

# **IV Certamen de Trabajos Científicos de Enfermería**

“Investigación para la práctica”

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)  
Imprime: IMTEXMA. Alicante.  
Depósito Legal: A-1128-2002  
ISBN: 84-7784-1140-X

**San Juan de Alicante, 4 de Abril**

**Organiza:**

Dirección de Enfermería  
Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant

Salón de Grados  
Universidad Miguel Hernández  
Campus de San Juan

*Declarado de Interés Científico-Sanitario por la Consellería de Sanidad de la  
Comunidad Valenciana*

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

*Reconocido como Promotor del Desarrollo Científico de Enfermería por SCELE*



## **IV Certamen de Trabajos Científicos de Enfermería Hospital Universitario San Juan**

Por cuarto año consecutivo, la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario San Juan organiza este Certamen de Trabajos Científicos de Enfermería

La celebración anual indica la voluntad de llamar a la máxima participación e implicación. El nombre del certamen obedece a un objetivo irrenunciable que ha de conseguirse paulatinamente.

En la edición de 2003 se amplía doblemente el reto: por primera vez se abarca la convocatoria a toda la provincia de Alicante y se invita a la participación de los estudiantes de Enfermería.

En esta ocasión, partiendo del objetivo general ya reflejado, se ha escogido un lema **INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA** que de una manera lógica nos lleva a los objetivos específicos de este IV Certamen.

- Difundir los trabajos de Enfermería realizados por los profesionales y estudiantes de Enfermería en la provincia de Alicante
- Potenciar la realización y comunicación tanto de trabajos de investigación como de sistematización profesional u otro tipo.
- Iniciar el necesario acercamiento entre la investigación y la práctica profesional enfermera.

Ya se trate de estudiantes, profesores, asistenciales, gestores o investigadores, este encuentro muestra la pluralidad de enfermería.

Se agradece a todos su participación y asistencia.

El presidente del Certamen  
*Juan Luis Zaragoza Fernández*



## OBJETIVOS

- Difundir los trabajos de Enfermería realizados por los profesionales o estudiantes de Enfermería de la provincia de Alicante
- Potenciar la realización y comunicación tanto de trabajos de investigación como de sistematización profesional.
- Iniciar el necesario acercamiento entre la investigación y la práctica profesional enfermera.

## COMITÉ DE HONOR

Honorable Sr. D. Serafín Castellano Gómez  
*Conseller de Sanitat de la Comunitat Valenciana*

Ilmo. Sr. D. Marciano Gómez Gómez  
*Subsecretario para la Agenda Valenciana de la Salud*

Ilma. Sra. Dña. Rosa Roca Castelló  
*Directora General para la Prestación Asistencial*

Ilmo. Sr. D. Jose Vicente García García  
*Director Territorial de la Conselleria de Sanitat de Alicante*

Ilmo. Sr. D. Jose Antonio Avila Olivares  
*Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana*

Ilma. Sra. Dña. Belén Payá Pérez  
*Presidenta del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante*

Ilma. Sra. Dña. Loreto Maciá Soler  
*Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante*

Ilmo. Sr. D. Luis Rosado Bretón  
*Director del Hospital San Juan*



## **ESTRUCTURA ORGANIZATIVA**

### ***PRESIDENTE DEL CERTAMEN:***

D. J. Luís Zaragoza Fernández  
Director de Enfermería del Hospital Universitario San Juan

### ***COORDINADORA DEL CERTAMEN:***

Dña. Francisca Moreno Chapín

## **COMITÉ CIENTÍFICO**

### ***PRESIDENTE***

D. Miguel Angel Nuñez Martínez

### ***VOCALES***

Dña. Carmen Bilbao Acosta  
Dña. Emilia Ramis Ortega  
Dña. Mercedes Núñez del Castillo  
Dña. M<sup>a</sup> Dolores Espinosa Pérez  
Dña. María Gea García  
Dña. María Angeles Montesinos Carratalá  
Dña. Loreto Cruz Bonmatí

## **COMITÉ ORGANIZADOR**

### ***PRESIDENTE***

D. José Luis Jurado Mollano

### ***VOCALES***

Dña. Maria Angel Sebastián La hoz  
Dña. Carmen Vecina Molina  
Dña. Pilar Brull Martín  
Dña. Carmen Pérez Moltó  
Dña. Carmen de Mena Casaseca  
Dña. María Rosa Asensio López  
Dña. Rosa Ortega Garcia  
Dña. Amelia Moltó Calabuig  
Dña. Juana López Coig  
Dña. Mónica Álvarez Menendez  
Dña. Sonia Álvarez Menendez  
D. Javier López Romero  
Dña. Barbara Pilar García

### ***Secretarias:***

Dña. Susana Sirvent Belando. Secretaria Dirección de Enfermería  
D. Francisco Javier López Romero. Secretaria Técnica



## Normal Generales y de Participación:

### NORMAS GENERALES

Los Profesionales o Estudiantes de Enfermería de la provincia de Alicante podrán presentar para su comunicación en este Certamen sus trabajos no presentados en ediciones anteriores.

El tiempo asignado para cada comunicación será de 15 minutos salvo que se acuerde previamente una mayor duración.

Premios Alberto Prado Foenkinos: Se concederá un premio en metálico a la comunicación mejor valorada de cada grupo.

Las certificaciones acreditativas se distribuirán una vez terminado el Certamen.

### NORMAS DE PARTICIPACIÓN

Las comunicaciones se han de presentar en la Secretaría del Certamen antes del día 1 de marzo de 2003.

Cada comunicación ha de presentarse en formato papel y en formato electrónico. Se incluirá el trabajo completo para su publicación y un resumen ajustado a las siguientes características:

- Extensión máxima de una página A 4
- Letra Times New Roman tamaño 12 con interlineado de 1,5.
- Márgenes izquierdo y derecho de 3 cm. y superior e inferior de 2,5 cm.

Al principio de cada resumen se incluirá.

- Nombre y apellidos de los autores y, entre ellos del comunicante.
- Lugar de Trabajo o Prácticas.
- Teléfono de contacto.
- Recursos audiovisuales necesarios para la comunicación.
- Especificación de forma de Comunicación (Oral o Póster).
- Clasificación de su trabajo e inclusión en uno de los siguientes grupos:

<b>TIPO A</b> Comunicación de trabajos de Investigación.	<b>TIPO B</b> Comunicación de trabajos de sistematización profesional	<b>TIPO C</b> Otro tipo de Comunicación
Estructura de Comunicado Científico.	Protocolos, Programas, Registros, Proyectos organizativos...	Estructura y contenido según el criterio de los autores.



## **PREMIOS**

### **PREMIOS A LAS MEJORES COMUNICACIONES OTORGADOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO.**

#### **PREMIOS “ALBERTO PRADO FOENKINOS”**

##### **Premio a la mejor comunicación MESA A:**

600,00 Euros y Accésit de 240 Euros en Formación Colegial de Postgrado.

##### **Premio a la mejor comunicación MESA B:**

300,00 Euros y Accésit de 120 Euros en Formación Colegial de Postgrado.

##### **Premio a la mejor comunicación MESA C:**

150,00 Euros y Accésit de 120 Euros en Formación Colegial de Postgrado.

\* Los accésits en formación son otorgados por gentileza del  
Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.



## ENTIDADES COLABORADORAS

La dirección de Enfermería del Hospital de San Juan y Centro de Especialidades Santa Faz, expresan su más profundo agradecimiento a las siguientes entidades y empresas colaboradoras por su especial sensibilidad hacia nuestros profesionales y el apoyo prestado a la organización de este IV Certamen.



**Ilustre Colegio Oficial de Enfermería  
de la Provincia de Alicante**



**Consejo de Enfermería de la  
Comunidad Valenciana  
CECOVA**



**SCELE**



**Excmo. Ayuntamiento de Alicante**



**Excma. Diputación Provincial  
de Alicante**



**GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERIA DE SANITAT**



**Hospital Universitario  
San Juan de Alicante**

**• Lavamed S.A. • Mediterránea del Catering S.L.**



## LEMA

### Investigación para la Práctica

#### OBJETIVOS

- Difundir los trabajos de Enfermería realizados por los profesionales o estudiantes de Enfermería de la provincia de Alicante
- Potenciar la realización y comunicación tanto de trabajos de investigación como de sistematización profesional.
- Iniciar el necesario acercamiento entre la investigación y la práctica profesional enfermera

#### PROGRAMA

**8.30h.** Entrega de documentación.

**9.00h.** Acto Inaugural.

**9.30h.** Conferencia Inaugural “**El Cuidado: de invisible a objeto de estudio**”.

*Expone:* Emília Ramis Ortega, enfermera Hospital Universitario San Juan de Alicante. Presidenta de SCELE.

**10.00h.** MESA A: Comunicaciones orales de trabajos de Investigación.  
*Moderadora:* Eugenia Galiana.

**10.00h. Cuidados Integrales en la cirugía de la incontinencia urinaria femenina.** *Autores:* Dolores Llorca Llinares. Carmen de Mena Casaseca. Mónica Alvarez Menéndez.

**10.15h. Barreras e instrumentos facilitadores de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE).** *Autores:* José Ramón Martínez Riera

**10.30h. Eficacia del consejo sobre lactancia materna en el puerperio inmediato.** *Autores:* Rosalía García García, María Jesús Mas Pla, Cristina Seva Soler

**10.45h. La turnicidad y el burnout en el personal de enfermería.** *Autores:* Cesar Alonso Mozas, M<sup>a</sup> Vico Eguizábal Abad, Laura Ranedo Metola.

**11.00h. Humanización: calidad del cuidado sanitario.** *Autores:* Bárbara - Pilar García Gíner M<sup>a</sup> Antonia Angel Juan. Carmen Sentenero Más. Auxiliares de Enfermería consulta ginecología. Juan Luis Zaragoza Fernández. Director de Enfermería. Dr. Francisco Quereda Seguí. Unidad de Atención al Climaterio Facultativo Especialista en Ginecología Y Obstetricia Hospital U. San Juan de Alicante.

**11.15h.** Pausa Café

**11.45h. Nivel de satisfacción de los profesionales de enfermería en el uso de la llave de tres pasos. Desarrollo de un nuevo dispositivo para suministro de medicación por vía intravenosa.** *Autores:* Nuria Vicente Ibarra, Francisco Ramírez Camero, Francisco, Javier Ballesta López.

**12.00h. Estudio descriptivo sobre la edad materna en el tipo de parto y clasificación del recién nacido.** *Autores:* Laure Rodríguez Vizcaino, Arantzazu Fuentes Martínez, Carmen Serrano Rodríguez, M<sup>a</sup> Jose Infantes, M.M. Riyo Baeye, A. Escolano.

**12.15h. Visión de la enfermera/o en el uso seguro del medicamento.** *Autores:* Pardo Hernández MC, Pomares Pastor JA, Aznar Saliente T. Servicio de Farmacia Hospital San Juan de Alicante.

**12.30h. Valoración de la infección nosocomial en el servicio de medicina interna del Hospital Vega Baja.** *Autores:* Josefina Salinas Martínez, Susana Blasco Blasco, Encarna Manresa González.

**12.45h. Cuidados de enfermería en pacientes con fibromialgia de la consulta de Reumatología del hospital de Alcoy.** *Autores:* M<sup>a</sup>. Dolores Gil del Gallego.

**13.00h. Control de un procedimiento de enfermería en el área de salud nº 20.** *Autores:* Joaquín Garrido Andreu, Encarna Manresa González, José Francisco García Aguilar, Dirección de Enfermería Atención Especializada Área 20. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.

**13.15h.** Turno de preguntas a la Mesa A.

**13.45h.** Visita Pósters

Pósters tipo A

• **Reproductibilidad del test de somnolencia EPWORTH en pacientes en lista de espera de polisomnografía.** *Autores:* Javier López Romero, Riera A, Sergado A; Chiner E; Arriero JM; Signes-Costa J; Gómez Merino E; Andreu AL; Pastor E; Marco J; Zaragoza JL.

• **La espirometría en una unidad de tabaquismo.** *Autores:* Ana Riera Lara, J López Romero, R Gonzalez Roda, A Sergado, J Signes-Costa, E Chiner, E Gomez-Merino, JM Arriero, AL Andreu, E Pastor, J Marco.

• **Estudio actividad en la práctica de enfermería en AP: Importancia de la Enfermera de Referencia.** *Autores:* José Ramón Martínez Riera, Inmaculada Pérez Pont, Pablo Martínez Cánovas.

• **Estudio actividad en la práctica de enfermería en AP: Análisis de la Metodología de la consulta de Enfermería.** *Autores:* José Ramón Martínez Riera, Inmaculada Pérez Pont, Pablo Martínez Cánovas.

• **Actividad de la enfermería en una unidad de sueño dependiente de neumología.** *Autores:* Sergado Pons, Antonia; Riera A; López J; Chiner E; Signes-Costa J; Arriero JM; Gómez-Merino E; Marco J; Andreu AL; Zaragoza JL

Pósters tipo B.

• **Pequenoticias.** *Autores:* M<sup>a</sup> Teresa Morell Javaloyes, Bernardina Ortuño Gracia.

Pósters fuera de concurso

• **Grado de satisfacción de los pacientes en un hospital de agudos.** *Autores:* A. González, M<sup>a</sup>. A. Montesinos, M. C. Salinas, L. Rosado, J.L. Zaragoza, A. Hernández.

• **Infección nosocomial por SAMR.** *Autores:* A. González, O. Valverde, E. Meroño, A. Hernández, J.L. Zaragoza, A. Zorraquino.

• **Antisépsia quirúrgica. Breves apuntes biográficos e iconografía de algunas figuras relevantes.** *Autores:* A. González, M<sup>a</sup>. A. Montesinos, J.L. Zaragoza, A. Hernández.

• **Infección nosocomial en pacientes quirúrgicos. Factores de riesgo asociados.** *Autores:* A. González, M<sup>a</sup>.A. Montesinos, L. Beneyto, J.L. Zaragoza, E. Meroño.

• **Estudio de algunos factores de riesgo asociados a infección del sitio quirúrgico en un servicio de cirugía general.** *Autores:* E. Meroño, A. González, M<sup>a</sup>.A. Montesinos, V. Nuñez, A.M. Haro, A. Candela.

• **Neumonía nosocomial en pacientes de uci sometidos a ventilación mecánica.** *Autores:* A. González, M<sup>a</sup>.A. Montesinos, E. Meroño, A. Zorraquino, J.L. Zaragoza, L. Beneyto.

• **Infección quirúrgica en el servicio de traumatología. Factores de riesgos asociados.** *Autores:* A. González, A.M. Haro, M<sup>a</sup>.A. Montesinos, J.L. Zaragoza, L. Beneyto, A. Zorraquino.

• **Evolución de la satisfacción de pacientes en un Hospital Universitario.** *Autores:* A. González, A.M. Haro, L. Rosado, J.L. Zaragoza, A. Hernández, J.F. Navarro.

• **Adecuación de estancias en pacientes ingresados en el Hospital Universitario de San Juan.** *Autores:* A. González, A.M. Haro, M. C. Salinas, L. Rosado, J.L. Zaragoza, A. Hernández.

**14.30h.** Descanso Comida

**16.00h.** MESA C: Comunicaciones orales de estructura y contenido libre.  
*Moderador:* Miguel Ángel Núñez.

**16.00h.** Renace la Esperanza  
*Autores:* M<sup>a</sup> Pilar López Moreno

**16.15 h. Experiencias en el primer día de practicas de los alumnos de primer curso de la diplomatura de enfermería.** *Autores:* José Ramón Gomis Pascual, María Jesús Salort Senseloni, Hector Francés Gonzalez, Estefanía Fernández Gonzalez. Alumnos de primer curso de la E.U.E. de la U. de Alicante. Hospital Universitario San Juan de Alicante.

**16.30 h. Enfermería y LASIK.** *Autores:* Vicenta López Guijarro, M<sup>a</sup> José Pérez Rodríguez, M<sup>a</sup> José Villalta Mompeán.

**16.45 h. Visión de futuro en organizaciones sanitarias.** *Autores:* Encarna Manresa González. Jose Francisco Garcia Aguilar.

**17.00 h.** Turno de preguntas a la Mesa C.

**17.15 h. MESA B: Comunicaciones orales de trabajos de sistematización profesional.** *Moderadora:* María Gea.

**17.15 h. Adaptación del protocolo diabetes tipo 1: Discapacitados psíquicos.** *Autores:* Noelia García Aracil.

**17.30 h. Bases para la retirada de la ventilación mecánica.** *Autores:* José Ramón Cuevas Valcárcel.

**17.45 h. Consulta de Enfermería a Demanda en A.P. Una propuesta de cambio.** *Autores:* José Ramón Martínez Riera.

**18.15 h. Valoración de Enfermería UTA.** *Autores:* Almudena Pernas Barahona, M<sup>a</sup> Ana Pedreño Aznar. Enfermeras residentes de la especialidad de Salud Mental y Psiquiatría.

**18.30 h. Protocolos de la actuación de enfermería en la unidad de trastornos de la alimentación hospitalaria (UTA).** *Autores:* Gregoria Llada Gómez.

**18.45 h. Modelo de registro conjunto para madre e hijo en una unidad de obstetricia.** *Autores:* Noemí Alfayate Diez, Patricia Luna Giner, Virginia Gonzalez Mascuñán, Marta Ureña Almagro, Pilar Fernández Ibáñez, Eva Rodríguez Almansa. Estudiantes de 2<sup>a</sup> curso de la Diplomatura de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería de la U.A. Hospital Universitario San Juan de Alicante.

**19.00 h. Desarrollo de una unidad de cuidados paliativos domiciliaria en un servicio de oncología médica.** *Autores:* Bartolomé Lobón Vidal (Enfermero), Dra. Montserrat Alberdi Bellón (Médico), Dra. Ana Isabel Martínez Fernández (Psicóloga), Marcela Quinteros Covella (Enfermera), Dr. José Lizón Giner (Jefe Servicio de Oncología Médica del Hospital de San Juan).

**19.15 h. Protocolos de Enfermería.Unidad de Cuidados Intensivos: Clínica de Benidorm.** Autores: Miguel Angel Argemeses Roa, Yolanda Rivado Ortega et al.

**19.30 h.** Turno de preguntas a la Mesa B.

**19.45 h. Conferencia de Clausura. Título: Promoción y Desarrollo de la Investigación.** Expone: Belén Payá, presidenta del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.

**20.00 h.** Conclusiones

**20.15 h.** Entrega de premios y diplomas.



# ÍNDICE

## Conferencia Inaugural

- El Cuidado: de invisible a objeto de estudio ..... 25

## Mesa A

- Cuidados Integrales en la Cirugía de la Incontinencia Urinaria ..... 35
- Barreras e Instrumentos Facilitadores para el uso de la EBE ..... 45
- Eficacia del consejo sobre lactancia materna en el puerperio inmediato ... 55
- La Turnicidad y El Burnout en el Personal de Enfermería ..... 69
- Humanización: Calidad del Cuidado Sanitario ..... 79
- Nivel de satisfacción de los profesionales de enfermería  
en el uso de la llave de tres pasos. Desarrollo de un nuevo dispositivo  
para suministro de medicación por vía intravenosa ..... 89
- Estudio descriptivo sobre la edad materna en el tipo de parto  
y clasificación del recién nacido. La incidencia de la edad materna  
sobre la alimentación del recién nacido y lactante ..... 105
- Visión de la enfermera/o en el uso seguro del medicamento ..... 113
- Valoración de la Infección Nosocomial en el Servicio de  
Medicina Interna del Hospital Vega Baja ..... 133
- Cuidados de Enfermería en pacientes con Fibromialgia ..... 139
- Control de un Procedimiento de Enfermería en el Área de Salud nº 20 .... 149

## Mesa C

- Renace la esperanza ..... 157
- Experiencias en el primer día de prácticas de los alumnos  
de primer curso de la Diplomatura de Enfermería ..... 161
- Enfermería y Lasik ..... 169
- Enfermería: una visión de futuro en las organizaciones sanitarias ..... 175

## Mesa B

- Protocolo de Diabetes Tipo 1: discapacitados psíquicos ..... 187
- Bases para la retirada de la Ventilación Mecánica ..... 195
- Consulta de Enfermería a demanda en Atención Primaria.  
Una propuesta de cambio ..... 203
- Valoración de Enfermería Unidad de Trastornos Alimentarios ..... 217
- Protocolos de la actuación de Enfermería en la Unidad  
de Trastornos de la Alimentación Hospitalaria (uta) ..... 223
- Desarrollo de una Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliaria  
en un Servicio de Oncología Médica ..... 241
- Protocolos de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos,  
Clínica Benidorm ..... 247

## Conferencia de Clausura

- Promoción y desarrollo de la Investigación en Enfermería ..... 251



## **Conferencia Inaugural**

# **EL CUIDADO: DE INVISIBLE A OBJETO DE ESTUDIO**



## **EL CUIDADO Y SUS SIGNIFICADOS**

El término Cuidado designa un concepto complejo e importante socialmente. Es de uso general, frecuente y diverso.

El María Moliner<sup>1</sup> recoge múltiples locuciones: (Cuidarse de, Cuidar a, Tener cuidado con, Estar al cuidado de) que van desde la evitación o preservación de peligros hasta la dedicación y esmero necesarios para alcanzar un resultado.

En relación al cuidado humano, Leininger<sup>2</sup> considera que es fundamental en el crecimiento, desarrollo y supervivencia de los seres humanos.

De los cuidados profesionales enfermeros dice que son humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente y orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones de vida y de muerte.

Según esta aportación, el cuidado enfermero se distingue del cuidado general entre humanos por sus características de conocimiento científico y de interrelación humanista puestas al servicio de unos objetivos de salud.

La profesión enfermera queda definida a través de su objeto de estudio: el cuidado.

## **EL CUIDADO NECESARIO PARA ENFERMERÍA**

A pesar de la claridad de significados y conceptos, la realidad cotidiana de nuestra profesión sugiere que enfermería no acaba de creer en sí misma, que padece una dolencia que le ha afectado históricamente y que hoy valoraremos como si enfermería fuese nuestro paciente.

Si utilizamos la Taxonomía NANDA<sup>3</sup>, podemos aplicar a nuestra profesión el Diagnóstico de Baja autoestima crónica.

**ETIQUETA DIAGNÓSTICA:** Baja autoestima Crónica

**DEFINICIÓN:** Larga duración de una auto evaluación o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.

**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:** Algunas de las manifestaciones que encontramos en enfermería son:

- Expresiones negativas sobre sí misma.
- Autoculpabilización
- Resistencia al cambio
- Dependencia y sumisión a las opiniones de otros profesionales
- Pasividad
- Indecisión

**FACTORES RELACIONADOS:** En el Diagnóstico de la NANDA están pendientes de desarrollo.

**PLAN DE CUIDADOS:** Seguir las indicaciones de M.T. Luís<sup>4</sup> nos lleva a unos autocuidados para nuestra Paciente / Profesión que planteamos y aplicamos en varios pasos:

## **1. IDENTIFICAR O REFLEXIONAR CRÍTICAMENTE**

- Las causas que favorecen o provocan los sentimientos negativos.
- La influencia de factores externos que han incidido sobre nuestro desarrollo. (cultura, religión, sexo).
- Las habilidades, recursos y mecanismos de afrontamiento que hemos desarrollado a lo largo del tiempo.

### *1.1. EL CUIDADO INVISIBLE*

A pesar de que la humanidad tiene como irrenunciables los cuidados, tradicionalmente la actividad enfermera ha sido considerada complementaria y subsidiaria de la ciencia médica que avanza centrada en la patología, ya sea en su curación o, simplemente, en su diagnóstico.

Para Medina<sup>5</sup>, el cuidado es tratado como recurso prescrito desde otra disciplina, devaluado como objeto formal de estudio y reducido a la categoría de actividad doméstica, normalmente invisible. Su conocimiento se considera intuitivo y tácito, transmitido por imitación, acrítico y desprovisto de reflexión.

La interiorización de esta conceptualización por las mismas enfermeras facilita, sin ninguna violencia, el control externo de la profesión enfermera.

A través de la historia el control social externo ha tenido diversas identidades: El sexismo, la religión, las leyes, los médicos.

Desde cada una se ha ido perfilando la sumisión que ha caracterizado a las enfermeras. Los cuidados, esperados siempre, eran brindados por las enfermeras como algo natural hecho por tradición, por sentimientos religiosos o por abnegación femenina. Su valor, por desconocido, parece inexistente.

De este modo, externamente, se ha definido la enfermería privándola de su marco filosófico propio e impulsándola a actividades delegadas de otras profesiones, ejecutadas dentro de un riguroso orden jerárquico.

La enfermera es, en este contexto, tan invisible como su cuidado.

### *1.2. EL CUIDADO AMENAZADO*

Actualmente el necesario control económico se ha convertido en una nueva cara del control social externo.

El cuidado no se ofrece como producto de una cartera de servicios. La invisibilidad de sus beneficios lo aparta de la lista de inversiones.

En ocasiones, el lenguaje de los gestores al hablar de calidad y de eficiencia disfraza de objetividad conceptos implícitos que perpetúan el sistema que ha ahogado nuestras posibilidades de desarrollo profesional y científico.

### *1.3. EL CUIDADO FRAGMENTADO*

Medina habla de las falsas dicotomías como instrumento del reduccionismo<sup>5</sup>. La realidad compleja se presenta parcelada, como realidades u opciones excluyentes

entre las que hay que elegir renunciando a la visión de conjunto.

La invisibilidad y la falta de cohesión de un tronco común de conocimientos han facilitado la disgregación de las enfermeras según sus áreas de actividad y ha convertido la pluralidad en rivalidad e, incluso, antagonismo.

En ocasiones, por este mismo mecanismo, se fragmenta la disciplina y se crean de forma artificial profesiones diferentes sin interdependencia docente ni profesional con enfermería.

Los factores históricos y sociales de esta disgregación son variados y conocidos de la mayoría. Pero la causa y consecuencia principal está en el hecho de que la disciplina enfermera adolece de falta de desarrollo.

## **2. SISTEMATIZAR ACTIVIDADES**

En este segundo paso de nuestro plan de autocuidados, nos inspiramos de nuevo en M.T. Luís para recomendar la planificación sistemática de una estrategia de futuro.

- Establecer pautas de conducta que ayuden a normalizar actitudes y hábitos.
- Fomentar la toma de decisiones.
- Apoyarse en el resto de integrantes de la profesión y fomentar la participación activa.

El cuidado como actividad y como objeto formal de estudio de la disciplina enfermera, es el elemento central de nuestro crecimiento disciplinar.

Se ha de ajustar a los cambios demográficos, políticos y sociales que han hecho distintas a las personas en su esperanza y hábitos de vida, su concepto y expectativas de salud y su entorno físico, familiar, laboral cultural y de ocio<sup>6</sup>.

Esta versatilidad de la aplicación de los cuidados sólo puede conseguirse desde un conocimiento íntimo de la práctica y de las necesidades cambiantes de las personas, contrastado con el conocimiento obtenido a través de la investigación.

La sistematización, lejos de encorsetar el proceso puede ayudar a monitorizarlo y someterlo a continua adaptación y facilitar la medición de resultados.

## **3. INVESTIGAR NUEVAS FORMAS DE CUIDAR**

Aquí volvemos a recordar a M.T. Luís:

- Proponer objetivos realistas de acuerdo con las capacidades y posibilidades.
- Estimular actividades y proyectos satisfactorios.

Adaptamos la idea y proponemos:

El autocuidado es investigar con el mayor rigor científico cómo ha de ser nuestra práctica para cumplir nuestro cometido para con la sociedad.

La investigación es esencial para responder las preguntas de la práctica. Es más, una investigación sin aplicación práctica es disciplinariamente inútil. Como nos explican Los profesores Richart y Cabrero<sup>7</sup>, las investigaciones de las enfermeras en todo el mundo son una empresa pequeña aunque en crecimiento.

Existe un incremento notable de revistas de enfermería y de estudios realizados por enfermeras sobre temas y desde paradigmas diversos. Entre ellos, hay un buen número de investigadores cuyos trabajos se centran en el proceso enfermero o en alguna de sus fases, para definirlo o validarlo, resaltar su valor explicativo de la acti-

vidad enfermera, valorar su implementación entre los profesionales<sup>8-10</sup> o buscar su valor de referencia en la investigación sobre medición de resultados<sup>11-13</sup>.

La investigación habrá de ser el elemento de cohesión y de desarrollo. El crecimiento científico, ha de conseguir que los cuidados enfermeros dejen de ser un término ambiguo y manipulable, que aumenten su fundamentación teórica y empírica y que puedan mostrar su aportación a la salud de la población.

#### **4. INCREMENTAR NUESTRO CONOCIMIENTO ACADÉMICO**

Para M.T. Luís es esencial:

- Valorar la situación actual y nuestros propios recursos con el fin de aprovecharlos e incrementarlos.

El autocuidado que consideramos pertinente es dotar a la profesión de la formación académica necesaria para ser autora, ejecutora y maestra del desarrollo necesario.

Las enfermeras actuales tenemos una formación universitaria que facilita un buen grado de comprensión conceptual y nos convierte en polifacéticas en el mercado laboral.

La persona que decide estudiar enfermería sabe que puede escoger entre muchos estudios diferentes y que sus conocimientos y aptitudes son comparables a los de cualquier otra persona que se inicia en el mundo universitario.

Pero la aparente igualdad de la entrada es una falacia. Después de 25 años en la Universidad, las enfermeras seguimos sin poder recorrer todo el trayecto académico. No poder optar oficialmente a ser licenciadas y doctoras nos impide ejercer el derecho de cambiar nuestra propia profesión.

La situación actual se corresponde con el paradigma sociocrítico<sup>14 - 15</sup> en que, conocida e interpretada la historia, llega el momento en que las enfermeras se convierten en agentes de cambio de su futuro, conscientes de su poder para hacerlo.

Este es un momento crítico en el que vemos cercano el reconocimiento de nuestros derechos académicos. La licenciatura en enfermería aparece como la oportunidad de constituirse como disciplina científica en el seno de las universidades<sup>16</sup>.

#### **EL CUIDADO: OBJETO DE ESTUDIO DE ENFERMERÍA**

Para terminar, tenemos que insistir en que el cuidado es un elemento esencial y unificador de la Enfermería. Tiene múltiples dimensiones de estudio y de práctica que contemplan holísticamente a la persona, su salud y su entorno. Es el objeto formal de estudio y de conocimiento de la disciplina enfermera<sup>5</sup>.

El cuidado se desarrolla a través de la reflexión, la sistematización y la investigación. La praxis diaria se basa en estos a la vez que los nutre y fortalece. La necesidad de esta armonía ha de ser evidente desde que somos estudiantes.

Esta idea es la que subyace en este Certamen. Ese es el razonamiento que ha llevado al Comité Científico a tipificar las mesas de comunicaciones en tres apartados distintos pero igualmente importantes.

Si bien es cierto que nuestra vertiente científica es la que más estímulo necesita, se pretende no extraerla de su contexto natural.

La investigación busca respuestas a las preguntas que elaboramos en nuestras reflexiones para que las apliquemos en nuestros sistemas de cuidar.

La sistematización marca unos mínimos requisitos que habrán de enriquecerse con la personalización de cada cuidado.

La reflexión piensa críticamente la forma de cuidar, planifica, evalúa, genera preguntas de investigación.

La presencia de estudiantes en esta edición del Certamen obedece también a la visión de conjunto que se persigue.

Curiosamente, ahora más que nunca, se revela como fundamental la integración de la docencia y la investigación con la asistencia y la gestión en un continuum disciplinar que aleje las dicotomías y nos acerque al mundo complejo al que pertenecemos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Moliner M. Diccionario de uso del español. Madrid: Gredos; 1998.
2. Wesley R.L. Teorías y modelos de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España; 1997.
3. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Madrid: Ediciones Harcourt División Iberoamericana; 2001.
4. Luís Rodrigo M.T. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Masson; 2000.
5. Medina J.L. La Pedagogía del Cuidado: Saberes Y Prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería. Barcelona: Laertes; 1998.
6. Domínguez-Alcón C. Sociología del Cuidado. *Enferm. clín.* (Madrid) 1999; 9(4):174-181.
7. Cabrero J, Richart M. Investigar en Enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Publicaciones de la Universidad de Alicante; 2001.
8. Acebedo S, Aguarón M<sup>a</sup>J, Rodero V, Ricomá R. Enfermería basada en la evidencia: estándares para la práctica clínica. *Enferm. clín.* (Madrid) 1999; 9 (4): 167-173.
9. López Ruiz J. Propuestas para el desarrollo profesional (y II). *Enferm clín* (Madrid) 2000;10 (4): 157-162.
10. Martín Robledo E, García López F, Asenjo Esteve Á. Diagnósticos de Enfermería: Estrategia de implantación. *Rev Rol enferm* (Barc) 1997 (225): 57- 63.
11. Corrales D, Galindo A, Escobar M.A, Palomo L, Magarino M.J. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten-Primaria.* 2000 Mar 15; 25(4): 214-9.
12. Corrales-Nevado,-D. Organización, funciones y eficiencia de enfermería. *Rev-Enferm.* 1998 Dec; 21(244): 11-5.
13. de Francisco Casado M.A. Análisis del coste de la visita domiciliar de enfermería a inmobilizados. Aproximación al estudio de la eficiencia. *Aten-Primaria.* 1997 Feb 28; 19(3): 110-6
14. Siles Gozález J. Pasado, presente y futuro de la enfermería en España. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 2000.
15. Siles Gozález J. Antropología narrativa de los cuidados. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 2000.
16. Hernández Conesa J. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España; 1995.



# Mesa A



# Cuidados Integrales en la Cirugía de la Incontinencia Urinaria

## **AUTORES:**

**C de Mena Casaseca.**

*Enfermera Supervisora Unidad Cirugía-Urología.*

**D. Llorca Linares.**

*Enfermera Unidad Cirugía-Urología.*

**M. Álvarez Menéndez.**

*Enfermera Unidad Cirugía-Urología.*

*HOSPITAL UNIVERSITARIO DE "SAN JUAN". SAN JUAN (ALICANTE)*



## **INTRODUCCIÓN**

La incontinencia urinaria femenina de esfuerzo es un problema de salud que afecta a un importante nº de mujeres, se presenta comúnmente a partir de los 30 años, variando su prevalencia el 5% al 50 % en las mujeres de mas 60 años.(1)

La paciente nota la perdida involuntaria de orina, este síntoma, además es una condición causada por defectos anatómicos de soporte pélvico, siendo un problema de salud que repercute en su bienestar físico.

Estas pacientes por si mismas o por las consecuencias de la afectación” olor, sensación de humedad”, se sienten marginadas, viven con vergüenza esta afectación que esconden, su mundo de relación y actividades disminuye, esto supone un daño importante subjetivo a nivel psicológico y social (se recluyen en casa afectándose sus relaciones sociales, además no hay que olvidar la repercusión nada despreciable en su economía por gasto en compresas que supone a la enferma la incontinencia.

La perdida involuntaria de orina repercute por tanto de modo permanente en su bienestar físico -psíquico- social y económico.

En la cirugía reparadora de la incontinencia urinaria se pretende mas que elevar el cuello vesical restaurar el soporte pélvico y dar apoyo posterior a la uretra femenina para que cohapse.(2)

En este marco los cuidados de enfermería postoperatorios de la incontinencia urinaria de esfuerzo y mixta que vamos a exponer van dirigidos a una paciente que ha sido intervenida mediante sling con malla de prolene y reparación ginecología oportuna en el mismo acto quirúrgico.

Estos cuidados suponen una actividad importante de enfermería en el marco asistencial, por lo que nos planteamos estudiar la influencia que tiene el disponer de una guía práctica en el postoperatorio inmediato, con el fin de unificar criterios de actuación, detectar precozmente las complicaciones postoperatorias y favorecer el alta precoz, un informe de recomendaciones al alta con el fin de miminizar el estrés a nivel domiciliario, así como analizar los cuidados desde la atención asistencial, tiempo por proceso y costes.

## **OBJETIVOS GENERALES**

1. Estudiar la influencia de disponer de una guía de cuidados de enfermería postoperatorios intrahospitalarios.

2. Elaborar una guía de recomendaciones de enfermería al alta.

3. Analizar los cuidados desde la atención asistencial, costes, tiempos por procesos.

Como objetivo secundario seria estudiar la repercusión sobre la calidad de vida y transcendencia económica de la incontinencia urinaria femenina antes del tratamiento quirúrgico.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Es un estudio prospectivo realizado en el Hospital de San Juan de Alicante, ini-

ciado en Junio de 1996 y cerrado en Marzo de 2002 de 61 mujeres no consecutivas con incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia.

En todos los casos se recogen antecedentes mediante:

- Revisión de historias clínicas, diseñando una hoja de registros donde se recogen datos referentes a complicaciones postoperatorias (dolor, náuseas y vómitos, infecciones, hematuria, sangrado vaginal, perforación vesical), edad, instrucción en el manejo de residuos postmicciones, tiempo empleado por enfermería en cada proceso, cumplimentación de la guía / estancia hospitalarias, se le pregunta el nº de compresas por día que emplea la enferma, durante cuanto tiempo y el coste de las mismas para establecer promedios, la incidencia de la incontinencia en su calidad de vida para procesamiento estadístico de los resultados obtenidos.

- Se hizo una amplia revisión bibliográfica y...

- Asesoramiento por otros miembros del equipo multidisciplinario para elaborar las guías de actuación y las recomendaciones al alta.

## **GUÍA DE ACTUACIÓN PARA PACIENTES INTERVENIDAS DE COLPOSUSPENSIÓN (SLING).**

### **POSTOPERATORIO PRIMER DÍA INTERVENCIÓN**

- Revisar tratamiento médico y hoja quirúrgica.

- Valoración del paciente (toma de constantes, recuperación postanestésica periódicamente).

- Hidratación iv asegurando un aporte de líquidos mayor de 2l/día.

- Vigilar permeabilidad de sondas vesical y suprapúbica.

- Revisión de los apósitos que cubren la incisión quirúrgica y catéter suprapúbico.

- Valorar hematuria y si existe colocar lavado por sonda suprapúbica a un ritmo adecuado a sangrado.

- Vigilar sangrado vaginal y de herida quirúrgica.

- Control del dolor.

- Si perforación vesical (dejar constancia) de no retirar sonda sin indicación médica.

### **POSTOPERATORIO SEGUNDO DÍA INTERVENCIÓN**

- Iniciar tolerancia a líquidos y progresar dieta hasta la ingesta oral normal.

- Retirada de líquidos iv dejando vía venosa con fiador para la administración de profilaxis antibiótica.

- Retirada de sonda vesical.

- Retirada de taponamiento vaginal.

- Realizar de ducha vaginal cada 12 horas.

- Colocar compresa estéril de gasa

- En caso de llevar lavado vesical retirar.

- Pinzar sonda suprapúbica e iniciar mediciones del volumen residual postmiccional.

- Instruir al paciente en la medición de residuo.

- Curar herida quirúrgica y cambiar apósito de la sonda suprapúbica diariamente.

- Comenzará programa de deambulacion progresiva.

## **GUÍA DE ACTUACIÓN PARA PACIENTES INTERVENIDAS DE COLPOSUSPENSIÓN (SLING+ HISTERECTOMÍA).**

### **POSTOPERATORIO PRIMER DÍA INTERVENCIÓN**

- Revisar tratamiento médico y hoja quirúrgica.
- Valoración del paciente (toma de constantes, recuperación postanestésica).
- Hidratación iv asegurando un aporte de líquidos mayor de 2l/día
- Si perforación vesical no retirar sonda sin indicación médica.
- Vigilar permeabilidad de sonda vesical y suprapúbica.
- Revisión de los apósitos que cubren la incisión quirúrgica y catéter suprapúbico.
- Valorar hematuria y si existe colocar lavado por sonda suprapúbica a un ritmo adecuado a sangrado.
- Vigilar sangrado vaginal y de herida quirúrgica.
- Control del dolor.

### **POSTOPERATORIO SEGUNDO DÍA INTERVENCIÓN**

- Iniciar tolerancia a líquidos y progresar dieta hasta la ingesta oral normal.
- Retirada de líquidos iv dejando vía venosa con fiador para la administración de profilaxis antibiótica.
- Retirada de sonda vesical.
- Retirada de taponamiento vaginal.
- Realización de ducha vaginal cada 12 horas.
- Colocar compresa estéril de gasa, no de celulosa.
- En caso de llevar lavado vesical retirar.
- Controlar la permeabilidad de la sonda suprapúbica conectada a bolsa colectora de diuresis.
- Curar herida quirúrgica y cambiar apósito de la sonda suprapúbica diariamente.
- Comenzará programa de deambulacion progresiva.

### **POSTOPERATORIO TERCER DÍA INTERVENCIÓN**

- Pinzar sonda suprapúbica e iniciar medición de residuo postmiccional.
- Instruir al paciente en la medición de residuo.

## **INFORME DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL ALTA**

### **LA HERIDA:**

*Si se va con sutura:*

- No precisa apósito.
- Puede ducharse, después secar bien, aplicar povidona yodada.
- Si se moja-suda cambiar apósito o retirar.

*Si se va sin sutura:*

- Puede ducharse sin fricciones.
- Si su herida presenta síntomas de infección o precisa cura: Lo hará en su centro de salud o consultas externas de cirugía.

## **MOVILIZACIÓN:**

- Sujetar la herida al agacharse, incorporarse, toser.
- Evitar encamamientos diurnos.
- Alternar reposo con paseos cortos.
- Tome analgésicos los primeros días al menos por la noche.
- No coger peso hasta total recuperación.
- Realizar ejercicios musculares del piso pélvico para fortalecer el grupo muscular pubococcígeo.

## **DIETA:**

- Modificar la ingesta líquidos (disminuyéndola) y modificando la alimentación evitando irritantes urinarios (café, bebidas carbonatadas, bebidas chocolatadas, picantes comidas basadas en productos fermentados).
- Incorporar alimentos según tolerancia, evitando comidas copiosas.
- Evitar estreñimiento. Tomar algún laxante.

## **SEGUIMIENTO PRESCRIPCIONES MÉDICAS**

Cumplir indicaciones en cuanto a:

- Analgesia,
- medicación si precisa.
- Si  $T^a > 38,5$  acudir a urgencias.
- Vigilar si existen fugas de orina en decúbito –bipedestación.
- Debe orinar cada 4-8 horas para reducir o impedir presión en la sutura por la vejiga llena anotando hora y cantidad.
- Manejo en la técnica de autosondaje intermitente si presenta problemas en el vaciado completo de vejiga.
- Acudir a consulta para revisión, seguimiento.

## **RESULTADOS**

### **1- EDAD**

La media de edad de la población objeto de estudio (n= 72 casos) es de 63,8 años, con sd+ 11,2 años y rangos 27-82 años. Es una serie de edad creciente en frecuencia absoluta, distribución no paramétrica que se compone de un 40 casos (39,3%) de población entre 70 y 82 años.

### **2- TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA INCONTINENCIA. COMPRESAS. COSTO.**

El tiempo de evolución de la incontinencia urinaria en las enfermas es de 94,8 meses de media (7,8 años), lo que está en congruencia con un porcentaje elevado de enfermas que tienen mas de 70 años.

El número de compresas empleado por las enfermas según se consigna en las historias clínicas es de 3,7 compresas día de media, con pequeña dispersión (sd 2,8 rangos 0-10).

Una estimación aproximada del costo de la incontinencia de esta serie, puede obtenerse fácilmente:

- 3,7 compresas/día x 43,3 ptas. que cuesta cada compresa = 160,21 ptas./día.
- 60,21 ptas. día x 365 días del año = 58.476,6 ptas./año/enferma.
- 58.476,6 ptas. año x 7,8 años con incontinencia 456.117,8 ptas.

### **3.- CALIDAD DE VIDA**

Si se establece la calidad de vida de uno a diez, en el 76% de los casos, las enfermas valoran en uno su calidad de vida, por la limitación que supone el problema de incontinencia urinaria ( basta referirse a una serie representativa en la que encontramos que el 93% de las encuestadas manifiestan limitación al viajar, 85% al olor corporal ,64% limitación en la actividad social, 55% limitación en su actividad sexual , al este último respecto y en nuestra serie en tres casos la incontinencia urinaria se presentaba además durante el coito, en dos de ellos el problema de incontinencia urinaria ha supuesto que por si solo las enfermas refieran no haber mantenido relaciones un periodo superior a un año en edad activa.

Por otra parte, coincide que en las enfermas en las que la intensidad demostrada de su incontinencia es ligera, responden a la pregunta que su calidad de vida queda entre 4 y 5 (14%).

En 3 casos la incontinencia urinaria se presentaba además durante el coito. En 2 de ellos, el problema incontinencia urinaria, ha supuesto que por si solo, las enfermas refieran no haber mantenido relaciones en periodo superior a un año en edad activa.

### **4- REGISTRO DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS**

- 64 pacientes (50%) FUERON TRTADOS POR presentaron dolor.
- 5 pacientes (7,0%) presentaron dolor en el postoperatorio mediato, 3 de ellas en las relaciones sexuales y 2 por la malla de prolene.
- 43 paciente (38%) fueron tratados por presentar nauseas y vómitos.
- 16 pacientes (22,2%) se indicó cateterismo intermitente temporal entre 1 y 2 meses para control de residuo postmiccional.
- 8 pacientes (11,1%) presentaron hematuria.
- 11 pacientes (11,2%) portadoras de sonda suprapúbica al alta por residuos miccionales elevados.
- 2 pacientes (2,7%) presentaron sangrado vaginal.
- 1 paciente (1,3%) presenta perforación vesical.
- 1 paciente (1,3%) presenta infección de herida quirúrgica.

### **5- TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA**

- \*4 días de ingreso en 36 casos (50%).
- \*5 días de ingreso en 6 casos (8,3%).
- 1 caso perdida de registros de residuos.
- 2 casos por coincidir fin de semana.
- 1 casos por ingreso en otra unidad.
- 2 casos por sangrado vaginal.
- \*6 días de ingreso en 6 casos (8,3%).

- 5 casos por presentar hematuria.
- 1 caso por pérdida accidental de cistofix, alta con autosondaje.
- \*7 días de ingreso en 18 casos(25%).
- 18 casos por presentar residuos postmiccionales elevados.
- \*8 días de ingreso en 2 casos (2,7%).
- 1 caso por presentar seroma de herida quirúrgica.
- 1 caso por obstrucción del cistofix.
- \*9 días de ingreso en 2 casos (2,7%).
- 2 casos de retirada de cistofix-retención urinaria-instauración sonda vesical
- \*11 días de ingreso en 2 casos (2,7%).
- 1 caso por presentar perforación vesical accidental tratada con derivación urinaria
- 1 caso por nuevo tensado en el sling.

## **6- TIEMPO ASISTENCIAL**

Las acciones que el enfermero/a realiza con cada paciente.

- 1- Preparación y administración de medicación. Tiempo medio- 4´15”
- 2- Preparación del material y realización de las técnicas.( Retirada de sonda vesical, Retirada de taponamiento vaginal, Realización de ducha vaginal, Cura de herida quirúrgica, Cambio de apósito de cistofix). Tiempo medio- 7´16”
- 3- Preparación del paciente/ usuario, autocuidados. (Instrucción al paciente en la medición de residuo, Manejo en la técnica de autosondaje). Tiempo medio- 10´45”

## **7- TIEMPO DE SONDA VESICAL-CISTOFIX-CATETERISMO INTERMITENTE**

La sonda vesical se retiró al día siguiente del postoperatorio a excepción de casos con apertura vesical, histerectomía en el mismo procedimiento quirúrgico. La retirada de derivación urinaria de seguridad (cistofix) fue en el 50% de los casos al tercer día del postoperatorio, en el 24% a los 7 días, en el 10% a los 15 días y en el 16% de los casos se mantuvo un mes.

Se indicó cateterismo intermitente temporal en 16 casos(%) entre 1 y 2 meses para control de residuo postmiccional. En algunos casos el cateterismo fue una vez al día y de control de residuo, no obligado para la evacuación urinaria.

## **CONCLUSIONES**

- La reparación quirúrgica es segura y eficaz ya que mejora la calidad de vida de las usuarias y a largo plazo el gasto sanitario es menor que el ocasionado por las pacientes portadoras de pañales o compresas.
- Las actividades que ocupan mas tiempo de enfermería son las relacionadas con el manejo e instrucción de la paciente. La edad sin embargo, no ha supuesto impedimento en el aprendizaje.
- Es significativo resaltar que el ingreso de estas pacientes en otras unidades así como coincidir la estancia hospitalaria durante el fin de semana supone un incremento superior a la media de los días de hospitalización.

- El IREA ( informe de recomendaciones de enfermería), disminuye el temor de la paciente al abandonar el medio hospitalario, facilita la continuidad de cuidados entre Atención Especializada y Atención Primaria siendo un dato que valora la calidad prestada en los cuidados.

- La utilización de la guía clínica para la incontinencia urinaria de esfuerzo en el servicio de urología del hospital de san Juan es una herramienta de coordinación, pues detalla las actividades del día a día en la atención del paciente, consiguiendo la optimización de las actividades de enfermería para un diagnóstico específico minimizando riesgos, mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia.

## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la ayuda y facilidades prestada al doctor del servicio de urología del Hospital de San Juan Dr. Luis Prieto por su aportación de estudios y bibliografía.

## BIBLIOGRAFÍA

Kondo, Simeonova, Eñving, Burgés, ICS.

Olsen AI, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clak AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; (89: 501-506).

1) Crespo B; Prieto: Productos para la incontinencia en la Seguridad Social.

In.Ter.Seg.Soc. F.I.S-Instituto Carlos III, 1987,11,10-3:166.

2) Burguès, J.P; Arlandis, M.Martínez, A, et al. : Prevalencia y costes de la incontinencia urinaria femenina. *Urol.Integr.invest* 2000;5, 3:213-220.

3) Gonzalvo, V.; Aznar, G.; Navarro, J.; Gasso, M.; Lopis, B.; Polo, A.: incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer climatérica. *Urdo. Apl.* 1999,12,3:128-133.

4) Marínez, R.; Gil Salom, M.; Historia clínica y exploración física de la incontinencia urinaria en la mujer. *Urol.Integr.Invest.*2000,5,3:221-232.

5) Zespuña Mm Iglesias X,Perez A..Prolaso genital e incontinencia de orina . en “ I curso de actualización sobre incontinencia urinaria y disfunción de suelo pélvico en la mujer “. Eds .Mayo S.A 1999; vol 2: 39-45.

6) Abraams PH.Detrussor instability and bladder outlet obstruction. *Neuro Urol Urodyn* 1985; 4: 317.



# **Barreras e Instrumentos Facilitadores para el uso de la EBE**

**AUTOR:**

**José Ramón Martínez Riera.**



En términos generales y muy a nuestro pesar podemos decir, que la Enfermería no es una profesión basada en la investigación<sup>1</sup>, o si se prefiere, no está basada en evidencias; existe una separación entre lo que se conoce y lo que se practica<sup>2</sup>; la investigación sólo en un alcance muy limitado es utilizado en la práctica<sup>3</sup>.

Tal como dice Hunt (1996)<sup>4</sup> hay varios factores que han conducido a las enfermeras a estar alejadas de los hallazgos de la investigación y de la evidencia, ya que muchas no lo comprenden, otras no lo creen, otro grupo no sabe cómo hacer uso de ellos y, aún más grave, a otros no les está permitido aplicar hallazgos procedentes de la investigación. Ello ha conducido a un distanciamiento entre teoría y práctica que genera un dilatado espacio entre “lo que se sabe y lo que se hace”<sup>5</sup>

La Enfermería, sin embargo, se halla en un período crucial en el desarrollo del conocimiento enfermero o, como diría Khun, puede afirmarse con total certeza que la Ciencia de los Cuidados se halla inmersa en plena revolución científica, es decir, “las enfermeras están comenzando a ver el mundo de otra forma”.

Así pues parece que podemos decir de lo apuntado por Khun que existen o se están generando elementos facilitadores para el uso de la EBE y de lo apuntado por Hunt sin embargo podemos entender que son más las barreras para hacer uso de tal evidencia.

En cualquier caso y tal como apunta Gálvez (2000)<sup>6</sup> en la enfermería española se ha oído el ruido de la evidencia pero no su melodía; estando en la actualidad en un período de adaptación que nos permita interpretar adecuadamente la composición. Dado que, tal como han puesto de manifiesto, quienes me han precedido en el uso de la palabra, la EBE ayuda a entender mejor la realidad del paciente, de su familia o de los propios sistemas de salud, lo que falta por plantear es cuales son los Instrumentos facilitadores y cuales las barreras para su uso, que, por otra parte, es para lo que se me ha invitado a participar y que voy a tratar de sintetizar a continuación, aunque me he tomado la libertad de ampliar la visión a las derivadas también de su uso.

Los diferentes estudios realizados y consultados coinciden de manera general en la descripción tanto de las barreras como de los instrumentos o factores facilitadores 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. En un primer lugar y con el fin de tener una visión global de las barreras voy a agruparlas en base a los cuatro tipos en que las clasifica Parahoo (2000) en su estudio: Marco, Presentación, Investigación y de la propia enfermera.

Orden y descripción de las Barreras en relación al Marco en el que se desarrolla la investigación.

<b>Orden</b>	<b>Barrera</b>
1	La enfermera no se siente con suficiente autoridad y autonomía para cambiar los cuidados derivados de la investigación.
3	Tiempo insuficiente para implementar las nuevas ideas.

- 4 El directivo no favorece la puesta en práctica de los resultados de la investigación.
- 5 La enfermera cree que los resultados no son generalizables.
- 7 Los médicos no colaboran en la implementación.
- 8 No se dan facilidades para la implementación.
- 9 El resto de personal de enfermería no da soporte a la implementación.
- 12 La enfermera no tiene tiempo para leer la investigación.
- 18 La enfermera está aislada de los compañeros bien informados con los que discutir la investigación.

*Adaptado por Martínez Riera JR de: Parahoo K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland JAN 2000. 31(1):89-98*

Orden y descripción de las Barreras en relación a la Presentación de la Investigación.

- | <b>Orden</b> | <b>Barrera</b>   |
|--------------|--|
| 2            | El análisis estadístico no es comprensible.  |
| 10           | La literatura relevante no está recogida en un solo lugar.   |
| 13           | Las implicaciones para la práctica no se hacen con claridad.   |
| 14           | Los resultados de la investigación no se divulgan y no están disponibles.                            |
| 26           | Las enfermeras no ven relevante los resultados de la investigación para su aplicación a la práctica. |

*Adaptado por Martínez Riera JR de: Parahoo K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland JAN 2000. 31(1):89-98*

Orden y descripción de las Barreras en relación a la Investigación

- | <b>Orden</b> | <b>Barrera</b>  |
|--------------|---|
| 15           | No existe una fácil disponibilidad de los artículos.                            |
| 16           | La investigación no ha sido replicada.  |
| 20           | La enfermera tiene dudas a la hora de creer los resultados de la investigación. |
| 21           | La literatura divulga resultados contradictorios.                               |
| 23           | La investigación tiene deficiencias metodológicas.                              |
| 25           | Los artículos de investigación se publican con mucha demora.                    |
| 28           | Las conclusiones planteadas no están debidamente justificadas.                  |

*Adaptado por Martínez Riera JR de: Parahoo K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland JAN 2000. 31(1):89-98*

Orden y descripción de las Barreras en relación a la Enfermera

- | <b>Orden</b> | <b>Barrera</b>   |
|--------------|--|
| 6            | La enfermera no se siente capaz de evaluar la calidad de la investigación. |
| 11           | La enfermera no conoce la investigación.                                   |

- 17 La enfermera está poco dispuesta a cambiar su práctica en relación a las nuevas ideas planteadas.
- 19 La enfermera interpreta que las ventajas de aplicar las nuevas ideas serán mínimas.
- 22 La enfermera ve pocos beneficios para su actividad profesional personal.
- 24 La enfermera no está suficientemente documentada sobre la necesidad del cambio de su práctica.
- 27 La enfermera no ve el valor de los resultados de la investigación para su práctica.

*Adaptado por Martínez Riera JR de: Parahoo K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland JAN 2000. 31(1):89-98*

Otras barreras identificadas fueron, por orden de importancia

<b>Orden</b>	<b>Barrera</b>
1	Falta de tiempo.
2	Falta de financiación.
3	Escasez de personal.
4	Falta de soporte de los directivos.
5	Falta de formación.
6	Falta de motivación.
7	Baja moral.
8	Falta de recursos.
9	El personal más veterano no se implica.
10	Falta de apoyo de los compañeros de enfermería.

*Adaptado por Martínez Riera JR de: Parahoo K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland JAN 2000. 31(1):89-98*

En relación a las barreras identificadas en los diferentes estudios el orden de priorización difería sobre todo en el relacionado con la falta de autoridad y autonomía de las enfermeras a la hora de llevar a la práctica los cambios derivados de los resultados de la investigación. Este hecho es explicado por la diferencia en la muestra de estudio ya que en el de Parahoo (2000), Walsh (1997) y Funk et al (1991) todas las enfermeras pertenecen a Hospitales y en todos ellos aparece como la primera barrera, mientras que en el estudio de Dunn et al (1998) se trata de enfermeras comunitarias que tienen mayor autonomía y control sobre su trabajo lo que explicaría que aunque sea identificada como barrera ésta aparezca en 14º lugar.

Si bien es cierto que no existen estudios parecidos que hagan referencia a la realidad española, entiendo que los mismos son generalizables a nuestro entorno, con algunas singularidades apuntadas por autores como Cabrero (1999), Richart (1999), Icart (1999) o Gálvez (1996), y que de forma breve voy a pasar a referir.

- La utilización de la investigación no es tanto una cuestión individual como organizacional. Es un proceso complejo de componentes políticos, organizacionales, socioeconómicos y actitudinales, que influyen de manera muy directa en todos los demás elementos que actúan como barreras de la EBE15, 20, 22.

- Conocimiento insatisfactorio de las enfermeras sobre los hallazgos de la investigación.
- No existe una decidida orientación hacia la investigación ni tampoco una concienciación extendida sobre su importancia.<sup>21, 52</sup>
- Existen muy pocas descripciones de los roles o de los modelos organizacionales que hayan combinado exitosamente investigación y práctica..
- La cantidad de evidencias disponibles para la práctica de enfermería es insuficiente y de limitado valor<sup>45</sup>.
- Falta de criterios uniformes en la publicación y presentación de los resultados de las investigaciones, que impiden en muchas ocasiones que resulten claros, comprensibles y de fácil lectura sin que ello signifique falta de rigor científico<sup>31</sup>.
- Muy poca utilización de fuentes de documentación secundaria y desconocimiento de la relevancia y actualidad de la información que ofrecen las fuentes primarias<sup>23</sup>.
- Muy poca lectura de artículos en inglés<sup>24</sup> e importante nivel de aislamiento (insularity) de la producción científica de la enfermería española en el contexto de la enfermería mundial<sup>25</sup>.
- La formación y destrezas de los profesionales de enfermería en lectura y valoración de informes de investigación está muy lejos de estar generalizada en la profesión<sup>26, 27</sup>.
- Escasez de estudios de replicación y de líneas programáticas de investigación<sup>26</sup>.
- Escasa utilización de marcos teóricos de enfermería como fundamento de la investigación empírica<sup>28</sup>.
- Escasa investigación metodológicamente potente<sup>29</sup> y con poca utilización de métodos estadísticos avanzados<sup>30</sup>.
- Escaso apoyo organizacional y financiero a la investigación de enfermería<sup>31, 32</sup>.
- Estrategias empleadas por los docentes que impiden una renovación dirigida a la formación en el paradigma de la EBE<sup>33, 44</sup>.
- Escaso trabajo en equipo y multidisciplinar que impide el éxito de la EBE<sup>34, 35</sup>.
- Enfermería realiza cada vez más abordajes desde paradigmas distintos al positivista<sup>36</sup>, empleando métodos de investigación cualitativa que figuran entre los menos “recomendados” por la evidencia científica<sup>37, 38, 46, 53</sup>.
- Resistencia al cambio y poca colaboración de los compañeros más veteranos que adquieren actitudes inmovilistas<sup>39</sup>.
- Dificultad en el acceso a las fuentes de información y la evidencia específicos de enfermería así como escasos recursos bibliográficos disponibles<sup>40, 41, 42</sup>.

Aunque después de lo expuesto parezca poco probable encontrar instrumentos favorecedores o facilitadores para el uso de la EBE, no hay que caer en el desánimo y como a continuación comprobaremos existen y cada vez se dan con mayor frecuencia. De todas maneras creo que es más conveniente hablar de acciones facilitadoras que de instrumentos ya que estos últimos no dejan de ser aquello de que nos servimos para hacer una cosa, mientras que la acción es el ejercicio de una potencia o el efecto de hacer algo<sup>56</sup> sin lo cual por muchos instrumentos que tengamos a nues-

tro alcance difícilmente nos podrán facilitar el uso de la EBE.

Veremos pues a continuación como las acciones facilitadoras que se describen sirven , a su vez, para contrarrestar o eliminar muchas de las barreras anteriormente descritas, ya que son o actúan como antagonistas.

Así pues y siguiendo la estructura inicial podemos encontrar en el estudio realizado por Parahoo<sup>16</sup> (2000) la siguiente priorización de facilitadores de la EBE.

<b>Orden</b>	<b>Facilitador</b>
1	Soporte de los directivos.
2	Tiempo.
3	Soporte de los compañeros.
4	Motivación del personal.
5	Acceso a las recomendaciones.
6	Educación – Formación.
7	Oportunidad de hacer avanzar los estudios.
8	Personal adecuadamente preparado en investigación.
9	Recursos.
10	Investigaciones que aporten beneficios en el cuidado de los pacientes.

*Adaptado por Martínez Riera JR de: Parahoo K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland JAN 2000. 31(1):89-98*

Es importante destacar el hecho de la implicación y soporte de los directivos como principal favorecedor de la EBE. Me parece interesante hacer un análisis algo más detallado de este indicador en relación con lo apuntado por Funk y Parahoo<sup>11, 16</sup> que entiendo es totalmente generalizable a nuestro entorno. Así como la falta de líderes de enfermería es detectado como una barrera la presencia de éstos actúa como facilitador y además los directivos con una formación superior son excelentes facilitadores de la investigación, siendo inversamente proporcional dicho interés y efecto facilitador el hecho de que el directivo tenga menos formación<sup>16, 43, 44</sup>.

Por otra parte y en este mismo sentido el estilo de dirección, la escucha activa y el reconocimiento de los logros son elementos facilitadores de la EBE<sup>7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20</sup>. En este sentido cabe decir que estos elementos facilitadores se enmarcan en uno más amplio que es el de una adecuada cultura organizacional que crea, favorezca y potencie la EBE<sup>15, 16, 17</sup>.

Derivados de lo anteriormente expuesto podemos destacar como otros instrumentos facilitadores para el uso de la EBE:

- Alcanzar el total desarrollo disciplinar (licenciatura y doctorado) que permita el acceso a los máximos niveles de gestión, docencia e investigación .

- Tener una plantilla de profesionales adecuadamente dimensionada y estable, con una adecuada política de personal.

- Fomentar la investigación y la formación para la misma facilitando la disponibilidad para la asistencia a cursos, seminarios, jornadas, congresos... de formación y divulgación de la investigación. Favoreciendo el pensamiento crítico y promoviendo las ventajas de la EBE para la práctica profesional<sup>47</sup>.

- Generar, potenciar, desarrollar y apoyar equipos de investigación, que sirvan de

punto de inflexión a la instauración progresiva de la investigación y de la EBE.

- Potenciar la EBE basada en la investigación cualitativa que permita el desarrollo del conocimiento holístico de la disciplina de enfermería a través, entre otras, de la etnografía y la fenomenología.<sup>48, 49, 50</sup>, y que tal como muestra la producción científica <sup>54</sup> de los últimos años deja evidencia del potencial que tiene para mejorar la práctica de la enfermería <sup>55</sup>.

- Establecer una interrelación efectiva entre diferentes niveles de investigación (asistenciales, universitarios) <sup>18</sup>.

- Espacio temporal definido para el desarrollo de la investigación.

- Incentivación efectiva y concreta de la investigación.

- Facilitar el acceso rápido y de calidad a las fuentes de información, bases bibliográficas y a las específicas de la evidencia <sup>34</sup>.

- Invertir en infraestructura adecuada (ordenadores, conexión a redes...) <sup>34</sup>.

- Facilitar la disponibilidad de recursos como Internet, teniendo en cuenta la limitación notable de la ausencia de un control de calidad que garantice la validez y fiabilidad de la gran cantidad de información a la que se tiene acceso <sup>34</sup>.

- Facilitar el equilibrio entre los resultados derivados de la investigación (evidencia externa) y el conocimiento derivado de la experiencia profesional (evidencia interna) <sup>39</sup>.

- Facilitar la diseminación de los hallazgos.<sup>15, 16, 17, 18</sup>.

- Permitir la puesta en práctica de los resultados obtenidos de la investigación.

- Facilitar la investigación como elemento favorecedor y facilitador del empoderamiento de la enfermería <sup>51</sup>.

Con todo lo apuntado he pretendido, de forma sintética, dar una visión de conjunto de las barreras y facilitadores de la EBE, quedando abiertas posiblemente, múltiples interrogantes que tan solo a través del debate podremos responder.

Por último quisiera concluir diciendo que la EBE sólo tendrá futuro si las enfermeras nos planteamos un cambio en la filosofía enfermera y empezamos a cuestionar seriamente nuestra forma de entender y practicar la enfermería, integrando las contradicciones de la cultura (organizacional, del paciente y del profesional) con pruebas científicas de distinta naturaleza, pero evitando la focalización únicamente en el paradigma científico – tecnológico favoreciendo su aplicación desde una perspectiva holística con la que hoy se acepta universalmente el ejercicio profesional de las enfermeras. Si no conseguimos este cambio, la EBE, será una de tantas modas pasajeras derivada del mimetismo médico con el que solemos actuar, que de vez en cuando nos visita y que al cabo de poco tiempo habremos olvidado para siempre y que lamentablemente suele presentarse como una de nuestras más importantes barreras en el desarrollo disciplinar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pearcey, P.A. Achieving research – based – nursing practice. *Journal of Avanced Nursing*, 1995. 22: 33-9

2. Luker K. Research and development in nursing. *Journal of Avanced Nursing*, 1992. 17: 1151-2

3. Funk, S.G., Champagne, MT., Wiese, RA. & Tornquist, E.M. BARRIERS. The barriers to Research Utilization Scale. *Applied Nursing Clinica*, 1998. 8: 77-83

4. Hunt, JM. Guest Editorial. *Journal of Advanced Nursing*, 1996; 23: 423-5
5. Cabrero, J. Enfermería basada en la evidencia. *Index*, 1999; 27:12-18
6. Gálvez, A. Enfermería Basada en la Evidencia. *Cómo incorporar la Investigación a la Práctica de los Cuidados*. Cuadernos Metodológicos *Index*. 2000.
7. Walsh M. Perceptions of barriers to implementing research. *Nursing Standard*, 1997. 11: 34-7
8. Walsh M. How nurses perceive barriers to research implementation . *Nursing Standard*, 1997. 11: 34-9
9. Dunn V., Crichtin N., Roe B., Seers K. & Williams K. Using research for practice: a UK experience of de Barriers Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 1998. 27: 1203-10
10. Funk SG., Champagne M.T., Wiese R.A. & Tornquist E.M. Barriers to using research findings in practice: the clinician's perspective. *Applied Nursing Research*, 1991. 2: 90-5
11. Funk S.G., Champagne M.T., Tronquist E.M. & Wiese R.A. Clinical Methods: Administrator's views in barriers to research utilization. *Applied Nursing Research*, 1995. 8 (1): 44-9.
12. Funk S.G., Tronquist E.M. and Champagne M.T. Barriers and facilitators of research utilization: an integrative review. *Nursing Clinic of North America*, 1995. 30 (3): 395-407.
13. Camiletti, Y.A., Huffman, M.C. Research Utilization: evaluation of initiatives in a public health nursing division. *Canadian Journal of Nursing Administration*. 11(2): 59-77.
14. Carter, A.O., Renaldo N., Hodge M.J. et al. Report on activities and attitude of organizations active in the clinical practice guideline field. *Canadian Medical Association Journal*, 1995 153(7):901-6
15. Retsas, A. Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 2000. 31(3): 599-606.
16. Parahoo, K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 2000. 31(1): 89-98.
17. Royle J., Blythe J., Ciliska D. Ing D. The Organizational Environment and Evidence-Based Nursing. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 2000 13(1): 31-7.
18. Ciliska D., Pinelli J., DiCenso A., Cullum N. Resources to Enhance Evidence-based Nursing Practice. *AACN Clinical Issues*, 2001 12(4): 520-8.
19. Carroll D.L., Greenwood R., Lynch K.E., Sullivan J.K., Ready C.H. & Fitzmaurice J.B. Barriers and facilitators to the utilization of nursing research. *Clin Nurse Spec*, 1997. 11(5): 207-12.
20. Kajermo K., Nordstrom G., Krusebrant, A. & Bjorvell, H. Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden. *Journal Advanced Nursing*, 1998. 27(4): 798-807.
21. Cabrero J. Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. *Index de Enfermería*, 1999. 27:12-18.
22. Leighton-Bech, L. What is networking? *Nurse Researcher*, 2000. 7(3):4-12.
23. Arcas P. Investigación en enfermería. Prioridades y estrategias. *Revista Rol de Enfermería*, 1991. 148: 55-60.
24. Richart M., Cabrero J. Análisis de las bases bibliográficas utilizadas en la investigación enfermera española. Una comparación con medicina y psicología. *Enfermería Clínica*, 1991. 1:139-142.
25. Richart M., Cabrero J., Congost N., Cremades A., Cremades JA, López A., López P. Análisis de las referencias bibliográficas de los artículos originales publicados en tres revistas españolas de enfermería: años 1992-1993. *Enfermería Clínica*, 1994. 4(3): 118-123.
26. Richart, M. Estado de la producción científica de la Enfermería Española (I). *Index de Enfermería*, 1999. 27:19-24
27. Millar C. & Jonson L. & Mackay M. & Budz B. The challenges of clinical nursing research: strategies for successful conduct. *Clinical Nurse Specialist*, 11(5):213-6.
28. Siles J. Epistemología y enfermería por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería Clínica*, 1997. 7(4):188-94.
29. Cabrero J., Richart M. Análisis de la literatura empírica de la investigación enfermera española. *Enfermería Científica*, 1992. 122:27-39.
30. Downs FS. *Handbook of Research Methodology*. New York: American Journal of Nursing Company, 1988.
31. Richart M. Estado de la producción científica de la Enfermería Española (y II). *Index de Enfermería*, 2000. 28-29: 15-18.
32. Sánchez M. Análisis de los proyectos de investigación de enfermería presentados al FIS desde el año 1989 al 1992. *Enfermería Clínica*, 1995. 5:69-71.

33. Veeramah V. A study to identify the attitudes and needs of qualified staff concerning the use of research findings in clinical practice within mental health care settings. *Journal Advanced Nursing*, 1995. 22(5):855-61.
34. Icart M.T. La evidencia científica. Estrategia para la práctica enfermera. *Revista Rol de Enfermería*, 1999. 22(3): 185-190.
35. Icart M.T. Enfermería Basada en la Evidencia. Ponencia presentada en el II Congreso de Enfermería Comunitaria (Mollina, Málaga), 2000. Disponible en <http://www.asanec.org/Congreso/EBE.htm>
36. Molina J.L., Sandin M.P. Epistemología y Enfermería: paradigmas de la investigación enfermera (yII) *Enfermería Clínica*, 1995. 5(1):40-52.
37. Jovell A.j., Navarro MD. Evaluación de la evidencia científica. *Medicina Clínica*, 1995. 105:740-3.
38. Bonell, C. Evidence based nursing: a stereotyped view of quantitative and experimental research could work against professional autonomy and authority. *Journal of Advanced Nursing*, 1999. 30(1):18-23.
39. Icart M.T. Enfermería basada en la Evidencia: un nuevo desafío profesional. *Enfermería Clínica*, 1998. 8:77-83.
40. Black S. Not enough time to implement research. *Nursing Standard*, 1999. 13 (33): 8
41. French B. Networking for research dissemination: collaboration and mentorship. *Nurse Researcher*, 2000. 7(3):13-21.
42. Hicks C. A study of nurse's attitudes towards research: a factor analytic approach. *Journal of Advanced Nursing*, 1996. 23(2):373-9.
43. Wilson-Barnet J. & Corner J. & De Carte B. Integrating nursing research and practice the role of the researcher as teacher. *Journal of Advanced Nursing*, 1990. 15:621-5.
44. McGuire J.M. Putting nursing research findings into practice: research utilisation as an aspect of management of change. *Journal of Advanced Nursing*, 1990 15:614-20.
45. Lang N.M. Discipline-based approaches to evidence-based practice: a view for nursing. *Jt Comm J Qual Improv*, 1999. 25(10):539-44.
46. Walshe K., Rundall G. Evidence-based management: from theory to practice in health care. *Milbank Q*, 2001. 79(3):429-57.
47. Rosswurm M.A., Larrabe J.H. Model for change to evidence-based practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 1999. 31: 317-22.
48. Walker J., Holloway I. & Sofaer B. In the system: The lived experience of chronic back pain from the perspectives of those seeking help from pain clinics. *Pain*, 1999. 80:621-8
49. Ploeg J. Identifying the best research design to fit the question. Part 2. Qualitative designs. *Evidence-based Nursing*, 1999. 2(2):36-7
50. Forchuck C. & Roberts J. How to critique qualitative research articles. *Canadian Journal of Nursing Research*, 1993. 25:47-56.
51. Shively M., Riegel B., Waterhouse D. Et al. Testing a community level research utilization intervention. *Applied Nursing Research*, 1997. 10:121-7
52. Chapman H. Why do nurses not make use of a solid research base? *Nursing Times*, 1996. 92:38-9
53. Gálvez A. Práctica clínica basada en la evidencia. Una aproximación bibliográfica. *Index de Enfermería*, 1999. 27:54-6.
54. Amescua M., Carricondo A. Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index de Enfermería*, 2000. 28-29:26-34.
55. De la Cuesta C. Investigación cualitativa y Enfermería. *Index de Enfermería*, 2000. 28-29:7-8.
56. Real Academia Española de la Lengua. *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima primera edición. 1992.

# **Eficacia del consejo sobre lactancia materna en el puerperio inmediato**

**AUTORES:**

**Maria Jesús Más  
Cristina Seva  
Rosalía García**



## **TÍTULO**

Eficacia del consejo sobre lactancia materna en el puerperio inmediato.

## **RESUMEN**

El objetivo de este trabajo es conocer si la educación en el puerperio inmediato sobre lactancia materna incrementa la instauración y la duración de la misma.

Es un estudio experimental auténtico, a doble ciego realizado en el Hospital General Universitario de Alicante del 01/04/01 al 01/02/02. El muestreo es consecutivo y la aleatorización se ha realizado mediante asignación al azar simple.

El tamaño muestral es de 81 mujeres con las siguientes características: dudosas o decididas a dar de mamar a su hijo, embarazo de evolución normal, parto eutócico, recién nacido sano y con teléfono. La edad media de las mujeres del estudio es de 28.47 años. De ellas, 35 pertenecen al grupo experimental y 46 al control.

Los instrumentos de medida han sido un cuestionario que se pasa en la dilatación y que recoge los datos obstétricos y sociodemográficos básicos, seguido de otro cuestionario que recoge el tipo de lactancia y los motivos de abandono y que se realiza mediante seguimiento telefónico a los 15 días, 1,2,3,4, y 6 meses.

A ambos grupos durante el puerperio inmediato se les explica la posición correcta del bebe al pecho. Sobre el grupo experimental se realiza además, una intervención verbal de unos 5 minutos de duración sobre las características del calostro, los beneficios de la lactancia materna sobre la madre y el recién nacido y algunos consejos para evitar el abandono precoz de la lactancia.

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto a la instauración y duración de la lactancia materna.

Las razones de abandono más frecuentes son las relacionadas con la percepción materna de que su leche no es suficiente para alimentar a su hijo, el consejo médico, hipogalactia y la incorporación al trabajo.

Como conclusión resaltar que el consejo sobre lactancia materna en el puerperio inmediato no es efectivo en la instauración y duración de la misma; por ello podemos afirmar que en nuestro estudio se detecta un fracaso precoz, pues la duración media de la lactancia materna es de 105.83 días.

## **INTRODUCCIÓN**

La lactancia materna ha probado su eficacia generación tras generación asegurando la supervivencia de la especie. Durante mucho tiempo fue la práctica más extendida, sin embargo, hacia mediados del siglo XX disminuyó de forma significativa, asociado este hecho a la incorporación de la mujer al mundo laboral junto con otros cambios sociales, pero sobre todo, al llamado "furor biberonil" derivado de las devastadoras campañas publicitarias de las leches adaptadas, que han hecho sentirse a la mujer incapaz de amamantar de forma eficaz a su hijo.

Además, aunque lactar sea natural, no es instintivo y requiere de un aprendizaje y de modelos de imitación. Las madres actuales carecen de esa cultura familiar que fomenta el amamantamiento.

Esta situación hace cada vez más necesario que los profesionales sanitarios adopten posturas motivadoras que estimulen el inicio de la lactancia materna y apoyen su mantenimiento en el tiempo. Según la OMS, más del 97 % de las mujeres son fisiológicamente capaces de dar pecho a su bebé de modo satisfactorio. La discrepancia entre aquellas que son capaces y las que lo consiguen pone en evidencia que el “ fallo” es más de las personas que deben apoyar a las mujeres que de las propias mujeres que intentan lactar.

Los estudios indican que actualmente en España inician lactancia materna un 75-90% de las madres; al mes continúan con dicha lactancia materna alrededor de un 50-60%; a los 3 meses, 20-30%; y a los 6 meses, 6-15%. Siendo la duración media de dos meses.

Más del 75% de las madres que abandonan lo hacen antes del tiempo que habían previsto.

Según estos datos existe una tendencia al fracaso precoz de la lactancia materna ( interrupción de la misma antes de los 4 meses de edad del lactante).

La literatura demuestra que un aumento de conocimientos sobre la lactancia materna contribuye al éxito de la misma, por este motivo nuestro grupo de investigación se ha centrado en este aspecto tan relevante; además, nuestra intervención se realiza en el momento puntual del puerperio inmediato, caracterizado por ser un periodo de tiempo crucial en el establecimiento de la lactancia materna e influyente en la duración de la misma. El impacto psicológico sobre la madre en sus primeras experiencias de lactancia es primordial. Si la primera toma resulta satisfactoria, la madre llegará a la conclusión de que el bebé la quiere, resultando esto crucial en la continuidad de la lactancia a corto ya largo plazo.

La bibliografía en torno a esta intervención tan específica es muy escasa y poco precisa lo que dificulta la replicabilidad.

Nuestra hipótesis de trabajo es que la educación maternal sobre lactancia materna en el puerperio inmediato aumenta la instauración y la duración de la lactancia materna, disminuyendo el índice de fracaso precoz.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

**Diseño:** experimental auténtico.

**Ámbito:** Hospital General Universitario de Alicante, en la sala de puerperio inmediato contigua al paritorio, dentro del servicio de partos-dilatación.

**Periodo del estudio:**

- Recogida de datos en el hospital y realización de las intervenciones en el mismo ( 1 abril- 1 agosto).

- Recogida de datos telefónicos ( 15 abril- 1 de Febrero )

**Sujetos del estudio:** los criterios de inclusión son mujeres con embarazo a término (37-42 semanas) de cualquier edad, que tienen decidido o están dudosas sobre lactar a su hijo y posean teléfono. Otra característica de inclusión es tener un parto

eutócico (por vía vaginal no instrumentado) con nacimiento de un recién nacido sano, considerando como tales :

- Peso al nacimiento > 2.500 g.
- Apgar > 8 en el primer minuto
- A término (37-42 semanas)

Criterios de exclusión son mujeres que están decididas a dar lactancia artificial a sus bebés, porque, según Sarett y cols., aquellas mujeres que durante el embarazo deciden no lactar a sus hijos es casi imposible que modifiquen su opinión después del parto, opinión también compartida por Kaplowitz D.D.. Además, la experiencia clínica indica que las mujeres que en un primer momento dicen "no" rotundamente no cambian su actitud. Se diferencia a las mujeres realizándoles la siguiente pregunta: "¿Le vas a dar pecho a tu hijo?", durante la apertura del partograma a su llegada al servicio. Se ha comprobado clínicamente que se trata de una pregunta adecuada por ser de fácil comprensión. También son excluidas las mujeres a las que sea imposible el seguimiento por la carencia de teléfono, así como las que hayan tenido un embarazo de riesgo (Riesgo alto y muy alto, según protocolos de obstetricia del instituto Universitario Dexeus) ( tabla 1) según la historia clínica.

**Tabla 1**

**Riesgo alto**

1. Alcoholismo.
2. Amniorrexis prematura (>35 semanas).
3. Amenaza de parto prematuro.
4. Anemia.
5. Cardiopatía 2.
6. Defecto congénito previo.
7. Drogadicción.
8. Embarazo gemelar .
9. Embarazo prolongado.
10. Endocrinopatía.
11. Hemorragia 2 y/o 3.trimestres.
12. Hidramnios u oligoamnios.
13. Historia obstétrica desfavorable.
14. Infertilidad previa;
15. Malformación fetal (sospecha).
16. Malformación uterina o cirugía uterina previa.
17. Mortalidad perinatal recurrente.
18. Presentación viciosa.
19. Retardo de crecimiento (riesgo).
20. Toxemia leve o moderada;
21. Viriasis genital.

**Riesgo muy alto**

1. Cardiopatías 3 o 4.
2. Diabetes B y siguientes.
3. Estados hipertensivos del embarazo;
- 4 Feto muerto.
5. Isoinmunización.
6. Malformación fetal.
7. Patología asociada grave.
8. Placenta previa.
9. Retardo de crecimiento (confirmado).
10. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida ( SIDA) clínico.
11. Toxemia grave.

Los sujetos del estudio escogidos son los que asistimos nosotras en nuestras guardias, mediante un muestreo consecutivo. Para asignarlos a los grupos experimental y control se utiliza un procedimiento de asignación al azar simple, mediante el uso de una moneda. Las ocurrencias cara se consideran grupo experimental, y las ocurrencias cruz se consideran grupo control.

Para evitar la contaminación entre tratamientos es necesario realizar la aleatorización para cada guardia debido a que la estructura física del servicio de partos favorece dicha contaminación, al coincidir varias mujeres en la sala de puerperio inmediato.

El tamaño muestral es de 81 mujeres, repartidas en 46 mujeres del grupo control y 35 del experimental.

**Intervención:** a todas las mujeres incluidas en el estudio se les pide su consentimiento para la participación en el mismo sin que sepan si forman parte del grupo control o experimental (anexo 1). Posteriormente se lleva a cabo una recogida de datos durante la dilatación consistente en un cuestionario que administramos nosotras y que contempla los datos sociodemográficos necesarios y otras cuestiones obstétricas (anexo 2)

Luego, una vez la mujer ya ha dado a luz, la puesta al pecho del recién nacido es inmediata a su llegada a la sala del puerperio inmediato. Aunque es conocido que los bebés amamantados en los primeros treinta minutos de vida tienen la posibilidad de ser amamantados durante un período de tiempo más largo, no en todos los casos nos ha sido posible respetar dicho período de tiempo por situaciones ajenas a nuestro control. La puesta al pecho del recién nacido la realizamos en todas las mujeres y, además, si pertenece al experimental, continuamos con una intervención verbal de unos 5 minutos de duración que pretende educar sobre los puntos básicos necesarios para conseguir una lactancia materna eficaz y duradera (anexo 3). En el grupo control se realiza una intervención verbal de 5 minutos sobre un tema intrascendente.

Se ha realizado un entrenamiento previo a esta intervención por parte de los investigadores que la imparten.

No se ha encontrado ninguna intervención definida de forma específica en la bibliografía, ya que se limitan a dar líneas generales, por lo que no se han podido reproducir en nuestro estudio.

**Evaluación de resultados:** seguimiento telefónico a lo largo de los meses siguientes al parto: 15 días, 1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses y 6 meses, con el objetivo de conocer el tipo de alimentación del niño en ese tiempo, motivo de abandono de la lactancia natural, etc. (anexo 4). En la llamada de los 15 días también preguntamos el tipo de lactancia con que salió del hospital. La duración estimada de la entrevista telefónica es de 2-3 minutos. A una mujer la consideramos como perdida cuando sea imposible localizarla o realizarle el cuestionario a la quinta llamada. Los investigadores que realizaron las llamadas telefónicas desconocían a qué grupo pertenecía cada mujer.

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS.

Se ha realizado el análisis descriptivo para todas las variables, las cualitativas se describieron con porcentajes y las cuantitativas con la media y la desviación típica.

Para examinar si existieron diferencias entre los grupos se utilizó la t-student para variables cuantitativas y la prueba Ji-cuadrado para las variables cualitativas. El de significación estadística aceptado fue  $p < 0.05$ .

## Anexo 1

### Consentimiento Informado

Estamos haciendo un trabajo de investigación sobre la alimentación del niño, que consiste en pasarte un cuestionario de preguntas, y después llamarte a casa por teléfono para realizar otro cuestionario de 3 o 4 minutos de duración. Este cuestionario se hace para saber qué tal te va. Te llamaremos 1 vez al mes, durante 6 meses. El estudio es absolutamente confidencial.

¿Te gustaría participar?

## Anexo 2

<b>Cuestionario en dilatación</b>	
Nombre y apellidos:	
Teléfono:	
Población:	
Edad:	
Nivel de estudios:	
Trabajo habitual:	
Paridad anterior:	
Semanas de gestación del embarazo actual:	
Complicaciones gestación actual:	
Educación maternal:	<input type="checkbox"/> Si: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Incompleta
Lactancia materna exclusiva anterior:	<input type="checkbox"/> Si:      ¿cuánto tiempo?: <input type="checkbox"/> No
Motivos de abandono:	
<input type="checkbox"/> Hipogalactia <input type="checkbox"/> Incorporación al trabajo <input type="checkbox"/> Patología mamaria:	<input type="checkbox"/> Mastitis <input type="checkbox"/> Grietas <input type="checkbox"/> Pezón plano <input type="checkbox"/> Galactocele <input type="checkbox"/> Ingurgitación mamaria
<input type="checkbox"/> Falta de apoyo social <input type="checkbox"/> Niño intranquilo, con mucho llanto <input type="checkbox"/> Niño rechazo pecho, no se coge <input type="checkbox"/> Sensación de que el niño se queda con hambre <input type="checkbox"/> Ansiedad materna, depresión <input type="checkbox"/> Escasa ganancia de peso del RN <input type="checkbox"/> Enfermedad materna, toma de medicación <input type="checkbox"/> Enfermedad RN <input type="checkbox"/> Por consejo médico <input type="checkbox"/> Otros	
Tiempo transcurrido desde el parto hasta la puesta al pecho:	

### Anexo 3

#### Intervención

##### Grupo experimental y grupo control:

Inmediatamente después que la madre sale del paritorio, se pone al R.N. en contacto con la madre al pecho, de la siguiente manera:

- El cuerpo del bebé debe estar girado hacia la madre (ombbligo contra ombbligo)
- Cabeza y tronco del bebé deben estar rectos.
- La boca debe abarcar “un buen bocado”: pezón, areola y tejido subyacente.
- Las mejillas deben verse redondeadas, hinchadas, no hundidas.

##### Grupo experimental:

- La leche materna posee todos los nutrientes, es lo mejor para que tu bebé esté sano.
- El calostro es la 1ª leche que vas a tener, es muy importante que la tome, porque, aporta todas las defensas. Es la 1ª vacuna del bebé.
- Tu leche es un alimento incomparable con otra leche y favorece al bebé para no tener infecciones respiratorias, previene diarreas, estreñimiento, el cólico del lactante y favorece el desarrollo de la inteligencia. Respecto a ti, se evitan hemorragias porque tu útero vuelve antes a su tamaño inicial, recuperas tu peso anterior con mayor rapidez, tienes menos riesgo de padecer cáncer de ovario, mama y osteoporosis. Aumenta el contacto afectivo con tu bebé, es gratis, higiénica y tiene la temperatura ideal.
- Dar el pecho debe ser a demanda, olvídate del reloj.
- Deja que se vacíe bien el pecho, no lo cambies hasta que lo suelte espontáneamente, pues el final es más rica en grasa y sacia más al niño.
- No le des chupete hasta que la alimentación esté bien instaurada. Nunca ofrezcas zumos, agua, ni infusiones.

### Anexo 4

#### Cuestionario telefónico

¿ Con qué tipo de lactancia saliste del hospital?  
(sólo en 1ª llamada)

- LM Exclusiva
- LM no exclusiva
- LA
- LMixta

Tipo de lactancia actual:

- LM Exclusiva
- LM no exclusiva
- LA
- LMixta

Momento en que dejó LM:

Motivos de abandono:

- |                          |  |                          |                       |
|--------------------------|--|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Hipogalactia                                 | <input type="checkbox"/> | Mastitis              |
| <input type="checkbox"/> | Incorporación al trabajo                     | <input type="checkbox"/> | Grietas               |
| <input type="checkbox"/> | Patología mamaria                            | <input type="checkbox"/> | Pezón plano           |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | Galactocele           |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | Ingurgitación mamaria |
| <input type="checkbox"/> | Falta de apoyo social                        |                          |                       |
| <input type="checkbox"/> | Niño intranquilo, con mucho llanto           |                          |                       |
| <input type="checkbox"/> | Niño rechazo pecho, no se coge               |                          |                       |
| <input type="checkbox"/> | Sensación de que el niño se queda con hambre |                          |                       |
| <input type="checkbox"/> | Ansiedad materna, depresión                  |                          |                       |
| <input type="checkbox"/> | Escasa ganancia de peso del RN               |                          |                       |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad materna, toma de medicación       |                          |                       |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad RN                                |                          |                       |
| <input type="checkbox"/> | Por consejo médico                           |                          |                       |
| <input type="checkbox"/> | Otros  |                          |                       |

## RESULTADOS:

En el cuestionario telefónico se detectaron 3 pérdidas por imposibilidad de contactar telefónicamente con ellas, 1 perteneciente al grupo experimental y 2 al grupo control.

La edad media de la muestra ha sido de 28.47 con una desviación típica de 4.57, siendo la edad mínima de 17 años y la máxima de 42.

En el nivel de estudios, prevalecen los estudios primarios-EGB (60.5%), seguido de FP- Bachillerato- COU (25%), estudios universitarios (11.1%) y sin estudios (2.5%).

En cuanto al nivel de ocupación hay un 58% de mujeres que trabajan fuera de casa y un 42% de amas de casa.

Respecto a la paridad, un 48.1% eran nulíparas y el resto tenían de 1 a 3 hijos. La edad gestacional media en el momento del parto era de 39.15 semanas con una desviación típica de 1.21.

Un 51.9% habían recibido educación maternal, de las cuales un 73.8% había sido de forma completa y un 26% de forma incompleta, mientras que el resto no la había recibido.

Un 90.5 % de las mujeres con hijos previos habían lactado siendo la media de 210.61 días (mediana de 180), con una desviación típica de 183.21 y un mínimo de 7 días y un máximo de 720 días. Las 3 causas de abandono más frecuentes fueron el consejo médico (18.4%), la hipogalactia (15.8%) y la incorporación al trabajo (13.2%).

El tiempo medio transcurrido desde el parto hasta la puesta al pecho del recién nacido fue de 41.73 minutos con una desviación típica de 22.96.

### Comparación del grupo experimental y control al inicio.

Como se puede observar en la tabla 2 no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las variables comparadas, por lo que no hay evidencia de que ambos grupos sean diferentes antes de la intervención.

**Tabla 2**

<b>VARIABLES</b>	<b>EXPERIMENTAL</b>	<b>CONTROL</b>	<b>Test estadístico (grados libertad)</b>	<b>Significación estadística</b>
Número	35	46		
Edad ( años)	28.86	28.17	t = 0.664 (79)	n.s
Tiempo transcurrido desde el parto hasta la puesta al pecho (minutos)	38.14	44.46	t = 1.23 (79)	n.s
Nivel de estudios: Sin estudios EGB-primarios FP-Bachiller- COU Universitarios	0% 60% 25.7% 14.3%	4.3% 60.9% 26.1% 8.7%	$\chi_{-} = 2.084$ (3)	n.s.
Paridad: Ninguno 1 a 3	40% 60%	54.3% 45.7%	$\chi_{-} = 1.639$ (1)	n.s.
Ocupación: Ama de casa- paro Asalariada	37.1% 62.9%	50% 50%	$\chi_{-} = 1.331$ (1)	
Educación maternal: No Si	54.3% 45.7%	43.5% 56.5%	$\chi_{-} = 0.930$ (1)	n.s
Tipo de Educación maternal: Incompleta Completa	12.5% 87.5%	34.6% 65.4%	$\chi_{-} = 2.506$ (1)	n.s

Tras el análisis comparativo de ambos grupos por separado, vemos que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a instauración y duración de la lactancia materna.

La duración media de la lactancia materna, de la muestra, en cualquiera de sus formas (exclusiva, no exclusiva y mixta) en el momento del estudio es de 105.83 días con una desviación típica de un 65.56.

La evolución de cada tipo de lactancia en el tiempo, esta reflejada en la tabla 3.

**Tabla 3**

	Salida hospital	15 días	30 días	60 días	90 días	120 días	180 días
Materna exclusiva	79.5%	70.5%	55.1%	42.3%	34.6%	21.8%	3.8%
Materna no exclusiva	9.0%	3.8%	2.6%	2.6%	0.0%	1.3%	1.5%
Mixta	6.4%	17.9%	21.8%	19.2%	15.4%	19.2%	14.1%
Artificial	5.1%	7.7%	20.5%	35.9%	50%	57.7%	70.5%

Los 3 motivos de abandono más frecuentes en cada momento de la recogida de datos son los descritos en la tabla 4.

**Tabla 4**

<b>15 días</b>	<b>30 días</b>	<b>60 días</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejo médico</li> <li>• RN intranquilo</li> <li>Rechazo pecho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipogalactia</li> <li>• RN intranquilo</li> <li>Escaso peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RN intranquilo</li> <li>• Hipogalactia</li> <li>• Sensación hambre</li> </ul>
<b>90 días</b>	<b>120 días</b>	<b>180 días</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipogalactia</li> <li>• Consejo médico</li> <li>• Escaso peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporación trabajo</li> <li>• Consejo médico</li> <li>• Hipogalactia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación complementaria</li> <li>• Consejo médico</li> <li>• Hipogalactia</li> </ul>

Globalmente, el motivo de abandono más frecuente es el relacionado con la percepción materna de que su leche no es suficiente para alimentar al bebé (sensación de que el niño se queda con hambre, niño intranquilo, mucho llanto, escasa ganancia de peso, rechazo pecho..). Como es de esperar el motivo de abandono más frecuente a los 4 meses es la incorporación al trabajo.

En general, los motivos de abandono más frecuentes son los expuestos en la tabla 5.

**Tabla 5**

Consejo médico .....	16.83%
Hipogalactia .....	14.35%
Recién nacido intranquilo .....	11.88%
Escasa ganancia de peso .....	11.88%
Sensación de que el niño se queda con hambre .....	10.89%
Otros .....	8.91%
Incorporación al trabajo .....	7.42%
Rechazo pecho .....	6.4%
Ansiedad materna .....	2.4%
Enfermedad materna .....	2.4%
Enfermedad recién nacido .....	1.9%
Mastitis .....	1.9%
Grietas .....	1.9%
Falta apoyo social .....	0.4%

## DISCUSIÓN

El consejo sobre la lactancia materna en el puerperio inmediato, no se muestra eficaz sobre la instauración y duración de la misma, por lo que nuestra hipótesis no se cumple.

Observamos que los motivos más frecuentes de fracaso precoz son los relacionados con la percepción materna de que el lactar no es suficiente para alimentar al recién nacido.

Como es de suponer, el motivo principal de abandono al 4<sup>a</sup> mes de vida es la incorporación materna al trabajo. Además uno de los motivos que se repite en todo el período de seguimiento, con un elevado porcentaje, es el consejo médico de incorporación de leche adaptada a la alimentación del recién nacido.

Actualmente, a la vista de los resultados obtenidos, podemos afirmar que existe un fracaso precoz de la lactancia materna, opinión también compartida por otros investigadores.

Si consideramos como lactancia materna la exclusiva y no exclusiva, la prevalencia de la misma coincide con las observadas en otros estudios; mientras que si incorporamos la forma mixta a estas anteriores la prevalencia obtenida en nuestro estudio aumenta considerablemente.

Entre las limitaciones de nuestro estudio podemos citar la no existencia de un instrumento de medida de la variable decisión - duda de lactar, por lo que animamos a

otros investigadores a que lo desarrollen con el fin de conocer si hay diferencias entre las que tienen una decisión firme y las que dudan.

Como demuestran los resultados de nuestro estudio, reseñar que una intervención verbal tan puntual y breve es difícil que produzca cambios de actitud importantes. En contraposición, la simple técnica de puesta al pecho del recién nacido precozmente es muy eficaz y potente en la instauración y duración de la lactancia materna (demostrado en otros estudios), por lo que es imprescindible ponerla en práctica sistemáticamente.

Nos ha sido imposible encontrar otra intervención igual a la nuestra, pues la bibliografía en torno a esta intervención tan específica es escasa y poco precisa, por lo que no podemos comparar nuestros resultados.

Pensamos que sería interesante, a la vista de los datos, realizar intervenciones dirigidas a disminuir los motivos que repetitivamente aparecen en el abandono precoz de la lactancia.

## BIBLIOGRAFÍA

-World Health Organization, Division of child health and development. EVIDENCE FOR THE TEN STEPS TO SUCCESSFUL BREASTFEEDING. 1998.

-Moreno Manzanares, Lourdes. LACTANCIA MATERNA. Rol de Enfermería. Julio-1997. Nº 227. 79-84.

-Blanco Blanco, Ana Isabel. INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA ELECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA A PUÉRPERAS, COMO MEJOR OPCIÓN PARA LA ALIMENTACIÓN DE SUS HIJOS. Enfermería Clínica. 20-4- 1999. Vol. 9 Nº 5. 194-199.

-Viñas Llebot, H. ASPECTOS BÁSICOS DE LA PRACTICA Y PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. Enfermería Clínica. 1998. Vol. 9, Nº 1, 34-40.

-Consuegra Yáñez, Mª A. HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL. Index de Enfermería. Otoño 1998. Año VII. Nº 22. 13-19.

-Pachula, Jeannette. ALGUNOS PEROS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS A LA LACTANCIA. Traducido de Pediatrics. Dec. 1997. Vol. 100. Nº 6.

-Fernández Amores, R. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. Index de Enfermería. Otoño 1998. Año VII. Nº 22. 20-25.

-Marcos Pérez, E. ACTITUDES DE ALGUNAS MADRES RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA. Enfermería Científica. Mayo 1998. Nº 194. 56-59.

-Díaz Gómez, N. FACTORES RELACIONADOS CON LA LACTANCIA MATERNA EN NUESTRO MEDIO. Enfermería Científica. Enero 1988. Nº 70. 19-25.

-Mosteiro, Mª del Pilar. BENEFICIO DE UN PROGRAMA DE MENTALIZACIÓN A LA LACTANCIA MATERNA EN MUJERES EMBARAZADAS. Enfermería Científica. Mayo 1996. Nº 170. 67-70.

-Rodríguez Moreno, M. A. TENDENCIAS DE LA MUJER ACTUAL SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE. Enfermería Científica. Marzo 1994. Nº144. 29-33.

-Pascio Talayero, J.M. LACTANCIA MATERNA: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y AMBIGÜEDAD SOCIOCULTURAL. Atención Primaria. Oct. 1999. Vol. 24. Nº 6. 337-343.

-Criado Rodríguez, E. LACTANCIA MATERNA: RETOS Y CONDICIONANTES SANITARIOS. ESTRATEGIA EDUCATIVA. Rol de Enfermería. Feb.1998. Nº 234. 56-63.

-Movilla Fernández, M.J. ¿QUÉ INFLUYE MÁS EN LAS MADRES PARA DECIDIR EL TIPO DE ALIMENTACIÓN DE SU HIJO RECIÉN NACIDO? Enfermería Científica. Sept. 1997. Nº186. 51-54.

-Pedrera, J. D. ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA EDAD DE LA MADRE EN EL TIPO DE LACTANCIA INFANTIL. Enfermería Científica. Dic. 1991. Nº 117. 31- 33.

-Ruiz Guzmán. PROMOCIÓN INSTITUCIONAL DE LA LACTANCIA MATERNA. Martín, Silvia. LACTANCIA ARTIFICIAL . LA PUNTA DEL ICEBERG. Index de Enfermería. Otoño 1998. Año VII. Nº 22. 7-9.

-Fernández, J.M. INFLUENCIA DE LOS PROGRAMAS DE PREPARACIÓN AL PARTO EN LA ELECCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA. Matronas profesión. Sept. 2001. Nº 5. 40-44

-Rodríguez Moreno, M. A. EL PERIODO PRENATAL, ETAPA DECISIVA PARA LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. Enfermería Clínica. Vol. 3, num. 3. 116-119.

-Mantilla-Mont, M. ENFERMERÍA Y LACTANCIA MATERNA. Enfermería Clínica . vol. 9, num. 3 1998. 93-97.

-Dermer, A. BREASTFEEDING AND WOMEN´S HEALT. Journal of Women´s Healt. Vol. 7. num. 4 1998. 427-431.

-Guillén Rodríguez, J.L. EDUCACIÓN MATERNAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. EFICACIA UTILIDAD Y SATISFACCIÓN DE LAS EMBARAZADAS. Atención Primaria. Vol. 24, num. 2, Jun. 1999. 66-74.

-Cervantes Pardo, A. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. ¿ ES EFECTIVA LA EDUCACIÓN SANITARIA? Anales Españoles de Pediatría 1993. num. 39, (6) 529-534.

# **La Turnicidad y El Burnout en el Personal de Enfermería**

**AUTORES:**

**Cesar Alonso Mozas  
M<sup>a</sup> Vico Eguizábal Abad  
Laura Ranedo Metola**



## RESUMEN

El síndrome de Burnout o síndrome de desgaste profesional es una forma de estrés laboral crónico característico de aquellas profesiones, entre ellas la de enfermería, que utilizan la relación de ayuda en su desarrollo profesional. Los tres rasgos que lo caracterizan son agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal, junto con las características del medio laboral como factores estresantes han sido objeto de este estudio.

De ahí que nuestro objetivo, haya sido el estudio de una de estas características del medio laboral, como es describir en que manera el turno rotatorio denominado antiestrés<sup>1</sup> llevado a cabo en el complejo hospitalario San Millán-San Pedro de Logroño, La Rioja, es eficaz o no para ayudar a frenar el desgaste profesional, comparándolo para ello con el turno rotatorio tradicional<sup>2</sup> llevado a cabo en el complejo hospitalario antes citado.

Para conseguir nuestro objetivo, hemos utilizado el cuestionario El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CPDE. Facilitado personalmente al personal de enfermería de los servicios médicos y quirúrgicos exclusivamente de dicho complejo hospitalario.

De una muestra de 163 personas, se llegó a 151 personas (un 88, 96%) de la misma, obteniéndose 94 cuestionarios correctamente cumplimentados. Los resultados obtenidos indican que la variable turno rotatorio antiestrés sólo encuentra una pequeña diferencia significativa con el turno tradicional en la disminución del agotamiento emocional, permaneciendo la falta de realización personal y la despersonalización igual para ambos turnos rotatorios.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de desgaste profesional afecta de lleno a la profesión de enfermería. En lo que respecta a la enfermería riojana, se trata de un tema poco estudiado, de ahí que este trabajo pretenda aportar una visión del grado de desgaste profesional de nuestros enfermeros y en que manera el tipo de turno que se desarrolle influye en ello.

Los tres rasgos que lo caracterizan son, agotamiento emocional (caracterizado por el sentimiento de tener mermados los recursos emocionales y no poder ofrecer apoyo o ayuda a los demás pues han ido perdiendo su energía en su trabajo cotidiano), despersonalización (implica la aparición de actitudes negativas como distanciamiento con los pacientes y familiares, insensibilidad, llegando a una visión y trato deshumanizado, como consecuencia del endurecimiento afectivo), y falta de realización personal (consiste en la autoevaluación negativa, insatisfacción y decepción de sus resultados laborales, lo que favorecerá una más baja autoestima laboral).

Las consecuencias de estar sometido a un estrés crónico laboral se van a manifestar en tres diferentes niveles:

- Nivel emocional: ansiedad, miedo, irritabilidad, rabia, sentimientos de culpa, frustración, apatía, tristeza...

- Nivel cognitivo: pueden aparecer problemas de memoria, concentración, auto-evaluaciones negativas y disminución de la autoestima, dudas e inseguridad en la toma de decisiones

- Nivel conductual: se va a dar una disminución del rendimiento laboral, aumento del absentismo por la sensación de malestar persistente, conductas de evitación, aumento del consumo de sustancias para paliar los efectos anteriormente descritos, aumento del hábito tabáquico y problemas y conflictos en las relaciones interpersonales.

Importante, recordar que esta respuesta al estrés laboral no aparece de manera homogénea en los profesionales, ni en cuanto al proceso de instauración de los síntomas ni en cuanto al tiempo de aparición.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **• Instrumento**

Para conseguir nuestro objetivo hemos utilizado un cuestionario (ver anexo I) que consta de tres partes diferenciadas: ficha personal anónima (edad, sexo, estado civil, hijos), características de la profesión (tipo de contrato, antigüedad en el trabajo, ubicación del trabajo, turno de trabajo,...) y desgaste profesional o burnout (dividido a su vez en tres bloques: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) previamente validado<sup>3</sup>.

El cuestionario se facilita al personal de enfermería, que participa de forma voluntaria en la investigación asegurándoseles el carácter privado y la confidencialidad de las respuestas. Éste se entregaba personalmente por los componentes del estudio y se recogía a través de un sobre depositado en el control del servicio en cuestión.

### **• Muestra**

La muestra de estudio fue el personal de diplomados en enfermería de los servicios médicos y quirúrgicos exceptuando servicios generales y servicios especiales del Complejo Hospitalario San Millán – San Pedro de Logroño, La Rioja.

El cuestionario se entregó a todo el personal de enfermería de las unidades mencionadas en el turno de noche los días martes y jueves durante 4 semanas consecutivas, desde el 14 de junio del 2002 al 6 de julio del 2002. De una muestra de 163 personas se llegó a un 88,96% (151 personas) de la misma, obteniéndose un 57,67% (94) de cuestionarios cumplimentados correctamente, 46 no contestados, 6 incompletos y 5 no pertenecientes a la muestra de la que se seleccionaron los criterios anteriormente citados. Todos los profesionales de enfermería fueron candidatos teóricos sin más criterios de exclusión que los que tenían un turno fijo.

## **RESULTADOS**

De la muestra obtenida 87(92,55%) son mujeres y 7 (7,45%) son varones. Del total de la población encuestada 14 personas tienen una edad entre 20 y 29 años (14,89%), 49 personas tienen entre 30 y 39 años (52,13%), 26 tienen entre 40 y 49 años (27,66%) y 5 personas tienen 50 o más años (5, 32%).

En número de hijos de los profesionales encuestados se distribuyó de la siguiente manera: 57 (60,64%) sin hijos, 9 (9,57%) con uno, 22 (23,40%) con dos hijos y 6 personas (6,38%) con tres o más.

La antigüedad media en la profesión de la muestra es de 12,65 años.

La situación laboral de los encuestados se reparte entre personal fijo 37 personas (39,36%), personal interino 44 (46,81%) y temporal 13 (13,83%).

El turno de trabajo de las personas encuestadas presenta los siguientes resultados: 49 personas (52,13%) trabaja en turno rotatorio tradicional, 45 (47,87%) en rotatorio antiestrés.

En cuanto al centro de referencia de trabajo, 66 personas son del Hospital San Millán (70,21%) y 28 del Hospital San Pedro (29,79%).

La distribución de enfermeras por servicios con turnos rotatorios y que respondieron nuestra encuesta, es la que se presenta en la TABLA 1.

**TABLA 1**

<b>SERVICIOS MÉDICOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Medicina Interna	19	20,21
Neurología	5	5,32
Neumo	7	7,45
Cardio	6	6,38
Nefro	0	0
Digestivo	7	7,45
Hematología	2	2,13
Oncología	4	4,25

<b>SERVICIOS QUIRÚRGICOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Cirugía	14	14,89
Trauma	13	13,83
ORL	2	2,13
Gine	3	3,19
Uro	12	12,77

Los resultados obtenidos en el apartado en que se pedía cuantificar en qué medida el turno de trabajo realizado podía llevar al desgaste profesional, 2 personas (2,13%) puntuaron un uno (=nada), 6 personas (6,38%) puntuaron un dos, 9 (9,57%) puntuaron un tres, 14 (14,89%) puntuaron un cuatro, 10 (10,64%) puntuaron un cinco, 7 (7,45%) puntuaron un seis en la escala, 12 (12,77%) puntuaron un siete, 15 (15,96%) puntuaron un ocho, 11 (11,70%) puntuaron un nueve y 8 personas (8,50%) puntuaron un diez (=mucho).

Otros datos de la muestra se reflejan en la siguiente TABLA 2

**TABLA 2**

	Nº	%
<b>Estado Civil</b>		
Soltero/a	41	43,62
Casado/a	49	52,13
Viudo/a	0	0
Divorciado/a	4	4,25
<b>¿Tuvo la oportunidad de elegir el turno de trabajo?</b>		
Sí	38	40,43
No	56	59,57
<b>¿Se siente a gusto con su turno rotatorio actual?</b>		
Sí	52	55,32
No	42	44,68

En la tabla siguiente se muestran los resultados obtenidos en las tres dimensiones que componen el Burn Out, en la muestra total analizada.

	AGOTAMIENTO EMOCIONAL			FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL			DESPERSONALIZACIÓN			
	Bajo N°(%)	Medio N°(%)	Alto N°(%)	Bajo N°(%)	Medio N°(%)	Alto N°(%)	Bajo N°(%)	Medio N°(%)	Alto N°(%)	
<b>Muestra Total</b>	19(20,21)	70 (74,47)	5(5,32)	8(8,5)	65(69,15)	21(22,34)	7(7,45)	71(75,53)	16(17,02)	
<b>Niveles para las tres dimensiones del Burn out en diferentes variables</b>										
		Cansancio emocional			Realización personal			Despersonalización		
		Bajo (n)	Medio (n)	Alto (n)	Bajo (n)	Medio (n)	Alto (n)	Bajo (n)	Medio (n)	Alto (n)
Distribución por Hospitales:										
	H. San Millán	3	48	15	17	43	6	8	53	5
	H. San Pedro	2	22	4	4	22	2	8	19	1
Distribución por sexo:										
	Varón	0	5	2	2	4	1	0	5	2
	Mujer	5	72	17	19	68	7	16	73	5
Distribución por situación laboral:										
	Fijo	1	29	7	11	22	4	7	29	1
	Interino	0	33	1	7	34	3	6	33	5
	Temporal	4	8	1	3	9	1	3	9	1
Distribución por turno de trabajo:										
	Rotatorio Tradicional	1	35	13	7	38	4	7	40	2
	Rotatorio Antiestrés	4	35	6	14	27	4	9	31	5

Para la variable tipo de turno, antiestrés o tradicional, se ha hallado una pequeña diferencia significativa ( $p=0,045$ ) en la puntuación del agotamiento emocional, obteniendo éste una puntuación media de 2,04 ( $d.t=0,48$ ) en el turno rotatorio antiestrés frente a un 2,24 ( $d.t=0,47$ ) para el tradicional; sin encontrar diferencias ni en el agotamiento emocional ni en la despersonalización.

La situación laboral de las personas encuestadas, para personal fijo e interino (dado que la muestra de personal temporal  $n=13$  es un número insuficiente para someterlo a estudio con éste tipo de prueba estadística) no arroja diferencias significativas ( $p<0,05$ ) para ninguno de los rasgos característicos del síndrome de desgaste profesional.

## DISCUSIÓN

En cuanto a las limitaciones encontradas a lo largo del estudio, cabe resaltar la poca experiencia en investigación por parte de los autores del mismo, por lo que somos conscientes del sesgo que ello puede conllevar.

Por otro lado, al entregar personalmente el cuestionario a la muestra seleccionada pudimos comprobar una falta de interés y motivación en la cumplimentación del mismo por la desconfianza de que éste estudio fuera realmente a tener alguna repercusión positiva, tal y como ellos contaban, de ahí que el hecho de depender de la voluntariedad de la muestra lleve a alcanzar una tasa de respuesta inferior a la deseada.

La participación del personal de enfermería de los servicios médicos y quirúrgicos del Complejo hospitalario San Millán-San Pedro ha tenido un porcentaje de respuesta de 64,42%, algo inferior al de la bibliografía consultada.

Los resultados obtenidos sobre el total de la muestra indican valores de agotamiento emocional, de realización profesional y de despersonalización medio, no pudiendo ser contrastadas con ningún estudio previo de similares características, personal de servicios médicos y quirúrgicos con dos tipos de turno rotatorios diferentes.

Nosotros intuíamos que para la variable tipo de turno rotatorio desempeñado, las persona con un turno antiestrés obtendrían más bajos niveles de desgaste profesional por la satisfacción que en general éstos mostraban; en cambio, con los datos obtenidos sólo se muestra una diferencia significativa mínima en el nivel del agotamiento emocional, manteniéndose la falta de realización personal y la despersonalización en niveles similares. Podemos concluir que el turno rotatorio antiestrés, objetivo de nuestro estudio, no constituye un factor único y decisivo que contribuya significativamente al desgaste profesional, por lo que resultaría interesante el estudio de otros elementos, como factores estresantes y posibles desencadenantes de éste síndrome.

## ANEXO 1

Estimado/a compañero/a:

Somos un grupo de enfermeros que estamos realizando un trabajo para analizar en que medida la turnicidad está relacionada con el desgaste profesional o síndrome de Burnout.

Para realizar éste trabajo es fundamental una respuesta sincera al cuestionario que a continuación le presentamos. Todos los datos solicitados son imprescindibles para el estudio, quedando garantizado su total anonimato.

Gracias por su colaboración. "Tu tiempo es nuestro trabajo"

### FICHA PERSONAL ANÓNIMA

<i>EDAD</i>	<i>SEXO</i>	<i>ESTADO CIVIL</i>	<i>HIJOS</i>
Entre 20 y 29 años	Mujer	Soltera/o	0
Entre 30 y 39 años	Hombre	Casada/o	1
Entre 40 y 49 años		Viuda/o	2
50 o más años		Divorciada/o	3 o más

### CARACTERÍSTICAS DE LA PROFESIÓN

#### TIPO DE CONTRATACIÓN

Fijo

Interino

Temporal

#### ANTIGÜEDAD EN EL TRABAJO\*

Años..... Meses.....

\*escribir sobre la zona punteada lo que corresponda

#### UBICACIÓN DE TRABAJO

*Servicios médicos:*

Medicina interna Nefrología

Neurología Digestivo

Neumología Hematología

Cardiología Oncología

*Servicios quirúrgicos:*

Cirugía Otorrino

Traumatología Ginecología

Urología

#### TURNO DE TRABAJO

Turno rotatorio tradicional

Turno rotatorio antiestrés

#### CENTRO DE TRABAJO

Hospital San Millán

Hospital San Pedro

#### TIEMPO QUE LLEVA DESARROLLANDO EL TIPO DE TURNO ACTUAL\*

Años..... Meses.....

\*escribir sobre la zona punteada lo que corresponda

¿TUVO USTED LA OPORTUNIDAD DE ELEGIR EL TURNO EN EL QUE ACTUALMENTE ESTA TRABAJANDO?

Si No

¿SE SIENTE A GUSTO CON EL TURNO ROTATORIO EN EL QUE DESARROLLA SU TRABAJO?

Si No

CUANTIFIQUE EN QUE MEDIDA EL TURNO DE TRABAJO QUE REALIZA LE PUEDE LLEVAR, SI EXISTE EN SU CASO, AL DESGASTE PROFESIONAL.\*

\*rodee con un círculo el número que usted crea

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
nada mucho

### DESGASTE PROFESIONAL O BURNOUT (CDPE)\*

A continuación encontrará una serie de cuestiones con las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando con una cruz la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1= totalmente en desacuerdo

2= en desacuerdo

3= de acuerdo

4= totalmente de acuerdo

Por favor lea atentamente todas las cuestiones. Asegúrese de contestar todas según lo que piense en ese momento. Gracias.

\*CUESTIONARIO DE DESGASTE PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. Versión original publicada en Moreno-Jiménez, Garrosa y González-Gutiérrez (2000)

AGOTAMIENTO EMOCIONAL	1	2	3	4
Me siento quemado/a con mi trabajo				
Me siento quemado/a después de un día de trabajo				
Siento que me alejo emocionalmente de mi trabajo				
Siento que el trabajo día a día en el hospital me desgasta				
Estoy deseando que llegue la hora de salida				
Voy al trabajo cansado/a y vuelvo de él cansado/a, me cuesta ir a trabajar				
A veces me siento cansado/a, sin ganas de hacer nada o de esforzarme				
Necesito un cambio, me siento desmotivado por el trabajo diario				
Al final de la jornada laboral estoy agotado/a				
Estoy harto/a de esforzarme en dar mi opinión y que no me escuchen				
Me desborda el trabajo, parece que no voy a dar más de sí				
Muchas veces me siento agotado/a física y mentalmente				

<b>DESPERSONALIZACIÓN</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Respecto a mis pacientes, no me implico en sus problemas; es como si no existieran				
Me siento escéptico/a ante los problemas de mis pacientes				
Intento despersonalizar al máximo el trato con los familiares de los pacientes				
Creo que me voy alejando emocionalmente de mis pacientes				
Algunas veces, te da igual que los pacientes estén mejor o peor atendidos				
Creo que me he endurecido con el trato de los pacientes				
Haces lo justo para que la persona esté atendida				
Cuando los pacientes no mejoran intento hacer mi trabajo lo más rápido posible e intento evitar el contacto con ellos				
La muerte de un paciente no me afecta emocionalmente				
No hay que implicarse, la culpa de que el paciente esté en el hospital no es mía				
Trato a mis pacientes de forma diferente según la conducta de los mismos				
A veces pienso que los pacientes no se merecen el esfuerzo que les dedico				

<b>FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Me siento inútil				
Siento que mi trabajo no sirve para nada				
Siento que mi autoestima está por los suelos				
Nadie me considera, me siento como "un/a criado/a para todo"				
Siento que no influyo de manera positiva en la vida de otras personas				

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Vacas J.C., Gil F.J., Cañones E., Santos F, Crespo R, Urraca J.R, Péz c, Martinez P, Díaz E, Almeda E, Chofles F.J. Enfermería andaluza. Satisfacción profesional y calidad de vida en el trabajo". Ed. Obra Social y Cultural Caja Sur. Córdoba 1997
- Tazón M. P, García J, Aseguinolaza L. DIFUSIÓN AVANCES DE ENFERMERÍA. ENFERMERÍA 21. Relación y comunicación (114-121)
- Solano M. C, Hernández P, Vizcaya M<sup>a</sup> F, Reig A. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. Enfer. Intensiva, 2002; 13 (1):9-16.
- Cuestionario: Versión original publicada en Moreno-Jiménez, Garrosa y González-Gutiérrez(2000). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CPDE. Archivos de prevención de riesgos laborales, 3: 18-28.

# Humanización: Calidad del Cuidado Sanitario

## **AUTORES:**

**Bárbara - Pilar García Gíner**

**M<sup>ª</sup> Antonia Angel Juan.**

**Carmen Sentenero Más.**

*Auxiliares de Enfermería consulta ginecología.*

**Juan Luis Zaragoza Fernández.**

*Director de Enfermería.*

**Dr. Francisco Quereda Seguí.**

*Unidad de Atención al Climaterio*

*Facultativo Especialista en Ginecología Y Obstetricia*

*Hospital u. San Juan de Alicante.*

**Expone: Barbara Pilar García Gíner.**



## **RESUMEN**

<sup>1</sup>Humanizar la salud no es opcional o algo que añadir al ejercicio de la profesión. En la humanización de la salud la relación cobra una especial relevancia, porque, la relación es el ámbito por excelencia de la humanización.

En el mundo sanitario <sup>3</sup>Humanizar significa hacer referencia al hombre en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud. ....

El<sup>7</sup> concepto de calidad está en estrecha relación con la humanización por tanto, humanización y calidad son inseparables y constituyen el propio proceso asistencial.

Sensibilizados con este tema, y con el Objetivo General: de promover aún mas la humanización en la asistencia sanitaria, y con los específicos: divulgar la importancia de la Cooperación, de trabajar el Valor Respeto, Minimizar las quejas, la Duplicación de citas y Aumentar la Calidad del cuidado sanitario se realizó una investigación aplicada, tras identificar los problemas derivados del método de trabajo ejecutado cada Martes en la consulta de atención al climatério de las consultas externas de ginecología del Hospital U. San Juan de Alicante.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Investigación aplicada llevada a cabo desde el 2 de Enero hasta el 20 de Diciembre 2002, bajo el siguiente plan de trabajo basado en la cooperación, la sinergia y en el valor respeto. Los datos fueron primarios, su análisis se realizaría con el programa Excel, estableciendo una primera revisión al finalizar el primer y segundo trimestre, como así mismo, al concluir el plazo.

## **RESULTADOS**

El análisis de los datos muestra qué al finalizar el primer trimestre, fueron un 24% las consultas realizadas, de ellas un 11% duplicaron su cita, por no estar los resultados de la densitometría, un 1% por mamografía y 1 un 1% por citología. Hasta la finalización del estudio 2 pacientes un 2% no tuvieron sus resultados de densitometria, 1 un 1% su mamografía y 1 un 1% la citología.

## **CONCLUSIÓN/DISCUSIÓN**

En definitiva, una reorganización realizada con pequeños cambios no costosos describe cómo: minimizar las quejas, duplicar menos las citas, mejorar los circuitos de atención al paciente, consigue, procedimientos aún más rápidos, humanizados y sistematizados. Y aumentar también la calidad del cuidado sanitario.

## **PALABRAS CLAVE**

Humanización, relación, investigación, Duplicar citas, cooperación y calidad,

<sup>1</sup>Humanizar la salud no es opcional o algo que añadir al ejercicio de la profesión, sino que es intrínseco a la misma.

<sup>2</sup>En la humanización de la salud, la relación cobra una especial relevancia. Con ella, se diagnostica, con ella, se pauta un tratamiento, con ella, se conforta, con ella, se comunican malas noticias, con ella, se procura soporte emocional, con ella, se trabaja interdisciplinariamente, con ella, se delibera en medio de los conflictos éticos. Por tanto, la relación, es el ámbito por excelencia de la humanización.

En el mundo sanitario <sup>3</sup>Humanizar significa hacer referencia al hombre en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, y garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual.

Bajo mi punto de vista, <sup>4</sup>Humanizar, es también una actitud que implica: observar, escuchar, aceptar empatizar, ayudar "provocar alivio" al paciente y familia en la salud o en la enfermedad y contribuir con el equipo en la búsqueda de nuevos procesos.

Porque<sup>5</sup> una organización más eficaz, que puede realizarse con pequeños cambios no necesariamente costosos, puede mejorar los circuitos de atención al paciente, llevar a procedimientos más rápidos y en consecuencia a una mayor satisfacción del usuario y aumentar la <sup>6</sup>calidad del cuidado sanitario, entendiendo por, cuidado sanitario cada uno de los mecanismos que el sistema utiliza en busca de una mejora de la salud de la población. Así, el <sup>7</sup>concepto de calidad está en estrecha relación con la humanización.

Por tanto, humanización y calidad son inseparables y constituyen el propio proceso asistencial.

Sensibilizados con este tema y conocedores de la importancia que tienen, tanto, para la sociedad como para la cultura hospitalaria, es necesario rediseñar nuevos métodos que aumenten, aun más, la calidad y la humanización, como así mismo, que<sup>8</sup> la investigación es la herramienta que nos orienta sobre cómo resolver problemas cotidianos Este método de trabajo fue investigado:

- En la agenda informatizada sólo constaba y definía por sus dos prestaciones a las pacientes que consultaban por primeras y segundas visitas.

- Recibir del archivo en la consulta con un día de antelación las H.C.

- Citar a la paciente por orden facultativa al finalizar la consulta, y antes de realizarse en los distintos servicios (R.x., analítica....) las peticiones complementarias prescritas.

- No utilizar la hoja correspondiente protocolizada y estandarizada por el archivo de H.C. para registrar las pruebas complementarias prescritas.

- Tener que leer el curso clínico de todas las H.C. antes de preparar la consulta.

- Salir a buscar durante la consulta los resultados de las peticiones prescritas a los distintos servicios o al archivo de historias clínicas.

- No identificar el ecógrafo ni las peticiones con las etiquetas identificativas.

- Maximizar por retrasos el horario de citas.

Esto producía los siguientes problemas: desorganización del trabajo, duplicación de citas y quejas verbalizadas de las pacientes al facultativo y a la supervisora.

Para<sup>9</sup> saber hacer, más precisos los servicios profesionales en términos de eficacia, eficiencia y calidad. En enero del 2002 iniciamos una investigación aplicada que mostrara en sus resultados: sí trabajar el valor respeto y obtener una mayor 10 cooperación de todos los agentes de salud implicados en el cuidado sanitario, conseguía minimizar las quejas, describir procedimientos aún más rápidos, humanizados y 11 sistematizados, y cómo saber ser un equipo interrelacionado.

## **OBJETIVO GENERAL**

Promover, aún más, la humanización de la asistencia sanitaria.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Divulgar: la importancia de la cooperación y del valor Respeto.
2. Minimizar: las quejas y la duplicación de citas.
3. Aumentar: la calidad del cuidado sanitario.

## **CRONOGRAMA**

• Duración del estudio: del 2 de Enero del 2002 hasta el 20 de Diciembre del mismo año.

## **POBLACIÓN**

- Mujeres en edad climatérica.

## **MUESTRA**

- N° de pacientes atendidas en esta consulta.

## **VARIABLES**

- Duplicación de citas.
- Desorganización del plan de trabajo.
- Quejas verbalizadas de las pacientes al facultativo y a la supervisora.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

• Investigación aplicada llevada a cabo durante el periodo establecido, en la Unidad de Atención al Climaterio a la Mujer, ubicada en las consultas externas de ginecología del Hospital U. De San Juan de Alicante. La recogida de datos se realizaría por un único observador siendo datos primarios. Su análisis se realizaría con el programa Excel, estableciendo una primera revisión al finalizar el primer y segundo trimestre, como al concluir el plazo. La investigación se llevó a cabo bajo éste plan de trabajo.

## **PLÁN DE TRABAJO**

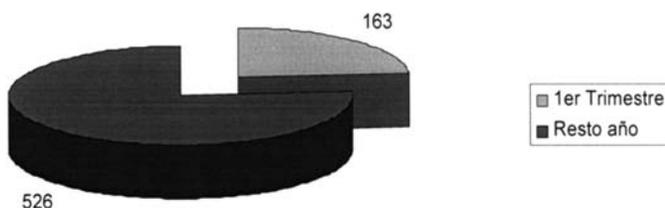
- Establecer un manual y registrar porqué se duplican las citas.
- Acudir al servicio de R. x. del 1 al 5 de cada mes y comunicarnos con el mismo profesional para saber los días en que estarán disponibles los resultados de las pruebas prescritas.

- Preguntar a la responsable del archivo la posibilidad de adelantar un día la prestación de las H.C.
- Comunicar al Celador la necesidad de subir con antelación las H. C.
- Identificarnos por nuestro nombre y servicio al contactar con otros agentes de salud de otro servicio o unidad.
- Comunicar al facultativo la necesidad de solicitar la clave para consultar desde el ordenador de la consulta los resultados cuando no estén disponibles en la H.C.
- Establecer por el facultativo en la agenda informatizada una tercera prestación para los resultados.
- Adjuntar y registrar durante la consulta las prescripciones (R.x.....) en la hoja estandarizada por el archivo de H.C.
- Identificarnos y presentarnos al iniciar la relación con la paciente en la consulta.
- Informar del porqué, cuando exista un mayor retraso del horario de su cita.
- Añadir a su nombre "la señora" al llamarla antes de pasar a la consulta (la señora María. Pérez).
- Identificar el ecógrafo para su exploración y también las peticiones demandadas por el facultativo.
- Explicar la ubicación y las normas de los servicios a los que ha de acudir a realizar otras consultas (R.x., laboratorio....)

### ANÁLISIS DE LOS DATOS

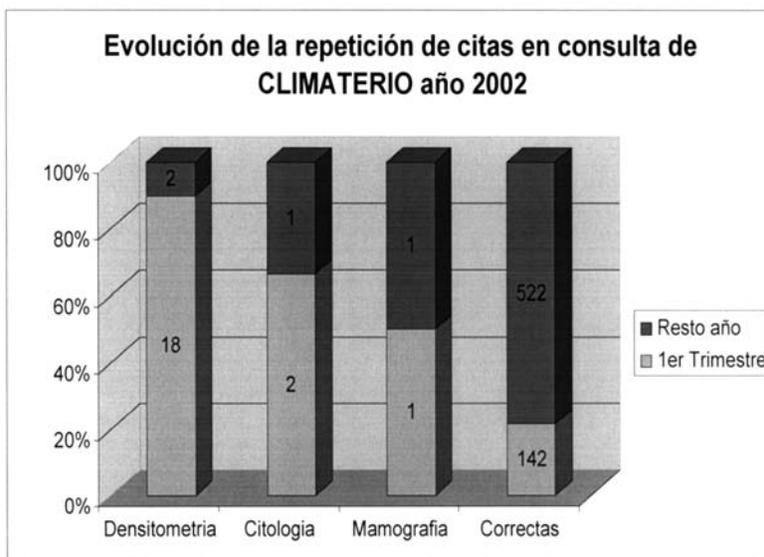
El análisis de los datos se realizó mediante el programa EXCEL. Así desde el 2 de Enero hasta el 20 de Diciembre del 2002, fueron 689 las pacientes visitadas por el facultativo en esta consulta. De éstas 163 un 24% consultaron durante el primer trimestre y 526 un 76% durante el resto del periodo establecido para la muestra.

**Consultas realizadas 2002 CLIMATERIO (Total de 689 realizadas)**

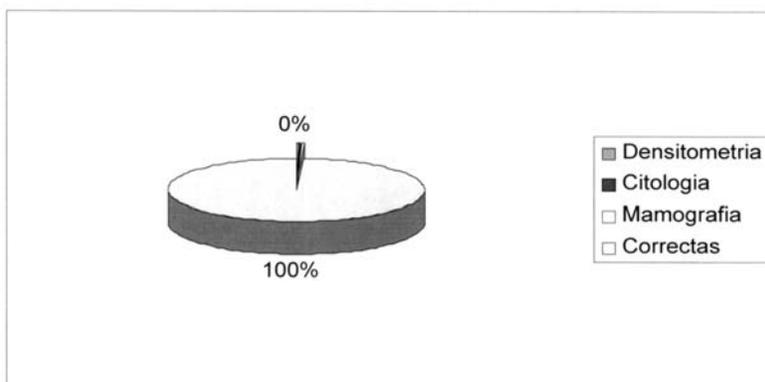


Al finalizar el primer trimestre, el gráfico muestra que de las 163 pacientes visitadas, un 24% de las consultas realizadas, 142 un 87% fueron correctas al no tener que duplicar su cita. En 18 de ellas un 11% duplicaron su cita por no estar disponi-

bles los resultados de las densitometría, 1 paciente un 1% por mamografía y 1 un 1% por citología.



El análisis del segundo trimestre mostró que tan sólo 1 paciente duplicó su cita por no estar los resultados de su citología.



Así desde el 31 de Marzo hasta el 20 de Diciembre fueron 522 las pacientes visitadas en esta consulta un 100% de la muestra. De estas tan solo duplicaron su, cita 2 pacientes un 2% no tuvieron sus resultados de densitometria, 1 un 1% el de su mamografía y 1 un 1% el de su citología.

## RESULTADOS

Debido a haber reorganizado el plan de trabajo de la consulta.

- A que la supervisora realizó las gestiones para que agilizaran los informes de las Densitometrías.
  - Saber qué paciente consulta por revisión o resultados, al estar descrito en la hoja identificativa del archivo y no tener que leer todo el curso clínico de las historias clínicas antes de la consulta.
  - No citar sin haberse realizado previamente las exploraciones prescritas y saber el plazo de días en que se informan los resultados de los distintos servicios (R.x.....)
  - Abrir una tercera prestación para saber las pacientes que consultan por resultados y dar sus citas a partir de las 12 horas.
  - Acudir el facultativo al servicio de informática y tener el código pertinente para consultar los resultados de anatomía patológica, R.x.....
  - A la cooperación de los agentes de salud del archivo de H.C. al prestarnos con dos días de antelación las H.C. a la consulta.
  - Tener más disponibilidad de tiempo para recuperar las historias o los resultados cuando estos no estén en la unidad o en la H.C.
  - A la cooperación del Celador del servicio por asumir el adelanto del préstamo de las H.C.
  - A trabajar el Valor Respeto, es decir, prestar mayor atención, consideración y deferencia a las pacientes, mayoritariamente en la acogida.
  - A que el facultativo siempre escuchó las argumentaciones de las propuestas sugeridas y llevó a cabo las actividades hasta conseguirlas.
  - Haber confiado la supervisora y delegado en nosotros las actividades del plan de trabajo.
  - Saber Ser, por la cooperación y la correspondencia mútua entre agentes de salud un equipo interrelacionado.

## CONCLUSIÓN/ DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación aplicada muestran que:

1. En la humanización de la salud la relación cobra una especial relevancia.
2. Humanización y calidad son inseparables y constituyen el propio proceso asistencial.
3. La investigación, es la herramienta que orienta sobre cómo resolver problemas cotidianos, porque como fuente de conocimiento permite, saber hacer, más precisos los servicios profesionales en términos de eficacia, eficiencia y calidad.
4. Los objetivos, del plan de trabajo se han logrado por la cooperación y la sinergia de todos los agentes sanitarios.
5. La cooperación permite, sentirse necesario, valioso y vinculado a los demás miembros del equipo por la eficacia percibida de saber ser un equipo interrelacionado.
6. Una reorganización, realizada con pequeños cambios no costosos describe cómo minimizar las quejas, duplicar menos las citas, mejorar los circuitos de atención al paciente, y por consiguiente, procedimientos más rápidos, sistematizados y humanizados, y aumentar aún mas la calidad del cuidado sanitario.

Muchas gracias.

## **AGRADECIMIENTOS**

- Dñ<sup>o</sup> Francisca Moreno Chapin. Supervisora de Consultas Externas por su Motivación en la delegación de actividades del plan de trabajo.
- Don Juan Antonio Gómez Moya. Responsable del Servicio de Informática, por su Revisión del Análisis de los Datos.
- Dñ<sup>a</sup> María Carmen Ramírez Naranjo. Responsable del Archivo de Historias Clínicas, por su Cooperación.
- Dñ<sup>a</sup> María Ángeles Iborra Segura. Auxiliar Administrativo del Servicio de Rayos, por su Cooperación.
- Don José Gíl Buades. Celador del Servicio de Consultas Externas, por su Cooperación.
- Dña. Cristina Santamaria Granados. Auxiliar Administrativo del Servicio de Anatomía Patológica.
- A las pacientes que dejaron por escrito el trato recibido.
- A todas y cada una de las personas que han contribuido en mi formación.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Zaragoza Fernández Juan Luis. Sexta Conclusión de las IV Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud y Relación de Ayuda en Enfermería. Alicante 22-24 de Abril 1999.
2. José Carlos Bermejo. 10 Palabras Clave en Humanizar la Salud. E. Verbo Divino, 2002. P. 153.
3. Brusco A., Pintor S., "Sulle orme de Cristo medico. Manuale di teologia pastorale sanitaria" Bologna, EDB, 1999, p.161.
4. García Giner Barbara- Pilar. Humanización de los Cuidados Auxiliares. Ponencia de Clausura de las XII Jornadas Nacionales para Auxiliares de Enfermería. Barcelona 29,30 y 31 de Marzo del 2001, Libro de Resúmenes p. 251
5. Ferré María Isabel. IV Jornadas Nacionales De Humanización de la Salud y Relación de Ayuda en Enfermería. Alicante 22-24 de Abril 1999. Libro de resúmenes, p. 34.
6. García Roldán José Luis, Cómo Elaborar un Proyecto de Investigación. Universidad de Alicante, 1995. E. Compobell, S.L. Murcia, P. 155.
7. Zaragoza Fernández Juan Luis. Novena Conclusión De Las IV Jornadas Nacionales De Humanización de la Salud Y Relación de Ayuda en Enfermería. Alicante 22-24 de Abril 1999.
8. García Roldán José Luis, Cómo Elaborar un Proyecto de Investigación. Universidad de Alicante, 1995. E. Compobell, S.L. Murcia, P. 15.
9. García Giner Barbara- Pilar. El Auxiliar de Enfermería en la Investigación. X Jornadas Estatales de Auxiliares de Enfermería 22,23 y 24 de Abril 1999. Mérida (Badajoz). Libro de Resúmenes, p. 125.
10. Aliske Webb. Los Doce Hilos de Oro. 1ª Edición, Mayo 2000. Ed. Folio, B S. A. Muntaner, 371-373 – 08021 Barcelona, p. 128, 129 y 140.
11. García Giner Barbara- Pilar. Auxiliar de Enfermería: Mesa redonda "Mas Que Cuidar". XI Jornadas Nacionales de Auxiliares de Enfermería. Zaragoza, 18,19 y 20 de Mayo. Libro de Resúmenes, p. 65.



# **Nivel de satisfacción de los profesionales de enfermería en el uso de la llave de tres pasos**

## **Desarrollo de un nuevo Dispositivo para Suministro de Medicación por Vía Intravenosa**

**AUTORES:**

**Nuria Vicente Ibarra  
Francisco Ramírez Camero  
Francisco Javier Ballesta López**  
*Hospital General Universitario de Alicante*



## **RESUMEN**

En el presente trabajo se hace un análisis detallado de las actuales llaves de tres pasos. Recordamos que, en la administración de fluidos por vía intravenosa, este instrumento nos permite la perfusión individual o doble. El examen determina la existencia de diferentes deficiencias relacionadas con el uso de dicho instrumento. A pesar de estar decididos a tomar las medidas necesarias para solventar esos problemas, quisimos conocer la opinión de un amplio número de profesionales de enfermería de distintos hospitales a este respecto. El resultado final y más importante del presente estudio es el diseño de un nuevo Dispositivo para Suministro de Medicación por Vía Intravenosa con número de registro U 200202514.

## **OBJETIVOS Y/O HIPÓTESIS**

En el quehacer diario como enfermeros asistenciales, manejamos diferentes instrumentos sin preguntarnos, en la mayoría de los casos, porque son éstos y no otros los que utilizamos. Es cierto que desarrollamos gran destreza en el manejo de estos productos, pero lo que no se nos puede escapar es que, algunos de ellos, no se adaptan a las necesidades reales, tanto de los pacientes como de los profesionales. Y qué colectivo más capacitado a la hora de introducir mejoras en un determinado objeto, que aquel que lo usa diariamente y que puede conocer en qué medida se adapta o no a sus propios requerimientos. Estamos hablando, por supuesto, de los profesionales de enfermería. Pues bien, es de esta hipótesis, en la que se contempla la posibilidad de modificar un determinado producto con el objeto de introducir mejoras, de donde parte este trabajo.

El producto que ha despertado en nuestro grupo de investigación el interés para desarrollar este proyecto es la llave de tres pasos. Consideramos que es una de las piezas que más uso tienen en el trabajo asistencial y, como trataremos de demostrar, es susceptible de importantes modificaciones. Hay que recordar que en esta práctica el instrumento en cuestión nos aporta la posibilidad de perfundir dos fluidos al mismo tiempo. Como tras la desconexión del equipo de infusión de la llave es indispensable la colocación de un tapón de vía si queremos mantener intactas las condiciones de asepsia, éstos también se convirtieron en objeto de análisis por nuestra parte.

De este modo, con la realización de este estudio pretendemos la consecución de los siguientes objetivos:

- Conocer la opinión que un grupo de profesionales de enfermería de distintos Hospitales tienen del funcionamiento y uso de las llaves de tres pasos y tapones de vía.
- Determinar las deficiencias relacionadas con el uso de las llaves de tres pasos.
- Llevar la investigación hasta el último término, en el que reunimos un conjunto de posibles mejoras en forma de nuevo producto.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El primer paso de la investigación fue la realización de una búsqueda bibliográfica a fin de reunir toda la información publicada sobre la llave de tres pasos. Para ello introdujimos como palabra clave el término inglés three-way stopcock, en la base de datos Medline. Obtuvimos cuarenta y una referencias de las que sólo cinco contenían el descriptor en el título. La revisión en la web nos proporcionó gran cantidad de material pero en todos los casos, el texto de los artículos distaba mucho de lo que estábamos buscando. Nuestro interés se centraba en información que justificara el porqué del diseño de la actual llave de tres pasos y su funcionalidad.

Ante la inexistencia de material bibliográfico que pudiera satisfacer nuestra demanda de información decidimos ser nosotros mismos los que analizáramos la llave de tres pasos en su medio de utilización más común, la administración de medicación por vía intravenosa. Cada uno de los integrantes del grupo de investigación pudo observar en su trabajo asistencial diario la existencia de problemas relacionados con las llaves de tres pasos. No radicaban tanto en su funcionamiento, que en todos los casos era correcto, como en la estructura, forma y dimensiones de las llaves. De este modo, las deficiencias que hemos podido encontrar son las siguientes:

- Se realiza una tracción excesiva sobre el punto de punción cuando la llave utilizada no dispone de alargadera.

- Es un instrumento que presenta una gran facilidad para los enganches con la ropa del paciente o con la ropa de cama, debido a las aristas que presenta y su tamaño. El enganche tiene como resultado el arrancamiento accidental total de la vía periférica o la incapacidad para continuar con su utilización.

- Imposibilidad de una fijación eficaz por carecer de algún punto de soporte. Esto va a ser causa de irritaciones cutáneas por una fricción continuada.

- Necesidad ineludible de utilización de tapones de vía para intentar conservar las máximas medidas de asepsia.

- La capacidad de administración de fluidos en perfusión intravenosa se reduce a dos salidas. En ocasiones necesitamos administrar medicación cuando las dos luces están ocupadas, véase el caso de un paciente diabético que necesita infusión conjunta de solución glucosada y fisiológica. En el mejor de los casos se desconecta un equipo de gotero, con el consiguiente riesgo de contaminación. En el peor se inyecta una aguja en el propio sistema. Esta práctica expone a la persona que lo realiza y al propio paciente a una inoculación accidental.

Tras la determinación de los inconvenientes que se derivan del uso de las llaves de tres pasos decidimos analizar los distintos elementos que las componen para comprobar si la modificación de alguno de ellos puede reportar ventajas en la utilización. Las partes que forman las llaves de tres pasos son:

- Conexión a la vía intravenosa. Se realiza por medio de una rosca que permite una unión segura. Existen dos tipos:

- Por medio de alargadera. Entre la vía intravenosa y la llave de tres pasos se interpone una alargadera de una longitud variable. Las llaves de las que disponíamos en el Hospital General Universitario de Alicante en el momento de realizar este trabajo contaban con una alargadera de 10 centímetros.

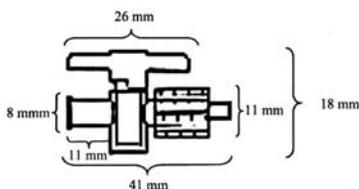
- Directa. La llave entra en contacto directo con la vía intravenosa.

- Cuerpo de la llave. Es el que permite la infusión única o doble. Consta de una pieza cilíndrica maciza que se articula con una estructura cilíndrica hueca, en la que se realiza un movimiento de rotación en torno a un eje perpendicular. La pieza maciza presenta dos canalizaciones. La primera la cruza transversalmente de modo que tiene un orificio de entrada y otro de salida. La otra es perpendicular a la primera y se une a ella, por lo que únicamente dispone de un orificio. Sobre este cilindro encontramos la parte del cuerpo que el usuario va a manejar. Tiene forma de T, en la que las aristas coinciden con los orificios. Es una manera de saber con un simple vistazo cuál es la luz que en ese momento permite el paso de algún fluido y cuál permanece cerrada.

- Salidas. A cada una de las dos de las que dispone se puede unir un equipo de gotero. También es el lugar donde se colocarán los tapones de vía cuando no exista infusión de fluidos.

Como punto final del análisis, incluimos una imagen en la que se detallan las medidas de cada uno de los componentes y estructuras que conforman la llave de tres pasos.

El estudio pormenorizado de la llave nos ha reportado gran cantidad de información sobre su diseño y funcionalidad, aspectos que desde el inicio consideramos fundamentales por el enfoque que hemos dado a este proyec-



Deficiencias	Causas	Mejoras
Tracción excesiva sobre el punto de punción.	Utilización de llaves sin alargaderas.	<b>Incorporación de alargadera en todas las llaves.</b>
Se engancha con facilidad.	Aristas que presenta la llave en su diseño.	<b>Diseñar una llave sin aristas, o lo que es lo mismo, redonda.</b>
Imposibilidad de fijación eficaz.	Carencia de un punto de soporte.	<b>Incorporación de estructura que permita sujeción.</b>
Necesidad de utilización de tapones de vía para conservar asepsia.	Imposibilidad de mantener asepsia sin los tapones de vía.	<b>Permitir que se mantengan las condiciones de asepsia sin la utilización de tapones.</b>
Solo se permite la perfusión de dos fluidos.	La llave dispone únicamente de dos salidas.	<b>Aumentar a tres las salidas de la llave.</b>

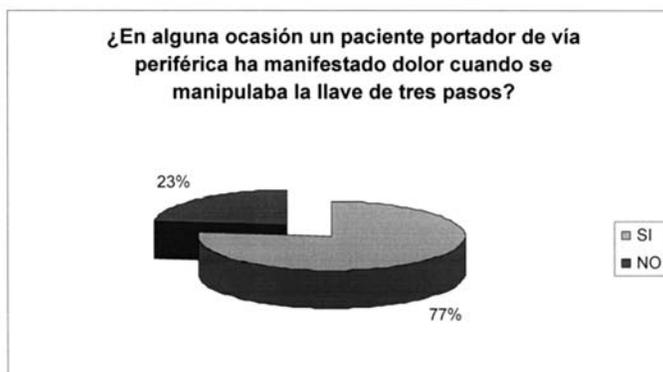
to. Con estos datos nos es posible determinar las causas y las posibles mejoras que corregirían las deficiencias que el grupo de investigación había determinado en un primer momento.

A pesar de estar decididos a introducir las mejoras necesarias en el producto a fin de eliminar estas deficiencias, quisimos contar con la opinión de un amplio grupo de profesionales de enfermería de distintos hospitales (Hospital General Universitario

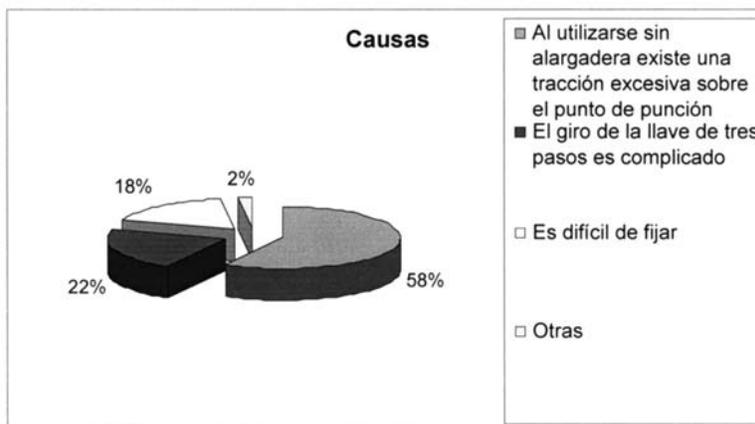
de Alicante, Hospital General Universitario de Elche, Hospital Universitario de San Juan, Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy). Es conocido que la adjudicación en la dispensación de productos no es la misma en todas las instituciones sanitarias. De ahí el interés en conocer las necesidades de los profesionales de varios centros. Obtuvimos esta información mediante unas preguntas formuladas a modo de encuesta de opinión (anexo I).

## RESULTADOS

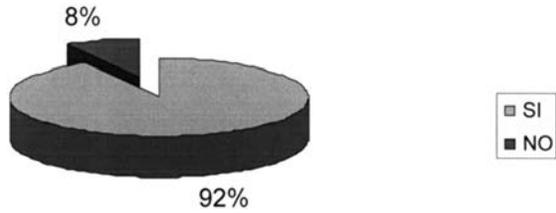
El número total de encuestas de opinión que hicimos llegar a las instituciones sanitarias fue de 186, de las que 100 fueron cumplimentadas, total y correctamente. La muestra de profesionales de enfermería fue escogida al azar. Procuramos abarcar todas disciplinas, es decir, tanto las médicas y quirúrgicas como las especiales y materno-infantiles. Los resultados obtenidos en cada una de las preguntas se muestran en las siguientes tablas:



Los usuarios que contestaron de forma afirmativa indicaron las siguientes causas:

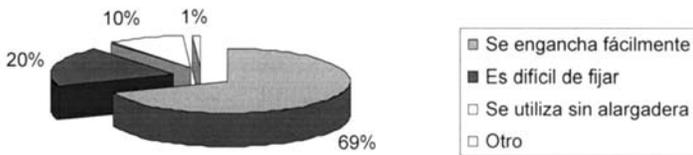


**¿Cree que los arrancamientos accidentales de las vías periféricas están relacionados con el uso de las llaves de tres pasos?**

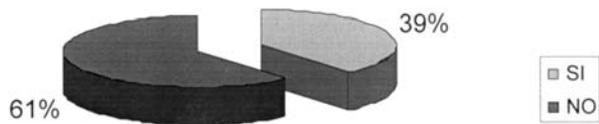


Los usuarios que contestaron de forma afirmativa indicaron las siguientes causas:

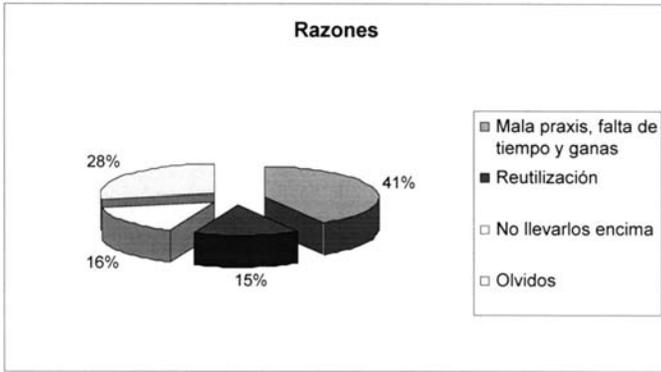
**Causas**



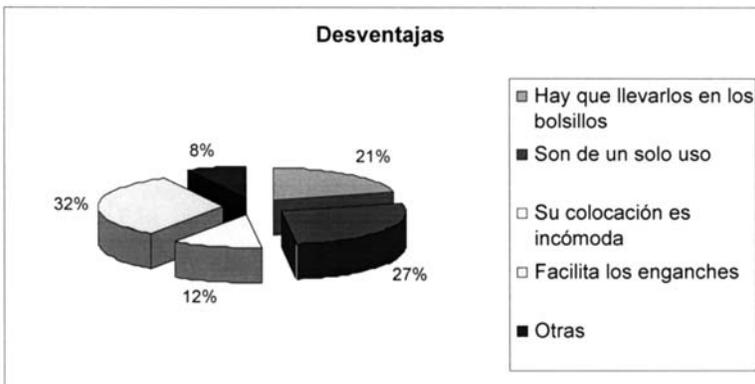
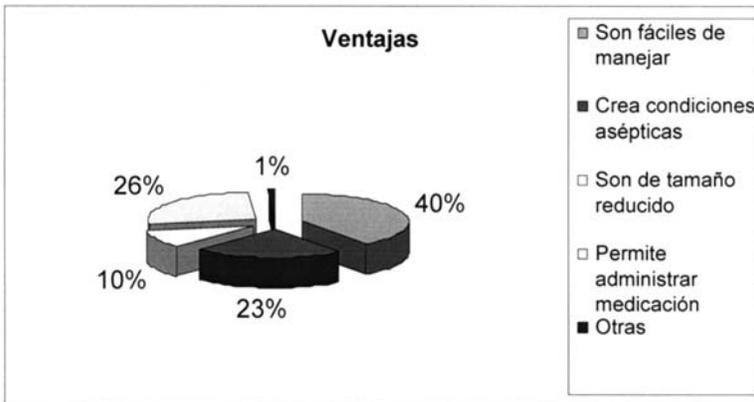
**En cuanto a los tapones de vía, ¿cree que se utilizan siempre que se desconecta un sistema de gotero de la llave de tres pasos?**



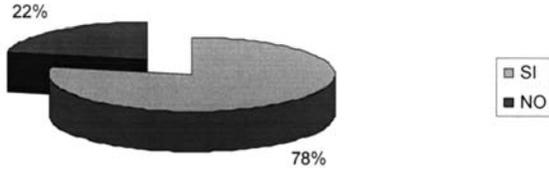
Los usuarios que contestaron de forma negativa indicaron las siguientes razones:



En cuanto a las ventajas y desventajas del uso de los tapones de vía:



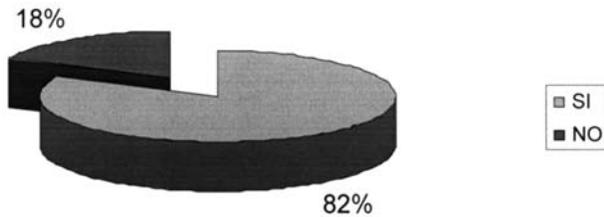
**Si las condiciones de asepsia fueran las mismas, ¿le sería más cómoda la llave de tres pasos si la utilización de tapones de vía no fuera necesaria?**



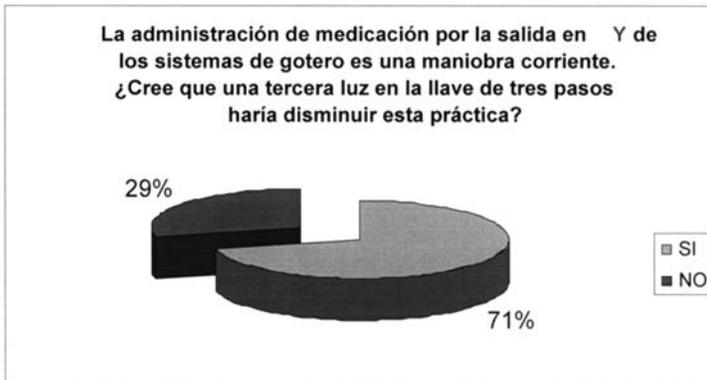
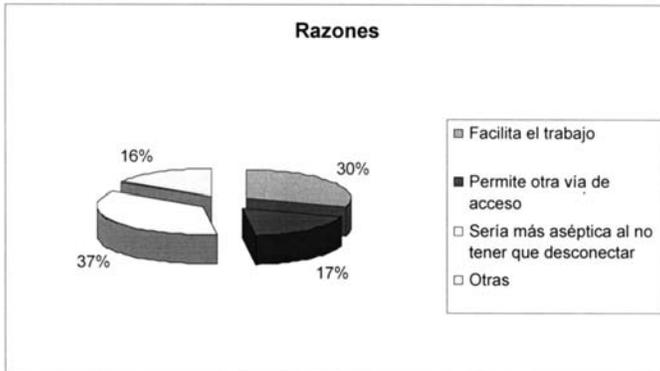
**En ocasiones, para poder administrar la medicación intravenosa a un paciente, nos vemos obligados a desconectar un sistema de gotero de la llave de tres pasos porque las dos luces están ocupadas. ¿Cree que ésta es una práctica habitual?**



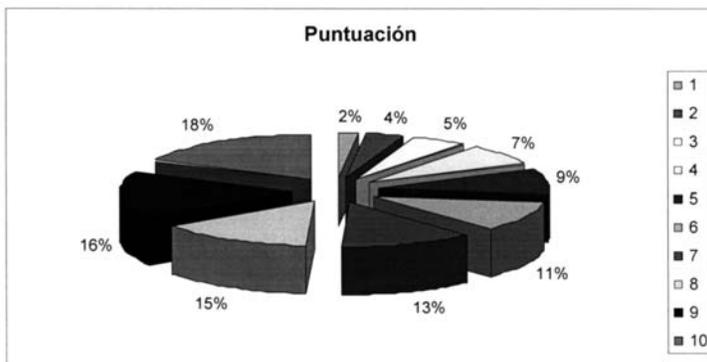
**¿Considera que una tercera luz en la llave de tres pasos mejoraría la utilidad de la misma?**



Los usuarios que contestaron de forma afirmativa indicaron las siguientes causas:



Por último, la puntuación que los usuarios dieron a la actual llave de tres pasos fue:



Como se comentaba anteriormente, tras analizar detalladamente la llave de tres pasos se determinaron una serie de deficiencias que se desprenden de su utilización. Parece que estos aspectos se ven corroborados por los datos obtenidos en la encuesta de opinión. Por lo tanto no queda más que diseñar un nuevo producto que sea capaz de satisfacer todas las necesidades demandadas. Todo esto da como resultado un proyecto de solicitud de Modelo de Utilidad (mejora de una patente existente) por un Dispositivo para Suministro de Medicación por Vía Intravenosa.

El objeto en cuestión presenta unas características de constitución y funcionalidad que permiten aplicar un mayor número de fluidos al mismo tiempo y consigue una total regulación individual de cada uno de los conductos. Se compone de un cuerpo en cruz, de manera que en cada una de las ramas se inserta un pivote de obturación cilíndrico dotado de un orificio de paso. El giro de ese cilindro, por medio de una cabeza de accionamiento manual, lleva consigo el enfrentamiento o no del canal que lo cruza, lo que permite la perfusión de fluidos o la obturación al paso de los mismos. Tres de las cuatro salidas se podrán utilizar para la perfusión de líquidos intravenosos. Están dotadas de un hilo de rosca que permite la unión de todos los tipos de sistemas de gotero existentes. La cuarta salida, lleva incorporada una alargadera de 10cm de longitud, y es, por tanto, la que irá conectada a la vía intravenosa colocada en el paciente.



Esquema del nuevo Dispositivo para Suministro de Medicación Intravenosa.

El cuerpo mencionado anteriormente, está posicionado en el interior de dos piezas también cilíndricas provistas de un anillo concéntrico. Ambas piezas encajan perfectamente de modo que tras su unión se obtiene una especie de caja circular. En el interior de ese anillo se incorporan unas trampillas deslizantes que sellan perfectamente cada una de las conexiones.



Detalle de la trampa de sellado.

El dispositivo se complementa con una extensión plana derivada de la estructura externa, lo que permite llevar a cabo una sujeción fácil, rápida y eficaz si sobre ella aplicamos un esparadrapo. Así, el dispositivo quedaría totalmente fijado al brazo del paciente o al lugar donde estuviera colocada la vía intravenosa.



Visión del cuerpo de la llave con la lengüeta de sujeción.

El proceso de utilización sería el siguiente. Una vez preparada la medicación nos disponemos a administrarla. Abrimos la trampa de la salida que deseemos. Conectamos el equipo de gotero. Giramos la cabeza que acciona el cilindro, de manera que la posición paralela a la salida permite la infusión y la perpendicular la corta. Regulamos la velocidad del gotero. Una vez finalizada la perfusión, situamos la cabeza manual en su posición inicial, retiramos el gotero y cerramos la trampa.

## CONCLUSIONES

Como se aprecia en los resultados, la hipótesis de la que partíamos, en la que se contemplaba la posibilidad de modificar un determinado producto con el objeto de introducir mejoras, queda confirmada. Del mismo modo, los objetivos planteados al inicio del estudio también han sido alcanzados.

En lo que se refiere a la encuesta de opinión y a la vista de los resultados obtenidos, podemos observar la posibilidad de que los profesionales de enfermería utilicen materiales que no se adaptan a sus necesidades, como de hecho ocurre con las llaves de tres pasos. Los datos más contundentes hacen referencia a la susceptibilidad de las llaves a los enganches, a la incomodidad en el uso de los tapones y a la necesidad de incorporación de una tercera luz para la administración de fluidos intravenosos. Por otra parte, no se observan diferencias significativas ni entre las respuestas dadas por profesionales de distintos servicios de hospitalización ni entre lo/as enfermeros/as de diferentes centros.

Con el nuevo Dispositivo para Suministro de Medicación Intravenosa, creemos haber diseñado un producto capaz de satisfacer las necesidades demandadas. Queremos destacar que en los resultados de la última pregunta de la encuesta de opinión (En una escala del 1 al 10, donde 1 es la puntuación mínima y 10 la máxima, marque el lugar en el que situaría el funcionamiento de la llave de tres pasos), el 62 % de los profesionales otorgan una puntuación por encima de 6 al funcionamiento de las llaves de tres pasos. Por este motivo, y porque no conocemos ningún caso en el que se haya producido algún fallo, se ha decidido utilizar el mismo sistema de obturación al paso de fluidos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Biwasaka H, Tokuta T, Sasaki Y, Niitsu H, Kumagai R, Auki Y. "Application of quantitative ethanol detector test kit to measure ethanol concentration in blood samples". 2001 Dec 27.
- Goshi S, Taneike I, Nakagawa S, Ohara T. "DNA analysis of nosocomial infection by *Enterobacter aerogenes* in three cases of septicemia in Japan". 2002 Jul 15.
- Ogino M, Kim P, Ibata Y. "An intraoperative irrigation device using disposable syringes and an extension tube technical note". 2002 Aug 20.
- Ozaki M, Minami K, Shigematsu A. "A rapid infusion system using a three-way stopcock with two no return valves". 2002 Nov 4.
- Tessari L, Cavezzi A, Frullini A. "Preliminary experience with a new sclerosing foam in the treatment of varicose veins". 2001 Jan 6.

## ANEXO I

*Esta encuesta es de carácter anónimo. Los datos aquí obtenidos formarán parte de un trabajo de investigación y pretenden conocer la opinión de los usuarios sobre los taponos de vía y las llaves de tres pasos.*

**Hospital.** \_\_\_\_\_  
**Servicio.** \_\_\_\_\_ **Turno.** \_\_\_\_\_ **Fecha:** / /

1. ¿En alguna ocasión un paciente portador de vía periférica ha manifestado dolor cuando se manipulaba la llave de tres pasos?

Si

No

*En caso afirmativo marque con una x la causa más frecuente.*

**Causas:**

- Al utilizarse sin alargadera existe una tracción excesiva sobre el punto de punción.
- El giro de la llave de tres pasos es complicado.
- Es difícil de fijar.
- Otro. \_\_\_\_\_

2. ¿Cree que los arrancamientos accidentales de las vías periféricas están relacionados con el uso de las llaves de tres pasos?

Si

No

*En caso afirmativo marque con una x la causa más frecuente.*

**Causas:**

- Se engancha fácilmente.
- Es difícil de fijar.
- Se utiliza sin alargadera.
- Otro. \_\_\_\_\_

3. En cuanto a los taponos de vía, ¿cree que se utilizan siempre que se desconecta un sistema de gotero de la llave de tres pasos?

Si

No

*En caso negativo indique las razones.*

**Razones.** \_\_\_\_\_

- 
4. De las ventajas y desventajas del uso de los tapones de vía que aparecen en el siguiente listado, marque con una X las dos casillas que considere más importantes.

<b>Ventajas</b>		<b>Desventajas</b>	
- Son fáciles de manejar.	<input type="checkbox"/>	- Hay que llevarlos en los bolsillos.	<input type="checkbox"/>
- Crea condiciones asépticas.	<input type="checkbox"/>	- Son de un solo uso.	<input type="checkbox"/>
- Son de tamaño reducido.	<input type="checkbox"/>	- Su colocación es incómoda.	<input type="checkbox"/>
- Permite administrar medicación.	<input type="checkbox"/>	- Facilita los enganches.	<input type="checkbox"/>
- Otro. _____		- Otro. _____	

5. Si las condiciones de asepsia fueran las mismas, ¿le sería más cómoda la llave de tres pasos si la utilización de tapones de vía no fuera necesaria?

Si

No

6. En ocasiones, para poder administrar la medicación intravenosa a un paciente, nos vemos obligados a desconectar un sistema de gotero de la llave de tres pasos, porque las dos luces están ocupadas. ¿Cree que ésta es una práctica habitual?

Si

No

7. ¿Considera que una tercera luz en la llave de tres pasos mejoraría la utilidad de la misma?

Si

No

*En caso afirmativo indique las razones.*

**Razones.** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. La administración de medicación por la salida en Y de los sistemas de gotero es una maniobra corriente. ¿Cree que una tercera luz en la llave de tres pasos haría disminuir esta práctica?

Si

No

9. En una escala del 1 al 10, donde 1 es la puntuación mínima y 10 la máxima, marque el lugar en el que situaría el funcionamiento de la llave de tres pasos.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



# **Estudio descriptivo sobre la edad materna en el tipo de parto y clasificación del recién nacido**

## **La incidencia de la edad materna sobre la alimentación del recién nacido y lactante**

### **AUTORES:**

**Laura Rodríguez Vizcaíno.  
Carmen.M. Serrano Rodríguez.  
Arantazu Fuentes Martínez.  
M<sup>o</sup> José Infantes.  
M.Mercedes Rizo Baeza.  
Avelina Escolano**



# **ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA EDAD MATERNA EN EL TIPO DE PARTO Y CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

## **INTRODUCCIÓN E INFORMACIÓN PREVIA**

Desde principio de siglo se han producido diferentes cambios sociales, culturales y económicos, hecho importante que ha influido en la mujer y le ha permitido alcanzar mayor estatus social.

Después de una importante disminución de la natalidad en España, durante los 10 últimos años, se ha producido un retraso en la edad a la cual la mujer tiene su primer hijo.

Estos hechos sociales pueden estar causados por la incorporación de la mujer al mundo laboral estable, aumento de la preparación laboral y académica, avances tecnológicos y médicos...

El retraso de la edad materna, ha producido un aumento del riesgo obstétrico y de malformaciones fetales, y a pesar de los avances médicos para el diagnóstico precoz de estos problemas, estos embarazos son vividos con aumento de ansiedad por parte de la mujer y su pareja.

El tipo de familia actual (parejas lejos de su familia, mujeres sin pareja que deciden ser madres...), y la problemática laboral hacen más difícil la elección y vivencia de la maternidad en la actualidad.

Hemos observado que la edad de la madre es factor de riesgo asociado con el posible daño del niño, (muerte o enfermedad). Esto ha sido estudiado en distintos países llegando a la conclusión de que existe una relación, entre los diferentes grupos de edad, bajo peso al nacer y la mortalidad infantil.

Según el estudio de clasificación propuesta por Buttler y Bonham en 1958, y utilizada con éxito en determinados estudios ulteriores, las madres fueron categorizadas en tres niveles de riesgo en relación con su edad:

- Alto riesgo: < 20 años.
- Bajo riesgo: 20-34 años.
- Riesgo intermedio: > 34 años.

En cuanto a los “aspectos psicológicos” se ha de prestar una especial atención a las madres adolescentes y mujeres muy maduras, ya que son más proclives a sufrir riesgos psicológicos durante el embarazo.

En el presente estudio se han analizado en una muestra aleatoria de la provincia de Alicante, parámetros relacionados con la gestación, en relación a la edad de la madre.

## **OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Analizar si el incremento de la edad de la madre gestante puede influir sobre los problemas durante el parto y salud del recién nacido.

## SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Se han recogido los datos relacionados con la edad de la madre, EG (edad gestacional), peso y talla del recién nacido, tipo de recién nacido y tipo de parto, a través del estudio de 290 “cartillas de salud” de niños de toda la provincia de Alicante menores de 10 años.

Se han establecido tres grupos de edad al embarazo:

1° grupo (< 25 años).

2° grupo (25-35 años).

3° grupo ( $\geq$  35 años).

El estudio estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS para Windows.

## RESULTADOS

En primer lugar se ha estudiado la distribución de las madres por edad en el estudio realizado, estando representado el histograma de frecuencias en la figura.

La distribución por edad de la madre se desvía de la normalidad con una diferencia significativa ( $p=0.02$ ).

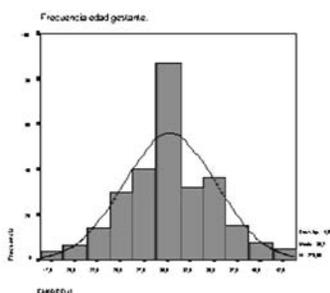
Los resultados del estudio según el grupo de edad están expresados en la tabla (media (SD)):

Grupo	1	2	3
Número	34	190	55
Edad de la madre (a)	22(2)	30(2)	37(2)
EG (sem)	39(2)	39(2)	39(2)
Tipo de parto (%):			
Eutócico	76,5	75,2	78,2
Distócico	5,9	7,4	7,3
Cesárea	17,6	17,4	14,5
Tipo RN (%):			
AEG	93,5	94,6	88,0
GEG	6,5	2,7	12,0
PEG	0	2,7	0
Peso RN (g)	3368(350)	3261(425)	3421(574)
Talla RN (cm)	49,7(1,5)	49,8(2,3)	50,2(3,0)

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las edades medias de los tres grupos de edad están acordes con la distribución de frecuencias, y por el número analizado de cada grupo cumple el principio de una dispersión mayor hacia edades mayores en las mujeres gestantes, lo cual está de acuerdo con el retraso indicado en la edad de ser madres en las mujeres actualmente.

La duración del embarazo es idéntica, con una EG de 39 semanas en los tres grupos.



En relación al tipo de parto, los porcentajes son muy similares en los tres grupos, no observándose ningún riesgo adicional por el incremento de la edad, posiblemente por los cuidados especiales previos durante el embarazo (triple test, amniocentesis, etc.)

Por último, en relación al recién nacido, se observa un incremento del porcentaje de niños grandes para su edad gestacional (GEG) en el grupo de madres de mayor de edad, lo que está expresado también en el mayor peso al nacimiento en los recién nacidos de este grupo y su talla.

## LA INCIDENCIA DE LA EDAD MATERNA SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y LACTANTE.

### INTRODUCCIÓN E INFORMACIÓN PREVIA

Actualmente en España, aunque ha subido ligeramente el porcentaje de madres que dan lactancia un mayor tiempo de forma exclusiva, sigue siendo bajo, para lo que representa en la salud infantil.

En los últimos años de publicación de revistas científicas, se observa que se mantiene casi constante el índice de mujeres que inicia la lactancia materna, 80-90%, llegando a bajar al 60% las madres que siguen con la lactancia después del primer mes y en los últimos años, a partir de 1994, tiende a subir hasta el 75%. Al llegar al tercer mes también hay la misma tendencia a subir, desde el 30% al 50% en estos últimos años.

Como se ha indicado en el trabajo previo "Estudio descriptivo sobre la edad materna en el tipo de parto y la clasificación del recién nacido", las mujeres están retrasando la edad a la cual son madres, posiblemente debido a la incorporación de la mujer al mundo laboral de forma estable y al desarrollo de la industria farmacéutica (aumento de la toma de la lactancia artificial), este hecho parece tener repercusiones sobre el recién nacido, que son más visibles en los países en vía de desarrollo, donde la supervivencia infantil se liga a la lactancia materna.

La propia incorporación de la madre al trabajo ha llevado consigo el decrecimiento de las madres que san lactancia natural a su hijo y ha repercutido en el tiempo de mantenimiento de esta lactancia.

En el presente estudio se han analizado, en una muestra aleatoria de la provincia de Alicante, el tiempo de duración de la lactancia materna, así como el momento de incorporación de fórmulas, frutas y vegetales a la alimentación del lactante.

## OBJETIVO

Analizar si el incremento de la edad de la madre gestante puede influir sobre la duración de la lactancia materna, y el momento de incorporación de otros alimentos a los lactantes.

## SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Se han recogido los datos relacionados con la edad de la madre, tiempo de duración de la lactancia natural, introducción de fórmulas, vegetales y frutas, a través del estudio de 290 “cartillas de salud” de niños de toda la provincia de Alicante menores de 10 años.

Se han establecido tres grupos de edad de la madre:

1º grupo (< 25 años).

2º grupo (25-35 años).

3º grupo ( $\geq$  35 años).

También se ha efectuado el estudio teniendo en cuenta el tipo de población:

- grupo ciudad (GC) para poblaciones de más de 50000 habitantes.

- Grupo pueblo (GP) para poblaciones de con número de habitantes inferior.

El estudio estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS para Windows.

## RESULTADOS

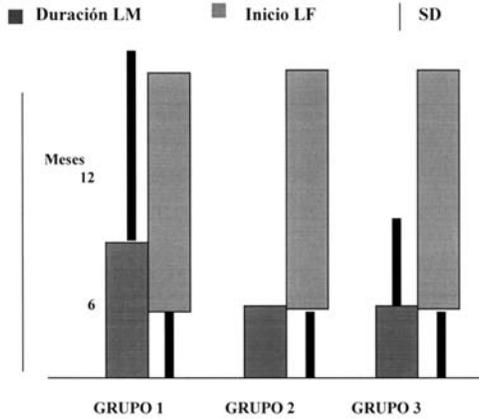
La duración de la lactancia materna (LM), e introducción de la fórmula (LF) está expresado en la gráfica, mientras que el tiempo de introducción de frutas y verduras se ha expresado en la siguiente tabla (media (SD)):

Grupo	1	2	3
Número	34	190	55
Edad madre(a)	22(2)	30(2)	37(2)
Inicio frutas (m)	6(1)	5(1)	5(1)
Inicio verduras (m)	6(1)	6(1)	6(1)

El inicio en relación al tipo de población está expresado en la siguiente tabla (media (SD)):

n	duración LM (m)	inicio LF (m)	inicio frutas (m)	inicio verduras (m)
GC 163	4(4)	3(3)	5(1)	6(1)
GP 89	4(3)	4(3)	5(1)	6(1)

	n	duración LM (m)	inicio LF (m)	inicio frutas (m)	inicio verduras (m)
GC	163	4(4)	3(3)	5(1)	6(1)
GP	89	4(3)	4(3)	5(1)	6(1)



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

No hay ninguna duda sobre los beneficios de la lactancia materna frente a otras formas de alimentación del recién nacido y del lactante, sin embargo las leyes de nuestro país no protegen de forma total dicho hecho al tener que incorporarse la mujer a su trabajo después de los cuatro meses del nacimiento.

Estos inconvenientes junto con otros factores adicionales, como culturales, la imagen corporal, factores de belleza, condición social, mayor crecimiento del bebé, etc., condujeron a un abandono de la lactancia materna después de los años 70, consiguiéndose invertir esta tendencia durante la última década.

En el presente estudio se constata que las madres más jóvenes, tienden a dar un periodo de lactancia superior al de los otros dos grupos, no obstante la necesidad legal de reincorporación al trabajo alrededor de los tres meses conduce a la introducción simultánea de la lactancia artificial que se iguala entre los tres grupos a los tres meses, al tener que dar una alimentación complementaria durante la estancia de la madre en el trabajo. Estos hechos son acordes con el retraso en la introducción de la fruta a los seis meses en el grupo de las madres más jóvenes, frente a los cinco meses en los otros dos grupos.

Hay que tener en cuenta que la introducción precoz de la alimentación complementaria conlleva una serie de desventajas:

- Interfiere en la lactancia materna.
- Se producen alergias alimentarias.
- Aumento del riesgo de infecciones.
- Alteración de regulación del apetito...

El tipo de población no influye prácticamente en los parámetros estudiados, únicamente se alarga de tres a cuatro meses el inicio de la alimentación con fórmula, probablemente debido a un tipo de trabajo distinto y cercanía al mismo de las madres.

Con respecto al trabajo que se ha iniciado desde diferentes organizaciones, para fomentar la lactancia materna, nos gustaría resaltar que:

La OMS y UNICEF han iniciado en los últimos años, una política de recuperación y fomento de la lactancia materna.

Existen también otros proyectos como el IHAN (Iniciativa Hospital Amigos de los niños), que pretende conseguir que todos los niños reciban lactancia materna exclusiva (al menos los 4-6 meses primeros de vida.)

Es necesario ampliar estudios para fomentar la lactancia materna desde una perspectiva que aborde las causas de su abandono sin culpabilizar a la madre y respetando su última decisión, y en este campo “el papel de la ENFERMERÍA” puede ser de gran importancia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- “Enfermería maternal” N.A Didona. Marks y Kumn. Mc. Graw- Hill Interamericana 1997.
- “Enfermería maternoinfantil” Dickanson- Silverman- Schult. Mosby/ Doyma 1995.
- “Embarazo y parto” Sheila Kitzinger. Interamericana.
- “Psicología del embarazo, parto y puerpera” Raquel Soiter. Kargleman.
- “Apuntes de Enfermería maternal. Cuidados a la puerpera y al recién nacido.” Mª Teresa Ruiz Royo.
- “Apuntes de Enfermería”. Mª Mercedes Rizo Baeza.
- BISI-SALUD-DOCUMENTACIÓN. [www.bisيسيempro.gov.ar/bisi/pres/shared/doc 2jsp](http://www.bisيسيempro.gov.ar/bisi/pres/shared/doc 2jsp).
- “Guía para diagnóstico y tratamiento. H.M.I. Ramón Sardá.”
- [www.envitro.com/castellano/prenatal/htm](http://www.envitro.com/castellano/prenatal/htm).
- Artículo: “Evaluación de resultados del embarazo en pacientes mayores de 40 años.” Almada et al. Hospital Materno Infantil. Ramón Sardá.

# **Visión de la enfermera/o en el uso seguro del medicamento**

## **AUTORES:**

**Pardo Hernández MC**  
**Pomares Pastor JA**  
**Aznar Saliente T**

*Servicio de Farmacia  
Hospital San Juan de Alicante*



## INTRODUCCIÓN

La farmacoterapia tiene como objetivo alcanzar resultados clínicos definidos que mejoren la calidad de vida del paciente, garantizándole un riesgo mínimo.

Dentro de los aspectos no deseados de la farmacoterapia, se incluyen tanto las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) como los errores de medicación (EM). Estos últimos son incidentes que se pueden prevenir mediante sistemas efectivos de control en los que se impliquen todos los profesionales sanitarios, los pacientes, los órganos administrativos y legislativos, y la industria farmacéutica. (1)

En la actualidad la preocupación por el uso seguro del medicamento ha ido en aumento y no solamente por los profesionales de la sanidad sino también por la sociedad. Los profesionales sanitarios tenemos la obligación de ofrecer a los enfermos un ambiente seguro, prevenir el error y en consecuencia minimizar el riesgo. Para ello es imprescindible abordarlo de una forma honesta y científica a la vez, reconocer su existencia, identificarlo, analizar sus causas y tomar las medidas necesarias para evitarlo.

La utilización de medicamentos implica la aparición de posibles accidentes en su administración o consumo. En la utilización del medicamento, intervienen los procesos de prescripción, dispensación, preparación y administración. Es un proceso interdisciplinar, en el que diferentes profesionales tienen que trabajar coordinados entre sí. Estos procesos son actividades humanas y como en cualquier ámbito de la misma, pueden conducir a error.

El manejo de los medicamentos es una de las actividades de las enfermeras/os que ocupa más tiempo en los cuidados a los pacientes. Se calcula que en un hospital de agudos se administran diariamente unos tres mil medicamentos (2), y el tiempo medio por administración es de seis minutos, lo que equivale a unas trescientas horas por día destinadas a esta actividad. Esto supone una capacidad superior de error respecto a otros cuidados de enfermería. Además los aspectos de variabilidad profesional (muchas enfermeras manejan medicamentos), y de diversificación del producto (muchos medicamentos distintos) influyen en aumentar el riesgo de error.

En mi trabajo, como enfermera y supervisora del Servicio de farmacia, he podido observar cómo determinados factores, ajenos al acto propio de la administración del medicamento, pueden ser los causantes de potenciales errores de medicación, y, al mismo tiempo, cómo la intervención directa sobre los mismos por la enfermera o por otro profesional sanitario evita que el error se produzca.

La identificación de estos factores, la valoración de su influencia y la intervención sobre los mismos es el punto de partida para poder trabajar en la prevención de errores de medicación. ¿Pero qué piensan las enfermeras/os sobre los incidentes relacionados con los medicamentos?. Para contestar a esta cuestión y como posible sistema de estudio, se realiza un cuestionario que responde a los siguientes OBJETIVOS: Valorar la percepción que tienen las enfermeras/os sobre:

- Los incidentes relacionados con la medicación y su influencia en el medio hospitalario.

- Factores que influyen en errores potenciales de medicación.
- Las actuaciones que podrían contribuir al uso seguro del medicamento.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo utilizando el método DELPHI en el Hospital de San Juan de Alicante (es un hospital general de 320 camas, en el que trabajan 175 enfermeras en hospitalización y servicios centrales, con 10 unidades de hospitalización que tienen un sistema de dispensación mediante dosis unitarias).

En la primera fase se entregaron 50 encuestas a las enfermeras/os en turno de mañanas el día 14 de Enero de 2003. Se recogieron 35 (Porcentaje de respuesta 70%). El periodo entre la distribución y la recogida de los cuestionarios se estableció en 7 días.

La distribución del cuestionario se realizó personalmente por el monitor del estudio que explicó el objetivo que se perseguía, cómo rellenar el cuestionario y se ofreció a responder a cualquier duda relacionada con las preguntas o con la utilidad que se iba a dar a las respuestas. La cumplimentación del cuestionario se realizó individualmente y sin la presencia del monitor.

La selección de los expertos se realizó teniendo en cuenta que los encuestados estuvieran trabajando en el momento de la entrega de la encuesta en unidades donde se realiza la actividad de la preparación y administración de medicamentos a pacientes.

Los resultados presentados en este estudio corresponden exclusivamente a los obtenidos tras la primera OLA, por lo que se trata de resultados preliminares, que se completarán con los de la segunda OLA a realizar durante el mes de Marzo de 2003.

El tratamiento estadístico fue: cálculo de la media y desviación estándar.

El método DELPHI se emplea para sondear a un grupo de expertos por medio de un cuestionario con relación a un tema determinado, con el fin de llegar a conclusiones consensuadas sobre el mismo, creando unos canales de comunicación, a través de los cuales, un participante puede dar su opinión de forma anónima a terceros para posteriormente recibir información sobre el punto de vista del resto del grupo sobre las mismas ideas, y finalmente, tener la oportunidad de revisar las aportaciones que realizó en un principio. (3)

La persona que cumplimenta la encuesta se considera un experto, definiendo como experta/o aquellos que poseen un alto grado de conocimientos sobre el tema en estudio, ya sea porque se ha dedicado a la investigación y estudio de aspectos relacionados con el tema, o bien, porque en su experiencia profesional el tema ha constituido parte importante en su trabajo.

Al realizar el cuestionario consideramos necesario incluir una definición inequívoca del Error de medicación: cualquier suceso prevenible que puede causar o conduce a un uso inapropiado del medicamento o al daño del paciente, y que sucede mientras la medicación está bajo el control del profesional sanitario o del paciente. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, los propios productos sanitarios y/o los procedimientos y sistemas (prescripción, comunicación de las órdenes médicas, etiquetado de los productos, envasado, nomenclatura, preparación, dispensación, distribución, administración, seguimiento y utilización). (4)

También se estimó oportuno hacer una manifestación explícita del espíritu que nos anima a investigar sobre los errores de medicación, transmitiendo a los encuestados la filosofía de que: “Lo importante no es quién cometió el error, sino, qué falló en el sistema de utilización del medicamento para que el error sucediera”. (5)

El cuestionario consiste fundamentalmente en dos fases:

- Primera fase (1ª OLA): El grupo de expertos seleccionados realiza individualmente una valoración sobre cuestiones relacionadas con el uso seguro del medicamento.

- Segunda fase (2ª OLA): Los resultados “promedio” de la primera fase son remitidos otra vez a cada uno de los expertos, con objeto de que reconsideren sus respuestas individuales (modificándolas o no) en función de la información global recibida procedente del panel de expertos.

El formato de cada pregunta es sencillo. La pregunta se refiere a graduar en una escala (1...5) la intensidad y/o probabilidad de un acontecimiento.

La numeración de la escala (1,2 ← 3 → 4, 5) determina los polos opuestos de la posible respuesta así como su grado o intensidad (el 1 sería nada y el 5 mucho).

<b>PREGUNTA "X"</b>				
Nada		Poco	Mucho	
←				→
1	2	3	4	5
Ponga un círculo a su respuesta				
<b>Promedio</b>				
<b>1ª OLA</b>				
<input type="text"/>				
Casilla reservada para la segunda vuelta				
<b>( NO DEBE ESCRIBIR NADA AQUÍ )</b>				

Se recalca a la enfermera que va a rellenar el cuestionario que lo importante es lo que cree que ocurre y no lo que desearía que ocurriera.

El cuestionario utilizado se muestra a continuación:

HOSPITAL DE SAN JUAN. SERVICIO DE FARMACIA

CUESTIONARIO DELPHI sobre  
USO SEGURO DEL MEDICAMENTO

DATOS DE CONTACTO:

( Por favor, rellene estos datos, para poder remitirle de nuevo la información)

Nombre y Apellidos (Experto participante):

Unidad de Hospitalización ó Servicio donde trabaja:

Recuerde: Debe contestar lo que usted cree que ocurre y no lo que usted desearía que ocurriera. Rellene sólo los espacios referidos a la 1ª OLA (sombreados).

Primera cuestión: Valorar la percepción que tienen las enfermeras/os sobre los incidentes relacionados con los medicamentos.

1. ¿ Cree usted que se cometen errores de medicación?.

1ª OLA		2ª OLA	
Sí	no	Sí	No
1	2	1	2
		<b>MEDIA 1ª OLA</b>	

	1ª OLA					Promedio 1ª OLA	2ª OLA				
	Nada Poco Mucho ←-----→						Nada Poco Mucho ←-----→				
<i>2. Estime la frecuencia de los errores de medicación en el medio hospitalario.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<i>3. Cree que los errores de medicación influyen en una evolución desfavorable del paciente.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<i>4. De todos los errores de medicación, qué porcentaje cree que llega al paciente.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

Recuerde: Debe contestar lo que usted cree que ocurre y no lo que desearía que ocurriera. Rellene sólo los espacios referidos a la 1ª OLA (sombreados).

Segunda cuestión: Valora la importancia de la influencia de los siguientes factores en potenciales errores de medicación

	1ª OLA					Promedio	2ª OLA				
	Nada	Poco	Mucho				Nada	Poco	Mucho		
	←				→	1ª OLA	←				→
<i>1.Incorrecta identificación de los datos del paciente en la prescripción médica.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<i>2.Prescripción médica ilegible.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<i>3.Prescripción incompleta en cuanto a dosis, horario y vía de administración.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<i>4.Comunicación oral de la prescripción.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<i>5.La no actualización del tratamiento completo cuando se produce un cambio.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<i>6.Utilizar abreviaturas en lugar del nombre completo del medicamento.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<i>7.La prescripción de medicamentos no aceptados en la guía farmacoterapéutica y por tanto no disponibles en la farmacia del hospital.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<i>8.Prescripción del medicamento por su nombre comercial en lugar del nombre genérico.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

<b>9.No reflejar en la prescripción la medicación habitual que toma el paciente.</b>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>10.Cambios que se producen en la guía farmacoterapéutica y que no se comunican.</b>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>11.Cambio frecuente del nombre comercial de un mismo medicamento .</b>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>12.La utilización de medicamentos de aspecto similar: color, presentación...</b>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>13.La demora en la dispensación del medicamento a las unidades de hospitalización con dosis unitarias.</b>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>14. Que la medicación que se encuentra en los carros de dispensación no sea la correcta.</b>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>15.Frecuencia de los cambios de cama de un paciente dentro de la unidad o fuera de la misma.</b>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>16. Interrupciones durante la preparación y administración del medicamento.</b>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

<b>17.</b> <i>Ausencia en el libro de medicación, de la firma de la enfermera que ha administrado la medicación.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>18.</b> <i>Delegar la administración de la medicación oral en el personal auxiliar o incluso al propio paciente o familia.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>19.</b> <i>Relación personal / tiempo en el proceso de preparación y administración de la medicación.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>20.</b> <i>En relación a los botiquines de medicación de las unidades:</i> - <i>Ubicación</i> - <i>Orden de colocación</i> - <i>Condiciones de almacenamiento</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>21.</b> <i>Otras causas:</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

Recuerde: Debe contestar lo que usted cree que ocurre y no lo que desearía que ocurriera. Rellene sólo los espacios referidos a la 1ª OLA (sombreados).

Tercera cuestión: Valore la influencia que las siguientes actuaciones podrían tener en la disminución de los errores de medicación.

	← 1ª OLA →					Promedio 1ª OLA	← 2ª OLA →				
<i>1.Instaurar la prescripción informatizada.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<i>2.Mejorar los conocimientos del personal sanitario mediante la formación continuada.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<i>3.El desarrollo de protocolos de prevención de errores.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<i>4.La monitorización periódica de indicadores de calidad.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<i>5. La comunicación de errores, para analizar los motivos que los ocasionaron y proponer medidas correctoras que puedan ayudar a otros profesionales a evitarlos en un futuro.</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

<b>6. Incremento del personal médico ó de enfermería.</b>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>7.Potenciar la comunicación de los profesionales implicados en el proceso de la utilización del medicamento.</b>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>8.Educar al paciente: sobre lo que se le va administrar, para qué sirve, que efectos puede notar, como interacciona con los alimentos, la importancia de que se tome la medicación.</b>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>9.Aplicar medidas disciplinarias a los profesionales que cometan el error.</b>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>10.Otra causa:</b>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>11.Otra causa:</b>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
<b>12.Otra causa:</b>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

Queremos agradecerle su participación.

Le enviaremos el cuestionario con las “respuestas medias” del grupo de expertos participantes para su conocimiento y al mismo tiempo para que usted reconsidere sus propias respuesta o se ratifique en las mismas en la segunda fase ( 2ª ola).

Muchas gracias por su colaboración.

## **RESULTADOS DE LA ENCUESTA Y DISCUSIÓN**

Los valores promedio junto con la desviación estándar obtenidos, se muestran en las tablas 1-3.

Tabla 1: Percepción del personal con respecto a los errores de medicación

<i>Cree que se cometen errores de medicación:</i>		
Si .....		
80'01 % (28 encuestados)		
No .....		
2'85 % (1 encuestado)		
NS/NC .....		
17'14 % (6 encuestados)		
<b>Promedio 1ª OLA y desviación estándar</b>	<b>P</b>	<b>DE</b>
<i>Estime la frecuencia de los errores de medicación en el medio hospitalario</i>	2'6	0'7
<i>Cree que los errores de medicación influyen en una evolución desfavorable del paciente</i>	3'3	1'3
<i>De todos los errores de medicación, qué porcentaje cree que llega al paciente.</i>	2'3	0'8

Tabla 2: Factores que pueden incidir en errores de medicación

<b>Promedio 1ª OLA y desviación estándar</b>	<b>P</b>	<b>DE</b>
<i>Prescripción médica ilegible.</i>	4'1	0'9
<i>La no actualización del tratamiento completo cuando se produce un cambio.</i>	3'9	1'1
<i>Interrupciones durante la preparación y administración del medicamento.</i>	3'9	1'1
<i>No reflejar en la prescripción la medicación habitual que toma el paciente.</i>	3'8	1'1
<i>Relación personal / tiempo en el proceso de preparación y administración de la medicación.</i>	3'7	0'9
<i>Prescripción incompleta en cuanto a dosis, horario y vía de administración.</i>	3'6	1'2
<i>La demora en la dispensación del medicamento a las unidades de hospitalización con dosis unitarias.</i>	3'3	1'0
<i>Cambios que se producen en la guía farmacoterapéutica y que no se comunican.</i>	3'3	1'0
<i>Cambio frecuente del nombre comercial de un mismo medicamento.</i>	3'3	0'9
<i>La prescripción de</i>		

<i>medicamentos no aceptados en la guía farmacoterapéutica y por tanto no disponibles en la farmacia del hospital.</i>	3'2	0'9
<i>Prescripción del medicamento por nombre comercial en lugar del genérico.</i>	3'2	1'1
<i>Que la medicación en los carros de dispensación no sea la correcta.</i>	3'2	1'0
<i>La utilización de medicamentos de aspecto similar: color, presentación...</i>	3'1	1'2
<i>Incorrecta identificación de los datos del paciente en la prescripción.</i>	3'1	1'4
<i>Utilizar abreviaturas en lugar del nombre completo del medicamento.</i>	3'1	1'2
<i>En relación a los botiquines de medicación de las unidades(orden...).</i>	3'0	0'9
<i>Ausencia de la firma de la enfermera que ha administrado la medicación.</i>	3'0	1'1
<i>Comunicación oral de la prescripción.</i>	2'9	1'1
<i>Frecuencia de los cambios de cama de un paciente dentro de la unidad o fuera de la misma.</i>	2'8	1'1
<i>Delegar la administración de la medicación oral en el personal auxiliar o incluso al propio</i>	2'7	1'1
<i>paciente o familia.</i>		

Tabla 3: Actuaciones que tendrían influencia en la disminución de errores

<b>Promedio 1ª OLA y desviación estándar</b>	<b>P</b>	<b>DE</b>
<i>Potenciar la comunicación de los profesionales implicados en el proceso de la utilización del medicamento.</i>	4'3	0'8
<i>Incremento del personal médico o de enfermería.</i>	4'3	1'0
<i>La comunicación de errores, para analizar los motivos que lo ocasionaron y proponer medidas correctoras que puedan ayudar a otros profesionales a evitarlos en un futuro.</i>	4'0	1'0
<i>Mejorar los conocimientos del personal sanitario mediante la formación continuada.</i>	4'0	0'9
<i>El desarrollo de protocolos de prevención de errores.</i>	3'6	1'2
<i>Educar al paciente: sobre lo que se le va administrar, para qué sirve ,que efectos puede notar, como interacciona con los alimentos, la importancia de que se tome la medicación.</i>	3'6	1'2
<i>Instaurar la prescripción informatizada.</i>	3'5	1'3
<i>La monitorización periódica de indicadores de calidad.</i>	3'3	1'0
<i>Aplicar medidas disciplinarias a los profesionales que cometan el error.</i>	2'0	0'9

A la primera cuestión planteada: *VALORAR LA PERCEPCIÓN QUE TIENEN LAS ENFERMERAS/OS SOBRE LOS INCIDENTES RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS.*

El 80% percibe que ocurren errores de medicación, pero estiman que la frecuencia en el medio hospitalario es baja y el porcentaje que llega al paciente es todavía menor porque el sistema permite que muchos de los errores se detecten antes de que puedan llegar al paciente.

No disponemos de datos de encuestas similares, aunque, en un trabajo que recogía las opiniones de médicos y paciente (6) el 35% de los médicos y el 42% del público en general contestó que había sufrido un error de medicación en su entorno cercano, siendo graves la mitad de ellos, y el 82% de los médicos consideró que la frecuencia de errores era baja o muy baja mientras que el 49% del público lo consideró alta o muy alta. Estos resultados contrastan con los de un trabajo experimental realizado en el Hospital de San Juan (7) que cifra en el 8'9% el número de errores cometido, lo que supone 0'7 errores/paciente y día.

A La 2ª cuestión planteada: *CÓMO VALORAR LA IMPORTANCIA DE LA INFLUENCIA DE DETERMINADOS FACTORES EN POTENCIALES ERRORES DE MEDICACIÓN.*

(El valor 5 de la escala, ya explicada anteriormente, corresponde a la máxima percepción por parte de los expertos encuestados, sobre factores que influyen mucho en los errores de medicación, y el valor 1 corresponde a los factores que no influyen).

Según los resultados obtenidos encontramos que los factores propuestos se mueven en el intervalo que va de 2'7 a 4'1, si bien aparece una tendencia clara hacía los niveles más altos del mismo.

Entre los factores que más influyen podemos citar: La prescripción médica ilegible (4'1). La no actualización del tratamiento completo cuando se produce un cambio (3'9). La relación personal/tiempo y las interrupciones que se producen durante el proceso de preparación y administración de la medicación (3'9).

Estos factores coinciden con los identificados en otros estudios de opinión. Carvalho y col. (8) identificaron como los factores de riesgo más importantes la falta de atención, relacionada directamente con las interrupciones señaladas en nuestro estudio, y, la dificultad de comprensión de la prescripción médica, relacionada también con la ilegibilidad y la no actualización del tratamiento completo. Kamwamura H. y col. (9) identifican, como factores de riesgo en los errores de administración de medicamentos intravenosos, en primer lugar los fallos de comunicación (prescripciones ilegibles, órdenes verbales), el diseño incorrecto de envases, etiquetas o sistemas de administración, la coincidencia en el nombre de los pacientes, las interrupciones y la inadecuada relación personal/carga de trabajo. Sólo la coincidencia en el nombre de los pacientes no es un factor valorado en nuestra encuesta. El resto es coincidente.

En cuanto a los factores con menor influencia, ninguno aparece en los trabajos consultados, quizá porque se trataba de encuestas abiertas, y el personal encuestado no era obligado a puntuar un número cerrado de ítems, por lo que sólo los considerados más importantes aparecen en el resultado final.

En la encuesta de Blendon y col. (6), las tres principales causas de error identificadas por médicos y público fueron la sobrecarga de trabajo, la falta de enfermeras/os en los hospitales, y el fracaso de los profesionales de la salud para trabajar o comunicarse como equipo.

Ya con menor influencia y relacionado también con la prescripción, estaría el tratamiento incompleto, en cuanto a dosis, horario y vía de administración (3'6). También nos encontramos con un factor relacionado con la dispensación, referido al cambio frecuente de nombre comercial de un mismo medicamento (3'3).

Entre los factores con menor influencia que los anteriores estarían: los relacionados con la dispensación y distribución, como son, la demora en la dispensación del medicamento a las unidades de hospitalización (3'3) y la incorrecta dispensación de la medicación a las unidades de hospitalización. En relación a la comunicación entre profesionales tenemos, los cambios que se introducen en la guía farmacoterapéutica y que no se comunican (3'3). En el extremo inferior del intervalo, es decir, los factores que han obtenido menor puntuación, o lo que es lo mismo, aquellos que el encuestado piensa que influyen poco en los errores de medicación, encontramos los siguientes: con relación a los botiquines de medicación de las unidades, el orden de colocación, la ubicación y las condiciones de almacenamiento de los medicamentos (3'0), la comunicación oral de la prescripción (2'9) y la frecuencia de los cambios de cama de un paciente dentro de la unidad o fuera de la misma (2'8). Por último, la delegación de la administración de la medicación oral (2'7).

A la 3ª cuestión estudiada: *VALORAR LA IMPORTANCIA DE LA INFLUENCIA QUE DETERMINADAS ACTUACIONES PODRÍAN TENER SOBRE EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO.*

Los valores altos de la escala corresponden a actuaciones que tendrían un resultado eficaz en la disminución de los errores de medicación. Los resultados obtenidos oscilan entre (2'0) a (4'9). Los factores que se citan a continuación, se mueven en un rango de valores entre (3'5) y (4'3), lo que indica que la dispersión es mínima y son considerados como positivos a la hora de evitar errores. Los considerados más importantes, son, ordenados de mayor a menor, la comunicación de los profesionales implicados en el sistema de utilización del medicamento (4'3) y con la misma puntuación el de incremento del personal, seguido del factor relativo a la comunicación de errores (4'0), para así analizar los motivos que lo ocasionaron y proponer medidas correctoras que puedan ayudar a otros profesionales a evitarlos en el futuro. En cuarto lugar, los expertos consultados han considerado el factor referido a la mejora de los conocimientos del personal sanitario mediante formación continuada (4'0). Después aparecen el desarrollo de protocolos de prevención de errores (3'6), la educación al paciente (3'6), instaurar la prescripción informatizada y la monitorización periódica de indicadores de calidad (3'3). En último lugar, los consultados consideran que la aplicación de medidas disciplinarias a los profesionales (2'0) sería una actuación que influiría poco en la prevención de errores.

Estos resultados coinciden en gran medida con los apuntados en el estudio de Kawamura y col (9), con la única diferencia de que en su ranking de actuaciones apa-

rece la estandarización de procedimientos y el incremento de la calidad de información directa facilitada por el farmacéutico y no aparece en absoluto la aplicación de medidas disciplinarias. Estas, sin embargo, son consideradas junto con la educación, las medidas más efectivas en la encuesta de Carvalho y col. (8)

Las soluciones apuntadas en la encuesta realizada por Blendon y col. (6), muestran que el público considera importante que los profesionales sanitarios tengan tiempo y estén bien formados, pero dan un papel estelar a la institución, de la que, exigen que pongan en marcha sistemas activos de prevención y detección de errores y que notifiquen todos los errores detectados, tanto al paciente como a una agencia estatal.

Los médicos consideran muy efectivo el establecimiento de sistemas de prevención y el aumento del número de médicos y enfermeras, siendo consideradas otras medidas como de importancia menor.

Es curioso contrastar en este punto las diferencias entre los trabajos citados. No podemos obviar la distancia cultural existente entre las poblaciones origen de los mismos: Japón, Brasil, EEUU, y España. Probablemente esta sea la razón de que ante problemas percibidos muy similares, las soluciones apuntadas como efectivas sean llamativamente diferentes en algunos puntos.

## CONCLUSIONES

- Las/os enfermeras/os del Hospital de San Juan de Alicante perciben que existen errores de medicación, pero que la frecuencia es baja y el sistema los minimiza.

- Los principales factores que influyen en la comisión de errores son a su juicio derivados de la prescripción, de la sobrecarga de trabajo y de las interrupciones del proceso.

- Las actuaciones consideradas más eficaces son: el incremento de personal, la potenciación de la comunicación del equipo sanitario y la mejora de sus conocimientos a través de la formación continuada.

- El método empleado (encuesta Delphi) se ha revelado efectivo, no solo para conocer las opiniones de un colectivo, sino para lograr una primera toma de contacto y sensibilización frente al problema de los errores de medicación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Colegio oficial de Farmacéuticos de Alicante. II Curso de administración de medicamentos. Madrid : Jarpyo Editores; 1997.

- Lacasa C. Humet C. Cot R. Errores de medicación, prevención, diagnóstico y tratamiento. 1ª edición, Cornellá de Llobregat: EASO; 2001.

- Konow I. Pérez G. Métodos y Técnicas de Investigación Prospectiva para la toma de. Ed. Fundación de Est. Prospectivos (FUTURO) U: De Chile 1990 disponible en <http://www.Peocities.com/Pentagon/Quarters/7578/pros1.html>.

- United States Pharmacopeial Convention. Natinal council focuses on coordinating error reduction efforts. Qual Rev (newsletter) 1997; 57: 1-4.

- Cohen HG. Medication errors – a system problem. Today's Surg Nurse 1998; 20(6): 24-8.

- Blendon R.J. y col. Views of practicing physicians and the public on medical errors N Engl J Med: 2002; 347 (24): 1933-40.

- Blasco P. Incidencia de errores de medicación en pacientes hospitalizados: estudio de la calidad de utilización de los medicamentos. Tesis doctoral. Barcelona, Noviembre 2002.

- Carvalho VT y col. The most common errors and risk factors in the administration of medicines at basic health units. Rev Cat Am Enfermagem 1999 Dec; 7 (5):67-65.

- Kawamura H. y col. The approaches to factors which cause medication error from the analysis of many near-miss cases related to intravenous medication which nurses experienced. Gan To Kagaku Ryoho 2001 Mar; 28 (3): 304-9.



# **Valoración de la Infección Nosocomial en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Vega Baja**

## **AUTORES:**

**Josefina Salinas Martínez  
Susana Blasco Blasco  
Encarna Manresa González**

**Comunicador:  
Josefina Salinas Martínez**  
*Hospital Vega Baja.*



## **INTRODUCCIÓN**

La infección nosocomial (IN) o adquirida en el hospital es aquella que aparece durante la hospitalización del paciente y que no se hallaba presente, o en periodo de incubación, en el momento de admisión del enfermo en el centro, independientemente de que se manifieste o no durante su estancia en el hospital (1) (2) (3).

En el medio hospitalario, las infecciones urinarias, de herida quirúrgica, bacteriemias, y neumonías representan más del 80 % de la infección nosocomial en la mayoría de bibliografía consultada. Las infecciones urinarias representan el 30-40 % de las infecciones hospitalarias ocupando el grupo más frecuente. En el mayor número de los casos se asocian a manipulaciones instrumentales principalmente por el sondaje urinario, Las infecciones de herida quirúrgica suelen ser las segundas con un margen del 14 al 31 % seguidas de las neumonías que ocupan el tercer lugar (10-14 %) producidas principalmente por aspiración de secreciones gástricas y orofaríngeas. En último lugar, nos encontramos con las bacteriemias (5%) relacionadas mayormente con la instrumentación intravascular (4) (5) (6) (7).

Con nuestra experiencia y este estudio queremos demostrar una vez más lo aportado por otros autores y es el hecho de que la implantación de un programa de vigilancia y control de la infección nosocomial permite conocer los factores de riesgo más prevalentes, establecer medidas correctoras y con ello reducir las tasas de infección nosocomial (8) (9).

## **OBJETIVOS**

1. Determinar la incidencia de infección nosocomial en el Servicio de Medicina Interna.
2. Identificar la localización de las infecciones nosocomiales más frecuentes en este servicio.
3. Establecer la relación entre los factores de riesgo extrínsecos y la aparición de infección nosocomial

## **MATERIAL Y METODOS**

Se ha realizado un estudio descriptivo analizando la base de datos del “Programa Específico para la Vigilancia de las Infecciones Nosocomiales en España” (PREVI-NE) de la Sociedad Española de Medicina Preventiva durante el periodo comprendido entre Septiembre de 1999 y Mayo de 2000. El número total de pacientes estudiado ha sido de 414, siendo obtenida la información mediante la cumplimentación de una hoja de registro que contempla las siguientes variables:

1. Variables sociodemográficas
2. Características del ingreso
3. Estimadores generales del riesgo
4. Diagnóstico de alta
5. Factores de riesgo intrínsecos

6. Uso de antibióticos
7. Factores de riesgo extrínsecos
8. Datos sobre las infecciones

Finalmente se calcularon las incidencias acumuladas y densidades de incidencia de infección nosocomial utilizando el sistema informático SPSS v.10.0.

## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se han registrado un total de 414 pacientes obteniendo los siguientes resultados:

En cuanto a las variables sociodemográficas encontramos que un 57,25 % de los pacientes eran varones, mientras que el 42,51 % eran mujeres, la media de edad se ha situado en 61,46 años con una desviación estándar de 17,35 años.

El tipo de ingreso fue programado en un 7 % y urgente en un 93 %

Con relación a los estimadores generales del riesgo, el 33,57 % estaban previamente sanos, el 37,92 % padecían alguna enfermedad crónica no incapacitante, el 27,78 % eran enfermos crónicos con alguna limitación y el 0,72 % del total de pacientes sufrían incapacidad grave. El riesgo de base o pronóstico era leve en un 70,53 % de los casos, moderado en un 23,19 % y grave en un 6,28 %.

En lo que se refiere al diagnóstico principal, las enfermedades digestivas ocupan el primer lugar con un 31,4 %, las enfermedades del SNC y órganos de los sentidos ocupan el segundo lugar con un 23,67 % seguidas de enfermedades circulatorias y respiratorias con un 15,7 y 7,25 % respectivamente. Otros diagnósticos suponen el 21,98 %.

La curación del paciente supuso el motivo de alta en un 57,25 %, la mejoría de éste en un 28,02 % y otros motivos de alta tales como traslado, exitus, alta voluntaria, etc. supusieron el 14,73 %.

Durante el periodo de estudio, la incidencia acumulada de infecciones nosocomiales en nuestro hospital fue del 7,97 % y la densidad de incidencia se situó en los 6,62  $\infty$ /• pacientes-día. La localización de dichas infecciones fue la siguiente: las flebitis ocuparon el primer lugar del total de IN con un 27,27 %, seguidas de infecciones urinarias y bacteriemias primarias, ambas con un 24,24 %, en tercer lugar se situaron las neumonías con un 9,09 % y por último las bacteriemias con un 6,06 %. En cuanto a la incidencia parcial de estas infecciones encontramos que las flebitis suponen infección en el 2,17 % de los pacientes ingresados, las bacteriemias e infecciones urinarias un 1,93 % y las neumonías un 0,72 %

El periodo transcurrido desde el ingreso hasta el comienzo de la IN es de 14,24 días, con un periodo mínimo de 2 y un máximo de 53 días.

Con respecto a los factores de riesgo extrínsecos relacionados con la aparición de IN encontramos que, el 3,77 % de los pacientes con sondaje urinario abierto presentaron infección urinaria, el 1,85 % de los pacientes con sonda nasogástrica y el 25 % de los sometidos a nutrición enteral presentaron neumonía nosocomial. En cuanto a la aparición de bacteriemias, un 7,14 % de los pacientes con catéter venoso central y un 1,08 % con catéter venoso periférico presentaron dicha infección.

La incidencia acumulada de IN según la edad muestra que en el grupo compuesto

por los menores de 30 años no aparece ninguna infección, ente los 30 y 60 años la incidencia de infecciones se sitúa en un 11, 67 % y en mayores de 60 en un 29,4 %.

## **DISCUSIÓN**

Al comparar nuestros datos con la bibliografía consultada, encontramos una incidencia acumulada de IN similar a las de otros hospitales. Un hecho importante a destacar es que los valores de referencia encontrados no son específicos de un servicio de Medicina Interna, lo cual nos hace difícil comparar con exactitud nuestros porcentajes.

Todos los estudios al respecto coinciden en afirmar que las infecciones urinarias ocupan el primer lugar en incidencia dentro de las infecciones hospitalarias, seguidas de neumonías y bacteriemias (10). Sin embargo, en nuestro hospital, las flebitis han sido las infecciones más frecuentes, lo cual puede ser debido a una incorrecta técnica de inserción de catéteres intravasculares, o bien, a un sesgo en la recogida de datos ante la dificultad de diferenciar las flebitis puramente químicas de las infecciosas (5). La infección urinaria ocupa el segundo lugar en incidencia, con un 1,9 % sobre el total de pacientes ingresados, siendo este porcentaje el más bajo encontrado en los estudios observados, en los cuales la incidencia oscila entre 1,9 y 3 %. Al relacionar la infección urinaria con el uso del sondaje urinario abierto encontramos que el porcentaje aumenta hasta situarse en el 3,77 %. Puesto que se ha demostrado en numerosos estudios que el uso de un sistema urinario cerrado disminuye en gran medida la incidencia de dicha infección y pese a que nuestros resultados de IN urinaria son aceptables debemos intentar mejorarlos mediante la progresiva implantación de este sistema (6) (8).

En cuanto a las neumonías, según el SENIC (Estudio de la eficacia del control de la infección nosocomial americano), estas infecciones ocurren en el 0,5- 1 % de todos los pacientes hospitalizados y representan del 10 al 17 % del total de IN En nuestro estudio la neumonía nosocomial apareció en el 0,72 % de los pacientes y supuso el 9,09 % del total de infecciones, lo cual refleja que no existen diferencia significativas con respecto al resto de estudios (4).

## **CONCLUSIÓN**

Las tasas de IN observadas son similares a las descritas en otros estudios y en cuanto a la localización de las mismas tampoco aparecen diferencias significativas respecto a la bibliografía consultada, excepto en el caso de las flebitis. Por lo tanto, puesto que los estudios de incidencia de IN son indicadores de la calidad de asistencia hospitalaria y, dado que, las principales localizaciones de IN son flebitis e infecciones urinarias proponemos que dentro de las medidas de reducción de la IN se incluya la revisión del protocolo de inserción de catéteres periféricos y la progresiva introducción del sistema urinario cerrado en todos los servicios (11).

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Tomasa A. "Infección nosocomial. Concepto, prevención y tratamiento". Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. 1994.

- Garner J, Jarvir W, Emori TG, et al. "CDC definitions for nosocomial infections, 1988". *Am J Infect Control*. 1988; 16(3): 128-140.
- Ezpeleta c, Cisterna R. "Infección nosocomial". *Rev Clin Esp*. 1996; 196(5): 273-6.
- Rodríguez F, Sole J, Caminero J. "Neumonía nosocomial: epidemiología, factores de riesgo, y pronóstico". *Arch Bronconeumol*. 1998. 34 sup 2: 25-30.
- León C, Sánchez MA, Lucena F. "Infección por catéter: antes y después de la Conferencia del Consenso". *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1997; 15 sup 3: 27-32.
- Serrate G, Canals M, Fontanals D, et al. "Prevalencia de infección urinaria nosocomial: Medidas alternativas al cateterismo vesical". *Med Clin*. 1996; 107(7): 241-5.
- Culver D, Moran T, Gaynes R, et al. "Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure and patient risk index". *Am J Med*. 1991; sup 3B: 1525-75.
- Huskins W, Soule B, O'Boyle C, et al. "Hospital infection prevention and control: a model for improving the quality of hospital care in low-and middle-income countries". *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1998; 19(2): 125-135.
- Javaloyes M. "Sobre la infección nosocomial en los hospitales comarcales". *Med Clin*. 1995; 104(4): 155.
- "Evaluación de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles". Proyecto EPINE. 1990-1999. Madrid. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. 2001.
- Pittet D, Harbarth S, Ruef C, et al. "Prevalence and risk factors for nosocomial infections in four university hospitals in Switzerland. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1999; 20(1): 37-42.

# Cuidados de Enfermería en pacientes con Fibromialgia

**AUTORES:**

**M<sup>ª</sup>. Dolores Gil del Gallego**  
*Enfermera del Hospital de los  
Lirios de Alcoy (Alicante)*



## **RESUMEN**

### **OBJETIVO**

Mejorar el dolor muscular, su intensidad y la calidad del sueño, disminuir su ansiedad y cansancio. Estudiar sus problemas reales, las dificultades y recursos que tienen y enseñarles con los talleres una educación de su enfermedad y un aprendizaje en las técnicas de relajación, respiración y masajes.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

DISEÑO. Estudio experimental prospectivo.

LUGAR DE LOS TALLERES. Centro De Salud La Fabrica Alcoy

NUMERO DE PACIENTES. Se incluyen a 22 mujeres diagnosticadas (actualmente han pasado por el taller 60 pacientes) diagnosticadas de fibromialgia por sus reumatólogos y en plena crisis de dolor miofascial, en todas ellas hay un componente de trastorno de ansiedad, alteración del sueño, y baja autoestima.

Se hicieron 30 talleres divididos en dos grupos durante una duración de tres meses cada uno con un seguimiento de un año.

Los talleres comienzan el 13 de noviembre 1998 y finalizan en noviembre de 1999.

Se hace una entrevista personalizada que incluye (relación de ayuda), se determinan los síntomas más importantes de la enfermedad como es el dolor mediante la exploración de los puntos gatillos, E.V.A , la medición del sueño, el cansancio.

### **RESULTADOS**

Mediante el estudio de las evaluaciones del dolor, E.VA y el sueño se ha observado una mejoría importante en las pacientes, pues gracias a los cuidados que se les enseña: relajación, e. respiratorios, e físicos, soporte emocional, autoestima y información su calidad de vida ha mejorado.

### **CONCLUSIONES**

Se comprueba los efectos positivos de las terapias no farmacológicas en las pacientes con fibromialgia mediante las técnicas ya descritas anteriormente.

### **PALABRAS CLAVES**

Fibromialgia, Cuidados de enfermería, Autoestima, Relación de ayuda, Respiración, Relajación y Estiramientos

### **INTRODUCCIÓN**

En el año 1997 se comienza a hacer un registro de pacientes en la Consulta de Reuma del Hospital de Alcoy dando una incidencia del 12% -14% de pacientes diag-

nosticados de fibromialgia, esto nos hace pensar en esta patología y se propone un programa de cuidados de enfermería pues vemos que son pacientes que acuden a otros especialistas sin encontrar remedios a esos dolores, lo que les genera ansiedad y desilusión, con el consiguiente agravamiento de sus síntomas.

La FIBROMIALGIA (1) es un síndrome ,con dolor crónico generalizado de músculos ,ligamentos y tendones que se acompaña de ciertos síntomas como dolor ,fatiga, alteración del sueño ,rigidez matinal ,parestesias ,cefaleas ,ansiedad y otras manifestaciones como colon irritable, alteración de la memoria y depresión

Su ORIGEN es desconocido ,pero si se sabe que hay factores desencadenantes como un proceso viral, estrés ,problemas emocionales ,traumatismos físicos .Es importante reseñar que afecta en 80%-90% de los casos en mujeres, en una edad comprendida 30-60 años y que provoca discapacidades que interfieren en la actividad diaria y laboral ,pero no produce deformidades.

El Colegio Americano de Reumatología (A,C.R),describió los criterios para la clasificación(2) de la fibromialgia, basándose en una historia de dolor extendido a todo el cuerpo ,de más de tres meses de duración ,con la presencia de 11 o más puntos dolorosos sobre 18 ya establecidos bilateralmente y que al ser presionados provocan dolor en el sitio de la presión. (Figura nº 1)

En este trabajo se ha querido exponer la importancia que tiene una buena educación(3) en el paciente con fibromialgia ,pues llevan una larga evolución de años sin saber lo que realmente les pasa , condicionándoles su vida familiar ,social y laboral debido al continuo dolor ,cansancio, sueño no reparado y ansiedad.. y aquí es donde la enfermería tiene un papel importante para poder ayudar en su rehabilitación(4), mediante técnicas no farmacológicas.

Así pues se propone darles ayuda y soporte con información y las enseñanzas de ciertas técnicas ,para que puedan tener una mejor calidad de vida.

## **OBJETIVOS DEL TALLER**

Disminuir el dolor y su intensidad

Mejorar la calidad de sueño.

Aliviar la ansiedad y depresión.

Mejorar el cansancio.

Mejorar la autoestima.

Lograr la tolerancia al ejercicio constante.

Saber convivir con su trastorno (FIBROMIALGIA)

## **MATERIAL Y METODO**

### **(TALLER DE PACIENTES DEL HOSPITAL DE ALCOY )**

#### **MATERIAL**

Se ha realizado un estudio prospectivo de 22 mujeres con una edad comprendida (31-61)años que han sido diagnosticadas de fibromialgia por el reumatólogo cumpliendo los criterios de la enfermedad y que se ha decidido incluirlas en el programa de los talleres (5) ,haciéndoles una entrevista individual a cada paciente incluyendo una relación de ayuda y también hacer una valoración de los síntomas más destaca-

dos evaluando el dolor en 10 puntos gatillo inicial, al mes ,al tercer mes. y al sexto mes evaluándose también el sueño y la E.V.A, recogándose todos los datos en una tabla de evaluación (Figura nº2)

Les hemos dado una información escrita de lo que es la enfermedad, y también hemos diseñado una hoja de Cuidados y recomendaciones en pacientes con fibromialgia(6)

Los talleres se realizaron en el salón de actos del centro de especialidades La fábrica y en la sala de matronas del mismo centro con una asistencia de 1 día a la semana de 3 horas de duración durante tres meses en el primer grupo, dándoles 13 talleres con las 8 pacientes y de igual manera para el segundo grupo dándoles 17 talleres pero con 14 paciente, pues las tres ultimas pacientes se unieron al grupo en el 2º mes de iniciado el taller por demanda y encontrarse en fase más aguda. Actualmente ya han pasado 60 pacientes por los talleres.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

- Paciente diagnosticada de fibromialgia por su Reumatologo
- Edad (31-60) años.
- Aceptación del programa por parte de la paciente.
- Sexo femenino por su mayor incidencia (solo hay registrados 3 hombres)

## **METODOLOGÍA**

Se desarrolla el programa mediante el método descriptivo y marcando unos objetivos podremos establecer unos cuidados de enfermería que puedan mejorar su calidad de vida mediante la selección del paciente con entrevista individual donde se recoge su situación personal y se le da información de su enfermedad.

Se evalua el dolor ,la E.V.A y el sueño mediante la tabla de evaluación.

1-Dandole importancia al aprendizaje(7) de las técnicas de relajación ,respiración y estiramientos.

2-Fomentar la interrelación entre ellas pues al tener el dolor como síntoma común es importante compartir sus sensaciones así como otros problemas .

3-La aportación individual en el taller de cada paciente ayuda a resolver otros problemas (sico-sociales-familiares) a las demás pacientes, surgiendo temas que interesan al grupo.

4-La enfermera dirige al grupo de pacientes enseñando que actitudes tienen que tener frente al estrés ,ansiedad ,aprendizaje de ejercicios ,programación de tareas ,pues la vida de estas pacientes esta alterada debido a su carácter perfeccionista y padecedor

## **DESARROLLO DEL TALLER DE LA C. EXT REUMA DE HOSPITAL**

Las sesiones de los talleres se realizan en común y así comparten todo lo que ellas desean. ,presentándose y diciendo ¿Por qué están en este taller?

Es importante la motivación que les doy en que se cuiden pues el querer controlar todo les lleva a una situación de total descuido para ellas tanto a nivel sicológico

gico-social-familiar-laboral y por tanto con grandes consecuencias que afectaran su vida diaria.

Les he dedicado una hora a que ellas hablen de su dolor (8) y otros problemas que les afectan en su vida, surgiendo temas que he ido desarrollando en los talleres y que les ha servido para reflexionar y empezar a cambiar en su vida diaria. Esta parte ha sido muy interesante para ellas ,pues han intercambiado sus experiencias.

Los temas que más les ha interesado han sido: información de la enfermedad, autoestima, manejo del dolor, afrontamiento del estrés, ansiedad, programación de su tiempo, relaciones con familia, trabajo y cambios climáticos en relación con su dolor.

En el desarrollo de los dos talleres se trabajo de igual manera en :

1- EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA .La información ha sido oral y escrita

¿Qué es la Fibromialgia? ,despertando en ellas todas las dudas de su enfermedad como:

a - Origen y factores que la desencadenan.

b - Dolor y si produce deformidad.

c - Repercusión laboral., familiar, física y sociológica.

d - Se han interrelacionado en talleres comunes todas las pacientes de los dos grupos aportandose ellas mismas como pueden cuidarse y quererse un poco más. (AUTOESTIMA)

2- IDENTIFICACIÓN ¿QUÉ ES LO QUE MÁS LES ESTRESA?.(10)(12)

Así he podido trabajar ¿Cuáles son las dificultades que tienen en su vida?

Y poder darles las alternativas que ellas deben elegir la que más les aproveche, aplicándolas en sus vida diaria.

3- APRENDIZAJE DE LOS EJERCICIOS.

Mediante el entrenamiento semanal en los talleres y realización de ellos en casa

Los ejercicios físicos se hacen SIN PRISA, con ropa cómoda, evitando movimientos bruscos y tomando conciencia de los músculos que movemos en cada ejercicio, tratando de relajar el resto del cuerpo. SIN FORZAR.

Revisamos la postura de todo nuestro cuerpo.

Es importante la inducción a realizar los ejercicios de una manera FACIL DE APRENDER:

1- PRACTICANDOLA DIARIAMENTE.

2- SIN PRISAS.

3- SABRIENDO QUE NOS APORTA ELASTICIDAD, OXIGENACIÓN, ESTIRAMIENTO, SENTIR NUESTRO CUERPO.

4- A TRAVES DEL MOVIMIENTO RESPIRATORIO Y MUSCULAR CONSEGUIMOS COORDINACIÓN, FLEXIBILIDADY EQUILIBRIO.

5- Se realizan los ejercicios de: c. cervical, hombros brazos, manos, cintura, rodillas, pies tobillos y he ido añadiendo más ejercicios según su aprendizaje.

En cada taller he preguntado si han hecho los ejercicios, si han tenido algún problema y si se han encontrado mejor ,y a la vez valoro el descanso nocturno, ansiedad y dolor.

TOMAR CONCIENCIA DE NUESTRA RESPIRACIÓN.

Introduciendo poco a poco en cada taller ejercicios respiratorios que ayudan a relajarse

### RESPIRACIÓN ABDOMINAL.

Enseñándoles a hacer una respiración (20) que les ayude a relajarse en los momentos más estresantes.

### RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA.(tensar- relajar )

Es importante que aprendan a saber diferenciar lo que es tensar un músculo y relajarlo en el doble de tiempo.(10)(11)

### RELAJACIÓN MENTAL. Foto nº 1 –Sesion de relajación.

Les he enseñado a relajarse (12) en cada taller ,para que así lo practiquen en casa, y puedan desarrollar esa habilidad de aprendizaje y les pueda ser útil a la hora de estar más ansiosas.

La relajación ha sido utilizando la técnica que me enseñaron en un programa antiestres de enfermería que yo practico y que utiliza las técnicas de relajación progresiva de Jacobson y Sulz.(21)(22)

### MASAJES

Les he enseñado a darse masajes (11) ,más bien he intentado que noten los efectos relajantes y como su dolor disminuye ,mediante el acariciamiento ,amasamiento y fricción aplicándolo lentamente,sin prisas y así transmitir relax.

## **RESULTADOS EVALUACIÓN DEL TALLER DE C. EXT. REUMA DEL HOSPITAL**

Depues de finalizado el taller ,los resultados han sido positivos ,pues la aceptación (13) del taller ha quedado medida en una entrevista de satisfacción ,donde las 22 pacientes han podido expresar su opinión dando como resultados beneficiosos la existencia de los talleres en pacientes con fibromialgia pues su salud ha mejorado, el dolor ,el sueño ,el cansancio ,el estrés ,el estado de ánimo y su autoestima .Creo que su CALIDAD DE VIDA ha mejorado.(Figura 3)

ENTREVISTA DE SATISFACCIÓN.(basada en los objetivos del taller Gráfica nº1).Dando una puntuación de :

Bueno-1

Regular-2

Mal-3

EDAD De las 22 pacientes 5 tienen menos de 40 años,16 tienen menos de 50 años y 1 tiene más de 60 años

LOCAL. Nivel de satisfacción del 1,36 de media

Ha habido 15 pacientes que han estado conforme con el lugar donde se realizaba el taller y 6 que opinaron que era regular ,y 1 que era el local inadecuado.

Si es verdad que el salón de actos quizás no tenga las condiciones para practicar los ejercicios, pues la sala de matronas si que reúne las condiciones.

## ASISTENCIA

Las 22 pacientes asistieron a un total de 30 talleres .De las 22 pacientes 14 acudieron a más de 11 talleres, 5 acudieron a 9 talleres y 2 pacientes solo acudieron a 7 talleres pues se incorporaron en el 2º mes de iniciado el programa. por estar en una fase más aguda

## INFORMACIÓN

La información que se les ha dado ha sido buena en 17 pacientes y 5 pacientes han dicho que regular (les preocupa el no saber el origen de la enfermedad).

AUTOESTIMA(14)(15)(16) Nivel de satisfacción del 1,136 de media

La autoestima en 19 pacientes ha mejorado y en tres su autoestima ha sido regular Han pensado más en ellas y ha habido un cambio en su modo de vida.

ESTRÉS (17)(18) Nivel de satisfacción del 1,318 de media

El estrés lo han manejado ,razonando lo que les ocasiona más ansiedad y he obtenido 15 que han mejorado y 7 que han mejorado regularmente. CANSANCIO. Nivel de satisfacción del 1,455 de media

El cansancio lo han mejorado 12 pacientes y 10 lo han mejorado regularmente ,ha sido importante cuando deben descansar en el día .Tengo que decir que ellas han seguido con su trabajo diario pero haciendo pausas y aplicando las técnicas que les he enseñado.(19)

EJERCICIOS Nivel de satisfacción del 1,364 de media

De las 22 pacientes, 15 sí que realizaron después en su casa los ejercicios , 6 lo practicaron regularmente y 1 no lo practico.

Ha habido una mejora importante en el dolor y estrés en las pacientes que sí han seguido haciendo los ejercicios en su vida diaria. ,pues la paciente que no realizo los ejercicios no mejoro en sus dolores (ingreso por depresión)

TALLERES Nivel de satisfacción del 1 de media

El nivel de satisfacción ha sido de que las 22 pacientes les ha gustado mucho y les ha dado mejor calidad de vida, todas las pacientes quieren seguir y acudir de vez en cuando a los talleres. Actualmente sigo con este trabajo tan satisfactorio ,con una lista de espera importante pendiente en entrar en el programa, pues son ellas las que demandan esta atención y cuidados por lo que están dispuestas a todo pues los efectos son positivos. Foto nº 2 –Entre todas se ayudan a llevar mejor la enfermedad

(Tabla 1-2-3)

Los porcentajes han sido sacados en el programa de estadística del S.P.S.S

Se adjuntan tablas

## **ANÁLISIS DE LA HOJA DE EVALUACIÓN DEL DOLOR, E.V.A Y SUEÑO**

(Graficas 2-3-4-5)

\*Escala de puntuación:

Sin dolor-0 puntos.

Dolor-1 punto.

Dolor leve con mueca-2 puntos.

Dolor con quejido-3.

Dolor intenso con retirada-4 puntos

\*Escala visual analógica E.V.A-(1-10) (ausencia de dolor hasta dolor insoportable).

\*Evaluación del sueño.

Duerme-0 puntos.

Duerme a veces-1 punto.

No duerme bien-2 puntos

Si analizamos la hoja de evaluación del dolor sueño y E.V.A nos encontramos con:

Comparandolos puntos gatillos de inicio y los puntos gatillos de la tercera evaluación una mejoría de casi la mitad de dolor

P.G INICIO de -30,1818

P.G 3ª EVALUACIÓN-16,0455.

En la E.V.A nos encontramos comparando :

E.V.A INICIO-6,5

E.V.A 3ª EVALUACIÓN-4,63.

SUEÑO INICIO-1,68

SUEÑO 3ª EVALUACIÓN-0,8182.

Creo que queda demostrado que con los talleres han mejorado su CALIDAD DE VIDA ,pues el dolor que vive en ellas se lo han sabido manejar mejor,a la vez que han mejorado considerablemente el sueño no reparador gracias a la aplicación de las técnicas enseñadas y sus vidas han cambiado .

## DISCUSIÓN

Todos los datos que hemos obtenido nos indican que hay unos resultados beneficiosos del taller de cuidados de enfermería en pacientes con Fibromialgia ,pues en la encuesta de satisfacción ,así lo indica. ya que las 22 pacientes están de acuerdo en lo positivo que es el taller.

Estoy de acuerdo con otros autores (3)(6)(9) en aplicar un tratamiento no farmacológico que ayuda a una mejor calidad de vida, como es la educación e información al paciente y familia, técnicas de relajación ,entrenamiento deportivo, psicoterapia., autoestima y masajes.

Creo que es importante el haber desarrollado un buen aprendizaje de todas las técnicas enseñadas e incluirlas en la vida diaria ,pues como la enfermedad es crónica y quizás tengan crisis (cambios climáticos) y sea necesario volver a los talleres a demanda. El programa sigue adelante ,con lista de espera para acudir y poder beneficiarse de estos talleres.

Se ha cuidado al paciente de una manera integral logrando cumplir los objetivos que nos habíamos planteado en los talleres.Los beneficios han sido mejor una calidad de vida , pues así lo indican los resultados de la evaluación de la fibromialgia y de la encuesta.

Es importante realizar estas experiencias no solo en esta patología sino en otras que tienen gran repercusión en la asistencia a los hospitales (lumbalgias, artritis, etc.).

Como profesional de la salud me he sentido muy satisfecha y con ganas de seguir adelante.

## AGRADECIMIENTO

A Jesús, María y Cristina por su apoyo.

A mis compañeros los Reumatólogos Dr. Barbeito y Dr. Ruiz de la Torre por su colaboración.

A la dirección de enfermería de Alcoy

## BIBLIOGRAFÍA

- G. Herreros-Beaumont y cols. SER Manual de enfermedades reumáticas. 1992 S.E.R Edic Doyma.

- H. Ralf Schumacher Primer on the Rheumatic Diseases. Editor. 1998

- Pereda, Alejandra. C. Fibromialgia y otros Reumatismos Asociados a Trastornos Psicogenos. Tratado Iberoamericano de Reumatología 1998 S.E.R.

- Peña Arrebola. Guía De Información sobre la Fibromialgia A. Folleto edit por la LIRE-AFIBRON Madrid.

- Marian A y cols. El papel de la terapia física y modalidades físicas en el manejo del dolor. num-1-1999. R.D.C Norte América.

- Tevar. J. Paulino. Revista Salud Rural Fibromialgia Reumática. publicado 1997. Edit Novartis.

- Molina Soto. J.J Tratamiento de la Fibromialgia folleto de Fibromialgia Reumática 1997 Edit Novartis.

- A. Bradley Laurence y cols. Aproximaciones Psicológicas y Conductuales a la Terapéutica del Dolor, depresión, ansiedad, estrés, trastornos del sueño. Artículo del nº1-1999 del Manejo del Dolor EN LAS E. Reumáticas.

- J.B. Vinfield. El Dolor en la Fibromialgia. nº.1-1999. Manejo del dolor en fibromialgia R.D.C. Norte América.

- A. Alonso. Relajación contra el estrés. R. Corazón y Salud nº 4 pag 15.

- Amador, los Masajes. Guía práctica de la Relajación. Ed. Barcelona 1989.

- Carsí Costas, N Y Díaz Mallofre, R. La Gestión del Estrés. Domo. Escuela P. de la Salud y la Vida. 1988.

- García. López. A Manejo de la Fibromialgia. 22 Congreso N. de la Sociedad Española de Reumatología Zaragoza 1996

- Gaja Jaumeandreu. Raimon. Bienestar, autoestima y felicidad. Edit Plza y Janes 1997.

- Llanos Lopez. Elena. Ámate y se Feliz Edit Mensajero 8ª edición 1998.

- Chalifour. Jacques. Relación de ayuda en cuidados de enfermería. Edit S.G editores. 1ª edición Enero 1994.

- Joseph R y June Groden. Técnicas de Relajación. Manual Práctico. Edit. Martínez Roca.

- Hoffa Gocht. Starck. Ludke. Técnica Especial del Masaje. Edit Aquilea laboratorio.

- Gladys. B. Lipkin y cols. Cuidados de Enfermería en pacientes con conductas especiales. El Paciente con Ansiedad. Edit Doyma.

- Cardas. Elena. Respirar. Como liberar la energía vital..

- Técnicas de Relajación. Edit Cuerpomente 1995.

- Vvilson Paul. Métodos infalibles de relajación. Dinámica Edit P Y J. Tercera edición 1995.

# **Control de un Procedimiento de Enfermería en el Área de Salud nº 20**

## **AUTORES:**

**Joaquín Garrido Andreu  
Encarna Manresa González  
José Francisco García Aguilar**

*Dirección de Enfermería Atención Especializada Area 20.  
Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.*



## **INTRODUCCIÓN**

La falta de atención sanitaria a los enfermos en el sistema de salud es un indicador de calidad, pues en una empresa de servicios como la nuestra el no realizar la actividad por cuestiones ajenas al paciente debe de preocupar a los diferentes profesionales que prestan la asistencia. El conocer como puede influir la práctica enfermera en la asistencia es una necesidad de las organizaciones sanitarias, pues los gestores debemos estar preocupados por ello e intentar identificar cuales son las causas que impiden que se realice, sobre todo cuando son muchas las personas que participan en los procesos y se terminan difuminando entre todos las diferentes causas.

## **OBJETIVO**

El conocer como podía influir la actividad de enfermería en los procesos diagnósticos fue uno de los objetivos que nos propusimos desde la dirección de enfermería de A.E. del área de salud nº 20. En muchas ocasiones se producían deficiencias en la asistencia porque los actores del proceso no nos preocupábamos de identificar y corregir las actividades erróneas. En relación a la atención de enfermería, tras solicitar al paciente pruebas diagnósticas de laboratorio por el médico de atención primaria o por el facultativo especialista del área, se estandarizó que los pacientes podían dirigirse a su centro de salud o consultorio auxiliar para la entrega de la muestra (orina, heces, esputo) o la obtención de la muestra sanguínea. Esta actividad está prácticamente implantada en toda nuestra comunidad, pero estimamos porque no conocemos otras áreas, ya que se produce mucha variabilidad en el proceso pues la idiosincrasia de cada área es diferente.

En nuestro caso, hay una distribución de las muestras en función del lugar de obtención, pues contamos con dos laboratorios en el área, el del hospital y el del centro de especialidades de Orihuela. La distribución se ha variado en diferentes ocasiones unas veces fruto del aumento de actividad y otras por cuestiones de economía de costes.

Para ello hemos realizado varias reuniones y hemos establecido los diferentes circuitos junto con la dirección de enfermería de AP, intentando en todos los casos mejorar la atención sanitaria de nuestros pacientes, y abordando las soluciones desde una perspectiva global del proceso asistencial.

Como quiera que la enfermería, por desgracia, no está exenta del concepto de que cuando se produce un error siempre fallan los otros y no analizamos realmente donde se inicia el problema, nos propusimos determinar cuales eran los errores o problemas que podían surgir de esta actividad enfermera como era la obtención de la muestra de sangre, así como de las condiciones en que llegaban las muestras a nuestros laboratorios para poder actuar sobre el problema, pero siempre con el interés de mejorar la calidad de nuestros cuidados y teniendo presente que ello produciría una mejor asistencia a los pacientes.<sup>1</sup>

## **MATERIAL Y MÉTODO**

El laboratorio del centro de especialidades era el lugar a donde mayor número de analíticas se derivaban desde los centros de atención primaria, por lo que estableció por iniciativa de la subdirección de enfermería y del adjunto del centro una recogida de datos de las diferentes incidencias que se podían producir diariamente con las muestras. Esto se hacía para poder determinar cuales eran los diferentes errores que se encontraban y al mismo tiempo poderlos subsanar sin necesidad de que el paciente pudiese verse afectado.

Esto, que parece tan fácil, consistía en avisar al centro y contactar con el paciente para evitar problemas de asistencia cuando acudiera a la visita médica y no pudiese ser visto o se retrasase la solución de su problema por no haber contado con el resultado de su prueba diagnóstica, que había sido realizada previamente para el paciente.

La recogida de datos la mecanizamos mediante el uso de la hoja de cálculo Excel de Microsoft y tras haber determinado que datos podían resultar interesantes en la confección de la base de datos. Los datos que se obtenían eran el número de muestra para identificar el volante de petición de prueba y poder poner en contacto con el centro, el centro de donde se remitían las muestras, el tipo de muestra, la incidencia que se presentaba, la fecha y el total de muestras remitidas y el número de pacientes que no se presentaba a realizar la prueba diagnóstica. Las variables establecidas respecto de las incidencias es más amplio que el aquí expuesto y que hemos agrupado en 4 categorías. La coagulación de la muestra del tubo de hematología, la falta de identificación de la muestra, la rotura del tubo o la falta de muestra para realizar la determinación que se solicitaba eran algunas de las variables que recogemos.

Todos los días el personal de enfermería del laboratorio informaba al adjunto del centro de las diferentes incidencias con las muestras, siendo éste el encargado de contactar con los centros de atención primaria, y de forma más concreta con los coordinadores de enfermería para subsanar las deficiencias detectadas. Incluso periódicamente elaborábamos un informe que se enviaba también a cada centro con las diferentes incidencias encontradas en sus muestras.

Para realizar este estudio descriptivo y transversal hemos utilizado los datos referentes al año 2002 y sólo con las muestras recepcionadas por el C.E. Orihuela, y que no abarca el total de la población que está adscrita a nuestra área de salud, pues excluye el municipio de Torrevieja que envía las muestras al laboratorio del hospital.

Tampoco hemos incluido en el estudio las muestras que se obtienen en el propio centro de especialidades, pues muchas de ellas son derivadas de los médicos especialistas. Debemos tener en cuenta también que hasta febrero del año 2003 en el CEO se encontraba ubicado físicamente un equipo de AP de la ciudad de Orihuela y esto conlleva que las muestras de este equipo eran recogidas y obtenidas directamente en dicho centro.

## **RESULTADOS**

El análisis de los datos corresponde a los centros de AP de los siguientes municipios: Albufera, Bigastro, Callosa de Segura, Guardamar del Segura, Orihuela (1/2), Rojales, Almoradí, Pilar de la Horadada, San Miguel de Salinas y Dolores.

Las variables en las que hemos agrupado las incidencias son:

1. No envió muestra
2. Mala identificación muestra
3. Técnica obtención muestra deficiente
4. Otras: Transporte, mal envasado, etc.

El criterio utilizado para esta agrupación es el grado de implicación de enfermería en el proceso de la obtención y recogida, intentando poder obtener algunos datos que nos sirvieran para poder aportar soluciones a los problemas detectados.

De un total de 74.008 pacientes que han necesitado hacerse una prueba diagnóstica de laboratorio para su proceso de salud han tenido alguna incidencia en su muestra 1.916 (2,59%), aunque alguno de ellos ha llegado a tener más de una incidencia en sus pruebas, ya que el total de incidencias se sitúa en 2.051.

La relación de cada una de las incidencias con respecto al total de las mismas queda reflejada en la tabla 1.

VARIABLES	Nº TOTAL	% INCIDENCIAS
NO ENVIO	869	42,37
SIN IDENTIFICAR	107	5,22
DEFICIT TECNICA	1026	50,02
OTRAS	49	2,39
TOTALES	2051	100

*TABLA 1*

Dentro de las variables con mayor peso en las incidencias está el déficit de la técnica de obtención de la muestra sanguínea por el personal de enfermería del Centro de Salud y las muestras más afectadas son las destinadas a hematología (21,44%) y a la V.S.G (75,54%). En el primer caso por coagulación de la sangre en el tubo y en el segundo por no contener la cantidad de sangre suficiente para poder realizar la prueba diagnóstica.

## **DISCUSIÓN**

Como podemos ver de los resultados obtenidos la actividad de enfermería está muy relacionada con la buena praxis del proceso asistencial en la realización de las pruebas diagnósticas, pues ante tan alto porcentaje de demanda, ya que una de cada tres personas en el área geográfica del estudio se realiza alguna prueba diagnóstica de laboratorio en el años estudiado, el número de personas afectadas es bajo.

Pero esto no es suficiente, porque nos corresponde a los gestores y a todos los profesionales del sistema sanitario garantizar una asistencia de calidad, y nuestro esfuerzo se debe centrar en conseguir que eso se consiga, pues la no asunción de este principio conlleva unos costes de la no calidad, que todavía están por estudiarse en el entorno sanitario.

El personal de enfermería tiene una actividad importante en el proceso analizado, pues existen tareas que realiza de forma independiente y que, a nuestro entender, son

responsabilidad única de las enfermeras, debiendo introducir sistemas de mejora que nos faciliten la resolución de los problemas. En nuestro caso se ha realizado un protocolo para poder suplir las dos deficiencias más relevantes, pues aunque la mayoría de las extracciones se hacen con técnica mecánica de vacutainer®, el poder evitarlas pasa por girar los tubos de hematología para poder conseguir que los conservantes se distribuyan de forma homogénea y para la VSG con poder introducir la sangre suficiente, que la absorbe directamente el tubo, o en defecto de esto poder introducirla con la jeringuilla.

Para concluir queremos destacar la importancia de este control de la actividad enfermera, que realiza sólo y exclusivamente enfermería, y que sin la colaboración del personal de enfermería del CEO no hubiera sido posible su realización, pues en ese centro solamente existe personal de enfermería titulado y auxiliares de enfermería, por lo que esto se puede convertir en un activo intangible dentro de la organización para su buen funcionamiento.<sup>2,3,4</sup>

Al mismo tiempo esta experiencia ha servido de forma muy positiva a poder establecer una mejor relación entre los diferentes sistemas asistenciales, pues incluso en una de sus actividades se incluyó la asistencia de los coordinadores al centro de especialidades para que viesan todo el proceso del laboratorio.<sup>5</sup>

Para acabar quiero agradecer a todo el personal de enfermería, que de una forma anónima, pero activa ha colaborado a que este trabajo haya sido una realidad.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Merino Romero JM, García de Lucas, MD, Luque Ruano AL. Cooperación entre Atención Primaria y Especializada: Determinación del conocimiento recíproco y su repercusión en el funcionamiento. *Salud Rural* 1997; (9):89-97.

- Olmedo M, Ortega MV. Alcance de la gestión del conocimiento en las Instituciones Sanitarias Públicas. *Gestión del conocimiento y gestión clínica. Todo Hospital* 2002, (185): 178-184

- López MP, Navarro C, Renedo MP. Roles desempeñados por las enfermeras en el ejercicio de la supervisión. *Metas de Enfermería* 2000; (28): 43-48.

- Ruíz J. Cultura organizacional y desarrollo profesional en enfermería.(III). *Rev ROL Enf* 1999; 22(3): 170-174

- Gómez Moreno N et al. Relación entre atención primaria y especializada. *Aten primaria* 1997; 20:25-33

# Mesa C



# Renace la esperanza

**AUTORES:**

**María del Pilar López Moreno**  
*Matrona. Centro de Salud Hospital Provincial*



Era el primer día del año 2002, al ser un día tan señalado felicité efusivamente el Año Nuevo. Pero en las caras de mis compañeras se adivinaba una expresión de abatimiento y tristeza. Sí, ¡Feliz Año Nuevo!, ¡Menudo Feliz Año Nuevo! Y pasaron seguidamente a contarme el relevo. Quedan dos mujeres de parto. Una de ellas se llama Elena, tiene 28 años y está embarazada de su primer hijo, lleva una inducción por bolsa rota y presenta ausencia de latido fetal (el bebé está muerto) la mujer lo supo ayer. Todo indicaba que me enfrentaba a un difícil acompañamiento y además, en una fecha tan señalada. Las matronas estamos acostumbradas a trabajar con el dolor, el "gozoso dolor", pues el final suele ser feliz; pero afrontar una circunstancia como ésta, tan poco habitual, donde el acompañamiento es para asistir al "nacimiento de la muerte" se me hace muy duro. Entro en la sala de dilatación y me dirijo a la pareja: Buenos días, soy Pilar, la matrona que os acompañará y ayudará en estos momentos. ¡Hola Pilar!, responde Elena, y, cogiéndome la mano con fuerza y con los ojos llenos de lágrimas, me dice: ¿Ya sabes que mi bebé está "muertecito"? Sí, ya lo sé Elena. Mis compañeras me han puesto al corriente de lo sucedido. ¿Cómo te sientes? Esto es muy duro, me dice. No te puedes imaginar la ilusión que teníamos con su llegada. Su marido permanece en la habitación guardando una respetuosa distancia entre nosotras. Se le ve abatido y cansado después de estar toda la noche en vela. Ella añade: ¿Quiero saber, que me vas a hacer? ¿Quiero saber, cuando va a nacer? ¿Quiero saber cuando acabará todo esto? Estoy cansada, tengo miedo. Ayúdame, por favor. Elena, veo que tienes algunas dudas y me doy cuenta de lo asustadas que estas, intentaré ayudarte en lo que pueda. Creo que lo más conveniente en este momento sería hacerte una exploración vaginal para saber como va la dilatación, ya que esto podría orientarnos sobre lo que pueda faltar para el parto. Me dice que siente un peso muy fuerte abajo, como si le empujara algo que quiere salir y le explico que eso puede indicar que el parto está cerca, y acto seguido me pide que la explore, tras lo cual compruebo que, la dilatación ya se ha completado, y que ha llegado el momento de pasar al paritorio. Me agarra la mano nuevamente y llorando pregunta: ¿Quieres decir que va a nacer ya? Sí, Elena, le contesto con ternura, ha llegado la hora del nacimiento. Pilar, quisiera pedirte algo: Si es posible, me gustaría que no me "cortarás", refiriéndose a la episiotomía. (Dándome la sensación de que no quería tener más heridas añadidas) Le dije que contara con ello, lo que le hizo tranquilizarse y esbozar una sonrisa. Elena, sé que es muy duro lo que voy a preguntarte, pero siento que debo hacerlo, y tal vez pueda servirte de ayuda: ¿Has pensado en lo que querrías hacer cuando nazca tu bebé? No, contestó. No sé lo que tengo que hacer. No sé que es mejor. ¡Ayúdame, por favor! Dime que es lo mejor. Elena, lo mejor, es lo que tú sientas y desees en ese momento. Quizás verle, tocarle, acariciarle, no lo se... Me dice que tiene ganas de empujar. Le animo a hacerlo y pasamos al paritorio. Se presenta un expulsivo laborioso en el que ella colabora activamente. Le digo que el periné cede bastante y es probable que no sea necesaria la episiotomía. Me sonrío entre complicidad y agradecimiento. A las 9:30, se produce el nacimiento. En el paritorio

hay un respetuoso silencio. Es un varón con escasos signos de maceración. La pareja se abraza y llora. Con gran dolor y ternura miran al niño sin atreverse a tocarlo. Rompiendo el silencio Elena pregunta: Pilar: ¿Me has cortado? No, no ha sido necesario. (Pensé que quizás esto sería lo único íntegro que tenía, pues el resto estaba completamente roto por el dolor, por la desilusión, por la tristeza...) Ya en la habitación de observación del posparto, la pareja solicita el servicio religioso. Acude el sacerdote del hospital y los atiende en su necesidad espiritual. Este momento coincide con la llegada de los abuelos y tíos que llenos de dolor solicitan ver al niño. Se les acompaña al paritorio donde el bebé permanece en la cuna térmica que se ha mantenido con la fuente de calor encendida. (Quizás esto parezca inútil; pero creo que para los familiares puede ser menos traumático cuando lo toquen). La abuela rota de tristeza y emocionada, lo acaricia, me mira y me dice: Es guapo, ¿Verdad?... y todavía está calentito. (Lo acaban de conocer y ya se han despedido de él) Por la tarde de ese mismo día, me los encuentro paseando por el pasillo de la sala de maternidad. Al verme noto que se alegran y que desean hablar del parto y revivir algunos detalles. Elena me dice que la experiencia vivida ha sido menos dura de lo que ella esperaba, ya que se había sentido cobijada y acompañada en esos momentos. A los dos días del parto, me encuentro al marido de Elena y me dice que ya le han dado el alta, invitándome a pasar a verla. En el encuentro nos abrazamos. Me habla del entierro de su hijo, que se realizaría esa misma tarde y del miedo que tenía de llegar a su casa y afrontar la realidad, el vacío... Volver a casa sin nada... ¡Que triste! Nos despedimos. Pasados quince días del parto, recibo en mi domicilio un ramo con nueve rosas rojas y una carta de Elena en la que decía: "Hola Pilar, soy Elena. Te mando este ramo en agradecimiento por la profesionalidad, el cariño y tranquilidad que me transmitiste en los peores momentos de mi vida. Muchas gracias, Un beso. Elena". Al día siguiente, Elena me llama por teléfono. Le doy las gracias por su detalle. Ella me dijo que le apetecía mucho hacerlo y que eso la hacía sentirse bien, que ya estaba más animada y que incluso se planteaba la posibilidad de un nuevo embarazo para dentro de unos meses; pero que procuraría que no le coincidieran las mismas fechas. (Renace la esperanza). El 30 de octubre dio a luz una preciosa niña.

Después de este suceso extraje unas reflexiones que intento día a día no olvidar en la labor humana y profesional que desempeño, no perder de vista, a pesar de las dificultades que encontramos, la dimensión emocional y afectiva del trato con personas que conlleva nuestro trabajo.

# **Experiencias en el primer día de prácticas de los alumnos de primer curso de la Diplomatura de Enfermería**

**AUTORES:**

**José Ramón Gomis Pascual**

**María Jesús Salort Senseloni**

**Héctor Francés González**

**Estefanía Fernández González**

*Alumnos de primer curso de la E.U.E. de la U. de Alicante*

*Hospital Universitario San Juan de Alicante*



## INTRODUCCIÓN

Con nuestra comunicación pretendemos compartir con ustedes los sentimientos vividos en nuestro primer día de prácticas hospitalarias como estudiantes de primer curso de la Diplomatura de Enfermería en el Hospital Universitario San Juan de Alicante. El contacto inicial, la primera experiencia con lo que será, en cierto modo, lo más semejante a un puesto de trabajo en el futuro. Una descripción que pretender dar salida a nuestro mundo emotivo y transmitirles como este primer contacto ya está influyendo en nuestra forma de ver y de vivir la vida.

Para realizar este trabajo hemos empleado el diario de campo que hemos estado confeccionando durante las tres primeras semanas de prácticas clínicas que comenzaron el día tres de febrero del presente año.

Con ello podremos observar cómo el estudiante va a realizar las practicas en un estado de tensión y de nervios, aunque también con alegría, satisfacción y curiosidad; con unas expectativas no muy claras acerca de lo que va a encontrar a su llegada al hospital, y cómo puede salir de él en un estado de alegría, ánimo, ilusión o, por el contrario, en un estado de decepción, frustración, tristeza o desánimo, según como se hayan desarrollado las circunstancias particulares de cada uno y la acogida y comprensión que haya tenido por parte de los profesionales de los distintos servicios.

Podremos comprobar si las enseñanzas recibidas durante el periodo de clases teóricas se ajustaron a la realidad con la que nos encontramos una vez que comenzamos las practicas clínicas en el hospital y nos enfrentamos al sufrimiento del enfermo, y ver en que grado el profesorado ha influido en que realicemos nuestro primer día de practicas de una forma más llevadera, o por el contrario salgamos decepcionados o frustrados de esta primera experiencia.

## EXPOSICIÓN DE DIARIOS

### **Diario de José Ramón:**

Para mi este primer día fue HORRIBLE . Tras la reunión de bienvenida, subimos cada uno a nuestra unidad. Mi compañera y yo nos dirigimos al servicio de oncología, teniendo en nuestras cabezas las advertencias de otros compañeros sobre lo impactante y duro que podría llegar a ser para nosotros la experiencia con este tipo de enfermos.

Una vez allí, después de cambiarnos en el vestuario, fuimos con una de las enfermeras que parecía muy simpática. Lo primero que hicimos fue ir a realizar una cura a una paciente oncológica en fase terminal, que presenta la fascies hipocráticum característica de un enfermo terminal con cara demacrada, anasarca, alopecia, ausencia de piezas dentarias y, las pocas que conservaba, en un estado bastante lamentable, y con alteraciones en la piel, llena de heridas y úlceras. Además, estaba continuamente quejándose por los fuertes dolores que padecía.

La cura era de dos úlceras por presión grado cuatro situadas en ambas regiones trocántereas, de enorme tamaño en las cuales se podía observar el hueso del fémur,

y que expedían un olor pútrido y nauseabundo.

A mitad de la cura empecé a notar que el calor aumenta y mi visión se volvía borrosa; "me estaba mareando". Yo, como buen imbécil y orgulloso intenté aguantar pensando que se me iba a pasar, pero me fui dando cuenta de que el mareo iba aumentando y, después de decir a mi compañera que se pusiera en mi sitio y que sujetara por donde yo lo estaba haciendo, me lancé contra el sillón que tenía situado detrás porque estaba totalmente mareado.

Me sentía muy avergonzado por estar ahí tumbado y mareado, además de sentirme inútil al ver que los demás continuaban con la cura mientras yo me estaba recuperando y lo único que hacía era molestar. Al poco, mi compañera dijo que se iba a sentar y salir fuera porque ella también se estaba mareando.

Egoístamente, eso me hizo sentir mejor, menos avergonzado y menos ridículo, porque veía que no era algo único en mí.

Luego, los dos nos sentamos en la sala de estar, tomando un zumo y hablando, esperando a que se nos pasara el mal trago y ya, sin poder hacer nada más a pesar de que las enfermeras nos animaban a ello. Pensábamos que era un poco fuerte empezar el primer día de prácticas de primer curso en oncología, haciendo una cura tan "dura" para cualquier persona aún no acostumbrada a este tipo de cosas, y con una paciente en tal pésimo estado.

Llegué muy disgustado a casa, y aún con dolor de cabeza y sin ningunas ganas de volver al día siguiente al hospital. Además pensaba si no sería mejor dedicarme a otra cosa y dejar esto para gente menos sensible.

### **Diario de Maria Jesús**

Hoy ha sido el primer día de prácticas en el Hospital de San Juan. ¡Que nerviosa estaba y que emocionante fue todo!

Primero, nos hemos reunido todos en la cafetería del hospital y seguidamente, junto con las profesoras y coordinadoras del centro, hemos subido a un aula donde nos han dado la bienvenida y presentado a algunas supervisoras del centro.

Yo, supuestamente debía comenzar las prácticas en el turno de tarde en la Unidad de Urología, Maxilo-Facial, Oftalmología y Otorrinolaringología, pero al ir a conocer la planta me dijeron que ya que había estado en el hospital durante media mañana, me quedara a finalizar la jornada. Más tarde me llamaron y me dijeron que si no me importaba quedarme con turno fijo de mañanas durante este primer modulo, lo cual me ha agradado, ya que yo lo quería así.

Las enfermeras de la planta han sido, en general, muy agradables y hoy mi compañera y yo nos hemos ido cada una con una auxiliar, ya que nuestra supervisora nos ha comentado que las dos primeras semanas acompañaremos a las auxiliares para que viéramos como realizan las tareas. Hicimos camas y, al mismo tiempo, atendimos a los pacientes encamados les realizamos la higiene. Al principio me sentía un poco aturrida y torpe porque la auxiliar, por un lado de la cama iba tan deprisa debido a la costumbre que tiene, y yo por el otro tan lenta sin saber bien que hacer y como hacerlo. Las cosas cambian mucho de cuando prácticas en la escuela en las clases de simulación a llegar al hospital y tratar con personas enfermas, no más muñecos. Es muy impactante.

Una de las pacientes a la que le realizamos la higiene, me hizo sentir muy mal...Tenía una fractura de cadera. Cuando la auxiliar le quitó el camisón, me sentí tan mal al verla tan frágil e indefensa... parecía que fuese de cristal. No podía moverse nada porque le dolía muchísimo y era tan complicado realizar los cuidados básicos. La mujer se quejaba por el dolor cuando le movíamos un poco para asearla y eso me daba miedo porque yo misma no quería entender que para realizarle la higiene a esa persona se la iba a mover y se le haría sufrir un poco. Fue angustiante...

Además, una enfermera nos ha comentado que un paciente estaba muy mal y se moriría cuando menos lo esperáramos. No lograba entender yo misma porque si sabían que se iba a morir de un día para otro no trataban de evitarlo. Ha sido muy triste...

A pesar de haber sido "duro", algunos momentos del día han sido muy gratificantes y hace que me sienta bien al poder proporcionar comodidad a las personas cuando más lo necesitan.

### **Diario de Héctor Francés**

El primer día de prácticas en el hospital, ese día que todo enfermero ha debido pasar, ese día fui un completo manojito de nervios desde que me levanté, no sabía si llevaba todo lo necesario o llevaba más de la cuenta y no dejaba de repasar el pijama para cerciorarme de que estaba completamente limpio y blanquito. Y así salí de casa, entre esos nervios y las ganas de empezar algo nuevo y misterioso para mí.

De camino al hospital los nervios van pasando, pensaba que todo iría bien, y que el resto de mis compañeros estarían pasando lo mismo que yo, al menos hasta que ves la fachada imponente del hospital, cuando de nuevo me volvieron a atacar los nervios y pensé: "Dios mío, esto es inminente", y así es. Entro al hospital buscando caras amigas, así que me dirigí directamente a la cafetería, donde habíamos quedado como punto de encuentro y allí estaban los primeros en llegar, me senté con ellos y me tomé un café. Los nervios van desapareciendo, ya que el sentirme rodeado de mis compañeros me sentía más seguro.

Tras el café, llegó la recepción de bienvenida y las últimas indicaciones de los profesores, ultimando los detalles sobre lo que debemos y no debemos hacer durante las prácticas, una charla que ya nos habían dado en más de una ocasión, pero por mi parte esta vez no me perdí ningún detalle, ya que ahora la cosa iba en serio.

Tras esto, y sin más demora, aunque personalmente, no hubiera importado que se tardase un poquito más, me acompañaron a mi unidad, me presentaron al personal y me dejaron ahí, vestido de blanco, en el medio de un pasillo, lleno de puertas y enfermos. Me quedé ahí quieto, entre asustado, nervioso, contento y entusiasmado. Afortunadamente en esa unidad habían sido destinados dos compañeros más, y eso me sirvió para no sentirme tan perdido.

Entonces sin saber que hacer, los tres, nos quedamos en el control esperando que nos dijeran lo que teníamos que hacer, así que nos llevaron a ver como se realizaba la higiene de un paciente, no hicimos nada solo mirar. Nos impresiono bastante el estado del paciente, era sin duda el enfermo en peores condiciones de toda la planta, se me ha quedado gravada esa imagen, creo que para toda la vida.

Después las enfermeras nos preguntaron que sabíamos hacer, tras mucho pensar, decidimos que podríamos encargarnos de los "electros" y los glucemias, y así hicimos. Cogimos el carrito de los electros, y particularmente ese día habían muchos que hacer, al principio el mayor problema era desliar los cables y poner el papel bien, pero poco a poco, entre los tres, lo hacíamos bastante bien.

Más tarde, hicimos las glucemias, nuestro primer contacto con las agujas y la sangre, es una técnica muy sencilla, pero pinchar la primera vez en el dedo a una persona para sacarle una gotita de sangre...cuesta bastante. Con el tiempo los nervios desaparecen y evidentemente todo va mucho mejor. El primer día no da para mucho más, lo que es normal, por que si entre tres tardamos cinco minutos en hacer una glucemia.... Pero bueno, el caso es que la jornada había acabado, me despedí de todos, me quité el pijama y me fui a casa. Creo que cuando salí de la planta fue cuando me di cuenta de que lo que había hecho durante esa mañana era lo que me esperaba día tras día, en los que intentaré aprender cada vez más y que quizá con el tiempo pueda cuidar de forma adecuada y humana a las necesidades del paciente.

### **Diario de Estefanía Fernández.**

Hoy ha sido mi primer día de prácticas en el hospital. Después de la reunión de bienvenida, nos fueron presentando al personal de las unidades a las que habíamos sido asignados. .

Mientras mis compañeros se iban quedando en otras unidades, yo cada vez estaba mas nerviosa aunque intentaba demostrar que no lo estaba, lo que me resultó algo difícil al ser una de las últimas en la distribución..

Cuando llegamos a mi unidad, me presentaron a las enfermeras que trabajaban en ella. Cuando el profesor se fue, me sentí "sola ante el peligro", no sabia que hacer ni que decir así que me quede quieta esperando a que me dijeran algo, como iba vestida de calle, lo primero que me indicaron fue el ponerme el pijama.

Después de cambiarme estaba, si cabía, aún más asustada, sentía que ya no había marcha atrás. Y ahí estaba, yo que nunca había pisado un hospital más que de visita, ahora iba vestida de blanco. Lo peor de todo era que se suponía que al ir vestida de blanco la gente me podría preguntar cosas a las que no sabía si respondería bien, cosas que, en ese momento, seguramente no iba a saber. Ese fue el peor momento, no por el miedo en si (que también), si no por que además tenía mucha ansiedad encima, que se unía al no saber como responder ante el paciente, de no saber como comportarme ante aquella situación, pero no tenía otro remedio así que fui al control a ver si alguien me daba alguna orden y me decía algo que hacer para, por lo menos, dejar de pensar en mis nervios. Por mi cabeza no dejaba de pasar la pregunta de : "¿Y ahora qué?", después de unos minutos una enfermera se me acercó y me dijo que fuera con ella. A partir de ese momento dejé de sentirme tan mal, fue como si sólo al decirme que me fuera con ella me sintiera más protegida, me fue enseñando donde estaban las cosas, como funcionaban, que era lo que hacían, en fin, cual era mi cometido. La verdad es que me sirvieron de mucho su ayuda y sus explicaciones, que aunque tan lentas parecen ridículas, lo cierto es que las necesitaba, hubo veces en que me tuvo que repetir en numerosas ocasiones cosas tan simples como la ubicación de los enfermos, "A" aseo, "B" ventana.

La primera vez que entré en una habitación yo sola, aunque solo fue para tomar la tensión, cosa que hemos hecho en la escuela en prácticas varias veces, antes de entrar estaba muy nerviosa, hasta temblaba pensando que lo iba a hacer mal, o que cualquier cosa podía fallar, pero una vez estás dentro todo salió bien y me di cuenta de que sí lo podía hacer, aunque es normal que el primer día en un hospital estes nerviosa y pienses que hasta una simple toma de tensión puede ser complicada, no tiene por que ser así, sobretodo si además sabes que al otro lado de la puerta hay una profesional que te apoyará y te ayudará si necesitas algo.

El primer día también me di cuenta de que el trabajo de las enfermeras no consiste en poner inyecciones y tomar un par de tensiones, si no que una buena enfermera, también ha de saber estar al lado del paciente, comprendiendo su situación, por que al fin y al cabo peor que yo, lo están pasando ellos.



# Enfermería y Lasik

## **AUTORES:**

**Vicenta López Guijarro**  
**M<sup>a</sup> José Pérez Rodríguez**  
**M<sup>a</sup> José Villalta Mompeán**  
*H.U. San Juan – Alicante*



Los defectos refractivos son defectos oculares que presentan como denominador común una visión imperfecta. En un ojo normal, la luz penetra a través de la córnea y el cristalino, enfocándose sobre la retina dando una imagen perfectamente nítida. En aquellas personas que presenten miopía, hipermetropía o astigmatismo, este enfoque no se realiza en la retina con lo que la visión se percibe borrosa.

El ojo miope se caracteriza porque presenta una córnea demasiado curva o un ojo demasiado alargado. Ello hace que la imagen enfoque delante de la retina, dando como resultado una mala visión de lejos, pero una imagen clara para los objetos cercanos.

El ojo hipermetrope presenta un tamaño menor al normal o una córnea demasiado plana en relación a la longitud del ojo. Este defecto provoca que el enfoque se establezca por detrás de la retina, dando como resultado una imagen borrosa para los objetos cercanos y en algunas ocasiones para los lejanos.

Por último, el astigmatismo se origina porque la córnea no presenta una forma normal sino ovalada, como un balón de rugby. Las imágenes permanecen borrosas a cualquier distancia.

La finalidad de la cirugía refractiva mediante Láser Excimer es conseguir que la luz penetre a través de la córnea y el cristalino y enfoque las imágenes sobre la retina, dando con ello una imagen nítida.

Esta técnica consiste en levantar una fina capa de la zona superficial de la córnea, realizando un corte con un microqueratomo, con el fin de aplicar el láser en las capas internas del tejido corneal.

El láser es una mezcla de Argón y Flúor en una cavidad sometida a un alto voltaje que produce un haz ultravioleta. Controlado por una computadora muy sofisticada, el rayo de luz es utilizado para vaporizar el tejido. El fenómeno fue denominado fotoablación.

Después de la aplicación del láser la operación finaliza colocando de nuevo la lámina de córnea en su sitio sin necesidad de suturas.

### **Los pacientes que no pueden ser tratados con esta técnica son:**

- Jóvenes menores de 18-20 años, ya que la miopía o hipermetropía pueden variar todavía.
- Cuando la miopía es estable, es decir que la graduación sigue aumentando cada año.
- Cuando coexisten a la vez otras enfermedades del ojo, como glaucomas o cataratas, alteraciones de la retina secundarias a diabetes o miopía, inflamaciones crónicas externas al ojo. Algunas enfermedades generales también lo contraindican.
- Pacientes con marcapasos, porque la radiación electromagnética del láser teóricamente podría provocar trastornos en los modelos más antiguos.

### **Complicaciones adversas en la cirugía:**

- Corte con el microqueratomo incompleto o irregular.
- Hipocorrección.

- Hipercorrección.
- Dolor.
- Halos nocturnos y deslumbramientos en situaciones de baja luminosidad.
- Hemorragia subconjuntival.
- Nubécula o pérdida de transparencia de la córnea.
- Arrugas en el disco corneal.

### **El papel de la enfermera en cirugía refractiva mediante Láser Excimer.**

La enfermera realiza una función importante en este tipo de cirugía, tanto en la fase preoperatoria, como en el proceso quirúrgico en sí, como en la fase postquirúrgica.

#### **Fase preoperatoria.**

- La enfermera recibe al paciente y se asegura que trae el consentimiento informado, le acompaña a la sala de espera y le proporciona un ansiolítico, para conseguir que el paciente esté más tranquilo durante la cirugía.
- Previamente, se realizan las comprobaciones en el quirófano, de tal manera que se encuentre todo lo necesario para la cirugía, el instrumental se encuentre en condiciones y estéril y todo el aparataje funcione perfectamente.( Microqueratomo, aspirador y esterilizador del instrumental).
- Es importante controlar la temperatura (19-23°) y la humedad (40-60%) del quirófano para el buen funcionamiento del láser)
- Se le ayudará al paciente a ponerse unas calzas y un gorro antes de pasar al quirófano y se le ayudará a tumbarse en la camilla y a colocarse de forma adecuada para que el oftalmólogo realice una fotografía de ambos ojos con el aparato del láser, que más tarde servirá en la cirugía.
- Una vez realizada la fotografía, se le administran los colirios anestésicos y midriáticos al paciente. Se le pasará de nuevo a la sala de espera hasta que le hagan efecto los colirios, aproximadamente 20 minutos.

#### **Fase quirúrgica**

En esta fase se necesitan al menos dos enfermeras, una enfermera instrumentista y otra colaboradora.

##### *Enfermera colaboradora*

- Ayuda al paciente a tumbarse en la camilla y a colocarse de forma correcta.
- Tranquiliza al paciente .
- Desinfecta la piel con un antiséptico creando un campo quirúrgico.
- Tendrá preparada una mesa quirúrgica con un aspirador, jeringa y cánula para lavado de los ojos, gasas, guantes estériles y apósitos oculares.
- Ayuda al cirujano con la aspiración del suero.
- Colocará gotas al paciente al final de la cirugía.

##### *Enfermera instrumentista.*

- Deberá preparar la mesa quirúrgica con todo lo necesario para la cirugía: batas, guantes estériles sin talco, secamanos, rotulador, jeringas de 2 y 5 ml., paños estéri-

les, hemostetas, cápsulas con agua destilada y suero de Ringer, cuchilla para el microqueratomo. Además tendrá el instrumental: blefarostato, espátula, cánula, anillos de succión y pieza de mano del microqueratomo con el cabezal.

- También se tendrán preparadas otras cajas accesorias, por si fuera necesario su uso.

- La instrumentista en todo momento mantendrá la esterilidad de la mesa quirúrgica.

- Además es importante seguir los pasos de la cirugía y adelantarse a los requerimientos del cirujano, conociendo los distintos pasos del procedimiento y entregar el instrumental de forma apropiada.

### **Fase postoperatoria**

- Una vez terminada la operación, se le colocan al paciente unas gafas de sol protectoras para evitar que le moleste la luz.

- Le explicaremos que no tiene que frotarse los ojos y que tiene que evitar parpadear con fuerza o apretar los párpados.

- Le acompañaremos a la sala de espera, donde permanecerá con luz tenue durante 15-30 minutos, hasta que el cirujano complete las comprobaciones postoperatorias.

- Por último se limpia el instrumental con agua destilada y jabón neutro. Se procede a secar con aire comprimido determinadas piezas huecas, como la cánula y la pieza de mano del microqueratomo que previamente se habrá lubricado.

- Se comprueba que los aparatos estén desconectados ( aspirador, esterilizador, vídeo, aire acondicionado e impresora).

- Se pondrá a cargar en batería la consola del microqueratomo.

- Se deben de limpiar por último las superficies, pedales y cables de los aparatos utilizados.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Pérez Galán, R.J. Cirugía refractiva mediante láser excimer. Revista de enfermería ROL. 2002; 25:59-64.

- V Congreso Nacional de Enfermería en oftalmología. Marbella. 2002



# **Enfermería: una visión de futuro en las organizaciones sanitarias**

**AUTORES:**

**Encarna Manresa González  
José Francisco García Aguilar**

*Dirección de Enfermería Atención Especializada Area 20  
Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana*



Los recursos humanos en las organizaciones son el nexo de unión más importante de éstas con el entorno social donde despliegan su actividad, y de las características de las mismas van a depender claramente muchas elecciones organizativas. En el sector sanitario, como empresa prestadora de servicios a la comunidad, es donde mayormente se encuentra esta influencia, pues a nadie se nos escapa que en nuestro sector la actividad humana es insustituible en la gran mayoría de los procesos que se realizan. Esta fuerza humana aporta a la organización valores, actitudes, costumbres y pautas de comportamiento que van conformando la propia personalidad de la misma, que tiene su reflejo en la forma de realizar un grupo determinado de tareas de forma distintiva. El patrón de creencias y expectativas arraigadas entre los miembros de la organización que supone las reglas y normas de conducta que condiciona a los miembros de ésta, bien de forma individual o colectiva, recibe el nombre de cultura organizacional.

Desde esta perspectiva podemos entender que la cultura organizativa es una fuente de desarrollo de la OS si sus miembros se sitúan como impulsores del cambio, o una limitación al desarrollo si no se ha tenido en cuenta la cultura de la organización al planificar las estrategias de la misma.

Conocedores de la importancia de los recursos humanos en las organizaciones sanitarias y también de la cultura organizacional de los mismos, debemos centrarnos en el colectivo de enfermería que supone, junto con los médicos, uno de los valores tangibles del sistema sanitario, sin olvidarnos que consecuentemente consumen la mayor parte de los recursos económicos dedicados al capítulo de personal, como no podría ser de otra forma.

La evolución de la enfermería, como integrante de las diferentes organizaciones sanitarias ha ido ligada al desarrollo histórico de las mismas.

Antes de la entrada de la enfermería en la universidad nuestro colectivo tenía una mala imagen social, derivada fundamentalmente de una escasa formación que se exigía a sus miembros y una fuerte asociación con el estereotipo femenino. Ello hacía que su influencia en las nuevas formas de organización sanitaria fuese escasa y que todas las decisiones estuviesen en manos de los médicos de la época, siendo las enfermeras meramente asistentes de los clínicos.

La asistencia a la comunidad no tenía cobertura pública en una gran mayoría de la población siendo la iniciativa privada la encargada de prestar esa asistencia tanto a nivel médico como de enfermería. En este caso los profesionales sí gozaban de cierto prestigio social porque estaban cerca de la comunidad. La atención se centraba más en la oferta de servicios por parte de los profesionales que en la demanda de los ciudadanos.

Tras la ley General de Sanidad se produce en nuestro sistema sanitario una reforma de gran envergadura, que los profesionales de la salud no estábamos preparados para asumir, pues teníamos una falta de formación y de estrategias concretas al desarrollo de la misma. Se produce la división de la atención sanitaria en atención espe-

cializada y atención primaria. La primera, se presta desde los hospitales y centros de especialidades, inmersos en una profundas reformas, pero que tenían mucho camino avanzado para no fracasar. La segunda, que era la novedad de la ley, nace desde cero, pues las estructuras existentes eran muy insuficientes para poder aplicar el modelo y que todavía se está desarrollando.

Aunque en esta época ha habido un mayor protagonismo del colectivo de enfermería en la organización, muchas veces más consecuencia del desarrollo legislativo, que del desarrollo profesional como colectivo, no hemos conseguido una imagen social mejor, pues como apunta la profesora Alberdi las enfermeras hemos trabajado con un modelo bio-médico que es equivocado y que seguimos aplicando, en menor medida por fortuna, siendo necesario el establecer un modelo común que se centre en los cuidados enfermeros. Esto nos ha conducido a una falta de valor y reconocimiento de nuestro trabajo y a una gran desmotivación entre las enfermeras.<sup>1</sup>

En cuanto a la AP, uno de los grandes errores, desde la perspectiva enfermera, que se produjeron al establecer el nuevo modelo fue el trasvase, incentivado económicamente, de enfermeras de las instituciones cerradas a los centros de salud, sin establecer a cambio unas obligaciones de formación en salud que les preparase para los nuevos retos profesionales que se les presentaban y que hubiera supuesto una gran oportunidad de desarrollo profesional del colectivo en su conjunto. La duda que siempre nos quedará es saber que hubiera sucedido, si tras estar 8 años en la universidad, las enfermeras nos hubiésemos incorporado a la AP desde las aulas, al finalizar nuestros estudios de pregrado con una formación más holística de los cuidados de enfermería.

No debemos olvidar que previamente a la ley General de Sanidad y posteriormente a ella, se produce en nuestro país un hecho que también marcará nuestro futuro como profesión, y es la descentralización de la sanidad, desde el año 1981, en las diferentes Comunidades Autónomas que configuran el Estado. La finalización en el año pasado de la transferencia de las competencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas por parte del Gobierno, conlleva una redistribución de las competencias de las diferentes administraciones autonómicas, que configuran un Sistema Nacional de Salud de gestión descentralizada, y aporta la oportunidad de establecer nuevos mecanismos de gestión, ya sea dotando de personalidad jurídica propia a las organizaciones sanitarias o la introducción de gestión de servicios médicos o quirúrgicos agregados en función de diferentes criterios, por poner algunos ejemplos, y consiguiendo un acercamiento al ciudadano del poder de decisión.

La finalidad no es otra que dotar de una mayor autonomía administrativa a los gestores de las organizaciones, aumentar la eficiencia de lo producido y alcanzar unos estándares óptimos de calidad de los productos que las organizaciones sanitarias deben proveer a la sociedad.

En este marco se está produciendo un cambio en las diferentes organizaciones sanitarias, y que no solo es local, sino que es una fuerza que mueve a los sistemas sanitarios de diferentes países a establecer los criterios de innovación para mejorar de una forma más clara su prestación sanitaria y sobre todo contener los costes de la misma.<sup>2,3,4,5</sup>

La rápida incorporación de las tecnologías de la información y de las telecomunicaciones, la nueva perspectiva de los pacientes en términos de mayor soberanía y menor tutela, la contención de los costes, los nuevos roles de los gestores y de los profesionales son algunos de los factores que han favorecido esa corriente innovadora. El centrar la actividad asistencial en los pacientes conlleva un interés por conseguir mejores niveles de calidad en los servicios prestados y precisa de conocer con detalle los servicios que ofrece, así como los incentivos que deben los agentes y los gastos de transacción que genera todo cambio. Los profesionales de la salud en general y las enfermeras, en particular, deberán ser conscientes de la oportunidad que se les ofrece, tanto en términos de poder frente a otros profesionales como de capacidad de influencia en las principales decisiones de las organizaciones donde trabajan.<sup>6</sup>

Otro aspecto a tener en cuenta, para el futuro son las nuevas formas de gestión de los diferentes sistemas sanitarios en sus dos modalidades de atención sanitaria, pues la distribución de los recursos limitados, busca una mayor eficiencia en las OS, por lo que se ensayan nuevos modelos que incluyan fórmulas de mercado en la prestación de los servicios sanitarios. Algunos ejemplos de esto puede ser la asignación per capita como mecanismo para asignar los recursos o la participación de los profesionales sanitarios de forma directa en la provisión de servicios que está siendo desarrollado en algunas Comunidades Autónomas y la entrada de entidades privadas como proveedores de la asistencia sanitaria como se ha desarrollado en la Comunidad Valenciana.<sup>7,8</sup>

Pero, ¿cuáles son nuestras oportunidades de mejora en el seno de la organización que nos preparen para afrontar esos cambios en las organizaciones sanitarias?

Muchos autores han trabajado en esta línea de estudio sobre nuestro futuro profesional, pero sobre todo en la importancia de los cambios para la organización. Vamos a intentar dar una pincelada, desde la perspectiva de unos profesionales de enfermería comprometidos con nuestra profesión desde que finalizamos nuestros estudios a principios de los años 80.

En nuestro colectivo existe un concepto ideal, fruto de nuestra formación académica, de cual debería ser nuestro desarrollo profesional, pero entiendo al igual que nuestras compañeras de la Universidad de Alicante, que seguimos dando mayor importancia a función asistencial, dejando en un segundo plano las otras funciones de enfermería.<sup>9</sup>

Cuando los alumnos acaban la formación universitaria y se les contrata para trabajar en nuestra organización se produce un hecho muy llamativo y es que se adaptan rápidamente al modelo de trabajo que se desarrolla en la misma, y en una gran mayoría no introducen cambios significativos en las formas de realizar la actividad, aun siendo conscientes de que se puede mejorar.

Lo primero que necesitamos las enfermeras para asumir el cambio es modificar nuestro propio concepto profesional, para ello debemos abandonar el concepto de asalariadas y cambiar la cultura de personal funcionario o estatutario por un rol nuevo fruto de nuestra formación universitaria. En esto debemos aprovecharnos de nuestra importancia en el sector sanitario como factor humano de producción y crear nuevos proyectos profesionales o participar en los que se creen en el interior de las

organizaciones que garanticen el éxito de la misma.

En este aspecto las enfermeras debemos ocupar en relación con la globalidad de los cuidados del paciente el rol de coordinador total del mismo, pues muchas organizaciones han apostado por fortalecer dicho rol, al entender que era mucho más rentable y los costes eran menores, sin influir negativamente en los resultados de la atención del paciente. Aunque en nuestro país todavía no existen experiencias de este rol medido en resultados sobre los pacientes.<sup>4,5</sup>

Entendemos que en este nuevo entorno organizativo se podrá conseguir un reconocimiento a la actividad realizada y nos sentiremos parte de un proyecto global de cuidado de la salud, lo que propiciará una mayor motivación de nuestro colectivo para su desarrollo.

En el año 1993 la profesora Alberdi apuntaba que las enfermeras deben ser aquellos profesionales que han elegido como objetivo de su trabajo la prestación de cuidados, que se sientan identificados y reconocidos en la realización de ese ejercicio y que, por tanto, hayan recuperado el orgullo de cuidar.<sup>1</sup>

Nos toca asumir ese reto, que sigue plenamente vigente, a pesar del transcurso de 10 años, porque muchas veces nos centramos más en las formas de hacer que en los fines y eso produce mucha insatisfacción. En nuestro quehacer diario nos encontramos cantidad de profesionales que "personalizan" la realización de los cuidados de enfermería, por conseguir mejores turnos de trabajo u otros benéficos personales, por lo que creemos conveniente abordar dicho problema desde la coherencia del desarrollo profesional e intentar conseguir un consenso, porque de no producirse nuestro futuro profesional esta en peligro.

Las oportunidades que se nos brinden en las organizaciones debemos aprovecharlas, pues es en ellas donde realizamos nuestro trabajo y es en su interior donde podemos encontrar mayor claridad a nuestras actuaciones y poder iniciar experiencias de desarrollo profesional.

Las claves están en liderar esos cambios internos de forma positiva, creando valores intangibles que favorezcan el desempeño de la misión de la organización que esté relacionada con la mejor atención asistencial a la comunidad. Estos valores intangibles surgen de forma individual, en la mayoría de las ocasiones, por lo que corresponde a los gestores su potenciación y consolidación, pues sin el apoyo institucional muchos de ellos suelen abandonar la organización o pasan de forma discreta por ella ante la pasividad de los directivos.

En la misma línea se comienza a hablar de una nueva herramienta de desarrollo profesional que beneficiará enormemente el éxito de la organización, aunque todavía está en una fase muy prematura, nos referimos a la gestión del conocimiento donde se le concede un valor importante al factor humano y sobre todo porque va a marcar el know-how de cada organización dentro del sistema. Para su expansión se precisa de unos líderes con unas características especiales y que nuestro colectivo ya tiene, pues los mandos intermedios de nuestra organización, supervisores y coordinadores, deben ser la piedra angular en la cual pivote esta herramienta.<sup>10</sup>

Aunque existen dos dificultades o limitaciones en el caso de los supervisores, por un lado su sistema retributivo que debe ser objeto de una reforma profunda y cons-

ciente, y por otro lado, su asimilación del rol de gestor dentro de la organización, que debe ser reforzado con iniciativa y firmeza sin dejarse influir por el futuro cuando dejen de ejercer esa actividad.<sup>11</sup>

Compartimos con Ruiz Moreno el criterio de que nuestro reconocimiento profesional no debe basarse solamente en la antigüedad, si queremos introducir esos cambios en la OS, pero tampoco en la relación contractual de los profesionales, sino que nos corresponde establecer nuevos sistemas de cobertura de puestos en las OS que recojan aspectos como la investigación, la docencia o la administración en enfermería, buscando para ello un equilibrio que se refleje directamente en los outcomes que obtengan nuestros pacientes.<sup>12,13</sup>

El centrar los cambios en los cuidados de los pacientes conlleva establecer un modelo asistencial por procesos, que exige una participación y un compromiso de todos los profesionales de la OS que prestan asistencia. La reingeniería de procesos sólo es útil si se pone en manos de los profesionales asistenciales y se facilita que sea el conjunto de la organización la que reconozca el carácter de éstas. Hay que tener siempre presente que la redefinición debe hacerse en función de la satisfacción y resolución efectiva de los problemas de salud de los pacientes.<sup>14,15</sup>

Las enfermeras debemos participar activamente en la reingeniería de los procesos, pues nuestra actividad debe quedar claramente delimitada en beneficio de los pacientes, incluso marcando diferencias que hagan tangible nuestra presencia en el mismo. Sólo de esta forma se podrá avanzar en el reconocimiento social de nuestra profesión, pues no podemos dejar en manos de otros profesionales la elaboración, coordinación y control de los procesos objeto de cambio. Desde la planificación, en la cual intervendremos de forma activa hasta la ejecución debe posibilitarse nuestra participación, incluso dirigiendo el propio desarrollo del proceso. Esto último sería consecuente con una madurez profesional de otros colectivos sanitarios, pero sobre todo con la gran responsabilidad que tendrían las enfermeras en liderar la reingeniería de determinados procesos.

Este hecho se ha constatado en algunas organizaciones poniendo como responsable de algunas vías clínicas al personal de enfermería, con un valor intangible reconocido internamente en la organización, así como el situar a este tipo de profesionales al frente de unidades asistenciales como coordinadoras por las peculiaridades de los servicios sanitarios que se prestan. Sirva el ejemplo de las unidades de cirugía mayor ambulatoria o los hospitales de día donde los servicios son prestados de forma multidisciplinar y la enfermera ha destacado como una eficaz coordinadora de todo el proceso asistencial en esas unidades.

En cuanto a la investigación su desarrollo y utilización contribuirán a amasar conocimiento y, por lo tanto, poder. La investigación resulta vital para la presentación y la promoción del trabajo de las enfermeras, así como para la eliminación de intervenciones innecesarias e inefectivas basadas en la tradición o en valores originarios. El objetivo principal debe ser aumentar la capacidad de todas las enfermeras para solucionar problemas de una manera efectiva y eficiente, de forma que ellas sean capaces de adaptarse al cambio continuo. Debemos ser dinámicas y proactivas en nuestra perspectiva del cambio. Las acciones de las enfermeras deberían conducir

al desarrollo de un pensamiento crítico y de la acción basada en la reflexión. Todas las enfermeras deben también aprender a perfeccionar su juicio clínico y a articularlo de manera clara.<sup>16</sup>

Creemos que las nuevas organizaciones sanitarias precisan enfermeras con un grado de conocimientos, habilidades y actitudes y que sean capaces de establecer una forma, un modo y un orden en la aplicación de los cuidados de enfermería, sin necesidad de crear especialistas, pues eso sería dar continuidad a un modelo bio-médico en nuestra profesión del cual creemos que debemos apartarnos.

Posiblemente debemos ir trabajando por una nueva reestructuración de nuestro colectivo profesional y reivindicar la figura de la enfermera que ejerza un fuerte liderazgo y tenga autoridad profesional, con accesibilidad a la información en materia de cuidados y todo ello desde la perspectiva global de la organización, siendo su base el estar en posesión de un alto nivel de formación.<sup>17</sup> A nuestro entender este lugar podría ser ocupado por las nuevas licenciadas en enfermería, y sobre todo para las nuevas doctoras que vayan apareciendo, pues entendemos que si las enfermeras de universidades españolas han hecho un esfuerzo sobrehumano para conseguir este reconocimiento académico, y vaya nuestra felicitación desde aquí para todas ellas. Al resto de profesionales nos queda el dotar de contenido real a esa nueva "categoría" de enfermería para conseguir que la lucha de estos últimos años no haya caído en saco roto.

Antes de finalizar nos gustaría poder hacerles partícipes de una idea que, desde la modestia de enfermeras hospitalarias, creemos que resulta cuando menos revolucionaria, pero no por la novedad pues a nuestro entender no lo es tanto, sino por lo que puede significar de cambio para nuestro colectivo y que tiene que ver con el primer nivel de asistencia o con la puerta de entrada del paciente a los servicios sanitarios. Se está empezando a redefinir los perfiles profesionales y la reordenación de tareas entre los profesionales de las organizaciones sanitarias, que ha conducido a cuestionarse si las enfermeras de AP pueden realizar tareas de los médicos, que éstos les deleguen. Este tema está siendo estudiado desde la perspectiva económica y profesional, siendo en este caso importante, el valorar el cambio de poder y el estatus de la profesión de enfermería que estos desarrollos, llevan aparejados.<sup>18</sup>

En nuestro país queda un vacío enorme en la relación del paciente con el sistema sanitario, si las enfermeras somos capaces de ocupar ese hueco será muy difícil no tener asegurado nuestro protagonismo en las organizaciones sanitarias, pues entendemos que la enfermería de atención primaria debe actuar como eslabón de conexión con el sistema y al mismo tiempo ser el eslabón con otros niveles asistenciales de los pacientes. El modo de ocupar ese lugar es estableciendo la figura de enfermera de familia, la cual deberá pasar de tener su centro de trabajo en el centro de salud a estar en contacto directo con la comunidad, y esa información que se obtiene hará que muchas veces nos adelantemos a resolver problemas potenciales de salud y evitar la enfermedad.

Es nuestro deseo que ese espacio sea ocupado por iniciativa de las enfermeras, y creemos que en ello debemos empezar a trabajar, porque otros profesionales ya se han dado cuenta que nuestro desarrollo y, en mejor medida, el aumento de la calidad de la asistencia sanitaria está en que las enfermeras atendamos a las familias, y por lo tanto para ello nos organicemos en torno a ellas.<sup>19</sup>

En definitiva la nueva enfermería debe sustentarse en la aplicación profesional de conocimiento altamente integrado y de sus habilidades correspondientes, en el poder de mirar hacia delante, en la capacidad de anticipar los cambios, en un liderazgo profundamente anclado en los valores de la disciplina, y un fuerte deseo de dar poder a la profesión para que ésta alcance el objetivo último de mejorar la salud de los ciudadanos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alberdi RM. Las enfermeras para el tercer milenio. *Rev ROL de Enf* 1993; (178): 42-50.
2. Bucham J, O'May F. The changing hospital workforce in Europe. En: MacKee M, Healy J. *Hospitals in a changing Europe*. WHO, 2002: 226-239
3. Aiken L, Sloane S. Hospital organization and culture. En: MacKee M, Healy J. *Hospitals in a changing Europe*. WHO, 2002: 265-278
4. Brannon R. Restructuring hospital nursing: reversing the trend toward a professional work force. *Int. J. Health Serv.* 26(4): 643-654, 1996.
5. Akien L, Sochalski J, Lake ET. Studying outcomes of organizational changes in health service. *Med Care*, 35(suppl. 11): NS6-18, 1997c.
6. Del Llano J. Innovaciones organizativas y clínicas en sanidad. En: Hidalgo A, Corugedo I, Del Llano J. *Economía de la salud*. Ed. Pirámide. Madrid, 2000: 292-311.
7. Ledesma A. Los profesionales sanitarios en la prestación de servicios de Atención Primaria: el modelo de Vic. XXII Jornadas de Economía de la Salud. La organización territorial de la Sanidad. Pamplona, 29, 30 y 31 de Mayo 2002. 281-291.
8. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de Gestión* 2002; 4:167-178.
9. Roma MT, Ruiz MT. Funciones de enfermería: evolución de un concepto. *Enf Clínica* 1992, 2(4): 135-141.
10. Olmedo M, Ortega MV. Alcance de la gestión del conocimiento en las Instituciones Sanitarias Públicas. *Gestión del conocimiento y gestión clínica*. *Todo Hospital* 2002, (185): 178-184
11. López MP, Navarro C, Renedo MP. Roles desempeñados por las enfermeras en el ejercicio de la supervisión. *Metas de Enfermería* 2000; (28): 43-48.
12. Ruiz J. Cultura organizacional y desarrollo profesional en enfermería.(III). *Rev ROL Enf* 1999; 22(3): 170-174
13. Monràs P et al. Desarrollo profesional en las organizaciones sanitarias participativas. *Rev ROL Enf* 1995; (200): 17-23
14. Bermudo L, et al. Reingeniería de empresa en el hospital. *Todo Hospital* 2002, (183): 24-32.
15. Monràs P, Noguera A. Reingeniería de procesos. *Rev ROL Enf* 1997; (221): 18-26.
16. Goulet C, Lauzon S, Ricard N. Enfermería de practica avanzada: un tesoro oculto. *Enfermería Clínica* 2003; 13(1):48-52
17. Torrens RM. Un nuevo rol profesional para tiempos de cambio. *Metas de Enfermería* 1999; (13): 43-46.
18. Richard AR. ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. *Rev. Administración Sanitaria* 2002; VI (21): 39-67.
19. Prats M, Pueyo MJ. Las familias como eje central de la organización. *Rev ROL Enf* 2003; 25 (2): 154-158



# **Mesa B**



# **Protocolo de Diabetes Tipo 1: discapacitados psíquicos**

**AUTOR:**

**Noelia García Aracil**

*Residencia Centro ocupacional Les Talaies (Villajoyosa)*



## **INTRODUCCIÓN DEL TRABAJO**

Es un protocolo de actuación para un atendido discapacitado psíquico en un centro destinado para ello y con la única asistencia a nivel de Enfermería de una sola persona, por lo que el resto del trabajo es delegado al cuidador y educadores/monitores dependiendo del turno. Es por ello que se precisa este tipo de protocolos adaptados a las necesidades del atendido contando con los recursos humanos del centro.

Comentar que aquellos aspectos como puede ser la realización de la prueba de glucemia no están detallados en el protocolo sino que están como recordatorio ya que el personal está adiestrado anteriormente.

## **INTRODUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL ATENDIDO**

El atendido padece una DIABETES TIPO 1, de larga evolución y con un mal control de su enfermedad antes de su ingreso en el centro.

La Diabetes tipo 1 se caracteriza por la carencia de insulina para poder "utilizar" los hidratos de carbono (glucosa) que se consumen. Es por ello que este atendido requiera de la administración de insulina en cada comida y de un control de los niveles de glucemia antes de administrar la cantidad pautada.

Esta en control por su Endocrino, el cual está al corriente del protocolo, y de todo su historial médico.

## **CONTROL DE LA DIETA Y HORARIO DE COMIDAS**

- Se debe intentar respetar el horario de comidas, ya que es un factor importante para intentar regular el nivel de glucemia.

- Debe realizar 5 comidas al día, distribuidas en:

1. Desayuno (sobre las 8:30 h.)

2. Almuerzo (sobre las 11:00 h tomará una pieza de fruta o un yogur desnatado).

3. Comida (sobre las 13:00 h.).

4. Merienda (sobre las 17:30 h.)

5. Cena (sobre las 20:30 h.)

(A excepción de los fines de semana que varía el horario)

- Dieta: no tomará azúcar, ni productos azucarados (a excepción de los caso de hipoglucemia), café con azúcar o cola (debiendo tomar sacarina o cola light). Es preferible que se evite en consumo de excitantes como el té, la cola con cafeína, el café,...

- El pan siempre será integral. Tomará al igual que el resto de los atendidos 2 trozos en cada comida, a excepción de que hubiese pasta para comer, pudiendo tomar sólo 1.

## **REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE GLUCEMIA**

- El control de glucemia se realizará aproximadamente 30 minutos antes de las 3 comidas importantes (desayuno, comida y cena) e inmediatamente se administrará el

atendido la dosis de insulina correspondiente a los valores obtenidos en la prueba (ver casos excepcionales de hipoglucemia e hiperglucemia).

- El último control de glucemia se realizará a las 24:00 h.

- **TÉCNICA:** El atendido se lavará las manos con agua y jabón. Se preparará el aparato de glucemia conectándolo y poniendo la tira reactiva en el lugar correspondiente. Posteriormente se pinchará en un lateral del dedo con una lanceta. Se colocará una gotita de sangre en la tira reactiva. Una vez se sepa el resultado se mirará el protocolo y las dosis según la glucemia y el día (laboral o festivo).

## **EN CASO DE SALIDA FUERA DEL CENTRO**

- Llevar SIEMPRE dos o tres sobrecitos de azúcar, en el caso de que pueda tener alguna hipoglucemia. También la nevera con 1 frigolín y el GLUCAGÓN. ¡Él no debe saber el porqué os lleváis la nevera!

- En caso de entrenamiento de fútbol o realización de una actividad deportiva intensa superior a 1 hora debéis de darle un zumo pequeño inmediatamente antes de realizar la actividad y otro después de realizarla, a EXCEPCIÓN de que los valores fuesen superiores a 300, por lo que el zumo se lo administraréis después de realizar la actividad. NO tener miedo a aumentarle los niveles de glucemia, el objetivo es evitar las hipoglucemias e intentar mantener los niveles dentro de su normalidad.

## **CUIDADOS ESPECIALES: LOS PIES**

- Debido su la diabetes, el atendido tiene mala circulación sanguínea, sobretodo en los pies, por ello se debe tener especial cuidado, ya que cualquier afección puede derivarse en complicaciones graves.

- Diariamente se debe observar la presencia de uñeros, heridas, grietas,... en los pies. En caso de apreciar algo de lo señalado informar al servicio de Enfermería.

- Tras la ducha se debe secar los pies concienzudamente, aplicarse crema hidratante (masajeando los pies y evitando aplicarla en los dedos). Observar si lo realiza correctamente.

### **Zonas de punción de insulina:**

• **DESAYUNO Y COMIDA:** se inyectará en la zona abdominal en un radio de 5 cm alrededor del ombligo en los laterales.

• **CENA:** se inyectará en las piernas, en la zona anterior del muslo (el atendido sabe dónde es exactamente)

### **Cambio de lancetas y agujas de inyección:**

- **LANCETAS:**

• Se utilizará una lanceta diaria.

• La lanceta se cambiará por una nueva cada mañana.

• Para realizar el pinchazo en el dedo con la lanceta se podrá utilizar el boli destinado a ello, quedando de este modo la lanceta protegida para posteriores pinchazos a lo largo del día.

• Las lancetas se tirarán al contenedor destinado para ello.

- AGUJAS DE INYECCIÓN:

- Se utilizará una aguja diaria para cada boli de insulina.
- Las agujas de cada boli (insulina 20:80 y rápida) se cambiarán todos los días en la primera administración de la mañana, independientemente de que se utilicen o no ambos bolis.
- Las agujas se tirarán al contenedor destinado para ello.

EL APARATO DE GLUCEMIA, LAS LANCETAS Y LAS AGUJAS DEBERÁN ESTAR SIEMPRE EN EL ARMARIO DE LA MEDICACIÓN PARA QUE TODOS LOS TURNOS SEPAN DÓNDE ENCONTRARLAS.

**Controles de glucemia antes de cada comida y dosis de insulina:**

- CONSIDERACIONES ESPECIALES:

- El atendido no se seleccionará la cantidad de insulina a administrar según las pautas, con el fin de evitar cualquier error.
- Si la glucemia es alta, es importante no sólo administrar la insulina necesaria sino que tome el alimento suficiente para no producir una hipoglucemia como consecuencia. Por ello nos centraremos en orientar la insulina necesaria según los valores de glucosa en sangre. Lo importante será evitar que tome abundantes dulces en los desayunos y meriendas (AUNQUE SEAN ESPECIALES PARA DIABÉTICOS) y disminuir el consumo de pastas en las comidas, rigiéndose al medidor que se proporcionará en cocina (donde se indicará la cantidad).
- En el caso de que los valores fuesen por ejemplo de 56 mg/dl de glucemia, podéis decidir que no se pinche la insulina si la cena o comida fuese floja (es decir sin muchos hidratos de carbono) o en el caso de que su actividad posterior a la comida fuese a ser más o menos intensa.
- Con ello se pretende sustituir lo que en condiciones normales haría una persona diabética, intentar adaptar las dosis de insulina a demanda del organismo y en función de la actividad física y del riesgo de sufrir una hipoglucemia, siendo la más importante la nocturna.
- Las dosis de insulina variarán dependiendo de si es jornada laboral o fin de semana (periodos vacacionales).
- Debe constar en el registro de glucemias y dosis de insulina si ha realizado ejercicio físico o una actividad intensa, indicando si es posible la duración del mismo, con el fin de tener más información de los cambios de glucemia.

**FINES DE SEMANA O PERIODOS VACACIONALES**

**CONTROL ANTES DE LAS COMIDAS**

1. 1/2 hora antes de las comidas, se realizará el control de glucemia y se apuntará en el registro correspondiente (al igual que se apuntarán las dosis de insulina administradas).
2. Ver valores según la comida del día:

DESAYUNO: se administrarán 20 u.i. 20:80 más la insulina rápida pautada:

- Valores de 300 o superiores mg/dl: 6 u.i. (rápida) (ver caso de HIPERGLUCEMIA)
- Valores entre 200-300 mg/dl: 4 u.i (rápida)
- Valores entre 200 e inferiores a 70 mg/dl: NO se inyectará insulina rápida.

COMIDA.: Se administrará 10 u.i. de insulina 20:80 mas la dosis de insulina rápida.

- Valores de 300 o superiores mg/dl: 6 u.i. (rápida) (ver caso de HIPERGLUCEMIA)
- Valores entre 200-300 mg/dl: 4 u.i (rápida)
- Valores entre 200 e inferiores a 70 mg/dl: NO se inyectará insulina rápida.

CENA: tomará 2 trozos de pan integral (independientemente de la glucemia que tenga). SE inyectará 8 u.i. de insulina 20:80 más la dosis prescrita de rápida según valores:

- Valores de 300 o superiores mg/dl: 4 u.i. (rápida) (ver caso de HIPERGLUCEMIA)
- Valores entre 200-300 mg/dl: 2 u.i (rápida)
- Valores entre 200 e inferiores a 70 mg/dl: NO se inyectará insulina rápida.

**SI VALORES entre 40-30 o inferiores  
NO PINCHARLE INSULINA**

## **JORNADAS LABORALES**

### **CONTROL ANTES DE LAS COMIDAS**

1. 1/2 hora antes de las comidas, se realizará el control de glucemia y se apuntará en el registro correspondiente (al igual que se apuntarán las dosis de insulina administradas).

2. Ver valores según la comida del día:

DESAYUNO: se administrarán 16 u.i. 20:80 más la insulina rápida pautada:

- Valores de 300 o superiores mg/dl: 4 u.i. (rápida) (ver caso de HIPERGLUCEMIA)
- Valores entre 200-300 mg/dl: 2 u.i (rápida)
- Valores entre 200 e inferiores a 70 mg/dl: NO se inyectará insulina rápida.

COMIDA.: Se administrará 6 u.i. de insulina 20:80 mas la dosis de insulina rápida.

- Valores de 300 o superiores mg/dl: 4 u.i. (rápida) (ver caso de HIPERGLUCEMIA)
- Valores entre 200-300 mg/dl: 2 u.i (rápida)
- Valores entre 200 e inferiores a 70 mg/dl: NO se inyectará insulina rápida.

CENA: tomará 2 trozos de pan integral (independientemente de la glucemia que tenga). SE inyectará 6 u.i. de insulina 20:80 más la dosis prescrita de rápida según valores:

- Valores de 300 o superiores mg/dl: 4 u.i. (rápida) (ver caso de HIPERGLUCEMIA)
- Valores entre 200-300 mg/dl: 2 u.i (rápida)
- Valores entre 200 e inferiores a 70 mg/dl: NO se inyectará insulina rápida.

### **SI VALORES entre 40-30 o inferiores NO PINCHARLE INSULINA**

## **ACTUACIÓN EL CASO DE HIPOGLUCEMIA**

- Se considera HIPOGLUCEMIA en el caso de valores de glucemia inferiores a 70 mg/dl.
- Dependiendo de los valores inferiores a esta cifra obtenida en los controles rutinarios nos basaremos en lo indicado en el control de antes de cada comida; por ejemplo si valores inferiores a 70 mg/dl antes del desayuno, se dará un vaso de zumo y se inyectará la insulina correspondiente.
- En el caso de que la HIPOGLUCEMIA con valores inferiores a 30-40 mg/dl y con síntomas evidentes (lentitud al hablar, refiere mareo, malestar, falta de fuerzas,...):
  - Podremos GLUCAGÓN GEN, 1 ampolla vía subcutánea o intramuscular (el glucagón está en una caja naranja en la nevera). Se volverá realizar la prueba de glucosa a los 30 minutos para certificar que le has subido los niveles.
  - Si hipoglucemia con pérdida de conciencia:
  - Se administrará también el GLUCAGÓN GEN, 1 ampolla vía subcutánea o intramuscular y traslado urgente al Hospital.
  - Para evitar hipoglucemias nocturnas (ya que son las más peligrosas), le mediremos la glucemia justo antes de acostarse, (24:00 h). Si los niveles son INFERIORES A 130 MG/DL, darle un vaso de leche con un sobre de azúcar. Si los niveles son entre 130 y 200, se le dará un vaso de leche SIN AZÚCAR. Si los niveles son superiores a 200, no se administrará nada.
  - Si niveles superiores a 500 mg/dl se inyectará 4 u.i. más de insulina rápida, mas la dosis prescrita de insulina 20:80 y de rápida. EXCEPTO SI EN LA CENA YA SE PUSIERON u.i. DE RÁPIDA, POR LO QUE NO SE INYECTARÍAN A LAS 24:00H para evitar una hipoglucemia nocturna.



# **Bases para la retirada de la Ventilación Mecánica**

**AUTOR:**

**José Ramón Cuevas Valcárcel**  
*Diplomado en Enfermería,  
Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de San Juan de Alicante*



## **DEFINICIÓN Y OBJETIVOS**

Se trata de la desconexión progresiva hasta la supresión, de los medios mecánicos de respiración en un paciente sometido a una terapia de ventilación mecánica, para ello presento unas bases que ayudaran a realizar un protocolo de todo el proceso, con el objetivo de obtener una mayor eficacia y éxito en dicho procedimiento.

## **PROCESO DE RETIRADA DEL VENTILADOR**

El proceso de retirada es una supresión gradual del apoyo ventilatorio mecánico. Es importante destacar que los procesos de retirada están vinculados al estado general del paciente, así como su futuro pronóstico en la evolución de su proceso fisiopatológico. En general, todo paciente debe mostrar un estado cardiovascular estable, con una gasometría y placa de tórax favorables, sin fiebre ni alteraciones metabólicas importantes. Un aspecto fundamental, recogido en varias fuentes bibliográficas, es el de la oxigenación adecuada y los niveles de hemoglobina adecuados, ya que si no hay un nivel óptimo de hemoglobina en sangre, la capacidad de transporte de oxígeno y su eficacia se verán comprometidas y seriamente mermadas. La situación de alcalosis o acidosis metabólica ( aspirado gástrico, sepsis, insuficiencia renal, diuresis excesiva, etc.) producen una situación de hipoventilación alveolar, con secreciones y edema, dificultando el esfuerzo respiratorio. En general, éxito de un buen "destete" se puede ver entorpecido cuando disminuye el suministro de oxígeno a los tejidos, cuando aumenta su consumo o cuando aumenta la producción de dióxido de carbono.

Siempre se debe valorar la disposición psicológica del paciente, para determinar la estrategia y seleccionar método.

## **CRITERIOS DE RETIRADA DE VENTILACIÓN MECÁNICA**

Aunque se cumplan ambos criterios debemos siempre tener en cuenta que no son una garantía total de pleno éxito.

Existen diversos métodos de retirada de la ventilación asistida, pero ninguno ha demostrado ser claramente superior a los demás.

### **A - Criterios subjetivos:**

- El paciente ha metabolizado y se ha recuperado de los efectos de la anestesia o sedación.
- El paciente está alerta. Valoraremos su disposición y estado psicológico.
- El paciente no presenta déficit neurológico.
- Los reflejos protectores de las vías respiratorias están intactos (tos, arcadas).

### **B- Criterios objetivos:**

- La capacidad vital espontánea es  $> 10$  ml/kg.
- El volumen respiratorio es  $> 6$  ml/kg.

- La PaCO<sub>2</sub> es > a 60 mmHg con una FIO<sub>2</sub> < 0,4.
- Volumen inspiratorio forzado > a -20 cmH<sub>2</sub>O.
- La ventilación en reposo y por minuto es < a 10 L/min.
- La frecuencia respiratoria es menor a 35 respiraciones minuto.
- El volumen espiratorio forzado en un segundo superior a 10 ml/kg.
- PH al nivel basal previo del paciente.

## TÉCNICAS DE RETIRADA DEL VENTILADOR

Las técnicas varían, según sea el principal problema subyacente en una insuficiencia en la ventilación o en la oxigenación.

### A- Insuficiencia en la Oxigenación

La actividad se centra en disminuir la PEEP y la FIO<sub>2</sub>. La PEEP se reduce a razón de 3 a 5 cmH<sub>2</sub>O y para mantener siempre un pH de 7,35 a 7,45. Si la PEEP queda a 5 cmH<sub>2</sub>O y una FIO<sub>2</sub> de 0,4 ya puede completarse la retirada del ventilador.

### B- Insuficiencia en la ventilación

Aquí usaremos la técnica VMI (ventilación mecánica intermitente) y/o la desconexión en "T".

La técnica de VMI es usada en pacientes ancianos, debilitados, EPOC, o enfermedad neuro muscular. Se trata de reducir el número de respiraciones del ventilador, hasta que el paciente sea autosuficiente. Evita alcalosis, en general, es menos traumático y provoca menos deterioro hemodinámico que la retirada en "T". Las desventajas es el aumento del trabajo respiratorio con episodios de fatiga parcial, y un mayor riesgo a infecciones al ser un procedimiento mas largo.

El método de desconexión en "T" es el más utilizado, se basa en el ensayo error; obliga al paciente a asumir todo el trabajo respiratorio. Se trata de dejar al paciente que respire de forma autónoma, pero ayudado con oxigenación endotraqueal.

Es un método ideal para aquellos pacientes que han estado con ventilación menos de dos días, suelen ser los sometidos a cirugía mayor.

El papel de enfermería es fundamental, y dependerá en gran medida el éxito de todo el proceder; se trata de una actividad prioritaria respecto a otras: siempre debemos de estar a pie de cama y vigilando monitor, evaluando en todo momento las posibles variaciones que se están dando (nivel de conciencia, frecuencia y trabajo respiratorio, TA, frecuencia cardíaca, saturaciones de oxígeno, apneas, secreciones evaluando tipo y cantidad). Deberá de tener unos resultados aceptables en los gases arteriales al cabo de los 20 a 30 min. Repitiendo a la hora, y a las cuatro horas de la extubación. El paciente estará bien despierto, con la cama en posición de 45° a 60°, se tranquilizará al paciente, si es necesario aspirar secreciones, se le informara al paciente lo que se esta realizando. A veces es necesario sujetar las extremidades superiores, sobre todo cuando esté en "T". El tiempo que debe permanecer con tubo es muy variable y depende de la evolución. En la bibliografía varía desde 4 a 5 horas o cifras mas elevadas para pacientes con EPOC o enfermedad neuronal. Combinando periodos en "T" con conexión al ventilador.

Como resumen, antes de iniciar el proceso explicaremos al paciente como se va a producir la extubación, describiendo las sensaciones que experimentará, y que volverá al modo de ventilación mecánica si hay dificultades. Recordemos que es fundamental que el paciente no se agote en esta fase, ya que ello puede dar lugar a contratiempos en el proceso.

## **FRACASO EN LA RETIRADA**

Se reanudará la ventilación de forma urgente si apreciamos los siguientes aspectos.

- Descenso brusco de TA, superior a 30 mmHg.
- Elevación de frecuencia cardíaca en mas de 20 latidos min. , o superior a 120 latidos min.
- Elevación de la frecuencia respiratoria en mas de 10 respiraciones min. o en mas de 35 respiraciones min.
- Presencia de arritmias o extra sístoles prolongadas.
- Descenso brusco de saturaciones de oxigeno, menor a 90 %.
- Aumento de PaCO<sub>2</sub> , según gaseometría.
- Signos de aumento de trabajo respiratorio, tales como aleteo nasal, diaforesis, empleo de músculos accesorios, aturdimiento, bajo nivel de conciencia, en suma, presencia de respiración abdominal.

En general las causas del fracaso responden a un impulso ventilatorio débil por hipotonía o debilidad muscular, por falta de distensibilidad, por excesiva cantidad de secreciones, tos débil o presencia de taponamiento. Algunas de estas situaciones pueden ser originarias de una mala atención por parte de enfermería, en especial a lo referente al tratamiento de aspiración de secreciones (ver anexo adjunto), que a modo de resumen será aséptico, frecuente, con lavados de SF y ambú, procurando una máxima fluidez de secreciones. Otro punto que nunca olvidaremos es una correcta fisioterapia respiratoria.

## **EXTUBACIÓN**

Si hemos conseguido el éxito en la desconexión en "T" el siguiente paso será el de la retirada del tubo. Antes de proceder a esta técnica, debemos de tener en cuenta unos aspectos vitales:

- Tendremos material dispuesto para una posible reintubación.
- Explicaremos el proceder al paciente, dando calma.
- Colocaremos al paciente con la cabeza elevada
- Control máximo de signos vitales, en especial coloración de piel.
- Presencia de facultativo
- Primero aspirar secreciones en vías superiores y cavidad orofaríngea.
- Desinflar balón del tubo y retirar el tubo en la máxima inspiración, procediendo en la espiración y solicitando al paciente que tosa.
- Colocar ventimask al 50% o reservorio.
- Vigilar ruidos extraños tales como estridor, de tono agudo, y/o disnea.
- Control de gases arteriales 20 min. tras extubación.

## COMPLICACIONES

### A-Graves

- Edema agudo de laringe o laringoespasma, situación crítica que requiere una actuación inmediata sin demoras.
- Lesión traqueal, en especial fístulas traqueales con esófago. Suele aparecer en periodos largos de intubación.
- Barotrauma pulmonar, debido a mala sincronización entre ventilador y paciente, por exceso de presión.
- Fatiga, retirada prematura de ventilación, incapacidad de hacer un trabajo muscular efectivo.
- Hipoxemia que puede ser por fatiga, trabajo excesivo de músculos respiratorios o por no tener todavía un buen nivel de conciencia. Estas complicaciones pueden llevar a un desenlace fatal si no son tenidas en cuenta, otras también serían la hipercapnia y la depresión cardiovascular.
- Tapones de moco, suelen formarse por sangre o secreciones espesas.

### B- Leves o esperadas

- Disnea, es normal una leve disnea transitoria a la retirada del tubo, vigilaremos siempre que no sea de gravedad.
- Tos. Un signo, sin duda, de evolución favorable que debemos de estimular.
- Náuseas, debemos de tomar precauciones de que no se produzca aspirado.
- Ansiedad y desorientación, debemos dar seguridad y tranquilizar al paciente.

## ANEXO: ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

Un paciente sometido a VM, ya sea mediante tubo endotraqueal o traqueostomía, ha perdido una función vital de la vía aérea superior como es la humidificación y calentamiento del aire que respiramos.

Por lo tanto, el personal encargado de los cuidados de estos pacientes será el responsable de reemplazar esta humedad, ya sea mediante los humidificadores, en el caso de depender de la VM, ya sea mediante aerosolterapia, en el caso de encontrarse en fase de destete (fase de desconexión del ventilador), e incluso podrá ser necesario, en caso de secreciones muy espesas, la instilación de suero fisiológico previo a la aspiración de las mismas.

Generalmente los cilios del árbol traqueo bronquial actúan como un tapiz rodante, desplazando hacia arriba la humedad de las células calciformes y de las glándulas mucosas, (normalmente entre 250 a 500 ml/día) arrastrando con ello las materias extrañas, bacterias, etc. Debido a la presencia del tubo, esta acción ciliar también se encuentra deprimida.

Se saben las complicaciones que se pueden desarrollar relacionadas con la presencia de secreciones en el árbol bronquial. De entre ellas se hace necesario señalar: obstrucción del tubo endotraqueal, de la cánula de traqueotomía e incluso del traqueostomo, atelectasias, hipoventilación e infecciones graves. Situaciones que pueden llegar a poner en peligro la vida del paciente, siendo por tanto necesario la aspiración de las secreciones mediante una técnica siempre estéril, y la misma debe estar protocolizada en aquellas unidades que presten cuidados a este tipo de paciente.

En cualquier caso, debemos de disponer de todo el material preciso antes de comenzar la maniobra de la aspiración :

3 Guantes estériles desechables

3 Sondas de aspiración de varios calibres. Usar un número no superior al doble del número del tubo endotraqueal.

3 Aspirador con capacidad para alcanzar niveles de aspiración entre 100 y 140 mm/Hg.

Dependiendo de las características de las secreciones, puede ser necesario la administración de suero fisiológico previamente a la aspiración, así como un AMBU conectado a un flujo de oxígeno para realizar al menos de cuatro a seis ventilaciones después de la administración y previas a la aspiración de las secreciones.

Cuando introduzcamos la sonda en la tráquea, lo haremos suavemente, sin aspirar, y nos pararemos cuando se note resistencia, lo cual suele indicar que la punta de la sonda ha llegado a la bifurcación traqueal, llamada carina. Para evitar lesiones en la mucosa de la misma, antes de comenzar a aspirar deberá extraer la sonda 1 o 2 cm. Durante la aspiración la sonda se debe extraer con un movimiento suave, continuo y aplicando la aspiración de forma continua. Desde su inserción hasta su retirada, no deberá permanecer en la tráquea más de 15 a 20 segundos.

La frecuencia de las aspiraciones, estarán en función de la patología que presente el paciente, así no obtendrá el mismo tratamiento el paciente con neumonía, que aquel que presente un Edema Agudo de Pulmón, o aquel otro que presente un status asmático; de esta forma, los cuidados en relación a la aspiración de secreciones vendrán definidos por el tipo de paciente.

La hidratación del paciente es una medida profiláctica para prevenir la acumulación de secreciones persistentes y espesas. La mayoría de los pacientes deberán tomar de 2 a 3 litros de líquidos diarios, ya sea, por S.N.G. o por vía endovenosa, ya que en algunos pacientes puede estar contraindicado, como puede ser en la insuficiencia cardiaca, el Edema de Pulmón, insuficiencia renal, o en pacientes con ictus o traumatismo craneal, en cuyo caso pueden presentar un aumento de presión intracraneal.

## **SIGNOS QUE NOS INDICARÁN LA PRESENCIA DE SECRECIONES**

La aspiración de secreciones no está exentas de ciertos riesgos, es por ello que no debe aspirarse al paciente cuando ésta sea innecesaria, por ello previamente tendremos que hacer una valoración detectando los siguientes signos:

- Secreciones visibles en el tubo orotraqueal
- Sonidos respiratorios tubulares, gorgoteantes o ásperos
- Disnea súbita
- Crepitantes en la auscultación
- Aumento de las presiones transtorácicas y caída del Volumen minuto
- Caída de la saturación de oxígeno y aumento de las presiones de gas carbónico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- James M. Rippe y Marie E Csete. "Manual de cuidados intensivos", Salvat, 1986.
- S.M. Willians. "Decisiones en enfermería de cuidados críticos", Doyma, 1992.
- AACN. "Cuidados intensivos de enfermería en el adulto", McGraw-Hill, 2000.

- Varios. "Urgencias cardiopulmonares", Mosby/Doyma, 1994
- D. B. Clarke. "Los cuidados intensivos en enfermería", Alhambra, 1984.
- T. Darragon. "Cuadernos de enfermería, Nº 18, reanimación", Masson, 1980.
- Varios. "Temas básicos de cuidados intensivos" Facultad de Medicina de Valencia, 1981.
- Susan F. Wilson. "Trastornos respiratorios", Doyma, 1994.
- Berry y Kohn. "Técnicas de Quirofano", Interamericana McGraw-Hill, 1986
- Pamela Stinson Kidd. "Enfermería clínica avanzada", Síntesis 1997.
- Varios. "Guía práctica de enfermería en el paciente crítico", Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, 2000.
- Owen. "Monotorización en cuidados intensivos", Interamericana - McGraw-Hill, 1993.
- Sandra Smith. "Enfermería de cuidados críticos y urgencias", Doyma, 1991.
- Varios. "I curso de actualización en el tratamiento de enfermería de UCI", Fundación Mapfre, 1996.

# **Consulta de Enfermería a demanda en Atención Primaria. Una propuesta de cambio**

**AUTOR:**

**José Ramón Martínez Riera**

*Dirección de Enfermería de Atención Primaria, Área 17*



Desde el punto de vista de las expectativas y necesidades de los ciudadanos, la enfermería ha de ofrecer respuesta como cualquier otra profesión a las necesidades de los pacientes y entre ellas a las clásicas necesidades de ser atendidos con buenos cuidados.

En cualquier caso debemos tener presente que los recursos económicos disponibles crecen menos de lo que lo hacen las necesidades, no sabiendo cuál es el coste de proteger y cuidar la salud de forma adecuada.

Muchos aspectos organizativos y funcionales de los que se ha dotado la AP están pensados desde la perspectiva, intereses y necesidades de los profesionales sanitarios. El ciudadano que los utiliza no es el referente básico de la organización de una empresa de servicios y se encuentra sujeto a criterios funcionales de los centros que frecuentemente no tienen nada en cuenta sus necesidades, demandas y expectativas.

Así pues deberemos tener presente todas estas circunstancias a la hora de plantear nuevos modelos de atención o la mejora de los ya existentes, como es el caso de las Consultas de Enfermería.

La Consulta de Enfermería, desde su implantación ha sido definida de diferentes maneras:

- Como la actividad de encuentro y comunicación entre el usuario y el personal de enfermería para el conocimiento y la solución de los problemas de salud realizados en los locales del centro de salud<sup>1</sup>.

- La actividad para la mejora de control y seguimiento de enfermos crónicos.

- Se plantean para dar respuesta a las necesidades de cuidados de éstos en los aspectos específicos de Enfermería en las áreas de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

- Una interacción profesional entre el usuario y la enfermera. La labor de la enfermera se centra en la ayuda al individuo, al grupo familiar y a la comunidad; a realizar autocuidados de salud, del nacimiento a la muerte y mediante un proceso de interacción específico y terapéutico<sup>2</sup>.

- Un proceso que engloba una serie de actividades para ayudar al cliente a percibir, comprender y actuar ante los eventos que ocurren en el medio ambiente del cliente (Egan 1975)<sup>3</sup>.

- Una vía de interacción en el proceso de buscar, facilitar y recibir ayuda (Lippit/Lippit 1978)<sup>3</sup>.

La primera referencia a la Consulta de Enfermería data de 1973 en el Johns Hopkins Hospital de Baltimore. Su introducción en España va en paralelo a la Reforma de la Atención Primaria y más concretamente con la Orden Ministerial del 14 de Junio de 1984 en que se establece un marco legal que modifica el estatuto del personal auxiliar sanitario, creando la modalidad de Enfermera de Atención Primaria en el artículo 58 bis<sup>5</sup>.

Su instauración y desarrollo no estuvo exenta de polémica. Entre los médicos porque contemplaron las mismas como un elemento de intrusismo profesional y una

clara ingerencia en sus competencias. Por otra parte las enfermeras acogieron su implantación como una forma de reivindicación de su autonomía profesional al entender que pasaban de ser "enfermeras de los médicos a enfermeras de la comunidad"<sup>6</sup>, pero con una evidente falta de formación para llevarlas a cabo y con una errónea concepción de las mismas al pretender hacerlas miméticas a las de los médicos, convirtiéndose en muchos casos en una consulta para eliminar la burocracia de la consulta del médico<sup>7</sup> y atendiendo a patologías crónicas en base a protocolos derivados de las consultas médicas y con muy poco o nulo contenido de cuidados específicos de enfermería.<sup>8,9,10,11,12,13,14,15</sup>

Por otra parte el planteamiento de trabajo en Equipo no consigue hacerse efectivo poniéndose de manifiesto una falta considerable de entendimiento entre médicos y enfermeras respecto a la naturaleza de sus papeles respectivos en atención primaria. En este panorama podemos destacar como efectos limitadores de las enfermeras:

a) Baja calidad (intentando lograr cambios de comportamiento en los pacientes mediante procedimientos desfasados de culpabilización).

b) Baja productividad (baja presión asistencial en relación con la de los médicos)

c) Creciente autolimitación de la variedad de los servicios prestados, que van siendo dejados bajo la responsabilidad de otros estamentos profesionales.

d) Limitaciones burocráticas para incluir pacientes en la consulta de enfermería o en atención domiciliaria.

e) Descoordinación con los médicos y duplicación de servicios y/o actividades

f) Baja efectividad (limitada consecución de cambios saludables)

g) Ineficiencia en términos de coste-efectividad, derivada de los puntos anteriores, que son percibidos tanto por médicos como por enfermeras.<sup>16-17-18</sup>

Así pues la consulta de Enfermería se convierte en muchos casos en reducto o nicho ecológico de los profesionales, en la que se toman constantes una y otra vez a los crónicos, que son siempre los mismos, y que es una buena forma de legitimar su condición de enfermo sin remedio cautivo del sistema y por lo tanto obligado a demandar atención sanitaria. Y si bien es cierto que el médico tiene un sesgo grave hacia lo orgánico ("la cura"), no lo es menos que el "cuidado de enfermería" se queda muchas veces con este planteamiento de consultas por patologías en cuidado de los órganos.<sup>19</sup>

Ante esta perspectiva se introducen modificaciones tendentes a dotar de contenido a las consultas de enfermería sobre todo en aspectos de prevención de la enfermedad a través de la educación para la salud<sup>20,21,22,23,24,25,26,27</sup> y posteriormente la aplicación de metodología enfermera a través del Proceso de Atención de Enfermería y la utilización de Diagnósticos enfermeros<sup>28-29-30-31</sup>, pero con una gran variabilidad y sujetas a los diferentes tipos de organización de cada centro de salud, lo que conduce al desánimo de los profesionales y a la escasa valoración de las mismas<sup>32</sup>, al tiempo que no se consigue salvar uno de los problemas más importantes de este tipo de consultas como es el de evitar que se conviertan en fondos de saco al no existir un flujo adecuado de entrada y salida de pacientes en relación al cumplimiento de objetivos previamente pactados entre profesional - paciente para alcanzar el autocuidado como objetivo fundamental de la intervención en la consulta de enfermería progra-

mada, lo que provoca la cronificación de los problemas, la dependencia del sistema por parte de los pacientes y la duplicidad de actuaciones.<sup>33</sup>

Por otra parte la asignación de profesionales de enfermería se realiza casi exclusivamente en función del número de médicos y la atención enfermera se organiza por tareas lo que es contrario a una política de calidad de cuidados, es un modelo no-profesional de organización que impide una visión integral de la atención enfermera de un paciente y propicia una productividad basada en los números y no en los resultados.

Con este planteamiento de las consultas de enfermería de trabajo dispensarial se favorece el aumento de la utilización ya que cuanto más profesionales intervengan en el cuidado de un paciente, más demanda se genera. Así mismo al romper la continuidad de la atención también se dispara la utilización generada por el profesional<sup>34</sup>.

En este contexto además existe cierto mito sobre la conveniencia de las consultas de enfermería programadas como generadoras de mayor salud de los pacientes, al tiempo que se mitifica también la consulta programada en cuanto a reductora de la utilización. Sin embargo algunos programas de salud, en sí mismo aumentan mucho la utilización.<sup>35</sup>

Desgraciadamente desde los niveles de gestión se incentiva la mayor captación de pacientes en las consultas de enfermería dentro de los programas de crónicos, pero no se hace lo mismo con la atención eficiente desde el punto de vista de la utilización (buenos resultados de salud con un menor número de visitas).

Con este panorama las consultas de enfermería están cuestionadas y no generan, en la mayoría de los casos, satisfacción en los usuarios, en los profesionales y en la organización, por lo que se deben realizar planteamientos serios de cambio que conduzcan a una racionalización de los recursos empleados.

La situación ideal del paciente con enfermedades crónicas, además del buen control, es el buen control por él mismo. El control interno de la salud por los pacientes, además de un mejor control objetivo de la enfermedad, añade la satisfacción personal de no depender tanto de los servicios sanitarios<sup>36</sup>, por lo que este debe ser el objetivo principal de las consultas de enfermería.

En un contexto de planificación y gestión centralizados y en un entorno económico restrictivo en que el ahorro es el objetivo más apreciado, las asignaciones de recursos se suelen hacer con tendencia a la baja y, en muchos casos, no se valoran prioritariamente las necesidades reales que plantea la asistencia<sup>37</sup>, haciéndose asignaciones en base a otros criterios que no contemplan la adscripción de población a enfermería lo que favorecería la longitudinalidad de la atención, el compromiso con la población y la oferta real de servicios, así como la autonomía y el reconocimiento profesionales.

Diferentes estudios demuestran la bondad del modelo de "enfermera de referencia" como método para incrementar el grado percibido de calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del usuario y la satisfacción laboral del personal de enfermería<sup>38-39-40-41</sup>, así como a solventar algunos de los problemas que subyacen al modelo organizativo implantado actualmente en atención primaria en general y en las consultas de enfermería en particular.<sup>42</sup>

En cualquier caso a la hora de planificar el trabajo de los diferentes profesionales de los centros de salud habrá que tener en cuenta que basar los cambios organiza-

cionales sin tener en cuenta a todos los implicados conduce a la "suboptimización", es decir, intentar resolver la parte de un problema que afecta a un grupo o colectivo en particular sin tener en cuenta al resto, lo que acarrea un empeoramiento del resultado final.

Así pues las consultas de enfermería deben configurarse como ese espacio en el que se trate de dar respuesta a las necesidades planteadas por la población desde una perspectiva holística en la que su participación es fundamental. La efectividad requiere ordenar los problemas de salud en relación con los procedimientos necesarios para atenderlos. Se tiene que huir de situaciones inertes, endogámicas y sin valoración alguna de las consecuencias de actuar o no con criterios de coste social.

En una situación ideal la utilización de recursos sanitarios dependería exclusivamente del nivel de salud de la población<sup>43</sup>, sin embargo, la realidad es muy diferente y la interacción de factores relacionados con la utilización es múltiple y de difícil individualización.

Según Borrás, la morbimortalidad de la población debería ser el determinante principal de las necesidades sanitarias<sup>44</sup>, pero el nivel socioeconómico, la distribución por edad de la población y la oferta de recursos explican una parte importante de la variabilidad del índice de frecuentación en atención primaria<sup>45-46</sup>. Por su parte De la Revilla dice que "la decisión de utilizar los servicios sanitarios es consecuencia de una compleja interacción de factores relacionados con el estado de salud del individuo, la percepción que el individuo tiene sobre su estado de salud y la disponibilidad y oferta de los servicios sanitarios"<sup>47</sup>.

Las consultas de enfermería deben alejarse de concepciones paternalistas y limitadas a la atención de enfermos crónicos para configurarse como otra puerta de entrada al sistema, ofertando respuesta a la demanda habitual de un número importante de pacientes. Situarse como puerta de entrada contribuirá a eliminar una cierta invisibilidad de los servicios de enfermería de cara a la población y a hacer visible su contribución a la salud de la población y a la satisfacción de sus necesidades.

Seguir manteniendo como puerta exclusiva de entrada en atención primaria la consulta médica, resulta ineficiente<sup>48-49</sup>, al provocar un auténtico efecto de embudo que masifica las consultas de los médicos de familia y potencia efectos por todos conocidos (demoras, tiempos medios reducidos en las consultas, etc) que implican insatisfacción en la población y los propios profesionales. Un modelo de atención compartida de los dos principales proveedores de servicios de AP (médicos de familia y enfermeras comunitarias), con servicios accesibles de forma directa y mejor orientados a la naturaleza de dichas demandas (terapia vs cuidados, problemas biológicos vs sociosanitarios) a la hora de orientar la provisión de los servicios<sup>50</sup>, alejándose de la creencia de que la consulta programada es paradigma exclusivo de racionalización de la atención, pues en atención primaria se ha observado asociación inversa entre el número de consultas programadas y la presión asistencial.<sup>51</sup>

Por otra parte la evaluación que actualmente se hace de las consultas de enfermería parece excesivamente burocrática, está centrada en el proceso de atención y es únicamente cuantitativa. Es necesario introducir cambios significativos en este sentido para evitar su deterioro técnico y el desprestigio, generando mecanismos de evaluación de interés común para el financiador, el proveedor y el profesional que per-

mita una evaluación trascendente centrada en los resultados, con componentes cualitativos y cuyo proceso esté abierto en el tiempo.<sup>52</sup>

Resulta imprescindible. por lo tanto, establecer nuevos espacios de atención a la población por parte de enfermería que favorezcan la atención inmediata de determinados problemas de salud planteados por la población a través de la consulta de enfermería a demanda que conjuntamente con la consulta de enfermería programada configuren una atención accesible, individualizada, humana, integral, eficaz y eficiente.

La situación en España en relación a la reestructuración de las consultas de enfermería ha supuesto una mejora en la metodología de trabajo y la apertura a otros grupos de población, al enmarcarse más en buscar una extensión de los servicios enfermeros que una expansión de su rol o un ensayo de modelos de gestión alternativa a la demanda en AP.<sup>53-54</sup>

Ya son importantes los estudios realizados en los que se ofrece evidencia sobre las ventajas de las consultas de enfermería a demanda<sup>55-56-57-58-59</sup>, sin embargo todavía es escasa su implantación en nuestro país<sup>60-61-62-63</sup>, lo que genera que las enfermeras queden atrapadas en la atención de un subgrupo de población con lo que esto conlleva de falta de racionalización de un recurso tan valioso (tanto en coste como en oferta de servicios) como el de enfermería. Estas evidencias están propiciando la expansión del rol enfermero en la gestión de la demanda asistencial en atención primaria (AP).<sup>64</sup>

Actualmente las consultas de enfermería, en su mayoría, tienen como principales problemas:

- Población diana limitada a pacientes crónicos, que reduce la prestación de los cuidados a la población.
- Canal de acceso a la consulta de enfermería limitado a la obligada derivación médica, que impide la captación de población susceptible de cuidados.
- Formato de las consultas, exclusivamente programadas, lo que supone una rigidez inefectiva e ineficiente de la atención.
- Ausencia de una metodología homogénea basada en un marco teórico concreto.
- Una evaluación centrada en proceso de atención y sin abordar los aspectos cualitativos.
- Falta de organización de las demandas de la población a enfermería.

Para cambiar esta situación resulta imprescindible redefinir el contenido y desarrollo de las Consultas de Enfermería para lo cual se deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones previas:

- Aumentar la capacidad de resolución de las consultas de enfermería.
- Asegurar la implementación de la enfermera de referencia que permita una relación enfermera-paciente como la mejor herramienta terapéutica en la prestación de cuidados.
- Disminuir la incertidumbre de los profesionales y aumentar su seguridad en el ámbito de decisión que les compete.
- Asegurar la confianza de los usuarios del servicio.
- Un proceso de discusión e información interna, entre las enfermeras y con los otros miembros del equipo que favorezca la organización del equipo.

- Una buena comunicación externa de los centros hacia la población afectada, orientándola en el consumo más adecuado de los servicios.

## JUSTIFICACIÓN

La insatisfacción de los profesionales de enfermería derivada de los cambios organizacionales en las actividades desarrolladas en las consultas de enfermería ligadas a los modelos de sectorización o de Unidad Médico Enfermera (UME) y unida a la pobreza de los resultados obtenidos a través de indicadores que tan solo miden cuantitativamente los resultados de las consultas de enfermería en términos de producción hace necesario plantear un cambio en la metodología desarrollada en dichas consultas en el que se puedan desarrollar intervenciones enfermeras en relación tanto de un proceso enfermero como a la calidad de la atención y de la información que se le presta al paciente, tanto en la consulta de enfermería programada como en la consulta de enfermería a demanda de nueva instauración.

## CONCLUSIONES

El análisis de las consultas de MF en nuestra Comunidad Autónoma nos permite ver como los pacientes crónicos acuden 11 veces al año a su consulta y consumen el 51% de las mismas. Nos encontramos con un grupo de pacientes cuya enfermedad implica una necesidad de tratamiento médico, de control clínico y de ayuda para adaptar su respuesta ante la enfermedad. Estos tres elementos implican una combinación de atención médica y enfermera que variará en cada caso en función de diferentes variables.<sup>65</sup>

Conocemos así mismo que más de 2/3 de ellos son pacientes cuya situación clínica es estable y menos de 1/3 se encuentran en situación clínica inestable<sup>66</sup>. En este grupo de pacientes inestables podemos prever que en la ecuación de la atención sanitaria que necesitan, una parte esencial debe ser provista por su MF, pero en los más de 2/3 partes de pacientes crónicos con situación clínica estabilizada deberíamos prever un importante componente enfermero en la atención ofrecida.

Y aunque las consultas de enfermería están consolidadas en la cartera de servicios de AP por las coberturas alcanzadas y por la satisfacción de la población su contenido y los resultados que ofrecen pueden ser mejorados y la necesidad de reorientarlos viene siendo planteada desde hace tiempo<sup>67-68</sup>, pero no se hace en base a resultados que permitan evidenciar su eficacia y eficiencia.

Las evaluaciones realizadas en otras comunidades sobre las consultas de enfermería inciden más en los resultados obtenidos en cuanto a satisfacción de los usuarios, los resultados obtenidos en relación a diferentes patologías atendidas, la satisfacción de las enfermeras en su desarrollo o la valoración de costes y de tiempo empleado<sup>69-70-71</sup>, que en la metodología y contenido de las mismas que resulta imprescindible si se quiere adecuarlas a las necesidades reales de la población a atender<sup>72-73</sup>, por lo que no existen datos concluyentes en relación con estudios como el planteado.

En otro tipo de estudios se han identificado las intervenciones de enfermería y su registro, pero no se ha profundizado en la evaluación de tales intervenciones ni en el planteamiento de medidas de corrección<sup>72</sup>, o en la evaluación de nuevos modelos o

estrategias, como si se ha hecho en otros países.<sup>55-56-57-58-59-74-75-76-77</sup>

Por último hay que destacar que las disciplinas se definen a sí mismas y se diferencian de otras por el marco de referencia que usan como base de sus observaciones y que dirige la forma y los objetivos de su práctica. Es por ello que resulta imprescindible adoptar un modelo de enfermería en base al cual desarrollar cualquier proceso de modificación o mejora ya que la teoría brinda autonomía profesional al orientar las funciones que la Enfermería desarrolla.<sup>78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90</sup>

## **PROYECTO DE MODIFICACIÓN DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA**

La decisión consensuada de impulsar el cambio metodológico de las consultas de enfermería parte de un análisis específico y de una línea de trabajo sustentada en nuestras conclusiones y realidad.

### **1.- DEFINICIÓN**

Las Consultas de Enfermería son una modalidad de atención enfermera en la que se establece una relación cuidadora, terapéutica, entre ésta y su paciente.

#### **1.1.- MODALIDADES**

##### **1.1.1.- CONSULTA DE ENFERMERÍA PROGRAMADA**

##### **1.1.2.- CONSULTA DE ENFERMERÍA A DEMANDA PROGRAMADA**

##### **1.1.3.- CONSULTA DE ENFERMERÍA A DEMANDA**

##### **1.1.1.- CONSULTA DE ENFERMERÍA PROGRAMADA**

Aquella que realiza cada enfermera con los pacientes de su población incluidos en alguno de los programas o subprogramas del centro de salud, siguiendo un protocolo o guía clínica.

##### **1.1.1.a.- OBJETIVOS.**

- Conseguir el autocuidado de su problema de salud, potenciando la autoestima y la autonomía personal.

- Potenciar las actividades de promoción y prevención a través de la EpS.

- Dar respuesta a los problemas de salud planteados

- Favorecer la comunicación y la confianza enfermera-paciente-familia.

- Pactar objetivos y consensuar tiempo de consecución.

- Establecer planes de cuidados en base a una valoración previa (patrones funcionales de M. Gordon) enmarcada en la Teoría de Dorotea Orem.

- Realizar una evaluación conjunta de los objetivos

Los pacientes podrán entrar en dicha consulta:

- Por derivación del médico de familia, según los criterios de la guía clínica o protocolo.

- Por captación del propio profesional de enfermería, según los criterios de la guía clínica o protocolo.

- A petición del usuario, según los criterios de la guía clínica o protocolo.

##### **1.1.2.- CONSULTA DE ENFERMERÍA A DEMANDA PROGRAMADA**

Aquella que realiza cada enfermera con los pacientes de su población incluidos en alguno de los programas o subprogramas del centro de salud y que ya no están en

la consulta de enfermería programada por alguna de las siguientes razones:

- a) Han alcanzado un grado de autonomía y autocuidado suficiente.
- b) No se han alcanzado los objetivos pactados tendentes a conseguir el autocuidado en los plazos previamente establecidos.

#### 1.1.2.a.- OBJETIVOS:

- Potenciar el autocuidado.
- Potenciar las actividades de promoción y prevención.
- Evitar la adherencia asistencial.
- Favorecer la autonomía personal.
- Dar respuesta a los problemas de salud planteados.

Los pacientes podrán entrar en dicha consulta:

- Por derivación desde la Consulta de enfermería programada tras la valoración de la enfermera responsable, en relación a las dos razones anteriormente planteadas.

#### 1.1.3.- CONSULTA DE ENFERMERÍA A DEMANDA

Aquella que realiza cada enfermera con los pacientes de su población, sin previa programación, porque el usuario acude o solicita ser visto en el día por aspectos que competen a enfermería y se realiza en tiempo corto.

##### 1.1.3.a.- OBJETIVOS:

- Mejorar la atención a la población aumentando la accesibilidad de los servicios de enfermería.
- Dar respuesta a los problemas de salud de la población de forma rápida y eficaz.
- Potenciar las actividades de promoción y prevención.
- Potenciar el autocuidado.

- Aumentar la oferta de servicios de enfermería

La demanda puede llegar:

- Directamente del usuario (consulta espontánea).
- A través de otro profesional que deriva si el motivo de consulta es competencia de enfermería (consulta derivada).

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Decreto 98/1988 de 8 de septiembre. Reglamento de Normas Básicas de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid. BOCM nº 227; 23-9-1988; nº 235; 3-10-1988.

2. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Consulta de Enfermería en consultorios y ambulatorios. Cuadernos de Salud 3. 1986.

3. Rigol Cuadra, A; Lluch Canut, T; Ugalde Apalategui, M. Consulta de enfermería en Salud Mental. Revista ROL de Enfermería. 1989;125:17-20

4. Donobue Eben, J; Nation, M.J; Marriner, A; Nordmeyer, S.B. Teoría del déficit de autocuidado en enfermería de Dorothea Orem. En Marriner A. Modelos y teorías de enfermería pp 101- 113. Ediciones ROL. Barcelona.1989.

5. Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario de la Seguridad Social. 1973,1984.

6. Antón MV. De enfermeras de los médicos a enfermeras de la comunidad. Madrid : Díaz de Santos, D.L. 1989

7. López G, Rodero L, García MJ, Gervás J. Consulta de Enfermería en Atención Primaria. Rev. Rol de enfermería, 1989; 136: 15-8.
8. Morilla JC, Martín FJ. Consulta de enfermería para pacientes crónicos. Rev ROL Enferm. 2001 jun; 24(6):467-471.
9. Villa, MI. Protocolo de diabetes para consultas de enfermería. Educ Diabet Prof. 1993 ene-mar; III(1):17-18.
10. Rufino JF. Consultas de enfermería: 'E.P.O.C' Enferm Docente. 1992 mar; 43:9-10.
11. Rufino JF. Consultas de enfermería: 'obesidad' Enferm Docente. 1991 sep; 40:10-12.
12. Rufino JF. Consultas de enfermería: 'hipertensión arterial' Enferm Docente. 1991 may; 38:13-18.
13. Aza V. ¿Mejoran los diabéticos tipo II controlados en consulta de enfermería en atención primaria? Impulso. 2000 ene; 112:3-5.
14. Torra i Bou, JE. Tratamiento de úlceras venosas en consultas de enfermería: estudio multicéntrico sobre la aplicación de un nuevo apósito combinado de carboximetilcelulosa y alginato cálcico con acción hidro-reguladora. Rev ROL Enferm. 1995 oct; XVIII(206):55-63.
15. Español A, Jiménez I. Hipertensión arterial: estudio epidemiológico en consultas de enfermería. Rev ROL Enferm. 1988 jun; XI(118):21-24.
16. Corrales D.; Galindo A., Escobar MA., Palomo L., Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. Atención Primaria, 2000; 25(4): 34-47.
17. Pérez C. Aceptación del contrato programa por el personal sanitario de la atención primaria de Madrid: un estudio cualitativo. Rev San Hig Pub, 1995; 69: 79-88.
18. Palomino PA. Las consultas de enfermería una cuestión de eficacia. Centro de Salud, 1996; 4: 637-638.
19. Turabián JL. ¿Cuál es el papel de las enfermeras en AP? Jano 1998; 54(1244):7.
20. Toledano M, Vaquero M, Domínguez A. Educación del diabético desde la Atención Primaria de Salud. Enferm Científ. 1992 dic; 129:23-30.
21. Vila A, Llor C, Pellejá J, Gisbert A, Jordana P, Casacuberta JM. Evaluación de la efectividad del consejo dietético personalizado y frecuente en el tratamiento de la obesidad. Aten Primaria. 1993 abr; 11(6):298.
22. Olmos O, Miranda C, Doria MA, Barrios M. Educación para la salud en consultas de enfermería. Rev ROL Enferm. 1993 jun; 178:29-33.
23. González L. Adhesión terapéutica y conocimiento en hipertensión de pacientes incluidos en las consultas de enfermería. Aten Primaria. 1993 nov; 12(8):469-473.
24. Las consultas de enfermería: una herramienta de prevención y educación sanitaria. Mundo Sanitario. 1998 nov; Año VI(93):9.
25. Pujol R, Lalueza EM. Nuevas propuestas de educación sanitaria a impartir desde la consulta de Atención Primaria. Enferm Científ. 1998 sep-oct; 198-199:10-12.
26. Romero I, Romero C, Martínez A. Educación sanitaria desde las consultas de enfermería sobre el hábito tabáquico. Enferm Integral. 1996; 39:XXXVI-XXXIX.
27. Borja C, Quintero JM, Sánchez-Manjavacas R, Martínez C, Llisterri R, Aizpiri R, Moreno A, Pérez A, Arroyo C. Resultado de los cambios de actitudes conseguidos a través de la eps en diabéticos tipo II. Enferm Integral. 2001; 56:XXI-XXVI.
28. Rubio Barranco, A. Nuevo enfoque a las Consultas de Enfermería-Autocuidado. Enferm Andaluza. 1994 feb; 11:7.
29. Cabra Lluva, Rosa Isabel Carrasco Fernández, Beatriz Delgado Pareja, R Gómez Quevedo, Rosa López Gómez, Yolanda Santamaría García, José María. Planes de cuidados enfermeros en cinco consultas de atención primaria del área III de Madrid. Index Enferm. 1999 primavera-verano; Año VIII(24-25):78-79.
30. Lomas Campos, María de las Mercedes Álvarez Leiva, M del Carmen Lima

Rodríguez, JS Alcalde Sierra, M Carmen Laorden de la Macorra, M Jesús Lagares Vallejo, Eloisa. Descripción de la metodología seguida en las consultas de enfermería de atención primaria. Análisis del trabajo enfermero en nueve centros de salud relacionados con la E.U. Ciencias de la Salud. Index Enferm. 1999 primavera-verano; Año VIII(24-25):85-86.

31. Piqué Prado, Eva. Introducción de diagnósticos de enfermería en pacientes crónicos en un centro de salud. Enferm Científ. 1999 sep-oct; 210-211:22-24.

32. Castel Simón, S Viñas Maestre, M. El rol enfermero en el equipo de atención primaria: opiniones y expectativas de los profesionales del equipo. Metas Enferm. 2001 jul-ago; IV(37):30-35.

33. Martínez Riera JR. Consultas de enfermería. Comunicación presentada en las IV Jornadas de Interrelación de Enfermería del Alto y Medio Vinalopó. Elda 1988.

34. Bellón, JA. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención primaria: consideraciones prácticas. Cuadernos de Gestión, 1997; 3: 108-129.

35. Bellón JA. La consulta del médico de familia: como organizar el trabajo. Consulta programada y otras actividades: En Gallo FJ y cols. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria (2ª edición). Madrid. IM&C. 1997: 252-258.

36. Amezcua M, Mozos A, Bellón JA Los recursos humanos en los centros de salud: estudio del rol del médico de familia, personal de enfermería, trabajador social y personal administrativo. El conflicto de roles y sus soluciones. En: Gallo FJ y cols. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria (2ª edición). Madrid. IM&C. 1997: 234-241.

37. Martín Zurro A., Ledesma Castelltort A., Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. Atención Primaria, 2000, 25(1): 48-58.

38. Antolí J. La enfermera de referencia, su satisfacción laboral y la del paciente. Enfermería Clínica, 1998; 8(2): 71

39. Corrales D.; Galindo A., Escobar MA., Palomo L., Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. Atención Primaria, 2000; 25(4): 34-47.

40. Martínez JR., Pérez I., Martínez P. Estudio de actividad en la práctica de enfermería en AP: Importancia de la Enfermera de Referencia. Comunicación presentada en el IV Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). Tenerife 31 de Octubre, 1 y 2 de Noviembre 2002.

41. Martínez JR. Libre elección de Enfermera Boletín de Enfermería Comunitaria, 2002. I (8): 5 – 6.

42. Rivera F, Hernández I., Martí E., Chaume A., Martínez C., Richart MJ. Estrategias organizativas en los centros de salud. Cuadernos de Gestión, 1998; 1: 7-19.

43. Foets M, Berghmans F, Janssens L. The primary health care project in Belgium: a survey on the utilization of health services Soc Sci Med 1985; 20: 181-190.

44. Rodríguez B., Martín MJ. Variabilidad en la utilización de recursos en atención primaria. Atención Primaria, 1999; 23(3): 110-115.

45. Rodríguez B., López A., Illana F, Ichaso MS., Pérez N., Narvaiz J. Análisis de los factores asociados a la presión asistencial en un área de atención primaria. Centro de Salud, 1994; 10: 791-793.

46. Bellón JA., Delgado A., Luna JD., Lardelli P. Influencia de la edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización de las consultas de atención primaria. Gaceta Sanitaria 1995; 9: 343-353.

47. Revilla D. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías Clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1991.

48. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables asociated with frequent attendance in primary care. Psychol Med 1999; 29: 1347-1357.

49. Bellón, JA. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención pri-

maria: consideraciones prácticas. Cuadernos de Gestión, 1997; 3: 108-129

50. Martín FJ. La implantación de la Consulta de Enfermería a Demanda. Una propuesta de mejora de la atención en el Distrito Sanitario de Málaga. II Encuentro de la ASANEC; Granada, Noviembre 2001.

51. Foets M, Berghmans F, Janssens L. The primary health care project in Belgium: a survey on the utilization of health services Soc Sci Med 1985; 20: 181-190.

52. Borrás JM, La utilización de los servicios sanitarios. Gaceta Sanitaria 1994; 8: 30-49.

53. Díaz Viñas V, Velasco Sánchez V, Estacio Araya B, Otero Fernández J, Malagón Chaves JM, et al. Consulta a demanda de enfermería. Madrid: INSALUD, 1998.

54. Rodríguez Escobar J. Consulta de enfermería a demanda. Rev Rol de enfermería; 1997; 222: 33-4

55. Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. A randomised trial. JAMA 2000; 283: 59-68.

56. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. BMJ 2000; 320: 1043-1048.

57. Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, et al. Nurse management of patients with minor illness in general practice: multicentre, randomised controlled trial. BMJ 2000; 320: 1038-1043.

58. Venning P, Durie A, Roland M, Robets C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ 2000; 320: 1048-1053.

59. Kaufman G. Nurse practitioner in general practice: an expanding role. Nursing Standard 1996; 11 (8): 44-47.

60. Rodríguez J. Consulta de Enfermería a demanda. Rev Rol de Enfermería 1997; 222: 33-4.

61. Pilas M, Ugalde M, Alberquilla A, González MC. Características de la demanda en la consulta de enfermería de atención primaria. Rev Rol de Enfermería, 1996; 212: 27-32.

62. Jurado JJ, Rodríguez J, Gírbés M. Consulta de enfermería a demanda. Experiencia en el Área 9 del INSALUD. II Encuentro de la ASANEC; Granada, Noviembre 2001.

63. Martín FJ. La implantación de la Consulta de Enfermería a Demanda. Una propuesta de mejora de la atención en el Distrito Sanitario de Málaga. II Encuentro de la ASANEC; Granada, Noviembre 2001.

64. Kaufman G. Nurse practitioner in general practice: an expanding role. Nursing Standard 1996; 11 (8): 44-7.

65. Sistema de Información y Gestión de Atención Primaria (SIGAP) de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, 2001.

66. Carmona G. Estudio prospectivo para la medición del producto en atención primaria. XV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada: EASP, 2000

67. Corrales A, Galindo M.A, Escobar L, Palomo M.J, Magariño. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. Atención Primaria, 04 2000 ; 25: 34-4

68. Vila A, Sales I, Bonet J, Esteve MT, Llor C, Pellejá J. Eficiencia de la intervención de Enfermería en el tratamiento de los pacientes obesos. Enferm Científ. 1993 mar; 132:14-16.

69. Palomino del Moral, Pedro A. Las consultas de enfermería, una cuestión de eficacia. Cent Salud. 1996 nov; 4(10):637-638.

70. Martínez Riera, JR, Martínez Cánovas P. Análisis de la actividad de enfermería en atención primaria del Área 17 de Salud de Elda. Cuadernos de Gestión 1998; (4) 3:152-6

71. Martínez Riera, JR. Registros de enfermería. ¿Cuestión de tiempo?. Cuadernos de gestión 2002; (8) 1:5-16
72. Carrillo de Albornoz, G Olmos Ruiz, M. Evaluación de resultados por el sistema de información y por el método de encuesta de consultas por U.M.E. (Unidad Médico-Enfermera) Cent Salud. 1997 nov; 5(10):645-651.
73. Martínez Villarreal, D Blanco Gual, C. Evaluación de las consultas de enfermería. Experiencia en un Área Básica de Salud. *Enferm Clínica*. 1993 jul-ago; 3(4):142-148.
74. Duarte Climents, Gonzalo Montesinos Afonso, Nieves Sarduní Querol, Ángel Sicilia Sosvilla, I Aparicio Parrado, Claudio. Definición de un catálogo de intervenciones de enfermería y su utilización como hoja de registros de las actividades de enfermería en las consultas de Atención Primaria. *Enferm Clínica*. 1998 sep-oct; 8(5):203-209.
75. Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Tunbull I, Smith H, Moore M, Bond H, Glasper A. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care; randomised controlled trial. *BMJ* 1998; 317: 1054-9
76. Horrocks S, Anderson E, Salisbury Ch. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors; *BMJ* 2002; 324: 819-23
77. Lamb GS, Napodano RJ. Physician - nurse practitioner interaction patterns in primary care practices. *Am J Public Health* 1984; 74: 26-9
78. Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. 2ª Edición. McGraw-Hill-Interamericana; 1997; pp: 80-88.
79. Campbell, C. Tratado de Enfermería. Diagnósticos y Métodos. Doyma. Barcelona. 1987.
80. Cuesta, A. Guirao, A. Benavent, A. Diagnóstico de Enfermería. Adaptación al contexto español. Diaz de Santos. Madrid. 1994.
81. Del Pino Casado, R. Metodología de Trabajo en Enfermería Comunitaria. Capítulo En: Frias Osuna, A. Enfermería Comunitaria. Ed Masson. Barcelona. 2000.
82. Romero A. Consulta de Enfermería. y Germán BES C. El modelo profesional de enfermería comunitaria. Capítulos En: Sánchez A. et al. Enfermería Comunitaria 3. Ed McGraw-Hill. Madrid. 2000.
83. Duarte G, Montesinos N, Sarduní A, Sicilia I, Aparicio C. Definición de un catálogo de intervenciones de enfermería y su utilización como hoja de registros de las actividades de enfermería en las consultas de Atención Primaria. *Enferm Clínica*. 1998 sep-oct; 8(5):203-209.
84. Del Pino R, Cantón D, Alarcón A, Fuentes A, Navas V, Rincón Mc, Ruiz R. Poder de explicación del diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en consulta de enfermería de pacientes crónicos en atención primaria. *Enfermería Clínica* 2001; 11 (1) 3-9.
85. Frías A, Del Pino R, Germán C, Alguacil F, Cantón D; Pulido L et al.(1993) Validación de una taxonomía diagnóstica de los problemas diagnosticados con mayor frecuencia por los enfermeros en cientos con hipertensión arterial en atención primaria. *Enferm clin* 3(3):231-237.
86. Mañá M; Mesas A; González E. (2000) Diagnósticos de enfermería en el área de atención primaria de El Bierzo: punto de partida y estrategia de implantación. *Enferm Clínica*. 10(4):135-141.
87. Martínez M, Custey MA, Francisco MA, Ferrer C, Flores E, Arcalá MJ et al. (1996) Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en atención primaria. *Enferm Clínica*. 6(1):1-10.
88. Piqué E. (1999) Introducción de diagnósticos de enfermería en pacientes crónicos en un centro de salud. *Enferm Científ* 210-211: 22-24.
89. Puig L, Martí M, Farras S. (1995) Diagnósticos de enfermería en Atención Primaria. Situación actual en la provincia de Lérida. *Enferm Científ* 164-165:47-53.
90. Rivas A, Toral I, Luna JD. (1995) Validación de las categorías diagnósticas de la NANDA en una unidad de atención primaria. *Enferm Clínica*. 5(6):231-237.

# **Valoración de Enfermería Unidad de Trastornos Alimentarios**

## **AUTORES:**

**Almudena Pernas Barahona**

**M<sup>ª</sup>. Ana Pedreño Aznar**

*Enfermeras residentes de la Especialidad de  
Salud Mental y Psiquiatría*



**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**  
**Unidad de Trastornos Alimentarios**

Nº Historia:  
Nº Tarjeta sanitaria:  
Nombre:  
Edad:  
Sexo: H  M

Motivo de ingreso:

Tipo de ingreso: involuntario  voluntario  involuntario si precisa

Diagnóstico médico:

Antecedentes médicos:

Ingresos previos: No  Sí  N°:

Peso: Talla: IMC:

Constantes vitales: T.A.: F.C.: Tª:

Alergias:

**1.-Patrón percepción – control de la salud:**

Aspecto general: adecuado  descuidado  extravagante  meticuloso   
otros (especificar):

Capacidad de Autocuidado: Sí  No  Especificar:

Cumplimiento del tratamiento: Domiciliario: Sí  No  Hospitalario: Acepta  Vigilar

Hábitos Tóxicos: Alcohol  Tabaco  Cafeína  Cannabis  Cocaína  Heroína

Drogas de síntesis  Otras: Frecuencia y cantidad:

Conciencia de enfermedad: Sí  No  Relativa

Conocimientos y actitud frente a enfermedad:

Otros datos de interés:

**2.-Patrón nutricional – metabólico:**

Constitución:

Apetito: normal  aumentado  disminuido  reprimido

Dieta:

Nº de comidas al día:

Cantidad:

Calidad (variedad):

Preferencias:

Evitaciones:

Restricciones:

Ingesta de líquido diaria:

Ritmo de comida: lento  rápido

Compañía para comer: sí  no  motivos:

Fluctuaciones de peso:

Atracones: No  Sí  Cuándo:

Purgas: laxantes  diuréticos  ejercicio físico  Cuándo:

Nauseas  Vómitos  Cuándo:

Conocimientos dieta equilibrada: suficientes  insuficientes  creencias erróneas:

Hábitos, opiniones e historia familiar respecto a la comida:

Piel: signo del pliegue positivo: Sí  NO

pálida  amarillenta  ruborizada  cianótica  adecuada

fría  Caliente  seca  húmeda

Edemas: No  Sí  Localización:

Fóvea: Sí  No

Boca: sequedad  lesiones  infección  corrosión dentaria

Uñas: quebradizas Sí  No

Vello: lanugo Sí  No  Zona:

Pelo :sano  débil  fino  escaso

Otros datos de interés:

### **3.-Patrón de eliminación:**

Deposiciones (frec y caract.):

Uso de laxantes: Sí  No  tipo:

Micciones (frec y caract.):

Control de diuresis: Sí  No  Uso de diuréticos: Sí  No  especificar:

Sudoración: normal  profusa  escasa

Otros datos de interés:

### **4.-Patrón de actividad-ejercicio:**

Hiperactividad  inhibición  temblores  enlentecido  adecuado

Condiciones que lo aumentan o reducen:

Participación en actividades: nula  baja  media  alta  Especificar:

Aficiones:

Cambio en habilidades o funciones: físicas  intelectuales  socioculturales  Especificar:

Otros datos de interés:

### **5.-Patrón sueño- descanso:**

Horas de sueño nocturno: Otros descansos:

Problemas de sueño: conciliación  mantenimiento  despertar temprano  pesadillas

somnolencia excesiva  Otros:

Factores posibles que alteran el sueño:

Ayudas para favorecerlo:

Otros datos de interés:

### **6.-Patrón cognitivo-perceptual:**

Actitud respecto al entorno: Hipervigilancia  confusión  desrealización  adecuada

Orientación temporo-espacial: Sí  No

Alteraciones perceptivas:

Pensamientos recurrentes molestos:

Comportamiento adoptado frente al tema: ritualista  obsesivo  compulsivo

abatimiento  Otro:

Lenguaje (especificar si alteración):

Otros datos de interés:

**7.- Patrón autopercepción- autoconcepto:**

Síntomas afectivos de interés:

Percepción imagen corporal: ajustada a la realidad Sí  No

Actitud frente a su cuerpo: aceptación  rechazo  otros:

Autoevaluación general:

Otros datos de interés:

**8.-Patrón rol- relaciones:**

Estructura familiar:

Personas con las que convive:

Apoyo:

Relaciones sociales:

Condición escolar o laboral y sentimientos al respecto:

Otros datos de interés:

**9.-Patrón de sexualidad- reproducción:**

Valoración de su actividad sexual: satisfactoria  nsatisfactoria  indiferente

Respuesta sexual: adecuada  disfunción  Especificar:

Posibles factores relacionados:

Amenorrea: No  Sí  Desde cuándo:                      Uso de anticonceptivos: Sí  No

Otros datos de interés:

**10.-Patrón de adaptación-tolerancia al estrés:**

Nivel de tolerancia a la frustración: alto  bajo  adecuado

Percepción del control de la situación: alto  medio  bajo  nulo

Ansiedad: Sí  No  Factores relacionados:

Respuestas de afrontamiento: actividades  consumo tóxicos  ↑/↓ ingesta alimentos

actitud manipulativa  otras:

Otros datos de interés:

**11.-Patrón de valores y creencias**

Valores y creencias familiares y culturales:

Valores y creencias personales destacables:

Otros datos de interés:

**Observaciones:**

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Fernández Aranda F, Turón Gil V. Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson.1998

- Crespo JM, Ramos MJ, Sánchez IM, Viñuales M, Turón Gil V. Trastornos de la alimentación. ¿Qué son la anorexia y bulimia nerviosas?. Respuesta a éstas y otras preguntas. Barcelona: Lilly.2000

- Fornés Vives J, Carballal Balsa MC. Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Guía práctica de valoración. Estrategias de intervención. Madrid: Panamericana.2001

-Gordon M. Diagnóstico Enfermero. 3ª ed. Madrid: Mosby-Doyma.1996

# Protocolos de la actuación de Enfermería en la Unidad de Trastornos de la Alimentación Hospitalaria (UTA)

**AUTOR:**

**Gregoria Llada Gómez**

*Enfermera*

*Unidad de Trastornos de la Alimentación  
Hospital Universitario San Juan de Alicante*



La unidad para el tratamiento de los trastornos de alimentación se conforma como unidad funcional multidisciplinaria.

La entrada de pacientes será realizada por psiquiatría.

## **OBJETIVOS**

En el paciente:

- Patrón de comidas regular (cuatro comidas diarias)
- Alimentación variada y equilibrada
- Estilo adecuado de ingesta.

Eliminación de las conductas compensatorias.

- Obtención y mantenimiento de un peso mínimo saludable.

A nivel familiar:

- Actuar sobre los factores mantenedores.
- Reforzar conductas sanas.

## **PROCEDIMIENTO**

- Se estima un tiempo medio de hospitalización de seis a ocho semanas.

Es un programa basado en la normalización de la conducta alimentaría.

Se establecen cinco fases de tratamiento. El objetivo es reforzar de forma inmediata en las primeras fases del programa la normalización de la conducta alimentaría y en la medida que se instaura dicha conducta, demorar el refuerzo y aumentar el coste para obtenerlo con el fin de lograr una generalización de lo aprendido mediante una sustitución de los refuerzos materiales por refuerzos sociales.

## **PROTOCOLOS DE LA ACTUACIÓN DE ENFERMERIA EN LA U. T. A. HOSPITALARIA**

### **P. DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD**

#### ***Protocolo de recepción de enfermería:***

- Forma de ingreso
- Tipo de ingreso
- Recepción: - Acogida
  - Alojamiento
  - Chequeo inicial
  - Normas de funcionamiento de la unidad

#### ***Protocolo de cuidados de enfermería en pacientes con vigilancia especial por riesgo auto lítico***

P. PESAR (pesaje)

P. CONTROL DE ASEOS

P. CONTROL DE TOMAS: - UTA. :1-2-3-4  
- Normas del comedor

P. DE REPOSOS: - Tiempos de reposo en De-Co-Me-Ce-Re

P. FASES DE TRATAMIENTO Y REFUERZOS DE LA UTA. :

- Fase: 0,1,2,3,4

- Refuerzos

P. CONTROL DE VISITAS Y/O SALIDAS Y EL RETORNO DE LAS SALIDAS:

- Control de servicios

- Control de salidas pacientes y retorno

- Control de salidas para el fin de semana

### ***Forma de ingreso:***

- Programado: Es la indicación del ingreso remitida por el especialista desde consultas externas.

- Urgente: procedente del área de urgencias del hospital.

### ***Tipo de ingreso:***

- Voluntario: el paciente, el familiar si es menor de edad, o el tutor si está incapacitado, acepta el ingreso voluntariamente y firma el impreso que hace constar su consentimiento.

- Involuntario: El paciente no acepta el ingreso:

a) Urgente: En el plazo de 24 horas debe ser comunicado al juez. La enfermera constatará que esta información se envíe al juzgado en el plazo establecido.

b) Con autorización judicial: Acude con un oficio del juzgado en el que la autoridad judicial autoriza el ingreso.

### ***Recepción:***

Si el paciente acude en cualquiera de las modalidades de ingreso involuntario, la enfermera tendrá preparada una cama con sujeción por si precisase la aplicación del protocolo del plan operativo de sujeción mecánica.

En el caso de internamientos voluntarios se actuará según los siguientes pasos:

- Acogida: Presentación al enfermo y familia del personal de enfermería asignado a su cuidado.

- Alojamiento: Se le acompañara a la habitación y se le presentaran las instalaciones

- Chequeo de Seguridad Inicial: Se hará entrega al paciente de la ropa del hospital y se recogerá la suya que será guardada en una taquilla destinada a tal efecto. Se retirarán todos los objetos no permitidos por las normas de la Unidad que se entregaran a la familia o si acude solo y son de valor seguirán las normas establecidas por el hospital para estos casos.

## **FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD**

La enfermera explicará las normas de la Unidad al enfermo y hará entrega del boletín informativo a los familiares

1. Los pacientes ingresados en la unidad deberán permanecer dentro de la Unidad
2. Los pacientes no podrán poseer ropa y calzado de calle dentro de las habitaciones (deberá guardarse en taquilla bajo llave de enfermería) deben permanecer con pijama ó camisión y bata.
3. El acceso al WC queda restringido y deberá solicitarse al personal de enfermería.
4. Los pacientes deberán someterse a las normas del comedor para realizar las tomas.
5. Los pacientes deberán cumplir los tiempos de comidas establecidos en cada fase.
6. Los pacientes deberán cumplir los reposos establecidos.
7. Existe un sistema de video vigilancia para facilitar el control de las tomas y el cumplimiento de los reposos.
8. Periódicamente se registraran los armarios de los pacientes.
9. No se puede tener comida ó bebida, a sí como utensilios.
10. Los pacientes no podrán reunirse para comer.
11. Está prohibido tener medicación en las habitaciones.
12. La actividad física (realizar ejercicios, marchas, tablas de gimnasia, etc.) dentro de la unidad está prohibida, si se observa a los pacientes haciendo esto se les llamará la atención y se anotará en las observaciones de enfermería. Así como si se encontraran vómitos, restos de comida, etc., en la habitación.
13. Existe un régimen para las llamadas telefónicas, visitas y salidas de la Unidad en función del programa terapéutico.
14. La sala de estar se puede utilizar durante el reposo del desayuno, comida y entre el reposo de la merienda y la cena debiendo permanecer el resto del tiempo cerrada con llave.
15. Solo se puede fumar en la sala de estar.
16. La TV puede estar encendida hasta las 0 horas, salvo casos excepcionales.
17. El uso de otros aparatos deberá ser autorizado por el médico.
18. El protocolo de tratamiento es adaptable a las dificultades que se aprecien para normalizar el peso. (fases del tratamiento 0,1,2,3,4).

## **PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON VIGILANCIA ESPECIAL POR RIESGO AUTOLÍTICO**

- Aplicación, control del cumplimiento y optimización de todas las medidas de seguridad existentes en la planta de hospitalización (personal, cámaras de seguridad, etc.)
- Reiterar la información a la familia sobre los útiles y enseres que no están permitidos en la Unidad de hospitalización para facilitar la seguridad y la vigilancia del paciente
  - Se ubicará al paciente en habitación doble
  - En el caso de que el/la compañero/a de la habitación abandone la Unidad o cause Alta, se adoptarán las medidas necesarias para que el paciente continúe acompañado
  - Durante las 24 horas habrá un profesional sanitario y, en su defecto, no sanitario, responsable de su vigilancia, seguridad y localización en todo momento. Esta actividad se registrará en las hojas de enfermería.

- estimular la verbalización de sus ideas auto líticas, sin forzarle ni culpabilizarle, y de una forma hepática que facilite la contención psíquica.

Si se detecta la confluencia de numerosos factores de riesgo suicida y se considera inminente el paso al acto o se prevé la existencia de grave riesgo de desbordamiento de las medidas de vigilancia habituales (incluidas las descritas con anterioridad) se procederá a la aplicación de los protocolos de contención psíquica y física y del plan de sujeción mecánica, solicitando previamente la preceptiva autorización judicial

- Protocolo de contención psíquica y/o física
- Plan operativo de sujeción mecánica (contención física)

## **P. PESAR:**

1. Comprobar que la balanza está ajustada
2. Pesar en ayunas y todos los días, antes de la ducha
3. Se hará siempre doble pesaje para comprobación
4. Los pacientes no deben conocer su peso ni directa ni indirectamente
5. Antes de bajar de la báscula, volver el indicador a la posición 0

## **CONTROL DE ASEOS**

1. Queda restringido y deberá solicitarse al personal de enfermería
2. No puede utilizarse durante las horas de las comidas, ni en los reposos al no ser estrictamente necesario, sí así fuera se le tendría que dar una cuña
3. Los útiles de aseos permitidos (peine, cepillo, cepillo de dientes, pasta dentífrica, colonia, esponja, gel de baño).
4. Una vez abierto el water deberá permanecer la puerta medio abierta y bajo vigilancia por el personal de enfermería.
5. Será obligatorio la ducha diaria después del pesaje y bajo control de enfermería (auxiliares).

## **CONTROL DE TOMAS**

Se funciona con unas dietas de nutrición realizadas por la dietista que se denominan UTA1, UTA2, UTA3, UTA4.

No será necesario pasar por los distintos tipos de dietas en función de las necesidades del paciente aumento progresivo del nivel calórico y de las mejoras de las calidades y grupos de alimento.

1. Los pacientes no podrán reunirse para comer, salvo en la comida que está presente la psicóloga en el comedor ó en su defecto personal de enfermería aplicando las NORMAS del comedor. Resto de las tomas deberán hacerse en sus habitaciones correspondientes y en los horarios adecuados.

2. Control por video vigilancia

3. Antes de introducir la bandeja en la habitación, revisar y comprobar que su contenido coincide con las indicaciones dietéticas, las bandejas tienen que estar desatapadas por lo que conviene dejar las tapas fuera.

4. La comida será llevada a las habitaciones por auxiliares de enfermería NO por el personal de cocina.

5. Sí solicitan algún tipo de alimento entre comidas se les podrá dar (fruta, leche, etc.)
6. Los pacientes deben de disponer de litro y medio de agua al día como máximo, pudiendo variar esta cantidad por indicación médica. ( Se les pasara siempre en el desayuno.
7. Controlar el tiempo de ingesta 35m. Co y Ce; 20m. en De, Me, Resopón, este último se pasara a las 23,15 h. y será opcional según criterio de Nutrición.
8. Durante la fase O ( primeros días de ingreso)el tiempo de ingesta es de 45m. (Co y Ce) y de 30m. (De, Me y Re).
9. Una vez transcurrido el tiempo retirar las bandejas.
10. Anotar en la hoja de Enfermería las incidencias de la toma: cantidades consumidas, conductas alteradas, etc.
11. No realizar comentarios a los pacientes sobre lo que se ha ingerido ó dejado en la bandeja.
12. Aplicar NORMAS del comedor.

## **NORMAS DEL COMEDOR**

1. La conducta alimentaría alterada mantiene el trastorno de la alimentación y tal fin es imprescindible para su curación ó mejora del control de dicha conducta.
2. La inclusión en el comedor (asistir a las comidas con el resto de sus compañeras)se hará en función de su conducta alimentaría.
3. Durante la primera semana de ingreso (fase O)se intentará que su conducta con respecto a la alimentación se normalice y adecue a la del resto de sus compañeras.
4. Tras esta fase puede acceder al comedor con la finalidad de que normalice su conducta alimentaría definitivamente.
5. Esto implica una serie de normas en cuanto a cantidad a comer, uso de cubiertos, ritmo de comidas, tiempo utilizado, orden de los platos, etc.
6. El tiempo utilizado durante la comida no debe exceder de los 35m..
7. Siempre deberá comer por orden: primer plato, segundo plato y postre; la ensalada como acompañante que es, puede alternarla con el resto de los platos a no ser que constituya uno de ellos, en cuyo caso deberá seguir el orden.
8. No se permitirá manipular, escurrir, trocear en exceso u otras conductas que en su momento consideremos imprescindibles controlar durante el tratamiento
9. Es imprescindible utilizar los cubiertos de forma adecuada; cuchara para los platos líquidos ó semilíquidos, tenedor para pinchar o cargar y cuchillo para cortar, la cuchara de postre se utilizara para tal fin.
10. El ritmo deberá ser ni muy lento ni muy rápido de tal forma que se adapte al tiempo de la comida.
11. Para pasar de un plato a otro deberá haber acabado el plato anterior.
12. Si no cumplen durante la comida alguna de estas normas se le comunicara con la intención de que modifique su conducta. Si esto no ocurriera tras el tercer aviso deberá cerrar su bandeja y abandonar el comedor aunque no haya terminado.
13. Después de la Co se les permitirá fumar un cigarro.
- 14 Durante la Co se pueden iniciar conversaciones que favorezcan el entretenimiento y la distensión, estando prohibido iniciar temas de conversación en torno a dietas, alimentación ó calorías.

## REPOSOS

1. El reposo a realizar es de 30 m.trás el De, Me y Re. Y de 1 hora. Tras Co y la Ce.
2. El reposo se realizará en la cama ó el sillón (preferiblemente cama) en una postura relajada.
3. El no-cumplimiento de los reposos puede afectar al programa de refuerzos.
4. Control por video vigilancia.
5. No pueden realizarse ejercicios ó levantamientos durante el reposo.  
Si no se cumple se debe llamar la atención por el fono, si tras la llamada no modifica su conducta, el reposo se anotará como no realizado en las Observaciones de Enfermería.
6. Procurar no entrar en las habitaciones durante los reposos.
7. Después del reposo de la Me y hasta la Ce los pacientes pueden permanecer juntos.

## P. FASES DE TRATAMIENTO

El ingreso está protocolizado también en fases.

En el caso que un paciente deje de cumplir los requisitos de fase no solo no avanzará a la siguiente, sino que podrá retroceder a la etapa anterior si se mantiene la conducta inadecuada.

Si tras dos semanas consecutivas no existen avances en conducta alimentaría y recuperación de peso, se suspende el programa y se pasa aun programa de tratamiento especial.

### FASE 0

- Duración tres días.
- Debe permanecer en la habitación las 24h.
- Realiza las comidas en la habitación.
- No existen refuerzos primarios ni secundarios.
- Se inicia con dieta UTA.1
- Al final de esta fase podrá excluirse al paciente de este programa e incluirlo en un programa de tratamiento especial.
- Fase superada si no ha sido necesario un programa de tratamiento especial.

### FASE 1

- Duración mínima una semana.
- Acceso comedor.
- Se introducen los refuerzos primarios(plantillas de refuerzos primarios)
- Recibirá 2 refuerzos primarios ó inmediatos por cada toma realizada adecuadamente.
- Tras cada toma no realizada deben permanecer en su habitación.
- Fase superada si realizan al menos 2 tomas completas al día(siendo una de ellas Co ó Ce)durante 4 días seguidos, evolución de peso adecuada e IMC >16,5.

### FASE 2

- Duración indefinida.
- Refuerzos primarios igual que en fase 1, pero tiene acceso a 3 refuerzos por

toma completa realizada(plantilla común de refuerzos primarios).

- Se introducen los refuerzos secundarios, estos son demorados (se reciben al día siguiente sí ha realizado un día completo de tomas. Existe una plantilla una plantilla para los refuerzos secundarios de fase 2

- 2 refuerzos demorados por día completo.

- Tras cada toma no realizada deben permanecer en la habitación.

- Fase superada cuando realice 5 días completos ininterrumpidamente y evolución de peso adecuada.

### FASE 3

- Duración Indefinida.

- Los refuerzos primarios son de libre acceso tras cada toma completa.

- Recibe 2 refuerzos secundarios de fase 3 por cada 3 días completos realizados (se aumenta el coste de cada refuerzo).

- Como privilegio pueden tener visitas todos los días.

- Tras cada toma no realizada no podrá salir de la habitación y no accederá a los privilegios de esta fase.

- Fase superada tras 7 días completos y evolución de peso adecuada.

### FASE 4

- Duración mínima dos semanas.

- Libre acceso a refuerzos inmediatos.

- Como refuerzo demorado tendrá acceso a un fin de semana fuera de la unidad (de viernes a domingo) por cada 4 días completos.

- Para mantenerse en esta fase deberá realizar todas las tomas y reposos diarios.

- Como privilegios obtiene las visitas y salidas a merendar fuera de la unidad diariamente.

- Alta tras dos semanas completas incluidos los fines de semana.

## **REFUERZOS**

- Los refuerzos primarios o Inmediatos: se entregan tras cada comida realizada (según la fase) y se retiraran antes de la siguiente toma.

- En cada fase se entregaran las plantillas de refuerzos adecuadas.

- El paciente debe señalar en la hoja, la fecha y hacer una cruz en los refuerzos que elija después de cada toma.

- Los refuerzos no pueden acumularse.

- Siempre tiene que acceder a algún refuerzo.

- En la hoja de pedido hay un espacio en blanco para que la paciente señale otros refuerzos, deberá valorarse primero si son o no adecuados.

- Los refuerzos secundarios o demorados: aparecen en etapas más avanzadas del tratamiento y disponen de una plantilla especial.

**LOS REFUERZOS SE GANAN ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE TRÁS CADA TOMA REALIZADA DE FORMA ADECUADA**

## **CONTROL VISITAS Y/O SALIDAS Y RETORNO DE LAS VISITAS**

### **- Control de Visitas:**

1. Las visitas están sujetas a las Normas de funcionamiento de la Unidad.
2. Antes de entrar a la unidad deberán contactar con el personal de enfermería y comunicar si traen algún objeto a los pacientes.
3. Las visitas deberán salir de la habitación durante las meriendas y volver tras el reposo.
4. Prohibiciones:
  - a) Introducir alimentos ó bebidas en la Unidad.
  - b) No se puede consumir chicles ó caramelos.
  - c) No se puede fumar en las habitaciones.

### **- Control salidas pacientes y retorno.**

1. Cuando la paciente accede a la salida por la tarde, la familia deberá firmar el protocolo de salidas de la Unidad.
2. Verificar que a su regreso, la paciente no introduce objetos prohibidos en la Unidad.
3. Previo a la salida se entregaran ropas de calle a la paciente, que deberán ser recogidas tras su regreso y guardadas en su taquilla bajo llave de enfermería.
4. Tras su salida de la Unidad comunicaran los familiares comportamientos y toma de Me anómalos, registrándolo enfermería.

### **- Control de salidas para fin de semana.**

1. Preparar la medicación necesaria para este periodo de tiempo.
2. Firmar por parte de la familia la autorización.
3. A su regreso se verificara que la paciente no introduzca objetos prohibidos en la Unidad.
4. Informaran a enfermería los familiares de su comportamiento.

**UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

**HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DE PROTOCOLO**

HAB.	PESO	AGUA	Tº	P. DEP.	V	DIETA	FASE	REFUERZOS				OBSERVACIONES
								DE	CO	ME	CE	
3314 - A												
3314 - B												
3315 - A												
3315 - B												
3316 - A												
3316 - B												

**UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

**SOPORTE PROTOCOLO DIETAS U.T.A.**

**DIETAS:** ESPECIAL NUTRICIÓN: UTA 1 UTA 2 UTA 3 UTA 4

FECHA	AGUA	PESO	DE	UTA 1	UTA 2	UTA 3	UTA 4	ME	CE	RESOPON	M	D	V
LUNES													
MARTES													
MIERC.													
JUEVES													
VIERNES													
SABADO													
DOMING													

**OBSERVACIONES DE RESOPON:**

**UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

**ESQUEMA BÁSICO DE PROGRAMA DE TRATAMIENTO EN ANOREXIA**

FASES	DURACIÓN	REFUERZO 1	REFUERZO 2	+	SUPERADA
0	3 DÍAS	NO	NO	NO	Si no: S.N.G.
I	1 SEMANA	2 / COMIDA	NO	NO	2 COMIDAS / DÍA 4 DÍAS SEGUIDOS IMC > 16,5
II	INDEFINIDA	3 / COMIDA	2 / DÍAS	NO	5 DÍAS COMPLETOS
III	INDEFINIDA	LIBRES	2 / 3 DÍAS	VISITA FAMILIA DIARIAS	7 DÍAS COMPLETOS
IV	2 SEMANAS	LIBRES	FIN DE SEMANA / 4 DÍAS	VISITAS Y SALIDAS A MERENDAR	2 SEMANAS COMPLETAS





**UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

**REFUERZOS DE SEGUNDO ORDEN  
 FASE 2**

**PACIENTE:  
 HABITACION:**

	DIA:			DIA:			DIA:		
	DE	CO	ME	DE	CO	ME	DE	CO	ME
REFUERZOS RECIBIR VISITAS 1,5 H.									
PASEO POR HOSPITAL 1 H.									
ESTUDIO: 1,5 H.									
LLAMADAS NO FAMILIARES									
ESCRIBIR CARTAS									
RECIBIR CARTAS									
OTROS:									

**UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

**REFUERZOS DE SEGUNDO ORDEN  
FASE 3**

**PACIENTE:  
HABITACION:**

	DIA:			DIA:			DIA:				
	DE	CO	ME	DE	CO	ME	DE	CO	ME	CE	
PASEO POR HOSPITAL 1 H.											
ESTUDIO: 1,5 H.											
LLAMADAS NO FAMILIARES											
ESCRIBIR CARTAS											
RECIBIR CARTAS											
MERENDAR FUERA UNIDAD											
PASAR TARDE NOCHE EN CASA											
IR A COMER A CASA EN DOMINGO											
OTROS:											



GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERIA DE SANITAT

HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT  
Y C.E. SANTA FAZ

UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

## AUTORIZACIÓN DE SALIDA DE LA UNIDAD

D. / Dña: \_\_\_\_\_ puede salir de la unidad como parte del programa terapéutico, desde las \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_ hasta las \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta

Firma del paciente o familiar

D. / Dña: \_\_\_\_\_ puede salir de la unidad como parte del programa terapéutico, desde las \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_ hasta las \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta

Firma del paciente o familiar

D. / Dña: \_\_\_\_\_ puede salir de la unidad como parte del programa terapéutico, desde las \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_ hasta las \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta

Firma del paciente o familiar

# Desarrollo de una Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliaria en un Servicio de Oncología Médica

**AUTOR:**

**Bartolomé Lobón Vidal,**  
*Enfermero*

**Dra. Montserrat Alberdi Bellón,**  
*Médico*

**Dra. Ana Isabel Martínez Fernández,**  
*Psicóloga*

**Marcela Quinteros Covella,**  
*Enfermera*

**Dr. José Lizón Giner**  
*Jefe Servicio de Oncología Médica del Hospital de San Juan*



## **INTRODUCCIÓN**

Día tras día encontramos nuevos avances en el campo de la sanidad; los pacientes reciben mejores fármacos, menos agresivos o tratamientos que mejoran su calidad de vida. Al mismo tiempo también exigen más y mejores cuidados y atenciones y, en ocasiones, una salvación a una muerte más que probable. Tal vez sea debido a que la muerte está alejada de la sociedad o a que estamos sometidos a demasiado estrés como para pararnos a pensar en que un día la muerte vendrá a visitarnos inexcusablemente.

Los servicios de Oncología médica de los hospitales están registrando en los últimos años un aumento considerable de casos nuevos de cáncer, con lo que se hace necesaria una mayor inversión en tratamientos, camas hospitalarias y personal sanitario para su atención. Pero hemos de tener en cuenta que a pesar de esas atenciones gran parte de esos enfermos acaba falleciendo por la enfermedad, por lo que se hace necesario que estos servicios no sólo curen, sino que además deben cuidar y ayudar a morir, o como nos gusta decir, ayudar a vivir hasta que llegue la muerte.

Con este objetivo se crea en febrero de 1999 la Unidad Oncológica De Asistencia Domiciliaria (UOAD) que surge de un convenio de colaboración entre la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y el Servicio de Oncología Médica (SOM). Se intenta con este proyecto que los enfermos de cáncer que quieran fallecer en su domicilio tengan la posibilidad de hacerlo en las mejores condiciones posibles, quedando a su vez cubierto el hueco entre el Hospital y Atención Primaria.

A su vez es digna de mención la función que la AECC realiza a este respecto en la sociedad, intentando cubrir y mejorar aquellas parcelas de atención a los enfermos oncológicos a los que no llega la administración pública. En la actualidad financia en diferentes convenios a más de 50 Unidades de Cuidados Paliativos en toda España además de formación de profesionales, programas de voluntariado y de prevención. En definitiva, este proyecto no sería posible sin ella.

## **OBJETIVOS**

- Dar a conocer el funcionamiento de la UOAD, criterios de inclusión y exclusión, derivación de pacientes, coordinación con primaria, etcétera .

## **PROYECTO DE UOAD**

En nuestro ámbito sanitario existen aun ciertas carencias en la atención a grupos de enfermos como pueden ser los enfermos paliativos con enfermedad terminal. Cuando están en el Hospital, se encuentran en un ambiente extraño, sin intimidad, agotador para la familia, ruidoso, con capacidad de decisión reducida, etcétera... Esto hace que empeore su estado anímico, aumenta el riesgo de complicaciones propias de la hospitalización y, en definitiva, disminuye su calidad de vida.

Por el contrario, si el paciente está en el domicilio, encontramos que los Centros de Salud carecen de medios y de la conexión necesaria con el Hospital, siendo habi-

tual que ante una complicación el paciente sea trasladado al mismo cuando, en casa y con los medios adecuados, se habría podido resolver el problema. Además las gestiones son más lentas y laboriosas siendo necesario el desplazamiento del paciente o familiares para seguimiento y control de síntomas.

Las bases del proyecto son:

- Formar un equipo interdisciplinar de Médico, Enfermero y Psicólogo para atender a domicilio a este tipo de pacientes y sus familias.
- Este equipo depende administrativamente de la AECC y orgánicamente del SOM trabajando así como otra rama más del Servicio.
- El equipo trabaja en horario de consultas (de 8 a 15 h y de lunes a viernes), con servicio de teléfono móvil, cuyo número tienen todos los pacientes. No atendemos urgencias. La psicóloga trabaja jueves y viernes.
- Los pacientes proceden del SOM, cualquier Servicio del Hospital que tenga un paciente con los criterios que luego veremos, Atención Primaria e incluso de la propia familia o paciente.
- Es necesaria siempre la valoración de un oncólogo del servicio previa a la inclusión del paciente en la Unidad.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Debido al origen de la Unidad, los pacientes deben ser en su totalidad enfermos oncológicos en estado de paliación.

Se incluyen pacientes con las siguientes características:

- Pacientes oncológicos con Historia Clínica en el SOM del Hospital de San Juan.
- Distancia del domicilio al Hospital, máxima de 10 Km (relativo).
- Existencia de un cuidador primario.
- Vivienda que reúna mínimas condiciones.
- Pacientes que precisen asistencia y presenten dificultades para acudir al Hospital.
- Pacientes en situación terminal.

A su vez se excluye:

- Paciente con enfermedad crónica distinta a enfermedad neoplásica avanzada.
- Pacientes que precisen hospitalización.
- Inexistencia de domicilio fijo del paciente (relativo).
- Pacientes que carezcan de cuidador primario.

Estos criterios son flexibles y requieren la valoración de todo el equipo asistencial para su inclusión en programa.

## **DINÁMICA DE TRABAJO**

Se describen aquí los pasos que se dan desde que nos llega la interconsulta hasta que se instaure la atención al enfermo y su posterior alta.

1. Se recibe la hoja de interconsulta, la llamada o el fax en la Unidad con los datos del paciente.

2. Se valora la inclusión del paciente en programa según criterios ya preestablecidos. Se establece contacto telefónico.

3. Una vez incluido se realiza una valoración biopsicosocial exhaustiva del paciente y ambiente familia, con el fin de optimizar cuidados.

4. Se realizan visitas programadas y a demanda por parte del enfermo

5. Se establece relación con el médico y enfermera de AP para tenerle informado de la situación del enfermo así como para pedirle colaboración para aquellos trámites y cuidados propios del Centro de Salud.

6. Si el paciente requiere ingreso o tratamientos específicos del Hospital, se agilizan los trámites y se informa al servicio en cuestión del estado del mismo.

7. El alta de la Unidad puede ser por mejoría clínica o estabilización del paciente, pérdida de cuidador primario o claudicación de este (con lo que se buscan soluciones previa alta), traslado a otra área sanitaria o éxitus.

## **DATOS DE ACTIVIDAD**

Desde su apertura, la Unidad ha atendido a 450 enfermos oncológicos en situación terminal.

En el último año hemos valorado a 159 enfermos, de los que han entrado en programa 147. De estos, el 83% ha fallecido en sus domicilios y el resto ha podido permanecer en sus hogares gran parte del proceso. Se han realizado un total de 2392 visitas y más de 13.400 Km.

El ahorro hospitalario asciende a cifras de casi 1.000.000 de Euros anuales para la administración (Datos calculados este mismo año por nuestra Unidad para la AECC). Y lo que para nosotros es más importante, una elevada satisfacción de los usuarios y una muerte digna para mucha gente que ha podido elegir donde y como querían pasar sus últimos días de vida.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Marcos Gómez Sancho, Gustavo de Simone, Manuel Ojeda, Pedro Bejarano. Medicina Paliativa en la Culatura Latina. 1999 ed Aran.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. 2000. Centro de Ediciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Miguel Angel Benitez, Ana Isabel Llamazares, Gerardo García, Alfredo Cabrejas. Cuidados Paliativos. 1998. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

- María Die Trill, Eulalia López Imedio. Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. 2000. Ed ADES.



# **Protocolos de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica Benidorm**

**AUTORES:**

**Miguel Ángel Aragonese Roa  
Yolanda Rivado Ortega y otros/as**



Este trabajo es el resultado de una empresa que decidimos llevar adelante el personal de la Clínica Benidorm, más concretamente el Departamento de Enfermería, en busca de la Calidad en nuestro puesto de trabajo. Para ello comenzamos en la UCI, hace más de dos años, a realizar una definición de los puestos de trabajo y a establecer una serie de controles que nos permitieran ver como eso repercutía en el trabajo.

El resultado ha sido francamente positivo, no solamente en beneficio del paciente, sino también personal ya que ha supuesto nuevos retos y un impulso, al ver que el esfuerzo que esto nos ha supuesto, ha hecho mejorar la asistencia que prestamos y ha aumentado nuestra formación.

El paso posterior fue la realización de estos Protocolos con el fin de definir el trabajo que se realiza en la unidad, de forma que sirvan como guía de trabajo de ahora en adelante, como libro/CD-ROM de consulta ante cualquier duda y por supuesto, como orientación y aprendizaje para todo aquel personal que comience a trabajar en la UCI. Esta es la segunda versión, actualizada al 2002 con correcciones y cambios sobre la anterior.

Como representante de enfermería de la unidad quiero agradecer su colaboración a todas las personas que han participado en la realización de estos protocolos, tanto de esta UCI como de otras unidades e incluso otros Centros Hospitalarios. Un especial agradecimiento a aquellas que se han implicado de forma más personal e intensa en este proyecto de calidad.

A continuación figuran los Títulos de los Protocolos realizados, con el nombre de su autor/a.

*Nota: Dada la extensión de este trabajo, ha sido inviable su publicación en este libro.*



# Promoción y desarrollo de la Investigación en Enfermería

**AUTOR:**

**Belén Payá Pérez**

*Presidenta del Colegio de Enfermería de Alicante*



El desarrollo y afianzamiento de cualquier disciplina científica requiere el impulso de la investigación como herramienta esencial para crear un cuerpo de conocimientos propio con una clara dimensión expansiva. No puede ser menos en nuestra profesión, inmersa en un entorno dinámico y cambiante que requiere continuas adaptaciones, innovaciones y revisiones de nuestra práctica. La investigación en Enfermería tiene como objetivo desarrollar el conocimiento que guíe la práctica y la disciplina de Enfermería, obteniendo un control independiente sobre la evolución de nuestra profesión.

La investigación hace referencia a un grado de conocimientos, habilidades y actitudes, y a una forma y un orden de conducir el ejercicio de la profesión enfermera. Permite la aplicación de un conocimiento altamente integrado, facilita la capacidad de anticipar los cambios y el empeoramiento de la profesión, alcanzando el objetivo de mejorar en calidad y eficacia la salud de las personas y la comunidad.

El desarrollo de la investigación y su utilización resulta crucial para la presentación y promoción de nuestro trabajo, así como para la eliminación de actividades innecesarias e inefectivas basadas en la tradición o en información no fundamentada. La práctica de la investigación requiere nuestro apoyo para su normalización, antes que podamos encontrar reconocimiento en otros profesionales.

No podemos transformar esta situación sin reflexionar sobre que acciones llevar a cabo. Es urgente para las enfermeras detenemos y pensar sobre nuestro futuro y comenzar a pasar a la acción. Este futuro reside en nuestra conciencia colectiva y en nuestra cohesión. Nuestras acciones deben conducirnos al desarrollo de un pensamiento crítico y a la acción basada en la reflexión. Debemos considerar la investigación como una línea estratégica para el desarrollo de un fuerte liderazgo, la adquisición de un poder colectivo, la búsqueda de la cohesión profesional y un profundo compromiso con el avance de Enfermería.

Las ventajas y beneficios de la investigación son numerosos, no obstante, sería utópico pensar que todas las enfermeras desearan y pudieran participar en trabajos de investigación, pero si resulta legítima la preocupación por razonar científicamente la asistencia de Enfermería, de manera que debemos estimular a los profesionales más sensibilizados en esta cuestión, sin que nadie cuestione la necesidad de profundizar en el conocimiento de las diferentes áreas de intervención de Enfermería,

También existen numerosas dificultades para integrar la práctica investigadora en la actividad cotidiana, en el ámbito de las instituciones sanitarias públicas, donde mayoritariamente desarrolla su ejercicio profesional Enfermería. La literatura revisada nos informa del consenso de los expertos sobre estos obstáculos, siendo los más determinantes: la dificultad para obtener financiación de los proyectos, a pesar de que esta crece considerablemente en otras disciplinas, disponer de tiempo dentro de la jornada laboral, relacionarse con grupos ya consolidados, difundir y aplicar los resultados de la investigación, carencia de medios y apoyo metodológico, etc.

De igual manera existe el acuerdo de los expertos en las estrategias a desarrollar para conseguir promocionar la investigación, incidiendo en el compromiso de aque-

Las personas que asumen alguna responsabilidad en la gestión de la investigación enfermera a nivel institucional. En la actualidad la mayor parte de la actividad investigadora se realiza con carácter voluntarista, sin apoyo institucional y al margen de las fuentes oficiales de financiación.

La investigación enfermera también acusa la invisibilidad de nuestra profesión, su promoción debe ser una prioridad de manera que pueda ser aplicada la producción científica generada. Es necesario que la investigación sea incluida en las estructuras actuales. Los gestores de servicios sanitarios necesitan de la información basada en la investigación para demostrar el costo-eficacia de estos servicios, los docentes para asegurar que los estudiantes reciben la formación adecuada y finalmente la población debe estar segura de que los profesionales que les asisten tienen actualizada su práctica.

El análisis de la situación de la investigación en Enfermería producido en distintos foros nacionales y europeos ha establecido un marco de desarrollo de las estrategias necesarias para su promoción y desarrollo, Estas conclusiones se tratan desde varias vertientes: la estructura y organización de la investigación, su integración en la práctica, la formación en investigación, la financiación. y las prioridades de investigación.

El contenido de este análisis es exhaustivo y muy interesante, por ello solo nombrare las recomendaciones más relevantes y aplicadas a nuestro ámbito más cercano.

**\* Necesidades en la estructura y organización:**

- Integración plena de la investigación en enfermería en la investigación sanitaria, en todos los niveles.
- Estructura académica oficial para Diplomas de Enfermería a nivel de Master y Doctorado.
- Puestos clínicos para los docentes.
- Apoyo a los grupos para obtener financiación.
- Promoción de oportunidades de colaboración intra e interdisciplinaria.
- Desarrollar métodos para la difusión y aplicación de los resultados.

**\* Integración en la práctica:**

- Actualización y revisión de protocolos y pautas de la práctica de acuerdo con la investigación basada en la evidencia.
- Disponibilidad de recursos para facilitar el acceso de los profesionales a los resultados.
- Instaurar medidas que mejoren la correspondencia entre los resultados y la práctica.
- Disminuir la distancia entre la enfermería docente y la asistencial

**\* Formación:**

- Incluir la formación en investigación en todos los niveles educativos, fomentando una cultura de investigación
- Formación posgrado de profesorado y asistenciales
- Proyectos comunes entre instituciones sanitarias y académicas
- Creación de Unidades de Investigación con profesionales con formación avanzada.

**\* Financiación:**

- Acceso a las subvenciones publicas y privadas

**\* Prioridades:**

- Centrar la investigación en la practica
- Generar conocimientos
- Reflejar la contribución de Enfermería en la asistencia sanitaria

La investigación para la salud es reflejada en el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2001-2004) de la Conselleria de Sanitat, como una herramienta para su desarrollo. Se considera una necesidad potenciar la investigación en nuestro ámbito, estableciendo estrategias como: incrementar la formación en investigación de los profesionales, apoyar a los equipos estables que mantienen líneas de investigación que se consideran prioritarias, incrementar las ayudas económicas, y desarrollar los proyectos entre instituciones publicas con Universidades y centros asistenciales.

El objetivo básico de estas actuaciones será promover y facilitar el desarrollo de la investigación orientada a la fundamentación científica de la toma de decisiones en materia de salud, con atención a su calidad, relevancia, diseminación y aplicación de resultados. Los objetivos del Plan están priorizados y dirigidos a las siguientes áreas: ganancia en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desigualdades de genero en salud, adecuación de la prestación de servicios sanitarios y apoyos para el fomento de la salud.

Otras líneas que favorecerán la integración de la investigación que parten de la Conselleria, serán la carrera profesional y la unidades de gestión clínica.

En todo este contexto de la situación de la investigación de enfermería el Colegio de Enfermería ha iniciado en los dos últimos años diferentes actividades que contribuyan al desarrollo y promoción de la investigación en nuestro ámbito mas próximo, entre ellas: la creación de la Comisión de Investigación y Docencia, pagina web, revista científica, becas para la asistencia a Congresos, premios a la investigación, ayudas económicas y apoyo a proyectos de asociaciones científicas, cursos de formación en metodología de la investigación, soporte técnico y administrativo a los grupos que así lo han solicitado, interpelación de profesionales en líneas comunes de trabajo, jornada científica nacional entre investigadores noveles y grupos consolidados etc.

Como conclusión a todo lo expuesto y citando a Kerouac: "la investigación no ocurre por suerte, es una opción" y siguiendo Greenwood y Gray: "la investigación solo ocurrirá en organizaciones en las cuales sea esperada y recompensada".

