,532), aspectos organizacionales favorecedores del proceso enfermero (alfa 0,318) y formación previa en el mismo (alfa 0,016) muestra como no tienen consistencia interna. Cabría hacer un análisis más sosegado de la validez interna ítem a ítem y unidad por unidad para el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Walton I. The nursing process in perspective: a literature review. 1986. University of York. Department of Social Policy and Social work.
Department of Health and Social Security (DHSS). Report of the nursing process evaluation working group. 1986. King's College, University of London, Nursing Education Research Unit. Department of Nursing studies.
De La Cuesta C. The Nursing process: from development to implementation. Journal of Advanced nursing 1983;8:365-371
- 2.- Brooking J. Patient and family participation in nursing care: the development of a nursing process measuring scale. Chelsea College. University of London, 1986.
- 3.- Brennan PF, Anthony MK. Measuring nursing practice models using multi-attribute utility theory. Research in Nursing & Health 2000; 23:372-382.
- 4.- Velázquez Salas A, Cominero Belda A, Ponce González JM. Evaluación del uso de la metodología enfermera mediante una intervención de formación continuada. Evidentia. 2008 may-jun; 5(21). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n21/461articulo.php>> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 30 de Julio 2008
- 5.- Domingo-Pozo M, Blanes-Compañ F, VFernández-Molina MA, Gómez Robles FJ. Evaluación de la formación en metodología enfermera en el Hospital General Universitario de Alicante: actitudes, creencias y conocimientos de las enfermeras. Evidentia. 2007 nov-dic; 4(18). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n18/394articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 30 de julio 2008
- 6.- García Sánchez FJ, Roncero Roncero A, Pulido de la Torre MD, García-Pliego González-Mohino A. Experiencia de Implantación del Proceso Enfermero en el Área de Atención Primaria de Ciudad Real. Enfermería Comunitaria (Edición digital) 2005, 1(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/2/a32-36.php>> Consultado el 30 de Julio 2008

- 7.- Domingo M, Gómez FJ, Ballesta F et al. Opinión de las enfermeras del HGUA sobre la implantación de planes de cuidados. Comunicación presentada en las IX Jornadas de Enfermería del HGUA. Alicante noviembre 2003 pp: 273-274
- 8.- Brooking J. Patient and family participation in nursing care: The development of a nursing process measuring scale. Thesis. Chelsea College. University of London, 1986.
- 9.- Davis B, Billings J, Rylan R. Evaluation of nursing process documentation. *Journal of advanced nursing* 1994;19:960-968
- 10.- Zaragoza A. Introducción del proceso de enfermería en una unidad de hospitalización de un hospital universitario: una investigación acción. Tesis doctoral de la Universidad de Navarra. 2004
- 11.- George, D. y Mallery, P. (1995). *SPSS/PC + Step by: A Simple Guide and Reference*. Belmont, Wadsworth Publishing Company.
- 12.- MA. Fernández Molina J. Gómez Robles, , EM. Gabaldón Bravo, M. Domingo Pozo, M. Torres Figueiras, C. Terrés Ruiz. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. *Enferm Clin*. 2003;13(3):137-44
- 13.- Duarte G, Sánchez B. Sistemas de información y enfermería: encuesta de opinión. Informe SAS 2005
- 14.- J. Gómez Robles, op. Cit 5.
- 15.- Domingo M, Gómez , op. Cit 7
- 16.- Domingo Pozo M, Gómez Robles F J, Torres Figueiras M y Gabaldón Bravo E M. Del cuidado registrado al diagnóstico enfermero. *Enferm Clin*.2005;15(5):00-00.
- 17.- The Joint Comisión. Para prevenir errores en el cuidado de la salud urge al paciente.¡hable! Disponible en <http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/387C823E-970C-4389-879A-5ED202775FE3/0/SP_speakup.pdf> [Consultado el 23 de julio de 2008].
- 18.- Martínez Ques, Angel Alfredo; Vázquez Campo, Miriam. El cuidado y la seguridad del paciente. Algunas consideraciones éticas y legales. *Etica de los Cuidados*. 2008 ene-jun;1(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6760.php>> . Consultado el 23/08/2008
- 19.- Velázquez Salas A, Cominero Belda A, Ponce González JM. Evaluación del uso de la metodología enfermera mediante una intervención de formación continuada. *Evidentia*. 2008 may-jun; 5(21). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n21/461articulo.php>> [ISSN: 1697-638X].
- 20.- Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Reuniones y talleres de educación continua: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la atención de la salud (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Questionario para enfermeras

Escala para medir el grado de implantación del Proceso de Atención de Enfermería (modificación del la Escala de Brooking (1986))A. Zaragoza 2004

Esta escala ha sido diseñada para medir el grado de implantación y uso del **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)** en **tu unidad**. Por favor, contesta cada pregunta basándote en tu experiencia en esta planta. Este cuestionario no pretende examinar tus conocimientos o tu práctica. No hay respuestas verdaderas o falsas. Señala solamente una respuesta por pregunta, la que te parece que representa mejor el modo de trabajar en la planta. El cuestionario es anónimo, es decir, no necesitas poner el nombre.

El cuestionario comienza con una serie de preguntas generales relacionadas con tu preparación como enfermera y los años de antigüedad en la profesión. La segunda parte del cuestionario se centra propiamente en el PAE.

Muchas gracias por tu colaboración

Manuela Domingo Pozo
Unidad Planes de Cuidados HGUA

Preguntas generales

a.1) ¿En qué planta trabajas? (ej. 8ª A, 5ªC...)

.....

a.2) ¿Dónde has realizado tus estudios básicos de enfermería?

(1= Escuela Universitaria de Enfermería Universidad de Alicante; 2= Otro lugar)

Si lo realizaste en otro lugar, especificar.....

a.3) ¿En qué año obtuviste la diplomatura en enfermería?

Años:

a.4) ¿Cuántos años llevas trabajando como enfermera?

Años:

a.5) ¿Cuántos años llevas trabajando en esta unidad del Hospital?

Años:

a.6) ¿Tienes algún otro título además de la diplomatura? (ej. especialidad, máster, otros...)

Especificar:

.....
.....

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

1. ¿Se realiza una valoración de enfermería a los pacientes a su ingreso antes de planificar y llevar a cabo los cuidados?¹

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

2. ¿Se recoge por escrito la valoración del paciente utilizando algún tipo de sistemática?²

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

3. ¿Se lleva a cabo la valoración del paciente dentro de las primeras 24 horas del ingreso y/o antes de su intervención?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

4. ¿Tras la valoración inicial, se identifican y documentan los problemas de enfermería del Paciente?³

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

5. ¿Se identifican y documentan las causas de los problemas de enfermería encontrados?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

6. ¿Se enuncian los problemas de enfermería identificados por orden de prioridad?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

¹ Ten en cuenta la diferencia de matices entre por ejemplo: "siempre" "a menudo" y "a veces"

5= siempre	cuando se realiza entre un 90 y 100 % de los casos)
4= a menudo	entre un 50 y 90 % de los casos
3= a veces	cuando se realiza entre un 10 y 50 % de los casos.
2= No sé	
1= Nunca	cuando no se realiza o se realiza muy esporádicamente

² Ejemplo: por sistemas del organismo, patrones de salud de Marjori Gordon, etc.

³ Problema de enfermería: problema del paciente que la enfermera por su formación está capacitada para identificar y solucionar/paliar sin necesidad de acudir a otros profesionales.

7. ¿Esta sistematizado en la planta el contar con la opinión de los pacientes/familiares a la hora de enunciar los problemas de enfermería del paciente?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

Planificación

8. ¿Se elabora un plan de cuidados escrito antes de realizar las actividades de enfermería para el paciente?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

9. ¿El plan de cuidados tiene integrados los problemas de enfermería del paciente?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

10. ¿Se identifican y registran en el plan de cuidados los objetivos que se quieren lograr para solucionar/paliar cada unos de los problemas de enfermería?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

11. ¿Están los objetivos descritos con suficiente detalle (qué se quiere obtener a través de ese objetivo, en cuanto tiempo se debe lograr el objetivo, etc.)?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

12. ¿Se identifican y registran en el plan de cuidados las actividades de enfermería?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

13. ¿Están las actividades de enfermería escritas con suficiente detalle?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

14. ¿Está sistematizado en la planta el contar con la opinión de los pacientes/familiares en relación a los objetivos y actividades de enfermería planificados?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

15. ¿Se llevan a cabo en la planta sesiones para estudiar y/o discutir los planes de cuidados de enfermería de pacientes?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

16. ¿Se lee con cierta periodicidad revistas profesionales relacionadas con la enfermería de tu unidad ó se llevan a cabo trabajos de investigación para contrastar la práctica actual con los resultados de esas investigaciones?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

Ejecución

17. ¿Se tienen en cuenta los cambios en el estado de salud del paciente antes de llevar a cabo cualquier actividad de enfermería prevista en el plan de cuidados, asegurándonos de la conveniencia de la misma?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

18. ¿Se informa a los pacientes y/o familiares acerca de lo que se les va a realizar y se tiene en cuenta sus opiniones?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

19. ¿Está sistematizado en la planta el modo en que deben de participar los pacientes/familiares en los cuidados?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

20. ¿La organización de enfermería de la planta consiste en que cada enfermera es responsable de un grupo de pacientes?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

21. ¿Se asigna a las mismas enfermeras los mismos pacientes durante varios días?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

22. ¿Participan las enfermeras en las visitas de los médicos a los pacientes?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

23. ¿Son las enfermeras de la planta responsables de planificar el plan de cuidados del Paciente⁴?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

⁴ Es decir las enfermeras y no la supervisora.

24. ¿Qué grado de "obligatoriedad" existe para las enfermeras de tu planta de trabajar con el PAE?

(5= total; 4= a menudo; 3= escasa; 2= no sé; 1= nula)

25. ¿Se conserva la documentación de enfermería cuando el paciente se va de alta?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

26. ¿Se emplea el plan de cuidados de cada paciente como guía de las actividades de Enfermería que se realizan al paciente tanto por el día como por la noche?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

Evaluación

27. ¿Se lleva a cabo una evaluación sistemática³ de la efectividad de los cuidados de enfermería para la resolución de los problemas del pacientes?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

28. ¿Se registra la evaluación realizada en el plan de cuidados o en el parte de enfermería?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

29. ¿Se evalúa de manera objetiva el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos Marcados⁶?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

30. ¿Se modifican los planes de cuidados de acuerdo a los resultados de la evaluación?

(ejemplo, añadir nuevos cuidados, cesar con otros, cambiar los problemas, etc)

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

31. ¿Está sistematizada en la planta la participación de los pacientes y/o familiares en la evaluación de enfermería?

(5= totalmente; 4= parcialmente; 3= muy poco; 2= no sé; 1= nada)

³ Evaluación sistemática significa que se realiza con un cierto orden, y que se lleva a cabo no solo cuando hay tiempo o sale sino de manera habitual cuando corresponda.

⁶ Objetiva: por ejemplo se dice que un paciente ya no tiene fiebre cuando su temperatura es menor a 37 °C, o ha disminuido el dolor cuando nos indica en una escala del 0 al 10 que está por debajo de 2, no muestra signos de taquicardia o sudoración y está en una postura relajada...¿se tiene ese tipo de medidas objetivas en la planta de modo que todas las enfermeras siguen los mismos criterios a la hora de evaluar si se ha conseguido o no eliminar un problema...

32. ¿Has asistido últimamente en la planta o en la Clínica, a cursos, charlas o seminarios
Relacionados con el Proceso de Atención de Enfermería?

(5= siempre; 4= a menudo; 3= a veces; 2= no sé; 1= nunca)

33. ¿Se enseñaba el Proceso de Atención de Enfermería cuando estudiabas en la Escuela?

(5= en profundidad; 4= superficialmente; 3=muy poco; 2=no se; 1=nada)

.....
A contestar por el investigador

Total

Muchas gracias por contestar este cuestionario

MONÓLOGO

RECURSOS PERSONALES Y PROFESIONALES PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SIGLO XXI

D. Diego José Ibáñez Gallardo

Enfermero Coordinador Jefe SAIP Departamento 18 Conselleria de Sanitat de Valencia. Experto en temas de Comunicación, Humanización y Atención al público

OBJETIVO

Identificar y prevenir los riesgos derivados del estrés y síndrome del Burnout de la profesión de enfermería.

Aprender recursos psicosociales para mayor seguridad del profesional frente al trabajo diario de los cuidados de enfermería.

METODOLOGÍA

Se realiza una exposición introductora teórica para desarrollar una presentación interactiva del ponente.(Monologo)

Duración aproximada de 30 minutos.

Las profesiones se definen por los fines que persiguen. Esos fines se descubren y alcanzan mediante el ejercicio tanto de las capacidades “Técnicas “como de las humanas o “éticas”. Ha sido frecuente, en el pasado y aún hoy considerar que sólo las primeras son importantes para el ejercicio profesional y que las segundas son subjetivas, poco más que ornamentales.

En la actualidad, se empieza a reconocer que no solo son indispensables sino interdependientes: el saber técnico queda ciego sin la ética, y la ética, desprendida del quehacer técnico, es una entelequia. Al asumirlo nos iniciamos en el camino que conduce a la excelencia profesional.

En Enfermería toda esta salta a la vista. El trabajo en equipo ; la defensa de los derechos de los pacientes; la fidelidad a la propia conciencia, con convicción pro con responsabilidad; la implicación emocional con los pacientes sin incurrir en el desgaste psíquico o en la falta de ecuanimidad; la exigencia de unas condiciones de trabajo justas sin afectar el bien de los pacientes el desempeño de un trabajo creativo que contribuya a la sostenibilidad del sistema de atención sanitario, la atención a los acompañantes-cuidadores para que hagan bien su labor y no lleguen al agotamiento, etc

En este contexto diario de la profesión ningún enfermero/a puede decir “olvídate de esas cosas de la ética, porque eso ahora no interesa para el caso, tampoco va a resolver el problema” Porque, simplemente, no es posible separar del ser persona al actuar ético, del mismo modo que no es posible separar del actuar humano la responsabilidad personal.

Si superamos ese doble dualismo -técnica ética, auto negación o autorrealización- descubriremos que la formación ética se encuentra en la entraña de la profesión de

enfermería, que es indisoluble de la capacitación técnica, y que conjuntamente nos dirigen a la realización personal y a la excelencia profesional.

No olvidemos que para enfermería es esencial valorar que el ser humano tiene dignidad, y no precio, y que por lo tanto las personas merecen la misma y total consideración y respeto, principios que fundamenta la ética. Por ello, el enfoque debe ser universal, lejos de los presupuestos personales, conscientes de las limitaciones, y atento a la gran variedad de contextos culturales que hoy conviven dentro del universo de los pacientes que atendemos.

Todo ello, está plasmado en un monólogo que ocurrirá en el escenario, en donde los profesionales de enfermería se encuentran anualmente para exponer experiencias, pues desde mi parcela docente y con la predisposición de pasar un buen rato os invito a vivir una situación única e indescriptible según como dicen algunos enfermeras/os que han visionado este monólogo.

Referencia bibliográfica de Vicente Bellver Capella, Profesor de filosofía del derecho. Universitat de valencia

MESA DE COMUNICACIONES LIBRES N°2

Dña. Luisa Ruiz Miralles
*Enfermera Gestión Domiciliaria San Vicente del
Raspeig. Atención Primaria Departamento de
Salud 19.*

“Errar es humano”

Los efectos adversos ligados a la asistencia son un problema frecuente en la práctica clínica en cualquier nivel de los cuidados. Los estudios epidemiológicos demuestran que en torno al 10% de los pacientes ingresados en los hospitales padece un efecto adverso relacionado con la atención recibida.

La aproximación a la seguridad del paciente se ha iniciado a través del conocimiento de indicadores negativos, la frecuencia de efectos adversos.

Desde que Shimel realizo en 1964 el primer estudio sobre la incidencia de efectos adversos algunos investigadores han seguido su ejemplo.

El aumento de los estudios relacionados con la seguridad es relativamente nuevo .A este interés han contribuido diferentes iniciativas. El informe “To err is Human” del Instituto de Medicina de EEUU publicado en el año 2000, donde se demuestra que cada año morían entre 44.000 y 98.000 personas por errores asistenciales. La OMS en su 55 Asamblea Mundial 2002, informó de tasas muy altas de efectos adversos para los diferentes países desarrollados que oscilan entre un 3,2% y un 16,6% corroborando el gran problema existente en el ámbito mundial. En España el Estudio Nacional de Efectos Adversos Ligados a Hospitalización (ENEAS 2006) demuestra una incidencia de un 8,4% de pacientes con efectos adversos relacionados directamente con la hospitalización frente a un 3,7% en EEUU. Si además como producto de error no murieran pero quedaran con una discapacidad permanente o transitoria el problema pasa a tomar dimensiones casi epidémicas.

Necesitamos aprender a partir de los fallos y errores, pasar de la cultura de la culpa a la cultura de la comprensión, es una condición tan necesaria como suficiente para el avance.

COMUNICACIÓN 1.

***LA SEGURIDAD EN LAS CURAS
AL PACIENTE.
¿SON TODOS LOS APOSITOS INOCUOS CON
LA PIEL PERILESIONAL?***

José Luis Giménez Tébar
María Jesús Mas Pla
Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN

El concepto de piel perilesional suele ser bastante simple, e igualmente se encuentra ya posicionado en la idea que a priori, por intuición, se tiene de ella y que muchas veces es sinónima de piel circundante o piel “de alrededor”. Por consiguiente, la piel perilesional es aquella que envuelve y rodea a la lesión, con extensiones que, la mayoría de las veces, dependen del grado de afectación, de la localización o de la magnitud del problema del que participa.

Como resultado de esta reflexión, el concepto de “perilesión” debe ajustarse a la superficie que, de forma visual, se circunscribe alrededor de la herida en sus diferentes particularidades.

Así por ejemplo, perilesión sería la que se encuentra a escasos centímetros del borde en una úlcera por presión que afectara al talón, donde se encontraría expuesta a la acción de secreciones y exudados resultantes de la aplicación de un apósito adhesivo hidrocoloide; de la misma forma, carecería de límites concretos la perilesión establecida en el caso de una úlcera por presión en el sacro, donde la presencia de factores como la incontinencia fecal, urinaria o mixta condicionaría su vulnerabilidad ante la exudación, la sudoración, las heces y la orina, y cuyo territorio comprendería la totalidad de la zona glútea, sin una demarcación concreta (1).

En cuanto a las úlceras vasculares, se trata de una situación similar, ya que la piel perilesional puede cubrir sólo unos centímetros del borde, cuando la úlcera presenta una maceración concreta, o englobar la totalidad de la pierna, cuando existe un problema por estasis.

Sin embargo, en el caso de ostomías, heridas quirúrgicas y heridas agudas, la zona perilesional suele estar acotada a escasos milímetros de la lesión, lo cual no exime del impacto o de la gravedad de su afectación, ni mucho menos los disminuye.

Un caso aparte lo constituye el pie diabético, pues un área muy concreta como es el pie focaliza y condiciona los bordes de la lesión, por lo que extensiones milimétricas que en un principio pueden parecer leves y pequeñas han de ser consideradas de vital importancia debido a la entidad de este proceso, ya que transmiten información tanto sobre las posibilidades diagnósticas -señales y signos de isquemia-, como sobre complicaciones tales como los signos clínicos de infección.

Por deducción, la piel perilesional despliega un amplio abanico de posibilidades que hace necesario definirla para poder conocer su magnitud real y realizar un abordaje integral de las diferentes heridas que se presentan en el transcurso de la práctica enfermera diaria.

NECESIDAD DE UN SISTEMA DE MEDIDA

Los patrones y sistemas de valoración y medida siempre resultan útiles, no sólo para cuantificar y cualificar la envergadura de un problema, sino también para evaluar la evolución del hecho que se está observando.

Hoy por hoy, existen multitud de sistemas, validados o no y difundidos con más o menos éxito, para la medida de heridas de múltiples etiologías, tanto para las variables referidas al proceso de cicatrización, como para aquellas que competen a la optimización y calidad de los apósitos o recursos utilizados.

En el caso de las úlceras por presión y de la heridas crónicas, la mayoría de las escalas de valoración y medida no recogen rasgos o cualidades de la piel perilesional, posiblemente por centrarse -como se ha dicho con anterioridad- en procesos de evolución hacia la curación de las mismas, pues éste es el objetivo final que persiguen; tal es el caso del sistema PUSH, entre otros (2, 3). Ante esta cuestión, es interesante destacar también que en las escalas de Braden, Norton y EMINA, indicadas para valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión y consideradas las de mayor frecuencia de uso en publicaciones tanto nacionales como internacionales (4), el estado de la piel y su relación con la humedad representan un escalón importante de puntuación. Sin embargo, estos argumentos hacen intuir en su conformación la necesidad de estimar con un posible índice ponderal el estado del área perilesional dentro del estándar de seguimiento y cuidados de estos enfermos que, de una manera u otra, sufren la presencia de heridas crónicas en algo tan íntimo y personal como su propia piel.

En la bibliografía consultada hasta la fecha bajo diferentes descriptores, solo existe una escala concreta y específica para medir o valorar la piel perilesional (FEPALLA).

Por todas estas razones, es preciso comenzar a medir y referenciar las alteraciones y el estado de la perilesión en los estudios de campo, usando herramientas conocidas, aunque no específicas ni muy precisas para ello, que pueden ayudar a conocer mejor este problema de forma global y a cuantificarlo. No se debe olvidar la máxima: “Lo que no se mide, como lo que no se registra, no se conoce”.

Por extensión, es necesario conocer todos los instrumentos que pueden servir de ayuda para dominar el problema, y de esta manera llamar la atención hacia la necesidad de crear programas que incluyan esta variable como parte integrante de los mismos. De la misma manera, es imprescindible alertar al menos sobre la posibilidad de acceder a la fabricación de nuevas herramientas que monitoricen la perilesión, en aras de unos mejores cuidados de estas heridas, como ya se ha postulado en los trabajos para la evaluación de úlceras por presión de Sanada et al. (6).

Por otra parte, es necesario implantar estándares o patrones de medida que permitan informar sobre los problemas y alteraciones de la perilesión, que sean cómodos y útiles a la hora de encuadrar una úlcera y que permitan establecer criterios para elegir un determinado tipo de apósito que sea idóneo tanto para la úlcera como para la piel que la rodea.

TIPOS DE ESCALAS Y POSIBILIDADES DE CÁLCULO

Medir no es más que determinar una cosa con respecto a otra en cuanto a su intensidad, tamaño, extensión, etc.; a fin de cuentas, no es más que la posibilidad de comparar algo con un patrón establecido que es dado por un acuerdo común.

Para T. S. Kuhn (2000) (7), uno de los filósofos de la ciencia contemporánea más notables, medir es tan importante y básico para la ciencia en su base observadora que: “Desde Tycho Brahe hasta E. O. Lawrence, algunos científicos han adquirido grandes reputaciones, no por la novedad de sus descubrimientos, sino por la precisión, la seguridad y el alcance de los métodos que desarrollaron para la redeterminación y medición de algún tipo de hecho previamente conocido”.

Las contingencias de medida para la piel perilesional pueden dividirse, según la calificación que se pretenda comparar, en escalas cualitativas y/o cuantitativas.

Las primeras atienden a cualidades menos mensurables en capacidad de equiparación y por tanto más subjetivas; aquí se encuentran las intensidades de color -como en el caso del eritema- o las sensaciones de picor y dolor que, aunque pueden llevarse por conversión al campo analógico y numérico, miden cualidades que pueden resultar en un principio más difíciles de consensuar.

Por otro lado, las comparaciones cuantitativas, que en la mayoría de los casos se someten a escalas numéricas, suelen ser más fáciles de comprender y utilizar en la práctica clínica y normalmente están sujetas a dispositivos de medida más o menos complejos o simplificados, que dependen del soporte mecánico. Pueden medir distancias o superficies -maceración, eritema, descamación- con un nivel de exactitud o error más fácil de validar que el de las comparaciones cualitativas, aunque en ningún caso se llega a una certeza completa.

Medidas cuantitativas de la piel perilesional

A continuación, se describen distintas alternativas para medir la piel perilesional desde un punto de vista cuantitativo que incluye desde las formas más sencillas hasta las más complejas, lo cual viene dado directamente por la dificultad del cálculo o por la tecnología precisa para llevar a cabo la medición.

Medida mediante regla

Consiste en medir, con una regla graduada en centímetros, la distancia existente entre el borde de la úlcera y el final de la piel perilesional. Es útil para valorar la piel macerada y/o eritematosa. Se debe recordar a los observadores la necesidad de medir desde la zona más distal hacia la más proximal, para evitar errores de cálculo por discrepancia de ángulo. No se debe olvidar que este método atiende sólo a la distancia.

Medida de la corona circular

Para aplicar este método se necesitan conocimientos rudimentarios de geometría. Se basa en el cómputo del área de la perilesión mediante una corona circular. Parte de la obtención de dos radios de medidas, tomando la úlcera y la lesión como dos círculos perfectos: el primer radio, “r”, se obtiene midiendo la distancia en centímetros

desde el centro de la úlcera hasta el borde de la misma. Un segundo radio, “R”, resulta de la distancia entre el centro de la úlcera y el borde máximo de un círculo imaginario que rodee la perilesión.

Por puro y simple cálculo geométrico, la resta de los dos cuadrados de los radios y su producto por el número π proporciona la superficie de la corona circular o, lo que es lo mismo, la medida aproximada de la alteración perilesional en centímetros cuadrados.

Evidentemente, las limitaciones de este sistema se encuentran en la diversidad de formas que presentan las úlceras y heridas, pues únicamente tiene cierta utilidad en aquellas de morfología circular, como pueden ser las úlceras por presión de los talones o los estomas.

Media de las diagonales

Este sistema es bastante simple y aproximado en su valor, debido a la irregularidad de las superficies de la perilesión, la úlcera o la herida (8), y no requiere cálculos complejos, sino que se aplica de una forma sencilla.

Consiste en trazar las diagonales menor y mayor de la úlcera, e igualmente las diagonales mayor y menor de la perilesión. El resultado de la suma de las diagonales mayor y menor de la úlcera dividido entre dos proporcionará una media aritmética simple de las diagonales de la úlcera. De la misma forma, la suma de las diagonales mayor y menor de la perilesión dividida entre dos supondrá la media aritmética simple de las diagonales de la perilesión. El resultado de restar las dos medias computará la distancia que se encuentra afectada.

Esta medida aporta una información muy útil, por ejemplo, a la hora de elegir el tamaño del apósito que cubrirá la lesión o para valorar la cantidad de piel macerada. Se debe recordar que cuantos más valores de diagonales se puedan añadir al sumatorio de la media, más exacto será el resultado (8, 9).

Planimetría

Es el uso de láminas de acetato sobre la zona de piel perilesional y sobre la úlcera, en las que se realizarán los trazados de ambas superficies con un rotulador. Los dibujos que se van obteniendo se usan para comparar las siluetas y tamaños cada cierto tiempo. Las láminas suelen acompañar como soporte a algunos apósitos, mientras que otras veces el propio fabricante las suministra aparte.

También pueden utilizarse films transparentes de poliuretano para tal fin.

Programas informáticos

Su exportación al ámbito de la medida de la piel perilesional, aunque posible, aún permanece en el campo puramente especulativo de la investigación.

Pizarras digitales

Denominadas también videometría o planimetría computarizada. Actualmente, en España sólo se encuentra comercializado el sistema Visitrak®, que se usa para la

medición digital de superficies obtenidas por planimetría en heridas crónicas (12, 13, 14). Además, también puede cuantificar la profundidad, para lo cual se suministra una barrilla milimetrada.

Su manejo es fácil y su articulación sencilla. Estas pizarras digitales permiten planimetrar las superficies de la lesión y de la perilesión de forma separada o conjunta.

Además, permiten obtener la medida de la perilesión en valores absolutos mediante una simple resta, lo cual puede abrir un nuevo camino para la cuantificación de la piel circundante de las úlceras crónicas y de las heridas de diferente etiología.

Con todo, aún se debe investigar la factibilidad, utilidad y validez clínica de este sistema.

Medidas cualitativas de la piel perilesional

Las escalas visuales analógicas, como las que miden la intensidad del dolor, están ya muy difundidas y su aplicación es habitual en la práctica clínica; incluso el primer documento de posicionamiento de la WUWHS (World Union of Wound Healing Societies) (15) a nivel mundial, tras el primer congreso celebrado en París en 2004, recomienda encarecidamente su uso protocolizado y cotidiano en el ámbito de las heridas, y aconseja modelos como el de la escala de caras de Wong-Baker.

Sin embargo, en el caso particular de las úlceras neoplásicas, también se pueden encontrar patrones de medida con carácter cualitativo para alteraciones como la maceración, el picor, el eritema, la integridad de la piel perilesional o la sensación de irritación.

Esta situación ha sido abordada de forma muy integral y completa dentro del sistema Teller® elaborado por Grocott (4, 16, 17), que incluye la piel perilesional y sus diferentes alteraciones como variables de medida, con sus desviaciones correspondientes. Así por ejemplo, para el eritema, mide la intensidad del color del mismo desde el rosa pálido al rojo brillante y, para la maceración, mide el grado de saturación de humedad en parámetros que oscilan de muy seca a altamente exudativa (18, 19, 20).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hughes S. Do continence aids help to maintain skin integrity? *J Wound Care* 2002; 11: 235-239.
2. Appendix NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel). *Position Statement on Reverse Staging. The Facts about reverse staging in 2000.* En: Cuddigan J, Ayello EA, Sussman C. *Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence and implications for the future.* Reston, VA, NPUAP 2001.
3. Thomas DR, Rodeheaver GT, Bartolucci AA et al. *Pressure ulcer scale for healing: Derivation and validation of the push tool.* *Adv Wound Care* 1997; 10 (5): 96-101.
4. García FP, Pancorbo PL, Torra JE, Blasco C. *Escalas de valoración de riesgo de las úlceras por presión.* En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). *Atención Integral de las Heridas Crónicas, 1ª ed.* Madrid: SPA 2004: 209-226.
5. Grocott P. *Evaluation of a tool used to assess the management of fungating wounds.* *J Wound Care* 1997; 6: 421-424.
6. Sanada H, Moriguchi T, Miyachi Y, Ohura T, Nakajo T, Tokunaga K, Fukui M, Sugama J, Kitagawa A. *Reliability and validity of design, a tool that classifies pressure ulcer severity and monitors healing.* *J Wound Care* 2004 Jan; 13: 13-8.

7. Kuhn TS. *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica 2004.
8. Holliday-Darr K. *Geometría descriptiva aplicada*. Madrid: Paraninfo 2000: 143-165.
9. Grossman E. *Álgebra lineal y geometría*. Barcelona: MacGraw-Hill 2000: 123-135.
10. Taylor RJ. Mouseeyes® revisited: Upgrading a computer program that aids wound measurement. *J Wound Care* 2002; 11: 213-216.
11. Öien RF, Häkansson A, Hansen BU, Bjellerup M. Measuring the size of ulcers by planimetry: A useful method in the clinical setting. *J Wound Care* 2002; 11: 165-168.
12. Wunderlich RP, Peters EJ, Armstrong DG, Lawery LA. Reliability of digital videometry and acetate tracing in measuring the surface area of cutaneous wounds. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2000; 49: 87-92.
13. Keast D, Bowering K, Wayne A, MacKean G, Burrows C, de Souza L. Measure: A proposed assessment framework for developing best practice recommendations for wound assessment. *Wound Repair and Regeneration* 2004; 12 (3): 3-17.
14. Rueda J, Martínez F, Blanco J, Ballesté J, Hernández E. Valoración y atención integral al paciente con heridas. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). *Atención Integral de las Heridas Crónicas*, 1ª ed. Madrid: SPA 2004: 47-61.
15. World Union of Wound Healing Societies. *Principios de las Mejores Prácticas. Disminución del dolor en las curas relacionadas con los apósitos*. Documento de consenso. Londres: MEP Ltd. 2004.
16. Grocott P. Evaluation of a tool used to assess the management of fungating wounds. *J Wound care* 1997; 6: 421-424.
17. Grocott P. Exudate management in fungating wounds. *J Wound Care* 1998; 7 (9): 445-8.
18. Grocott P. The palliative management of fungating malignant wounds. *J Wound Care* 2000; 9 (1): 4-9.
19. Cowley S, Grocott P. The palliative management of fungating malignant wounds: Generalising from multiple case study data using a system of reasoning. *Int J Nursing Studies* 2001; in press.
20. Grocott P. Palliative management of fungating malignant wounds. *J Community Nursing* 2000; 14 (3): 31-40.

VALORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PERILESIÓN

Mantener la integridad y la consistencia de la piel en su totalidad es un desafío vital para la salud de los enfermos que reciben cuidados de Enfermería. Los planes de cuidado deben incluir, en todos los casos, intervenciones para la prevención de las lesiones crónicas que acontecen en aquellos pacientes cuya piel se halla en un estado de riesgo casi constante debido a la edad, a la inmovilidad, a una enfermedad de base o a sus características particulares.

La piel supone alrededor de 1,8 m² del cuerpo humano, lo que implica que se trata del órgano más grande. Este dato es indicativo de la cantidad de conflictos a los que puede estar sometida a lo largo de la vida. Sin embargo, el estudio de su estructura, composición y funciones queda fuera de las intenciones de este apartado, que se centra en la valoración de la piel que se encuentra alrededor de las lesiones.

No obstante, estas afirmaciones constituyen un buen argumento para incluir unos someros apuntes de interés sobre los tipos de piel o la influencia de la edad sobre ella.

TIPOS DE PIEL

La clasificación de la piel en diferentes tipos y subtipos puede parecer bastante compleja a priori (1) y está definida por la visión funcional que se tenga de ella.

Así pues, no realizarían la misma clasificación un etnólogo, un dermatólogo o un esteticista. De la misma forma, tampoco sería semejante la taxonomía que definirían

un cirujano plástico a la hora del abordaje quirúrgico, un maquillador o un especialista en cosmética estándar o natural (2).

De un modo global y didáctico, se pueden clasificar los tipos de piel en cuatro grupos:

- Piel grasa: se caracteriza principalmente por su brillo y turgencia, y aparece en el adulto joven. Se define por la presencia de puntos negros y poros de similitud alargada.
- Piel seca: mantiene los poros con una apariencia pequeña, es suave pero no frágil -según la edad-. Suele presentar un aspecto quebradizo. Se puede experimentar una sensación de tirantez tras el baño.
- Piel sensitiva: es una tipología tomada de la dermocosmética. Se define por una visión de la trama vascular y por la existencia de áreas secas que se irritan con facilidad.
- Piel normal: presenta un equilibrio entre la piel seca y la piel grasa, así como ausencia de sensación de irritación a la más mínima agresión externa. Tiene una apariencia turgente y su brillo depende del color determinado por la raza de pertenencia. Suele ser de traza firme y el tamaño de los poros oscila de pequeño a mediano.

Quizás los factores más determinantes a la hora de instrumentar este tema sean la edad y la presencia de enfermedades de base propias de la piel o que se reflejan en ella.

LA EDAD

La edad es un factor de riesgo peculiar que afecta al estado de la piel, por tanto, la aparición de problemas debe acentuar el control de los ancianos.

Según Bisaccia et al. (3), el 7% de las visitas que las personas mayores realizan al médico se deben a molestias dermatológicas, y un 40% de los ancianos que se encuentran institucionalizados necesitan cuidados específicos de la misma, lo cual muchas veces se debe a la suma del hecho natural del envejecimiento y el efecto acumulativo de la exposición al sol.

Las alteraciones que se producen con la edad afectan de forma general a todas las estructuras y determinan sus funciones y su estado, así como la aparición de procesos dermatológicos específicos de la tercera edad; por todo ello se producen trofismos concretos, déficits y un relativo retraso en el proceso cicatricial (4).

Las alteraciones más frecuentes que se aprecian en los ancianos son la sequedad, el picor y la fragilidad de la piel, lo que genera más demandas que condicionan directamente lo que va a ocurrir en la perilesión de las heridas crónicas y agudas.

Por otra parte, se debe tener muy en cuenta que con la edad disminuye un 1% de colágeno al año, lo cual conduce a una tendencia a la arruga por la pérdida de la fuerza extensora. Asimismo, decrece el número de melanocitos y células de Langerhans, que sirven como asesores al macrófago, entre otros, en los procesos inmunes, con lo que se favorece la infección. El aporte de sangre -y por tanto de oxígeno- a la dermis también decae, lo cual, junto con la pérdida de elasticidad, añade un problema más a la corrección de una piel dañada.

La consabida sequedad a la que se aludía se debe a la carencia de producción y funcionalidad de las glándulas productoras de sudor. Igualmente, se produce una disminución de las sensaciones de presión, táctil y térmica con una desproporcionada alteración del umbral del dolor, producida por cierto tipo de neuropatía. Tal como refieren Sibbald y Campbell (5), todos estos factores, al interaccionar en conjunto, obligan a considerar la piel del anciano como de alto riesgo, lo cual se acentúa de forma geométrica en la perilesión de las heridas que puedan presentar.

LAS ENFERMEDADES Y SUS SEÑALES EN LA PERILESIÓN

Según Bonadeo et al. (6), una visión de la piel en general y de la perilesión en particular puede aportar mucha información sobre el estado general del enfermo.

Por ejemplo, una distrofia y/o una atrofia de la piel pueden indicar el estado nutricional, un cambio desmesurado de color por acúmulo de hemosiderina puede alertar de un trastorno sistémico, una dermatitis puede hacer referencia a un proceso supurativo o infeccioso y una esclerosis podría deberse a una enfermedad dermatológica de base, al igual que un edema acentuado indicaría la posibilidad de infección o enfermedad cardiológica -en el caso de declinarse en ambos miembros inferiores-. Indistintamente, enfermedades que están sometidas a tratamientos inmunoterápicos pueden enviar señales directas que se recalquen en la perilesión (7).

INFORMACIÓN CONCRETA DESDE LA PERILESIÓN

Si se examinan superficialmente y de forma meramente visual los alrededores de una herida, la piel que se observa es también un buen medio de información de lo que está ocurriendo en la úlcera y en cada fase o momento de su cicatrización.

Una piel perilesional edematosa, caliente, dolorosa y roja es signo cuasi inequívoco de infección. Un eritema rojo brillante, con un carácter más o menos exudativo y que se circunscribe en una zona muy determinada, implica la sospecha de un problema de contacto. Un tatuaje excesivo de la piel, señales de dobleces, bordes marcados o edema de ventana alertan de la falta de idoneidad del apósito, del nivel deficiente de autocuidado del enfermo o de una mala praxis por parte del profesional.

Por ende, el caso de una maceración excesiva denota un desequilibrio desmesurado entre la producción de exudado y el apósito empleado, con una implicación directa de la zona que rodea a la úlcera. Cabe recordar que los primeros comentarios de disconfort que expresa el enfermo suelen referirse a dolor o molestias en el área perilesional (8).

En calidad de anécdota, se puede comentar cómo los estudios reportados por Okuwa et al. (9) han contrastado la existencia de lesiones con un claro exponente en la perilesión, instauradas directamente a causa de posturas anómalas adquiridas por el enfermo durante su estancia prolongada en la cama.

Finalmente, es necesario hablar de piel perilesional de alto riesgo o, al menos, de piel de riesgo dentro del cuidado de las heridas. Se puede llegar a esta denominación tras una evaluación y una valoración meticolosas de la zona perilesional, a sabiendas de que depende de la incidencia conjunta y concatenada de multitud de factores como

los analizados en el presente apartado, que van a condicionar tanto el tipo de apósito que se elegirá como las pautas de las curas y los materiales de elección para cada caso concreto.

Una vez descritas todas estas variables, parece evidente que antes de curar una úlcera crónica u otro tipo de lesión no sólo es necesario centrarse en sus particularidades propias, como el estadio en el que se encuentra, la presencia de esfacelos, la calidad del tejido, etc., sino que también es conveniente valorar el tipo, el estado y la calidad de la piel perilesional (10).

En última instancia, cuestiones como por qué, cómo y cuándo valorarla quedan ya contestadas en el desarrollo del texto, además Grocott (11, 12) ya ha respondido a esto de forma taxativa en su informe relativo a úlceras malignas, donde se analiza detenidamente y al mínimo detalle la piel perilesional como variable de estudio en la atención integral de las heridas crónicas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths Ch. Rook's Textbook of Dermatology. London: Blackwell 2006.
2. Paye M, Barel A. Handbook of Cosmetic Science and Technology. London: Springer 2005.
3. Bisaccia E, Scarborough D, Herron JB, Azin K. Aging Throughout the Years: Exploring aesthetic interventions, Part One. *Skin & Aging* 2002; 20 (2): 78-80.
4. Gilchrist B, Krutmann J. *Skin Aging*. London: Blackwell 2006.
5. Sibbald RG, Campbell K, Coutts P, Queen D. Intact skin: An integrity not to be lost. *Ostomy Wound Management* 2003; 49 (6): 27-41.
6. Bonadeo P, Gotti A, Esposito A, Gabrielli L. Classificazione e clinica delle ulcere vascolari degli arti inferiori. En: Monti M. *L'úlcer a cutánea*, 1st ed. Millano: Springer 2000: 193-215.
7. Monti M. La clinica dell'úlcer a cutanea. En: Monti M. *L'úlcer a cutanea*, 1st ed. Millano: Springer 2000: 323-328.
8. Hollinworth H, Collier M. Nurses views about pain and trauma at dressing changes: Results of a national survey. *J Wound Care* 2000; 9: 369-372.
9. Okuwa M, Sugama J, Sanada H, Konya C, Kitagawa A. Medida de la presión en la piel perilesional en UPP de enfermos sometidos a cuidados en posición de 30°. *J Tissue Viability* 2005; 15 (1): 3-8.
10. Lawton S. A quality of life for people with skin disease. London: Skin Care Campaign 2000.
11. Grocott P. Evaluation of a tool used to assess the management of fungating wounds. *J Wound Care* 1997; 6: 421-424.
12. Grocott P. Exudate management in fungating wounds. *J Wound Care* 1998; 7 (9): 445-448.

ALTERACIONES ESPECÍFICAS DE LA PERILESIÓN IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

La observación minuciosa de la piel perilesional y su valoración consecuente pueden producir la presencia de alteraciones específicas de la zona, que pueden ser generadas por el tipo de cura: expositiva, oclusiva, seca tradicional o en ambiente húmedo (1).

Muchas veces, los problemas no son necesariamente inherentes a la cura en sí, sino que se derivan de una mala praxis, de una pauta desorbitada en el tiempo o de un déficit de autocuidados por parte del enfermo (2).

El número de productos para el cuidado, la prevención y el tratamiento de las heridas ha ido creciendo de forma progresiva y exponencial en los últimos años (3);

esta variedad, unida a la autonomía y a la responsabilidad de la disciplina de Enfermería en este campo, hace imprescindible el conocimiento de los efectos adversos y de los problemas que generan estos materiales (4).

El uso extensivo y cada vez más habitual de nuevas terapéuticas, como es el caso de la cura en ambiente húmedo, hace necesaria la investigación sobre este tipo de problemas cada vez más comunes y cuyo abordaje resulta sencillo tanto por lo que respecta a su cuidado como en cuanto a su prevención (5).

En definitiva, el conocimiento de la lesión que se va a cuidar y del estado de la piel, junto con la valoración de la perilesión, convierte en obligado el estudio de las indicaciones precisas de cada apósito, situación que mantiene una clara y directa proyección alrededor de la herida.

La presencia de alteraciones y signos como maceración, eritema, excoiación, descamación, vesículas, edema o prurito resulta cada día más familiar en el contorno de la piel de las heridas que se tratan de manera rutinaria. Por lo tanto, es preciso conocerlas, identificarlas y tratarlas precozmente, para evitar no sólo las complicaciones consecuentes sino también un cambio irracional en el tipo de cura o apósito, circunstancia que en la mayoría de las ocasiones obedece a un mal uso de los materiales, a un problema intrínseco a la lesión o a una enfermedad de base, más que a un efecto adverso del material con el que se realiza la cura, por lo que muchas veces se abandona erróneamente un método que podría incluso resultar beneficioso para la herida y para la calidad de vida del enfermo.

ALTERACIONES ESPECÍFICAS DE LA PERILESIÓN

Maceración

La maceración es la primera causa, en frecuencias de tipificación, que se ha localizado en las diversas casuísticas revisadas sobre la perilesión de las heridas (6-8). Incluso autores como Cutting (9, 10) y White (11, 12), privativamente o en conjunto, han dedicado a ello artículos completos y capítulos específicos en sus manuales. De ahí el interés que reviste esta cuestión, que no es distintiva de la cura en ambiente húmedo y de las úlceras crónicas, ya que también se muestra en la cura tradicional seca (13), en las heridas agudas (14), en las ostomías (15) y en las quemaduras (16).

La maceración no es más que la saturación de la piel por fluidos durante un espacio de tiempo prolongado. A lo largo del tiempo, esta exposición a la humedad genera la denudación de la piel, su rotura consecuente y su posterior infección.

Aparece de forma habitual en el transcurso de las curas de heridas, básicamente en las crónicas.

Autores como Sibbald (17) y Merlin (18) han llegado incluso a establecer una clasificación por colores. Así, una maceración roja constituiría una secuela de un problema irritativo en la perilesión -orina o adhesivos-; una blanca -más frecuente- traduciría una exposición a un exudado descontrolado y una azulada estaría provocada por un problema isquémico asociado a una colección hemática cercana al borde de la lesión. De forma aún no constatada, otros autores (19) han comentado la posible

existencia de una maceración de signo amarillo, que debe ser discriminada como tal mediante exámenes más certeros que la diferenciación de posibles restos esfacelares húmedos que se adhieren al límite del lecho de algunas úlceras crónicas.

La causa de la maceración radica en la excesiva cantidad de líquido que entra en contacto con la piel que rodea a las lesiones. Estos fluidos pueden ser producto de la propia herida -exudado- o el resultado de la conjunción de sudor, pérdida de agua transepidermal, orina y heces diarreicas. El deterioro que produce la humedad constante se enfatiza en el caso de las úlceras por presión, pues facilita la rotura de la piel de las zonas sometidas a fuerzas de presión, cizalla y fricción (19).

En un nivel de análisis causal más profundo, se puede constatar (20, 21) que la maceración se establece al instaurarse en las heridas un desequilibrio entre las metaloproteínas (MMP) y sus enzimas inhibidoras (TIMP), lo que convierte un exudado descontrolado en cuanto a estructura y composición, en un factor desencadenante de agresión directa hacia la piel perilesional, que se manifiesta desnudándola y macerándola a lo largo del tiempo. Se debe recordar que la función inicial del equilibrio entre las MMP y los TIMP consiste, entre otros cometidos, en lisar la fibrina, de ahí que una herida crónica con un exudado expuesto hacia la piel perilesional y en desequilibrio provoque un aumento de la misma en su superficie y en su profundidad.

De la misma forma, la maceración aparece tanto en el lecho de la lesión, lo cual es más difícil de apreciar, como en la perilesión y en las estructuras callosas, donde suele ser muy común verla e identificarla escuetamente.

Esta realidad obliga a no confundirla con epitelios neoformados, que presentan un aspecto nacarado y más brillante, resultado del proceso de cicatrización de la úlcera.

La piel perilesional macerada pierde su carácter de barrera y sus funciones defensivas, con el consiguiente aumento del riesgo de infección y con otros problemas añadidos como el olor, el dolor y el disconfort. Tampoco se puede pasar por alto que un mal uso de los apósitos en la cura húmeda -en cuanto a la relación entre capacidad de absorción y cantidad de exudado- y un distanciamiento en la pauta de las curas -que puede provocar una saturación del apósito-, así como una falta de las normas preventivas mínimas ante la sudoración profusa y la incontinencia, constituyen la génesis cardinal del problema (23).

La solución de este inconveniente es sencilla, siempre que se comprenda el alcance de su envergadura y el riesgo que conlleva para los pacientes con úlceras crónicas, ostomías o quemaduras.

Eritema

Un eritema es un signo que se presenta en la piel, definido por un enrojecimiento que puede ser difuso o hallarse circunscrito a una zona concreta, que puede desaparecer momentáneamente a la presión o no, dependiendo de su causa multifactorial, y que es provocado por la congestión de los capilares subyacentes (24). Tiene entidad propia, con multitud de formas y manifestaciones en Dermatología, con variabilidad por tipos de piel y por razas y en un gran número de enfermedades, lo cual sería

objeto de un estudio más amplio, que se desvía de la trayectoria y de las intenciones de este trabajo.

En el campo de las heridas en general, suele encontrarse en las úlceras por presión de grado I -donde no desaparece a la presión- y en lesiones iniciales o en estadios avanzados de las mismas, por incontinencia; constituye también una de las alteraciones perilesionales más detectadas en heridas crónicas y en ostomías (25). Con una visión somera, y con mucha facilidad, se puede identificar si se manifiesta exudación o sequedad en sus diferentes niveles y márgenes. En el terreno de las úlceras malignas en concreto, asimiladas en profundidad por Grocott (26), esta autora, en su registro específico dentro del sistema Teller® para estas lesiones, ha detallado diferentes grados en función de su color y de sus cualidades heterogéneas, que han generado una clasificación con su puntuación de valor correspondiente.

El eritema aparece en la piel perilesional por diferentes motivos, entre los cuales destacan los siguientes:

- Como resultado de una reacción de contacto irritativa o alérgica a los componentes de los apósitos, de los fármacos de uso tópico o de las cintas adhesivas.
- A causa de una inadecuada adaptabilidad de la bolsa de ostomías, de los apósitos de grosor máximo o de los sistemas de sujeción, inmovilización y fijación complementarios.
- Por la adopción de posturas impropias por las cuales todo el peso del enfermo recae sobre la zona de la herida.
- A causa de dobleces y vueltas irregulares de las vendas, por una técnica deficiente.
- Por una relación directa y constante con líquidos, secreciones y exudados en ostomías, drenajes, fístulas y sondas.
- Como consecuencia de una incontinencia urinaria o mixta no controlada por el tipo de pañal y que recibe cuidados desacertados.

Sin embargo, cuando el eritema se presenta por una fuga de exudado del apósito, los motivos de mayor gravamen son una selección inadecuada o una excesiva producción debida al tipo de lesión o a una patología coadyuvante (27). Ambas realidades están constatadas y, según Bishop (28), tienen capacidad más que suficiente para irritar la piel, a causa de un mecanismo de desequilibrio entre sus componentes y las estructuras similar al descrito en el apartado de la maceración.

Tampoco se puede desdeñar la presencia del eritema que concurre dentro de los signos y los síntomas galénicos de infección propios de estas lesiones de curso agudo y crónico, así como la presencia de cuadros erisipeloides en las cercanías de estas heridas o en la misma perilesión (29) y que revisten manifestaciones análogas.

Excoriación

Es una pérdida de la dermis que se manifiesta a través de la merma visible de su integridad. Muchas veces se observan erosiones muy leves, enrollamiento de pieles frágiles, enfermas o ancianas y pequeños traumatismos por el rascado.

Las excoriaciones se pueden localizar en zonas correspondientes al reborde de apósitos adhesivos, provocadas por el alto umbral de adherencia que mantienen, o en despegues inadecuados de los mismos; también en vendajes de pobre calidad, cohesivos o elásticos y con algún agente adhesivo, cuando la piel no ha sido protegida apropiadamente. La utilización errónea de sujeciones, vendajes e inmovilizaciones puede excoriar la piel cuando éstos se retiran, al igual que el corte de los mismos con instrumentos poco ortodoxos o de forma incorrecta.

Algunos casos, como los reportados por Nelson (29), se describen como lesiones submamarias, perilesiones de úlceras malignas y lesiones de la pierna, en las que el contacto desmedido de una exudación profusa ha provocado una maceración que ha terminado por excoriarse en la mayor parte de su superficie.

Las excoriaciones no suelen exceder de los 2-4 mm de diámetro, y es necesario diferenciarlas de vesículas que se han roto porque el enfermo se ha rascado o por la retirada brusca del material adherido -restos de hidrogel- por parte del personal sanitario responsable de la cura.

Se pueden presentar solas o acompañadas de otras alteraciones como escamas o vesículas en forma y modos muy variados (30).

Descamación

Es el desprendimiento de elementos epiteliales de la piel en forma de escamas o membranas transparentes o translúcidas. Adquiere el nombre de descamación silicuo-sa cuando se trata de restos de vesículas desecadas. Las descamaciones pueden mantener un tamaño variable, de escasos milímetros a pocos centímetros. Se presentan con frecuencia en pieles de poca calidad y en procesos enfermizos concretos de la Dermatología.

No se deben confundir con los restos de hidrogeles que se han desecado con el paso del tiempo y permanecen adheridos a la perilesión. Del mismo modo, hay que diferenciarlas de los restos de capas córneas acumulativas, cuando el paciente ha sido sometido a oclusión de yesos o vendajes cerrados durante mucho tiempo.

Las descamaciones son un fenómeno muy frecuente en los pacientes afectados de úlceras recidivantes en las piernas que han sido sometidos a multitud de opciones terapéuticas, vendajes inadecuados y largos periodos con corticoterapia (31, 32). Siempre se debe descartar la posibilidad de que sean secundarias a enfermedades propias de la piel recurriendo al especialista de referencia.

Las escamas deben ser retiradas de forma suave con suero isótónico o con agua destilada, por arrastre lento y no agresivo. No se debe utilizar la pinza para su retirada, pues esta práctica, aparte de conllevar una laboriosidad supina y desmedida, sólo conduce a provocar excoriaciones o lesiones más profundas, muy dolorosas y altamente susceptibles a la sobreinfección. La utilización de cremas, ungüentos, aceites, lociones o pomadas para su tratamiento debe estar siempre indicada por un profesional de la Dermatología o su ámbito.

Vesículas

Las pequeñas vesículas que se encuentran en la piel perilesional, a escasos centímetros del borde, pueden responder a zonas desmedidas de pegado no uniforme en el reborde de apósitos adhesivos, que han sido provocadas como microlesiones de alta presión alternadas con dobleces, rebordes, plegados, etc., lo cual se acentúa bajo terapia compresiva. En el caso de las úlceras de pierna, si su manifestación sobrepasa el límite del apósito, suelen deberse a un vendaje poco idóneo o mal elaborado.

El contenido de las pequeñas vesículas suele ser de color claro y consistencia acuosa. La presencia de contenidos hemáticos o purulentos debe comunicarse inmediatamente al médico de referencia (33). Al igual que en el caso de las descamaciones, la retirada de las vesículas recortándolas, por transfixión con una seda o arrancándolas con la pinza es una práctica errónea y poco aconsejable, que se acompaña de las mismas consecuencias que la retirada inadecuada de las escamas.

Si las vesículas afectan exclusivamente a la perilesión, lo más frecuente es encontrarlas

rotas por causa del despegue, lo cual, salvo por la localización de sus restos y por su forma ovalada, puede inducir a confundirlas con excoriaciones o lesiones de rasgado (34).

La aparición conjunta de multitud de ellas, así como una gran variedad de tamaños y formas, alerta de la posibilidad de flictenas y bullosis, que deben ser diagnosticadas y tratadas por el especialista de referencia, pues pertenecen al cuadro de signos de enfermedades de la piel o sistémicas, dentro de un amplio abanico de posibilidades (35).

Edema

Si el edema se localiza en los miembros inferiores, seguramente estará causado por enfermedades orgánicas de origen cardiovascular, renal, hepático o por una insuficiencia venosa periférica (36). Pero si se restringe al área perilesional puede ser consecuencia de dos entidades fundamentales: un signo de infección de la lesión o un problema por inadecuación del grosor del apósito, junto con el vendaje que se utiliza para la sujeción del mismo, o un problema de la terapia compresiva al efecto (37).

El edema que se localiza en el área que rodea a la lesión y se adapta a la forma del apósito suele manifestarse con un signo de ventana positivo, y algunas veces incluso corta la piel en la superficie delimitada por el borde de un apósito sometido a una mala compresión o a una presión excesiva. Esta condición se agrava todavía más cuando el apósito se engrosa por retener gran cantidad de exudado y por no haberse cambiado en demasiado tiempo.

Por desgracia, el error más común que se puede observar en la práctica clínica es la aparición de un edema localizado en la zona perilesional por compromiso vascular causado por un vendaje con un número desmedido de capas de material y composición diferentes, lo cual ilustra aún más, si cabe, su ineptitud e ineficiencia y aumenta al máximo el riesgo de compromiso vascular.

Prurito

Esta alteración mantiene la misma entidad cualitativa que el dolor, en cuanto a su valoración y medida.

El picor es uno de los síntomas más frecuentes y desagradables que refieren los enfermos afectados por úlceras en la pierna (38). Suele deberse a la edad y, en cuanto a su diagnóstico, se acierta de manera categórica en pieles muy secas (39). En fases iniciales, es también una manifestación de un problema de contacto, y se mantiene a lo largo de la evolución de la lesión. Su intensidad se hace tan desagradable para el enfermo que con el rascado constante deshace el vendaje o se libera del apósito, y finalmente se provoca lesiones por rascado o excoriaciones profundas.

El picor puede aumentar con el calor provocado por los vendajes multicapa, por la elevación estacional de la temperatura o por la cercanía a fuentes de calor, y se manifiesta con mayor intensidad durante la noche, lo que causa una merma notable de la calidad de vida del enfermo.

CONCLUSIONES

La identificación de las diferentes alteraciones de la piel perilesional es fundamental para instaurar la terapéutica integral más adecuada desde el inicio del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Gago M, García F, Segovia MT, Verdú J. Piel Perilesional. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds.). Atención Integral de las Heridas Crónicas, 1ª ed. Madrid: SPA 2004: 65-76.
2. Douglas WS, Simpson NB. Guidelines for the management of chronic leg ulceration. Report of a multidisciplinary workshop. Br J Dermatol 1995; 132: 446-452.
3. Kransner DL, Rodeheaver GT. Advance Wound Caring for a New Millennium. In: Kransner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG. Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals, 3rd ed. Wayne, PA: HMP Communications 2001: 3-7.
4. Fowler E, Krasner D, Sibbald G. Healing environments for chronic wound care: Optimizing local wound management as a component of holistic interdisciplinary patient care, 1st ed. New York: Curative Health Service 2002.
5. Kane DP. Chronic Wound Healing and Chronic Wound Management. In: Kransner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG. Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals, 3rd ed. Wayne, PA: HMP Communications 2001: 3-7.
6. Gago M, García González RF, Gaztelu V, Romero J, Jiménez A. Problemas detectados en la piel perilesional al realizar cura húmeda con apósitos adhesivos hidrocoloides (CHAD). Enf Cien 2000; 10: 36-41.
7. Martínez F, Franco T, López MT, Menéndez S, Rodríguez B. Tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas en el anciano. Rev Rol Enf 1998; 18: 220-231.
8. Schulze HJ, Lane C, Charles H, Ballard K, Hampton S, Moll I. Evaluating a superabsorbent hydro-polymer dressing for exuding venous leg ulcer. J Wound Care 2001; 10: 511-515.
9. Cutting KF. The causes and prevention of maceration of the skin. Journal of Wound Care 1999; 8 (4): 200-201.
10. Cutting KF. The causes and prevention of maceration of the skin. Professional Nurse 2001; 17 (3): 177-178.
11. Cutting KF, White RJ. Avoidance and management of peri-wound skin maceration. Professional Nurse 2002; 18 (1): 33-36.
12. Cutting KF, White RJ. Maceration of the skin: The nature and causes of skin maceration. Journal of Wound Care 2002; 11 (7): 275-278.

13. Hampton S, Stephen Haynes J. Skin maceration: Assessment, prevention and treatment. In: White R. Skin Care in Wound Management: Assessment, prevention and treatment. Aberdeen: Wounds UK 2005: 87-106.
14. Morris C. Skin Trauma. In: White R. Skin Care in Wound Management: Assessment, prevention and treatment. Aberdeen: Wounds UK 2005: 74-86.
15. Vujnovich A. Stoma-related skin complications. In: White R. Skin Care in Wound Management: Assessment, prevention and treatment. Aberdeen: Wounds UK 2005: 122-140.
16. Gownner J. Report of the Burns Working Group. North and South Thames NHS Region. London 1996.
17. Sibbald RG, Cameron J. Dermatological aspects of wound care. En: Kransner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG. Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals, 3rd ed. Wayne, PA: HMP Communications 2001: 273-285.
18. Merlin L, Peyrol MB, Meaume S. Évaluation et prise en charge des exudates. J Plaies Cicatr 1997; 9: 474-480.10.
19. Cochrane G. The Severely Disabled. En: Barder DL. Pressure sores: Clinical practice and scientific approach. London: MacMillan 1990.
20. Wysocki AB. Wounds fluids and the pathogenesis of chronic wounds. JWOCN 1996; 23: 283-290.
21. Rao CN, Ladin DA, Liu YY. Alpha I-antitrypsin is degraded and non functional in chronic wounds but intact and functional in acute wounds the inhibitors protecs fibronectin from degradations by chronic wound fluids enzymes. J Invest Dermatol 1995; 105 (4): 527-538.
22. Thomas S. Assesment and management of wound exudates. J Wound Care 1997; 6 (7): 327-330.
23. Cameron J, Newton H. Skin care in wound management. IWM Educational Booklet, Holsorthy: Medical Communications Ltd. 2003.
24. Mortimer PS. Management of skin problems: Medical aspects. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (eds.). Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press 1998; 617-27.
25. Gallagher J. Management of cutaneous symptoms. Semin Oncol Nurs 1995; 11 (4): 239-47.
26. Grocott P. The palliative management of fungating malignant wounds. J Wound Care 1995; 4 (5): 240-2.
27. Gray D, White RJ. The wound exudate continuum: An aid to wound assessment. Wounds UK: Applied wound management 2004; Suppl. 19-21.
28. Bishop SM, Walker M, Rogers A, Chen WYJ. Importance of moisture balance at the wound dressing interface. J Wound Care 2003; 12 (4): 125-128.
29. Nelson A. Is a exudates a clinical problem? En: Cherry G, Harding KG. Management of Wound Exudate. Proceeding Joint EWMA and ETRS. London: Churchill Communications 1997.
30. Cameron J. Exudate and care of the periwound skin. Standard 2004; 19 (7): 62-66.
31. Madison KC. Barrier function of the skin: La raison d'etre of the epidermis. J Invest Dermatol 2003; 121 (2): 231-244.
32. Irvine C. Skin failure: A real enty: Discussion paper. J Roy Soc Med 1991; 84 (2): 412- 416.
33. Lawton S. Assessing the skin. Professional Nurse 1998; 13 (4): 8-31.
34. Lawton S. Assessing the patient with a skin condition. Journal of Tissue Viability 2001; 11 (3): 113-115.
35. All Parliamentary Group on Skin. An investigation into the adequacy of service provision and treatments for patients with skin diseases in the UK. London: The Group 1997.
36. Blankfield RP, Finkelhor RS, Alexander JJ, Flocke SA, Maiocco J, Goodwin M et al. Etiology and diagnosis of bilateral leg edema in primary care. Am J Med 1998; 105 (3): 192- 197.
37. Williams AE. A health-related quality of life outcome measure for lymphoedema. Presentation to British Lymphology Society Conference. Milton Keynes, UK: BLS October 2002.
38. Norman RA. Xerosis and Pruritus in Ederly Patients, Part 1. Ostomy and Wound Management 2006; 2 (8): 176-182.
39. Norman RA. Xerosis and Pruritus in Ederly Patients, Part 2. Ostomy and Wound Management 2006; 3 (8): 194-198.
40. García González RF, Gago Fornells M. Damage of surrounding skin caused by adhesive dressing when used of chronic wounds. Granada: Satellite Symposium EWMA Conference 2002.
41. Keachie JJ. Prevention of re-ulceration. En: Cullum N, Roe B (eds.). Leg ulcers: Nursing management: A research based guide. Harrow: Scutari 1995.

EL DOLOR EN EL ZONA PERILESIONAL

INTRODUCCIÓN

El dolor es, sin lugar a dudas, el desafío más importante al que hay que enfrentarse en el cuidado de enfermos con heridas y lesiones en la piel. Ideas como que el sufrimiento ajeno siempre es inferior al propio, que éste no es más que un reclamo de atención, que su intensidad siempre es exagerada por el paciente, que es necesario para que todo curse con normalidad, etc., son imágenes tan nefastas como falsas en su fundamento y por tanto deben ser eliminadas implacablemente de la práctica clínica diaria.

Para el desarrollo de este tema, se van a seguir las premisas mantenidas en los dos trabajos de mayor impacto y consenso elaborados a nivel mundial para el campo de las heridas: en primer lugar, el documento titulado *El dolor durante los cambios de apósito*, creado por la EWMA (European Wound Management Association) (1) y, en segundo lugar, la iniciativa mundial denominada *Disminución del dolor en las curas relacionadas con los apósitos*, amparada y publicada por la WUWHS (World Union of Wound Healing Societies) (2).

DEFINICIÓN Y TIPOS

La Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con un daño real o posible en el tejido o descrita como un daño de ese tipo” (www.iasppain.org) (3).

Para una comprensión integral del dolor en su base y en sus manifestaciones, se ha tipificado éste en dos categorías concretas: nociceptiva y neuropática.

Dolor nociceptivo

Se trata de una respuesta normal a una incitación dolorosa. Se puede acompañar de un componente inflamatorio agudo o crónico. En su acepción aguda, muchas veces resulta de amplitud y duración limitadas.

Por esto, ante una herida de curso y evolución lentos, la presencia de una respuesta inflamatoria mantenida en el tiempo puede aumentar la percepción y la sensibilidad de la herida -hiperalgesia primaria- así como de la piel de alrededor -hiperalgesia secundaria-, lo que confiere al dolor una mayor complejidad, como recalcan Puntillo et al. (4).

Dolor neuropático

Es más complejo en sí mismo y mantiene representaciones diversas; igualmente, resultan más difíciles tanto su comprensión como su abordaje terapéutico.

Se define como una respuesta inadecuada en magnitud a una agresión primaria, o como una alteración del sistema nervioso. La disfunción nerviosa puede ocurrir por la presencia de un proceso infeccioso, una irregularidad metabólica o un cáncer. Muchas veces produce intrínsecamente variaciones en la sensación dolorosa que pueden parecer desproporcionadas, como es el caso de la intensidad dolorosa que un enfermo manifiesta ante el más mínimo roce -alodinia-; lo cual deja perplejo al pro-

fesional sanitario, que, si no conoce los mecanismos y representaciones del dolor por falta de una formación adecuada, fácilmente puede llegar a pensar que esta desproporción entre la agresión y el dolor es producto del miedo o del histrionismo del paciente, lo cual resulta siempre improcedente (5).

Otra premisa importante que no se puede obviar es que la etiología neuropática es el componente más importante para la instauración y el desarrollo del dolor crónico.

CAUSA Y ORIGEN DEL DOLOR

En el cuidado de las heridas agudas y crónicas, el dolor se puede entender en su génesis como telón de fondo ocasional en relación con el momento y el procedimiento de las curas y del operatorio (6). Pero, en definitiva, un dolor de fondo es aquel que se refiere a estados de reposo o, lo que es lo mismo, aquel que se mantiene de forma independiente del proceso de cura o con posterioridad a él.

En esta parcela se hallaría el dolor que se produce y se refleja en la perilesión, por la pérdida de su barrera defensiva, cuando es denudada a raíz de la maceración (7) que se identifica alrededor de una úlcera o de lesiones por incontinencia mixta (8).

Mientras que un dolor de origen ocasional se produciría durante las actividades de la vida diaria, al moverse, al toser, por deslizamiento del apósito, etc., el dolor producido durante las curas, con el que se está más familiarizado, se centraría en relación con la limpieza, la retirada y el cambio del apósito.

Igualmente, el dolor operatorio se establecería cada vez que se solicitara la intervención de un sanitario y se requiriera anestesia local o regional.

Mención aparte merecen, por su extensión y derivaciones, los factores psicosociales y ambientales, que conforman una entidad multifactorial e incluso intercultural (9) que necesita un estudio mucho más abierto, con una visión multidisciplinar más amplia que la que se puede ofrecer desde aquí.

VALORACIÓN Y CUANTIFICACIÓN

La variabilidad de heridas y lesiones, al igual que la particularidad que reviste el dolor para cada paciente, supone que se deben personalizar el tratamiento y la prevención del dolor antes, durante y después de las curas, de una forma muy realista. Por tanto, es imprescindible partir de objetivos palpables a corto y medio plazo. Esta realidad sólo puede resultar exitosa si se valoran la participación del paciente, el procedimiento adecuado para cada paciente y la evaluación del dolor que se genera de una manera medible.

Para todo esto es imprescindible que el sanitario sea capaz de comprender el dolor en sus causas; que pueda puntuarlo en cada zona del cuerpo y en cada área de la úlcera -en la perilesión o en el lecho-; y que utilice escalas validadas por la comunidad científica.

Esta evaluación del dolor debe realizarse y registrarse durante cada cura, como parte integral del plan de cuidados del enfermo, por parte de todo el equipo encargado de atenderle. Debe realizarse de forma participativa con el paciente, familiarizan-

do a éste con la escala, para evitar que el sistema de evaluación termine por convertirse en un examen que le provoque aún más estrés. Las escalas para la evaluación del dolor son válidas para cualquier momento de la cura y para cualquier fase del proceso cicatricial y de la piel perilesional.

En este trabajo se recomienda, como la EWMA, la WUWHs y el GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas), así como multitud de autores y revisiones (10, 11, 12), la utilización de una escala fácil de realizar, comprensible y sencilla para el paciente.

La escala denominada de las caras o de Wong-Baker es la que mejor reúne estas cualidades.

EL DOLOR CENTRADO EN LA PERILESIÓN

Cuando el paciente centra su dolor en la perilesión, está transmitiendo una información que resulta muy útil, ya que en un principio puede alertar de situaciones camufladas o que se pueden obviar con facilidad.

Un dolor de intensidad variable alrededor de la herida advierte de una infección (12, 13), de una adherencia inadecuada del apósito con lesiones consecuentes -excoriaciones, vesículas-, de un exudado descontrolado, de la presencia de maceración o de un problema de contacto. Estos contextos, centrados en la piel perilesional, pueden localizarse tanto en conjunto como independientemente el uno del otro.

Los escenarios donde se encuentra piel perilesional dolorosa se solucionan fácilmente modificando el tipo de apósito, si ésta es la causa, analizando una patología añadida o la de base ya conocida, y administrando la analgesia más idónea, e incluso utilizando de forma puntual anestésicos locales como la lidocaína gel 2%-5% o EMLA®, cuya revisión sistemática realizada por Briggs y Nelson (14) para la base de datos Cochrane supone la mejor herramienta de evidencia científica disponible actualmente.

DOLOR RELACIONADO CON EL CAMBIO DE APÓSITO. UN INCONVENIENTE AÑADIDO A LA PERILESIÓN

El artículo de Moffatt et al. (18), publicado como pilar del documento de la EWMA (1), ha aportado mucha luz a la dinámica conocida hasta ahora del dolor en el uso de apósitos de nueva tecnología y de uso tradicional. Un análisis muy pormenorizado de las opiniones vertidas por los expertos en este sector de la investigación ha impulsado a cambiar los conceptos tradicionales y a crear otros nuevos en el ámbito del cuidado de las heridas. El primordial, el que más llama la atención, es el referido al dolor experimentado por el paciente en la úlcera y en la perilesión durante el cambio de apósito que conlleva cada cura.

Los resultados de esta investigación han dado el primer paso en el avance hacia indagaciones más profundas que aporten más datos y más medios para obtener una información tan importante como necesaria. Sin embargo, las primeras conclusiones han comenzado ya a estar claras y conviene que se difundan a todo el foro científico.

En un primer momento, todos los profesionales encuestados recalcaron la necesidad de actuar sobre el traumatismo que supone para la herida y para su perilesión el cambio de apósito; esta consideración se puntuó como la más importante.

Para la cuestión referida a cuándo experimentan más dolor los pacientes, se señaló el cambio de apósito como el momento más doloroso, seguido por la limpieza de la herida -aunque esto varía según la técnica de cada país-. A la pregunta de qué factor contribuye más al dolor cuando se realiza una cura, se señaló la retirada de apósitos secos como la más dolorosa y, a continuación, el despegue de productos y de apósitos adhesivos.

Al preguntar sobre cuál era el apósito más doloroso en su retirada, se contabilizó en primer lugar la gasa tradicional y tras ella el tul viscoso; los alginatos, las siliconas blandas y los hidrogeles fueron considerados los menos dolorosos.

Por otro lado, los trabajos perfeccionados a nivel experimental por Dykes (19) han profundizado bastante en la comprensión y significado del dolor en la piel sana, y son por tanto extrapolables, con un índice diferente aunque similar, a la perilesión durante el cambio de apósito, al establecer los conceptos de adhesión, desprendimiento y dolor como una tríada integrada, valorable en unas dimensiones tanto individuales como conjuntas, para evitar lesiones en la zona que rodea a la lesión y en el lecho de la propia lesión.

En la visión de Dykes (19), como en la de otros autores (20, 21), queda claro que para vislumbrar estas concepciones es preciso partir del siguiente marco diferencial: en una herida aguda, en algunos casos el dolor disminuye al realizar la cura; sin embargo, en las heridas crónicas, el hecho de que exista una respuesta inflamatoria prolongada y repetida puede hacer que el paciente presente sensibilidad aumentada en la herida -hiperalgesia primaria- y en la piel adyacente -hiperalgesia secundaria-, como ya se ha señalado con anterioridad.

En consecuencia, es preciso puntualizar los conceptos que se desglosan a continuación: el término “umbral del dolor” se define como la intensidad mínima a partir de la cual un estímulo se percibe como más doloroso -centrado en factores fisiológicos normales-; el “umbral de adhesión” es la fuerza que requieren los apósitos adhesivos para su retirada, esta fuerza puede producir un desprendimiento de la piel, definido como “umbral de desprendimiento”. El umbral del dolor de cada persona va a depender finalmente del equilibrio perfecto entre adhesión y desprendimiento.

Los adhesivos tradicionales tienen un umbral de adhesión mayor que el umbral de desprendimiento de la piel y que el del dolor. De estas premisas se extrae de forma muy clara la necesidad de utilizar siempre apósitos que disminuyan el dolor, como son las siliconas suaves, alginatos e hidrogeles, que sean a su vez respetuosos con el lecho y con la perilesión, lo cual va a incidir directamente en la reducción del sufrimiento del enfermo (22, 23).

DESMITIFICANDO

No sólo el acervo popular está lleno de mitos e infundios sobre el dolor, sino que éstos han permanecido y enraizado también en la práctica diaria del profesional,

hecho que debe ser eliminado mediante la formación continuada en todas las vertientes que implica el dolor en general y las heridas en particular.

Tal como se subraya en el documento mundial de consenso de la WUWHS (2), que aquí se toma sin ningún tipo de duda como patrón oro para las curas, se debe recordar que: “Si un paciente sufre un fuerte dolor durante una cura relacionada con los apósitos, se considera negligencia repetir la cura sin haber aliviado el dolor del modo adecuado” (2004: 5).

Los mitos que más se han mantenido entre los profesionales se deben, entre otras cosas, a la relación que, en mayor o menor medida, las sociedades occidentales mantienen con el dolor de una forma cultural y a veces hasta religiosa. Por ello, es conveniente formar al personal para que ideas calificadas ya como ficciones, expuestas también en el documento de la WUWHS (2), desaparezcan para siempre del “maletín de curas cerebral”. Entre estos mitos seculares destacan, por su alusión o referencia a la perilesión, entre otros no menos insustanciales, los siguientes (2004: 9):

- Los apósitos de películas transparentes son lo mejor para evitar desgarros.
- Los esparadrapos de papel son siempre los menos dolorosos.
- Tirar del apósito de una vez y con rapidez es lo menos doloroso.
- El dolor es de la herida, la piel perilesional produce un dolor que siempre resulta menor.

Ante semejante amalgama de despropósitos, la Sociedad Internacional de Heridas es contundente y rotunda al responder como sigue (2004: 9):

- El mal uso de películas de poliuretano transparentes es una causa habitual de desgarros cutáneos.
- La mayor sensibilidad nerviosa en un área más amplia alrededor de la herida puede hacer que la retirada de cualquier esparadrappo adhesivo resulte dolorosa.
- Este método puede infligir agresiones al tejido y dolor traumático.
- Las respuestas de la médula espinal a señales de dolor entrantes pueden provocar sensibilidad anómala en el área circundante (alodinia).

Por resolución, el cuidado de la piel perilesional en el ámbito del dolor requiere la misma atención y se reviste de la misma importancia que los cuidados que se realizan cuando se trata del lecho de la lesión. Es evidente, y por tanto no necesita ser demostrado, que la piel perilesional y la úlcera pertenecen al mismo paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. EWMA. Documento de Posicionamiento. El dolor durante los cambios de apósito. London: Medical Education Partnership Ltd. 2002.
2. WUWHS. Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. London: MEP Ltd. 2004.
3. IASP. Pain concepts. Disponible en <http://www.iasp-pain.org/>.
4. Puntillo KA, White C, Morris AB. Patients' perceptions and responses to procedural pain: Results from Thunder Project II. *Am J Crit Care* 2000; 10 (4): 238-251.
5. Franks PJ, Moffatt CJ. Quality of life issues in patients with wounds. *Wounds* 1998; 10 (Suppl. E): 1E-9E.

6. Hollinworth H. Pain and wound care. Wound Care Society Educational Leaflet. Huntingdon: Wound Care Society 2000.
7. Gago M, García RF, Rueda J, Muñoz AM, Gaztelu V, Vega J. La maceración. Un problema en la piel perilesional de úlceras por presión y heridas crónicas. *Metas Enferm* 2004; 7 (4): 18-22.
8. Hughes S. Do continence aids help to maintain skin integrity? *J Wound Care* 2002; 11 (6): 235-238.
9. Menéndez EL. Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. En: Perdiguer E, Comelles JM. *Medicina y cultura*. Barcelona: Eds Bellaterra 2000.
10. King B. A review of research investigation pain and wound care. *J Wound Care* 2003; 12 (6): 219-223.
11. MacDonald A, Lasage P. Palliative management of pressure ulcers and malignant wounds in patients with illness. *J Palliat Med* 2006; 9 (2): 285-295.
12. Cutting KF, Harding KG. Criteria for Identifying Wound Infection. *Journal of Wound Care* 1996; 5 (10): 211-217.
13. EWMA. Documento de posicionamiento. Identificación de los criterios de infección en heridas. London: Medical Education Partnership Ltd. 2005.
14. Briggs M, Nelson EA. Topical agents or dressings for pain in venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 2: CD001177.
15. Naylor W. Assessment and management of pain in fungating wounds. *Br J Nurs* 2001; (Suppl. 10) 22: 953-962.
16. Campbell FA, Tramèr MR, Carroll D, Reynolds DJM, Moore RA, McQuay HJ. Are cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A qualitative systematic review. *Bri Medical J* 2001; 323: 13-16.
17. Flanagan M. Cases series investigating the experience of pain in patients with chronic venous leg ulcers treated with a foam dressing releasing ibuprofen. Disponible en: <http://www.worldwide-wounds.com/2006/april>.
18. Moffatt CJ, Franks PJ, Hollinworth H. Understanding wound pain and trauma: An international perspective. EWMA Position document: Pain and wound dressing changes 2002: 2-7.
19. Dykes PJ, Heggie R, Hill SA. Effects of adhesive dressings on the stratum corneum of the skin. *J Wound Care* 2001; 10 (2): 7-10.
20. Krasner D. Painful venous ulcers: Themes and stories about living with the pain and suffering. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1998: 158-68.
21. Hampton S, Collins F. *Tissue Viability*. London: Whurr Publishers 2004.
22. Dealy C. *The Care of Wounds*, 3rd ed. Oxford: Blackwell Publishing 2005.
23. Gotschall C, Morrison M, Eichelberger M. Prospective randomized study on Mepitel on children with partial-thickness scalds. *J Burn Care Rehabil* 1998; 19 (4): 279-283.
24. Rueda J, Muñoz AM, Arboix M, Gago M, García RF. Apósitos atraumáticos ¿una propiedad o una necesidad en el tratamiento de las heridas? *Gerokomos* 2004; 15 (4): 248-255.

LA PRESENCIA DE INFECCIÓN: UNA SITUACIÓN AÑADIDA INTRODUCCIÓN

Desde Hipócrates hasta el descubrimiento de los antibióticos, pasando por el desarrollo de la antisepsia, se ha investigado y se ha escrito mucho sobre el tema de la infección; es más, se puede afirmar que los gérmenes han acompañado al hombre durante todo su devenir evolutivo y, de hecho, son más antiguos en este planeta que el propio ser humano (1).

Quizás ésta sea una de las razones por las cuales la presencia de la infección se configura como la complicación más frecuente que se puede encontrar en las heridas agudas y crónicas, tanto en Atención Primaria como en el hospital (2).

La infección de las heridas es un tema que se halla en vigor constantemente y es, hoy día, un motivo de investigación, análisis y evaluación que compete a multitud de

profesionales por diferentes causas que, como destacan Moffat y Soldevilla (2005:1) (3), pueden deberse al “aumento de la prevalencia, la gravedad de las consecuencias clínicas y epidemiológicas, la amenaza creciente de microorganismos resistentes, la importancia del uso racional de los antibióticos y la necesidad de mejorar el diagnóstico y el encaje correcto de las nuevas opciones terapéuticas”.

Ante estas circunstancias, este apartado se centrará esencialmente en el conocimiento de las manifestaciones, la implicación, el comportamiento y los cuidados -si se requieren- de la piel que rodea a las heridas, durante el proceso infeccioso.

EL COMPONENTE PERILESIONAL EN LA INFECCIÓN

En este apartado no se va a entrar en el amplio mundo de la infección en las heridas, ni en el conocimiento de todos sus pormenores. Por tanto, es necesario dar por sentados conceptos e ideas que pueden ser constatados y que han sido recogidos, básicamente, en los documentos de posicionamiento de la EWMA-GNEAUPP números IV y VI, titulados Identificación de los criterios de infección en las heridas (4) y Tratamiento de la infección de heridas (5), y en la revisión realizada por Cutting y White (6). Conceptos como “biofilms” o “colonización crítica”, entre otros, son desglosados hasta la saciedad en la bibliografía que complementa estos documentos.

La importancia de la perilesión dentro de los criterios de infección es una realidad que se puede identificar con facilidad algunas veces, y que, en otras ocasiones, aparece enmascarada. Sin embargo, está presente en los juicios mínimos de infección de todos los tipos de heridas agudas o crónicas, como se puede comprobar en el amplio estudio Delphi reportado por Cutting et al. (7), donde se pide a los encuestados que enumeren los signos y los síntomas clínicos de infección para cada ejemplo de herida, con la aparición de signos y síntomas como edema, eritema, dolor e hipersensibilidad al tacto, calor en el área circundante, o celulitis, imbricados íntimamente en la perilesión, en una dimensión u otra, igualmente agregados que aislados.

La expresión del dolor en el área perilesional está presente como criterio de infección en todas las heridas (8, 9). En las UPP se puede encontrar un dolor muy localizado que, cuando aparece la infección, aumenta en intensidad; en una zona posquirúrgica, éste es espontáneo a la palpación (10); en las quemaduras puede pasar de estar ausente a hacerse presente y, en las úlceras de pierna, puede cambiar tanto en su naturaleza como en su magnitud (11). También existe la hipersensibilidad al tacto, que es una situación típica de las heridas agudas.

En cuanto al edema, la zona tumefacta se limita a varios centímetros del borde o se circunscribe a él de modo conciso. En un principio puede ser duro y turgente, y ablandarse a lo largo del tiempo, o bien presentar colecciones líquidas que excreten al exterior o se mantengan fluctuantes. La inmensa mayoría de las veces se acompaña de dolor y calor.

Por otra parte, el eritema suele ser rojo brillante, lo que puede enmascararlo en pieles oscuras. Algunas veces se ubica junto a una crepitación edematosa. Es preciso distinguirlo de un estado de inflamación crónica, donde normalmente no se asocia a otro signo, al igual que ocurre si se trata de un problema de contacto.

Según Gadner (12), el caso de un eritema progresivo que se agrega a un dolor cada vez mayor indica la presencia de infección manifiesta de forma casi contundente y, según Melling (13), en las heridas agudas supone un enrojecimiento doloroso que se extiende alrededor de la lesión y resulta casi imposible de diferenciar de la celulitis.

De todas formas, es importante reseñar que, según Reddy y Keast (14), la reunión de estos tres eventos -dolor, edema y eritema- representa una tríada casi determinante. Así, si el dolor aumenta y el eritema y la induración se extienden a más de 2 cm del borde, desarrollándose de forma simultánea en plena perilesión, es casi seguro que, en el caso de las UPP, se trate de una infección.

En cuanto a los problemas que pueden surgir entorno a una definición de infección que se atenga a los signos y síntomas galénicos tradicionales, un claro ejemplo lo constituyen las úlceras venosas, donde la presencia de lipodermatoesclerosis y de manchas de hemosiderina puede disimular el eritema, a lo que se añade que el dolor, muy común en estas lesiones, se puede manifestar sin infección. En consecuencia, como reporta Vowden (15), la interpretación de los signos y los síntomas se hace más compleja, lo cual confirma aún más la necesidad de establecer criterios abiertos y cuasi específicos para cada tipo de lesión; especialmente en el caso de las úlceras isquémicas y del pie diabético, en cuyo contexto el enrojecimiento del eritema puede ser muy confuso y, por tanto, difícil de diferenciar.

Las circunstancias se complican todavía más cuando la infección se expresa con una decoloración violácea del tejido, asociada a una disminución del flujo sanguíneo, que representa una piel séptica, cortejada de ampollas y secreción purulenta o serosa, como han descrito Edmonds y Foster (16).

Sin embargo, como se puede observar en los documentos IV y VI de la EWMAG-NEAUPP (4, 5), estos parámetros cualitativos no son suficientes, ni mucho menos imprescindibles, para catalogar una herida como infectada, pues es preciso que se acompañen, en cada tipo de herida, de otras variables como enlentecimiento o estancamiento de la cicatrización, exudado seroso y/o purulento con aumento del mismo, tejido viable que se vuelve esfacelar, mal olor y tejido de granulación más pálido y sangrante.

En definitiva, es conveniente reconocer la importancia de la perilesión dentro de los criterios de infección, lo cual, después de lo visto, es óbice para mantener juicios comunes que la definan.

EL ESPECTRO MICROBIOLÓGICO: UNA PEQUEÑA APROXIMACIÓN AL ENTORNO

Para una autora del calado de Hiromi Sanada (17), la carga bacteriana de las UPP y de las demás heridas crónicas es muy alta, por lo que el lecho se halla desmesuradamente contaminado y, por tanto, el diagnóstico con la técnica microbiológica habitual de recogida con escobillón, frotis y siembra nunca suele ser certero. Así pues, el cultivo superficial realizado con hisopos refleja más la contaminación que la infección real per se, mientras que la recogida con aspiración mediante jeringa está limi-

tada por el mantenimiento y el transporte de líquidos biológicos (18), aunque sea la más aconsejada (19, 20). El cultivo de biopsia tisular no está al alcance de la mayoría de los clínicos, ni debe ser el único criterio, visto el detallado análisis anterior.

En este mismo apartado, dentro del estudio de la perilesión en el proceso y en los criterios de infección, llama la atención sobremanera un trabajo con limpiadores de UPP acometido por Konya y Sanada (21). De forma paralela, estas autoras fueron capaces de identificar los gérmenes que se localizaban en el lecho ulceral, a 1 cm del borde -lo que se puede considerar ya plena perilesión -, y a 10 cm del mismo -lo que ellos consideraron piel sana-.

ANTISÉPTICOS EN LA PERILESIÓN

Autores como Falanga (22), Krasner (23), Delay (24) y Hamptom (25), entre otros, mantienen en sus textos multitud de reseñas bibliográficas que resaltan la inconveniencia de utilizar los diferentes tipos de antisépticos disponibles actualmente en el mercado para el tratamiento de las heridas crónicas, amparándose diametralmente en el poder citotóxico que ejercen sobre el desarrollo y la multiplicación del fibroblasto en estas heridas, lo cual ha sido revisado en sus diferentes grados de evidencia (26).

Sin embargo, sigue siendo una práctica habitual usar los antisépticos en la piel perilesional de las heridas crónicas, muchas veces más como el resultado de la costumbre que como consecuencia de las evidencias científicas al respecto (26).

La idea de que el antiséptico establece en la perilesión una barrera contra los gérmenes cae por su propio peso cuando se conoce la actitud que tiene la flora que rodea a la herida, así como el espectro y la semivida del antiséptico empleado (26, 27).

Igualmente, pensar que un antiséptico es capaz de realizar por sí mismo labores terapéuticas como el secado de las excoriaciones o la inhibición de la exudación perilesional, no es más que desvirtuar sus indicaciones y atribuirle las funciones de otras sustancias secantes, particularmente definidas para ello (26, 27). Se ha de recordar que la mayoría de los antisépticos se presentan en solución acuosa o alcohólica, que irrita la piel y puede llegar a macerarla en un breve periodo de tiempo (28).

A este tenor, un antiséptico puede ser tan lesivo para el lecho ulceral como para la piel que lo rodea, mientras que su carácter colorante sirve únicamente, en cuanto a la perilesión, para no dejar ver con nitidez las alteraciones y los cambios que es preciso identificar en ella.

Según el documento número VIII del GNEAUPP (29), sólo es correcto el uso de antisépticos, con determinadas características, en la perilesión cuando se vayan a realizar procedimientos como el desbridamiento cortante, donde existe un pico de bacteriemia (30), o cuando se vayan a efectuar recogidas de muestras microbiológicas por aspiración percutánea o mediante biopsias de tejido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sagan D, Mangulis L. Microcosmos. Barcelona: Tusquets 1995.
2. White RJ. The wound infection continuum. En: White RJ, Sibbald RG. Trends in Wound Care, Vol. II. Salisbury: Quay Books 2003.

3. Moffat CJ, Soldevilla Agreda JJ. Identificación de los criterios de infección en las heridas. En: European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd. 2005.
4. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd. 2005.
5. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Management of wound infection. London: MEP Ltd. 2006.
6. Cutting KF, White RJ. Revisión de criterios para la identificación de infecciones en heridas. *Gerokomos* 2006; 17 (1): 1-15.
7. Cutting KF, White RJ, Mahoney P, Harding KG. Identificación clínica de la infección de las heridas. En: European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd. 2005.
8. Cutting KF, Harding KG. Criteria for identifying wound infection. *J Wound Care* 1994; 3 (4): 198-201.
9. Cutting KF, White RJ. Criteria for identifying wound infection: Revisited. *Ostomy Wound Manage* 2005; 51 (1): 28-34.
10. Wilson APR, Gibbons C, Reeves BC et al. Surgical wound infection as a performance indicator: Agreement of common definitions of wound infection in 4.773 patients. *BMJ* 2004; 329: 720-4.
11. Peel ALG, Taylor EW. Surgical Infection Group. Proposed definitions for the audit of postoperative infection, a discussion paper. *Ann R Coll Surg Engl* 1991; 73: 385-8.
12. Gardner SE, Frantz RA, Doebbeling BN. The validity of the clinical signs and symptoms used to identify localized chronic wound infection. *Wound Repair Regen* 2001; 9 (3): 178-86.
13. Melling A, Hollander DA, Gottrup F. Identificación de la infección de la zona quirúrgica en las heridas que cicatrizan por primera intención. En: European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd. 2005.
14. Reddy M, Keast D, Fowler E, Sibbald GS. Pain in pressure ulcers. *Ostomy Wound Manage* 2003; 49 (Suppl. 4): S30-S35.
15. Vowden P, Vowden K. Investigations in the management of lower limb ulceration. Trends in Wound Care. Dinton, Wilts, Salisbury: Quay Books 2002.
16. Edmonds ME, Foster AVM. Managing the Diabetic Foot. Oxford, UK: Blackwell Science Ltd. 2000.
17. Sanada H, Nakayami G, Romanelli M. Criterios para identificar la infección en úlceras por presión. En: European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd. 2005.
18. Davis E. Education, microbiology and chronic wounds. *J Wound Care* 1998; 7 (86): 272-4.
19. Kingsley A. A proactive approach to wound infection. *Nurs Stand* 2001; 15 (30): 50-8.
20. Fumal I, Braham C, Paquet P et al. The beneficial toxicity of antimicrobials in leg ulcer healing impaired by a polymicrobial flora: A proof-of-concept study. *Dermatology* 2002; 204 (Suppl. 1): 70-4.
21. Konya Ch, Sanada H, Sugama J, Ishikawa Sh, Togashi H, Tamura Sh. Skin Debris and Micro-organisms on the Periwound Skin of Pressure Ulcers and the Influence of Periwound Cleansing on Microbial Flora. *Ostomy Wound Manage* 2005; 51 (1): 50-9.
22. Falanga V. Text Atlas of Wound Management. London: Marin Dunitz 2000.
23. Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG. Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals, 3rd ed. Wayne: HMP Communications 2001.
24. Delay C. The Care of Wound. A Guide for Nurses, 3rd ed. Oxford: Blackwell Publishing 2005.
25. Hampton S, Collins F. Tissue Viability. London: WHURR 2004.
26. Rodeheaver GT. Wound Cleansing, Wound Irrigation, Wound Disinfection. En: Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG. Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals, 3rd ed. Wayne: HMP Communications 2001.
27. McDonnell G, Russell AD. Antiseptics and disinfectants: Activity, action, and resistance *Clin Microbiol Rev* 1999; 12 (1): 147-79.
28. Salas Campos L, Gómez Ferrero O, Villar Miranda H et al. Antisépticos. *Rev Rol Enf* 2000; 23: 537-41.
29. Blanco Blanco J, Blasco García C, Ballesté Torralba J, Casamada Humet N, García González RF, Gago Fornells M et al. Recomendaciones sobre la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas crónicas. *Gerokomos* 2003; 14 (2): 95-101.

30. Sibbald RG, Williamson D, Orsted HL, Campbell K, Keast D, Krasner D, Sibbald D. Preparing the Wound Bed: Debridement, Bacterial and Moisture Balance. *Ostomy Wound Management* 2000; 46 (11): 14-35.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia del uso de un apósito absorbente con microadherencia selectiva de Silicona para la piel perilesional.

MATERIAL Y MÉTODO

Limpieza de las lesiones con lavados de suero fisiológico.

Aplicación de un apósito absorbente con microadherencia selectiva de Silicona (Mepilex 15x15).

Fijación de dicho apósito absorbente con microadherencia selectiva de Silicona (Mepilex 15x15), mediante venda cohesiva si era necesario.

Se pautaron curas cada 48 o 72 horas, según evolución de la lesión y de la cantidad de exudado de esta, hasta su total curación.

Y no usar en lesiones infectadas.

RESULTADOS

PRIMERO

GMC, mujer de 78 años de edad, diagnosticado de diabetes Mellitus tipo 2 y de Insuficiencia mixta en ambas piernas.

Presenta una puntuación en la escala de Braden de 19 puntos.

Tras 1 mes de curas con múltiples de su pie diabético, se opta por aplicarle un apósito absorbente con microadherencia selectiva de Silicona (Mepilex® 15x15).

A cabo de 14 días la lesión esta curada.

SEGUNDO

JMG, mujer de 74 años de edad, diagnosticado de diabetes Mellitus tipo 2, HTA y DLP, presenta una úlcera por presión en el talón derecho.

Presenta una puntuación en la escala de Braden de 16 puntos.

Tras 2 meses de curas con múltiples productos, y observando la maceración de la piel perilesional se opta por aplicarle un apósito absorbente con microadherencia selectiva de Silicona (Mepilex® 15x15).

A cabo de 32 días la lesión esta curada.

TERCERO

LPG, mujer de 75 años de edad, diagnosticado de diabetes Mellitus tipo 2, presenta una pérdida de la solución cutánea en mano derecha.

Presenta una puntuación en la escala de Braden de 20 puntos.

Se opta por aplicarle un apósito absorbente con microadherencia selectiva de Silicona (Mepilex® 15x15), desde el comienzo del tratamiento.

A cabo de 16 días la lesión esta curada.

CUARTO

FLP, mujer de 81 años de edad, diagnosticado de diabetes Mellitus tipo 2 y HTA, presenta una pérdida de la solución cutánea en pierna derecha.

Presenta una puntuación en la escala de Braden de 19 puntos.

Tras 2 meses de curas con múltiples productos, y observando la maceración de la piel perilesional se opta por aplicarle un apósito absorbente con microadherencia selectiva de Silicona (Mepilex® 15x15).

A cabo de 26 días la lesión esta curada.

CONCLUSIONES

1. No se adhiere, o daña la superficie de la lesión.
2. Se adhiere y protege suavemente la piel de alrededor.
3. Es fácil de aplicar y fácil de retirar.
4. Puede levantarse sin perder sus propiedades de microadherencia.
5. A todo paciente anamnesis previa en busca de problemas de alergias y contacto en relación con productos de curas.
6. Tenga en cuenta la piel perilesional a la hora de elegir el apósito más adecuado para la herida.
7. Pautar el cambio del apósito en función del estado de la piel perilesional.

COMUNICACIÓN 2.

***VACUNACION TRIPLE VIRICA EN NIÑOS
CON ALERGIA A PROTEINAS DE HUEVO***

Angeles Garcia Sola, Carmen Sanabria Cervetto, Rosario Marin Galvez
Hospital de Dia Pediatria

INTRODUCCION

Las vacunas actuales contra el sarampión y la parotiditis epidémica derivan de cultivos tisulares de fibroblastos de embrión de pollo y, aunque no contienen cantidades importantes de proteínas del huevo, teóricamente es posible una reacción de hipersensibilidad en niños alérgicos al huevo siendo muy pocos los casos documentados de reacciones graves en la literatura actual. (1)

En algunos casos, aunque los síntomas aparezcan después de la administración de una vacuna, es imposible diferenciar entre una reacción alérgica a la vacuna y una reacción a los componentes estabilizantes de la misma. Los datos actuales sugieren que las reacciones anafilácticas por vacunas de parotiditis y/o sarampión no se asocian a la hipersensibilidad a antígenos del huevo, sino a otros componentes de la vacuna, (como gelatina y/o neomicina).

Dichas vacunas se utilizan de forma generalizada en la población infantil. Dos de los componentes de esta vacuna (sarampión y parotiditis) se obtienen a partir de virus vivos atenuados cultivados en fibroblastos de embrión de pollo, de donde surge la preocupación por la posible presencia de proteínas de huevo y su administración a individuos alérgicos al huevo.

El riesgo de reacción alérgica grave tras la vacunación triple vírica es extremadamente bajo y las pruebas cutáneas con la vacuna no son predictivas de reacción alérgica tras la vacunación.

El comité asesor de vacunas de la Asociación española de pediatría (CAV) tras una revisión exhaustiva de la literatura al respecto propone las siguientes pautas de actuación con respecto a la vacunación de TV en niños alérgicos al huevo: (2)

1. Todo niño con sospecha de alergia al huevo debe ser diagnosticado por un especialista pediátrico de alergia o gastroenterología. La magnitud de la reacción cutánea en el prick con TV no tiene una relación directamente proporcional con la intensidad de la reacción alérgica
2. Una vez establecido el diagnóstico por alergólogo, debe analizarse la magnitud de las manifestaciones clínicas de la ingesta de huevo.
3. Solo en caso de manifestaciones alérgicas graves con claro componente sistémico y/o anafilaxia, se debe trasladar al niño para vacunarle a un centro hospitalario, así como niños con asma persistente.

El comité de alergia alimentaria de la SEICAP en Barcelona en el año 2006 recomienda:

- Todos los niños alérgicos al huevo sin componente sistémico, pueden vacunarse en su centro de vacunación con la vacuna triple vírica habitual, debiendo permaneciendo en el centro 60 minutos tras la vacunación.
- Sólo en los casos de los niños que hayan presentado reacción anafiláctica grave tras la ingesta de huevo se recomienda vacunación en el centro hospitalario, pudiendo ser inmunizados con diluciones crecientes de TV según esquemas predeterminados. (3)

Con fecha 2004 los laboratorios BERNA dejaron de fabricar la vacuna TRIVIRATENË

(Triple Vírica) incubada en células diploides humanas y, por tanto, indicada en niños con alergia a huevo. La razón de la retirada ha sido la eficacia parcial en la inmunización contra el virus de las paperas (parotiditis).

En España están comercializadas tres vacunas frente a sarampión, rubéola y parotiditis (triple vírica MSD, PriorixË y M-M-RVAXPROË).

OBJETIVOS DE LA VACUNACION TRIPLE VIRICA

No hay datos fiables de cuántos niños constituyen el colectivo de alérgicos al huevo. Tampoco está claro cómo se hace el diagnóstico de alergia al huevo de estos niños (clínicos, analíticos, pruebas alérgicas...).

No tiene la misma transcendencia un rash cutáneo como manifestación de la alergia o una reacción sistémica o una anafilaxia. Son pocos los casos analizados en los que se haya demostrado una reacción sistémica grave por haber sido vacunado de sarampión o TV un niño alérgico al huevo.

El objetivo es conseguir un calendario de vacunación completo entre la población infantil, sin que se excluya, salvo casos muy aislados, a ningún niño con alergia a las proteínas del huevo y poder completar dicho calendario de vacunación que La Conselleria de Sanidad tiene estipulado.

MATERIAL Y METODOS

Las solicitudes de vacunación son enviadas mediante circuito entre el SAIP y el centro de salud de origen. También son solicitadas por gastroenterólogos.

Las vacunaciones las estamos realizando desde el año 2006, siguiendo un protocolo creado a tal efecto, en donde se actualizó protocolos tanto de reacciones anafilácticas como todo lo relacionado con una situación de emergencia (tanto farmacológica como instrumental).

Y para ello contamos con:

Un listado de niños con probada alergia a las proteínas del huevo, diagnosticados por la unidad de alergia infantil.

Coordinación por el servicio de farmacia en la preparación de dicha vacuna, su administración y resolución de cualquier aspecto que necesitemos en relación con la administración de la vacuna.

Un servicio de urgencias infantiles para que, ante un cuadro de emergencia, se tenga todo lo necesario para subsanar dicha situación.

Medicación y recomendaciones para revertir un cuadro anafiláctico.

Prepararemos también antes de iniciar la vacunación los siguientes materiales:

- Jeringas de 1 ml
- Agujas de 5 x 16 mm
- Lancetas para prick
- Algodón
- Líquido antiséptico
- Guantes
- Vacuna preparada en unidad de mezclas (jeringa cargada con vacuna y un vial 1/10 y 1/100 para las pruebas cutáneas).

El niño es recibido en H. de DIA pediátrico y los padres son informados por el alergólogo de los procedimientos que vamos a seguir y el por qué de la vacunación en un hospital.

Y, si están conformes, firman la autorización para su administración.

Vacunamos siguiendo las pautas establecidas por el alergólogo, de acuerdo con las normas aceptadas internacionalmente: (4)

Antes de vacunar haremos las pruebas cutáneas con la técnica de puntura o prick. (Aunque otros estudios sugieren que las pruebas cutáneas con preparaciones diluidas de la vacuna no parecen ser predictivas de una posible reacción alérgica tras su administración). (5)

Siempre se usarán los correspondientes controles de positividad (histamina al 10mg/ml) y de negatividad (solución salina).

1^{er} paso.- prick sin diluir, vacuna 1/1, otro prick de histamina y otro de solución fisiológica. La lectura se efectúa a los 10 - 15 minutos y se considera como positiva una prueba que muestre un diámetro de pápula mayor de 3 mm superior al control negativo. El control histaminico debe ser siempre positivo para una interpretación válida.

2^o paso.- intradérmica de 0'1 ml de dilución al 1/100, con control de histamina y salino, lectura a los 10 -15 minutos, si hay una pápula de 5 mm o más que el control negativo con eritema circundante se considera reacción positiva.

3^{er} paso.- intradérmica de 0'1 ml de dilución al 1 /10, con control de histamina y salino.

Si estas pruebas son negativas se puede administrar la vacuna, quedando el niño en observación de 60 a 90 minutos y si no hay ninguna reacción adversa, se da el alta.

Si las pruebas son positivas se puede proceder de dos maneras: NO vacunando, y/o haciéndolo fraccionando la dosis siguiendo la pauta siguiente:

- 1).- 0'05 ml de dilución 1/10
- 2).- 0'05 ml sin diluir
- 3).- 0'10 ml sin diluir
- 4).- 0'15 ml sin diluir
- 5).- 0'20 ml sin diluir

VIA SUBCUTANEA EN INTERVALOS DE 20 MINUTOS

Las reacciones adversas más frecuentes son las comunicadas tras la administración de las vacunas monovalentes (dolor y/o quemazón en la zona de la inyección, ocasionalmente fiebre y/o erupción cutánea, etc....).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el año 2006 la solicitud de vacunación fue de 26, de las cuales:

Se vacunaron 19 niños sin problemas.

Renunciaron a la vacunación por miedo 3 y/o por reacción cutánea positiva 4 niños, (2 de ellos, posteriormente fueron vacunados sin problemas).

En el año 2007 las solicitudes fueron de 36 de las cuales:

Se vacunaron 33 niños sin problemas.

Los otros 3 fueron vacunados tras la información, en sus centros de salud.

En el año 2008 y hasta la fecha las solicitudes son 28, siendo 24 los ya vacunados, no presentando ninguna incidencia.

Los resultados evidencian que la vacunación en niños alérgicos a las proteínas del huevo, con la vacuna triple vírica, se puede administrar en cualquier centro sanitario, siguiendo las pautas de administración anteriormente descritas, debido a la nula incidencia de reacciones adversas secundarias a la vacunación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- RED BOOK. Enfermedades infecciosas en pediatría. Informe del comité de enfermedades infecciosas de la American Academy of pediatrics. Reacciones alérgica a los antígenos relacionados con el huevo. Inmunización activa y pasiva. Pág. 33. Pág. 34.
- 2.- COMITÉ ASESOR DE VACUNAS. De la asociación española de pediatría.
 - 1) Fasano MB, Wood RA, Cooke SK, Sampson HA. Egg hypersensitivity and adverse reactions to measles, mumps and rubella vaccine. J. Pediatr 1992; 120:878-881
 - 2) CDC General Recomendatons on Immunization MMWR 2002;5(RR-2):1-44
 - 3) Pool V, Braun M, Kelso JM, Mootrey G, Chen RT, Yunginger W, Jacobson RM, Gargiullo PM y Vaers Team.
 - a) Prevalencia en los EEUU de los anticuerpos IgE antigelatina en personas con anafilaxia después de la vacuna (www.pediatrics.org/cgi/vcontent/full/110/6/e71)
- 3.- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y ALERGIA PEDIÁTRICA. www.seicap.org
- 4.- MAILING HJ. Methods of skin testinng. En: Dreborg S, Frew A, eds. Allergen standardization and skin tests. Position paper. Allergy 1993; 48 (supl 1): 55-56
- 5.- COMITE DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA EN 1997. Siegrist CA. Vaccination strategies for children with specific medical conditions: a paediatrician's viewpoint. Eur J Pediatr.1997; 156: 899-904

COMUNICACIÓN 3.

***SENSACIONES DE LOS PACIENTES SOBRE
LOS ESTUDIOS DE LOS TRANSTORNOS
RESPIRATORIOS DE SUEÑO***

Sabater Sala A., Hernández Blasco L., Vila Villa J., Sacristan Bou L., Benito Diez N., Giménez Tébar JL., Romero Candeira S.
*S. Servicio de Neumología. Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño.
Hospital General Universitario de Alicante.*

INTRODUCCIÓN

El sueño es una conducta natural, periódica, transitoria y reversible prácticamente universal en el reino animal, y cuyo último sentido biológico no se conoce todavía, aunque hay mucha información disponible. Además, parece aceptado que el sueño es imprescindible para la vida, ya que la privación absoluta de sueño, al menos en mamíferos, conduciría a la muerte.

En cuanto a la regulación del sueño, influyen diversos factores como los mecanismos homeostáticos y circadianos, la edad de la persona, así como sus diferencias individuales.

Los trastornos respiratorios del sueño no son algo nuevo aparecido en los últimos años, si no que, con toda probabilidad, existen desde que existe el hombre; otra cosa es que se haya sabido identificarlos. Podemos encontrar referencias en textos muy antiguos, como por ejemplo, Aelianus, en el 330 antes de Cristo, ya comentaba los trastornos que presentaba Dionisio de Heraclea, rey del Pontus, individuo glotón y obeso, que tenía grandes dificultades para respirar cuando dormía.

Hoy en día, los trastornos respiratorios del sueño son bien conocidos, desde el punto de vista epidemiológico, patogénico, fisiopatológico y clínico. Las técnicas diagnósticas han experimentado grandes avances, así como los sistemas terapéuticos. La introducción de equipos de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) por Collin Sullivan en 1981 supuso un hito histórico en el tratamiento de este tipo de trastornos respiratorios.

Según el Consenso Nacional sobre el SAHS (Síndrome de Apneas e Hipoapneas del Sueño) de 2005, el SAOS, OSAS o SAHS se define como “una aparición de episodios recurrentes de limitación al paso del aire durante el sueño, como consecuencia de una alteración anatómico-funcional de la VAS (vía aérea superior) que conduce a su colapso, provocando descensos de la SaO₂ y microdespertares que dan lugar a un sueño no reparador, somnolencia diurna excesiva, trastornos neuropsiquiátricos, respiratorios y cardíacos.”

En cuanto a la prevalencia de SAHS, las cifras se sitúan en un 4-6% en cuanto a hombres, y un 2-4% en mujeres, y se estima que en nuestro país tienen un SAHS relevante entre 1.200.000 a 2.150.000 sujetos, aunque sólo están diagnosticados y tratados un 5-9% de tal población. Las listas de espera son inaceptables.

El SAHS ocasiona un gran deterioro en la calidad de vida, se asocia a hipertensión arterial, enfermedades cardio y cerebrovasculares, accidentes de tráfico y laborales, y exceso de mortalidad.

En nuestra unidad de sueño, el personal de enfermería realiza fundamentalmente dos tipos de pruebas diagnósticas: la poligrafía respiratoria y la polisomnografía.

La poligrafía respiratoria consiste en el análisis de las variables respiratorias y cardíacas sin evaluar los parámetros neurofisiológicos

En cuanto a la polisomnografía, consiste en el registro simultáneo de variables neurofisiológicas y respiratorias que nos permiten evaluar la cantidad y calidad del sueño, así como identificar los diferentes eventos respiratorios y su repercusión cardiorrespiratoria y neurofisiológica.

Disponemos de 3 habitaciones en la unidad, individuales e insonorizadas, dotadas de una cama, una mesilla de noche y una taquilla donde el paciente guarda sus objetos personales. Además, hay un baño completo.

Enfermería facilita todo lo que el paciente puede necesitar durante la noche, como mantas, la cuña, etc, así como el timbre para que llame si necesita cualquier cosa.



Los pacientes cuando acuden a nuestra unidad llegan intrigados, temerosos, no saben exactamente que va a ocurrir, no saben si van a poder descansar, a muchos les aterra la idea de dormir fuera de casa en otras condiciones que no son las habituales...y además, cuando se ven llenos de cables de arriba abajo, nos preguntan: “¿pero, con todo esto pretenden que duerma?”

De este modo, pensamos hacer un estudio que reflejara las impresiones de estos pacientes derivados al laboratorio de sueño, para saber si realmente descansan como si estuvieran en su casa, en la noche de la realización de la prueba con las condiciones que ofrecemos en nuestra unidad.

OBJETIVO

Describir y comparar los resultados de un cuestionario sobre las sensaciones de los pacientes tras el estudio de sueño, para averiguar si la prueba realizada por enfermería y el entorno en la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño (UTRS) favorecen el descanso habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio protocolizado siguiendo recomendaciones del Consenso Nacional sobre SAHS, seguido del estudio Polisomnográfico (PGR) o Poligráfico (PGR) nocturnos por el personal de Enfermería.

Se seleccionó aleatoriamente a los pacientes entre Enero-2004 y Enero-2007. Se les citó en consultas externas para abrirles historia y realizarle una serie de pruebas complementarias por parte de enfermería, como una analítica, ECG y pruebas de función respiratoria, además de una RX de tórax.

La noche de realización del estudio enfermería recibe y acoge al paciente, explica en qué consiste la prueba y cómo va a transcurrir la noche. Además, se pesa, se talla y se mide el perímetro cervical del paciente, se hace una gasometría arterial, y se pasa el cuestionario de Epworth (Escala de somnolencia diurna). Posteriormente, el paciente se acuesta y enfermería monitoriza al paciente, indicándole todo lo pertinente para pasar la noche.

Ya por la mañana, al finalizar el estudio, enfermería realiza un cuestionario sobre la sensación de sueño a los pacientes. Nuestro cuestionario consta de 5 preguntas cerradas de alternativa múltiple, cuyas variables fueron calidad del sueño, latencia de sueño, horas de sueño, despertares nocturnos y relación con su sueño habitual.

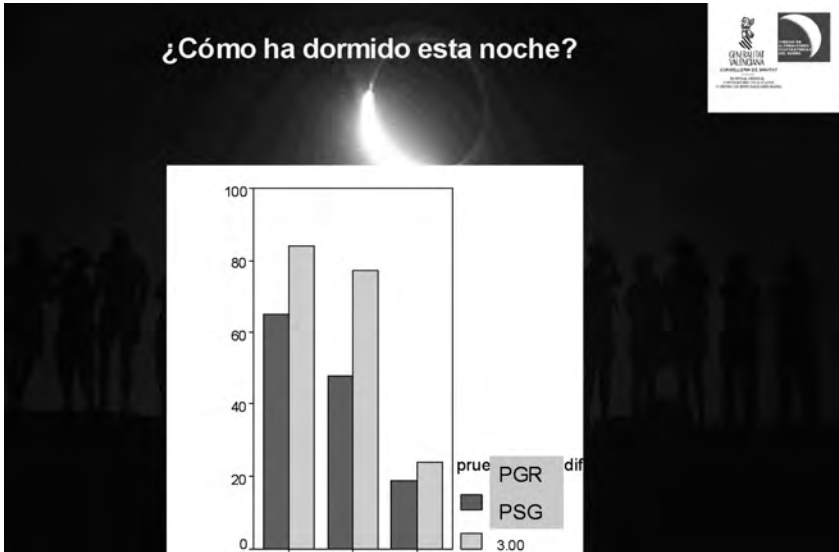
1. ¿Cómo ha dormido esta noche?
 - bien
 - regular
 - mal
2. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse?
 - menos de 10 min.
 - aproximadamente media hora
 - aproximadamente una hora
 - más de una hora
 - más de 2 horas
3. ¿Cuánto tiempo calcula que ha dormido?
 - poco, menos de 2 horas
 - entre 2 y 4 horas
 - más de 4 horas
 - casi toda la noche.
4. Con relación a su sueño habitual, esta noche ha dormido:
 - aproximadamente igual a lo habitual
 - mucho menos de lo habitual
 - más de lo habitual
5. ¿Se ha despertado durante la noche?
 - muchas veces
 - alguna vez
 - casi nada
 - nada

Se compararon las frecuencias de respuestas según PSG/PGR, genero y gravedad del SAHS. Se utilizó la t de Student para la comparación de medias y la χ^2 para porcentajes.

RESULTADOS

De una muestra de 604 pacientes, de edades comprendidas entre 14 y 84 años (55 ± 13), 424 fueron hombres (70%) y 180 fueron mujeres, con una media de puntuación en la escala de Epworth de 10 ± 5 (Escala de somnolencia diurna, cuya media no indica gran hipersomnia diurna de los pacientes incluidos en el estudio). Fueron diagnosticados de SAHS un 82% de los pacientes y se compararon un total de 328 PSG y 276 PGR.

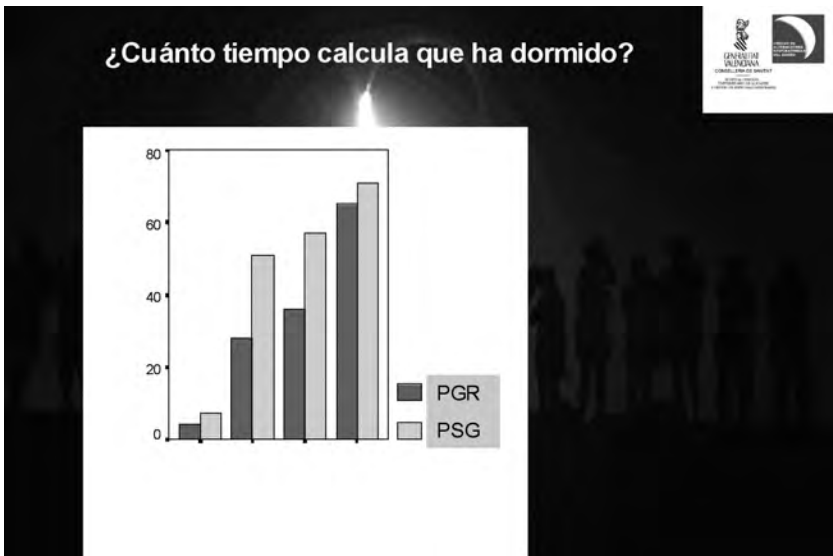
En relación al cuestionario, la primera pregunta se refiere a la calidad del sueño, como podemos ver, tanto en PGR, como en PSG, la mayor parte de los pacientes refirieron dormir bien o regular, siendo escasos pacientes, en torno al 13%, los que refirieron dormir mal.



La cuestión siguiente se refiere al tiempo que ha tardado en dormirse el paciente, de modo que sólo un 9% tardó en dormirse más de una hora y un 5% refirió tardar en dormirse más de dos horas.

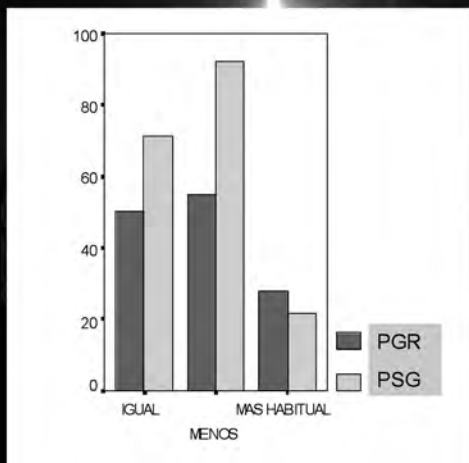


En cuanto al tiempo que el paciente cree que ha dormido, los resultados fueron positivos, ya que sólo un 3% refirieron dormir poco, un 25% refirieron dormir de 2 a 4 horas, un 29% contestaron más de 4 horas, y un 43% afirmaron dormir casi toda la noche.



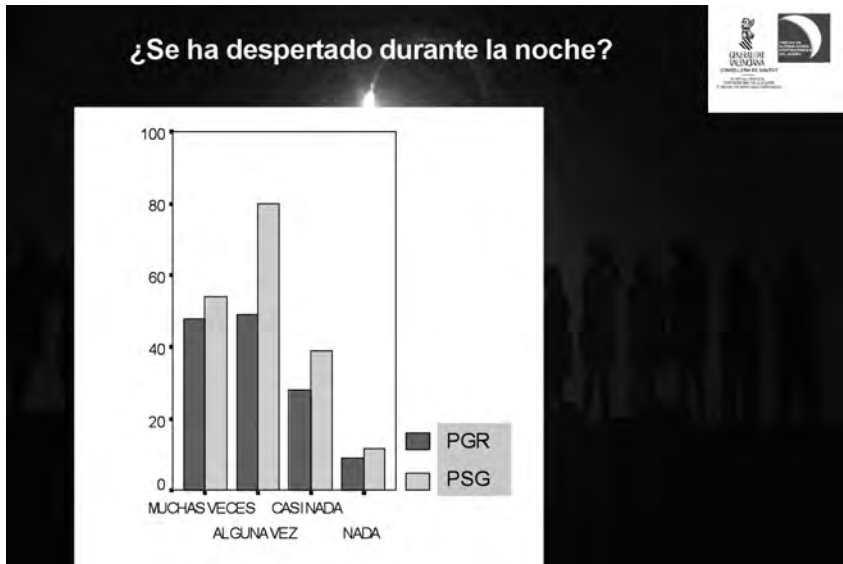
En cuanto a la relación con el sueño habitual del paciente, encontramos que un 38% referían haber dormido igual que en casa y un 16% durmieron incluso más horas.

Con relación a su sueño habitual, esta noche ha dormido :



Y por último, preguntamos sobre el número de despertares durante la noche, observando que los despertares fueron escasos. Sólo un 29% refirió despertarse muchas veces.

¿Se ha despertado durante la noche?



No se encontraron diferencias significativas entre PSG y PGR, género y gravedad del SAHS para las variables subjetivas calidad del sueño, latencia de sueño, horas de sueño, despertares nocturnos y relación con su sueño habitual.

Pocos pacientes refirieron dormir poco o menos de 4 horas. La mitad de los pacientes refirieron haber dormido igual que en casa y más de dos terceras partes refirieron haberse dormido antes de los 30 minutos, siendo escasos los despertares.

CONCLUSIÓN

En la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño la percepción sobre el sueño de nuestros pacientes fue buena en la noche de realización del estudio, concluyendo que nuestra unidad y los estudios realizados por enfermería, hacen posible que el paciente descanse como habitualmente lo hace en casa. El personal de enfermería consigue que los pacientes disminuyan su temor, se encuentren cómodos en la unidad y logren dormir, resultando muchas veces sorprendente para ellos el hecho de descansar durante la noche del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montserrat JM, Amilibia J, Barbé F, Capote F, Durán J, Mangado NG, Jimenez A, Marín JM, Masa F, Terán J. Tratamiento del síndrome de las apneas-hipopneas durante el sueño. Arch Bronconeumol 1998;34:204-206.
2. Grupo Español del Sueño (GES). Documento de Consenso Nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas del sueño. 2005.
3. Durán J, Esnaola S, Ramón R, Iztueta A. Obstructive sleep apnea-hypopnea and related clinical features in a population-based sample of subjects aged 30 to 70 years. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 685-689.
4. Baldwin CM, Griffith KA, Nieto FJ, O'Connor GT, Walsleben JA, Redline S. The association of sleep-disordered breathing and sleep symptoms with quality of life in the sleep Heart Health Study. Sleep 2001; 24: 96-105.
5. Barbé F, Amilibia J, Capote F, Durán J, Gonzalez-Mangado N, Jimenez A, Marin JM, Masa F, Montserrat JM, Terán J. Diagnóstico del síndrome de apneas obstructivas durante el sueño. Informe de Consenso del Área de Insuficiencia Respiratoria y Trastornos del Sueño. Arch Bronconeumol 1995;31:9:460-462.
6. An American Sleep Disorders Association Review. The indications for polysomnography and related procedures. Sleep 1997;20(6):423-487.
7. Durán-Cantolla J, Mar J, De La Torre G, Rubio R, Guerra L. El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS) en España. Disponibilidad de recursos para su diagnóstico y tratamiento en los hospitales del estado español. Arch Bronconeumol 2004; 40:259-267.
8. A. Candela, L. Hernández, S. Asensio, J. Sánchez-Paya, J. Vila, N. Benito, S. Romero. Validación de un equipo de poligrafía respiratoria en el diagnóstico del síndrome de apneas durante el sueño. Arch Bronconeumol 2005; 41(2): 69-75
9. Durán J, Rueda JR, Mar J, Rubio R, Aizpuru F, De La Torre G. Calidad de vida en pacientes con síndrome de apneas durante el sueño y su modificación con tratamiento con CPAP. Arch Bronconeumol 2001;37 (supl 1):2.
10. Álvarez-Sala JL, González N. Trastornos respiratorios del sueño. Monografías Neumomadrid Vol VI/2004 Ergon, editores. P.9-22.

COMUNICACIÓN 4.

***SEGURIDAD DE LA SEDACIÓN PROFUNDA
CON PROPOFOL Y ACTIVIDADES
DE ENFERMERÍA EN ECOENDOSCOPIA
DIGESTIVA***

Félix Avendaño Córcoles (1), Manuela Fernández Rodríguez, María Jesús Manzano Galván, Eva María Serrano Díaz, Teresa Millán Campos, María Ángeles Pastor Ureña, Encarna Carrión Beltrán, Rosa Andreo Vicedo, Eva Hernández Ros y Elena Peña Zurdo.

*(1) Diplomado en enfermería Unidad de Endoscopia Digestiva.
Hospital General Universitario de Alicante.*

INTRODUCCION

El ecoendoscopio es un aparato que consiste en la asociación de un endoscopio y una sonda de ultrasonidos. La ecoendoscopia en el campo de la gastroenterología crea muchas expectativas por la posibilidad de obtener imágenes de alta resolución, porque permite la visualización de las diferentes capas del tubo digestivo y también del mediastino y el área biliopancreática. Es una técnica que no sustituye a la endoscopia, pero permite el acercamiento del transductor de ecografía a la zona de la lesión que se va a estudiar (2).

Las indicaciones bien establecidas para la ecoendoscopia diagnostica son:

- Estadificación de tumores del tubo digestivo.
- Estudio de los tumores submucosos y su diagnostico diferencial.
- Estudio de los pliegues gástricos engrosados.
- Localización de tumores endocrinos (tumores pancreáticos de pequeño tamaño).
- Pancreatitis crónica.
- Sospecha de coledocolitiasis.
- Estudio de la colestasis.

El ecoendoscopio terapéutico permite la introducción de instrumental a través de su canal de trabajo con la posibilidad de realizar punciones con aguja fina (PAAF), biopsias y diversos tratamientos.

El equipo de endoscopias ha elaborado un protocolo de actuaciones de enfermería, donde introducimos las actividades a seguir según el cual se recoge en el anexo 1.

Posteriormente el protocolo será evaluado por el propio equipo de la unidad en los próximos meses.

La ecoendoscopia en si, es una prueba que habitualmente es molesta y además suele causar dolor al paciente, manifestándose con agitación, ansiedad, malestar.... Para evitar estos inconvenientes se ha introducido de forma progresiva la sedación en las unidades de endoscopia digestiva. Por ello es una exploración donde la persona debe estar totalmente relajada para poder llevarla a cabo. Normalmente se ha utilizado opiáceos y benzodiacepinas sin embargo la utilización de propofol como sedante en ecoendoscopia digestiva se ha ido extendiendo en los últimos años. El propofol es un fármaco sedante ampliamente utilizado en anestesia, que tiene acción hipnótica

ultracorta, vida media corta y rápida recuperación post sedación. El problema que ha planteado la utilización de propofol es que induce una sedación profunda con una ventana terapéutica estrecha. Ello conlleva, al menos teóricamente, que pequeños incrementos en las dosis puedan llegar a producir un estado de anestesia general, con el consiguiente deterioro de las funciones respiratorias y cardiacas. Con el fin de detectar precozmente y corregir estas posibles complicaciones hemos trabajado en coordinación y a través de un protocolo.



MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica elaborando un protocolo base, con pautas, tiempos y metodología específica (1)(3)(4)(6).(Ver Anexo 1).

Estudio prospectivo de seis meses de duración con inclusión de todas las exploraciones (diagnósticas y Eco-PAAF) entre abril y septiembre de 2008 que se realizaron en nuestra unidad. Todos los pacientes fueron preparados según el protocolo de actuación de enfermería en ecoendoscopias diseñado previamente en nuestra unidad y basándonos en la guía de actuación de enfermería: manual de procedimientos, del hospital General Universitario de Alicante.

Se siguió una pauta de actuación siguiendo cada procedimiento del protocolo(1).

A los pacientes se les administró una sedación profunda controlada por el propio equipo de endoscopias entrenado en la administración de medicación sedante y en reanimación cardiopulmonar. Los pacientes que aceptaron la sedación firmaron un consentimiento informado .Los criterios de exclusión del estudio fueron: riesgo anestésico igual o superior a ASA IV(9) .

Para detectar la aparición de complicaciones relativas a la sedación, de forma sistemática se controló frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, tensión arterial, registro ECG y los valores de capnografía durante todo el proceso. El control de estas constantes vitales fue realizado por el equipo de endoscopias.

Se definió como bradicardia una frecuencia cardiaca inferior a 40 lat/min, si ésta se mantenía durante 30 s. Se consideró que el paciente tenía taquicardia si la fre-

cuencia cardiaca superaba los 120 lat/min. Todos los pacientes fueron tratados con oxigenoterapia, administrada mediante gafas nasales a un flujo de 2 l/min, incrementándolo en caso necesario. Consideramos que el paciente sufría desaturación cuando la saturación de O₂ descendía por debajo del 90% y se utilizó ventilación asistida temporal (balón de reanimación) hasta que la saturación volvía a límites normales. La hipotensión fue definida como el descenso de la PA sistólica por debajo de 90 mmHg. En la hoja de cuidados de enfermería (ver anexo 3) que diseñamos previamente se recogieron los datos para el presente estudio además las siguientes variables: sexo y edad de los pacientes; clasificación ASA(riesgo anestésico); dosis del fármaco sedante utilizado(10)(11); complicaciones relativas a la sedación administrada y su posible tratamiento; tolerancia del paciente a la prueba (puntuada por el propio paciente una vez recuperado de la sedación según una escala numérica que oscila entre 0 y 10, en que 0 era la ausencia de molestias y 10 el máximo dolor posible).

RESULTADOS

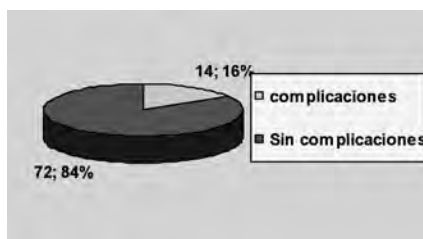
En los seis meses entre abril y septiembre de 2008 se realizaron 86 ecoendoscopias de las cuales 44 fueron en varones y 42 en mujeres con una edad media global de $65,1 \pm 11,8$ años.

Tabla I. Características de la muestra

Nº pacientes	86
Varones	44
Mujeres	42
Edad media	$65,1 \pm 11,8$

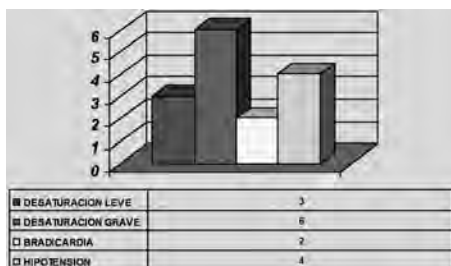
Catorce pacientes (16,3 %) presentaron complicaciones durante la realización de la prueba según se muestra en el siguiente grafico.

Grafico 1. Nº de pacientes con complicaciones.



En total se produjeron quince complicaciones (desaturación leve 3, desaturación grave 6, bradicardia 2 e hipotensión 4) (grafico 2). Ningún paciente precisó ventilación asistida ni ventilación endotraqueal.

Grafico 2. Complicaciones



La tolerancia de los pacientes una vez recuperado de la sedación según una escala numérica que oscila entre 0 y 10, en que 0 era la ausencia de molestias y 10 el máximo dolor posible. Se observó que de las 86 exploraciones el 100% puntuó 0 (ausencia de molestias). Ver Anexo 3.

No se produjeron complicaciones en el periodo de recuperación de los pacientes.

DISCUSIÓN

La aplicación de un protocolo de actuación de enfermería en ecoendoscopia permite realizar este tipo de exploraciones de una forma coordinada entre el equipo de la unidad.

Los protocolos son fundamentales para la enfermería, ya que sirven para tener una mayor seguridad en la ejecución del tratamiento y para el control riguroso, específico e individualizado de dichos tratamientos. Con estos criterios de actuación, cualquier enfermera que tenga que realizar actividades en la Unidad de Ecoendoscopia Digestiva del Hospital General Universitario de Alicante podrá ejecutar las técnicas con mayor seguridad.

Se han realizado numerosos estudios controlados con propofol en pacientes sometidos a diversas técnicas endoscópicas. En 3 de ellos(11)(12), la sedación se administra y controla por el propio equipo de endoscopia (enfermera/o y endoscopista) y, al igual que en nuestro estudio, la incidencia de complicaciones es baja incluso cuando la realización de la prueba es compleja.

La administración de sedación a los pacientes sometidos a una ecoendoscopia va a permitir una mejor tolerancia de estos a la exploración y una mayor comodidad para el equipo, lo que facilita la realización de la prueba y evita la necesidad de repetir la exploración.

La sedación profunda con propofol administrada con bomba de perfusión controlada por el propio equipo de endoscopias es un método seguro y con una excelente tolerancia de los pacientes a este tipo de exploración.

BIBLIOGRAFÍA

1* Ballesta López F.J, Blanes Compañ F.V, Castells Molina M, Domingo Pozo M, Fernández Molina M.A, Gómez Robles F.J, Izquierdo García N, Martín García M^a D, Paya Pérez B, Pérez Vázquez B, Sastre Quintano A, Segura Cuenca M, Torres Figueiras M. Guía actuación de enfermería: manual de

- procedimientos. Generalitat .Conselleria de sanitat 2º edición. 2007
- 2* Vázquez Iglesias J.L. Endoscopia digestiva: diagnostica y terapéutica. Editorial medica Panamerica. Cap. 5, Pag 197-201.
- 3* Protocolos de Enfermería Web en Internet. Complejo Hospitalario de Albacete[actualizado en noviembre 2005]. Disponible en: <http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/protocolos.htm>
- 4* Farnos Brosa G, Ruiz Ruiz D, coordinadores. Manual de protocolos y procedimientos generales de Enfermería. Dirección de enfermería -Unidad de docencia, calidad e investigación en enfermería del Hospital Reina Sofía de Córdoba; 2003. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2003/publicaciones/manual_protocolos.pdf
- 5* Biopsia Hepática Percutánea. Disponible en: <http://www.hevadcate.org/pdf/biopia.pdf>. 25 de Noviembre de 2005
- 6* Planes de cuidados y protocolos. Hospital 12 de Octubre de Madrid. Disponible en: <http://apuntesenfermeria2.iespana.es/tpp.htm>.
- 7* Fernández Castillo R., Fernández Gallegos R. Protocolo actuación de Enfermería en la Biopsia Renal. Nure Investigación, nº 32, Enero - Febrero 08.
- 8* Manzano Gutiérrez N, Sánchez Castro S. Protocolo de Atención de Enfermería al Receptor de un Transplante Renal en una Unidad de Diálisis. Nure Investigación, nº 24, Septiembre-Octubre 06.
- 9* American Society of Anaesthesiologists, ASA Physical Status Classification System[citado 21 sep 2005]. Disponible en: <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>.
- 10* Ulmer BJ, Hansen JJ, Overley CA, Symms MR, Chadalawada V, Liangpunsakul S, et al. Propofol versus midazolam/fentanyl for outpatient colonoscopy: administration by nurses supervised by endoscopists. Clin Gastroenterol Hepatol. 2003; 1:425-32.
- 11* Sipe BW, Rex DK, Latinovich D, Overley C, Kinser K, Bratcher L, et al. Propofol versus midazolam/meperidine for outpatient coloscopy: administration by nurses supervised by endoscopist.gastrointest Endosc. 2002;55:815-25.
- 12* Avendaño Córcoles F. Satisfacción de los padres en la unidad de neonatología. Murcia.2003.

ANEXO 1:
PROTOCOLO
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA
Hospital General Universitario de Alicante 2008

DEFINICIÓN

El ecoendoscopio es un aparato que consiste en la asociación de un endoscopio y una sonda de ultrasonidos para obtener imágenes de alta resolución, porque permite la visualización de las diferentes capas del tubo digestivo, también del mediastino y el área biliopancreática. Es una técnica que permite el acercamiento del transductor de ecografía a la zona de la lesión que se va a estudiar.

Las indicaciones bien establecidas son:

- Estadificación de tumores del tubo digestivo.
- Estudio de los tumores submucosos y su diagnostico diferencial.
- Estudio de los pliegues gástricos engrosados.
- Localización de tumores endocrinos (tumores pancreáticos de pequeño tamaño).
- Pancreatitis crónica.
- Sospecha de coledocolitiasis.
- Estudio de la colestasis.

Población diana. Este protocolo se aplicará a todos los pacientes ambulatorios previa solicitud del interesado e ingresados en el Hospital Universitario de Alicante para la realización de ecoendoscopias. Las exclusiones las determinará el equipo de la unidad.

OBJETIVO

Los objetivos de este protocolo son describir y unificar los criterios de cuidados de enfermería a todos los pacientes a los que se realiza una ecoendoscopia digestiva, incluyendo la preparación y la vigilancia posterior, con el objeto de detectar precozmente la aparición de cualquier complicación.

PERSONAL

Ecoendoscopia sin punción:

- Facultativo Especialista de Aparato Digestivo
- DUE
- AE

Ecoendoscopia con punción:

- Facultativo Especialista de Aparato Digestivo.
- Facultativo Especialista de Anatomía Patológica.
- DUE
- Técnico de laboratorio.
- AE

PREPARACION REQUERIDA.

1- Acogida del paciente a nuestra unidad, se explicara de la técnica a realizar al paciente como objetivo para reducir la ansiedad del cliente, para dar un trato más humano y proporcionando seguridad y bienestar físico.

(Si viene otro hospital será obligatorio que venga acompañado por el enfermero/a y un familiar).

Paciente ingresado:

- a- Comprobación de historia clínica.(etiquetas, curso clínico, análisis de sangre, pruebas diagnósticas...)
- b- Comprobación de solicitud de prueba, hoja de interconsulta
- c- Comprobación de autorizaciones firmadas (consentimiento de ecoendoscopia, y consentimiento de sedación) o si fuese necesario consulta a preanestesia.

Paciente ambulante:

- a- Comprobación de solicitud de prueba, hoja de interconsulta
- b- Comprobación (análisis de sangre, pruebas diagnosticas...)
- c- Comprobación de autorizaciones firmadas (consentimiento de ecoendoscopia, y consentimiento de sedación) o si fuese necesario consulta a preanestesia.
- d- Etiquetas.

2. Se rellenará la hoja de cuidados de enfermería durante la sedación. (Anexo-3)
Haciendo especial atención en el peso, alergias (medicamentos, proteínas del huevo, soja...)

Retirar prótesis dental en caso de llevar.

2-Colocaremos los soportes de monitorización:

a- Tensiómetro arterial,

b- Pulsuómetro de oxígeno + gafas nasales con el capnógrafo (El capnógrafo, informa sobre la actividad respiratoria (FR y CO2) detectando apneas.)

c- Electrodo para pulso cardiaco (rojo, amarillo y verde).

3-Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía intravenosa previamente canalizaremos vía periférica, preferiblemente en MSD (para que el endoscopista pueda maniobrar al otro lado).

4-Después conectaremos la bomba de perfusión de propofol a la vía periférica.

5-Tener preparada la torre con el Ecoendoscopio que se precise.(Ecoendoscopio normal o el Eco punción)

6- En el transcurso de la prueba el endoscopista puede solicitar cualquier tipo de material:

MATERIAL NECESARIO

• Mesa con material estéril:

Paños estériles

Jeringa de 10cc

Quick-Core r (Trucut para coger biopsias)

Echotip-ultra r (Agujas de punción de diferentes calibres 19", 22", 25")

Cepillo de citología.

Contraste ecográfico (sonovue)

Celiac Plexus neurolysis (Aguja de neurolysis y bloqueo de plexo celiaco)

Prótesis giovanni 8,5" y 10" Fs. (Drenaje pseudoquistes).

Jeringas vacías.

Jeringas con suero fisiológico.

Contenedor para material punzante.

Contenedores estériles secos para la determinación de muestras.

Solución antiséptica (povidona yodada).

Apósitos estériles.

PROCEDIMIENTO

Ecoendoscopia sin punción:

- El paciente permanecerá en su cama durante la realización de la prueba, acostado en posición lateral de seguridad.

- Permanecerá el cliente lo más quieto posible con una sedación adecuada para ello, teniendo en cuenta que pequeñas modificaciones del mismo tubo, desvían la visualización de imágenes de las distintas capas del tubo digestivo.
- Tras extraer la aguja realizaremos una toma de constantes (TA, FC y SaO₂) al cliente y si fuera necesario administraremos un bolo de 10-20 mg de propofol bajo supervisión médica.
- El cliente será trasladado a la sala de despertar.

Ecoendoscopia con punción:

- Colocaremos el ecógrafo para realizar la ECO-PAAF (punción aspiración con aguja fina).
- El paciente permanecerá en su cama durante la realización de la prueba, acostado en posición lateral de seguridad.
- Permanecerá el cliente lo más quieto posible con una sedación adecuada para ello, teniendo en cuenta que pequeñas modificaciones del mismo tubo, cambian la relación entre la zona de la punción y el área elegida para la misma.
- Una vez elegido el punto de la punción por el médico, cogeremos la caña con fuerza para evitar cualquier cambio de dirección de la aguja.
- Tras extraer la aguja realizaremos una toma de constantes (TA, FC y SaO₂) al cliente y si fuera necesario administraremos un bolo de 10-20 mg de propofol bajo supervisión médica.
- Recoger la muestra para su posterior observación en microscopio por el patólogo
- Recoger y etiquetar las muestras que se han realizado durante el transcurso de la prueba, enviándolas al laboratorio de Anatomía Patológica junto a la petición cumplimentada por el médico.
- El cliente será trasladado a la sala de despertar.

Después de la prueba:

- Tras la realización de la ecoendoscopia el cliente deberá permanecer tumbado y en reposo.
- Realizar una toma de constantes (TA, FC y SaO₂) al paciente inmediatamente después de la realización de la ecoendoscopia en la sala de Ecoendoscopia Digestiva.
- Proceder al traslado del paciente a la sala de despertar.
- Tras las 2 primeras horas de evolución el paciente puede tomar una dieta líquida y si no hay complicaciones se puede progresar la dieta.
- Pueden administrarse analgésicos si el cliente lo precisa, según prescripción facultativa, no obstante si persiste dolor deberá avisarse al médico de guardia.
- Controlar una vez más las constantes vitales y observar el estado general y conciencia del cliente, una vez que este despierto se procederá a la retirada de los soportes de monitorización.
- Rellenaremos el último dato de la hoja de cuidados de enfermería que específica, la tolerancia de los pacientes una vez recuperado de la sedación según una

escala numérica que oscila entre 0 y 10, en que 0 era la ausencia de molestias y 10 el máximo dolor posible

- Por último:

Si el paciente es ambulante le daremos el informe para su médico y el resto de los documentos se guardan en un sobre para archivar.

Si el paciente es ingresado o procede de otro hospital ingresado archivarémos los consentimientos, la solicitud, el informe de alta y lo adjuntaremos a la historia clínica.

COMPLICACIONES

Las complicaciones se podrían dividir en dos grupos:

1. MENORES, (más frecuentes y fácilmente controlables):

- Desaturación leve.
- Hipotensión.
- Hipertensión
- Hemorragia que no requiere transfusión.
- Taquicardia.
- Bradicardia

2. MAYORES, (son menos frecuentes):

- Perforación
- Hemorragia que requiere transfusión o tratamiento quirúrgico.
- Infección.

Sistema de evaluación y registro:

Se realizará en hoja aparte que se presenta en anexo 2.

La revisión de este protocolo se realizará por el equipo de la unidad de endoscopias en junio de 2009.

BIBLIOGRAFÍA

- 1* Ballesta López F.J, Blanes Compañ F.V, Castells Molina M, Domingo Pozo M, Fernández Molina M.A, Gómez Robles F.J, Izquierdo García N, Martín García M^a D, Paya Pérez B, Pérez Vázquez B, Sastre Quintano A, Segura Cuenca M, Torres Figueiras M. Guía actuación de enfermería: manual de procedimientos. Generalitat .Conselleria de sanitat 2^o edición. 2007
- 2* Protocolos de Enfermería Web en Internet, Complejo Hospitalario de Albacete [actualizado en noviembre 2005]. Disponible en: <http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/protocolos.htm>
- 3* Farnos Brosa G, Ruiz Ruiz D, coordinadores. Manual de protocolos y procedimientos generales de Enfermería. Dirección de enfermería -Unidad de docencia, calidad e investigación en enfermería del Hospital Reina Sofía de Córdoba; 2003. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2003/publicaciones/manual_protocolos.pdf
- 4* Biopsia Hepática Percutánea. Disponible en: <http://www.hevadcate.org/pdf/biopia.pdf>. 25 de Noviembre de 2005
- 5* Planes de cuidados y protocolos. Hospital 12 de Octubre de Madrid. Disponible en: <http://apuntesenfermeria2.iespana.es/tpp.htm>.
- 6* Fernández Castillo R., Fernández Gallegos R. Protocolo actuación de Enfermería en la Biopsia Renal. Nure Investigación, n^o 32, Enero - Febrero 08.

Anexo 2:

HOJA DE EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

ETIQUETA PACIENTE

Previo a la realización de la prueba:

	SI	NO
Hoja de consentimiento informado cumplimentada		
Están recogidos los datos de la hoja de cuidados de enfermería		
Vía venosa permeable en brazo izquierdo		
Monitorizado el paciente		
Preparada la perfusión de propofol I.V.		
Material preparado según protocolo		

Durante la realización de la prueba

	SI	NO
Mantener en la posición correcta al paciente durante el procedimiento		
Toma de constantes vitales		
Eficacia de las maniobras de recuperación		
Etiquetado y envío de muestras		

Después de la prueba:

	SI	NO
Traslado a la sala de despertar		
Toma de constantes vitales		
Valorado estado general y de conciencia		
Registro de los informes según protocolo		
Entrega de la hoja del grado de satisfacción con sedación		

Fecha

--

Firma de la enfermera

--

* Incidencias y Complicaciones:

ANEXO 3



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT

Unidad de Endoscopia Digestiva
Hospital General Universitario de Alicante

Etiqueta

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

RECOGIDA DE DATOS DURANTE LA SEDACION EN ENDOSCOPIA

Fecha: / / Hora: ... Exploración:

Urgente Indicación:..... Terapéutica:

Alergias: Fármacos:

Látex: Sí No

Alimentaria (Proteína huevo): Sí No

ASA I II III IV

Antecedentes Personales:

- Cardiopatía
- EPOC
- I. Hepática
- In. renal (Creat.: ...)
- Diabetes

Tratamiento habitual:

- Sintrom
- Insulina Pauta:
- A.O
- Otros:.....
- HTA

Fármacos utilizados:

- Midazolam: Fentanest:
- Propofol: Bolo inicial (mg.) Buscapina:
- Dosis sucesivas Atropina:
- Dosis Perfusión Otros:

Controles de constantes

	Inicial	Durante	Final	Alta
T.A				
F.C.				
F.R.				
Sat. O2				

Incidencias

- Desaturación Hipertensión Hipotensión Otras
- Taquicardia Sangrado Bradicardia Perforación

Valoración molestias del paciente (0-10):

0 = Ninguna molestia; 10 = Dolor insoportable

Observaciones:

Médico Endoscopista:

DUE:

COMUNICACIÓN 5.

***EVALUACIÓN DE LA TOLERANCIA A LOS
GELES HIDROALCOHOLICOS PARA LA
HIGIENE DE MANOS***

García González C, Fuster Pérez M, Campello Payá C, Martínez Serna A, Moreno de Arcos Fuentes E, Asensio García L, Gracia Rodríguez RM, Cartagena Llopis L.
Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Alicante.

JUSTIFICACION

- Una de las estrategias básicas para mejorar el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre la Higiene de Manos (HM) es disponer de un gel hidroalcohólico (GH) que sea bien aceptado por parte del personal sanitario.
- En el Servicio de Medicina Preventiva se inicio en el año 2004 una linea de trabajo para evaluar la tolerancia dermatológica a los productos utilizados para la desinfección alcohólica de las manos (1).

OBJETIVO

Evaluar la tolerancia del personal sanitario a los Geles Hidroalcohólicos (GH) para la Higiene de Manos en sus condiciones habituales de uso.

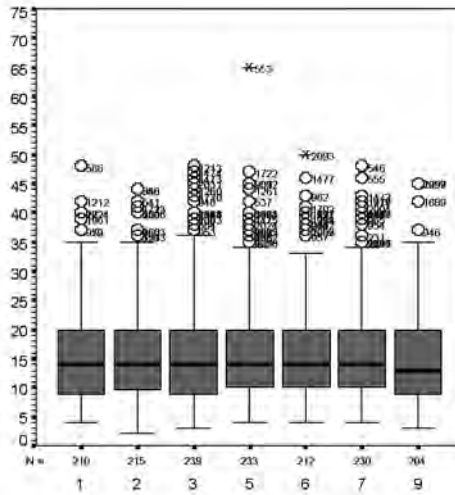
METODOLOGÍA

- Estudio experimental.
- Sujetos: 50 trabajadores (15 facultativos, 20 enfermeras y 15 auxiliares).
- Número de geles hidroalcohólicos evaluados: 7.
- Cada sujeto realiza la Higiene de Manos cinco días con cada producto. Lo que hace un total de 35 días de trabajo por sujeto, de 1750 días de trabajo evaluados y de 250 evaluaciones por producto.
- A cada persona se le entra una carpeta con las hojas de evaluación y un lote con los siete GH.
- Cada día, la persona participante utiliza un gel hidroalcohólico.
- El código del gel a utilizar está en la cabecera de la hoja de evaluación.
- Cada vez que se realiza la Higiene de Manos (HM) se hace una anotación en la hoja de evaluación. En el caso de que no se vaya anotando, al final de la jornada laboral se pondra el número aproximado de veces que se ha realizado la HM.
- Los aspectos valorados son: olor, rapidez de secado, hidratación, apariencia de las manos, picor, calor y malestar.
- Al final de la jornada laboral se realiza la valoración de gel utilizado respecto a los siete aspectos preestablecidos con una escala de 1 (lo peor) a 7 (lo mejor).
- Al día siguiente se pasa a recoger la hoja de evaluación del día previo.
- Posteriormente se obtiene una puntuación global con el sumatorio de todos ellos. El valor mínimo es de 7 puntos y el máximo de 49.
- Para describir la puntuación global y para cada una de las áreas se ha utilizado la Mediana y los Percentiles 25 y 75.

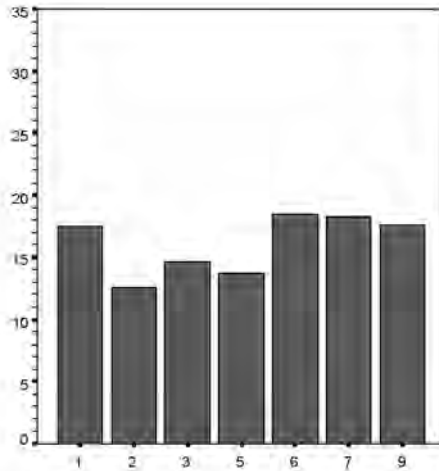
- Para la comparación entre grupos se ha utilizado la prueba de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

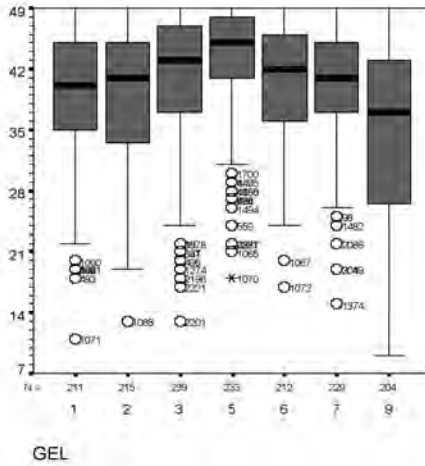
- No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de veces que se realiza la Higiene de Manos con cada uno de los geles:



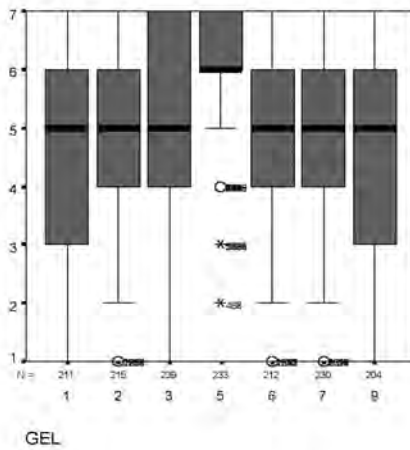
- No existen diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de utilización de las Cremas Hidratantes durante la jornada laboral:



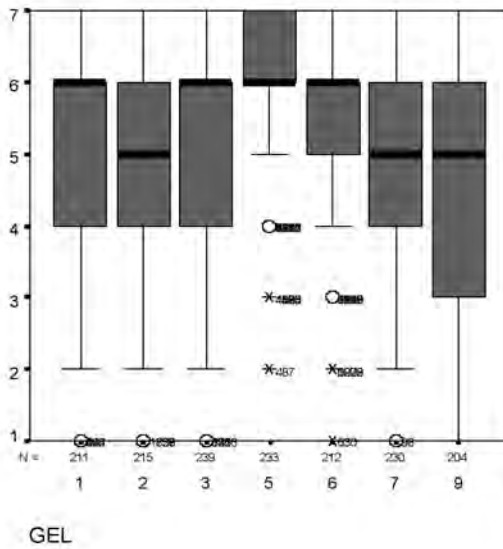
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones totales obtenidas por cada gel ($p < 0.001$).



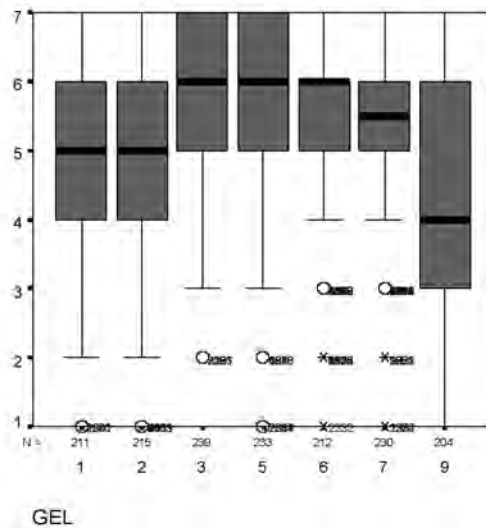
- Existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación del olor de cada gel ($p < 0.001$).



- Existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de la rapidez de secado ($p < 0.001$).



- Existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de la hidratación de las manos ($p < 0.001$).



CONCLUSIONES

o Existen diferencias estadísticamente significativas en la tolerancia a los distintos Geles Hidroalcohólicos.

o Estos datos junto con los de disponibilidad /suministro, posibilidad de almacenamiento y costes deben ser los criterios exigibles para seleccionar el GH para la HM a disponer en los centros sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Payá J, González A, Galicia García MD, García C, Garrigós I, Fuster M, et al. Estudio piloto de ensayo clínico para evaluar la aparición de sequedad de la piel tras la utilización de soluciones alcohólicas. *Medicina Preventiva* 2004; 9(4): 23-26.

Financiación:

Proyecto de investigación financiado por la Fundación de la Comunidad Valenciana para la Investigación en el Hospital General Universitario de Alicante. 2006. N° Expte: P-II.

Agradecimientos:

A todos los compañeros que han colaborando en la realización del trabajo de campo de utilización de los diferentes Geles Hidroalcohólicos.

Comunicación de resultados:

Los resultados provisionales de este trabajo fueron presentados en el: XIV Congreso Nacional y III Internacional de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. A Coruña del 30 de mayo al 2 de junio de 2007.

EXPERIENCIA

UHDP
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN
A DOMICILIO PEDIATRICO

Lola Serna Arias, Teresa Valdes Menor
Unidad de Hospitalizacion a Domicilio Pediatrica
Hospital General Universitario Alicante

El hospital a domicilio pediátrico es un servicio que proporciona tratamiento y cuidados médicos y de enfermería durante un período limitado, en el hogar del niño, para una enfermedad que de otro modo requeriría la atención del niño y familia en un hospital de agudos.

El Objetivo de la Hospitalización Domiciliaria es el entorno de la asistencia especializada. Debido a que el objetivo de la sanidad es el paciente, hay que ofrecerle asistencia sanitaria de alta Calidad, junto con la Eficacia, Efectividad y Eficiencia de la asistencia hospitalaria, para obtener la satisfacción del paciente en su domicilio y/o entorno familiar, ya que el paciente entendido como el niño y la familia, estará contento si se siente seguro, protegido, y por tanto hay que informarle y tranquilizarle. En ese sentido, contamos con el Artº 40 de la Ley de Sanidad, desarrollando programas de salud, y con nuestra constitución, también con el programa de Sanidad y Consumo del 4 de Abril de 1.999 como planteamiento para su desarrollo y filosofía de actuación.

La Calidad se define como la provisión de servicios accesibles, equitativos con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra adhesión y satisfacción de nuestros pacientes.

La hospitalización a domicilio ha estado tradicionalmente ligada a los enfermos terminales. Actualmente, los propios profesionales estamos impulsando la extensión de este procedimiento para reducir los costes sin merma de la calidad asistencial.

El objetivo de los cuidados domiciliarios en pacientes pediátricos comprende la optimización de la vida de los niños que se enfrentan a patologías que dificultan su calidad de vida y de sus familias.

Los equipos asistenciales especializados ofrecen una alternativa de alta calidad. Por otra parte, los pacientes pediátricos y sus familias requieren tiempo, no sólo para la evaluación y tratamiento de los síntomas físicos, sino también para la identificación, exploración y apoyo de los temas emocionales y espirituales.

Hay que considerar tres premisas básicas para la atención del niño en su domicilio con problemas de salud mantenidos en el tiempo, que dificultan su desarrollo normal:

- Control de Síntomas
- Acompañamiento del paciente y su familia
- Cuidado de los cuidadores.

Por tanto, los profesionales deben estar capacitados para el tratamiento de la sintomatología, brindar apoyo psicológico y acompañar en el dolor.

Uno de los papeles de los equipos pediátricos comprende el diseño de una amplia gama de estrategias para que los niños y sus familias con necesidad de cuidados en el domicilio puedan elegir entre ellas. La estrategia comprende un enfoque holístico que abarca el tratamiento de la sintomatología, la atención de los aspectos psicológicos y espirituales y el sostén frente al dolor y/o la pérdida tanto del niño como de su familia.

La comunicación es fundamental para compartir el conocimiento, mejorar las estrategias de atención y los servicios y fomentar la investigación en el área. Este tipo de apoyo no debe limitarse a la medicina, también incluye los aportes de representantes religiosos, organizaciones sociales, psicólogos, trabajadores sociales y maestros. El apoyo entre colegas es importante dado el carácter estresante de la tarea que cumplen.

Los niños necesitan estar con su familia, pero también requieren atención especializada, de calidad, más integrada y eficiente en un marco de trato más humanizado. La combinación de innovación, aplicación, colaboración y coordinación de protocolos define el papel del equipo especialista en cuidados domiciliarios pediátrico

Sobre los profesionales de enfermería recaen gran parte de las actividades asistenciales y de educación sanitaria desarrolladas en UHD Pediátrica. Por ello se estima que la relación cuantitativa debe oscilar entre 2 y 3 enfermeras por médico

OBJETIVOS

Promover el bienestar del niño, su familia y del personal sanitario durante el proceso de enfermedad en su entorno habitual

Evitar los ingresos innecesarios.

Acortar el tiempo de hospitalización.

Mejorar la utilización de los Recursos Sanitarios.

Favorecer la Comunicación y la Coordinación entre los diferentes niveles de la Atención Sanitaria

Favorecer la autonomía y el autocuidado mediante la Educación Sanitaria

Controlar el gasto mejorando la Calidad Asistencial

EQUIPO DE TRABAJO

2 -Pediatras

2 -Enfermeras

ORGANIZACIÓN

En general, las Unidades y Servicios de UHD en España dependen directamente de la Dirección Médica del hospital, en nuestro caso la novedad es que depende funcional y organizativamente del Servicio de Pediatría del H.G.U Alicante

El Servicio de Hospitalización a Domicilio Pediátrico está dirigido por un responsable, el Jefe de Servicio de Pediatría Dr Flores, y la Supervisora de la Unidad es Asunción Adsuar

Lo habitual es que los niños ingresados en UHD Pediátrica procedan de las salas de hospitalización del hospital de agudos, aunque cada vez son más frecuentes los ingresos directos desde Consultas Externas, sin existencia de un periodo previo de ingreso en hospitalización convencional.

NIÑOS SUSCEPTIBLES DE INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITAL A DOMICILIO PEDIATRICO. REQUISITOS Y PATOLOGIAS

La hospitalización a domicilio es una alternativa a la hospitalización habitual que, dependiendo de la situación clínica del niño y de la circunstancia y voluntad del propio paciente y su familia, posibilita trasladar al domicilio del niño la experiencia profesional y el material propio del hospital, permitiendo al niño y su familia estar mas tiempo en casa.

Los requisitos para incluir a un niño son:

- La existencia en la familia de un interlocutor válido
- La disponibilidad de teléfono
- La existencia de condiciones higiénico-sanitarias adecuadas
- Una situación clínica estable según criterio médico del niño.
- Los padres estén interesados en el proyecto y acepten el tratamiento médico en el domicilio.

Niños susceptibles de ingreso:

- Niños con tratamiento antibiótico domiciliario.
- Niños con intervenciones quirúrgicas que requieran curas cada 24-48 horas.
- Alta precoz de niños con bajo peso al nacimiento, recién nacidos prematuros o a termino.
- Alta precoz para control de síntomas en niños con afectación neurológica que requieran educación sanitaria familiar, adecuación de recursos, apoyo emocional y adiestramiento en técnicas (nutrición enteral por SNG o PEG.....), controles analíticos y constantes.
- Niños en todas las fases de la enfermedad oncológica, que requieran educación sanitaria familiar, adecuación de recursos, apoyo emocional y adiestramiento en técnicas, controles analíticos y constantes, tratamientos parenterales que se puedan administrar en bolo o con infusor y que no tengan efectos inmediatos graves, no requieran premedicación complicada y cuidados paliativos.
- Niños portadores de catéter venoso central permanente, tipo Hickman, adiestrando a los padres para objetivar signos de alarma, heparinizar y curar zona de inserción.
- Niños con alteraciones digestivas que requieran educación sanitaria familiar, adecuación de recursos, apoyo emocional y adiestramiento en técnicas (nutrición enteral por SNG o PEG o nutrición parenteral), controles analíticos y constantes.
- Niños con patología nefro- urológica que precisen control de constantes y analítica asesoramiento dietética y/o ureterostomía

- Niños en fase terminal para proporcionar control del dolor, sedación, apoyo emocional al niño y su familia en las diferentes etapas del duelo.

Así se ha elaborado el siguiente documento

- **Requisitos del paciente:** Estabilidad clínica (salvo en cuidados paliativos).
- **Requisitos familiares:**
 - Consentimiento paterno.
 - Cuidadores fiables, responsables y entrenados.
 - Teléfono.
 - Condiciones higiénico-sociales mínimas adecuadas.
- **Preingreso - Valoración necesidades:**
 - Sesión clínica junto unidad de procedencia.
 - Material fungible, aparataje, medicación..
 - Formación de cuidadores.
 - Apoyo social.
- **Actuaciones generales:**
 - Seguimiento médico.
 - Cuidados de enfermería.
 - Control constantes (T^o, Peso, TA, Saturación O2, FC, FR, Diuresis...)
 - Pruebas complementarias.
 - Tratamiento médico enteral/parenteral/tópico...
 - Interconsultas con otras especialidades hospitalarias.
 - Renovación y mantenimiento del material.
- **Actuaciones específicas:**
 - Curas locales.
 - Nutrición enteral, nutrición parenteral, fluidoterapia oral/iv.
 - Oxigenoterapia, Ventilación mecánica, Aerosolterapia.
 - Antibioterapia oral/iv.
 - Quimioterapia oral/iv.
 - Transfusión de hemoderivados.
 - Cuidados paliativos.
- **Contacto con la Unidad:**
 - Hojas de Consulta.
 - Llamada telefónica.

Médicos:	Dr. Juan Utrero.....	445497
	Dra. Laura Rubio.....	445498
Enfermeras:	Teresa Valdés.....	445496
	Lola Serna.....	445493

Durante su ingreso en la unidad UHD pediatría el niño y su familia tienen posibilidad de acceso telefónico a un dispositivo de urgencia personalizado durante las 24 horas todos los días del año. el personal de UHD Pediátrica cubre los turnos de mañana y tarde (de 8 a 22 h) dejando en manos de los servicios de urgencia hospitalarios o extrahospitalarios (CICU) las llamadas nocturnas y los festivos.

Forma de trabajo

DE LUNES A VIERNES DE 8-15 H: Con trabajo asistencial directo o contacto telefónico

DE LUNES A VIERNES DE 8-15 con contacto telefónico (GUARDIAS LOCALIZADAS)

Tfno: **616 939 315**

DE LUNES A VIERNES (NOCHES, FESTIVOS Y FINES DE SEMANA) acudiendo directamente o llamando por teléfono

o

Tfno: **699 438 969**

Durante su ingreso en la unidad UHD Pediátrica el niño y su familia tienen posibilidad de acceso telefónico a un dispositivo de urgencia personalizado durante las 24 horas todos los días del año. El personal de UHDP cubre los turnos de mañana y tarde (de 8 a 22 h) dejando en manos de los servicios de urgencia hospitalarios o extrahospitalarios (CICU) las llamadas nocturnas y los festivos.

Para los padres se ha elaborado el documento que se expone:

UHD PEDIATRICA
(HOSPITALIZACION A DOMICILIO PEDIATRICA)

TELEFONOS DE INTERES:



DE LUNES A VIERNES DE 8-22 H:
Tfno: **616 939 315**

DE LUNES A VIERNES (NOCHES), FESTIVOS Y FINES DE SEMANA):
Urgencias de Pediatría:
Tfno: **699 438 969**

AMBULANCIAS (De transporte):
Tfno: **965 937 757**
965 937 756 utilizar el volante de ambulancia que se recibe al ingreso, que les traerá a urgencias de pediatría del hospital.

EMERGENCIAS: CICU (Centro de información y coordinación de urgencias)
Tfno: **965 144 000**

El proceso de admisión del niño en Hospitalización a Domicilio Pediátrica se inicia a demanda del médico responsable del paciente que solicita una Hoja de consulta en impreso normalizado. El niño es valorado en su servicio de origen (Consulta Externa, planta de hospitalización) de una forma multidisciplinaria por los profesionales de enfermería y médicos de la unidad de UHD Pediátrica para la aceptación inmediata o diferida de su ingreso en la misma. El original de la Hoja de consulta con la decisión tomada firmada por el personal de la UHD Pediátrica queda unido a la historia clínica del paciente, junto con el Consentimiento informado que firma la familia.

HOJA INFORMATIVA
HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PEDIÁTRICA DE
ALICANTE (UHD PEDIÁTRICA)

Introducción:

La Unidad de Hospitalización a Domicilio de Pediatría es una unidad del Servicio de Pediatría de este Hospital integrada por pediatras y enfermeras pediátricas, cuya labor es trasladar al domicilio la asistencia hospitalaria de los niños susceptibles de ésta.

Objetivos:

- Promover el bienestar del niño y la familia, así como la recuperación en su entorno.
- Fomentar la educación sanitaria y el autocuidado.
- Evitar ingresos hospitalarios innecesarios.
- Acortar el tiempo de hospitalización.
- Mejorar la utilización de los recursos sociosanitarios.
- Favorecer la coordinación y comunicación entre los distintos niveles de atención.

Funcionamiento:

- Cobertura geográfica: Inicialmente niños pertenecientes al **Departamento 19**. De manera excepcional y a criterio del personal que integra la unidad, se ingresarán pacientes de otros departamentos de la provincia.
- Cobertura horaria:
 - De lunes a viernes de 8-15 h: visitas al domicilio y llamas programadas, así como atención telefónica de las familias;
 - De lunes a viernes de 15-22 h: atención telefónica de las familias;
 - De lunes a viernes de 22 - 8 h y festivos: Urgencias de Pediatría.
- **Atención telefónica** de las familias (Tfno. **616 939 315**): dentro del horario expuesto en el punto anterior, el personal de la unidad atenderá las llamadas que reciban de los pacientes ingresados. El desplazamiento al domicilio sólo se contempla en horario laboral de 8 a 15 h, y según criterio del personal que atiende la llamada.
- **Urgencias de Pediatría** (Tfno. **699 438 969**): las llamadas telefónicas serán atendidas por el facultativo de guardia, quien procederá a resolver las dudas surgidas o, en su defecto, indicará el desplazamiento del paciente al hospital para valoración directa.

D./Dña. _____, como cuidador principal del niño/a, acepto el ingreso en UHD Pediátrica tras haber sido informado/a de las características de su funcionamiento.

Alicante, ___ de _____ del 20__

Firma cuidador.

Firma personal U HD Ped.

UHD PEDIÀTRICA DINÀMICA GENERAL

- **Requisitos del paciente:** Estabilidad clínica (salvo en cuidados paliativos).
- **Requisitos familiares:**
 - Consentimiento paterno.
 - Cuidadores fiables, responsables y entrenados.
 - Teléfono.
 - Condiciones higiénico-sociales mínimas adecuadas.
- **Preingreso - Valoración necesidades:**
 - Sesión clínica junto unidad de procedencia.
 - Material fungible, aparataje, medicación...
 - Formación de cuidadores.
 - Apoyo social.
- **Actuaciones generales:**
 - Seguimiento médico.
 - Cuidados de enfermería.
 - Control constantes (Tª, Peso, TA, Saturación O2, FC, FR, Diuresis...)
 - Pruebas complementarias.
 - Tratamiento médico enteral/parenteral/tópico...
 - Interconsultas con otras especialidades hospitalarias.
 - Renovación y mantenimiento del material.
- **Actuaciones específicas:**
 - Curas locales.
 - Nutrición enteral, nutrición parenteral, fluidoterapia oral/iv.
 - Oxigenoterapia, Ventilación mecánica, Aerosolterapia.
 - Antibioterapia oral/iv.
 - Quimioterapia oral/iv.
 - Transfusión de hemoderivados.
 - Cuidados paliativos.
- **Contacto con la Unidad:**
 - Hojas de Consulta.Llamada telefónica. Médicos/Enfermeras:

Según el catálogo de procedimientos del hospital a domicilio se pueden diferenciar varias modalidades de ingreso o asistencia:

REUNIÓN DE COORDINACIÓN Y DOCENCIA DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE PROCEDIMIENTOS (UHD PEDIÁTRICA)

Definición

Cuando el paciente vive fuera del área de cobertura de asistencia directa, se realizan una o dos reuniones docentes en su centro de salud u hospital de referencia para explicar el manejo de los catéteres venosos centrales y aspectos prácticos de la patología del niño. De esta forma se facilita que el paciente pueda completar parte del tratamiento en su domicilio, evitando desplazamientos al hospital.

Actividades

- En la primera visita se imparte una charla utilizando material audiovisual elaborado para este fin y, posteriormente, se cita al paciente para aplicar la técnica en su domicilio o en el Centro de Salud. Si fuese necesario se realiza una segunda visita.

1^{er} caso (Denia)

VISITAS DE RELEVO

Definición

Se trata de todos aquellos contactos presenciales entre los profesionales de la UHD Pediátrica y profesionales de atención primaria u otros agentes domiciliarios.

Pueden ocurrir en el domicilio del paciente o en el centro de salud.

Mayoritariamente se trata de encuentros presenciales uno a uno, es decir, entre un profesional de la UHD Pediátrica y un profesional de atención primaria. Cuando ocurren en el domicilio, suelen llamarse “visitas conjuntas”.

Su objetivo fundamental es garantizar el relevo cualificado, es decir, la continuidad informativa y asistencial entre la UHD Pediátrica y los programas de atención domiciliaria en atención primaria, especialmente en pacientes complejos pero también, para la resolución conjunta de casos y la actualización de conocimientos.

Actividades

El esquema básico de actividades es:

- Concertar la cita.
- Preparar el caso.
- Desplazamiento y realización del encuentro presencial con explicación de las condiciones del alta.
- Entrega de alta y establecimiento de compromisos de atención.

2^o CASO (Torrevieja)

INTERCONSULTA VIRTUAL (SIN DESPLAZAMIENTO)

Definición

Interconsulta no presencial entre un profesional de atención primaria (agentes domiciliarios del departamento), y un profesional del UHD Pediátrica mediante tecnologías de información y comunicación (TIC) de diferente naturaleza:

- Voz: vía telefónica.
- Datos: vía correo electrónico.
- Voz, datos e imagen: vía nuevas tecnologías.

La interconsulta virtual se sitúa dentro del marco del desarrollo de la función soporte a la atención primaria por parte del UHD Pediátrica, o de los servicios de pediatría hospitalaria en el caso de la UHD pediátrica.

Su utilidad puede ser múltiple:

- Consultoría: resolver dudas clínicas, valorar casos para decidir su derivación o intervención conjunta.
- Transmitir información en caso de derivación o de alta de un paciente.
- Garantizar el acceso preferente de los profesionales del programa atención domiciliaria de atención primaria a la cartera de servicios hospital en los casos necesarios de pacientes domiciliarios: pruebas laboratorio, imagen, interconsultas...

En función del profesional de la UHD Pediátrica implicado diferenciamos:
 INTERCONSULTA VIRTUAL (SIN DESPLAZAMIENTO) DE MÉDICO
 INTERCONSULTA VIRTUAL (SIN DESPLAZAMIENTO) DE ENFERMERÍA

3^{er} Caso (Campello)

CONSULTAS TELEFÓNICAS A PACIENTES NO INGRESADOS

Cuando las consultas telefónicas se realizan a pacientes NO ingresados en UHD Pediátrica, es decir que una vez dados de alta, están en régimen de seguimiento programado (en la bolsa de casos gestionados), diferenciamos en función del profesional de la HAD implicado:

SEGUIMIENTO PROGRAMADO (PACIENTE NO INGRESADO): CONSULTA TELEFÓNICA PROGRAMADA DEL MÉDICO

SEGUIMIENTO PROGRAMADO (PACIENTE NO INGRESADO): CONSULTA TELEFÓNICA A DEMANDA PARA EL MÉDICO

SEGUIMIENTO PROGRAMADO (PACIENTE NO INGRESADO): CONSULTA TELEFÓNICA PROGRAMADA DE LA ENFERMERA

SEGUIMIENTO PROGRAMADO (PACIENTE NO INGRESADO): CONSULTA TELEFÓNICA A DEMANDA PARA LA ENFERMERA

4^o caso Campello

CONSULTA TELEFÓNICA PROGRAMADA DE LA ENFERMERA (UHD PEDIÁTRICA)

La UHD pediátrica es centro de referencia de la Comunidad Valenciana y está abierta a las demandas de otras comunidades autónomas. Debido a esto, la asistencia directa no es posible en muchos casos, por lo que ha desarrollado un sistema de control clínico y seguimiento de sus pacientes mediante llamadas telefónicas programa-

das. En algunos casos, este seguimiento es compartido con el equipo de atención primaria u hospitales comarcales. Con esta forma de trabajo, se posibilita que los pacientes abandonen antes el hospital y permanezcan más tiempo en el domicilio, con un seguimiento adecuado de su enfermedad.

Las llamadas programadas en la UHD pediátrica las realiza la enfermera diariamente a todos los pacientes ingresados. Pregunta a los padres acerca de constantes vitales, síntomas y signos importantes a tener en cuenta en el cáncer pediátrico, insistiendo en los problemas que han generado el ingreso en la unidad.

La información obtenida a través del teléfono es la vía fundamental para valorar la situación del paciente, decidir cambios terapéuticos, programar las visitas a domicilio e informar a la familia. Este sistema requiere “conocer” a nuestros interlocutores para poder ponderar adecuadamente la información suministrada por teléfono. En estas llamadas también se incluye el tiempo de docencia dedicado a los padres y la revisión de historias clínicas así como las llamadas que se realizan al pediatra o enfermera del niño o a la

UHD que esté asumiendo el cuidado y tratamiento del paciente.

Cada consulta telefónica programada de la enfermera de UHD pediátrica lleva incorporados 5 minutos de tiempo médico para revisión del caso con el médico.

5º Caso niños con tratamiento activo de ONI

VISITA BÁSICA DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO

Definición

Visita domiciliaria programada a paciente ingresado en UHD Pediátrica.

Se realiza por iniciativa del UHD y está prevista con anterioridad.

Se contabilizarán las visitas efectuadas en cualquier periodo: mañanas, tardes, domingos o festivos.

Consideraremos que cada visita lleva incorporado un tiempo adicional de 5 minutos en concepto de revisión específica del paciente con el médico (dentro o no de una reunión de equipo).

Cada visita básica de enfermería en domicilio lleva incorporados 5 minutos de tiempo médico para revisión del caso con la enfermera.

Actividades

- En UHD:
 - Preparación de la ruta, del material, de la medicación y de la documentación.

- En DOMICILIO:
 - Evaluación de los problemas de enfermería, de los resultados y revisión del plan de cuidados.
 - Revisión del cumplimiento del plan de cuidados y refuerzo de la enseñanza de los cuidados pactados.
 - Suministro de material y medicación.
 - Toma de constantes, si procede.

- En UHD:
- Revisión del caso con el médico.

En nuestro caso y dado la dinámica de la unidad que acaba de crearse, se realiza esta actividad durante la mañana

4º caso ingresados del departamento 19

PRIMERA VISITA MÉDICA EN DOMICILIO

Definición

Primera visita programada de médico en el domicilio del paciente dentro de un episodio de atención.

La valoración inicial médica en hospital ya ha sido realizada (normalmente por el coordinador) y el médico que inicia la visita domiciliaria ya dispone de ella.

La secuencia de actividades será: valoración inicial médica en hospital >> Primera visita médica en domicilio >>

Visita médica básica en domicilio.

Actividades

- Preparación de la primera visita: previo a la salida, comprobar incidencias de la guardia.
- Presentación.
- Revisar la valoración inicial médica en hospital.
- Revisar situación clínica del paciente.
- Revisar tratamiento (incluido “botiquín” familiar).
- Informar sobre el proceso clínico: diagnóstico, pronóstico y plan de visitas.
- Informar sobre fecha prevista de alta.
- Hacer recetas médicas (si precisa).
- Cumplimentar los registros: Hoja de valoración, Hoja de evolución médica y otros.

Todos lo niños ingresados

PRIMERA VISITA DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO

Definición

Primera visita programada de la enfermera en el domicilio del paciente dentro de un episodio de atención.

Actividades

- Valoración inicial de enfermería en domicilio:

Valoración integral semiestructurada sobre el estado de salud del paciente, con objeto de identificar los diagnósticos y problemas de enfermería para ordenarlos por orden de prioridad, elaborar el plan de cuidados e iniciar la intervención:

- Valorar y registrar mediante entrevista semi-estructurada los patrones funcionales de salud o necesidades básicas del paciente.

- Identificar los diagnósticos y problemas de enfermería que requieren intervención y ordenar por orden de prioridad.
- Elaborar el plan de cuidados.
- Iniciar la intervención.
 - Manejo ambiental del domicilio: adaptación del domicilio a las necesidades de cuidado del paciente.
 - Enseñanza de los cuidados básicos de higiene, alimentación y movilización al cuidador principal.
 - Suministro de material y medicación.
 - Valorar y comprobar la adhesión al tratamiento y el manejo del plan de cuidados previos.
 - Toma de constantes.
 - Enseñanza de los cuidados pactados con paciente y/o cuidador.

Todos los casos ingresados

VISITA BÁSICA DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO

Definición

Visita domiciliaria programada a paciente ingresado en UHD.

Se realiza por iniciativa del UHD y está prevista con anterioridad.

Se contabilizarán las visitas efectuadas en cualquier periodo: mañanas

Consideraremos que cada visita lleva incorporado un tiempo adicional de 5 minutos en concepto de revisión específica del paciente con el médico (dentro o no de una reunión de equipo).

Cada visita básica de enfermería en domicilio lleva incorporados 5 minutos de tiempo médico para revisión del caso con la enfermera.

Actividades

- En UHD:
 - Preparación de la ruta, del material, de la medicación y de la documentación.
- En DOMICILIO:
 - Evaluación de los problemas de enfermería, de los resultados y revisión del plan de cuidados.
 - Revisión del cumplimiento del plan de cuidados y refuerzo de la enseñanza de los cuidados pactados.
 - Suministro de material y medicación.
 - Toma de constantes, si procede.
- En HAD:
 - Revisión del caso con el médico.

Todos los niños ingresados

HISTORIA DE UHD PEDIATRICA

En nuestro caso llevamos sólo tres meses desde la puesta en marcha de la Unidad y queremos compartir con vosotros el resumen de nuestro trabajo en ese tiempo, el tiempo como veis es muy corto para tener una gran historia pero el futuro nos depara un gran reto y sobretodo un proyecto esperanzador que nos ilusiona .

RESUMEN ESTADÍSTICA

JULIO

Ingresos: 19 pacientes
Estancias en la unidad: 152 días
Consultas telefónicas totales: 82
Valoraciones iniciales: 23
Visitas médicas programadas: 16
Visitas médicas urgentes: 1
Visitas enfermería programadas: 39
Visitas enfermería urgentes: 3
Visita pacientes hospitalizados: 15
Altas según procedencia: Oncología infantil: 7 pacientes
Hospital de día pediatría: 5 pacientes

AGOSTO

Ingresos: 22 pacientes
Estancias en la unidad: 312
Consultas telefónicas totales: 130
Valoraciones iniciales: 5
Visitas médicas programadas: 19
Visitas médicas urgentes: 0
Visitas enfermería programadas: 38
Visitas enfermería urgentes: 0
Visita pacientes hospitalizados: 40
Altas según procedencia: Oncología infantil: 16 pacientes
Consulta externa neurología infantil: 2 pacientes
1 paciente en cuidados paliativos

SEPTIEMBRE

Ingresos: 30 pacientes
Estancias en la unidad: 417 días
Consultas telefónicas totales: 219
Valoraciones iniciales: 6
Visitas médicas programadas: 22
Visitas médicas urgentes: 9
Visitas enfermería programadas: 31

Visitas enfermería urgentes: 1
Visita pacientes hospitalizados: 71
Otras actuaciones (revisión hª clínica, sesiones, etc...): 11
Altas según procedencia: Oncología infantil: 27 pacientes
Pacientes en cuidados paliativos: 1
Consultas Externas: 1

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS

4-Mayo-08 Visita domiciliaría de Enfermería al domicilio de una niña portadora de cateter central permanente externo en San Vicente para asesorar a los padres en la técnica de heparinización y cura del catéter Hickman.

El 2 de Junio de 2008 fecha oficial de inicio de UHDP

11- Junio-08-Entrevista con la madre de una niña , ingresada en Lactantes, portadora de catéter Hickman.

13- Junio 08 Asesoramiento a la madre de una lactante portadora de catéter Hickman en la técnica de heparinización y cura del catéter.

17- junio -08 Taller de manejo de Catéter Port-a-cath y administración de Vinblastina en el Hospital de Denia al personal médico y de Enfermería del Servicio de Pediatría

26- Junio-08. Paciente en tratamiento con Vimblastina semanal, domiciliada en Denia, de Oncológica Pediátrica

26- Junio-2008 Contacto con la madre de una niña con patología de Oncológica Pediátrica y su pediatra del Centro de Salud de Torreveja para próxima visita conjunta.

27- Junio-08- Inserción de aguja en Port a- cath, para extracción de sangre para diagnostico a niña afectada de aplasia medular en San Vicente a cargo de Hematología Pediátrica

30- Junio-08 Visita Médica y de Enfermería con la Pediatra de la niña afectada de patología Oncológica en Torreveja ,para tratamiento domiciliario conjunto.

1- Julio-08 Resolución telefónica con el personal de Enfermería de la obstrucción del catéter venoso central permanente Port-a-cath

29- Agosto- 08 Taller de manejo de Catéter Port-a-cath en el Consultorio de Rellu al personal de Enfermería.

10- Septiembre- 08 Contacto con el Personal Médico y de Enfermería del Servicio de Pediatría de Alfás del Pi para concertar cita para taller sobre el niño Oncológico y manejo del Cateter Port-a-cath. Paciente de Oncológica Pediátrica en Cuidados Paliativos

Asimismo durante los meses de verano se ha contactado a través de correo convencional y electrónico con los diferentes centros de salud de la comunidad y centros hospitalarios para dar a conocer la iniciativa y extender la colaboración a otros ámbitos fuera del Departamento 19, buscando la coordinación y comunicación entre los distintos niveles de atención para mejorar la asistencia.

BIBLIOGRAFÍA

- CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat i Consum. Servicio de Programas. Serie M (manuals) nº19. Valencia 1.994.
- ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y CARTERA DE SERVICIOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. Víctor José González Ramallo. Unidad de Hospitalización a Domicilio Hospital General Universitario (Gregorio Marañón) Madrid
- Conselleria de Sanitat. CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL A DOMICILIO. Versión 2005. Catálogos SIE. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2006. ISBN: 84-7890-276-7
- Fernández Navarro JM, y cols. RELACIÓN DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA CON ATENCIÓN PRIMARIA: EL PAPEL DE LA UNIDAD DE HOSPITAL A DOMICILIO Revista Pediatría de Atención Primaria Volumen VII. Número 27, pag:481-488 Julio/septiembre 2005

MESA DE EXPERTOS N°2

“Seguridad Clínica y Seguridad Jurídica”

D. José Joaquín Mira Solbes
*Profesor Titular Universidad Miguel Hernández
de Elche (Area de Psicología Social).
Coordinador Encuestas de opinión Consellería
de Sanitat.*

“Seguridad Clínica y Seguridad Jurídica”

Uno de los temas de mayor actualidad cuando abordamos la calidad de la asistencia que se prestan en los centros sanitarios es el de la seguridad clínica.

Sabemos por distintos estudios, entre otros los realizados en España por el equipo del Dr. Aranaz en hospitales (estudio ENEAS) y atención primaria (estudio APEAS), que la práctica clínica entraña riesgos y que, aún con profesionales cualificados y medios apropiados, cabe hablar de la ocurrencia de efectos adversos y de la necesidad de reflexionar sobre la práctica para hacerla más segura.

El estudio de los efectos adversos se ha centrado, sobre todo, en su identificación, describiendo su frecuencia y sus posibles causas. Se trata de estudios que nos han permitido realizar una taxonomía y avanzar en líneas de trabajo para prevenirlos o reducirlos. El ejemplo más evidente es la campaña del lavado de manos, la identificación de los pacientes en el ingreso mediante una pulsera, o el inventario quirúrgico tras la intervención.

Conforme a los estudios realizados en EEUU, Canadá, Reino Unido, Australia y España, entorno al 10% de los pacientes que ingresan en hospitales sufren molestias, lesiones o daños, algunas de las veces irreparables (1 de cada 10), que se relacionan directamente con la asistencia sanitaria recibida. La mitad, aproximadamente, podría haberse evitado de forma relativamente sencilla.

Conforme al estudio ENEAS realizado en España, las reacciones a los medicamentos y la infección de herida quirúrgica son los efectos adversos más frecuentes. Los pacientes ingresados en un hospital pequeño tienen 1.5 veces más riesgo de sufrir un efecto adverso que los que ingresan en uno grande. Los pacientes de más de 65 años tienen un riesgo 2.5 veces mayor. Si la hospitalización se prolonga más de una semana el riesgo es 3.5 veces mayor.

Sin duda sería ideal que los pacientes no sufrieran lesión alguna con motivo de la intervención sanitaria y que, por tanto, los efectos adversos fueran erradicados. Pero esto no es realista, como tampoco lo es esconder la cabeza debajo del ala y no afrontar los problemas con la decisión que requieren.

Hablar de prácticas inseguras o de errores como algo frecuente es, en sí mismo, un error mayúsculo, pero no hacer nada para evitar la ocurrencia de aquellos efectos adversos que son conocidos es irresponsable.

Generar una cultura de seguridad es un objetivo irrenunciable de los sistemas sanitarios y un valor en alza desde que la OMS decidiera liderar un movimiento internacional que conocemos como “Alianza por la seguridad de los pacientes”.

Aunque no cabe duda de que los profesionales tienen reservado un papel crucial en la seguridad de los pacientes, su contribución no es suficiente ya que la seguridad requiere, también, de la participación de los pacientes.

Nuestro grupo de trabajo ha analizado también la percepción que los pacientes tienen de la seguridad clínica, cómo perciben los errores clínicos y a qué los atribuyen. Estos estudios apoyan la idea de que la confianza de los pacientes y su percepción de seguridad en el entorno sanitario constituyen dos ejes esenciales para favorecer esa cultura de seguridad de la que tanto se está hablando.

Según el eurobarómetro de la Comisión Europea un 9% de europeos considera que la probabilidad de sufrir un error clínico durante la estancia en un hospital es alta. En uno de nuestros últimos estudios, realizado este mismo año, al preguntar a pacientes dados de alta en el que directamente se preguntaba al paciente si ¿había sufrido molestias o complicaciones por una medicación o una intervención quirúrgica incorrectas? 38 de 291 pacientes respondieron afirmativamente, lo que representa una tasa de efectos adversos del 13,05% (IC 95% 9,16-16,95). Un 10,5% de estos posibles efectos adversos fueron considerados graves por sus complicaciones y un 63,6% fueron informados por mayores de 51 años.

En nuestras investigaciones hemos comprobado que la visión de los pacientes se aleja bastante de la percepción que los profesionales tienen de los efectos adversos. No es raro encontrar pacientes que consideran que han experimentado un efecto adverso y que describan problemas de comunicación con el médico, carencias en la accesibilidad o dificultades para elegir médico. Tampoco es infrecuente entrevistar pacientes que efectivamente han experimentado un efecto adverso pero que no lo han vivido como tal.

Por otro lado, los efectos adversos se vinculan, desafortunadamente, a la posibilidad de un litigio (reclamación patrimonial) tras un resultado negativo de las intervenciones. Esto hace que los profesionales actúen con recelo ante cualquier sistema de comunicación o de foro donde debatir cómo mejorar la seguridad clínica.

En algunos países del norte de Europa y en ciertos Estados norteamericanos se ha creado, precisamente, para evitar esta situación y propiciar la seguridad clínica, una normativa específica que ofrece a los profesionales garantías de seguridad jurídica para abordar con la decisión y la tranquilidad necesaria estos temas.

Todas estas cuestiones serán abordadas en esta mesa y confío, en nombre de todos los ponentes, que sus preguntas nos ayuden a clarificar enfoques, métodos y objetivos que compartir para una práctica más segura.

D. Oscar Fuentes Coso
*Técnico de la Función Administrativa H.G.U.A.
Licenciado en Derecho. Letrado habilitado de la
Generalitat.*

“Seguridad Clínica y Seguridad Jurídica”

Desde el punto de vista jurídico o normativo, si tuviéramos que estructurar o implantar una “cultura de seguridad” del paciente se podría efectuar desde diversos ámbitos:

PRIMERO. Sería la existencia de unas normas contenidas en la regulación de las propias condiciones de trabajo del personal sanitario que servirían para enmarcar la actividad asistencial dentro de unos límites temporales en cuanto a los servicios que prestan, y cuyo cumplimiento supone una garantía hacia los ciudadanos en cuanto a la asistencia sanitaria que reciben. Estos límites se podrían concretar, a groso modo, en las siguientes reglas;

- La fijación de un número de horas de trabajo efectivo en cómputo anual.
- El establecimiento de una jornada ordinaria semanal, junto con un descanso diario y semanal mínimo.
- El carácter excepcional de los turnos fijos nocturnos, con la fijación de un tope máximo de número de horas nocturnas al año.
- La aplicación de un coeficiente que permite reducir la jornada en cómputo anual por la prestación de servicios en turno nocturno.
- La programación de la actividad laboral a través de la elaboración un calendario de trabajo de periodicidad anual.

A estas condiciones referidas al tiempo de trabajo del personal sanitario habría que añadir la determinación de unos deberes de establecidos para el personal de los servicios de salud como pueden ser:

- El ejercicio de la profesión con lealtad y eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.
- El mantenimiento debidamente actualizados de los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión y para el desarrollo de sus funciones.
- El cumplimiento con diligencia de las instrucciones recibidas de sus superiores jerárquicos.

- La participación y colaboración en la fijación y consecución de objetivos.
- La información debida, de acuerdo con las normas y procedimientos aplicables en cada caso y dentro del ámbito de sus competencias, a los usuarios y pacientes.
- El mantenimiento de la debida reserva y confidencialidad de la información y documentación relativa a los usuarios a la que se tenga acceso.
- El cumplimiento de registros, informes y demás información clínica o administrativa que esté establecida.
- La identificación por su nombre y categoría profesional de los profesionales por los usuarios.

En consecuencia, el cumplimiento efectivo de estas obligaciones iría destinado a proporcionar una adecuada prestación del servicio público como garantía de seguridad de los usuarios.

Es más, dentro de las conductas o comportamientos que puedan dar lugar a la exigencia de responsabilidad disciplinaria hacia los profesionales se encuentran tipificados incumplimientos relativos a las obligaciones antes reseñadas. A modo de ejemplo se pueden señalar las siguientes infracciones:

- El incumplimiento de las funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios.
- El quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos a la intimidad personal de los usuarios y a información relacionada con su proceso.
- La desobediencia notoria y manifiesta a las órdenes o instrucciones de los responsables emitidas en el ejercicio de sus funciones.
- El descuido o negligencia en el cumplimiento de las funciones.
- La falta de rendimiento que afecte al normal funcionamiento de los servicios

SEGUNDO.- Sería la existencia de un catálogo expreso de derechos de los pacientes y usuarios del sistema sanitario público que obliga a una participación activa de los profesionales para la consecución de los mismos, y que están orientados a lograr una asistencia cada vez mejor y más humana, en beneficio de la salud de los ciudadanos. Dichos derechos se encuentran recogidos en la Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de derechos e información al paciente, de la Comunidad Valenciana, entre cuyos los cuales destacan los siguientes:

- El de dignidad, intimidad y confidencialidad de los pacientes.
- El derecho de información, tanto genérica (información sanitaria) destinada a todos los ciudadanos sobre la información del sistema, servicios y accesos a estos, como específica (información asistencial) dirigida a los pacientes en su doble vertiente, esto es, la información relativa al proceso asistencial, en el que no solo participan los médicos sino aquellos otros profesionales sanitarios, así como la información necesaria para la realización de aquellas intervenciones y procedimientos que requieran de un consentimiento expreso por escrito (consentimiento informado).

- Los derechos de documentación a favor del paciente, que se concretan; en el derecho de informe a la finalización del proceso asistencial (informe de Alta) en el que en determinados supuestos no solamente interviene el personal facultativo sino también el personal de enfermería - informes U.H.D. -, así como en el derecho a que quede constancia por escrito de todo el proceso asistencial (historia clínica). Siendo ésta el instrumento adecuado que facilita la asistencia sanitaria, cumpliendo además desde el punto de vista jurídico con una finalidad probatoria de las actuaciones realizadas. Estaríamos ante una herramienta de doble garantía en cuanto a seguridad del paciente y del propio profesional interviniente, que a través de su debido cumplimiento vería justificada su actuación profesional.

TERCERO.- Sería aquel derivado de las consecuencias de la falta de cumplimiento de los dos ámbitos anteriormente expuestos. Es decir, estaríamos ante el conocimiento del riesgo de la falta de seguridad hacia los pacientes. Esto se traduciría en la exigencia de responsabilidad a través de las vías legalmente previstas y, en consecuencia, en la posibilidad de asunción de la misma por los profesionales participantes en la asistencia. En este punto habría que distinguir entre la exigencia de responsabilidad personal e individualizada dirigida directamente al profesional - vía penal o criminal - a través de un procedimiento encaminado a investigar la posible negligencia o imprudencia cometida por el mismo en el desempeño de su actividad, y la exigencia directa a la Administración actuante por los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de un funcionamiento anormal o inadecuado en la prestación del servicio público encomendado. En este supuesto, si bien la actuación estaría realizada por aquellos profesionales que han intervenido en la asistencia, debiendo justificar o razonar como se ha llevado a cabo la misma, sin embargo a diferencia de la anterior, aquí no existiría un reproche jurídico individualizado, sino un enjuiciamiento hacia la organización administrativa que no ha respondido como servicio público a las obligaciones impuestas como tal.

Por todo lo cual cabe concluir que la normativa en vigor garantiza la seguridad en la actuación sanitaria en beneficio de los pacientes, estableciendo mecanismos para efectividad y su exigencia.

Dña. Clara Abellán García
*Enfermera. Responsable Unidad de Calidad
H.G.U.A. Master en Calidad.*

“Importancia de la autoevaluación para una mayor seguridad en la asistencia” INTRODUCCIÓN:

La seguridad es un componente esencial de la calidad asistencial y tenemos que tener en cuenta que los cuidados son una actividad acompañada de posibles riesgos e incertidumbre.

Un dato que considero nos debe hacer reflexionar es que según el primer Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS) situó la incidencia de pacientes con efectos adversos en un 9,3% en España, relacionándose con los cuidados un 7,6% y considerándose evitables el 56%.

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

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

La seguridad de los pacientes debe ser un elemento central en la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería.

Mejorar la seguridad supone realizar tres grupos de acciones:

- Prevenir los efectos adversos.
- Hacerlos visibles.
- Mitigar sus efectos cuando sucedan.

Ello requiere:

- 1) Aumentar la capacidad de aprender de los errores a través de mejores sistemas de información, analizando los incidentes.
- 2) Evidenciar las posibles debilidades del sistema que puedan conducir al efecto adverso, antes de que éste se produzca.

3) Impulsar los sistemas de atención establecidos, orientando los recursos a promover la calidad y la seguridad.

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

Para que exista una calidad del cuidado, es necesario asegurar un alto nivel asistencial al usuario/a, mediante una revisión periódica de:

- Los procedimientos.
- Los protocolos.
- Las guías de actuación.

La evaluación es útil en el análisis del cumplimiento de objetivos para adecuar las actividades de enfermería a partir de datos fiables y pertinentes. Los resultados serán el soporte para plantear y desarrollar propuestas de mejora en relación a la estructura, el proceso y el resultado.

Tras la medición de indicadores, una vez acotados los problemas, es importante conocer las causas antes de intentar buscar soluciones, porque si se actúa sin haber identificado las causas, puede ser que se consigan eliminar momentáneamente los efectos pero, probablemente, el problema volverá a manifestarse.

El desarrollo de este trabajo, trata de obtener un análisis inicial del problema de una forma válida y fiable, es decir, el estado actual de los cuidados y su nivel de calidad, formando parte de los CRITERIOS contenidos en la DIMENSIÓN 15 “Gestión de Cuidados” del Plan de Calidad del Hospital General Universitario de Alicante, siendo su evaluación, una de las funciones de la Unidad de Calidad.

La estrategia de monitorización continua, es un instrumento clave que nos ha proporcionado indicadores que son medibles tanto cualitativa como cuantitativamente.

Los indicadores de este trabajo representan la puesta en marcha de la Autoevaluación en las unidades de hospitalización del Hospital.

Es el trabajo de un equipo de profesionales de Enfermería, y nos ha servido para obtener un análisis sobre la Calidad de los Cuidados de Enfermería en nuestro Hospital individualizada por Unidades.

Los OBJETIVOS que nos marcamos fueron:

- 1.- Describir la puesta en marcha del Plan de Mejora de la Calidad en los Cuidados de Enfermería.
- 2.- Crear una cultura de la calidad implantando la autoevaluación en las Unidades de hospitalización del Hospital General Universitario de Alicante (H. G. U. A.).
- 3.- Evaluar los resultados de Acontecimientos Adversos relacionados con los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos utilizado un estudio descriptivo longitudinal de los pacientes ingresados el H. G. U. A. desde el 1 de marzo a finales de agosto del 2008.

Las Unidades de hospitalización estudiadas de marzo a finales de mayo fueron 33, correspondiendo al 100 % de las existentes en el Hospital, y una vez analizados los datos, se eliminaron del denominador del trabajo 7 de ellas (Polivalente, Ginecología, Obstetricia, Partos, Lactantes, Escolares y Cirugía Infantil) por no tener pacientes de riesgo, quedando el estudio con la evaluación de 26 unidades.

Los sujetos estudiados en este periodo de marzo a septiembre fueron de 8.901.

Las variables del estudio han sido:

- Sobre las U. P. P. según la escala Braden:
- La tasa de incidencia: De pacientes con U. P. P. y de U. P. P..
- Evolución del estadio de las mismas.
- Incidencia de periodo.
- Además se estudiaron los indicadores de resultado: analizándole nº de pacientes con U. P. P. y nº de U. P. P. en relación con el tipo de riesgo (bajo, medio o alto) y en las fases de ingreso, post - ingreso y al alta de la Unidad.
- La tasa de incidencia de flebitis en pacientes con catéter venoso.
- De infección urinaria en pacientes con sondaje vesical.
- De caídas en pacientes hospitalizados.
- Y que comuniquen, a través de los registros, el por qué de los acontecimientos adversos relacionados con la preparación y administración de medicamentos.

Se establecieron las siguientes FASES EN SU IMPLANTACIÓN:

- Creación de “EL GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”.
- Confección de los registros de recogida de datos.
- Información y formación, en primer lugar al conjunto de Supervisores y supervisoras y en segundo lugar a los profesionales de Enfermería de las diversas Unidades sobre la importancia de la Calidad en los cuidados, el Plan del H. G. U. A. y la metodología en la cumplimentación de los registros.
- Se diseñaron 5 registros por cada paciente elaborados ad hoc y cumplimentados por los profesionales de Enfermería. Debo hacer constar que nuestro propósito, debido a la carga asistencial que tienen los mismos, era el que los registros constituyesen una herramienta fácil, cómoda y que incluyesen todos los ítems, que nos interesaban en el estudio.
- Se estableció un circuito de comunicación semanal entre las Unidades de Hospitalización y la Unidad de Calidad.
- Se introdujeron los resultados semanalmente en la base de datos y se procedió a su análisis de frecuencias absolutas, relativas y de tasas.

RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron con la monitorización continua durante el periodo de estudio, denotan la instauración del grado de cumplimentación global de

los registros de control (marzo 37%, abril 68%, mayo 92,1%, junio 57,1%, julio 63,9% y agosto 65,8%) de los pacientes ingresados.



(gráfico 1)

De los 8.901 sujetos estudiados hasta ese momento 5.255 (59%) eran varones y 3.646 (41%) mujeres.



(gráfico 2)

U. P. P.

Los pacientes de riesgo según la escala de Braden era de 2.665 (29,9%).

La prevalencia de pacientes con U. P. P. al ingreso es del 4,01%, post - ingreso de 1,31% y al alta de 3,28%.



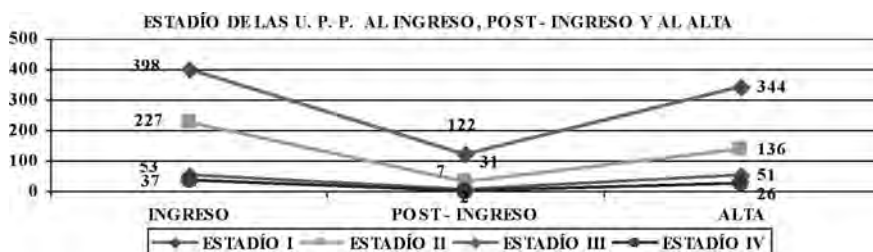
(gráfico 3)

La prevalencia de U. P. P. al ingreso es de 4,34%, post - ingreso de 1,34% y al alta de 3,53%.



(gráfico 4)

La prevalencia tanto de pacientes con U. P. P. como de U. P. P. es menor y baja el estadio de las mismas del ingreso al alta de las Unidades.



(gráfico 5)

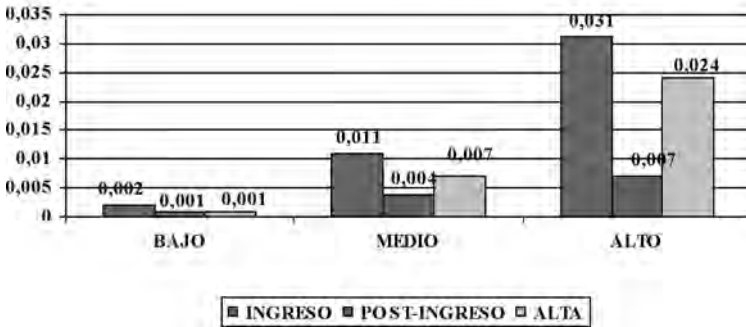
La incidencia de periodo baja a lo largo de los meses de estudio siendo el total del 4,09 %.



(gráfico 6)

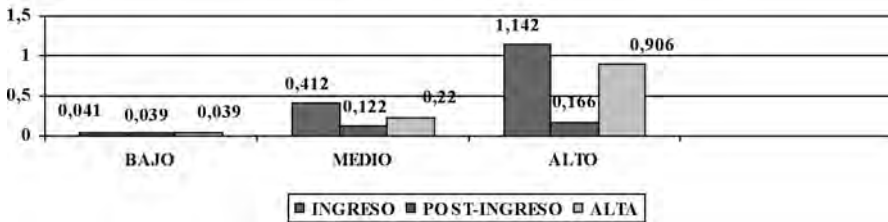
Los indicadores de resultado tanto en pacientes con U. P. P. como de las mismas, aumentan proporcionalmente al riesgo.

**PACIENTES SEGÚN RIESGO CON U. P. P.
TENIENDO EN CUENTA: LA SITUACIÓN AL INGRESO, POST- INGRESO Y AL
ALTA**



(gráfico 7)

**INDICADORES DE RESULTADO DE U. P. P.
TENIENDO EN CUENTA: TIPO DE RIESGO Y SITUACIÓN AL INGRESO, POST-
INGRESO Y ALTA**



(gráfico 8)

CATETER VENOSO

Durante el periodo de estudio existían:

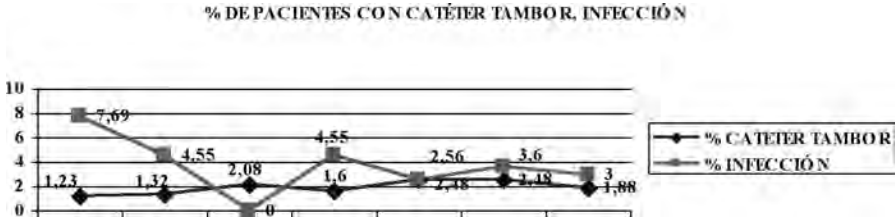
- 13.133 (147,5%) catéteres periféricos, y la prevalencia de flebitis fue del 17%.

% DE FLEBITIS Y % DE CATÉTER POR PACIENTE



(gráfico 9)

- Un 1,9% de pacientes con catéteres Tambor y el porcentaje de infección en ellos fue del 3%.



(gráfico 10)

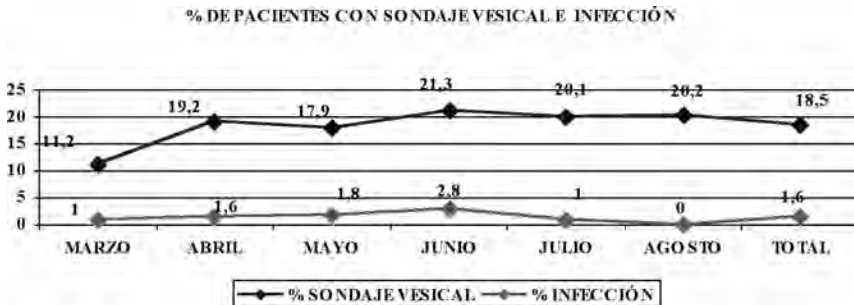
- Un 16% de pacientes con catéteres Central, el porcentaje de infección en ellos fue del 2,2%.



(gráfico 11)

SONDAJES VESICALES

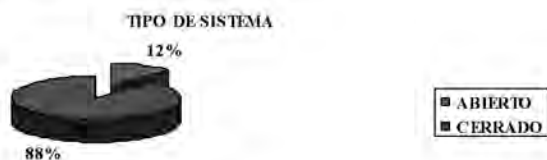
Durante el periodo de estudio existían 1.650 (18,5%) pacientes con sondaje vesical, y la prevalencia de infecciones de orina comunicadas fue del 1,6%.



(gráfico 12)

Analizamos:

- El tipo de sistema.



(gráfico 13)

- El tipo de sonda, que en mayor porcentaje son de silicona o Latex con un 49 y un 46 %.



(gráfico 14)

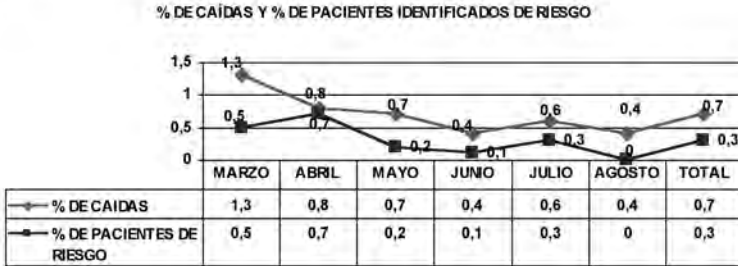
- Y el motivo de inserción donde predomina el de otros como control de diuresis con un 45%.



(gráfico 15)

CAIDAS

Se Produjeron 64 caidas (0,72%). De ellos el 0,3% estaban identificados como pacientes de riesgo.



(gráfico 16)

Nivel de dependencia:

- independientes un 41%.
- eran un 43% dependientes parciales y un 16% dependientes totales.



(gráfico 17)

Y en las caidas analizamos:

- El estado del paciente antes del accidente.



(gráfico 18)

- Con qué estaban medicados.



(gráfico 19)

- El lugar del accidente que destacan al levantarse de la cama y en el aseo.



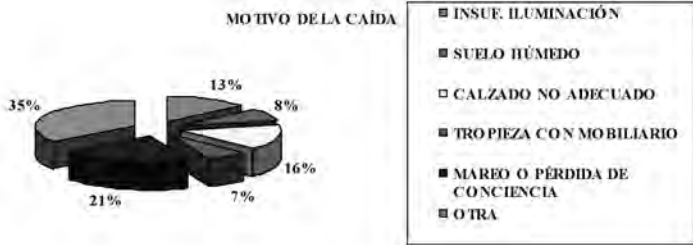
(gráfico 20)

- Hora de la caída que en su mayoría fue de madrugada (44%).



(gráfico 21)

- Motivo de la caída. Destaca OTRA: 35% (Se tira de la cama amputado, le cambia el pañal el familiar y no pone la barandilla, quita la barandilla y se baja de la cama, desorientación, se orina en el suelo y resbala, posible AVCA).



(gráfico 22)

- Consecuencia de la caída. El 56% quedan ilesos.



(gráfico 23)

- Si se producen lesiones y dónde.



(gráfico 24)

- Actuaciones después del accidente.



(gráfico 25)

EFFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Durante el periodo del estudio, se nos han comunicado 9 errores en la preparación y administración de medicamentos:

- ERROR EN LA TRANSCRIPCIÓN: 0
- ERROR EN LA DISPENSACIÓN: 2
- ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN: 5
- RELACIONADO CON EL FÁRMACO: 2 (error de fármaco).
- RELACIONADO CON LA DOSIS: 3 (2 dosis no especificada y 1 error en decimales).
- RELACIONADO CON LA VÍA: 2 (vía no especificada).
- RELACIONADO CON EL HORARIO: 6 (1 error en horario y 5 duración no especificada).
- RELACIONADO CON EL PACIENTE: 3 (error en paciente).
- OTROS:
- FÁRMACO:
 - 1.- Antiácido.
 - 2.- Antianémico.
 - 3.- Antibiótico.
 - 4.- Antihipertensivo.
 - 5.- Anticoagulante (Heparina).
 - 6.- Nutrición Parenteral total.
 - 7.- Barbitúrico.

1.- Este registro es VOLUNTARIO Y CONFIDENCIAL.

2.- Los datos recogidos, nos permitirán:

- Analizar la causa y poner en marcha actuaciones correctoras.
- Actuar anticipadamente en el problema de los Efectos Adversos no sólo constatando que se han producido errores y solucionarlos, sino para evitar la oportunidad de producirlos.

CONCLUSIONES

Entre las conclusiones de tipo general que podemos resaltar de los resultados de éste trabajo, destacamos las siguientes:

- La importancia que ha tenido este trabajo a nivel de implantar un método de autoevaluación en las diferentes Unidades de Hospitalización del H.G.U.A. porque no solo presenta información de mayor calidad acerca de la etiopatogenia de las U. P. P., sus factores de riesgo y su dinamismo, sino que valoramos los Acontecimientos Adversos como infecciones de orina, accesos venosos, caídas y los relacionados con la preparación y administración de medicamentos.
- Implantar una monitorización continua que ha permitido una medible mejora en relación con la seguridad del Paciente.

- Iniciar una Cultura de Calidad de los cuidados entre nuestros profesionales de Enfermería.
- Implicar a los profesionales de Enfermería, que una vez analizados los resultados de su Unidad, pueden aportar sus propias propuestas de mejora, esto supondría una de las fortalezas más importantes en el Plan de Calidad del Centro iniciado en el H.G.U.A..
- Y, de esta manera, conseguir garantizar una mayor seguridad en la Asistencia de los Profesionales de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Aranaz Andrés J.M., Aibar Remón C., Vitaller Burillo J., Mira Solves J.J. Gestión Sanitaria: Calidad y seguridad de los pacientes. Fundación MAPFRE. (Pag de 317 a 321). Madrid.2008.
- Guía de Actuación de Enfermería: Manual de Procedimientos. Consellería de Sanitat. Generalitat. Valencia. (2ª Edición). (Pag. 106 - 115), (pag. 181 - 183), (pag. 201 - 206), (pag. 353 - 386). 2007.
- Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC, García-Penche Sánchez R. Procedimientos y técnicas de enfermería. Ed. Rol. Barcelona 2006.
- Protocolos y cuidados de enfermería. [pagina web en Internet], Atención primaria en la red [actualizado 16 de junio 2005; citado 16 diciembre 2006] Disponible en: http://www.fisterra.com/recursos_web/enfermeria/protocolos.asp.
- Protocolos de Enfermería [pagina web en Internet], Complejo Hospitalario de Albacete [actualizado en noviembre 2005, citado 12 noviembre 2006]. Disponible en: <http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/protocolos.htm>.
- Guía de técnicas en enfermería. INSALUD 2ª Edición 2001.
- Aguado H y otros. Protocol de prevenció i tractament de les úlceres per pressió CSUB. Modificacions del protocol vigent (edició 1994). Febrero 1999.
- Campbell Claire. Tratado de Enfermería. Diagnósticos y métodos. Edición española. Times Mirror de España, S.A. Barcelona; 1994.
- Fernández Narváez P. Vallés Fernández M.J. Úlceras por presión. Evaluación de un protocolo. Revista Rol de Enfermería, Mayo 1997. nº 225: 73-78.
- Guía Práctica para la elaboración de un Protocolo de Úlceras por Presión. Convatec. Grupo Bristol-Myers Squibb. Barcelona; 1998.
- Grupo Nacional para el estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión. Clasificación y estadiaje de las úlceras por presión. Gerokomos (Supl Helcos) 1997; VIII (22) (Supl Helcos nº 22: III).
- Grupo Nacional para el estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión. Directrices Generales sobre el Tratamiento de las Úlceras por Presión. Julio 1997- Enero 1998.

D. Pablo López Casanova
*Enfermero. Coordinador Grupo de Mejora en
U.P.P. Hospital General Universitario de Elche.*

Calidad asistencial y cultura de seguridad

La seguridad es un componente de la calidad además de un derecho de los pacientes reconocido a nivel internacional.

Desde la aparición del estudio ENEAS, las políticas de calidad y seguridad de pacientes han tomado una relevancia dentro del sistema de Salud de nuestro país.

El Plan de Excelencia de la Sanidad Valenciana define en su Línea 4. Calidad y seguridad como: “La calidad, como atributo esencial de los servicios prestados, es el elemento vertebrador del sistema sanitario. Las acciones diseñadas para su mejora continua pretenden abarcar todas sus facetas, la garantía de la calidad de los procesos asistenciales; la difusión de la preocupación por la calidad; la implicación activa de los profesionales; la promoción de la mejora de la calidad percibida por el paciente de la asistencia, la información y el trato recibidos.

Así mismo, la AVS asigna la máxima prioridad a la seguridad de los pacientes.

Para ello se diseñará una agenda sobre seguridad asistencial orientada a la mejora de la atención sanitaria”. Este motivo hace que resulte prioritario establecer estrategias de calidad en todo el sistema sanitario encaminadas a la identificación de los riesgos para poder conocer y analizar la incidencia de los efectos adversos, establecer sus causas y proponer mejoras que los eviten.

Pero ¿Cómo llegar a diseñar programas eficientes? El National Health Service (NHS) dispone del Documento, Siete Pasos, que ha sido elaborado por la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido. Este documento es una guía de referencia para una aproximación y seguimiento en relación a las actividades vinculadas al área de trabajo en calidad y seguridad de pacientes.

PASO 1: Desarrollar una cultura de seguridad

PASO 2: Liderar y apoyar a su personal

PASO 3: Integrar su actividad de gestión del riesgo

PASO 4: Promover la notificación en atención primaria

PASO 5: Involucrar y comunicarse con pacientes y público

PASO 6: Aprender y compartir lecciones de seguridad

PASO 7: Implantar soluciones para prevenir el daño

El documento comienza con el paso 1: desarrollar una cultura de seguridad, pero ¿que es desarrollar una cultura de seguridad?

- Conciencia de que las cosas pueden ir mal.
- Capacidad de reconocer errores
- Abierta e imparcial
- Basada en un enfoque al sistema
- Abordar qué fue mal en el sistema
- Está presente

En el marco de este enfoque, el Departamento de Salud 20 de Elche está desarrollando un plan estratégico en seguridad de pacientes dentro de la unidad integral de calidad y bajo los auspicios del acuerdo de gestión del Departamento.

Actualmente el plan de seguridad de pacientes se encuentra en la fase de implantación y diseminación en las líneas siguientes:

- Higiene de manos
- Identificación de pacientes
- Úlceras por presión
- Caídas accidentales
- Contenciones Físicas
- Acogida
- Errores medicación

Y dentro de estas fases cobra una gran relevancia e importancia el sistema de notificación el cual se basa en los objetivos marcados por el documento de Rome Casabona CM, Urruela Mora A, Libano Beristain A. Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales. MSC diciembre 2007.

- Fomentar la instauración de la práctica de la notificación como un hábito entre los profesionales, razonando su valor para la identificación de los niveles de seguridad existentes en cada centro, para el aprendizaje y la adopción de medidas preventivas;
- Combatir las barreras existentes entre los profesionales frente a la notificación de eventos adversos, como son el sentimiento de fracaso, el temor a ser culpabilizados o a trasladarles la culpa.

El fomento de la cultura de la calidad pasa por la integración tanto de la aceptación de los errores como de su notificación y feedback dentro de una organización.

“Cuando la cultura de una organización se concierne a la seguridad y se habla de los fallos / errores, la seguridad mejora”.

“Seguridad del paciente debe ser parte de la Estrategia, Misión, Visión, Objetivos, Indicadores, Proyectos y forma de trabajar”

La seguridad del paciente en siete pasos (NPSA-NHS)

CONFERENCIA DE CLAUSURA

Las claves del éxito profesional.

La actitud como elección:

“Todos podemos alcanzarlo”

D. Luis Galindo Olivera
Titulado superior y Master de Recursos Humanos. Experto en temas de motivación, liderazgo e inteligencia emocional

**Las claves del éxito profesional.
La actitud como elección: “Todos podemos alcanzarlo”**

“Cuenta la leyenda que en la Edad Media, un caballero francés que hacía el Camino de Santiago se detuvo a descansar en Miranda de Duero, en Soria. Mientras reponía fuerzas contempló a tres canteros que realizaban exactamente el mismo trabajo pero con una actitud muy diferente.

Intrigado, le preguntó al primero, que parecía muy enfadado:

* Perdone, ¿qué es lo que usted está haciendo?

El hombre, maldiciendo, contestó de mala manera:

* ¿No lo ve? Estoy picando piedras.

Entonces, el francés se acercó al segundo, que trabajaba muy concentrado en su labor y le repitió la misma pregunta.

El cantero se volvió hacia él y con mucha parsimonia le empezó a relatar:

* Está clarísimo. Pulo las piedras con el cincel y el buril para que puedan ser trabajadas más fácilmente.

Por último, el caballero se dirigió hacia el tercer hombre que silbaba y cantaba mientras picaba las piedras.

Al oír la pregunta, el cantero miró el forastero con una amplia sonrisa y le respondió entusiasmado:

* ¿Que qué estoy haciendo?, puliendo estas piedras con ilusión porque en unos años serán los pilares de la catedral de Burgos.””

Las diferencias entre estas tres personas radican en su actitud ante lo que estaban haciendo.

Entendemos por Actitud, según la Psicología Social (E. Ander-Egg, Técnicas de investigación social) “la tendencia a la acción, adquirida en el ambiente en que se vive y derivada de las experiencias personales y de factores externos muy complejos. En concreto la Actitud es un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones”.

Según los expertos nuestras actitudes nos conducen a unas acciones, y estas a su vez producen unos resultados, por lo que son capaces de concluir que quien controla sus actitudes es capaz de controlar su vida, estando la clave de esto en el control de los pensamientos y de los sentimientos.

La verdad es que las actitudes son las compañeras de nuestra vida. Dependiendo del tipo de actitud que elijamos desarrollar tendremos unos resultados u otros. Una actitud es la energía que alimenta nuestros pensamientos, sentimientos y acciones. Somos responsables cada uno de nosotros de la actitud que desarrollamos:

- Con nosotros mismos
- Con nuestro trabajo
- Con nuestra familia
- Con nuestras relaciones (en el trabajo, con los amigos...)
- Con el entorno y los cambios

Al final las experiencias pasadas, tanto propias como ajenas, influyen en nuestras actitudes. Las personas que desarrollan una buena actitud perfeccionan una serie de comportamientos, entre otros:

- Se preocupan por las personas
- Respetan las capacidades de los demás
- Buscan el consejo de los otros
- Saben escuchar

Pero sobre todo y lo más importante

- Tienen una actitud positiva ante la vida

Desarrollar una actitud positiva tiene mucha relación con tener una visión optimista de la vida, una visión realista optimista de la vida. A lo largo de la historia de la humanidad multitud de personajes han sido admirados y recordados, no únicamente por tener un sueño, sino por tener la valentía de realizarlo sin ceder en su empeño hasta que lo lograron; les impulsaba una energía, una fuerza especial: el optimismo.

Cultivar el optimismo inteligente es importante para incorporarlo a nuestra manera de actuar. Implica tener una energía y una fuerza determinada que nos proporcione seguridad ante los retos, la certeza de que podemos porque es posible (aunque nos encontremos obstáculos o algunas personas que no nos apoyen o intenten “cuidarnos” desanimándonos). Si pensamos que no podemos de partida tendremos razón, pero si pensamos que podemos tendremos la oportunidad de intentar hacerlo, ya tenemos un tanto por ciento garantizado, que es el “querer hacerlo”. Cualquiera puede perder una batalla, pero la persona optimista inteligente nunca la pierde si no la ha batallado.

El optimista inteligente tiene la necesidad de ser objetivo, pero quiere mejorar las situaciones y a el mismo. Por esto, según Goleman, Covey y otros autores las características interpersonales que ayudan a la efectividad de una persona optimista inteligente serían las siguientes, entre muchas otras:

- Autoconsciencia y Autoconocimiento
- Autoconfianza
- Autocontrol
- Compromiso y responsabilidad
- Afán de logro
- Flexibilidad
- Proactividad
- Honestidad, integridad y valor

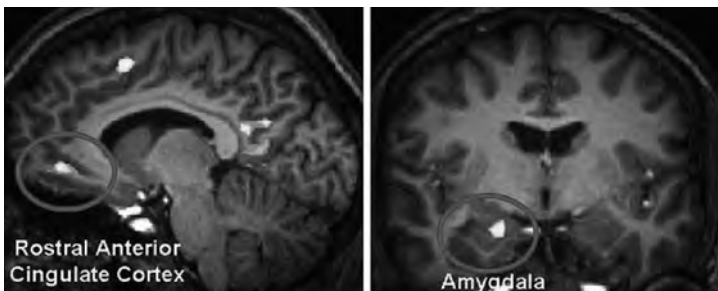
Martin Seligman, psicólogo y profesor de la Universidad de Pennsylvania, nos aporta una nueva visión para identificar y medir como se presenta el optimismo inteligente en nuestra vida diaria (presente) y sobre la percepción del futuro; incluso concluye que este tipo de visión nos facilitará mayor satisfacción con la vida, felicidad e incluso longevidad.

Daniel Goleman nos propone que las personas optimistas inteligentes son resistentes ante las dificultades y adversidades, asociando estas circunstancias a contratiempos más que a características personales; son personas que tienen confianza en que lograrán aquello que se proponen pues aprovechan todas las oportunidades que se les presentan.

Covey postula la proactividad donde la expectativa de logro es primordial para asumir el protagonismo que estas personas tienen sobre su vida. Son personas con gran autoconfianza, comprendida en un punto óptimo entre el miedo y la arrogancia, pero con seguridad y buen humor.

El optimismo estaría alineado con la seguridad, la confianza en nosotros y en los demás, con el entusiasmo y la ilusión, con la iniciativa, con el afán de logro, con el compromiso y la voluntad.... Además de esto se debería relacionar con la objetividad, la prudencia, la perseverancia y tenacidad, con la reflexión, con la perspectiva potenciadora...

Según las últimas investigaciones si nos pidiesen que pensáramos que nos ha tocado la lotería o que hemos conseguido el trabajo de nuestra vida, los pensamientos que tendríamos procederían de dos puntos del cerebro: la corteza singular anterior rostral y la amígdala. Ambas zonas tienen un cometido importante para aquellas personas que desarrollan pensamientos positivos, que tienen un papel importante a la hora de desarrollar una actitud optimista inteligente.



El estudio se desarrolló en la Universidad de Nueva York y cuyos resultados vieron la luz en el año 2007. Para la investigación se emplearon sofisticadas técnicas para fotografiar el interior cerebral de 7 hombres y 8 mujeres. Se les pidió que imaginasen situaciones futuras, tanto positivas como negativas. Cuando imaginaban situaciones positivas se comprobó que se activaban las dos zonas anteriormente mencionadas, por lo que se concluyó que éstas estaban implicadas en proyectar futuros optimistas, y lo que es más importante las personas que suelen tener este tipo de pensamientos suelen tener una tendencia a que la mayoría de estos pensamientos sean optimistas, costándoles encontrar pensamientos de carácter neutro o pesimistas para el futuro, y cuando lo conseguían los convertían rápidamente en pensamientos positivos generando, de nuevo, una propensión al optimismo. Estas mismas áreas mostraban un funcionamiento defectuoso en estados anímicos pesimistas o ante una depresión.

No debemos olvidar que sobre el pasado ya no podemos actuar, mientras que el futuro está totalmente abierto a nuestra percepción e interpretación, pudiendo elegir entre qué tipo de pensamientos elegimos: los positivos que generan mayor optimismo y nos potencian, o pensamientos negativos que disminuyen nuestro optimismo y nos limitan.

Para mantener una actitud positiva y generar optimismo existen multitud de consejos y recetas, pondremos una lista de las más comunes entre los diferentes autores:

- Ponte metas asequibles y aumenta progresivamente los desafíos: elegir metas sin contradicciones entre ellas, que sean retadoras pero alcanzables, que se puedan medir para poder saber como progresamos, así no nos pasarán las cosas sino que elegiremos que cosas queremos que nos pasen
- Relájate y respira profundo: se ha comprobado que las técnicas de relajación facilitan la eliminación de pensamientos negativos, ayudan a controlar las emociones y restablece el equilibrio físico
- Haz lo que piensas: si no existe coherencia entre lo que piensas, dices y haces vivirás en una disonancia personal y contradictoria, que a veces tiene como consecuencia la sensación de fracaso o frustración; si no consigues lo que esperabas persevera a pesar de los obstáculos, mantén la concentración en el objetivo y recomponlo si es necesario
- Vive el presente: disfruta del aquí y el ahora, este es un momento irrepetible, esto no significa que no tengamos que tener sueños y proyectos para el futuro.
- Aprende a ver lo positivo de lo que sucede: el autocontrol como respuesta adecuada a las emociones que tenemos, la serenidad, una visión positiva... nos permitirá ante circunstancias complicadas, complejas o difíciles afrontar la situación con más recursos para poder gestionarla
- Ayuda y comparte con otras personas: el olvidarnos de nosotros mismos y tener presente a los demás para compartir y / o ayudar aumenta nuestra autoestima, autoconocimiento, satisfacción....
- Evitar las comparaciones o las idealizaciones: Eliminar los “deberías”, trabajar la aceptación para cambiar aquello que podamos cambiar, tanto del entorno como de nosotros mismos

- No te fijes demasiado en los detalles: la perfección no existe, siempre se puede mejorar todo y es importante este aspecto como reto personal, pero también hay que ser conscientes que a veces si tuviéramos tiempo estaríamos mejorando constantemente una misma cosa.... y esta perfección en la tarea nos impide disfrutar de ella; es importante buscar un equilibrio desechando el excesivo perfeccionismo
- Hacer ejercicio: deporte, bailar, pasear nos permite elevar nuestros niveles de adrenalina y serotonina aumentando el optimismo y rechazando los pensamientos limitadores
- Descansa: tanto cuando estás en situación de vigilia, busca tiempo para ello en un sitio adecuado, como al dormir; mejorará el estado de ánimo, el humor, sensación de energía.....

La vida es el conjunto de cosas que nos pasan y podemos, en gran parte, elegir nuestro destino. Lo que marca la tendencia en nuestra actitud es la percepción de las cosas que nos pasan. No es tan importante lo que nos pasa, sino “qué hacemos con eso que nos pasa”. Las actitudes, pensamientos, sentimientos hacia las situaciones o personas que nos encontramos durante nuestra vida forjarán nuestro éxito, desde el punto de vista social o profesional, pero principalmente desde el punto de vista personal.

Epicteto (50-130 d.C.) decía que:

"No depende de nosotros el ser ricos, pero sí el ser felices. Además, las riquezas no son siempre un bien, porque suelen ser poco duraderas. En cambio, la felicidad que proviene de la sabiduría perdura siempre".

BIBLIOGRAFÍA

- Goleman D. (1996). Inteligencia Emocional. Barcelona. Ed. Kairós
- Goleman D. (1999). La práctica de la Inteligencia Emocional. Barcelona Ed. Kairós
- Csikszentmihalyi M. (1997). Fluir. Barcelona. Ed. Kairós
- Csikszentmihalyi M. (1998). Aprender a Fluir. Barcelona. Ed. Kairós
- Goleman D. (1997). El punto ciego. Barcelona. Ed. Plaza y Janés
- Covey S.R. (1990). Los siete hábitos de la gente altamente efectiva. Barcelona. Ed. Paidós
- Epicteto. (1997). Manual de vida. Barcelona. Ed. Olañeta
- Séneca (2003). Cartas a Lucilio. Barcelona. Ed. Olañeta
- Seligman, M. (2003). La auténtica felicidad. Barcelona. Ed. B
- Seligman, M. (2004). Aprenda optimismo. Barcelona. Ed. B
- Cubeiro J.C. (2001). La sensación de fluidez. Madrid. Ed. Prentice Hall
- Frank, V. (1991). El hombre en busca de sentido. Barcelona. Ed. Herder
- Jackson A.J. (2000). Los diez secretos de la abundante felicidad. Málaga. Ed. Sirio
- Albom, M. (2000). Martes con mi viejo profesor. Madrid. Ed. Maeva
- Rojas Marcos, L. (2005). La fuerza del Optimismo. Madrid. Ed. Aguilar
- Trias F, Rovira A. (2004). La Buena Suerte. Barcelona. Ed. Empresa Activa
- Rovira, A. (2003). La brújula interior. Barcelona. Ed. Empresa Activa

POSTERS

ANÁLISIS SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES POR INCONTINENCIA

INTRODUCCIÓN

La exposición repetida a la humedad y a las sustancias irritantes contenidas en la orina y los enzimas fecales representa para la piel un riesgo considerable de deterioro. Los enzimas fecales pueden causar irritación en la piel acelerando el riesgo de deterioro cutáneo. La presencia de orina crea un ambiente alcalino que va a acelerar los efectos perniciosos en la piel sana de los enzimas fecales. La orina también puede afectar el manto ácido natural de la piel incrementando su permeabilidad. Algunos de los componentes de la orina pueden también promover un sobre crecimiento de los microorganismos, lo cual puede degenerar en irritación cutánea, inflamación e infección.

En pacientes incontinentes portadores de pañal, una mala protección de la piel en contacto permanente con la orina y las heces, puede traducirse en una dermatitis del pañal. La humedad causada por la sudoración y el exudado reduce la fuerza de la piel incrementando el riesgo de agresiones a la piel debidas a la fricción. Cuando la piel se macera o satura con humedad (p.e. orina), pierde su capacidad para actuar como barrera para proteger ante los enzimas fecales y los irritantes contenidos en la orina. Los protectores cutáneos proporcionan protección tópica ante la humedad externa.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia del uso de una crema con un contenido en óxido de zinc del 30%, en la prevención y tratamiento de lesiones por incontinencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se desarrolló un estudio descriptivo sobre 11 casos clínicos, con limpieza diaria utilizando agua y jabón, con posterior aplicación de una crema con un contenido en óxido de zinc del 30%, comparándolos con igual número de casos utilizando solamente una limpieza con agua y jabón.

RESULTADOS

Se comprobó que el uso de una crema con un contenido en óxido de zinc del 30% (Triple Care® EPC), protege a la piel del exceso de humedad, siendo de gran utilidad para la prevención y tratamiento de los eritemas causados por la utilización de pañales o la exposición continuada a orina y heces (eritema del pañal), frente a solo la limpieza con agua y jabón.

CONCLUSIONES

1. Se comprueba que la utilización de (TRIPLE CARE ® EPC) tiene un efecto curativo y de protección de la piel del eritema cutáneo asociado a la incontinencia.
2. Proporciona un alto nivel de protección de la piel de las zonas expuestas a las erupciones cutáneas asociadas con la exposición a los excrementos o a la orina.
3. Contiene un 30% de óxido de zinc, un ingrediente activo que ofrece un alto nivel de protección. Éste no se absorbe formando una capa no transparente en la zona de aplicación
4. Protege la piel de la maceración
5. No irritante y no sensibilizante
6. No se elimina ni en los casos más severos de diarrea



XXI Jornada de Infirmar
Sobre el Cuidado Científico

ANÁLISIS SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES POR INCONTINENCIA

Autores: José Luis Giménez Tébar¹; María Jesús Mas Pla^{1*}
Enfermera del ¹ Servicio de Neumología del HGLU ² Centro de Salud de Júcar

Introducción

La exposición repetida a la humedad y a las sustancias irritantes contenidas en la orina y los enzimas fecales representa para la piel un riesgo considerable de deterioro. Los enzimas fecales pueden causar irritación en la piel acelerando el riesgo de deterioro cutáneo. La presencia de orina crea un ambiente alcalino que va a acelerar los efectos perniciosos en la piel sana de los enzimas fecales. La orina también puede afectar el manto ácido natural de la piel incrementando su permeabilidad. Algunos de los componentes de la orina pueden también promover un sobre crecimiento de los microorganismos, lo cual puede degenerar en irritación cutánea, inflamación e infección.

En pacientes incontinentes portadores de pañal, una mala protección de la piel en contacto permanente con la orina y las heces, puede traducirse en una dermatitis del pañal. La humedad causada por la sudoración y el exudado reduce la fuerza de la piel incrementando el riesgo de agresiones a la piel debidas a la fricción. Cuando la piel se macera o satura con humedad (p.e. orina), pierde su capacidad para actuar como barrera para proteger ante las enzimas fecales y los irritantes contenidos en la orina. Los protectores cutáneos proporcionan protección lógica ante la humedad externa.

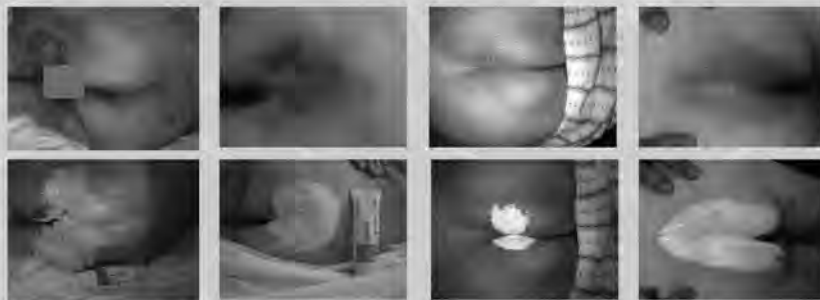
Objetivos

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia del uso de una crema con un contenido en óxido de zinc del 30%, en la prevención y tratamiento de lesiones por incontinencia.

Método

Se desarrolló un estudio descriptivo sobre 11 casos clínicos, con limpieza diaria utilizando agua y jabón, con posterior aplicación de una crema con un contenido en óxido de zinc del 30%, comparándolos con igual número de casos utilizando solamente una limpieza con agua y jabón.

CASO CLÍNICO



Resultados

Se comprobó que el uso de una crema con un contenido en óxido de zinc del 30% (Triple Care® EPC), protege a la piel del exceso de humedad, siendo de gran utilidad para la prevención y tratamiento de los eritemas causados por la utilización de pañales o la exposición continuada a orina y heces (eritema del pañal), frente a solo la limpieza con agua y jabón.

Conclusiones

1. Se comprueba que la utilización de (TRIPLE CARE® EPC) tiene un efecto curativo y de protección de la piel del eritema cutáneo asociado a la incontinencia.
2. Proporciona un alto nivel de protección de la piel de las zonas expuestas a las erupciones cutáneas asociadas con la exposición a los excrementos o a la orina.
3. Contiene un 30% de óxido de zinc, un ingrediente activo que ofrece un alto nivel de protección. Éste no se absorbe formando una capa no transparente en la zona de aplicación.
4. Protege la piel de la maceración.
5. No irritante y no sensibilizante.
6. No se elimina ni en los casos más severos de diarrea.

Referencias:

- 1) ALLMAN DL, BROAD PB, BURTA J, BERTOLINI AA, THOMAS DR. Pressure ulcers, hospital admissions and disease severity: impact on resource use and length of stay. *Adv Wound Care* 1996; 13: 32-35.
*Correspondencia al autor: jose.luis.gimenez@hglu.com

LA PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR INCONTINENCIA, UNA RESPONSABILIDAD DE TODOS, POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

INTRODUCCIÓN

La exposición repetida a la humedad y a las sustancias irritantes contenidas en la orina y los enzimas fecales representa para la piel un riesgo considerable de deterioro. Los enzimas fecales pueden causar irritación en la piel acelerando el riesgo de deterioro cutáneo. La presencia de orina crea un ambiente alcalino que va a acelerar los efectos perniciosos en la piel sana de los enzimas fecales. La orina también puede afectar el manto ácido natural de la piel incrementando su permeabilidad. Algunos de los componentes de la orina pueden también promover un sobre crecimiento de los microorganismos, lo cual puede degenerar en irritación cutánea, inflamación e infección.

En pacientes incontinentes portadores de pañal, una mala protección de la piel en contacto permanente con la orina y las heces, puede traducirse en una dermatitis del pañal. La humedad causada por la sudoración y el exudado reduce la fuerza de la piel incrementando el riesgo de agresiones a la piel debidas a la fricción. Cuando la piel se macera o satura con humedad (p.e. orina), pierde su capacidad para actuar como barrera para proteger ante los enzimas fecales y los irritantes contenidos en la orina. Los protectores cutáneos proporcionan protección tópica ante la humedad externa.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia del uso de una crema con un contenido en oxido de zinc del 10%, en la prevención de lesiones por incontinencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se desarrolló un estudio descriptivo sobre 16 casos clínicos, con limpieza diaria utilizando agua y jabón, con posterior aplicación de una crema con un contenido en oxido de zinc del 10%, comparándolos con igual número de casos utilizando solamente una limpieza con agua y jabón.

RESULTADOS

Se comprobó que el uso de una crema con un contenido en oxido de zinc del 10% (Triple Care® Cream), protege a la piel del exceso de humedad, siendo de gran utilidad para la prevención de los eritemas causados por la utilización de pañales o la exposición continuada a orina y heces (eritema del pañal), frente a solo la limpieza con agua y jabón.

CONCLUSIONES

1. Hidrata la piel seca y ofrece protección a la hora de reducir la exposición a excrementos u orina.
2. Protege la piel de las zonas expuestas a incontinencia
3. Proporciona alivio e hidratación
4. Contiene un 10% de óxido de zinc, un ingrediente activo que ofrece un alto nivel de protección. Éste no se absorbe formando una capa no transparente en la zona de aplicación
5. Fácil de aplicar

BIBLIOGRAFÍA

- ALLMAN rm, Goode PS, Bursa n, Bartolucci AA, Thomas DR. Pressure ulcers, hospital complications and disease severity: impact on hospital costs and length of stay. Adv Wound Care 1999; 12: 22-30
- urrence of skin tears in long-term care setting. Ostomy Wound Manage 2003; 49: 64-7

LA PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR INCONTINENCIA, UNA RESPONSABILIDAD DE TODOS, POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: José Luis Giménez Tébar¹, María Jesús Mas Pla²
1) Dermatólogo del 1.º Servicio de Dermatología del HCUVA. 2) Centro de Salud de Algor

Introducción

La exposición repetida a la humedad y a las sustancias irritantes contenidas en la orina y los enzimas fecales representa para la piel un riesgo considerable de deterioro. Los enzimas fecales pueden causar irritación en la piel acelerando el riesgo de deterioro cutáneo. La presencia de orina crea un ambiente alcalino que va a acelerar los efectos perjudiciales en la piel sana de los enzimas fecales. La orina también puede afectar al manto ácido natural de la piel incrementando su permeabilidad. Algunos de los componentes de la orina pueden también promover un sobre crecimiento de los microorganismos, lo cual puede degenerar en irritación cutánea, inflamación e infección.

En pacientes incontinentes portadores de pañal, una mala protección de la piel en contacto permanente con la orina y las heces, puede traducirse en una dermatitis del pañal. La humedad causada por la sudoración y el ensucio reduce la fuerza de la piel incrementando el riesgo de agresiones a la piel debidas a la fricción. Cuando la piel se muera o satura con humedad (p.e. orina), pierde su capacidad para actuar como barrera para proteger ante los enzimas fecales y los irritantes contenidos en la orina. Los protectores cutáneos proporcionan protección tópicamente ante la humedad externa.

Objetivos

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia del uso de una crema con un contenido en óxido de zinc del 10% en la prevención de lesiones por incontinencia.

Método

Se desarrolló un estudio descriptivo sobre 16 casos clínicos, con limpieza diaria utilizando agua y jabón, con posterior aplicación de una crema con un contenido en óxido de zinc del 10%, comparándolos con igual número de casos utilizando solamente una limpieza con agua y jabón.

CASO CLÍNICO

Resultados

Se comprobó que el uso de una crema con un contenido en óxido de zinc del 10% (Triple Carell Cream), protege a la piel del exceso de humedad, siendo de gran utilidad para la prevención de los eritemas causados por la utilización de pañales o la exposición continuada a orina y heces (eritema del pañal), frente a solo la limpieza con agua y jabón.

Conclusiones

1. Hidrata la piel seca y ofrece protección a la hora de reducir la exposición a excrementos u orina.
2. Protege la piel de las zonas expuestas a incontinencia.
3. Proporciona alivio e hidratación.
4. Contiene un 10% de óxido de zinc, un ingrediente activo que ofrece un alto nivel de protección. Éste no se absorbe formando una capa no transparente en la zona de aplicación.
5. Fácil de aplicar.

Referencias:

1) Alls MJ et al. Skin PE. Br J Clin Dermatol. 1999; 41: 700-705. 2) Thomas DR. Pressure ulcers, hospital complications and disease severity: impact on hospital costs and length of stay. Adv Wound Care 1999; 12: 22-30. 3) Urrence of skin tears in long-term care setting. Ostomy Wound Manage 2003; 49: 64-7.

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

CUANDO UNA HERIDA CRÓNICA NO EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE ¿SE PUEDE HACER ALGO?

INTRODUCCIÓN

Las proteasas son enzimas que juegan un papel primordial en la curación de heridas. Un fallo en algún mecanismo de control creará un aumento en la actividad proteolítica, como en las heridas complicadas, y se considera una de las principales causas de trastornos en la cicatrización.

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia de los nuevos apósitos de Matriz moduladora de proteasas, en heridas complicadas.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia de los nuevos apósitos de matriz moduladora de proteasas, en heridas complicadas.

Se desarrolló un estudio descriptivo sobre tres casos clínicos, con curas cada 48 ó 72 horas con los nuevos apósitos de matriz moduladora de proteasas.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Preparación del lecho

Desbridamiento inicial. Tratar con apósitos de carbón y plata durante al menos 15 días (5 cambios) antes de la aplicación de el nuevo apósito de matriz moduladora de proteasas. Ante escaso o nulo exudado, hidratar los nuevos apósitos de Matriz moduladora de proteasas con solución Ringer salino 0.9% .

Aplicación:

1. Para un efecto óptimo de los nuevos apósitos de Matriz moduladora de proteasas debe aplicarse en todo el lecho de la herida.
2. En heridas con escaso o nulo exudado, hidratar previamente los nuevos apósitos de Matriz moduladora de proteasas con suero salino o solución Ringer.
3. Tras su hidratación el gel de los nuevos apósitos de Matriz moduladora de proteasas contacta íntimamente con la herida.
4. El gel biodegradable se reabsorbe espontáneamente en el tiempo.
5. Los nuevos apósitos de Matriz moduladora de proteasas se cubren con gasa, un apósito no adherente o un hidropolímero para mantener el medio húmedo.
6. Repetir el tratamiento con los nuevos apósitos de Matriz moduladora de proteasas cada 48 ó 72 horas, según la cantidad de exudado. No es necesario retirar la Matriz moduladora de proteasas residual.

RESULTADOS. CASOS CLÍNICOS.

PRIMERO

AHC, mujer de 86 años de edad, diagnosticado de diabetes Mellitus tipo 2 y de Insuficiencia mixta en ambas piernas. ITB < 0,6.

Presenta una puntuación en la escala de Braden de 16 puntos.

Tras 2 años de curas con todos los productos disponibles en el Centro de Salud, se opta por aplicarle el nuevo apósito de celulosa oxidada regenerada (45%) y colágeno bovino (55%). Se inician las curas y en 78 días la evolución de la herida cambió espectacularmente.

SEGUNDO

RMC, mujer de 81 años de edad, diagnosticado de diabetes Mellitus tipo 2 y de Insuficiencia mixta en ambas piernas. ITB < 0,7.

Presenta una puntuación en la escala de Braden de 20 puntos.

Tras 10 meses de curas con múltiples, se opta por aplicarle el nuevo apósito de matriz moduladora de proteasas. Se inician las curas y en 14 días la evolución de la herida cambió favorablemente.

TERCERO

RRM, mujer de 76 años de edad, diagnosticado de diabetes Mellitus tipo 2 y de Insuficiencia mixta en ambas piernas. ITB < 0,7.

Presenta una puntuación en la escala de Braden de 19 puntos.

Tras 8 meses de curas con múltiples productos, se opta por aplicarle el nuevo apósito de matriz moduladora de proteasas. Se inician las curas y en 32 días la evolución de la herida cambió satisfactoriamente.

CONCLUSIONES

1. Como conclusión se comprobó la eficacia del empleo de la nueva terapia activa que modula el lecho de la herida y facilita la regeneración del tejido.
2. Aumenta el ritmo de cicatrización completa de heridas cronicadas (probado en estudios clínicos).
3. Se ha comprobado que sus componentes son degradados y reabsorbidos en el cuerpo, no dejando residuos.
4. Es suave y confortable; se transforma en gel en contacto con el exudado o solución salina.
5. Modula y equilibra el medio de las heridas, uniendo e inactivando proteasas y protegiendo factores de crecimiento.
6. Es un producto estéril absorbente (producto sanitario clase III) fabricado con colágeno y celulosa oxidada regenerada.
7. Puede emplearse en heridas sangrantes gracias a su efecto hemostático.
8. La disminución de costes (materiales y de tiempos de curas) que representa la utilización de el nuevo apósito de matriz moduladora de proteasas en heridas cronicadas durante años.



CUANDO UNA HERIDA CRÓNICA NO EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE, ¿SE PUEDE HACER ALGO?

Autores: José Luis Giménez Tébar¹; María Jesús Mas Pla^{2*}
Enlace en @a de: ¹Servicio de Neumología del MSUA, ²Centro de Salud de Arge



Introducción

Las proteasas regulan el equilibrio entre síntesis tisular y degradación. La actividad proteolítica está estrechamente regulada a nivel celular (expresión génica) y extracelular (enzimas reguladoras de activación e inhibición). Un fallo en algún mecanismo de control creará un aumento en la actividad proteolítica, como en las heridas complicadas, y se considera una de las principales causas de trastornos en la cicatrización.

Objetivos

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia de los nuevos apósitos de Matriz moduladora de proteasas, en heridas complicadas. Se desarrolló un estudio descriptivo sobre tres casos clínicos, con curas cada 48 ó 72 horas con PROMOGRAN®.

Método

- **Preparación del lecho**
Desbridamiento inicial. Tratar con apósitos de carbón y plata durante al menos 15 días (5 cambios) antes de la aplicación de el nuevo apósito de matriz moduladora de proteasas. Ante escaso o nulo exudado, hidratar los nuevos apósitos de Matriz moduladora de proteasas con solución Ringer salino 0.9%.
 - **Aplicación:**
1. Para un efecto óptimo de los nuevos apósitos de Matriz moduladora de proteasas debe aplicarse en todo el lecho de la herida.
 2. En heridas con escaso o nulo exudado, hidratar previamente los nuevos apósitos de Matriz moduladora de proteasas con suero salino o solución Ringer.
 3. Tras su hidratación el gel de los nuevos apósitos de Matriz moduladora de proteasas contacta íntimamente con la herida.
 4. El gel biodegradable se reabsorbe espontáneamente en el tiempo.
 5. Los nuevos apósitos de Matriz moduladora de proteasas se cubren con gasa, un apósito no adherente o un hidropolímero para mantener el medio húmedo.
 6. Repetir el tratamiento con los nuevos apósitos de Matriz moduladora de proteasas cada 48 ó 72 horas, según la cantidad de exudado. No es necesario retirar la Matriz moduladora de proteasas residual.

CASO 1



CASO 2



CASO 3



Resultados

PRIMER CASO: AHC, mujer de 66 años de edad, diagnosticada de diabetes Mellitus tipo 2 y de insuficiencia mixta en ambas piernas. ITB < 0.8. Presenta una puntuación en la escala de Braden de 16 puntos. Tras 2 años de curas con todos los productos disponibles en el Centro de Salud, se opta por aplicarle el nuevo apósito de celulosa oxidada regenerada (45%) y colágeno bovino (55%). Se inician las curas y en 78 días la evolución de la herida cambió espectacularmente.

SEGUNDO CASO: RMC, mujer de 81 años de edad, diagnosticada de diabetes Mellitus tipo 2 y de insuficiencia mixta en ambas piernas. ITB < 0.7. Presenta una puntuación en la escala de Braden de 20 puntos. Tras 10 meses de curas con múltiples, se opta por aplicarle el nuevo apósito de matriz moduladora de proteasas. Se inician las curas y en 14 días la evolución de la herida cambió favorablemente.

TERCERO CASO: RRM, mujer de 76 años de edad, diagnosticada de diabetes Mellitus tipo 2 y de insuficiencia mixta en ambas piernas. ITB < 0.7. Presenta una puntuación en la escala de Braden de 19 puntos. Tras 9 meses de curas con múltiples productos, se opta por aplicarle el nuevo apósito de matriz moduladora de proteasas. Se inician las curas y en 52 días la evolución de la herida cambió satisfactoriamente.

Conclusiones

1. Como conclusión se comprobó la eficacia del empleo de la nueva terapia activa que modula el lecho de la herida y facilita la regeneración del tejido.
2. Aumenta el ritmo de cicatrización completa de heridas cronicadas (probado en estudios clínicos).
3. Se ha comprobado que sus componentes son degradados y reabsorbidos en el cuerpo, no dejando residuos.
4. Es suave y confortable; se transforma en gel en contacto con el exudado o solución salina.
5. Modula y equilibra el medio de las heridas, uniendo e inactivando proteasas y protegiendo factores de crecimiento.
6. Es un producto estéril absorbente fabricado con colágeno y celulosa oxidada regenerada.
7. Puede emplearse en heridas sangrantes gracias a su efecto hemostático.
8. La disminución de costes (materiales y de tiempos de curas) que representa la utilización de el nuevo apósito de matriz moduladora de proteasas en heridas cronicadas durante años.

Referencias:

1. A randomized, controlled trial of PROMOGRAN (a collagen / oxidized regenerated cellulose dressing) as standard treatment in the management of diabetic foot ulcers. Veres A, Shestak P. *Wound Care* 2002; 137: 823-827.
2. An in use Observational Study of Diabetic Foot Ulcers with Oric / Collagen & Beudermis Gel. Harbird S, Hoffmann H, Ode HR. Poster Presentation 17th Annual Clinical Symposium on Advances in skin & Wound Care. Dallas, TX, 2002.
3. Cost effectiveness of treating deep diabetic foot ulcers with PROMOGRAN in four European countries. Ghatak G, Walker R. *Journal of Wound Care*, vol. 11, Nº 2, 2002.
4. PROMOGRAN AND THE MANAGEMENT OF DIABETIC FOOT WOUNDS: A CASE SERIES. J McGarry. *Comunicación Oral en "11 WU World Meeting"*, París 8-13 Julio 2004. Abstract.

¿SON SEGUROS NUESTROS ACTUALES MÉTODOS DE LIMPIEZA?. COMO REDUCIR LAS AGRESIONES A LA PIEL DE LOS PACIENTES DURANTE EL PROCESO DE LIMPIEZA CUTANEA.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que una limpieza cuidadosa es vital para mantener la integridad de la piel, especialmente en pacientes incontinentes, la utilización frecuente de jabones convencionales y agua es con frecuencia una técnica demasiado agresiva para las pieles frágiles.

El jabón cuesta de aclararse y puede dejar residuos en la piel. Por otra parte, muchos jabones tienen un pH elevado, lo que interfiere con el manto ácido de la piel, una barrera natural contra los gérmenes existentes en la piel.

Los jabones habitualmente contienen surfactantes iónicos, los cuales pueden irritar la piel y eliminar los lubricantes naturales de la misma. La utilización frecuente de jabones está asociada con la pérdida transepidermica de agua. Los jabones en pastilla pueden actuar como medio de cultivo para las bacterias.

La utilización de agua y jabón es una técnica que consume mucho más tiempo que la utilización de un limpiador que no precise aclarado (aplicar y retirar sin enjuagar).

OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia del uso de una loción limpiadora para reducir las agresiones de la piel durante el proceso de limpieza.

MATERIAL Y MÉTODO

Se desarrolló un estudio descriptivo sobre 12 casos clínicos, con limpieza diaria con una loción limpiadora antimicrobiana, comparándolos con igual número de casos utilizando una limpieza con agua y jabón, durante 5 meses.

RESULTADOS

Se produjo una reducción de las lesiones cutáneas (grietas, fisuras y pequeñas excoiaciones) en el grupo en el que se realizaba una limpieza diaria con una loción limpiadora antimicrobiana (prevalencia del 4,2 %) frente al grupo en el cual se realizaba una limpieza utilizando agua y jabón (prevalencia del 25,6 %)

CONCLUSIONES

1. Se comprueba que la utilización de la loción limpiadora antimicrobiana TRIPLE CARE CLEANSER® tiene un efecto de protección de la piel del eritema cutáneo asociado a la incontinencia.

2. Proporcionan más beneficios reduciendo la sequedad de la piel frente a otras opciones como el lavado con agua y jabón.
3. Ayuda a reducir las agresiones de la piel durante el proceso de limpieza.
4. Forma una película protectora para la piel.
5. No necesita aclarado, limpieza en un solo paso.
6. Hidrata y condiciona la piel.
7. Reduce el olor.
8. Efecto calmante para la piel.
9. Fácil de aplicar, ahorra tiempo y las incomodidades de la limpieza con jabón (p.ej.: mojar la ropa de la cama).
10. Práctico y coste-efectivo.
11. Aumenta el confort del paciente y facilita el trabajo de los cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA

- Byers PH, Ryan PA, Regan MB, Shields A, Carta SG. Effects of incontinence care cleansing regimes on skin integrity. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1995; 22:187-192.
- Birch S, Coggins T. non-rinse, one-step bath: the effects on the occurrence of skin tears in long-term care setting. *Ostomy Wound Manage* 2003; 49: 64-7



¿SON SEGUROS NUESTROS ACTUALES MÉTODOS DE LIMPIEZA? COMO REDUCIR LAS AGRESIONES A LA PIEL DE LOS PACIENTES DURANTE EL PROCESO DE LIMPIEZA CUTÁNEA.

Autores: José Luis Giménez Tébar¹; María Jesús Mas Pla^{2*}.
Enfermería del ¹ Servicio de Neurología del HCUVA. ² Centro de Salud de Aspe.

Introducción

A pesar de que una limpieza cuidadosa es vital para mantener la integridad de la piel, especialmente en pacientes incontinentes, la utilización frecuente de jabones convencionales y agua es con frecuencia una técnica demasiado agresiva para las pieles frágiles.

El jabón cuesta de aclararse y puede dejar residuos en la piel. Por otra parte, muchos jabones tienen un pH elevado, lo que interfiere con el manto ácido de la piel, una barrera natural contra los gérmenes existentes en la piel.

Los jabones habitualmente contienen surfactantes iónicos, los cuales pueden irritar la piel y eliminar los lubricantes naturales de la misma. La utilización frecuente de jabones está asociada con la pérdida transepidérmica de agua. Los jabones en pastilla pueden actuar como medio de cultivo para las bacterias.

La utilización de agua y jabón es una técnica que consume mucho más tiempo que la utilización de un limpiador que no precise aclarado (aplicar y retirar sin enjuagar).

Objetivos

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia del uso de una loción limpiadora para reducir las agresiones de la piel durante el proceso de limpieza.

Método

Se desarrolló un estudio descriptivo sobre 12 casos clínicos, con limpieza diaria con una loción limpiadora antimicrobiana, comparándolos con igual número de casos utilizando una limpieza con agua y jabón, durante 5 meses.

CASO CLÍNICO



Resultados

Se produjo una reducción de las lesiones cutáneas (grietas, fisuras y pequeñas excoriaciones) en el grupo en el que se realizaba una limpieza diaria con una loción limpiadora antimicrobiana (prevalencia del 4,2%) frente al grupo en el cual se realizaba una limpieza utilizando agua y jabón (prevalencia del 25,6%).

Conclusiones

1. Se comprueba que la utilización de la loción limpiadora antimicrobiana TRIPLE CARE CLEANSER® tiene un efecto de protección de la piel del eritema cutáneo asociado a la incontinencia.
2. Proporcionan más beneficios reduciendo la sequedad de la piel frente a otras opciones como el lavado con agua y jabón.
3. Ayuda a reducir las agresiones de la piel durante el proceso de limpieza.
4. Forma una película protectora para la piel.
5. No necesita aclarado, limpieza en un solo paso.
6. Hidrata y condiciona la piel.
7. Reduce el olor.
8. Efecto calmante para la piel.
9. Fácil de aplicar, ahorra tiempo y las incomodidades de la limpieza con jabón (p.ej.: mojar la ropa de la cama).
10. Práctico y coste-efectivo.
11. Aumenta el confort del paciente y facilita el trabajo de los cuidadores.

Referencias:

- 1) Byers PH, Ryan PA, Regan MB, Shields A, Carta SG. Effects of incontinence care cleansing regimens on skin integrity. J Wound Ostomy Continence Nurs 1995; 22:167-182.
- 2) Birch S, Coggins T. Incontinent, one-step bath: the effects on the occurrence of skin tears in long-term care setting. Ostomy Wound Manage 2003; 49: 54-7.

Inmaculada Dapena Romero.
Antonio Salas Muñoz.
Eva Martínez Fernández.
Jesusa Reyero Salas.
*Enfermeros Unidad de Corta Estancia (UCE).
8ª planta. Hospital General Universitario de Alicante.*

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. NUESTRA EXPERIENCIA EN LA UCE.

INTRODUCCIÓN

La Ventilación mecánica no invasiva (VMNI), ha pasado de ser técnica exclusiva de los servicios de Medicina Intensiva a ser empleada con frecuencia en todo tipo de unidades hospitalarias.

La incorporación de esta técnica a la práctica clínica diaria requiere el esfuerzo coordinado de un equipo multidisciplinar, destacando la importancia del personal de enfermería en la ejecución de la terapia.

En gran parte el éxito de la técnica dependerá de la formación y la experiencia del personal, así como de la provisión de unos cuidados basados en las mejores evidencias disponibles.

METODOLOGÍA

La experiencia clínica y la bibliografía consultada nos permiten un análisis descriptivo de la técnica de VMNI: Concepto, perfil del paciente, material, cuidados de enfermería y complicaciones.

OBJETIVO

Descripción de la técnica de VMNI que se realiza en la Unidad de Corta Estancia (UCE) del Hospital General de Alicante.

Presentar ante todos los profesionales que acuden a las jornadas nuestra experiencia en el trabajo diario con pacientes sometidos a VMNI; aspectos relacionados con la técnica, con el paciente y con los cuidados de enfermería.

DISCUSIÓN

La VMNI es una forma de ayuda a la ventilatoria que no necesita de ningún acceso artificial a la vía aérea. La VMNI aporta una FiO₂ estable y elevada, y es bien tolerada por la musculatura respiratoria.

Generalmente se indica en pacientes de edad avanzada, con una comorbilidad elevada y reducida autonomía en las actividades de la vida diaria.

El material básico utilizado está compuesto por ventiladores específicos, interfaces, tubuladuras, humidificadores...

Los cuidados de enfermería al paciente con VMNI incluyen aspectos informativos, técnicos, y de seguimiento o vigilancia.

Las complicaciones más frecuentes de la VMNI son la sequedad de mucosas y la lesión nasal.

Los enfermeros españoles llevamos años implementando cuidados y contribuyendo al desarrollo de la VMNI.

Enfermeros del Hospital de Montilla han logrado recientemente la inclusión en la 5ª edición del NIC de una intervención nueva cuya etiqueta sería la de Ventilación mecánica no invasiva.

Nosotros esperamos pronto la inclusión de la técnica descrita en la próxima revisión de la “Guía de Actuación de Enfermería: Manual de Procedimientos” de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

BIBLIOGRAFÍA

- Blanca Gutiérrez, J.J, Muñoz Segura R. Una nueva intervención en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería: “Ventilación mecánica: No invasiva”.
- NURE Inv [Revista en Internet] 2008 Sep-Oct. 5 (36).
- Rivera Arroyo, E. Ventilación mecánica no invasiva. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 1999 Ene-Dic 7 (1-4): 58-60.
- Carratalá Perales, J.M. Ventilación mecánica no invasiva: Guía práctica. Ene-2008.
- Nieto, M.J y col. Perfil del enfermo con insuficiencia respiratoria aguda tratado con presión positiva continua (CPAP) en vía aérea en un Servicio de Urgencias. XX Congreso Nacional SEMES. Salamanca. Jun-2008.

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI)

Nuestra experiencia en la UCE

Autores: Conchi Dapena Romero(*), Antonio Salas Muñoz(*) (**),
Eva Martínez Fernández(*) (**), Susi Reyero Salas(*)

(*)Enfermeros de la Unidad de Corta Estancia del Hospital General Universitario de Alicante; (**) Licenciado en Antropología Social y Cultural; (***) Master en Ciencias de la Enfermería.



DEFINICIÓN: Se define ventilación no invasiva como una forma de ayuda ventilatoria que no necesita de ningún acceso artificial a la vía aérea. Surge como alternativa a los sistemas tradicionales de oxigenoterapia y su principal ventaja sobre éstos es la de aportar una fracción inspiratoria de oxígeno (FIO₂) más estable y elevada así como su acción de mejora sobre los mecanismos que actúan sobre la fatiga muscular.

PERFIL DEL PACIENTE: Paciente mayor de 70 años con una comorbilidad elevada (Charlson > 3) Insuficiencia Cardíaca, EPOC, HTA y un bajo grado de autonomía en las actividades de la vida diaria (Barthel < 80)



MATERIAL

- Ventiladores específicos de VMNI.
- Dispositivos no mecánicos (CPAP).
- Interfaces o mascarillas.
- Sistemas de sujeción (arneses).
- Tubuladuras.
- Conexiones (oxígeno, aerosoles).
- Humidificadores.
- Filtro antibacteriano.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Explicar el procedimiento y la sensación esperada.
 - Colocar en posición semifowler.
 - Elegir el tamaño de la mascarilla y colocarla sin presión.
 - Colocar apósito protección arco nasal.
 - Ajustar arneses, entre dos personas, sin excesiva tensión.
 - Evitar y corregir fugas a nivel de la interfase.
 - Control signos vitales, sat O₂ y gasometría (ind. Médica).
- Realizar periodos de descanso (aprox. 5min/hora).
- Dar de beber, hidratar mucosas, drenar secreciones.
- Vigilar nivel de consciencia, trabajo respiratorio, disnea,...



COMPLICACIONES MAS FRECUENTES



Omar Mansor Moret,
Jorgelina Braña
Rosa Cabrera.
Quirófano. Hospital General de Alicante.

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS DURANTE EL PEROPERATORIO EN CIRUGÍA TORÁCICA.

Palabras clave: enfermería, cirugía torácica,,rodillo neumático, úlceras.

INTRODUCCIÓN

Existen poco estudios referentes al desarrollo de úlceras por presión en el periodo intraoperatorio.

La intervención quirúrgica supone una agresión para el paciente, constituyendo un factor de riesgo al que se añaden múltiples mecanismos de lesión.

Por un lado, la fuerza de gravedad actúa sobre el paciente comprimiéndole contra la superficie dura de la mesa, afectando a la piel, el músculo y el hueso actuando conjuntamente y de forma adversa sobre los vasos.

Las zonas corporales con prominencias óseas son las que con mayor frecuencia presentan úlceras por presión. La presión hidrostática de los capilares cutáneos oscila entre 16 y 32 mmHg, y cualquier presión que se le aplique superando dichas cifras, disminuirá el flujo sanguíneo, pudiendo ocasionar una isquemia en menos de dos horas.

Las presiones a las que está sometido el paciente en decúbito supino son:

Occipucio: 20-40 mmHg

Espalda: 30 mmHg

Zona sacra: 40-60 mmHg

Talones: 30-45 mmHg

Cuando se posiciona el paciente en decúbito lateral para la cirugía torácica, hay una disminución de la superficie de apoyo, lo que conlleva el ejercicio mantenido de una mayor presión sobre la misma; la ausencia de tono muscular debida a la anestesia contribuye a alcanzar presiones elevadas sobre los puntos de apoyo, aumentando un 35% respecto al periodo preoperatorio cuando la duración de la cirugía supera las dos horas y media. Conforme aumente el tiempo quirúrgico, se favorecerá el desarrollo de lesiones cutáneas.

La producción de úlceras constituye una mala praxis, y su curación no resulta siempre fácil, llegando en ocasiones a comprometer la vida del paciente; evitarlas debe ser una exigencia.

OBJETIVO

Comparar el método tradicional utilizado para el posicionamiento lateral del paciente durante la cirugía torácica, consistente en una sábana enrollada a modo de rodillo, frente al empleo de un balón hinchable a nivel de la parrilla costal.

Valoración de las lesiones cutáneas ocasionadas con cada método y discriminar la técnica más adecuada con el fin de ocasionar las menores lesiones en la piel del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Ensayo clínico aleatorizado realizado durante el período de julio de 2007 a marzo de 2008.

Se incluyeron 36 pacientes propuestos para ser intervenidos de cirugía torácica (lobectomía, neumonectomía, segmentectomía y VATS), excluyéndose aquellos pacientes que previamente presentaran alguna lesión cutánea.

En 18 pacientes utilizamos una sábana enrollada, formando un diámetro aproximado de 33 (+/- 1,2) cm, que fue colocada a nivel de la parrilla costal con el paciente lateralizado para hiperextender el tórax. En los otros 18 pacientes se utilizó un balón neumático (Rusch) hinchado con aire comprimido.

El balón neumático es un rodillo de goma blanda, con válvula (rodillo cervical), que funciona hinchándolo con aire comprimido.

En los casos en que se utilizó el rodillo de sábana, se anestesió previamente al paciente y posteriormente se movilizó a la posición lateral, levantándolo para introducir la sábana-rodillo. En aquellos casos que utilizamos el balón neumático, se coloca éste desinflado y se infla una vez el paciente se ha colocado de lado, hasta alcanzar la exposición adecuada.

Para la valoración de las lesiones dérmicas hemos utilizado la clasificación de la AHCPR:

Estadio I: eritema que no palidece tras la presión

Estadio II: pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas.

Estadio III: pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla.

Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén.

En ambos casos se realiza un tratamiento preventivo loco-regional: eliminamos fricciones, presiones y otras posibles causas que puedan favorecer la aparición de úlceras.

RESULTADOS

De los 36 casos realizados se obtuvieron los siguientes resultados:

	Rodillo-sábana		Rodillo Neumático	
	Numero	%	Numero	%
Sin lesión	2	5,5%	11	30,5
Lesión estadio I	9	25	6	16,6
Lesión estadio II	4	11,1	1	2,7
Lesión estadio III	3	8,3	0	0
Lesión estadio IV	0	0	0	0

De los 18 pacientes a los que se le aplicó el rodillo-sábana un 5,5% no presentó lesión, un 25% presentó lesión estadio I, el 11,1 lesión estadio II y el 8,3% de estadio III.

En los pacientes en los que se utilizó el rodillo neumático, el 30,5 % no presentaron lesión, un 16,6% presentaron lesión estadio I y el 2,7% presentaban lesión estadio II.

DISCUSIÓN

No hemos encontrado trabajos en los que se haga una comparación de los dos métodos, por lo que sería necesario la realización de estudios comparativos.

De los resultados obtenidos se desprende que la utilización del rodillo neumático ha sido más eficaz puesto que se han obtenido más casos sin lesión y además las lesiones han sido de menor grado que el rodillo-sábana, resultando por tanto más beneficiosa para el paciente, puesto que ha ocasionado menos lesiones cutáneas.

CONCLUSIÓN.

La utilización del balón neumático proporciona beneficios tanto para el paciente como para el personal de quirófano.

Antes de realizar el cierre de la cirugía, es necesario quitar la hiperextensión lateral, y cuando se utiliza la sábana-rodillo precisa su retirada, con la incorporación del paciente y el consiguiente riesgo de extubación accidental; cuando utilizamos el balón neumático basta con desinflar el rodillo, sin necesidad de movilizar al paciente ni precisar de personal auxiliar para llevar a cabo el cometido.

El rodillo neumático es un dispositivo simple y económico que contribuye a evitar las lesiones posturales por decúbito en cirugía torácica.

La herida quirúrgica de la toracotomía ya resulta dolorosa de por sí, y una herida más como pueda ser una úlcera añadida en el lado contralateral causada por una mala praxis no debe aceptarse, por ello proponemos esta técnica como una parte más del protocolo de enfermería en cirugía torácica

Decálogo para pensar sobre las úlceras por presión:

Las UPP son caras para el sistema sanitario

Las UPP generan largas estancias hospitalarias

Las UPP reducen la calidad de vida del paciente
Las UPP son causa directa o indirecta de la morbilidad
Las UPP generan más trabajo al personal de enfermería
Generalmente deben transmitir un sentimiento de culpabilidad

Por lo general, las medidas de prevención de las úlceras por presión, suelen aplicarse en el momento en que se detectan los signos de lesión de I ó II grado y no antes; el 95% de las UPP pueden evitarse (*), habiéndose sentado jurisprudencia en demandas judiciales por baja calidad asistencial.

La ausencia de UPP es indicador de la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNE-AUPP). Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.
- 2.- M^a P. Jürschik Giménez. M^a L. Guitard Sein-Echaluce. M^a T. Torner Benet. P. Allende Monclús. Intervención quirúrgica como factor de riesgo de úlceras por presión. Gerokomos/Helco Vol. 9, Núm 3. Agosto 1998, (39 a 45).

Prevención de las úlceras por presión durante el peroperatorio de cirugía torácica.

Mansor O, Braña J, Cabrera R. Hospital General Universitario de Alicante.



Palabras Clave: enfermería, cirugía torácica, rodillo neumático, úlceras por presión.

Introducción: La cirugía constituye una agresión que se refuerza con otros factores. La acción de la gravedad determina la compresión de la piel, músculo, hueso y vasos contra la superficie de la mesa. La presión hidrostática de los capilares cutáneos oscila de 16-32 mmHg, una compresión elevada reducirá el flujo sanguíneo, pudiendo causar isquemia en menos de dos horas.

Las zonas óseas prominentes presentan frecuentemente úlceras por presión. En decúbito lateral y en ausencia de tono muscular por efecto anestésico, la superficie de apoyo está reducida y sometida a una presión que supera al 35% inicial pasadas dos horas y media, pudiendo desarrollar lesiones cutáneas. Las úlceras por presión constituye una mala praxis, pudiendo complicarse hasta comprometer la vida del paciente; evitarlas debe ser una exigencia.

Objetivo: Comparar el método tradicional utilizado durante la cirugía torácica para mantener lateralizado al paciente, consistente en una sábana enrollada a modo de rodillo, frente al empleo de un balón hinchable. Valorar las lesiones cutáneas ocasionadas con cada método y discriminar la técnica más adecuada que ocasione menor agresión al paciente.

Material y Método: Ensayo clínico aleatorizado incluyendo 36 pacientes propuestos para cirugía torácica, excluyéndose aquellos con lesión cutánea. En 18 pacientes utilizamos el rodillo-sábana, con un diámetro aproximado de 33-35 cm, colocado a nivel de parrilla costal con el paciente lateralizado. En los 18 restantes se utilizó el balón neumático de Rusch, hinchado con aire comprimido.

El balón neumático es un rodillo de goma blanda, con válvula (rodillo cervical), tamaño 45 x 15 cm conectado a una toma de aire comprimido y provisto de un manómetro.

La colocación del rodillo-sábana, se realiza una vez dormido el paciente y después de lateralizarlo. Cuando utilizamos el balón neumático, se coloca desinflado sobre la mesa, acostándose encima el enfermo, y una vez en posición lateral, se hincha hasta conseguir la exposición deseada.

Hemos utilizado la clasificación de las úlceras por presión según el GNEAUPP:

Estadio I: eritema que no palidece tras la presión.

Estadio II: pérdida parcial del grosor de la piel, afectando epidermis, dermis o ambas.

Estadio III: pérdida total del grosor de la piel, afectando tejido subcutáneo, pudiendo alcanzar la fascia pero sin atravesarla.

Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido muscular, óseo o de estructuras de sostén.

Resultados: En los 18 pacientes a los que se le aplicó el rodillo-sábana el 5,5% no presentaron lesión, siendo el 25% los que presentaron úlceras estadio I, el 11,1% de estadio II y el 8,3% de estadio III. De los 18 pacientes en los que utilizamos el rodillo neumático, el 30,5% no presentaron lesión, siendo un 16,6% los que tuvieron úlcera estadio I y el 2,7% de estadio II.

Lesión	Rodillo-sábana Número %	Rodillo-neumático Número %
No lesión	2 5,5%	11 30,5%
Estadio I	9 25%	6 16,6%
Estadio II	4 11,1%	1 2,7%
Estadio III	3 8,3%	0
Estadio IV	0	0



Zona corporal	Presión
Occipucio	20-40 mmHg
Espalda	30 mmHg
Zona sacra	40-60 mmHg
Talones	30-45mmHg

Conclusión: La utilización del balón neumático proporciona beneficios para el paciente y para el personal de quirófano, puesto que para realizar el cierre de la cirugía, sólo precisa desinflar el balón, mientras que al utilizar la sábana-rodillo, se precisa ayuda, además de poderse extubar accidentalmente. El rodillo neumático es un dispositivo simple y económico que contribuye a evitar las lesiones posturales por decúbito. La herida quirúrgica de la toracotomía es dolorosa "per se", no debiéndose añadir una úlcera en el lado contralateral por la realización de una mala praxis, por ello proponemos esta técnica como una parte del protocolo de enfermería en cirugía torácica

Bibliografía: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadaje de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.

Lourdes García Jiménez, Rosa Queijas Orgueira, Magdalena Granizo Borrega Carmen de las Heras Valero, Juana Cava González, Angeles Carbonell García, Antonia Lozano Carretero, Felicitas Reche Marín, Antonio García Corchero, Cristina Serna Riquelme, Elena Carpio Moreno, M^a Angeles Espejo López, Rocío Díaz Gosálvez, Elvira Santos Manzanero, Francisca Ruiz Lidón, Lourdes Cabello Moreno, Magdalena Jaén Beneito, Yolanda Hurtado Palomares, Dolores Alvarez Elvira, Pilar García González y Julio Asensi Torregrosa (Supervisor)
*Hospital General Universitario de Alicante.
Servicio de medicina interna*

HOJA DE REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES DE LAS A.E.

INTRODUCCIÓN

Las 20 A.E. de los servicios de Medicina Interna y UCE-Reumatología del HGU de Alicante están complementado desde mayo-08, cada día y cada turno, una Hoja de Registro de sus Actividades, ideada y consensuada por ambos servicios.

OBJETIVOS

Cuantificar la carga de trabajo que se ha realizado en cada turno, no sólo con un número final -que se obtiene- sino con mediciones parciales y porcentuales de diversos bloques de actividades. Mejorar el reconocimiento y la autoestima laboral de las AE

METODOLOGÍA

La hoja ofrece una puntuación diferente para cada actividad (1,2 ó 3), que se multiplica por el número de veces que se realiza; con un espacio libre para observaciones.

Organizada en diversos bloques con valoración propia:

El número de desplazamientos fuera del servicio y las tareas organizativas en los almacenes del servicio // El nivel de autonomía/dependencia de los pacientes ingresados // Un primer grupo de actividades del tipo de Cambios Posturales - Dar de comer, Recogida de Muestras y el número de pacientes con pañal o sondaje // Otro grupo lo componen las deposiciones y mediciones de diuresis o temperatura // Acabando con el número de altas-ingresos-exitus (“Rotación”)

RESULTADOS

Puesta en funcionamiento de forma voluntaria en Enero 08; su formato inicial alcanzó una Hoja definitiva en Abril. Los veinte AE de ambos servicios la aceptaron, y todos la completan diariamente relevo propio.

Nuestra Dirección de Enfermería la incorporó como Objetivo Específico de las AE de ambos servicios y la incluyó entre los Objetivos de Enfermería 2008.

CONCLUSIONES

Tras esta experiencia está la apuesta por el trabajo en equipo enfermero y seguir asumiendo responsabilidades. Dejando constancia escrita del trabajo que hacen los AE, no sólo para que sea conocido sino para que se puedan evaluar mejor los recursos humanos y materiales precisos.

HOJA de REGISTRO de las ACTIVIDADES del AUXILIAR de ENFERMERIA

Una experiencia en Medicina Interna y U.C.E. – Reuma del H.G.U. de Alicante

Autores*: Lourdes García Jiménez, Rosa Queijas Orqueira, Magdalena Granizo Borrega, Carmen de las Heras Valero, Juana Cava González, Angeles Carbonell García, Antonia Lozano Carretero, Felicitas Reche Marin, Antonio García Corchero, Cristina Serna Riquelme, Elena Carpio Moreno, M^a Angeles Espejo López, Rocio Díaz Gosálvez, Elvira Santos Manzanero, Francisca Ruiz Lidón, Lourdes Cabello Modelo, Magdalena Jaén Beneito, Yolanda Hurtado Palomares, Dolores Alvarez Elvira, Pilar García González y Julio Asensi Torregrosa (Supervisor)

*Los veinte Auxiliares de Enfermería de los servicios de Med. Interna y Reumatología- UCE del H.G.U. de Alicante están completando desde mayo-08, cada día y cada turno, una Hoja de Registro de sus Actividades, ideada y consensuada por ambos servicios.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Quantificar la carga de trabajo realizada en cada turno, no sólo con un número final sino también con mediciones parciales y porcentuales de los diferentes bloques de actividades.

METODOLOGIA.-

La hoja ofrece un coeficiente diferente para cada actividad (1, 2 ó 3), que se multiplica por el número de veces que se realiza; y un espacio libre para observaciones.

Está organizada en diversos bloques con valoración propia:

RESULTADOS:

-La HOJA se utiliza como relevo propio.

-La Dirección de Enfermería la ha incorporado como Objetivo Específico de las A.E. de los dos servicios y la incluyó entre los Objetivos de Enfermería 2008



VALORACION de los PACIENTES

DEFERENCIA (1) presencia de para su hidratación y/o ALIMENTACIÓN	MIGRO (2) presencia de para su ALIMENTACIÓN y/o ALIMENTACIÓN	AUTOCUIDADO (3) presencia de para su ALIMENTACIÓN y/o ALIMENTACIÓN
--	--	--

DESPLAZAMIENTOS del SERVICIO ORGANIZACIÓN ALMACENES

DESPLAZAMIENTOS (1) Farmacia Almacén General Laboratorio R. X. Admisión Otras	ORGANIZACIÓN REPOSICIÓN (2) Farmacia Lencería Material Sueros Hospital de Día Otras
--	--

BLOQUE 1

Nº de PACIENTES CON / A LOS QUE ...

DAR DE COMER (1)	CAMBIO POSTERAL (2)	RECUBRIR DE MUESTRAS (3)	PAÑALES (4)	SIGNOS VITALES (5)
----------------------------	-------------------------------	------------------------------------	-----------------------	------------------------------

BLOQUE 2

Nº de PACIENTES CON / A LOS QUE ...

DEPOSICIONES (1)	TEMPERATURA (2)
----------------------------	---------------------------

FECHA	TURNOS	SECCIONES	VALORACION DE LOS PACIENTES	DESPLAZAMIENTOS	ORGANIZACIÓN	REPOSICIÓN	ROTACION	OTROS
08/05/08
09/05/08
10/05/08
11/05/08
12/05/08
13/05/08
14/05/08
15/05/08
16/05/08
17/05/08
18/05/08
19/05/08
20/05/08
21/05/08
22/05/08
23/05/08
24/05/08
25/05/08
26/05/08
27/05/08
28/05/08
29/05/08
30/05/08
31/05/08
01/06/08
02/06/08
03/06/08
04/06/08
05/06/08
06/06/08
07/06/08
08/06/08
09/06/08
10/06/08
11/06/08
12/06/08
13/06/08
14/06/08
15/06/08
16/06/08
17/06/08
18/06/08
19/06/08
20/06/08
21/06/08
22/06/08
23/06/08
24/06/08
25/06/08
26/06/08
27/06/08
28/06/08
29/06/08
30/06/08
01/07/08
02/07/08
03/07/08
04/07/08
05/07/08
06/07/08
07/07/08
08/07/08
09/07/08
10/07/08
11/07/08
12/07/08
13/07/08
14/07/08
15/07/08
16/07/08
17/07/08
18/07/08
19/07/08
20/07/08
21/07/08
22/07/08
23/07/08
24/07/08
25/07/08
26/07/08
27/07/08
28/07/08
29/07/08
30/07/08
31/07/08
01/08/08
02/08/08
03/08/08
04/08/08
05/08/08
06/08/08
07/08/08
08/08/08
09/08/08
10/08/08
11/08/08
12/08/08
13/08/08
14/08/08
15/08/08
16/08/08
17/08/08
18/08/08
19/08/08
20/08/08
21/08/08
22/08/08
23/08/08
24/08/08
25/08/08
26/08/08
27/08/08
28/08/08
29/08/08
30/08/08
31/08/08
01/09/08
02/09/08
03/09/08
04/09/08
05/09/08
06/09/08
07/09/08
08/09/08
09/09/08
10/09/08
11/09/08
12/09/08
13/09/08
14/09/08
15/09/08
16/09/08
17/09/08
18/09/08
19/09/08
20/09/08
21/09/08
22/09/08
23/09/08
24/09/08
25/09/08
26/09/08
27/09/08
28/09/08
29/09/08
30/09/08
01/10/08
02/10/08
03/10/08
04/10/08
05/10/08
06/10/08
07/10/08
08/10/08
09/10/08
10/10/08
11/10/08
12/10/08
13/10/08
14/10/08
15/10/08
16/10/08
17/10/08
18/10/08
19/10/08
20/10/08
21/10/08
22/10/08
23/10/08
24/10/08
25/10/08
26/10/08
27/10/08
28/10/08
29/10/08
30/10/08
31/10/08
01/11/08
02/11/08
03/11/08			

Eutropio Moreno Núñez
Inmaculada López Gadéa
Sergio Moreno Millán
Laura Verdeguer Navarro
Sonia Del Rio Gil
Diana Millán Mayol
J. Miguel Cases Iborra
Rosa Serrano Borrell
Felipe Serrano Gomez
Unidad de Hemodiálisis

Hospital General Universitario de Alicante

ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS EN HEMODIÁLISIS CONSEJOS PARA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

INTRODUCCIÓN

Como demuestran diversos estudios, la morbilidad del paciente en hemodiálisis tiene una relación directa con sus hábitos alimenticios y el cumplimiento terapéutico. Los recientes adelantos técnicos no han mejorado la situación nutricional de los pacientes de una forma ostensible y siguen apareciendo trabajos con unos índices de desnutrición en torno al 20-70 %.

La educación sanitaria evoluciona constantemente, el mantener actualizada la información que se da a nuestros pacientes es un reto constante de la enfermería (en la unidad ya contamos con guías, folletos y vídeo) que hace que nos planteemos la realización de este poster como una nueva forma de guía informativa, que sea práctica y fácil de consultar. Para ello pensamos ubicarlo en el hall de los pacientes y hemos procurado hacerlo atractivo con abundantes dibujos y fotos para que sea fácil de comprender.

OBJETIVO

Proporcionar al paciente y familiares de una forma didáctica y sencilla, un medio visual que refuerce los conocimientos nutricionales y farmacológicos adquiridos durante el proceso de educación sanitaria iniciados en las consultas o la sala de hemodiálisis

MATERIAL

Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica y la imaginación y los dibujos de Moisés Níguez (paciente) y Andrés Serrano.

METODOLOGÍA

Revisión y lectura crítica de las publicaciones y recomendaciones elaboradas a nivel nacional.

DISCUSIÓN

La educación nutricional y farmacológica es fundamental en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica y un buen indicador de calidad de los cuidados dispensados por las enfermeras/os.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz Poyato J: Coordinador del proyecto de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica. Ed. ENTHEOS. Madrid; cap 16, 138-140, 2001.
2. Noriega Morón C: La alimentación en diálisis.
3. Rigolfas R; Andreu L, Force E. Alimentación en el enfermo renal. 500 cuestiones que plantea el enfermo renal. Barcelona Ed. Masson; 14: 249-263. 2005.
4. Martínez C, Morales E: Alimentación saludable en pacientes con enfermedad renal crónica. WWW.nefrologia12octubre.com 2008
5. Joel D. Kopple: Tratamiento nutricional de la IRC. Insuficiencia renal crónica, diálisis y trasplante renal. Llach y Valderrábano. Ed. Médica JIMS ; 22, 447-481
6. Pinar M, San Juan P, Traite X. Proyecto de Guía informativa del paciente en hemodiálisis. Congreso Sociedad española de enfermería nefrológica 2008
7. Maldonado L.A, Gras M.A, Gallego F.J. Relación entre hábitos alimenticios y manejo efectivo del régimen terapéutico de pacientes en diálisis. Congreso SEDEN 2007.
8. Ochando A, Royuela C, Hernandez M^a.E, Lorenzo S. Adherencia terapéutica de los pacientes en una unidad de hemodiálisis. Congreso SEDEN 2006.
9. López García J. Valoración del estado nutricional en pacientes mayores de 65 años en tratamiento con hemodiálisis. Congreso SEDEN 2006.

ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS EN HEMODIÁLISIS

CONSEJOS PARA UNA ALIMENTACION SALUDABLE

EUTRÓPIO MORENO, DIANA MILLÁN, NINA LÓPEZ, LAURA VENDEDIGER, SERGIO MORENO, SONIA DEL RIO, HEIDI MENDOÇA, LAURA ESCALANT, J. MIGUEL CASES, ROSA BERRANO, FELIPE BERRANO
 DIBUJANTES: MOISÉS RÍGUEZ (PACIENTE DE LA UNIDAD) Y DORINA MOLINA
 UNIDAD DE HEMODIÁLISIS, HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE



ALIMENTACION

LA ALIMENTACION ES UN PILAR FUNDAMENTAL EN EL TRATAMIENTO DE NUESTRA ENFERMEDAD.
 LOS RIÑONES NO PUEDEN DEPURAR ALGUNAS DE LAS SUSTANCIAS QUE VAN EN LOS ALIMENTOS EN LOS PERIODOS INTER-DIÁLISIS.
 POR ESTA RAZÓN ES IMPORTANTE CONTROLAR LA CANTIDAD DE ALGUNOS DE LOS ELEMENTOS CONTENIDOS EN LOS ALIMENTOS. DE AHÍ LA IMPORTANCIA DE CONOCERLOS PARA EVITAR QUE OS PERJUDIQUEN Y PODER GOZAR DEL PLACER DE COMER SIN PONER EN PELIGRO VUESTRO BIENESTAR Y SALUD.



PROTEINAS
 SON LAS ENCARGADAS DE CREAR Y RENOVAR NUESTROS TEJIDOS. SON COMO LOS LADRILOS DE UN EDIFICIO



HIDRATOS DE CARBONO
 SON LA PRINCIPAL FUENTE DE ENERGÍA Y SU CONSUMO NO ESTÁ LIMITADO EXCEPTO PARA DIABÉTICOS



GRASAS
 SON LA RESERVA DE ENERGÍA DE NUESTRO ORGANISMO. SE PUEDEN TOMAR COMO EN UNA DIETA NORMAL



AGUA Y S.MINERALES
 SON FUNDAMENTALES PARA EL ORGANISMO PERO EN LA ENFERMEDAD RENAL ESTÁN RESTRINGIDOS SEGÚN DUREZAS



VITAMINAS
 SON CATALIZADORES DE OTROS ELEMENTOS Y ALGUNAS HAY QUE TOMARLAS EN PASTILLAS DESPUES DE LA DIÁLISIS

OBJETIVO

CON ESTE POSTER LAS ENFERMERAS/OS QUE LE ATENDAMOS PRETENDEMOS QUE VOSOTROS Y VUESTROS FAMILIARES O CUIDADORES REFORCEIS VUESTROS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS DURANTE EL PROCESO DE EDUCACIÓN SANITARIA INICIADO EN LA CONSULTA O LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

ELEMENTOS CONTENIDOS EN LOS ALIMENTOS



SODIO Y AGUA
 EL EXCESO DE SAL PRODUCE SEÑES Y RETENCIÓN DE LÍQUIDOS. PRODUCE ENFLECER EN LOS PRODUCTOS QUE LA LLEVA.
 LA RETENCIÓN DE LÍQUIDOS PRODUCE HEMATURIAS, EDEMAS Y DIFÍCILES MANEJOS.
 EN LOS LÍQUIDOS DEBEINER SEGUIR EL AGUA Y TODO AQUELLO QUE LA LLEVA.
 CAMBIA LA SAL EN LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS POR EFECTOS DE H. ANTIÁCIDAS
 *UTILIZAR TRUCOS PARA DETERMINAR LA SAL (salm, salsas, salsitas)
 LA TAMA DE LOS PRODUCTOS DEBEINER SEGUIR MÁS DEL 10% DE LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS



PROTEINAS
 ES FUNDAMENTAL TOMAR LA CANTIDAD DE PROTEINAS ADECUADA PARA EVITAR LA DESNUTRICIÓN.
 LA DESNUTRICIÓN ES UNO DE LOS PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN NUESTROS PACIENTES.
 ES ADECUABLE TOMAR PROTEINAS DE ORIGEN ANIMAL (CARNES, PESCADO Y HUEVOS).
 LAS PROTEINAS DE ORIGEN VEGETAL COMO LEGUMBES Y CEREALES REQUIEREN PREPARACIÓN PRECISA.
 LOS SEAS QUE ESTE SUAVEMENTE PROCURE TOMAR ALIMENTOS SENSIBLES CON PROTEÍNAS TONELADAS CON DOS CLAVOS O PLANTAS



HIDRATOS DE CARBONO
 LOS HIDRATOS DE CARBONO NOS PROPORCIONAN LA ENERGÍA QUE NECESITAMOS PARA REALIZAR TODAS NUESTRAS FUNCIONES.
 COMENZAMOS EN TIPOS DE ACCIÓN LENTA O COMPLEJOS (ARROZ, PASTAS Y PATATAS) QUE NOS PROPORCIONAN UNA ENERGÍA SENSIBLE Y LOS DE ACCIÓN RÁPIDA QUE NOS PROPORCIONAN UNA ENERGÍA INMEDIATA Y SON CONVENIENTES PARA SU BUENA SALUD. LEGUMBES, ARROZ.
 LOS HIDRATOS NO ESTÁN LIMITADOS A NO SER QUE SEA SUCROSA



CALCIO Y FÓSFORO
 EL FÓSFORO ES UN MINERAL QUE SE ENCUENTRA EN CADA UNO DE LOS ALIMENTOS. PERO SEDEBE CONTROLAR ESPECIALMENTE EL DE LOS PRODUCTOS LÁCTEOS Y BREVADOS.
 * ESTÁN TOTALMENTE RECOMENDADOS LOS PRODUCTOS SECOS, EL CHOCOLATE Y LOS PRODUCTOS LÍQUIDOS COMO PULVERES, SOPAS DE SOBRES O LÍQUIDO EN POLVO.
 EL EXCESO DE FÓSFORO PUEDE PRODUCIRLE PROBLEMAS EN SUS RÍENES.
 EL FÓSFORO ALTO TAMBIÉN PUEDE PRODUCIRLE PROBLEMAS CON SU DUREZA. DIETA, VITAMINA "B" Y TOMANDO CONSEJOS DE UN QUEMATE COMENZARÁ A CONTROLAR ESTE PROBLEMA.



PREPARACIÓN DE ALIMENTOS
 ESCOGER ESCOGER
 TONELAR RESERVAR Y ENTIBAR HUEVOS COCINAR
 LAS OPERACIONES DE MENUDO ESCOBERO Y DOBLE COCCIÓN ELIMINAN EL 70% DEL POTASIO



POTASIO
 EL POTASIO SE ENCUENTRA EN CADA TODO LOS ALIMENTOS, PERO ESPECIALMENTE EN LAS FRUTAS Y LAS VERDURAS.
 ES IMPORTANTE PARA MANTENER LA FUNCIÓN RENAL Y MIOCARDIO.
 SU CONTROL ES ESENCIAL EN LA DIETA. EL EXCESO DE POTASIO PUEDE PRODUCIR TUMORES, FLEJIDOS EN LAS PERNAS, DEABECER E INFLAMACIÓN CARDÍACA

POCO POTASIO	POTASIO MEDIO	POTASIO ALTO	MUCHO POTASIO
LIMÓN CALABAZA	CALABAZA ZENEA	ALBUJACA	APTO
MANZANA CEBOLLA	ESPINACHO CEBOLLA	ALBACORRÓN	BERRO
PIÑA	ZANAH Y PASTA	ZENEA	BERROJUNCO
MANZANA	LECHUGA MANZANA	HELÉN	COLIFLOR
BARBANDA	PASTINETO	ARROZ	ESPINACHO
TOMATE	PAPAYA	PIÑA	BERROJUNCO
	COL	GUINDAYA	VEJA
			ESPINACHO
			CHOCOLATE

PAUTAS ALIMENTARIAS EN HEMODIÁLISIS

RECOMENDACIONES A SEGUIR

- REALIZAR UNA DIETA VARIADA PARA OBTENER TODOS LOS ELEMENTOS QUE SU ORGANISMO NECESITA. NO SE SALTE NINGUNA COMIDA.
- COMER MÁS ALIMENTOS DE LOS SITUADOS EN LAS LETRAS CON COLORES VERDES DE LA PIRÁMIDE (A Y B), CONSUMA LOS DE LAS LETRAS AMARILLAS (C Y D) SEGÚN RECOMENDACIÓN MÉDICA Y CON LA PREPARACIÓN REDUCTORA DE POTASIO ADECUADA.
- LOS DE LA LETRA ROJA (E) SE LE APRECIEN, LOS CONSUMIRÁ OCASIONALMENTE Y SOLO, EXCEPCIONALMENTE, LOS DE LA LETRA AZUL (F).
- NO DEBE TOMAR VARIOS ALIMENTOS DE LA LETRA "E" Y "F" EL MISMO DÍA.
- UTILICE ACEITE DE OLIVA EN CRUDO Y PARA FREIR.
- EL AGUA (ES ADECUABLE QUE SEA DE KEMERALIZACIÓN DURA) Y LAS BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS LAS TOMARÁ SEGÚN DUREZAS.
- SE ELIMINARÁN DE LA DIETA DUREZA LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN GENERAL, PERO DE POTASIO TOMAR UNO CON UNO. PREFERENTEMENTE NO SE TOMARÁN HIPOTENSORES ANTES DE LA DIÁLISIS. COMENTAR CON EL PERSONAL QUE LE ATIENDE SI SE TIENE ALGUNO DESTACADO DE LA MESA.



PIRÁMIDE ALIMENTARIA EN HEMODIÁLISIS

MEDICAMENTOS MÁS PAUTADOS EN HEMODIÁLISIS

HIPOTENSORES

SE EMPLEAN PARA LA HIPERTENSIÓN NO DEZARÁ DE TOMARLOS NI MODIFICAR LA DOSES POR SU CUENTA. PREFERENTEMENTE NO SE TOMARÁN HIPOTENSORES ANTES DE LA DIÁLISIS. COMENTAR CON EL PERSONAL QUE LE ATIENDE SI SE TIENE ALGUNO DESTACADO DE LA MESA.

VITAMINAS

SE UTILIZAN TANTO PARA REFORZAR LAS VITAMINAS QUE SE ELIMINAN POR EL PROCESO DE LA DIÁLISIS, COMO PARA SUPLENIR LAS QUE EL RIÑÓN NO PUEDE SINTETIZAR. NO DEBE DEJAR DE TOMARLAS PARA EVITAR TRASTORNOS METABÓLICOS



QUELANTES FÓSFORO
 SE EMPLEAN PARA NORMALIZAR LOS VALORES DEL CALCIO Y EL FÓSFORO. SUSTANCIAS QUE PRODUCEN ALTERACIONES EN LOS NIVELES Y FÓSFORO. SE TOMAN DESPUES DE LAS COMIDAS. SE ES FARMACO QUE PRODUCEN UN EFECTO NO DEBIDO. CONSIGUIENDO PARA QUE SE LO CAMBIEN EN OTRO, PERO NO DEBE ALGUNAS QUELANTES.

M^a Carmen Peinado Orea, Noelia Soler Navarro, Isabel Belinchón Romero, M^a Pilar Albares Tendero, Isabel Betlloch Más.
Servicio de Dermatología Hospital General Universitario de Alicante

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA FOTODINÁMICA(TFD)

INTRODUCCIÓN

La terapia fotodinámica consiste en la administración de un agente fotosensibilizante sobre la piel, seguido de la exposición a una dosis lumínica adecuada.

Para la terapia utilizamos un medicamento fotosensibilizante en crema llamado Metvix® cuyo principio activo es el metil-aminolevulinato.

OBJETIVOS

Aunar criterios en el personal de enfermería dermatológica, creando un protocolo de actuación y una hoja de registro de enfermería para lograr el máximo resultado de una forma segura y correcta para el paciente y la enfermera.

Valorar la intensidad del dolor y aplicar medidas eficaces para favorecer el máximo bienestar.

Informar al paciente para ofrecerle seguridad y obtener colaboración.

MATERIAL Y MÉTODOS

El material necesario para la realización de la TFD es: suero fisiológico, gasas, pinzas, curetas, Metvix®, esparadrapo, papel aluminio, apósito oclusivo, lámpara de luz de Wood, lámpara Atkilit® , gafas protectoras, guantes.

Aplicación del protocolo de actuación de enfermería y una hoja de registro para el estudio de las siguientes variables: lesiones a tratar, preparación de las lesiones antes y después de la terapia, comprobación de fluorescencia, anestesia local, actuación de enfermería ante el dolor, valoración de la terapia por parte del paciente.

RESULTADOS

El total de TFD realizadas en nuestra unidad desde su comienzo ha sido 58, de las cuales 44 (75.86%) eran hombres y el 14 (24.13%) eran mujeres, cuya media de edad era de 57 años.

En cuanto a las patologías tratadas, 38 (65.5%) correspondieron a queratosis actínicas, 14 (24.15%) a carcinomas basocelulares, 5 (8.62%) queloides y 1 (1.72%) a carcinomas basocelulares de la enfermedad de Gorlin.

El tipo de anestesia administrada fue local en 43 (74.1%) troncular en 5 (8.6%) y sin anestesia 10 (15.5 %).

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes tratados en nuestra unidad eran hombres que presentaban queratosis actínicas.

El seguimiento del protocolo ayuda a la correcta aplicación de la TFD mejorando los resultados obtenidos y garantizando la seguridad en el desarrollo de la técnica.

Se logra una mayor rentabilización del tiempo de enfermería y mejora el grado de satisfacción.

A mayor información facilitada al paciente se obtienen mejores resultados de colaboración y participación.

ACTUACIÓN DE LA ENFERMERIA EN LA TERAPIA FOTODINÁMICA

M^a Carmen Peinado Orea*, Noelia Soler Navarro*, Isabel Belinchón Romero**, M^a Pilar Albares Tendero**, Isabel Bettloch Mas**.
*Enfermera. ** Médico adjunto de Dermatología. Servicio de Dermatología Hospital General Universitario de Alicante

Introducción

La terapia fotodinámica consiste en la administración de un agente fotosensibilizante sobre la piel, seguido de la exposición a una dosis lumínica adecuada. Para realizarla utilizamos un medicamento fotosensibilizante en crema llamado Metvix® cuyo principio activo es el metil-aminolevulinato.

Objetivos

- Aunar criterios en el personal de enfermería dermatológica, creando un protocolo de actuación y una hoja de registro de enfermería para lograr el máximo resultado de una forma segura y correcta para el paciente y la enfermera.
- Valorar la intensidad del dolor y aplicar medidas eficaces para favorecer el máximo bienestar.
- Informar al paciente para ofrecerle seguridad y obtener colaboración.

Material y métodos

• El material necesario para la realización de la TFD es: suero fisiológico, gasas, pinzas, curetas, Metvix®, esparadrapo, papel aluminio, apósito oclusivo, lámpara de luz de Wood, lámpara Atkilit®, gafas protectoras y guantes.

• Aplicación del protocolo de actuación de enfermería y una hoja de registro para el estudio de las siguientes variables: lesiones a tratar, preparación de las lesiones antes y después de la terapia, comprobación de fluorescencia, anestesia local, actuación de enfermería ante el dolor y valoración de la terapia por parte del paciente.

PROTOCOLO DE LA TERAPIA FOTODINAMICA



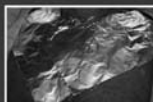
Curetaje de la lesión



Lavado con suero fisiológico



Aplicación de Metvix®



Cubrir con apósito opaco



Cubrir con vendaje



Aplicar fluorescencia



Aplicar anestesia



Aplicar la luz roja



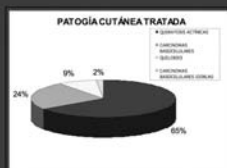
Aplicar antibiótico y cubrir

Resultados

El total de TFD realizadas en nuestra unidad desde su comienzo ha sido 58, de las cuales 44 (75.86%) eran hombres y el 14 (24.13%) mujeres, su edad media fue de 57 años.

En cuanto a las patologías tratadas, 38 (65.5%) correspondieron a queratosis actínicas, 14 (24.15%) a carcinomas basocelulares, 5 (8.62%) queloides y 1 (1.72%) a carcinomas basocelulares de la enfermedad de Gorlin.

El tipo de anestesia administrada fue local en 43 (74.1%) troncular en 5 (8.6%) y sin



Paciente con queratosis actínicas tratado con terapia fotodinámica

Conclusiones

La mayoría de los pacientes tratados en nuestra unidad eran hombres que presentaban queratosis actínicas.

El seguimiento del protocolo ayuda a la correcta aplicación de la TFD mejorando los resultados obtenidos y garantizando la seguridad en el desarrollo de la técnica.

Se logra una mayor rentabilización del tiempo de enfermería y mejora el grado de satisfacción.

A mayor información facilitada al paciente se obtienen mejores resultados de colaboración y participación.

Bibliografía: Marquina M, Prétel M, Redondo P. La práctica clínica diaria. Procedimiento y seguimiento. En: Redondo P, Sanchez M. Terapia fotodinámica. Laboratorios Galderma 2007. p.163-170.

SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS FOCAL PRIMARIA CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A. PAPEL DE LA ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

La hiperhidrosis focal primaria (HFP) es una patología benigna caracterizada por un exceso de sudoración, producida por una hiperactividad de las glándulas sudoríparas especialmente en palmas, plantas y axilas. Afecta a entre el 1,5% y el 2,8% de la población española, habitualmente a jóvenes y adolescentes, ocasionando un gran impacto en su calidad de vida, por los problemas personales, sociales y laborales que ocasiona. En muchas ocasiones el tratamiento tópico fracasa y se debe recurrir a otras técnicas como la inyección de Toxina Botulínica (TB). El tratamiento es personalizado.

La TB es una toxina muy potente producida por la bacteria *Clostridium botulinum*, que puede producir el botulismo. Actualmente se utiliza con fines terapéuticos para tratar diversos problemas neurológicos y por su acción en las terminaciones nerviosas responsables del estímulo de las glándulas sudoríparas, es empleada con gran efectividad en el tratamiento de la hiperhidrosis. Sin embargo, es un requisito fundamental como paso preliminar para garantizar el éxito de la intervención y minimizar los riesgos, el manejo adecuado de la TB desde que se recibe hasta que se realiza el procedimiento.

OBJETIVO

Describir el procedimiento utilizado por enfermería en el tratamiento de la HFP, para garantizar la seguridad y la efectividad del tratamiento.

MATERIAL Y METODO

A) Toxina Botulínica, Tipo A (Botox®).

B) Descripción del procedimiento de enfermería:

En primer lugar y puesto que se trata de una macromolécula frágil y lábil hay que garantizar su perfecto almacenaje a -5°C, y no conservar los frascos abiertos más de 48 horas para evitar su desnaturalización.

1) Cuidados preintervención:

- Medición del grado de hiperhidrosis mediante sistema de puntuación y de la calidad de vida con escala analógica visual (que luego se repetirá en las revisiones correspondientes).
- Preparación del paciente, quirófano y desinfección según protocolo quirúrgico.
- Preparación de la anestesia en los casos de hiperhidrosis palmar y verificar el uso de anestesia tópica en los casos de hiperhidrosis axilar.

2) Durante la intervención:

- Preparación de la TB. Se utiliza la Toxina Botulínica, Tipo A (Botox®).
- La TB se presenta en viales de 100 U de TB que debe diluirse con 5 cc de suero fisiológico para conseguir la concentración adecuada de 20U/cc. Es importante la técnica de disolución, no se debe agitar la mezcla .
- Coordinar meticulosamente la preparación y administración, a fin de evitar su desnaturalización y errores en su dosificación.
- Descripción de la técnica:
 - Para la hiperhidrosis palmar se utiliza anestesia troncular de la muñeca y posteriormente se realiza una inyección intradérmica de la TB diluida en la palma previamente dividida en cuadrantes a razón de 2U de toxina/cuadrante. En el caso de la hiperhidrosis axilar , el procedimiento se realiza de forma similar pero con crema anestésica aplicada tópicamente, unas 2 horas antes de la intervención.
 - Cada carga e inyección se hará con aguja y jeringa estéril, para evitar pinchazo contaminado y guardar toxina.

3) Postintervención:

- Una vez finalizado todo el proceso la enfermera realiza las instrucciones oportunas y cuidados a seguir y realiza el registro de dosis, incidentes, etc.

RESULTADOS

Durante los últimos 3 años se han tratado 88 pacientes (36 hombres y 52 mujeres con HP de los cuales 39 presentaban sólo HP, 34 HA, 15 HP + HA .

Los resultados obtenidos han demostrado la eficacia del tratamiento y su impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes. La ausencia de acontecimientos adversos y de efectos secundarios relacionados con el procedimiento demuestran su seguridad.

CONCLUSIÓN

En nuestra experiencia la TB es un tratamiento eficaz y seguro en la HFP por el aumento en la calidad de vida de los pacientes así como las nulas o mínimas complicaciones postintervención. Queremos destacar el papel de la enfermería en los siguientes aspectos:

- Instrucciones al paciente y preoperatorio (verificar historial, firma de consentimiento y cumplimiento de las instrucciones).
- Preparación de la anestesia.
- Reconstitución y preparación de la TB.
- Cuidados inmediatos y tardíos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aamir Haider, Focal Hiperhidrosis. Revista. CMAJ 2005; 172:69-75
2. Grimaltr y Callejas MA.Hiperhidrosis.Diagnóstico y ttº actuales.Editorial Panamericana. 2004

SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS FOCAL PRIMARIA CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A

PAPEL DE LA ENFERMERÍA



M^a J. Sánchez Soler (Enf.), V.Pardo Martínez (Enf.), I.Betloch Mas (Dermatólogo)

Quirófano de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN: La Hiperhidrosis es una patología benigna caracterizada por el exceso de sudoración. La Toxina Botulínica (TB) es una toxina muy potente producida por la bacteria *Clostridium botulinum*, empleada con gran efectividad en el tratamiento de la hiperhidrosis focal primaria (HFP). Es un requisito preliminar para garantizar el éxito de la intervención, y minimizar los riesgos, el manejo adecuado de la TB desde que se recibe hasta que se realiza el procedimiento.



OBJETIVO: Describir el procedimiento utilizado por enfermería en el tratamiento de la HFP para garantizar la seguridad y la efectividad del tratamiento.

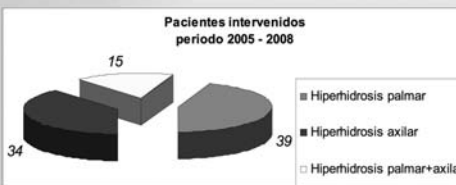
MATERIAL Y METODO

- Toxina botulínica tipo A (Botox®) es una macromolécula frágil y lábil que produce el Botulismo y se almacena a -5°C para evitar su desnaturalización.
- Diluir la TB (100 UI) en 5cc de suero fisiológico para conseguir la concentración de 20 U/cc de toxina/cuadrante.
- Cuidado y desinfección según protocolo quirúrgico.
- Coordinar la preparación y administración para evitar errores en la dosificación.
- La TB se inyecta intradérmicamente con agujas hipodérmicas, cada 2 cm² de superficie corporal afectada. Para las palmas, utilizamos anestesia troncular y en las axilas es suficiente aplicar crema anestésica tópica 2 horas antes de la intervención.



CONCLUSIÓN

En nuestra experiencia la TB es un tratamiento eficaz y seguro en la HFP por el aumento en la calidad de vida de los pacientes.



Bibliografía

- 1.Aamir Haider, Focal Hiperhidrosis. Revista. CMAJ 2005; 172:69-75
- 2.Grimaltr y Callejas MA.Hiperhidrosis.Diagnóstico y ttº actuales.Ed. Panamericana2004.

Queremos destacar el papel de la enfermería en los siguientes aspectos:

- 1) Instrucciones y preoperatorio.
- 2) Preparación de la anestesia.
- 3) Reconstitución y preparación de la TB.
- 4) Cuidados inmediatos y tardíos.

Adelia Asensi, Irene Ballester, Noelia Soler,
Juan Fco Silvestre, Isabel Betlloch
*Sección de Dermatología. Hospital General
Universitario de Alicante*

APLICACIÓN DE PRUEBAS EPICUTÁNEAS EN NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS: DESCRIPCIÓN DE UN MÉTODO DE VENDAJE SEGURO Y CÓMODO

INTRODUCCIÓN

Las pruebas epicutáneas son el mejor método para establecer que un alérgeno determinado es el responsable de una dermatitis de contacto alérgica en un paciente dado. Se basa en la reproducción de un eczema tras la aplicación de la sustancia relacionada con la piel. La técnica es sencilla, pero precisa que los alérgenos se mantengan en contacto con la piel durante 48 horas. Por ese motivo le indicamos al paciente que evite sudar y moverse. La realización de esta prueba diagnóstica en los niños menores de 10 años está dificultada por el exceso de movimiento de estos.

MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestra Unidad de Alergia Cutánea hemos parcheado a 1265 pacientes en los últimos 4 años, de los cuales 56 han sido niños menores de 10 años. A todos los pacientes se le han colocado los parches en la parte superior de la espalda y para que su fijación sea más segura se les ha puesto encima un esparadrapo ancho. Además hemos ideado un vendaje específico alrededor del tórax que hemos practicado a todos los niños menores de 10 años.

RESULTADOS

Hemos podido comprobar que la totalidad de los niños parchados ha regresado a las 48 horas con los parches en su sitio, lo cuál ha permitido una lectura adecuada.

CONCLUSIONES

La utilización de este vendaje en los niños menores de 10 años ha permitido fijar mejor los parches a pesar de la movilidad y que no den falsos positivos. El paciente ha podido llevar una vida normal durante el proceso del diagnóstico.

APLICACIÓN DE PRUEBAS EPICUTÁNEAS EN NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS

Descripción de un método de vendaje seguro y cómodo

Adelia Asensi Aracil¹, Irene Ballester Nortes², Juan Fco Silvestre Salvador², Noelia Soler Navarro¹, M^a Salud Martí Vargas¹
Isabel Betloch Mas²

Servicio de Dermatología Hospital General Universitario de Alicante, 1. D.U.E, 2. Dermatólogo

INTRODUCCIÓN

Las pruebas epicutáneas son el mejor método para establecer que un alérgeno determinado es el responsable de una dermatitis de contacto alérgica en un paciente dado. Se basa en la reproducción de un eczema tras la aplicación de la sustancia relacionada con la piel. La técnica es sencilla, pero precisa que los alérgenos se mantengan en contacto con la piel durante 48 horas. Por ese motivo le indicamos al paciente que evite sudar y moverse. La realización de esta prueba diagnóstica en los niños menores de 10 años está dificultada por el exceso de movimiento de éstos.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestra Unidad de Alergia Cutánea hemos parcheado a 1265 pacientes en los últimos 4 años, de los cuales 56 han sido niños menores de 10 años. A todos los pacientes se le han colocado los parches en la parte superior de la espalda y para que su fijación sea más segura se les ha puesto encima un esparadrapo ancho. Además hemos ideado un vendaje específico alrededor del tórax, en la línea de los utilizados en las fracturas de clavícula y/o pared costal (figs. 1-4) que hemos practicado a todos los niños menores de 10 años. Al llegar a las 48 horas se puede observar que los parches se mantienen exactamente en la misma posición que fueron colocados (fig. 5-8).

RESULTADOS

Hemos podido comprobar que la totalidad de los niños parchados ha regresado a las 48 horas con los parches en su sitio, lo cuál ha permitido una lectura adecuada.

CONCLUSIONES

La utilización de este vendaje en los niños menores de 10 años ha permitido fijar mejor los parches a pesar de la movilidad y que no den falsos positivos. El paciente ha podido llevar una vida normal durante el proceso del diagnóstico.



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

M. R. Bernabeu Gras¹, A. Cerezo Munuera²,
M. Gavilán Díaz³, F. J. Gómez Robles⁴, A.
Muñoz Selva⁵,
*1.Matrona. C.S. Aspe.Alicante. 2.Matrona.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca,
Murcia. 3.Matrona. Hospital Materno Infantil.
Málaga. 4.Matrona. Hospital General
Universitario de Alicante. 5. Matrona. Hospital
Dr. Pesset. Valencia*

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO AL ESPAÑOL PARA MEDIR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL BASADO EN LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Clásicamente, los resultados de salud en la atención al parto normal se han medido en términos de satisfacción de la paciente con los cuidados recibidos, puntuación en la Escala de Apgar, desgarros o laceraciones vaginales, infecciones, etc. Una forma de obtener nuevos indicadores y nuevas formas de medir la calidad de los cuidados, debe ser la observación directa de las intervenciones. El problema deriva en cómo se miden las intervenciones y esa atención. Se deberían medir siguiendo unos patrones estándares que permitieran la comparación objetiva entre diferentes centros y países e incluso también entre distintos profesionales.

Para ello, existen unas recomendaciones universales promovidas por la OMS, válidas en cualquier país del mundo, basadas en la evidencia al igual que existe un instrumento validado creado en Suecia por Sandin Bojöö & Col.

Por tanto, nuestro objetivo general consiste en validar en España un instrumento para medir la calidad de los cuidados en el parto normal basado en las recomendaciones de la OMS (creado por F.S. Bojo, Suecia 2004).

MÉTODO

La metodología ha sido la que se utiliza en la adaptación de instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud, teniendo en cuenta que no nos encontramos ante un cuestionario con puntuación final sumativa y que no estamos midiendo un concepto o constructo social o cultural como en el caso de los instrumentos de calidad de vida. Las fases metodológicas de elaboración del estudio comprenden:

- Revisión sistemática de los ítems del cuestionario y clasificación de equivalencia lingüística a partir de las traducciones del instrumento original.
- Adaptación transcultural de la primera versión consensuada del instrumento a través de un panel de expertos.
- Comparar la validez de los dos métodos de aplicación del instrumento: observación directa y auditoría de la documentación clínica.
- Realización de una prueba piloto con la versión final pre-test.

RESULTADOS

- En la fase de traducción, no han surgido problemas importantes.
- Autocumplimentación. método idóneo.
- Eliminación de los encabezados con la clasificación de las distintas prácticas según establece la OMS.
- Validez asegurada: Contacto continuo con autora original y participación de gran número de profesionales.

CONCLUSIONES

- Creación de un instrumento válido siguiendo las recomendaciones de la OMS, la SEGO y el MSC.
- Necesidad de la integración del punto de vista de las mujeres.
- Expectativas de futuro: Estudio multicéntrico nacional y/o internacional. Propuesta al MSC como instrumento para medir la implantación “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”.

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO AL ESPAÑOL PARA MEDIR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL BASADO EN LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS

Autores: M. R. BERNABEU GRAS¹, A. CEREZO MUNUERA², M. GAVILÁN DÍAZ³, F. J. GÓMEZ ROBLES⁴, A. MUÑOZ SELVA¹,
1. Matrona. C.S. Aspe. 2. Matrona. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. 3. Matrona. Hospital Materno Infantil. Málaga.
4. Matrona. Hospital General Universitario de Alicante. 5. Matrona. Hospital Dr. Pesset, Valencia
Dirección de contacto: posillajacomars@hotmail.com; gomez_javi@cvca.es

OBJETIVOS

GENERAL

Validar en España un instrumento para medir la calidad de los cuidados en el parto normal basado en las recomendaciones de las OMS

ESPECÍFICOS

1. Realizar una revisión sistemática de los ítems del cuestionario y clasificación de equivalencia lingüística a partir de las traducciones del instrumento original.
2. Adaptar transculturalmente la primera versión consensuada del instrumento a través de un panel de expertos.
3. Comparar la validez de los dos métodos de aplicación del instrumento: observación directa y auditoría de la documentación clínica.
4. Realizar una prueba piloto con la versión final pre-test.

MÉTODO

- Traducción al español del instrumento original en inglés.
- Panel de expertos.
- Métodos de aplicación del cuestionario: observación directa y auditoría de documentación clínica.
- Prueba piloto.
- Versión final.

RESULTADOS

- Alta equivalencia entre las traducciones
- Se eliminan enunciados de las categorías de grado de recomendación de la OMS.
- Método ideal para la aplicación del instrumento es la observación directa (infraregistro de la documentación clínica).

ORIGINAL

B Practices that are harmful or ineffective and should be eliminated		
21	Has public shaving been performed?	Yes 1
		No 2
22	Has the woman received an enema?	Yes 1
		No 2
6	Indication for enemas?	Woman's request 1
		Routinely documented 2

ESPAÑOL

14	¿Se ha lavado o afeitado el cuerpo púbico?	Si 1
		No 2
15	¿Se ha administrado enemas?	Si 1
		No 2
Indicaciones del enema		
6	Peticiones de la mujer	1
	Practicadas sin documentación	2

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

El cuestionario se encuentra en la fase final de la adaptación. Se obtendrá un instrumento que facilite el estudio de la atención al parto normal en España y permitirá la comparación entre distintos centros, incluyendo otros países europeos donde se está adaptando el cuestionario.

BIBLIOGRAFÍA

Sandin Bojó AK, Hall-Lord ML, Axelsson O, Udén G, Wilde Larsson B. Midwifery care: development of an instrument to measure quality based on the World Health Organization's classification of care in normal birth. *Journal of Clinical Nursing*. 2004; 13: 75-83.

Margarita Cerezo San Martin; Aurora Tomas
Lizcano; Dario Almencija Furio; David
Fernandez Alonso ;Isabel Benito Agüera
Hospital de Torrevieja. Departamento 22.

SISTEMAS INFORMATICOS; MAXIMO CONTROL DE LAS ALERGIAS DEL PACIENTE

INTRODUCCIÓN

En el departamento 22, y desde su apertura, se viene trabajando con un modelo de historia clínica electrónica, única y propia del departamento 22 de salud.

La historia clínica electrónica ha proporcionado grandes herramientas de trabajo al profesional, para garantizar la máxima atención del paciente, proporcionándole cuidados individualizados, minimizando al máximo los riesgos de posibles errores de prescripción.

MATERIAL Y MÉTODO

La historia clínica del departamento 22, “Florence”, ha permitido un control de los cuidados individualizados del paciente, atendiendo a todas las necesidades del paciente (SUS NECESIDADES), (Y EN CONCRETO EN LA NECESIDAD DE SEGURIDAD) en cuando a la necesidad de seguridad, nos ha proporcionado el máximo control de las alergias medicamentosas del paciente, con un sistema de alarmas, en base a la prioridad de la alergia.

Asimismo este sistema de control, se ha confeccionado en tres niveles, para minimizar al máximo los errores. En un primer nivel (siempre que se abra la historia clínica del paciente) aparece de forma destellante una señal de alarma que nos indica las posibles alergias del paciente.

En un segundo nivel y dentro de la hoja de prescripción de tratamiento farmacológico y de cuidados del paciente, esta alarma vuelve a aparecer para así, recordar al personal sanitario los problemas potenciales del paciente.

Por ultimo y como ultimo escalón del sistema siempre que el facultativo prescriba cualquier fármaco que pueda contener el principio activo, del cual el paciente es potencialmente alérgico, el sistema bloquea y avisa de que la prescripción de dicho fármaco no se puede hacer por las alergias del mismo.

Gracias a la dotación tecnológica de este departamento, y a la conexión de todo el departamento a la historia clínica, desde la puerta de entrada del paciente al sistema en atención primaria, hasta la atención especializada todos los profesionales tienen constancia de los antecedentes del paciente, CADA VEZ QUE ACUDE A UN CENTRO SANITARIO DEL DEPARTAMENTO 22.

OBJETIVOS

1. Garantizar la máxima calidad asistencial
2. Minimizar los riesgos de posibles reacciones adversas medicamentosas u de otra índole
3. Conocimiento de todo el personal sanitario de los antecedentes del paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- La utilización de señales lunimosas destellante, en base a colores Rojo, Amarillo, Verde, hacen que l profesional centre su atención.
- El amplio aprovechamiento de los sistemas de información del paciente, nos permiten el minimizar al máximo los posibles errores de prescripción.
- Aplicación de cuidados individualizados al paciente, realizando dietas libres de alérgenos potenciales hacia el paciente, y puesta en marcha de protocolos específicos.

SISTEMAS INFORMÁTICOS; MÁXIMO CONTROL DE LAS ALERGIAS DEL PACIENTE

Fernández Alonso, D1, Benito Aguera, I2, Cerezo Sanmartín, M3, Tomás Lizcano, A4, Almcija Furio, D4.
1: Enfermero y Técnico de RX DPTO 22, 2: Técnico RX Dpto 22, 3: Supervisora Formación y Calidad Dpto 22, 4: Adjunta Atención Integral y Urgente Dpto 22, 5: Supervisórs Servicios Centrales Dpto 22

INTRODUCCIÓN

En el departamento 22, y desde su apertura, se viene trabajando con un modelo de historia clínica electrónica, única y propia. La historia clínica electrónica ha proporcionado grandes herramientas de trabajo al profesional, para garantizar la máxima atención del paciente, proporcionándole cuidados individualizados, minimizando al máximo los riesgos de posibles errores de prescripción de medicación, en aras de la Seguridad del Paciente.

OBJETIVOS:

- Garantizar la máxima calidad asistencial
- Minimizar los riesgos de posibles reacciones adversas medicamentosas u de otra índole
- Conocimiento de todo el personal sanitario de los antecedentes del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La historia clínica del departamento 22, "Florence", ha permitido un control de los cuidados individualizados del paciente, atendiendo a sus necesidades y en concreto en la Necesidad de Seguridad, nos ha proporcionado el máximo control de las alergias medicamentosas del paciente, con un sistema de alarmas, en base a la prioridad de la alergia.

Asimismo este sistema de control, se ha confeccionado en tres niveles, para minimizar al máximo los errores. En un primer nivel (siempre que se abra la historia clínica del paciente) aparece de forma destellante una señal de alarma que nos indica las posibles alergias del paciente. En un segundo nivel y dentro de la hoja de prescripción de tratamiento farmacológico y de cuidados del paciente, esta alarma vuelve a aparecer para así, recordar al personal sanitario los problemas potenciales del paciente.

Por último y como último escalón del sistema siempre que el facultativo prescriba cualquier fármaco que pueda contener el principio activo, del cual el paciente es potencialmente alérgico, el sistema bloquea y avisa de que la prescripción de dicho fármaco no se puede hacer por las alergias del mismo.

RESULTADOS:

Gracias a la dotación tecnológica de este departamento, y junto a la visión integral de Atención Primaria/Especializada donde la accesibilidad a la historia clínica está garantizada, desde la puerta de entrada del paciente en el sistema de atención primaria hasta la atención especializada, todos los profesionales tienen constancia de los antecedentes del paciente, cada vez que acude a un centro sanitario del Departamento 22.

Tratamiento.

- Los medicamentos aparecen ordenados por grupo terapéutico
- Los datos de la posología aparecen divididos en tres columnas para mayor claridad.
- Aparece resaltada la dieta actual.
- La fecha de inicio del medicamento es la de la primera vez que se prescribió.
- Para poder visualizar los tratamientos anteriores accedemos por el botón "Ver Antiguos"
- En la parte inferior de la pantalla vemos los medicamentos eliminados del paciente.
- Se han optimizado los procesos de validación.



CONCLUSIONES:

- La utilización de señales lunimosas destellantes, en base a colores Rojo, Amarillo, Verde, hacen que el profesional centre su atención.
- El amplio aprovechamiento de los sistemas de información del paciente, nos permiten el minimizar al máximo los posibles errores de prescripción y administración.
- Aplicación de cuidados individualizados al paciente, realizando dietas libres de alérgenos potenciales hacia el paciente, y puesta en marcha de protocolos específicos.



San Roque Navarro Ana Belén, *enfermera*;
Abrisqueta Carratalá Luis, *enfermero*; González
Felipe M^a Llanos, *enfermera*; Sevilla Pérez
Mercedes, *enfermera*; Álvarez Bernabeu Sonia,
enfermera; López Orts Patricia, *enfermera*;
Tornero Tomás M^a Dolores, *supervisora de*
UMT.

SEGURIDAD TRANSFUSIONAL PARA EL PACIENTE

OBJETIVO

Reflejar la importancia del correcto procedimiento del acto transfusional para garantizar la máxima seguridad al paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Mediante un póster descriptivo (acompañado de imágenes y texto) tratamos de explicar el proceso de seguridad que se lleva a cabo desde la UMT durante todo el acto transfusional.

Todo ello se consigue gracias a un sistema de seguridad basado en la codificación e identificación del paciente, así como de las muestras obtenidas del mismo, mediante el uso de un sistema de hemovigilancia formado por brazaletes identificativos y un lector de barras llamado GRICODE. Dicho brazaletes es de vital importancia puesto que incorpora un código de barras permitiendo identificar al paciente de forma rápida y segura

Con todo conseguimos garantizar la mayor seguridad para el paciente incluyendo el momento del acto transfusional, en el que no solo se comprueba una vez más a pie de cama el grupo del paciente, sino también que la bolsa a transfundir sea la que le corresponda.

Los materiales empleados son: póster y tríptico que constará de fotos de:

- Hoja de solicitud de transfusión cumplimentada correctamente.
- Brazaletes identificativos del paciente (nombre, apellidos, NHC, fecha de realización).
- Obtención de muestra del paciente (tubo de EDTA y Suero, correctamente identificados).
- Lector de código de barras (GRICODE).
- Comprobación a pie de cama de Grupo Sanguíneo y Rh del paciente,
- Bolsa de sangre y etiqueta.

CONCLUSIÓN

No retirar el brazaletes identificativo del paciente que se va a transfundir para asegurar la máxima seguridad en el acto transfusional.

UNIDAD DE MEDICINA TRANSFUSIONAL SEGURIDAD TRANSFUSIONAL PARA EL PACIENTE

Abrisketa Carratalá, Lutz Álvarez Bernabau, Soría González Felipe, M^a Llanos López Orts, Patricia San Roque Navarro, Ana Belén Sevilla Pérez, Mercedes. (En representación de los Enfermeros de UMT).

Supervisora UMT: Tomero Tomás, M^a Dolores.

Objetivo: Reflejar la importancia del correcto procedimiento del acto transfusional para garantizar la máxima seguridad al paciente.

DE LA EXTRACCION

REGISTRO DEL NST EN LA
HOJA DE SOLICITUD DE



REGISTRAR EL NST DEL BRAZALETE



REGISTRO DEL NST DE LAS
MUESTRAS



A LA TRANSFUSION

COMPROBACION DEL GRUPO Y RH
DEL PACIENTE PREVIO A
TRANSFUSION



LECTURA DE SEGURIDAD DESDE EL
BRAZALETE A LA BOLSA



** NST: Número de Seguridad Transfusional

Conclusión: No retirar el brazalete identificativo del paciente que se va a transfundir para asegurar la máxima seguridad en el acto transfusional.

GENERALITAT VALENCIANA
CONSSELLERIA DE SANITAT

AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT



MEMORIA DE LAS XIII JORNADAS “Innovación en la Gestión de Cuidados”

FECHAS: 23 y 24 de noviembre de 2.007

LUGAR: Alicante

SEDE: Salón de Actos del Hospital General Universitario de Alicante

Las XIII 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

1. Divulgar entre los profesionales sanitarios las innovaciones en la Gestión de Cuidados Enfermeros.
2. Divulgar la producción científica de los profesionales de enfermería de la provincia de Alicante.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Exponer las nuevas fórmulas de gestión en cuidados.
2. Conocer nuevos campos de actuación de enfermería en el contexto actual.
3. Mejorar la gestión de personas en el ámbito de los Departamentos Sanitarios
4. Repasar, a través de la historia de los 50 años del H.G.U.A., los orígenes de la actual enfermería alicantina.

CONFERENCIA INAUGURAL:

La conferencia inaugural corrió a cargo de Dña. Susana Rodríguez Gómez, Coordinadora de Gestión de Cuidados de la Dirección General de Desarrollo e Innovación de Cuidados del Servicio Andaluz de Salud (SAS), con el título “Instrumentos para la innovación de los cuidados”. Hizo referencia a la proyección de futuro



inmediato siendo necesaria la transformación del Sistema de Salud para que los profesionales de enfermería puedan estar presentes y participar en los nuevos escenarios que se van configurando en la sociedad actual, impulsando la relación con la ciudadanía, la modernización, innovación, la promoción de la investigación, y sobre todo empleando estos resultados en la gestión de los cuidados.

MESAS DE TRABAJO:

El Comité aceptó 20 trabajos que se expusieron en forma de comunicación oral 7 y 13 en formato póster.

Se realizaron 3 mesas de trabajo de las cuales 2 fueron de expertos y 1 de comunicaciones libres.

La procedencia de los trabajos fue de nuestro Hospital General Universitario de Alicante, del Centro de Salud de Florida, Hospital de Torrevieja y del Ayuntamiento de Elche.

Las mesas de trabajo y sus lemas fueron:

Mesa Expertos Nº 1. Moderada por José Luis Giménez Tébar. *Enfermero H.G.U.A. Profesor Asociado Dpto. Enfermería Universidad Alicante. Périto Judicial.*

“Nuevos campos de actuación de enfermería en el contexto actual”

Enfermería Escolar: Dña. Sofía Gutiérrez López. *Coordinadora de Enfermería Centro de Salud San Vicente II. Departamento 19*

Enfermería Hospital Polivalente: Dña. Concepción Mirambell Miralles. *Supervisora Hospital Polivalente H.G.U.A. Departamento 19.*

Enfermería de Continuidad Domiciliaria (E.C.D.): D. Juan I. Jover Rodríguez. *Enfermero de Continuidad Domiciliaria H.G.U.A. Departamento 19.*

Enfermería de Gestión Domiciliaria (E.G.D): M^a Luisa Ruiz Miralles. *Enfermera de Gestión Domiciliaria del Departamento 19. C.S. de San Vicente*

Mesa de Comunicaciones Libres. Moderada por Alicia Sastre Quintano. *Diplomada en Enfermería. Supervisora de las Unidades Asistenciales de Obstetricia y Ginecología. H.G.U.A. Departamento 19.*

- PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LA ADAPTACIÓN AL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MULTIPLE. Dña. Julia Rangil Ortega. CC.EE. de Neurología. HGUA.
- CONSULTA DE ENFERMERIA Y ADOLESCENCIA. Dña. Adela Alonso Gallegos. Centro de Salud Florida.



- INFLUENCIA DEL METODO DE CONSERVACION EN LA GASOMETRIA ARTERIAL. Dña. Vanesa Sevilla Bellido. Pruebas Funcionales de Neumología. HG.UA.
- ENFERMERA, ENSEÑAME A TOSER. Dña. Inmaculada Lassaletta Goñi. Pruebas Funcionales de Neumología. HGUA.
- EDUCACION SANITARIA AL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO ENAT. Dña. Jenny de la Torre Aboki. Reumatología. HGUA.
- TERAPIAS ENDOVENOSAS EN REUMATOLOGIA: NECESIDAD Y UTILIDAD DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENSO. Dña. Jenny de la Torre Aboki. Reumatología. HGUA.
- ASISTENCIA AL PARTO NORMAL: TIEMPO DE CAMBIOS. Dña. M^a Paz de Miguel Ibáñez. Partos. HGUA.

Mesa Expertos nº3: Moderada por Manuela Domingo Pozo. *Enfermera Responsable Unidad Planes de Cuidados H.G.U.A. Profesora Asociada Dpto. Enfermería Universidad de Alicante. Master en Enfermería.*

“Sistemas de Información - Nuevas Tecnologías -“



Representante Atención Primaria Abucasis. Ana Matilde Bellot Bernabé
 Enfermera Dirección de Atención Primaria Dpto. 19
 Representante Conselleria Programa ORION. Pilar Villanova Tallada
 Coordinadora Funcional Adjunta de Orion Clinic.
 Representante Industria Software Enfermería. Myriam Fernández Martín
 Directora de Calidad Asistencial de Cerner Iberia, S.L.

Las mesas de trabajo abordaron temas relacionados como los nuevos campos de actuación de enfermería en el contexto actual: Enfermería en la escuela, deportiva, violencia de género, en el terreno judicial y en la Ley de Dependencia. No olvidando el desarrollo de la docencia, la gestión y la investigación.

Para facilitar la continuidad y la gestión de cuidados desde la hospitalización a domicilio, el papel que representan los enfermeros de continuidad de cuidados (ECD) y los de gestión domiciliaria (EGD) es el de relación intrínseca coordinada a través de la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD).

Tuvieron relevancia trabajos relacionados con los tratamientos en las unidades de corta estancia y hospital polivalente, siguiendo en la línea de mejora de la calidad asistencial.

Muy destacado fue el papel que respecto a la educación sanitaria, en enfermedades crónicas, adolescentes, cuidadores, desempeña la enfermería en estos ámbitos de actuación.

La importancia y relevancia de trabajar con protocolos y la llegada de la estandarización informática se debatió en profundidad ampliando el campo de conocimientos de la enfermería. Ejemplos como los sistemas de información Abusasis II, Orion, Cerner, colaborarán en la integración de la información para terminar con las islas de información que se producen en la actualidad.

TALLERES DE ENFERMERIA:

Se realizaron 3 talleres interactivos coordinados por Dña. Mercedes Albaladejo Tello. Los tres talleres fueron impartidos desde un ámbito teórico-práctico con la finalidad de difundir actividades, terapias y organización de la labor diaria de enfermería.

“Aspectos prácticos del tratamiento con anticoagulantes orales ¿controlamos?”

Responsable: M^a Dolores Tornero Tomás.
Supervisora Banco de Sangre H.G.U.A. Departamento 19.

Viernes 23 de Noviembre 12:30 h.



“Consulta de Enfermería-RAC. Triage en Urgencias”

Responsable: Carmen Esteban Segura.
Supervisora Urgencias Generales H.G.U.A. Departamento 19.

Viernes 23 de Noviembre 16:15 h.



“Modelo Integrado de Atención Domiciliaria (MIAD)”

Responsables: Juan I. Jover Rodriguez.
Enfermero Continuidad Domiciliaria H.G.U.A. Departamento 19.

M^a Luisa Ruiz Miralles. *Enfermera Continuidad Domiciliaria H.G.U.A. Departamento 19*

M^a Dolores Saavedra Llobregat. *Enfermera Centro de Salud Florida. Departamento 19*

Inmaculada Flores Arjona. *Enfermera Centro de Salud San Blas. Departamento 19.*

Sábado 24 de Noviembre 9:00 h.



CONFERENCIA DE CLAUSURA:

Corrió a cargo del Dr. D. Vicente Martí Palanca, cronista oficial del H.G.U.A. con el título “Enfermería en el H.G.U.A. 50 años de historia”. Presentó un recopilatorio de los momentos más inol-



vidables de la historia del Hospital vividos con y por personas que han englobado con su quehacer la memoria de un gran hospital como este.

ACTIVIDADES PARALELAS:

Se expusieron testimonios de sucesores de enfermeros como muestra de nexo y de continuidad de nuestra profesión para expresarnos como viven y cómo sienten la profesión desde el entorno familiar (Participaron los niños Gonzalo y Julia Trigueros Jaén, y Jorge Bernabeu Aguirre).

Se hizo un homenaje a tres generaciones dedicadas a la enfermería de una misma familia (abuela: Carmen Guedea Díaz, madre: Luisa Baño Guedea, hija: Luisa María Juan Baño).

Una representación de los pacientes (enfermo en diálisis: Moisés Ñíguez Alavés, anciano: Antonio Jover Aura, cuidadora de hermano dependiente totalmente por varios ictus: Pilar Guijarro Ruiz) nos aportaron su percepción desde su perspectiva

de la labor de la enfermería, apostando por la buena relación enfermera-paciente en el marco de los cuidados en todos los ámbitos de actuación.

Los Supervisores Generales elaboraron un vídeo para presentarnos la evolución de las demandas de Supervisión General en los 50 años de historia del Hospital.

Al finalizar las Jornadas se pasó un vídeo recopilatorio de escenas y fotografías de personas que han trabajado y trabajan en este Hospital.

Se homenajeó a la enfermera anónima en el cincuentenario del nacimiento del H.G.U.A. con la entrega de una escultura como reconocimiento a la labor profesional desarrollada en cualquier momento de la vida profesional.



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 del
H.G.U.A.*



VICEPRESIDENCIA

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

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

D^a Asunción Sempere Quesada
Subdirectora de Enfermería

VOCALES:

Dña. Virginia Alemañ Santos
Dña. Ana Bellot Bernabeu
D. Jose Luis Jiménez Tebar
Dña. Inés González Sánchez
Dña. Nieves Izquierdo Garcia
Dña. M^a Angeles Lillo Hernández
Dña. Julia López Arenas
Dña. Josefa Martínez Cutanda

Dña. M^a José Muñoz Reig
Dña. Belén Payá Pérez
Dña. Asunción Pérez Andreu
Dña. M^a Dolores Saavedra Llobregat
Dña. Mercedes Segura Cuenca
Dña. Pilar Toboso González
Dña. Alicia Muñoz Moll
Dña. M^a Angeles Pardo Patiño

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE

D. Ginés A. Rodríguez Aguilar
Subdirector de Enfermería

VOCALES:

Dña. Catalina Pardo López
Dña. Encarna Mateo López
D. Fidel Climent Aragón
D. Hector Terol Royo
Dña. Isabel Chaves-Muñoz-Alcon

D. Francisco Blanes Compañ
D. Francisco Pérez Useros
Dña. Francisca Milan Navarro
D. José Borrell Climent
Dña. Isabel Aznar Martinez

Dña. M^a Dolores Martín García
Dña. Manuela Domingo Pozo
Dña. Maria Torres Figueiras
Dña. M^a Victoria Burguera Anguiano

Dña. Helena Reig Gómez
Dña. Aitana Gomis Pazos
Dña. Teresa Valdés Menor
Dña. Rosa Gómez García

SECRETARÍA TÉCNICA

Dña. Fernanda Fernández Gil
Dña. M^a Dolores Más Planelles

Dña. M^a José Jaén Garrido

COORDINACIÓN TALLERES

Dña. Mercedes Albaladejo Tello
Adjunta de Enfermería

DIVULGACION 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. Algunas revistas especializadas.

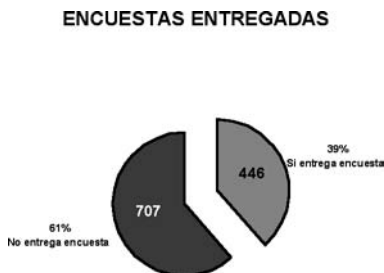
INSCRIPCIONES:

En la XIII 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 1.153.

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 adjuntó una encuesta de opinión para ser contestada anónimamente por los asistentes. La cumplimentación de los diversos ítems, 10 en total, (9 ítems cerrados y 1 libre abierto) facilitó la evaluación de las jornadas.

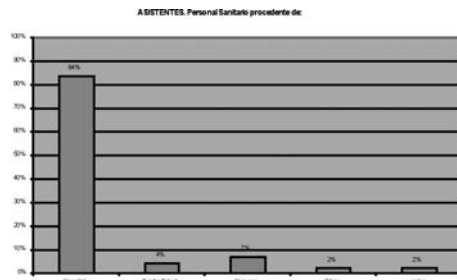


Los comités según los resultados obtenidos valoraron el grado de satisfacción de los profesionales que contestaron la encuesta y

recogieron las propuestas de mejora y sugerencias para sucesivas ediciones.

El número de encuestas contestadas fue de 446, lo que equivale a un 39 % del total de las inscripciones.

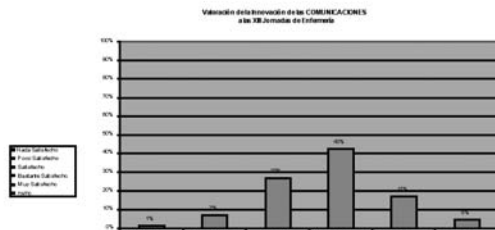
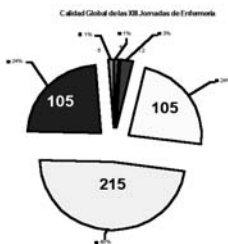
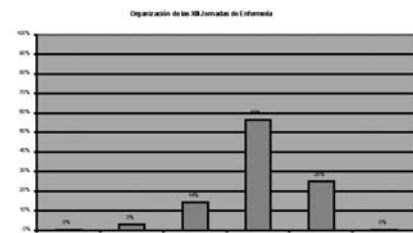
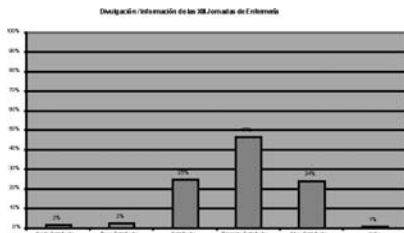
De los encuestados la mayor asistencia registrada fue de personal hospitalario con un 84 %, seguido por un 7% de alumnos, un 4% de personal de los centros de salud, y un 2 % de otras procedencias.



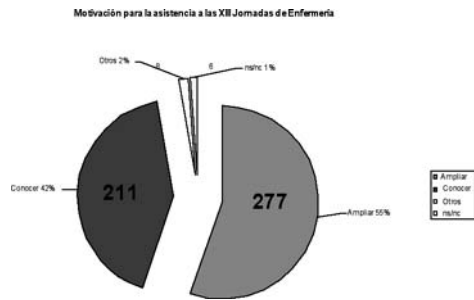
Las respuestas obtenidas en los ítems de la encuesta seguían una escala Likert:

1. Nada satisfactorio.
2. Poco satisfactorio.
3. Satisfactorio.
4. Bastante satisfactorio.
5. Muy satisfactorio.

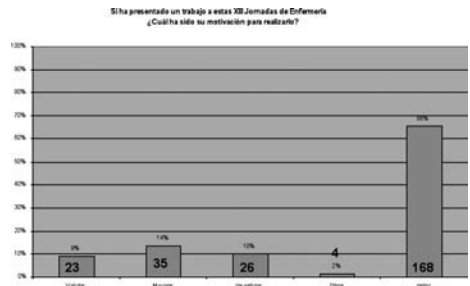
Como puede observarse en los 4 gráficos siguientes el 96 % de las respuestas de los encuestados se encuentran en el intervalo entre: satisfecho/muy satisfecho con respecto a la Divulgación/Información, Organización, Innovación de las Comunicaciones y Calidad Global de las Jornadas.



Sobre la motivación o interés que llevó a los participantes a asistir a las XIII Jornadas, el 55 % contesta que es por ampliar sus conocimientos, el 42 % por conocer el trabajo o investigación que se está realizando en otros campos- Estas respuestas están muy igualadas y son muy similares a ediciones anteriores



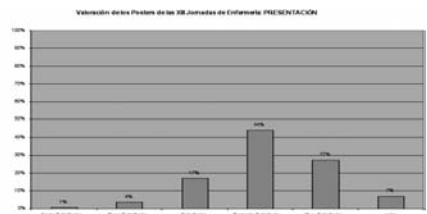
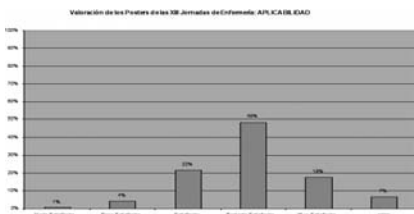
Con relación a la pregunta ¿Cuál ha sido su motivación para presentar un trabajo en las jornadas?, el 40 % de los encuestados contesta que su motivación ha sido para mejorar los trabajos anteriormente presentados. El 30 % para investigar, el 26 % validar, y un 5 % por otros motivos. La intención de los profesionales cada año es mayor en relación a la mejora continua en la elaboración de sus trabajos.

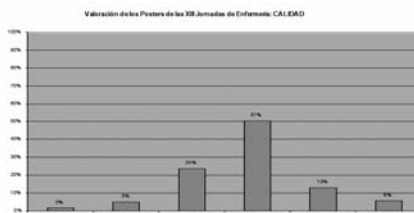
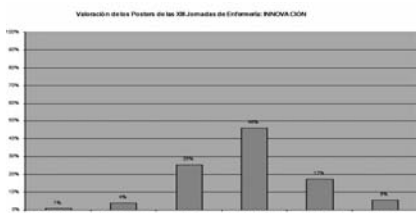


El 89 % valoró las comunicaciones entre satisfactorio y muy satisfactorio en cuanto a los ítems de calidad, innovación, aplicabilidad en la práctica y presentación.



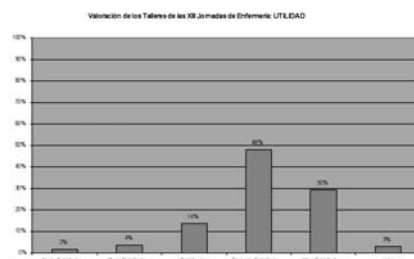
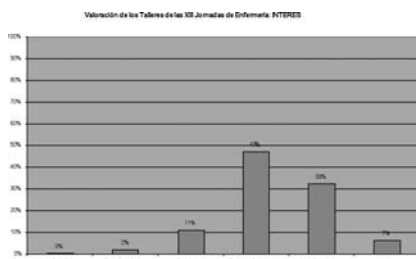
Los posters fueron valorados en relación a los ítems preguntados de: Aplicabilidad en la práctica, Presentación, Innovación y Calidad.





En un 88,25 % entre el intervalo de satisfactorio a muy satisfactorio, destacando la Calidad y Presentación que superaron el 90 %.

Los talleres obtuvieron una puntuación de Bastante satisfactorio a Muy Satisfactorio el 80 %. Habiendo encontrado que la satisfacción este año es mayor que en la edición anterior en un 10 %



Los temas de interés para futuros talleres fueron:

- Terapias alternativas.
- Humanización.
- Risoterapia.
- Aspectos relacionados con la Enfermería Pediátrica.
- Enfermería Cardiológico.
- Enfermería escolar.
- Urgencias.
- Aspectos relacionados con la 3ª Edad.
- Reproducción asistida.
- Motivación.
- Acoso Laboral.
- Nuevas tecnologías informáticas.
- Comunicación.
- Diabetes.
- Enfermería en Salud Mental.
- Cuidados Multiculturales.
- Investigación en Enfermería.
- Indicadores de calidad.

DOCUMENTACION 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

DOCUMENTACION MODERADORES:

- Documentación Asistentes
- Certificado de Moderadores
- Libros de ediciones limitadas
- Set de bolígrafo, lupa y llavero.

DOCUMENTACION PONENTES:

- Documentación Asistentes
- Certificado de Ponentes
- Gastos de viaje y alojamiento
- Gastos dietas
- Libros de ediciones limitadas
- Set de bolígrafo, lupa y llavero.

DOCUMENTACION EQUIPO ORGANIZATIVO:

- Documentación Asistentes
- Certificado de Comités
- Set de bolígrafo, lupa y llavero.
- Obsequios Casas Comerciales

RELACION 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.

RELACION DE CASAS COMERCIALES COLABORADORAS:



ACTOS OFICIALES:

La Mesa Inaugural de las Jornadas estuvo compuesta por el Ilmo. D. José Cano Pascual, Director General de Recursos Humanos, Presidente del CECOVA Ilmo. Sr. D. José Antonio Ávila Olivares, la Ilma. Sra. Asunción Ors Montenegro, Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante, el Ilmo. Sr. Higinio Marín Pedreño, Vicedecano de la Universidad Cardenal Herrera de Elche, y del Presidente de las Jornadas D. Miguel A. Fernández Molina, Director de Enfermería del Departamento 19.



El Mesa de Clausura y entrega de Premios la componían el Hble. D. Luis Rosado Bretón, Secretario Autonómico de Sanitat y Director Gerente de la Agencia, , Ilmo. D. José Antonio Ávila Olivares, Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, Ilma. Dña. Belén Payá Pérez, Presidenta Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante, D. José Martínez Soriano, Gerente del Departamento 19, D. Miguel A. Fernández Molina, Director de Enfermería del Departamento 19 y Presidente de las Jornadas, D. Ginés A. Rodríguez Aguilar, Subdirector de Enfermería del Departamento 19, y Presidente del Comité Organizador de las Jornadas y Dña. Asunción Sempere Quesada, Subdirectora de Enfermería del Departamento 19 y Presidenta del Comité Científico de las Jornadas.

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN

“Enséñame a Toser”

1º PREMIO AL MEJOR CARTEL CIENTIFICO

“Implementación del Plan de Emergencia y Evacuación 2.006 en la escuela infantil municipal de Elche: Rosa Fernández”

2º PREMIO AL MEJOR CARTEL CIENTIFICO

“Lesiones por humedad: un nuevo concepto en la práctica enfermera”

PREMIO POR VOTACIONPOPULAR

“Triaje en Urgencias”

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

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

