

XV JORNADAS DE ENFERMERÍA
SOBRE TRABAJOS CIENTÍFICOS

“INNOVAR, UN COMPROMISO CON LA SOCIEDAD”
“100 AÑOS DE ENFERMERÍA ALICANTINA”

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

Imprime: Gráficas Estilo - Alicante

Distribuye: IMTEXMA - Alicante.

I.S.B.N.: 978-84-692-7802-4

Depósito Legal: A-1223-2009

Alicante, 20 y 21 de Noviembre de 2009

ORGANIZA:

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

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

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

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



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT



**AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT**



**COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
DE ALICANTE**

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



**FUNDACIÓN
PARA LA INVESTIGACIÓN**

Hospital General Universitario de Alicante

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
1. PRESENTACIÓN	7
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	8
3. COMITÉ DE HONOR	9
4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	10
5. NORMAS GENERALES Y DE PARTICIPACIÓN	11
6. PLANO	15
7. PROGRAMA	16
8. TALLERES DE ENFERMERÍA	20
9. PREMIOS	29
10. ENTIDADES COLABORADORAS Y EXPOSICIÓN COMERCIAL ..	30
11. CONFERENCIA INAUGURAL	31
12. CONFERENCIA DE CLAUSURA	55
<hr/>	
- MESA DE EXPERTOS 1	73
- MESA DE COMUNICACIONES LIBRES 1	81
- MESA DE EXPERTOS 2	115
- MESA DE COMUNICACIONES LIBRES 2	129
- ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA. TEATRO	161
- MESA DE COMUNICACIONES LIBRES 3	165
- MESA DE COMUNICACIONES LIBRES 4	189
- CARTELES CIENTÍFICOS	233
- MEMORIA XIV JORNADAS DE ENFERMERÍA	288

1. PRESENTACIÓN

Coincidiendo con el lema elegido este año 2009 por el Consejo Internacional de la Enfermería (CIE), la Edición XV de las Jornadas de Enfermería de Divulgación de Trabajos Científicos del Departamento de Salud de Alicante Hospital General, versará sobre la Innovación y el compromiso de los profesionales para aplicar los nuevos conocimientos en la práctica diaria.

La elección de este tópico para su debate no puede ser más oportuna en un contexto de cambio constante, ampliación del conocimiento, globalización de los problemas sanitarios, etc..., y donde la innovación constituye una expectativa para resolver los problemas de salud y mejorar el ejercicio profesional.

Por otra parte, es obvio que la innovación no es un concepto nuevo para la enfermería ya que en todas nuestras unidades y servicios los profesionales se dedican diariamente a actividades innovadoras. Estas iniciativas están motivadas por el deseo de mejorar los resultados de los cuidados, y gracias a ellos se han gestado importantes avances percibidos ya por nuestros pacientes. Es por ello que, fieles al espíritu divulgador de nuestras jornadas, queremos que estas innovaciones a cargo de los profesionales se conozcan, reconozcan, publiciten y se compartan entre todos aquellos que siguen preguntándose cada día “¿cómo puedo mejorar?”.

Nadie debe ser ajeno a este reto de la innovación, ya que los que constituimos la División de Enfermería estamos en una posición de importancia crucial para aportar soluciones creativas y novedosas que mejoren la vida diaria de nuestros pacientes, organizaciones y comunidades,... y también la de nuestra profesión.

De profesión se va a hablar en estas XV Jornadas, ya que la provincia de Alicante conmemora los 100 primeros años de andadura colegial y el evento merece ser celebrado. Por este motivo, todo el equipo humano de las Jornadas se ha puesto a disposición del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de la Provincia de Alicante para colaborar en la organización de una serie de actividades de notable relevancia histórica y que de seguro contará con una acogida sin precedentes dada la calidad de los acontecimientos previstos.

Así pues los días 20 y 21 de noviembre de 2009 nos reunimos en este foro de encuentro tradicional para ensalzar la función que desempeñan los profesionales en la innovación de los cuidados de salud, con la misión de promover y compartir proyectos innovadores creados, dirigidos o ejecutados por ellos. A todos les daremos el apoyo necesario para aportar soluciones nuevas a los problemas y demandas que plantean los cuidados de salud y es por ello muy importante la asistencia y participación.

Finalmente, en nombre de los Comités Organizador y Científico así como del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante en su Centenario, me dirijo a todos los profesionales invitándoles a compartir este encuentro en el H.G.U.A. bajo el lema: “Innovar, un compromiso con la sociedad”.

MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ MOLINA
Presidente XV Jornadas de Enfermería

2.

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Dar a conocer las últimas innovaciones tecnológicas en la gestión de pacientes.
2. Identificar las iniciativas de la Organización colegial para impulsar la innovación en los campos de actuación de la Enfermería.
3. Divulgar los trabajos científicos y experiencias de los Profesionales que supongan mejorar en la calidad de los cuidados.
4. Hacer un recorrido por la Historia de la Enfermería a través de la iconografía y el material profesional en el centenario del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.

3. COMITÉ DE HONOR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

PRESIDENCIA

D. Miguel Ángel Fernández Molina

Director de Enfermería del H.G.U.A.

VICEPRESIDENCIA

D. José Ramón González González

Director de Enfermería de Atención Primaria

Dña. Asunción Sempere Quesada

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

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

Dña. Nieves Izquierdo García

Supervisora de Área

VOCALES:

Dña. M^a. Angeles Lillo Hernández

Dña. Mercedes Segura Cuenca

Dña. Belén Payá Perez

Dña. M^a. José Muñoz Reig

Dña. Ana I. Sabater Sala

Dña. Manuela Domingo Pozo

D. José Luis Giménez Tebar

Dña. Asunción Adsuar Mas

Dña. Nieves Prieto Castelló

Dña. M^a. Dolores Tornero Tomás

Dña. Alicia Muñoz Moll

Dña. Asunción Pérez Andreu

Dña. Virginia Alemañ Santos

Dña. M^a. Teresa Ortiz de Saracho Pérez

Dña. M^a. Luisa Ruiz Miralles

Dña. Carmen Llabata García

Dña. Lorena Giménez Ballester

SECRETARÍA TÉCNICA

Dña. Fernanda Fernández Gil

Dña. M^a. José Jaén Garrido

Dña. M^a. Dolores Más Planelles

GESTIÓN DE RECURSOS

D. Ginés A. Rodríguez Aguilar

Subdirector de Enfermería

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

Dña. Mercedes Albaladejo Tello

Adjunta de Enfermería

VOCALES:

Dña. M^a. Dolores Martín García

Dña. Pilar Gázquez Galera

Dña. Encarnación Mateo López

Dña. Teresa Valdés Menor

D. Javier Gómez Robles

Dña. M^a. Victoria Burguera Anguiano

Dña. Francisca Milán Navarro

Dña. Catalina Pardo López

Dña. Josefa Martínez Cutanda

Dña. Isabel Chaves Muñoz-Alcón

D. Francisco Pérez Useros

D. Héctor Terol Royo

D. Fco. Vicente Blanes Compañ

Dña. Julia López Arenas

D. Fidel Climent Aragó

D. José Borrell Climent

Dña. Cristina Climent Amat

Dña. Ana Bellot Bernabé

Dña. Beatriz López Ortega

TALLERES HISTÓRICOS

COORDINACIÓN

Dña. Belén Payá Pérez

Presidenta Colegio Oficial de

Enfermería de Alicante

5.1. NORMAS GENERALES

NORMAS GENERALES

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

5.2. NORMAS PARA LA PARTICIPACIÓN XV JORNADAS

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

Se podrán presentar aquellos trabajos que hayan sido realizados hasta el 26 de Octubre de 2009 y que no hayan sido presentados en anteriores ediciones de estas Jornadas. Tendrán preferencia aquellos relacionados directamente con el lema de esta edición: “Innovar, un compromiso con la sociedad”

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

- Comunicaciones ORALES.
- Carteles.
- Experiencias en innovaciones.

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

1) NORMAS PARA ENVIAR LOS RESÚMENES.

- El envío de resúmenes se realizará antes del 26 de octubre del 2009, obligatoriamente, a la dirección de correo enfermeria@hospitalalicante.org. Al enviar el resumen es MUY Importante que conste los datos siguientes:

- Nombre y 2 Apellidos de todos los autores.
- Persona de contacto.
- Lugar de trabajo
- Teléfono de contacto.
- E-mail de contacto.
- Formato de presentación:
- COMUNICACIÓN ORAL.
- CARTEL

- El resumen debe contener, en líneas generales, los siguientes apartados: Objetivos, Métodos, Resultados y Conclusiones o Discusión que deberá incluir las implicaciones para la práctica clínica. La extensión del resumen se adaptará al formato oficial. Se realizará con una extensión máxima de 400 palabras, con las siguientes características:

Tipo de letra: Times New Roman

Tamaño: 12

Márgenes: Izquierdo y Derecho: 3 cm

Arriba y Abajo: 2,5 cm

Interlineado: 1,5

- No se aceptarán resúmenes que presenten información vaga y/o general que imposibilite a los miembros del Comité Científico determinar cuál ha sido la metodología concreta seguida en el estudio. Es conveniente que en el texto figuren expresamente los términos: objetivos, métodos, resultados y discusión, como encabezamiento de los respectivos contenidos.
- Excepcionalmente, se podrán presentar experiencias en innovaciones, que se entenderán conceptualmente como programas, proyectos, acontecimientos, etc..., implantados en una unidad o centro. Esta modalidad no optará a Premio del Comité Científico.
- Tras el envío del resumen a la dirección de correo electrónico enfermeria@hospitalalicante.org, el comité científico enviará al autor un e-mail de recepción indicándole su número de recepción.
- Tras la evaluación del comité científico de todos los resúmenes enviados, el Comité Científico decidirá qué resúmenes de comunicaciones y carteles son los aceptados y lo comunicará al persona de contacto antes del día 3 de Noviembre de 2009; teniendo un plazo máximo de 1 semana para enviar al comité científico el trabajo completo para su publicación y opción a premio, así como el día y hora de exposición o presentación de sus trabajos.

2) NORMAS ESPECÍFICAS DE PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES ORALES:

- Tiempo. El tiempo asignado para presentar las comunicaciones orales es de 10 minutos. Sólo se dispondrá de ese tiempo que debe ser respetado escrupulosamente por respeto al resto de comunicantes.
- Formato de envío de las diapositivas: Powerpoint de Office 2000 (Windows)
- Medios audiovisuales: La organización proporciona un proyector para presentaciones en formato electrónico, no obstante, si necesita otro tipo de material deberá solicitarlo a la organización antes del día 6 de noviembre del 2009.
- Certificado: sólo se dará certificado de presentación a los nombres de las personas que consten en el resumen enviado para la evaluación por el comité científico. No se admitirá ningún cambio de autor tras dicha evaluación.
- **IMPORTANTE:** debido al gran número de presentaciones y para facilitar la organización y ajustarse al programa, deberá remitir las diapositivas a la organización antes del día 16 de noviembre del 2009. Tras esta fecha, no se admitirán cambios en las diapositivas.

3) NORMAS ESPECÍFICAS DE PRESENTACIÓN DE CARTELES.

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

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

Recomendaciones: incluya solamente el texto imprescindible para que el objetivo, metodología y conclusiones queden suficientemente claros para el lector. Los

resultados deberán presentarse preferentemente en gráficos y tablas. Es conveniente aportar unas 50 copias reducidas del cartel para que los interesados puedan llevárselas en caso necesario. Por lo que es importante que se incluya en el cartel una dirección de e-mail de contacto. El día de la exposición se deberá facilitar la documentación sobre el contenido del cartel a los asistentes que la soliciten.

Los carteles serán expuestos durante las Jornadas. La organización se encargará de su colocación. El cartel deberá remitirse a la organización antes del día 18 de noviembre del 2009. Los autores podrán llevarse el cartel al finalizar las Jornadas el día 21 de noviembre a las 13:00 h.

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

4) PREMIOS.

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

3 Premios a los mejores trabajos, otorgados por el Comité Científico.

2 Premios a los mejores carteles, otorgados por el Comité Científico

1 Premio al mejor trabajo otorgado por Votación Popular.

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

El fallo del Comité Científico será inapelable.

Los premios se entregarán en la jornada de clausura.

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

5) PLAZOS.

El plazo máximo para la recepción de resúmenes de trabajos, finaliza el 26 de Octubre de 2009.

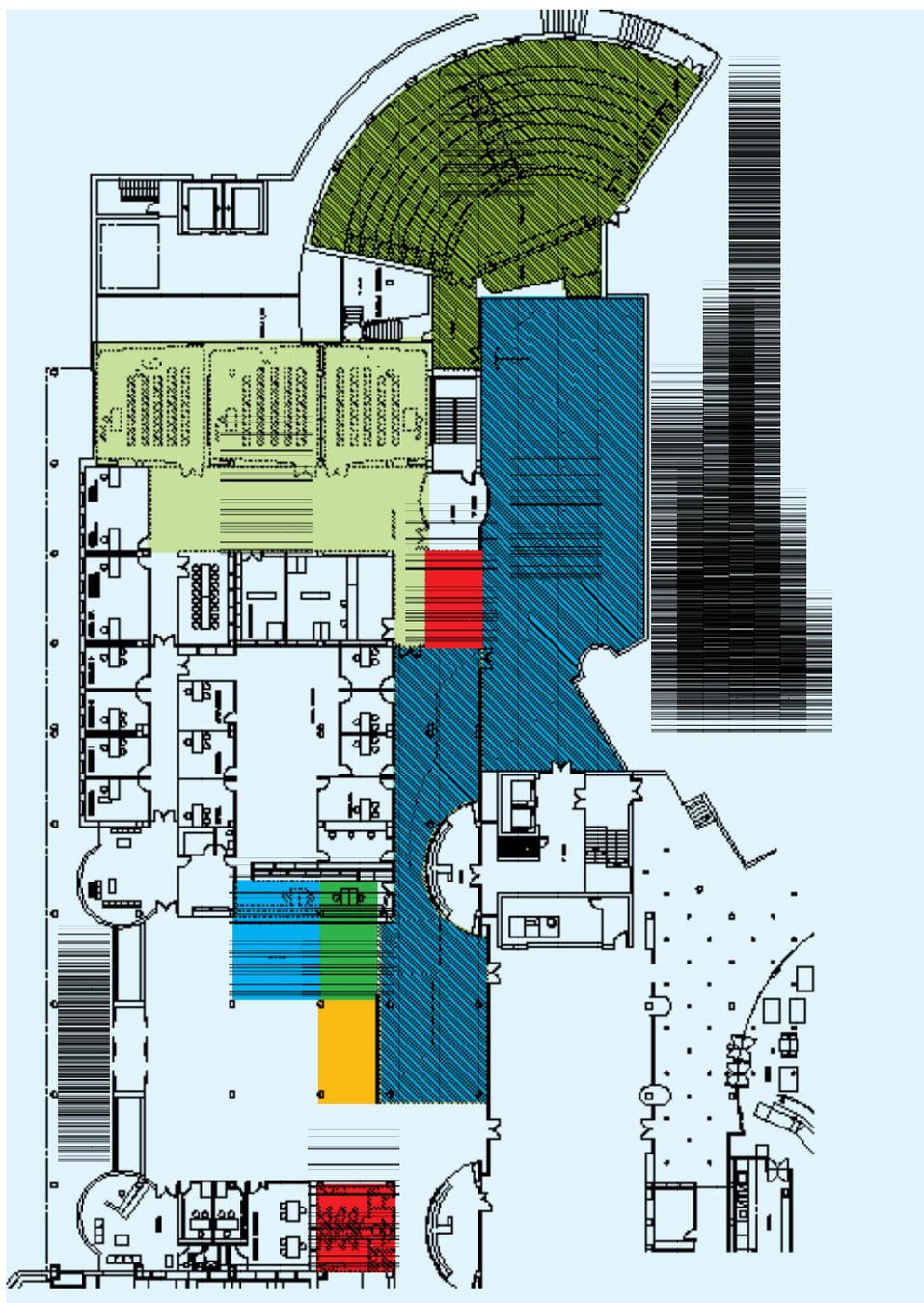
El Comité Científico decidirá qué resúmenes de comunicaciones y carteles son los aceptados y lo comunicará al primer autor por e-mail, antes del día 3 de Noviembre de 2009; así como el día y hora de exposición o presentación de sus trabajos.

El autor deberá comunicar, antes del día 6 de Noviembre 2009, los recursos materiales necesarios para su exposición.

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

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

6. PLANO DEL ÁREA DE LAS XV JORNADAS



7. PROGRAMA

Viernes, 20 de noviembre de 2009

MAÑANA

8'30 h. Entrega de Documentación.

9,00 h. Bienvenida.

9,15 h. Mesa de presentación de Museos y talleres. Centenario Ilustre Colegio Oficial de Enfermería **“Innovando con la Historia”**

Modera: Dña. Belén Payá Pérez. *Presidenta Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.*

Participan:

- Colección de libros antiguos de enfermería y relacionados: D. Koldo Santisteban Cimarro. Vocal II Colegio de Enfermería Bizkaia.
- Colección de posters históricos de educación para la salud: Dña. Monserrat Angulo Perez. Enfermera Matrona. Vocal IV Colegio de Enfermería de Alicante, responsable de Especialidades y Asociaciones de Enfermería.
- Colección Museo de la profesión: D. Antonio Verdú Rico. Vicepresidente del Colegio de Enfermería de Alicante y Presidente de la fundación “José Llopis”
- Colección filatélica de Enfermería: Dña. Teresa Miralles Sangro. Profesora titular departamento de Enfermería Universidad de Alcalá (Madrid).

10,00 h. CONFERENCIA INAUGURAL

Ponente: D. Guillermo Dorronsoro Artabe. *Director General de Innovación Tecnológica Agencia Vasca de la Innovación.*

“Gestión de la Innovación y papel de los Hospitales en los sistemas de Innovación”

10,45 h. Pausa Café y Visita a Posters y Stands Comerciales

11,15 h. Mesa Expertos N° 1.

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

“Innovaciones Tecnológicas en la práctica asistencial”

Participan:

- Dña. Juana Mª Gutiérrez Aranda. Directora de Enfermería Hospital Torrevieja. Departamento de Salud.
- D. Francisco Flórez Revuelta. Profesor titular del Departamento de Tecnología informática y computación de la Universidad de Alicante. Miembro del Grupo transdisciplinar sobre tecnologías de la información, las comunicaciones y el control para la asistencia social y sanitaria.

12,15 h. Debate Mesa Expertos 1.

12,30 h. ACTO INAUGURAL

13,00 h. Mesa Comunicaciones Libres 1

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

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

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

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

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

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

14,00 h. Debate Mesa Comunicaciones 1

14,30 h. Fin sesión mañana.

TARDE

16,15 h. Mesa Expertos Nº 2.

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

“Impulsando e innovando la profesión desde la Institución Colegial”

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

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

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

- Biblioteca virtual: Dña. Ascensión Marroquí Rodríguez. *Vocal I y responsable de recursos bibliográficos Colegio Oficial de Enfermería de Alicante*

17,15 h. Debate Mesa Expertos.

17,30 h. Pausa Café, visita a Stands, carteles comerciales y museo de la profesión.

18,00 h. Mesas Comunicaciones Libres 2

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

CO_5. Comunicación: Implantación de un protocolo de cuidados de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica. Dña. María Torres Figueiras.

CO_14. Comunicación: Test de sobrecarga oral de glucosa para detección de nueva diabetes en pacientes con síndrome coronario agudo. Dña. Elisa Fontangordo Ponzoa.

CO_15. Comunicación: Prevalencia de síndrome metabólico en los pacientes ingresados en una planta de cardiología. D. Francisco Valero Gallardo.

CO_16. Comunicación: Actuación de enfermería en la seguridad del paciente sometido a cirugía bariátrica. D. Francisco M. Serna Adsuar.

CO_18. Comunicación: Lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Dña. M^a José Muñoz Reig.

19,10 h. Debate Mesa Comunicaciones 2.

19,35 h. Actividades Complementarias

20,00 h. Fin sesión de Tarde

SÁBADO, 21 DE NOVIEMBRE.

MAÑANA

9,00 h. Mesa Comunicaciones Libres 3

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

CO_1. Comunicación: Desarrollo e implantación de una interfaz en el Servicio de radiodiagnóstico para pacientes pluripatológicos que precisen estudios de TAC con administración de contraste yodado. PARABOLANI 1.0. D. José Miguel Bellod Guillen.

CO_11. Comunicación: Actuación de enfermería durante la colocación de shunt portosistémico transyugular (tips). Dña. Patricia Ferrandez Garcia.

CO_12. Comunicación: Uso de dispositivo de control de la incontinencia intestinal para tratamiento de lesión periestomal. D. Fco. Javier Ballesta López

CO_13. Comunicación: Protocolo de actuación para la retirada de un infusor conectado a un acceso venoso central subcutáneo o reservorio. Dña. M^a Carmen Gozalves Manzanera.

EX_1. Experiencia: Experiencia de enfermería en los comités de bioética asistencial. Dña. Isabel Asín Llorca.

9,45 h. Debate Mesa Comunicaciones 3.

10,00 h. Mesa Comunicaciones Libres 4

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

CO_2. Comunicación: Una sonrisa vale más que mil técnicas. Dña. Inmaculada Lassaleta Goñi.

CO_4. Comunicación: Estudio experimental sobre la eficacia de la esfera dinámica durante el trabajo del parto. Dña. Beatriz Elena Delgado García.

CO_8. Comunicación: Guía para los usuarios del servicio de urgencias. Dña. Griselda Bevia Puche

CO_10. Comunicación: Gestión de casos en la integración de niveles asistenciales: resultados. Dña. M^a Luisa Ruiz Miralles

CO_19. Comunicación: El cuidador familiar: Me olvide de vivir. Dña. M^a Dolores Saavedra Llobregat.

11,00 h. Debate Mesa Comunicaciones 4.

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

11,45 h. CONFERENCIA DE CLAUSURA

Ponente: D. Jose Antonio Avila Olivares. *Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)*

“Cien años al servicio de la Profesión Enfermera”.

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante

12,45 h. Lectura de Conclusiones.

Comunicación Fallo Comité Científico. Entrega de Premios.

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

13,30 h. Fin de las Jornadas.

8. TALLER-MUSEO DE ENFERMERÍA

Centenario del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.

“INNOVANDO CON LA HISTORIA”

Coordinadora: Belén Payá Pérez

Presidenta Colegio de Enfermería de Alicante.

Supervisora Hospital General de Alicante.

Bajo el lema de las Jornadas: “Innovar, un compromiso con la sociedad” el Colegio de Enfermería presenta una exposición de gran valor histórico que recoge la evolución de la profesión a través de los instrumentos, utillaje, trajes, cartelería sanitaria, documentos, libros, y una excepcional colección filatélica que ofrece a los profesionales y a la sociedad en general un recorrido a través de nuestra historia. Se presenta un total de 400 piezas.

La presentación de estas colecciones en la XV Jornadas de Enfermería del HGUA forma parte de las numerosas actividades que el Colegio de Enfermería de Alicante ha desarrollado a lo largo de este año en conmemoración de su Centenario (1909-2009).

La Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería de Alicante agradece a los profesionales de Enfermería que hayan hecho posible esta presentación, permitiéndonos contar con sus colecciones que con tanto interés y esfuerzo han creado. De igual manera a la División de Enfermería del HGUA, al Colegio de Enfermería de Murcia, a la Fundación “José Llopis” y al Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, nuestro reconocimiento por su gran ayuda y generosidad.

Animamos a todos los que quieran seguir este ejemplo a que se ilusionen con proyectos que dinamicen y hagan crecer nuestra profesión, estaremos con ellos.

Ponentes:

- Colección de Libros antiguos de enfermería y relacionados:
Koldo Santisteban Cimarro. Vocal II Colegio de Enfermería Bizkaia.
- Colección Cartelería Sanitaria:
Montserrat Angulo Perea. Vocal IV Colegio de Enfermería Alicante.
- Colección Museo Histórico de Enfermería:
Antonio Verdu Rico. Vicepresidente Colegio de Enfermería de Alicante.
Presidente Fundación “José Llopis”.
- Colección Filatélica de Enfermería:
M^a Teresa Miralles Sangro. Profesora titular del Departamento de Enfermería,
Universidad de Alcalá (Madrid).
- Colección trajes antiguos de Enfermería:
Material cedido por el Colegio de Enfermería de Murcia.

COLECCIÓN: LIBROS DE ENFERMERÍA ANTIGUOS Y RELACIONADOS

“Cien años de historia. Cien libros con historia”

Koldo Santisteban ha realizado una selección de 100 libros de su colección, de los que casi la mitad han sido editados en la Comunidad Valenciana y dado que la muestra ha sido concebida para las XV Jornadas de Enfermería sobre Trabajos Científicos del Hospital General Universitario de Alicante, la misma la integran un número importante de volúmenes relacionados con la Enfermería hospitalaria.



Junto a ellos, se exhiben también ejemplares de una enciclopedia de Medicina familiar, otros relacionados con el ámbito de la sexualidad y algún otro sobre la especialidad de Obstétrico-Ginecológica (Matrona) conformando los que el autor llama como “relacionados”.

A través de esta colección se va a ofrecer una visión retrospectiva de la profesión en diferentes áreas, que el público podrá contemplar a través de los contenidos de las obras y de sus interesantes grabados. Precisamente, Santisteban ha preparado una selecta recopilación de grabados que estarán a disposición de los visitantes para que se puedan consultar y fotocopiar libremente.

“A través de estos libros se aprende a valorar mucho más nuestra maravillosa profesión. Se aprecia el enorme interés en todos los tiempos por actualizar los conocimientos y, sobre todo, se adquiere una gran perspectiva histórica desde las distintas denominaciones profesionales”, ha declarado Koldo Santisteban, quien añade que “la temática de muchos libros de Enfermería antiguos parece ser el prelude de temas que hoy están de actualidad”.

Presentación:

La muestra “Cien años de Historia, cien libros con historia” viene a complementar a nivel general lo que supone a nivel particular la historia del Colegio de Enfermería de Alicante al cumplirse cien años de su creación.

Con ella, además de retroceder en el tiempo hasta los orígenes de la profesión, se podrán contemplar numerosas obras contemporáneas de la institución colegial alicantina que vendrán a contextualizar las épocas por las que ha pasado el Colegio de Alicante a lo largo de estos cien años.

Objetivo:

Difundir la historia de Enfermería a través de los libros, una historia intensa y muy completa.

Demostrar el interés que ha habido siempre en la profesión por estar actualizada en los conocimientos de cada época.

Koldo Santisteban, autor de esta exposición, es enfermero y vocal II de la Junta del Colegio de Enfermería de Vizcaya. Ha dedicado buena parte de sus más de 30 años de vida profesional a la Enfermería Familiar y Comunitaria, trabajando 15 de ellos como enfermero de APD.

Koldo ha compaginado su ejercicio profesional con la pasión por coleccionar y exponer libros sobre Enfermería, afición a la que está totalmente entregado desde hace años.

Gracias a ello ha conseguido atesorar unos fondos bibliográficos compuestos por más de 1.200 ejemplares, entre los que se incluyen algunos tan antiguos como un volumen de 1572.

Su primera exposición tuvo lugar hace seis años en la Escuela de Enfermería de Alcalá de Henares en el Congreso de Historia de Enfermería celebrado en esta localidad madrileña. A partir de ahí se han sucedido las muestras, llegando en esta ocasión al Hospital General Universitario de Alicante y al Colegio de Enfermería de Alicante.

ksantisteban@duebizkaia.com

COLECCIÓN: CARTELERÍA SANITARIA “Educación para la Salud”

El cartel, tal y como lo conocemos hoy, apareció en el siglo XIX, coincidiendo con el auge de la industrialización y la necesidad de dar publicidad a lo que se producía. Por otro lado, la invención de un nuevo método de impresión, la litografía, permitió la ilustración en color de los carteles y aumentó sus posibilidades de uso.

Los carteles han sido utilizados para anunciar todo tipo de productos y servicios. En el siglo XX, a partir de la I Guerra Mundial, el cartel pasa a ser un instrumento de propaganda al que se recurre con gran frecuencia, ya sea para reclutar soldados o para llevar a cabo campañas sanitarias.



Desde su aparición en su formato actual en la segunda mitad del siglo XIX, ha cumplido con su cometido como medio de comunicación y de transmisión de mensajes, siendo innegable su papel instructor, dotando a la imagen de un sentido expresivo. Cartelismo y propaganda son dos términos íntimamente ligados, que en la Educación para la Salud se utilizan como herramientas para crear una Cultura de Salud en la población.

Cada cartel identifica elementos que intervienen en el proceso salud/enfermedad, con el fin de desarrollar conductas en los individuos que les permitan conocer los riesgos para su salud e indicando la actuación de prevención o promoción.

El cartel se manifiesta como una actividad artística al servicio de una ideología, estando su mensaje supeditado a los objetivos y paradigmas de salud imperantes, pero en sus aspectos formales y estéticos se mantiene plenamente abierto a las corrientes de la época.

En esta exposición se presentan 48 carteles relacionados con la Educación para la Salud desde 1924 hasta nuestros días.

Presentación:

La muestra recoge 48 carteles de Educación para la Salud, algunos de ellos pertenecen a la época higienista que se encontraron en diversos archivos a raíz de las investigaciones realizadas por la autora, movida por el deseo de obtener conocimientos sobre la Enfermería asturiana en su entorno (escuela y profesión), inquietud que fue transformándose en un deseo de búsqueda, de cualificación académica y de superación personal y profesional y que tuvo como último fin aportar y compartir conocimiento a la profesión.

Objetivo:

Abordar la Educación para la Salud desde la Historia de la Enfermería, aceptando que la historia regional y local son historias posibles, siendo conscientes que el espacio micro que definimos es a la vez un instrumento analítico y que diversos enfo-

ques pueden resultar muy productivos para construir nuevas formas de enseñanza de la Historia del Cuidar en la Enfermería y replantearse o cuestionarse una historia limitada a la búsqueda de ancestros o a la glorificación de la profesión descontextualizada de otros procesos.

Carmen Chamizo es enfermera del Centro de Salud de Perchera (Gijón), doctora cum laude por la Universidad de Alicante con la tesis El proceso de profesionalización de la Enfermería en Asturias (1857-1977): períodos de inteligibilidad. Además, es profesora asociada del Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo.

Gran interesada y promotora del estudio de la historia de la Enfermería en el Principado de Asturias y en los ámbitos nacional e internacional a través de la Red de Historia y Pensamiento de la Fundación Índex, donde es coordinadora de la revista Temperamentum.

carmenchamizo@hotmail.com

(Fondos de la exposición donados por Dña. Carmen Chamizo al Fondo Cultural del CECOVA y depositados en el Colegio de Enfermería de Alicante - C/ Capitán Dema, 16 - Alicante - www.enferalicante.org)

COLECCIÓN: MUSEO HISTÓRICO DE ENFERMERÍA “Recuperando el patrimonio profesional”

En los antiguos instrumentos y utilajes, textos, títulos y documentos del pasado de la profesión, descansa parte de nuestro patrimonio. Un patrimonio vivo en cuanto que transmite experiencias, emociones y conocimientos de la práctica profesional acontecida, recordando figuras de capital importancia, como la del Practicante, la Enfermera, la Matrona y el Ayudante Técnico Sanitario, de los siglos XIX y XX.



La fundación José Llopis Diez, con la colaboración del Colegio Oficial De Enfermería de Alicante, ha adquirido el compromiso de conservar, custodiar y difundir este patrimonio, dando lugar al Museo Histórico de Enfermería. Un Museo dinámico, abierto y en continuo crecimiento, que favorece una relación dialéctica entre el pasado y el presente profesional, proyectado a la comunidad enfermera mediante exposiciones itinerantes y por medio de la aplicación de nuevas tecnologías que permiten configurar su faceta virtual.

Los fondos del Museo suman cerca de 2000 piezas, entre utilaje, documentos, libros, etc. Su procedencia es diversa, en algunos casos son donaciones de profesionales de Enfermería, instituciones, etc.

Así, los temas representados en la muestra expositiva, requieren una mirada con sensibilidad histórica que permita vislumbrar parte de la transformación de la Enfermería de la que son testimonio y legado los diferentes materiales. Cada objeto habla de una finalidad, de una época determinada, de quienes los usaban y de un orden específico en la manera de hacer las cosas. Verlos y “escucharlos”, también requiere imaginación, para reconocer y comprender la realidad a la que pertenecieron.

Presentación:

Coincidiendo con la celebración de los cien años del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante, se inaugura la primera colección del Museo Histórico de Enfermería de la Fundación José Llopis. Con esta muestra de objetos se busca ilustrar algunos aspectos instrumentales del cuidado en el siglo pasado.

Practicantes, Enfermeras, Matronas y Ayudantes Técnicos Sanitarios de Alicante, durante el siglo pasado, conocieron y dominaron diversos instrumentos y técnicas a favor del cuidado. Parte de su legado está presente en esta colección.

Objetivos:

1. Contribuir a la conservación del patrimonio histórico de la enfermería y sus riquezas etnográficas.
2. Incentivar la investigación histórica en enfermería.

3. Promover el reconocimiento e identidad profesional, mediante la conservación y exposición de elementos legados de su práctica cotidiana.
4. Educar en la historia de enfermería, resaltando el valor de los recursos tecnológicos e instrumentales, como elementos facilitadores del cuidado.
5. Difundir a un amplio público, los contenidos del museo y los resultados de sus investigaciones

La Fundación José Llopis nace a finales de los años 70 como consecuencia de la desaparición de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Masculinos de Alicante, heredando su patrimonio para continuar su labor en favor de la profesión.

A partir de este momento ha desarrollado un intenso trabajo guiado por los fines y objetivos fijados en sus estatutos, como la difusión y promoción de los estudios de Enfermería en todos sus grados y especialidades, fomento de la investigación, promoción de un mayor conocimiento de la profesión y sus disciplinas, así como la formación permanente de los titulados ofreciendo los medios adecuados para la mejora profesional, cultural y humana, entre otros.

(Fondos del Museo depositados en el Colegio de Enfermería de Alicante - C/ Capitán Dema, 16 - Alicante - www.enferalicante.org)

COLECCIÓN: FILATÉLICA DE ENFERMERÍA: “La enfermera: cuidar, enseñar y confortar”

El recorrido de la Exposición comienza con la representación de aquello que es la esencia y da origen a la profesión enfermera, el cuidado de la vida, Para el ser humano la situación básica del ser y el estar en este mundo es cuidarse, que en definitiva es preocuparse por ser y estar.

Mediante breves y profundas imágenes se va deshilvanando el concepto y la evolución de una profesión cuyo origen se pierde en las brumas de la Edad Media.

El tercero y cuarto de los ejes de nuestro coloquio recoge lo que de significativo tuvo la influencia de la guerra para la implementación de la enfermería profesional en una humanidad rota por el conflicto. Termina mostrando los primeros pasos de la formación de enfermeras laicas en las Escuelas de Enfermería.

En el quinto se desbroza la construcción de un nuevo mundo en el que la enfermera ya forma parte activa de la sociedad. Sin olvidar esos espacios donde se condensa el dolor, las vías férreas, el constante y masivo desplazamiento de las personas.

El sexto y séptimo desgranar la actividad profesional de las enfermeras en los espacios y temas más candentes. Llevando a cabo del proceso de los cuidados en la salud y en la enfermedad, conscientes de la intimidad del individuo en la globalidad social.

El octavo busca interpretar el reconocimiento social a la profesión. Recuperando la idea de que las personas y sus historias permanecen (y sobreviven) en mundos materiales.

1. Los cuidados de la vida esencia de la enfermería
2. De cuidado doméstico a profesional
3. Incidencia de los conflictos bélicos en la profesionalización enfermera
4. Enfermería profesional
5. Enseñar a cuidarse
6. Confortar a la persona en sus dolencias
7. Nuevos retos para la enfermería
8. Enfermería y sociedad

Presentación:

La exposición se inscribe en el proyecto de creación de la Fundación M^a Teresa Miralles Sangro para el estudio de la evolución de los cuidados y el desarrollo de la Enfermería.

La colección se centra fundamentalmente en diverso material filatélico de diversos países y momentos, donde se refleja la vida y la labor de las enfermeras, los acontecimientos más sobresalientes de su historia, fundaciones, organizaciones, reuniones profesionales y personalidades del mundo de la enfermería



Objetivo:

Estimular la investigación sobre la historia de los cuidados de enfermería y promover actitudes que favorezcan el estudio sobre los cuidados de la salud.

M^a Teresa Miralles Sangro (Madrid, 1946), es diplomada en Enfermería por la UNED, a lo largo de sus más de treinta años de vida profesional ha ejercido como enfermera en servicios hospitalarios de la red pública. Asimismo ha participado activamente en congresos Nacionales e Internacionales como conferenciante y ha publicado diversos artículos sobre historia de la enfermería en revistas profesionales.

Durante el año 2001 promociona la Fundación María Teresa Miralles Sangro para el Estudio de la Evolución de los Cuidados y el Desarrollo de la Enfermería, que queda inscrita definitivamente en el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte en octubre de ese mismo año.

El interés por todo lo relacionado con la profesión le llevó a coleccionar todo tipo de objetos relacionados con los cuidados de enfermería, entre ellos los sellos de correos. En la actualidad es profesora titular del Departamento de Enfermería en la Universidad de Alcalá (Madrid, España).

teresa.miralles@uah.es

9. PREMIOS

PREMIOS A LA MEJOR COMUNICACIÓN OTORGADOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO

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

2.º Premio de: 350,00 euros

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

PREMIOS AL MEJOR CARTEL/PÓSTER OTORGADOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO

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

2.º Premio de: 150,00 euros

PREMIO OTORGADO POR VOTACIÓN POPULAR

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

TOTAL PREMIOS EN METÁLICO: 1.930,00 Euros

10. ENTIDADES COLABORADORAS Y EXPOSICIÓN COMERCIAL



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT



CECOVA

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



FUNDACIÓN
PARA LA INVESTIGACIÓN

Hospital General Universitario de Alicante

Hospital General
Universitari d'Alacant
Centre d'Españolisme Salud

11. CONFERENCIA INAUGURAL

“GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN Y PAPEL DE LOS HOSPITALES EN LOS SISTEMAS DE INNOVACIÓN”

D. Guillermo Dorronsoro Artabe.

Director General de Innovación Tecnológica Agencia Vasca de la Innovación.



**XV Jornadas
de Enfermería
sobre Trabajos Científicos**

**Gestión de la Innovación
y papel de los Hospitales en los
Sistemas de Innovación**

innobasque
bertikuntzaen euskal agentzia agencia vasca de la innovación

Alicante, 20 de Noviembre de 2009

**Creativity
and Innovation**
European Year 2009

1

¿ Por qué ahora
todo el mundo habla
de Innovación ?...

2

¿ Y eso cómo le afecta
a mi Hospital,
cómo me afecta a
mí ?

1

¿ Por qué ahora
todo el mundo habla
de Innovación ?...



1



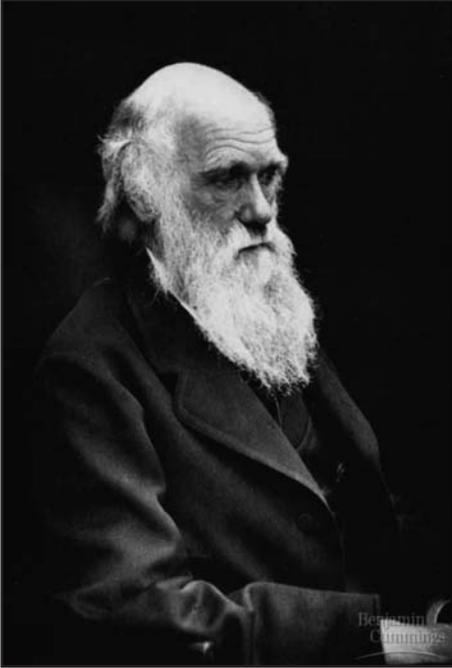
Creativity
and Innovation
European Year 2009

¿ **Por qué ahora
todo el mundo habla
de Innovación ?...**

1

**...si la Innovación
es más vieja
que Matusalén**

¿ **Por qué ahora
todo el mundo habla
de Innovación ?...**



La innovación es más vieja que Matusalén

Owing to this struggle for life, any variation, however slight and from whatever cause proceeding, if it be in any degree profitable to an individual of any species, in its infinitely complex relationship to other organic beings and to external nature, will tend to the preservation of that individual, and will generally be inherited by its offspring.

...

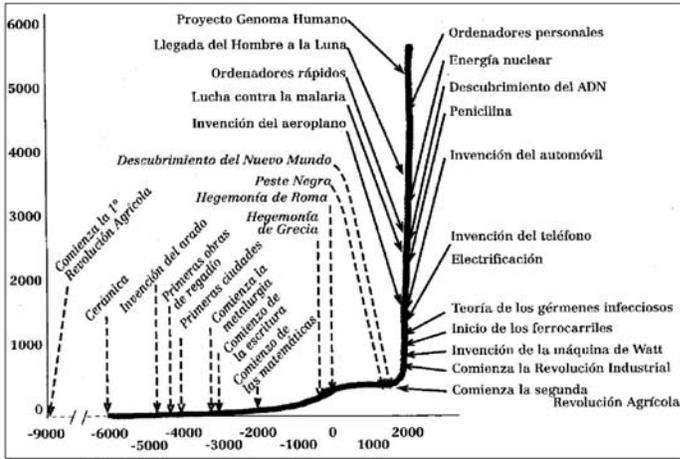
I have called this principle, by which each slight variation, if useful, is preserved, by the term Natural Selection ...

Charles Darwin,
Origin of Species, 1859



**Si el cambio
se acelera,
la innovación cobra
más importancia**

**Si el cambio
se acelera mucho,
innovación
= supervivencia**



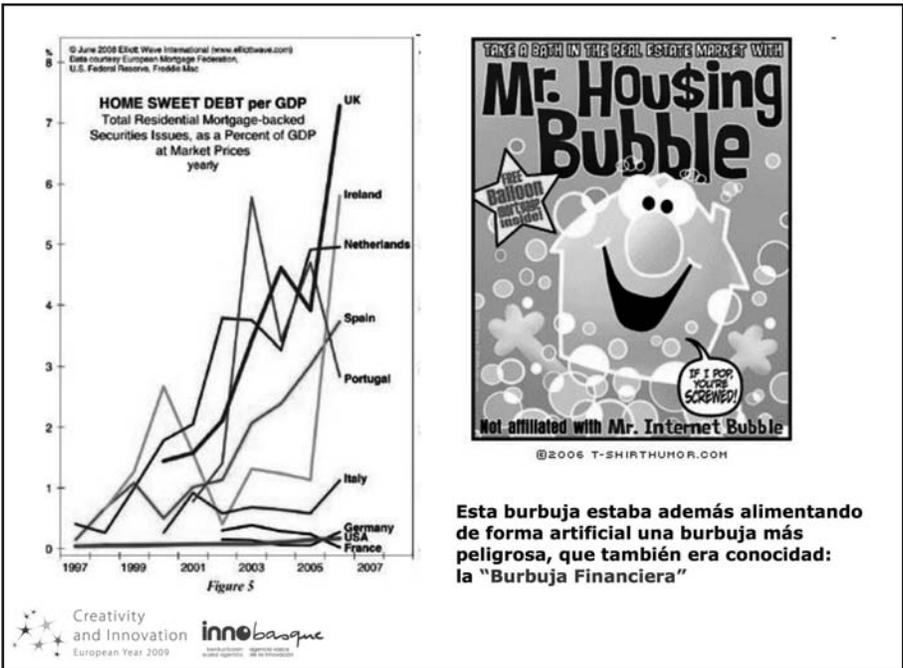
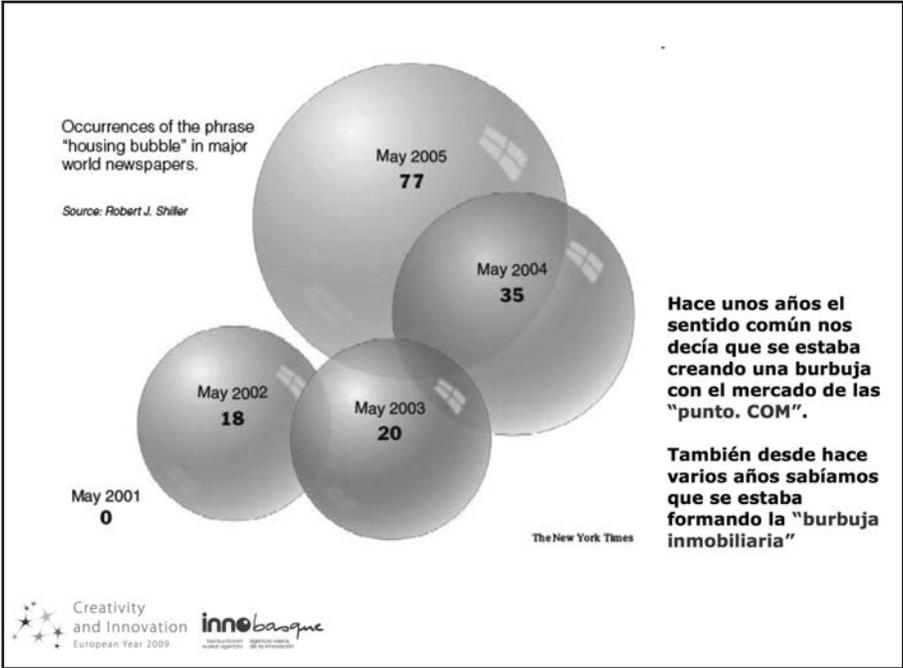
Fuente: Eric Hobsbawm

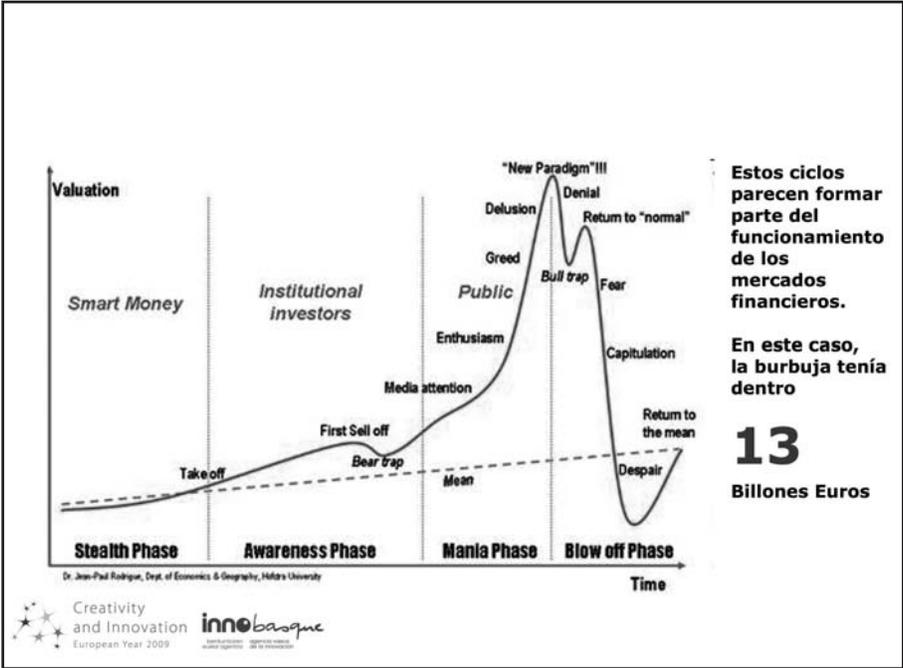
¿ Se está acelerando el ritmo de cambio ?

**Y con esto
de la crisis
...lo de la Innovación**

**¿sigue siendo
importante?**







Evolución de la población mundial

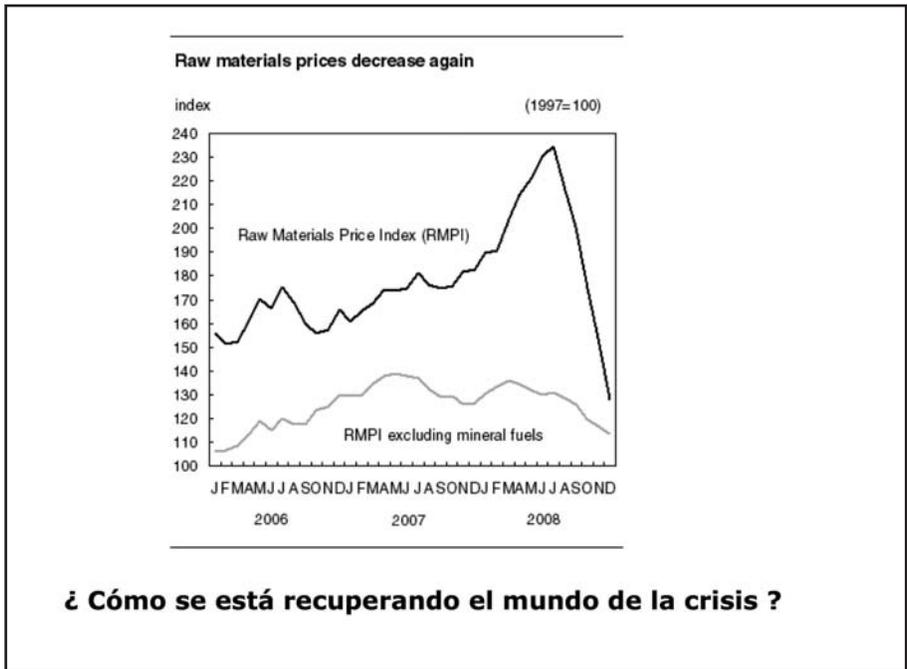
BLOQUES	2000		2025		2050	
	Mill. Personas	%	Mill. Personas	%	Mill. Personas	%
DESARROLLADOS	1.072	18	1.089	14	1.088	12
EMERGENTES	4.985	82	6.920	86	8.234	88
TOTAL MUNDO	6.057	100	8.009	100	9.322	100

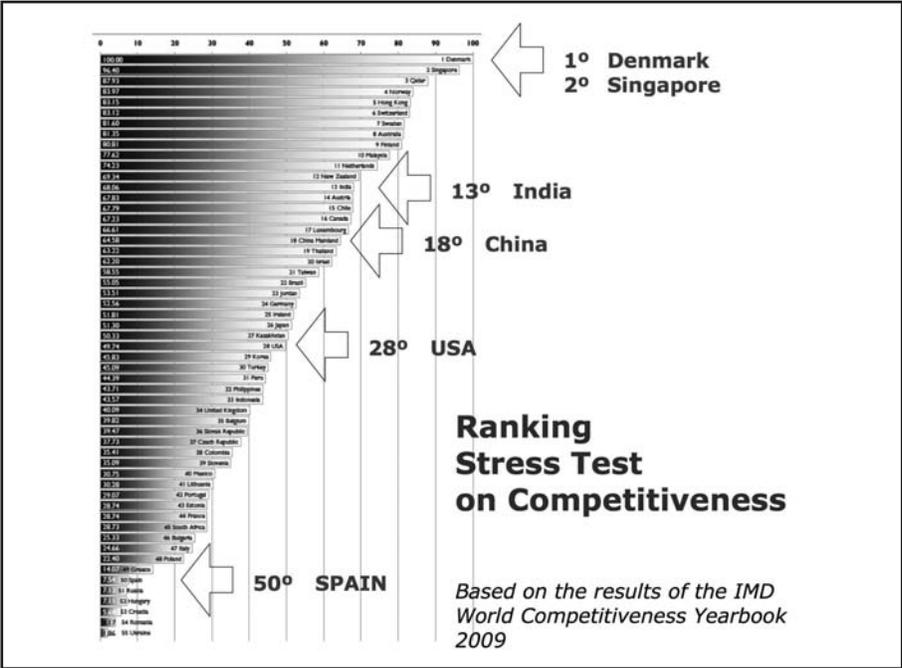
¿ Cómo se está recuperando el mundo de la crisis ?

Evolución del Consumo mundial

Bloques económicos	2005		2025	
	Bill. \$	%	Bill. \$	%
D - 6	13,1	43	20,6	37
E - 6	7,6	25	24,8	45
Otros	9,7	32	9,6	18
TOTAL MUNDO	30,4	100	55,0	100
ESPAÑA	0,6	1,8	0,9	1,7
D - 6 = USA + GB + J + D + F + I				
E - 6 = CH + IND + RU + BR + MEX + COR SUR				

¿ Cómo se está recuperando el mundo de la crisis ?





I realized early that the only way in which an organization – whether a government, business or non-profit institution – can maintain continuity is by building into its very structure an organized systematic capability for innovation

The 21st – Century CEO
 A conversation with Peter Drucker, 1996.

¿ Y la Innovación nos puede ayudar ?



India and China are a tsunami about to overwhelm us. I predict that millions of jobs will be destroyed in our country, like in the 1980's, when American firms refused to adopt total-quality management techniques, while the Japanese surged ahead.

The only way out is innovation

Curtis Carlson
CEO Stanford Research Institute
The Economist, 13.10.2007

**¿ Y la Innovación
nos puede ayudar ?**



Tsunami

ESTRATEGIA DE LISBOA

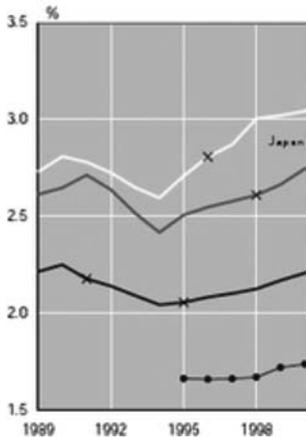
Establecida en el año 2000
fija objetivos para el año 2010

Objetivo global:

Transformar la economía europea en la economía basada en el conocimiento más **competitiva y dinámica** del mundo, capaz de crecer económicamente de **manera sostenible** con **más y mejores empleos y mayor cohesión social**

Europa se dio cuenta hace 8 años, y decidió pisar a fondo el acelerador

GERD as a percentage of GDP
DIRD en pourcentage du PIB

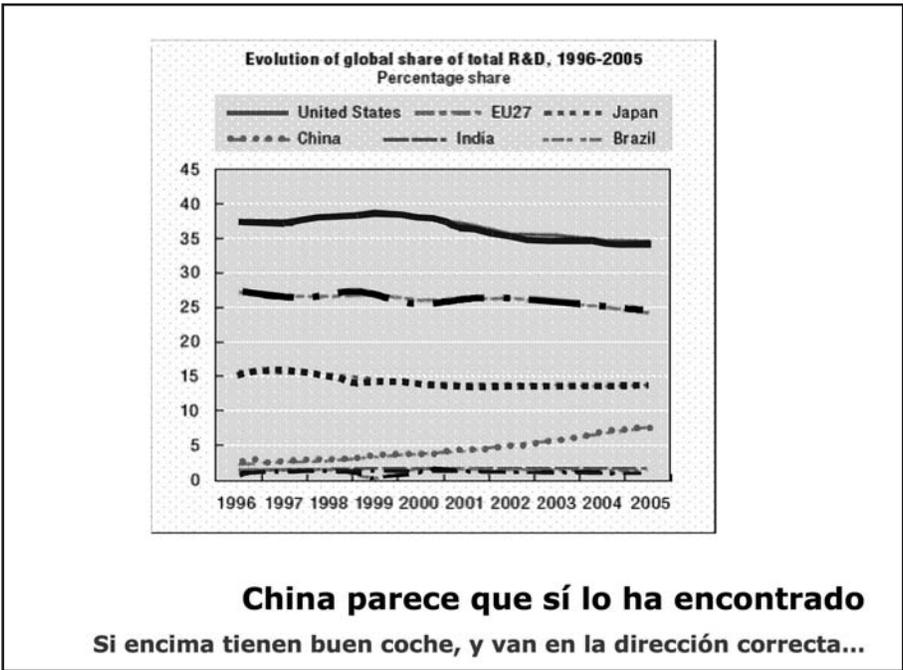
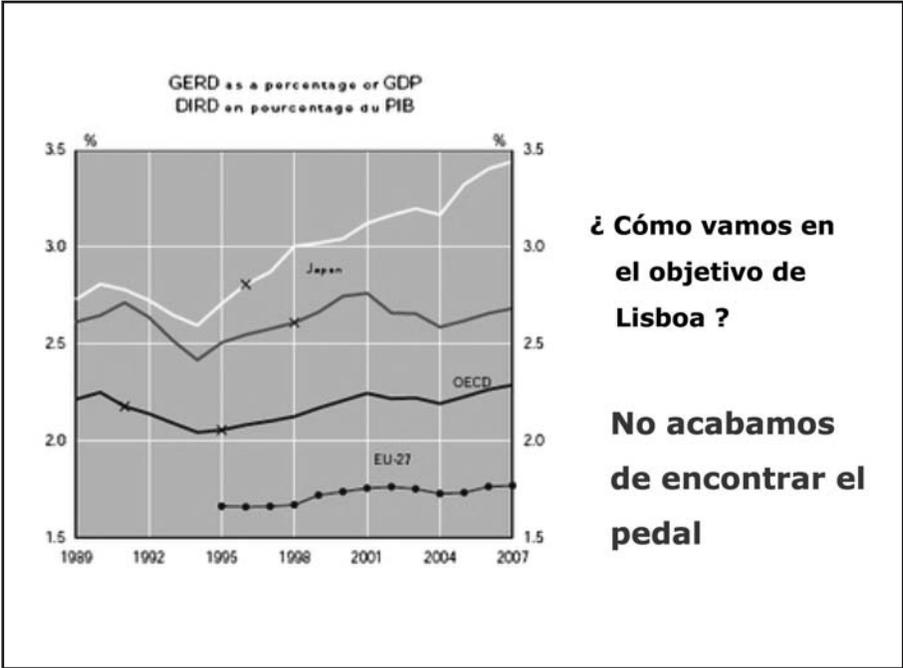


Objetivo de Lisboa: Gasto I+D = 3% PIB

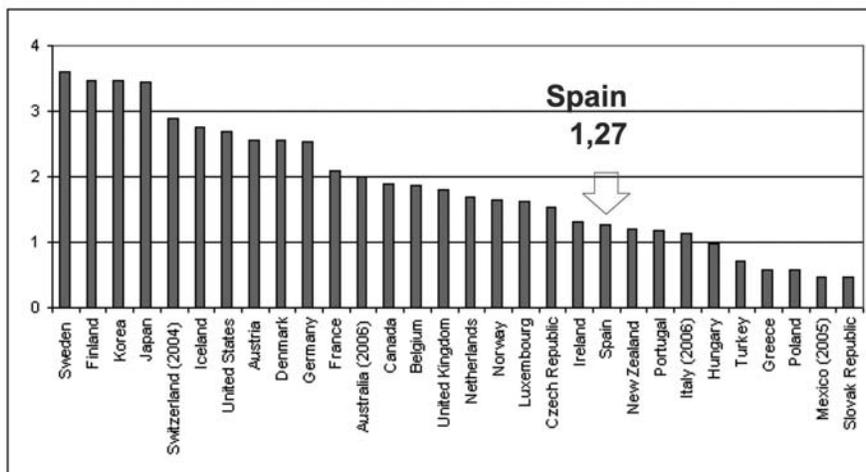
Es una forma arcaica de medir la innovación tecnológica (I+D+i).

Es como medir lo que anda un coche por la gasolina que ha gastado. Tampoco nos dice si estamos yendo por la carretera correcta.

Se usa todavía bastante, porque no hay otra cosa

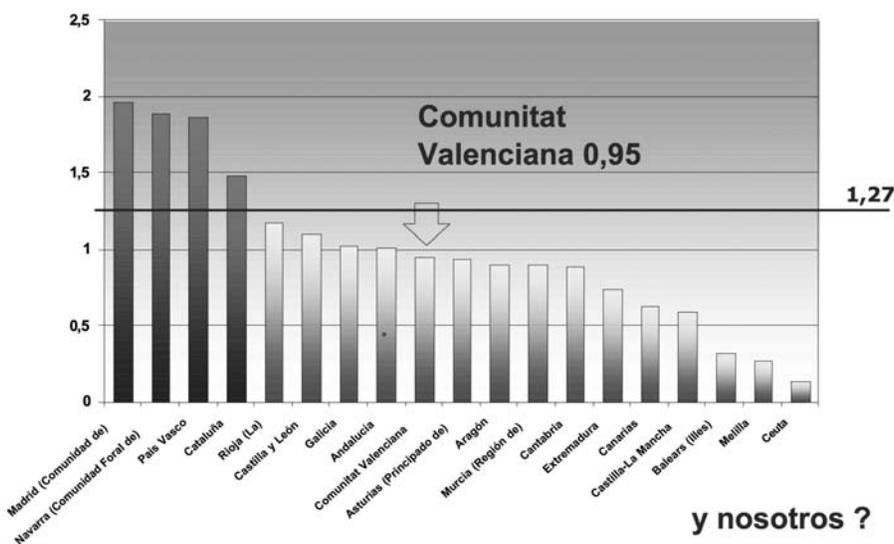


R&D in relation to GDP in OECD 2007, percent



y nosotros ?

% Gastos de I+D / PIB Año 2007(INE)



y nosotros ?



**Los líderes europeos necesitan encontrar el pedal de la Innovación
¿ Quién falta en esta foto, que les pueda ayudar ?**



Falta la Sociedad, faltan las Personas



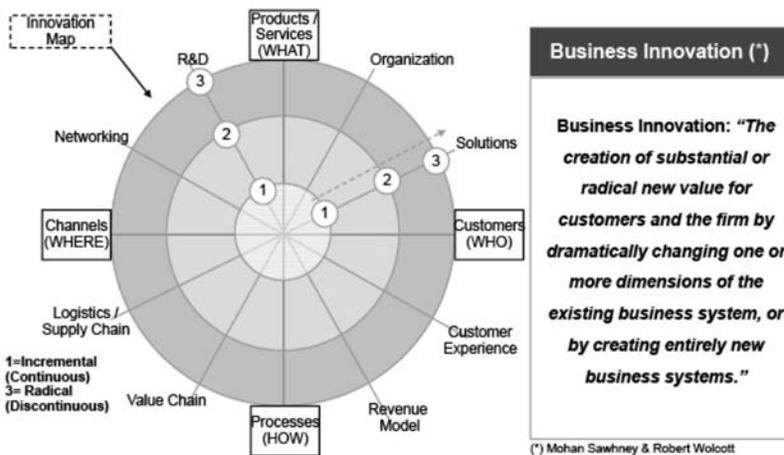
Es el momento de las Personas

2

**¿ Y eso cómo le afecta
a mi Hospital,
cómo me afecta a
mí ?**

- **No hay una ISO 9000 de la Innovación**
- **Hay aproximaciones muy diferentes para implantar la Innovación en un Hospital**
 - Desde la EFQM/Calidad (enfoque “procesos”)
 - Desde la gestión de la I+D+i (enfoque “científico - tecnológico”)
 - Desde la participación (enfoque “personas”)
 - Desde la estrategia / organización / sistemas

¿ Cómo se gestiona la innovación en un Hospital ?



¿ Cómo se gestiona la innovación en un Hospital ?



La innovación en la gestión hospitalaria: implicaciones y experiencias
 Noviembre 2008
 INFORME 2008-2009
 Fundación PERISCOPIHOS

Evolución en el enfoque de la Innovación

versión
1.0.

Innovación orientada por la Ciencia y la Tecnología (I+D+i)

- La Innovación (i) es consecuencia de la actividad de I+D (Innovación Tecnológica)
- Indicadores exclusivamente de INPUT (i.e. Gasto en I+D / PIB, N° de Investigadores)



versión
2.0.

Innovación orientada por el Mercado (competitividad)

- La Innovación se produce en las Empresas que compiten en el Mercado: existe Innovación Tecnológica (Producto y Proceso) y no Tecnológica (Marketing y Organización)
- La innovación se beneficia de un entorno apropiado (Sociedad innovadora)
- Se añaden indicadores de OUTPUT, centrados en los resultados de la I+D (i.e. EIS, RIS,...)



versión
3.0.

Innovación centrada en las Personas (multienfoque)

- **Innovan las Personas**, en las Comunidades Sociales, en las Empresas, o creando Nuevas Iniciativas Empresariales, y sobre el apoyo de un Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación orientado a resultados, y sólidamente interconectado a escala global
- La Promoción de la Cooperación y la Comunicación constituyen factores claves
- El Territorio constituye también un factor diferencial, en sus diferentes escalas
- Es preciso añadir nuevos Indicadores, centrados en las Personas, sus valores y sus actitudes. Los indicadores deben adaptarse a las diferentes realidades.

Evolución en el enfoque de la Innovación



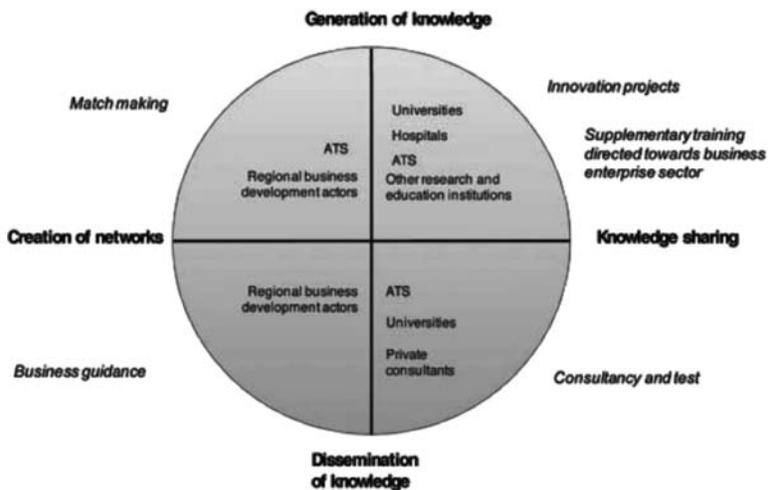
Appendix 1. National innovation strategies in seven OECD countries

In order to identify the leading policy innovative countries, four criteria for broad-based innovation formulation have been developed.

The four criteria for broad-based innovation are:

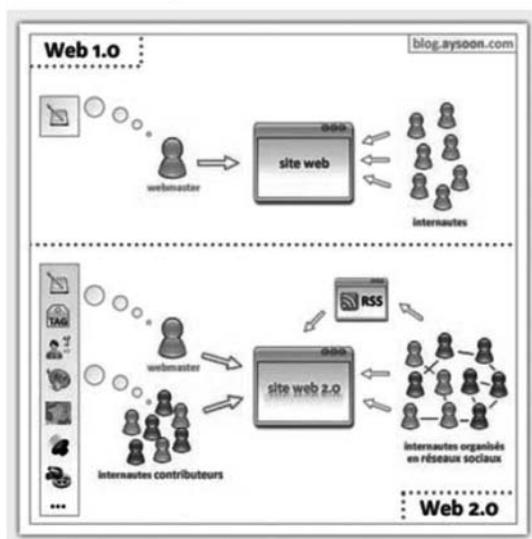
1. The country should perform well according to innovation indicator systems ²⁰
2. The country should recently have introduced (or plan to introduce) a national innovation strategy
3. The innovation strategy is implemented broadly across several ministries and at high political level
4. The national innovation strategy should be broad-based and include dimensions from a new nature of innovation.

Evolución en el enfoque de la Innovación



Source: DAMVAD, Mapping of the Danish knowledge system, 2008

Evolución en el enfoque de la Innovación



Un ejemplo: LinkedIn

	First 5 years	In the last year
Members	22,000,000	40,000,000+
User Groups	50,000+	300,000+
Languages	1	4
Applications	0	11
Answers	1,000,000	2,000,000+

Un ejemplo: LinkedIn

LinkedIn Gente Empleos Respuestas Empresas Cuenta y configuración | Ayuda | Cerrar sesión Idioma

Tipo de cuenta: Básica | Actualizale Gente Buscar Avanzada

Inicio Grupos European Regional Innovation Scoreboard 2.0 Thought in Euskadi Accenture Alumni Worldwide Group Ver todo » Perfil Editar mi perfil Ver mi perfil Recomendaciones Contactos Contactos importados Organizador de perfiles Estadísticas de la red Buzón (1) Redactar mensaje Recibidos (1) Enviados Archivados Aplicaciones

Grupos **HealthCare & Wellness Innovators, Medical, Pharmaceuticals &...** Mis grupos | Directorio de grupos | Crea un grupo | Preguntas

Resumen Debates Noticias Empleos Subgrupos Más Perfil

Comenzar un debate Enviar noticias Compartir grupo

Debates Actividad reciente Debates recientes Con más comentarios

Gene therapy for Eye Diseases – Success encourages to follow others.
Por Dr. Shiva Murthy Nanjundappa, MD (Pharmacology) hace 1 día
Seguir debate | Añadir comentario »

Developmental screening tools and resources
Por Suzanne Del Sarto hace 1 día
Seguir debate | Añadir comentario »

Are you interested in a fixed price for getting a European or a national patent?
Por Saren Boye hace 2 días
Seguir debate | Añadir comentario »

DAVID ROCK "LIVE" IN INDIA World's Most Successful & Effective Coach Training Program

Actualizaciones: últimos 7 días

Ayer
Dr. Shiva Murthy Nanjundappa, MD (Pharmacology) comenzó un debate: **Gene therapy for Eye Diseases – Success encourages to follow others.**
hace 1 día Añadir comentario »

viernes
Suzanne Del Sarto comenzó un debate: **Developmental screening tools and resources**
hace 1 día Añadir comentario »

Grant Van Der Jagt, JD, MBA, MA comenzó un debate: **7 days left to join trump network in**

Un ejemplo: Twitter



originsg: \$10M X-Prize for health 2.0 innovation - join the blog rally - <http://doiop.com/health2XPRIZE> (about 17 hours ago from web)

Blog Post

May 26, 2009...4:00 am

Blog Rally:

Raising Awareness for Public Participation in Healthcare X PRIZE Development

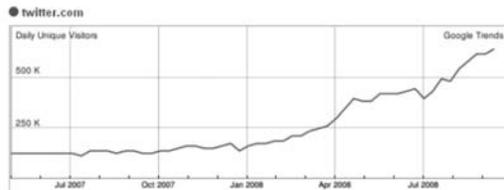
We are entering an unprecedented season of change for the United States health care system. Americans are united by their desire to fundamentally reform our current system into one that delivers on the promise of freedom, equity, and best outcomes for best value. In this season of reform, we will see all kinds of ideas presented from all across the political spectrum. Many of these ideas will be prescriptive, and don't harness the power of innovation to create the dramatic breakthroughs required to create a next generation health system.

We believe there is a better way.

This belief is founded in the idea that aligned incentives can be a powerful way to spur innovation and seek breakthrough ideas from the most unlikely sources. Many of the reform ideas being put forward may not include some of the best thinking, the collective experience, and the most meaningful ways to truly implement change. To address this issue, the [X PRIZE Foundation](#), along with [WellPoint Inc](#) and [WellPoint Foundation](#) as sponsor, has [introduced a \\$10MM prize](#) for health care innovators to implement a new model of health.

The focus of the prize is to increase health care value by 50% in a 10,000 person community over a three year period.

Un ejemplo: Twitter



Twitter Geographic Data



Twitter Demographic Data

**¿Por qué ahora
todo el mundo habla
de Innovación?**

- **Sobrevivir = adaptarse al entorno = cambiar**
- **El entorno está cambiando a un ritmo acelerado**
- **O implicamos a todos los agentes, o fracasaremos**

**¿ Y eso cómo le afecta
a mi Hospital,
cómo me afecta a
mí ?**

- **Hay muchos enfoques posibles, todos válidos: traje a medida**
- **Los Hospitales están ganando peso en los Sistemas de Innovación**
- **El proceso de innovación no es líneal: trabajo en red**



20072009

innobasque
INNOVACIÓN Y SERVICIOS

Gracias !

gdorronsoro@innobasque.com

<http://es.linkedin.com/in/guiller>

<http://twitter.com/guillerdorron>

www.innobasque.com

www.thoughtineuskadi.com

12. CONFERENCIA DE CLAUSURA

CIEN AÑOS AL SERVICIO DE LA PROFESIÓN ENFERMERA “COLEGIO DE ENFERMERÍA DE ALICANTE”

D. José Antonio Ávila Olivares

Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. CECOVA.

Secretario del Colegio de Enfermería de Alicante

Los antecedentes históricos de los Colegios Profesionales, nos trasladan al siglo XV y hay que buscarlos en las formas de asociación que imperaban en la época, Cofradías, Hermandades, y mas en concreto en los Gremios que, en sentido mas general de la palabra, eran asociaciones de trabajadores que tenían la misma profesión y se sujetaban a determinadas ordenanzas para lograr fines beneficiosos y comunes a su clase.

Eran los encargados de examinar a quienes pretendían ejercer una profesión y de esta forma cuidar la buena praxis profesional, al tiempo de ser una forma de combatir y proteger a la población del intrusismo.

La actual Enfermería, seguramente sea una de las titulaciones universitarias que más denominaciones ha tenido a lo largo de su historia. Una circunstancia que ha propiciado un entramado asociativo muy diverso en relación con su cometido profesional y el nombre de cada momento, siendo la función de auxiliar del médico, un importante condicionante en su vida corporativa.

Podíamos decir que nuestra profesión, la Enfermería, es el resultado del desarrollo, evolución y fusión, en 1953, de tres profesiones Auxiliares Sanitarias, en otra de idénticas características profesionales, pero con la peculiaridad de que la nueva denominación, Ayudante Técnico Sanitario, no tenia referente en ningún país del mundo.

Posteriormente, en 1977, estos estudios se convierten en Universitarios y como consecuencia de ello, dan paso a una titulación que llega a nuestros días con el nombre de <Enfermera>.

Dos periodos de tiempos muy distintos pero con un denominador común, la presencia de los Colegios Profesionales. Únicas instituciones que han acompañado siempre a la actual Enfermería, a lo largo de todo su proceso evolutivo y siendo, en gran medida, los promotores e impulsores de todos sus avances. Unas Organizaciones que también han sufrido sus correspondientes transformaciones, como veremos a continuación.

Como preámbulo y de forma global, para enmarcar históricamente, el nacimiento y evolución del movimiento colegial en la provincia de Alicante, hay que señalar que nuestro pasado profesional más esclarecedor lo podemos situar en el año 1857 con la promulgación de la Ley de Instrucción Pública, más conocida como Ley Moyano, en donde de forma oficial nace la titulación de Practicante, la cual viene a sustituir a la de Cirujano Menor o Ministrante regulada en 1846¹.

Anteriormente, en 1827, se había normalizado la figura del Cirujano Sangrador², mientras que las Matronas por Real Cedula de 6 de mayo de 1804, ven regulados su examen de reválida para el ejercicio profesional.

En cuanto a la Enfermería, aunque la primera escuela de enfermeras se crea en Madrid en el año 1880³, no existe en España, como profesión social, hasta la regulación de sus planes de estudios y titulaciones mediante la Real Orden de 7 de Mayo de 1915, por la que se unifica las escuelas y sus planes de estudios. Este título no era académico, sino un diploma otorgado por entidades oficiales o centros de enseñanza privada⁴.

Hasta el año 1953, las profesiones auxiliares de la sanidad eran la de Practicante, Matrona y Enfermera. Las dos primeras integradas en sus respectivos Colegios y con la obligación de cotizar a la hacienda pública, por su carácter de profesiones liberales con derecho a ejercer privadamente.

La tercera, las Enfermeras, a pesar de lo establecido en Ley de Sanidad de 1944, que señalaba la incorporación de las Enfermeras tituladas a los Colegios de Auxiliares Sanitarios, estas no estaban colegiadas⁵ y no cotizaban Hacienda ya que no podían ejercer libremente, su cometido lo llevaban a cabo, principalmente, en centros hospitalarios.

El Decreto de 4 de Diciembre de 1953 unifican los estudios de las tres profesiones antes mencionadas (Practicante, Matrona y Enfermera) dando como resultado el título de Ayudante Técnico Sanitario, el cual se identificaba socialmente por la siglas (A.T.S). En esta fecha, el título de Matrona se convierte en una especialidad de los A..T.S.

Esta denominación estuvo en vigor hasta 1977, año en el que el Real Decreto de 23 de Julio transforma la carrera de A.T.S en Diplomado en Enfermería, con unos planes de estudios muy distintos, mas orientados hacia la actividad cuidadora que asistencial, haciendo hincapié en las funciones independientes de la Enfermería e introduciendo por primera vez el Método Científico como herramienta profesional.

Para homologar el título de ATS por el Diplomado en Enfermería, el Ministerio de Educación y Ciencia, en 1980, estableció un curso de nivelación, del que hicieron varias ediciones y en diferentes años, para facilitar la convalidación académica de ambos títulos⁶. No obstante un importante número de ATS no convalidaron y todavía en la actualidad queda algún que otro sin hacerlo. Esta situación condiciono durante años el nombre de los Colegios.

Nacimiento y Evolución de los Colegios Profesionales

Desde muy temprano la profesión de Practicante, creada en 1857, intenta agrupar a sus miembros como una forma de aunar fuerzas y luchar por su reconocimiento profesional⁷. El fin principal de la creación de la organización colegial, en líneas generales, fue la defensa de los intereses de los profesionales a ella acogidos. A esto podríamos llamarle el espíritu corporativo, presente en todos los colectivos de oficios y profesiones⁸.

Los Colegios y Asociaciones que se van constituyendo lo harán con el nombre de las diferentes “titulaciones” existentes en esta época.

Sevilla con el Colegio de “Sangradores y Practicantes” en (1864), La Coruña con la “Asociación de Practicantes” (1865), Almería (1885) con su “Colegio de Practicantes”, son ejemplos de los primeros vestigios colegiales-asociativos de la Enfermería Española. El Colegio más antiguo es el de Madrid que data de 1862⁹.

Es a partir de 1900, y al amparo de la Ley de Asociaciones de 1887¹⁰, cuando los Practicantes muestran un interés generalizado por agruparse en Colegios Profesionales, empezando a proliferar por toda la geografía española, siendo los primeros en constituirse los de Cádiz (1901), Valencia (1903), Ávila (1904), Gipuzkoa (1904)..., y así sucesivamente hasta crear la actual red de Colegios que configuran la Organización Colegial.

Una Organización Colegial, que tiene como punto de partida el documento que, con motivo de la Jura y Proclamación del Rey Alfonso XIII, le remitió la Asamblea de Practicantes de España, el 17 de mayo de 1902.

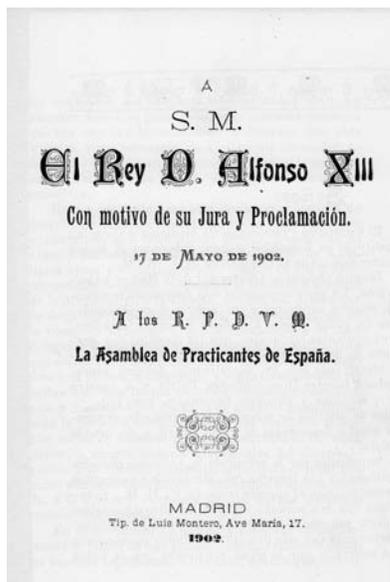
A partir de este momento, se suceden diversas Asambleas Nacionales de Colegios, en las que también participan Practicantes representado a aquellas provincias que todavía no tienen constituido un Colegio, creándose en 1921, la Federación Nacional de Colegios de Practicantes de España, la cual, con el paso del tiempo daría lugar a la creación del actual Consejo General de Enfermería.

La provincia de Alicante, como no podía ser de otra manera, no fue ajena a este incipiente movimiento asociativo-colegial, de forma que en 1909, se constituía en la capital, un Colegio de Auxiliares de Medicina y Cirugía.

Hay que señalar que no sería el primero ni tampoco el único, pues dado que en esa época, la constitución de un Colegio podía ser de ámbito local y no provincial, se tiene constancia de la existencia de un Colegio de Practicantes en Denia¹¹, en el año 1906 y otro en Alcoy¹² en 1911.

El 28 de Diciembre de 1929, mediante Real Orden del Ministerio de la Gobernación, los Practicantes se organizan con carácter oficial al aprobarse los primeros Estatutos para sus Colegios Profesionales que pasan a denominarse “Colegios Oficiales de Practicantes en Medicina y Cirugía”

En dicha norma se establecía que para constituir un Colegio Profesional, era necesario como mínimo un número de cincuenta colegiados, debiéndose agregarse cada individuo, en los casos de insuficiencia numérica, al Colegio más inmediato a la localidad de residencia y ejercicio.



También se dice que los Colegios tenían que constituirse en la capital de la provincia, debiéndose inscribir, de forma obligatoria, todos los practicantes que ejercieran en la misma.

Esta disposición legal, hizo que con el tiempo solo prevaleciera en la provincia de Alicante, el colegio que había sido constituido en dicha localidad, desapareciendo el de Denia y el de Alcoy.

En el caso de las Matronas, señalar que obtuvieron la colegiación obligatoria y el reconocimiento oficial de sus Colegios, un año después que los Practicantes¹³, siendo su inferioridad numérica el motivo de que su movimiento colegial fuera de menor intensidad.

Por su parte las Enfermeras¹⁴ se organizaban en torno a la Asociación Nacional de Enfermeras, cuya pertenencia era voluntaria.

Ni de los Colegios de Matronas ni de los Colegios de Enfermeras, se ha encontrado documentación que indique su existencia fuera de la localidad de Alicante, a diferencia de los Colegios de Practicantes, como ya se ha dicho.

La Ley de Sanidad de 1944 estableció que en cada provincia tenía que haber un solo Colegio Oficial de Auxiliares Sanitarios que debía acoger en su seno a Practicantes, Matronas y Enfermeras tituladas.

Se había vuelto a cambiar, por tanto, el nombre de Colegios Oficiales de Practicantes por el de Colegio Oficial de Auxiliares Sanitarios y de esta forma, se pretendía unificar bajo el mismo aparato colegial, las llamadas carreras Auxiliares Sanitarias. Hay que señalar que en la práctica, los Colegios no se constituyeron en uno solo y siguieron durante mucho tiempo después con la antigua denominación.

Y eso fue así, hasta que en diciembre de 1953 se produce la unificación de los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios existentes en ese momento (Practicantes, Enfermeras y Matronas) en la de Ayudante Técnico Sanitario (ATS)¹⁵, y en enero de 1954 se disuelven los Colegios Profesionales de los tres colectivos citados, además de sus respectivos Consejos Generales y la Asociación Nacional de Enfermeras Españolas, en aras de conseguir esa una única Organización Colegial.

En abril de 1954 se publicaron unos nuevos estatutos colegiales, en donde la denominación de la Organización Profesional única que se pretendía alcanzar, continuaba siendo la de Auxiliares Sanitarios, a pesar de la unificación de estudios indicada. El nuevo modelo organizativo establecía la colegiación por secciones (la de practicantes, la de matronas y la de enfermeras), las cuales actuaban de forma independiente para atender a sus miembros¹⁶. Los nuevos ATS Masculinos tenían que colegiarse obligatoriamente en la sección de Practicantes, mientras que las ATS femeninas debían de hacerlo en la sección de Enfermeras¹⁷.

En el Colegio de Auxiliares Sanitarios de la Provincia de Alicante, solo funciono la sección de los Practicantes, pues las Matronas y las Enfermeras eran reacias a la integración, no haciéndolo hasta pasado un tiempo, bastante más largo en las primeras que en las segundas.

En 1974, se promulga la Ley de Colegios Profesionales, lo que motivo otros cambios de Estatutos, en 1978 y 1993, que trajeron también el cambio de la deno-

minación de la Organización Colegial. A finales de 2001, es cuando se publicaron los actuales Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, y el nombre de los Colegios queda definitivamente como Colegio Oficial de Enfermería de la provincia correspondiente y la Organización en su conjunto como “Organización Colegial de Enfermería de España”.

Cien años al servicio de la Enfermería Alicantina

El movimiento asociativo/colegial en Alicante y su evolución, como es obvio, ha sufrido los mismos cambios legislativos y organizativos que se han señalado.

Siendo justo con la historia, hay que volver a señalar que el primer Colegio constituido en la provincia de Alicante, fue el de Denia, al frente del cual había una Junta Directiva cuyo presidente fue D. Bartolomé Cardona. No obstante, de este Colegio pionero, se sabe muy poco, por lo que nos centraremos en el de Alicante, que al final fue el que perduró y ha llegado hasta nuestros días. El Colegio de Alcoy tuvo una existencia más larga que el de Denia, pero al final también se extinguió y los practicantes de aquella comarca se integraron en el de Alicante.

La fecha de constitución del Colegio de Alicante, se fija en el día 10 de marzo de 1909, ya que fue cuando en el Colegio de Médicos de Alicante, ubicado en la calle San Nicolás 24, 1º se celebró para tal fin una Asamblea a la que estaban convocados todos los Practicantes de aquella época¹⁸.

Según se desprende del acta de esta Asamblea, el primer presidente que tuvieron los practicantes Alicantinos, fue D. José Mingot Valero, a quien en estos 100 años de existencia del Colegio, le han sucedido un total de 19 presidentes. La actual Presidenta, D^a Belén Paya Pérez, ocupó el cargo tras las celebraciones de elecciones para proveerlo, en el año 2000, continuando hasta la actualidad.

De las primeras etapas del Colegio, desde su constitución en 1909, no se tiene prácticamente constancia de la actividad colegial, ya que no se ha encontrado documentación de la época. Hay que tener en cuenta, que los Colegios de Enfermería no tuvieron una regulación oficial de su funcionamiento hasta 1929, fecha en la que se publicaron sus primeros estatutos¹⁹, obligándoles a llevar libros de registros y actas.



Portada de la revista donde se recoge el acta de constitución del Colegio de Practicantes de Alicante



D. José Mingot Valero

Es a partir de entonces, cuando la actividad administrativa del colegio empieza a desarrollarse y a reflejarse en estos libros. Gracias a ello, sabemos que fue en 1930 cuando se adquiere la primera maquina de escribir que tuvo el Colegio, y que cinco años más tarde, en 1935, se instala el teléfono en la sede colegial y también se compra una multicopista para hacer las circulares. El importe de la misma era de 1.500 pesetas, siendo abonadas en plazos trimestrales²⁰.

Del periodo de la Guerra Civil, solo existe documentación de los primeros años, suficiente para conocer que con el estallido del conflicto, el Colegio se posiciona a favor de la República y se pone a disposición del Gobierno Republicano. Forman en principio un cuerpo de voluntarios, que son identificados mediante un brazalete creado al efecto y que los identifica como Practicantes²¹.

Sin embargo, en el año 1938 todos los bienes del Colegio son confiscados por las autoridades republicanas y ya no se tiene constancia de actividad colegial alguna hasta los años 50.

El conocimiento de los movimientos de nuestra institución colegial en estos periodos donde no existe documentación, se ha obtenido revisando la prensa profesional existente en esos momentos y que editaban otros colegios de practicantes.

Como ya se ha dicho, el objeto fundacional de los Colegios era la defensa de sus intereses como colectivos. Entre ellos, figuraba de forma primordial, la lucha contra el intrusismo, tanto en el terreno profesional, donde plazas de estos profesionales eran ocupadas por otros sanitarios, como en el ámbito social, defendiendo a la sociedad de aquellos que se hacían pasar o decían tener virtudes sanadoras. También la búsqueda de la unión del colectivo y el intercambio de información, eran objetivos fundacionales de las instituciones colegiales.

Es por eso que a medida que la colectividad de los “Auxiliares Sanitarios” fue organizándose, uno de los primeros y más primordiales objetivos que se marco su incipiente organización colegial, fue el de tener una prensa profesional numerosa e importante, que sirviera para alcanzar los objetivos anteriormente señalados, y también para dar a conocer los asuntos y preocupaciones profesionales de cada momento.

Unos medios de difusión, que con el tiempo compaginaron la información de su movimiento colegial con el intelectual de la Clase. Un objetivo que se fue consiguiendo poco a poco y que supuso un gran esfuerzo económico para el colectivo en general.

El Colegio de Alicante, en este sentido, fue pionero pues en 1910 funda la revista “El Practicante Levantino”, denominación que se cambia por la “El Practicante Alicantino”, una publicación con muchos periodos en blanco, pero con una primera época que duro 10 años, dejándose de publicar como consecuencia de la Guerra Civil Española. “El Practicante Alicantino”, reaparece en abril de 1957, comenzando una segunda época que duro dos años. En diciembre de 1959 da paso a la revista “C.A.T.S.”, la cual dejo de imprimirse en 1965. La revista “Alacant Sanitari”, coge el relevo a finales de los años setenta, hasta finales de la década de los noventa. A partir de entonces, es la “Hoja Informativa” la que adquiere todo el protagonismo

como medio de comunicación e información a los colegiados.

La etapa de las revistas, también es utilizada para publicar los trabajos científicos realizados por los colegiados alicantinos, pero a raíz del cambio del formato de publicación (de Revista a Hoja Informativa), el Colegio promueve la “Publicación Científica para Enfermería de Alacant Sanitari”, una publicación que tiene como objetivo ser el soporte de divulgación de los trabajos científicos de los colegiados. Su nacimiento tuvo lugar en 1992, estando vigente hasta finales de 1997.

Posteriormente, en el segundo cuatrimestre de 2003, se da un importante paso cualitativo y se empieza a publicar “Investigación & Cuidados”, Revista Científica de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana, cuya idea fundacional fue promovida por la Comisión de Docencia e Investigación del Colegio de Enfermería de Alicante.

Tanto el primer presidente colegial, D. José Mingot, como sus sucesores, han tenido siempre claro la necesidad de contar con un medio de difusión de la actividad colegial al tiempo que sirviera de vínculo de unión, información y comunicación.

Las revistas colegiales también han servido para ir dando a conocer el aumento de los servicios que se ofrecen desde los Colegios. Este incremento de prestaciones, junto al amento de la estructura organizativa y administrativa, ha hecho necesario que las revistas se complementasen con otro medios de comunicación, como por ejemplo los comunicados y circulares, telegramas, teléfonos, prensa social, telefonía móvil, hasta llegar a las nuevas tecnologías de la comunicación e información: Internert, Videoconferencia, Televisión IP, etc, en donde el Colegio de Enfermería de Alicante, podíamos decir con toda seguridad que esta a la vanguardia.

Las nuevas Tecnologías

De aquella primera máquina de escribir que el Colegio adquirió en el año 1930, o la multicopista del año 1935, se pasó a la adquisición de la primera computadora (ordenador) en 1979, una fotocopiadora (1980), máquina de escribir eléctrica, proyector de diapositivas, retroproyector de imágenes, (1985). Con el paso del tiempo, el Colegio se ha tenido que ir adaptándose a las nuevas Tecnologías.

La evolución del Colegio ha sido tal en los últimos años que en la actualidad se dispone de equipos informáticos en toda la sede colegial, con un Aula, completamente equipada para impartir clases de informática, sistema de Videoconferencia, portátiles, proyectores, fotocopiadoras, cañón de proyección, etc.

La Página Web es uno de los más modernos canales de comunicación con el Colegiado, ya que la información está actualizada y es uno de los métodos más rápi-



Publicación oficial del Consejo Provincial de Auxiliares (sección practicantes de Alicante)

dos para acceder a la misma, junto con el correo electrónico y los mensajes a móviles.

Asimismo, las nuevas Tecnologías son utilizadas para realizar formación continuada on-line, pudiendo de esta manera el colegiado adaptar su formación a sus necesidades horarias.

Las sedes Colegiales

Como cualquier organización que se precie, debía tener un local o sede social en donde poder reunirse los asociados para hablar y debatir sobre los diferentes y numerosos temas profesionales que preocupaban. El contar con una adecuada sede colegial ha sido otra de las apremiantes preocupaciones que se ha tenido durante estos cien años.

Al principio, las reuniones se llevaban a cabo en los locales que tenía el Colegio de Médicos de Alicante, en el Paseo de Méndez Núñez (Rambla, ahora), para después pasar a reunirse en diferentes locales que tuvieron en régimen de alquiler antes de tener sede en propiedad y en ocasiones, en la casa del Presidente, y en los lugares de trabajo como en la Casa de Socorro.

La primera ubicación, al margen del Colegio de Médicos, de la que se tiene constancia es en la calle San Vicente. De ahí se pasó, también en régimen de alquiler a la calle Altamira, donde un suceso ocurrido en los años 40, la explosión de una armería que existía al lado, destruyó la sede colegial. Hay que señalar que no hubo ninguna desgracia humana entre los miembros y personal del Colegio, porque las oficinas abrían solo por la tarde y la explosión ocurrió por la mañana.

Posteriormente se paso a la calle San Fernando, primero en régimen de alquiler, hasta que posteriormente y con mucho esfuerzo de los colegiados, y gracias al empeño de D. José Llopis, Presidente Colegial del momento, se pudo adquirir, en régimen de propiedad el citado piso. Este sueño, ambicionado por la mayoría del colectivo alicantino, se hizo realidad el 7 de Marzo de 1961.

Con el paso del tiempo, aquella sede quedó pequeña y en muy mal estado, por lo que se optó, en los años 70, adquirir



Las instalaciones colegiales sufrieron serios desperfectos obligando a buscar otra ubicación



D. José Llopis firmando la compra de la sede de la calle San Fernando 8

una nueva sede. Se barajaron varias posibilidades, entre ellas la adquisición de un solar y construir el Colegio, pero era demasiado caro y las zonas donde existían locales quedaban muy lejos del centro que era donde estaban todos los centros oficiales.

Finalmente, en 1981, se adquieren dos pisos en la Avda. de Padre Vendrell (actual Eusebio Sempere), y por motivos ajenos al Colegio y que tuvieron que ver con problemas relacionados con el constructor, se retrasó la entrega de los pisos, por lo que el Colegio se tuvo que trasladar de manera provisional a la calle Maestro Pedro Herrera (zona conocida como Alipark), curiosamente casi enfrente de donde se ubica la sede actual.

Con la creciente actividad colegial, el Colegio de Eusebio Sempere se queda muy pequeño, ya que aunque todavía se conservaba la sede de la calle San Fernando, las instalaciones no reunían condiciones para desarrollar cualquier actividad ni para tener instaladas las oficinas.

Por ello, y tras ser aprobado por la Asamblea General de colegiados, el 28 de Octubre de 2003, actuando como Notario D. Delfín Martínez, se procedió a la firma de la compra de la Nueva sede del Colegio de Enfermería de Alicante, cuya inauguración corrió a cargo del entonces Cosneller de Sanidad, Vicente Rambla.

Una sede que cuenta con unas amplias y modernas instalaciones para uso y disfrute de todos los profesionales de Enfermería alicantinos y en las que dar cabida a todos los servicios que se les ofertan.

José Llopis, un hombre inquieto y polifacético

D. Manuel Quesada Asensi, practicante del hospital provincial que desarrollaba su labor en el servicio antituberculoso, ostentó la presidencia del Colegio desde 1950 hasta 1955, fecha en que coge el relevo uno de los presidentes más queridos y polifacéticos que ha tenido la profesión en nuestra provincia.

Se trata de D. José Llopis Díez, presidente colegial durante 21 años (1955-1976), quien durante este tiempo compaginó este cargo con la Presidencia de la Federación Alicantina de Baloncesto, además de Concejal municipal por el tercio familiar, siendo también teniente de alcalde. Además, gracias a su ilusión y esfuerzo se pudo adquirir en propiedad, por primera vez en la historia de nuestro colegio, una sede colegial propia, la de la Calle San Fernando, 8.

En atención a estas iniciativas y a su labor en favor del colectivo de Practicantes, el Ministerio de Trabajo, le concedió en 1979, la Medalla al Mérito del Trabajo en su categoría de Plata. A esta Condecoración, debido a su dilatada vida profesional, hay que añadir la Orden Civil de Sanidad y la Medalla al Mérito Profesional.

Durante su mandato se revitalizó la figura del Delegado Comarcal²², los cuales, en número igual al de Partidos Judiciales, ayudaron a que el Colegio tuviera una mayor presencia en todas las comarcas de la provincia.

Fue el impulsor y primer presidente de la Escuela de ATS Masculino de Alicante²³, la cual comenzó a funcionar en el curso 1967/68 y que tanto nombre y



D. José Llopis Díez

prestigio dio a la ciudad en el terreno sanitario²⁴. Por sus aulas, situadas en la calle General O'donell, en una entreplanta que tenían los Hermanos Maristas para la impartición del COU y de Informática, pasaron once promociones con mas 788 alumnos²⁵. Como curiosidad señalar que la Escuela, en sus primeros años de funcionamiento contaba con una Tuna, cuyo traje fue costeadado íntegramente por José Llopis. A su generosidad, también se debe la donación de un armario biblioteca para la sede Colegial, cuando ésta se trasladó a la calle San Fernando y había que amueblarla.

La citada Escuela de ATS, que en sus dos últimas promociones, fue mixta, al no poder convertirse en Escuela Universitaria, se constituyó en una Fundación sin ánimo de lucro, la cual desde 1985, viene realizando actividades bajo el nombre de Fundación José Llopis Diez. Este insigne compañero falleció el 22 de enero de 1997.



Modelo Organizativo Colegial

Los primeros Estatutos Colegiales de 1929, fueron los que sentaron las bases organizativas y de funcionamiento de estas instituciones, que con el paso del tiempo han ido incorporando todas las necesidades administrativas y normas legales características de cada época.

Las Juntas Directivas de los Colegios, era el órgano representativo del mismo, estando constituidas por un Presidente, un Vicepresidente, un Secretario, un Tesorero, un Contador y unos Vocales en función del numero de colegiados de cada colegio. Su elección era mediante votación de los colegiados.

Posteriormente pasaron a denominarse Consejos Provinciales (1945), y desde 1954 hasta la actualidad se llaman Junta de Gobierno.

En 1945, se constituye el Consejo General de Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios de España, integrado por todos los Colegios existentes en nuestro país.

Los diferentes cargos en los Colegios, durante la primera época del franquismo, eran designados por la Dirección General de Sanidad, a propuesta del Consejo General, mientras que los suyos eran elegidos libremente por la Superioridad.

En 1954, una vez dividido los Colegios y Consejo en secciones, se introduce, en las respectivas Juntas de Gobierno, la presencia obligatoria de un Vocal en representación de la Delegación Nacional de Sanidad de F.E.T. y de las J.O.N.S., siendo nombrado por este Organismo. En la sección de Enfermeras, además debía existir también una Vocal representante del grupo de Enfermeras del Sindicato de Actividades diversas, nombrada a propuesta de la Secretaría General del Movimiento²⁶.

En 1957, aun se cierra mas el control sobre los cargos directivos de los Colegios pues ya no son propuestos por el Consejo general, sino que ahora al Presidente de cada una de las tres secciones colegiales, los propone la Dirección General de

Sanidad y son nombrados por el Ministerio de la Gobernación. En cuanto a los cargos de Secretario y Tesorero, son nombrados por la Dirección General de Sanidad a propuesta del Presidente de cada sección²⁷.

Afortunadamente, en 1965, se vuelven a modificar los Estatutos Colegiales y se establece que los cargos colegiales, que deberán reunir una serie de requisitos, serán elegidos por votación entre todos los colegiados de la provincia que pertenezcan a las secciones respectivas²⁸.

Tras unos cambios más en las normas de elección de los miembros de la Juntas de Gobierno, en 1978, se aprobaron unos nuevos Estatutos Colegiales²⁹. En los mismos, establece la figura administrativa de la Junta General de Colegiados, para darles participación en las decisiones colegiales.

Los últimos Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería, del año 2001, ya recogen todas las garantías democráticas para los colegiados y adecuan la Organización Colegial al desarrollo normativo autonómico del territorio Español³⁰.

Un nuevo Orden territorial para los Colegios Profesionales

Tras el establecimiento en la Constitución Española de 1978 del Estado de las Autonomías. El día 10 de Julio de 1982, se aprueba el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana (Ley 5/1982, de 1 de julio). En dicho Estatuto se recoge que la Generalitat Valenciana, máximo órgano Autonómico de Gobierno, posee competencia exclusiva en materia de Colegios Profesionales.

En este contexto autonómico, se hace necesario la puesta en marcha de una nueva organización colegial en España, basada en su nueva división administrativa-territorial. Por tal motivo, el Colegio de Enfermería de Alicante, conjuntamente con los Colegios de Castellón y Valencia, constituyeron en 1986, el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), máximo órgano de representación de la Enfermería y coordinación de sus Colegios Profesionales, en esta Autonomía.

Desde esta constitución, la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana, vienen trabajando y desarrollando conjuntamente, un importante numero de proyectos, altamente beneficiosos para la profesión.

Reconocimientos y Celebraciones

Ha sido siempre una constante a lo largo de su historia y de sus diversas Juntas, el que desde el Colegio se reconociera la labor de nuestros profesionales, así como la celebración de actos institucionales que tendieran a la unidad del colectivo. La unión de ambas iniciativas ha marcado unas fechas significativas en el calendario de la profesión, siendo la mas antigua la fiesta del Día del Practicante, la cual tenia lugar, habitualmente, en la festividad de San Vicente de Paul.



Desde 1948 se viene celebrando la festividad de San Juan de Dios por la Organización Colegial

Esta conmemoración tuvo una vida muy corta, dando paso a la celebración de la festividad de San Juan de Dios, en torno a la cual se realizan diversos reconocimientos. Más recientemente, la celebración del Día Internacional de Enfermería, el Día de la Enfermería de la Comunidad Valenciana o el día de la Matrona, han pasado a ser citas habituales para la profesión.

La celebración de la Festividad de San Juan de Dios, por parte de la Organización Colegial de Enfermería, tiene su origen en el acuerdo adoptado en el transcurso de la III Asamblea de Colegios celebrada en Madrid en 1948, de tomar como Patrón de la Enfermería Española, a San Juan de Dios. Hay que recordar que el Papa Pío XI, en 1930, había declarado a San Juan de Dios, Santo Patrón universal y a perpetuidad de los enfermeros laicos de ambos sexos.

En cuanto al Día de la Enfermería de la Comunidad Valenciana, es una celebración institucional promovida por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), y que empezó su andadura en el año 2001.

Desde entonces, en colaboración con los Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia, se viene celebrando en torno a un lema que cada edición destaca un área de trabajo o un aspecto de la actividad de enfermería.

Algunos de los homenajes que se venían celebrando dentro de estas celebraciones, ya han desaparecido, sin embargo otros nuevos han ido siendo institucionalizado por el Colegio, convirtiéndose en una referencia y punto de encuentro anual.

De los homenajes o reconocimientos ya desaparecidos, señalar los Premios Provinciales de Deontología, donde se entregaba la Medalla de Oro de la Profesión³¹ para reconocer los méritos profesionales de un compañero de la capital y otro de la provincia, y que se entregaría cada cinco años. Los primeros en obtenerla fueron D. Juan Caturla Gosalbez y D. Narciso Brotons Palmer, en 1957.

También para el recuerdo queda el Homenaje a la Madre del Practicante, que el colegio celebró durante varios años, a finales y principio de los años sesenta. Este homenaje se realizaba de forma anual, cuya organización o procedimiento consistía en enterarse, un tiempo antes de la programación de los actos en honor de San Juan de Dios, de cual era la más anciana de las madres de los compañeros, bien fuese de la capital o de la provincia. Conocido esto, se adquirirían algunos obsequios que se suponía precisara o pudieran ser del agrado de la homenajeada y esta era visitada por una delegación de los miembros del Consejo Provincial, quienes la felicitaban y entregaban los presentes como prueba de la estimación de todos los compañeros de la provincia. La Comitiva Colegial estaba encabezada por su presidente y al mismo se solían invitar a las autoridades de la localidad. De los presentes que más gustaban, era la entrega de una figura del Santo/Virgen de su devoción, bendecida por el párroco de la localidad.



Los miembros del Consejo Provincial haciendo entrega a la homenajeada de una artística y preciosa imagen de San José

De los homenajes ya veteranos, no en vano hablamos de 1985, que continúan en la actualidad, cabe destacar el nombramiento de <Colegiado de Honor>. El objetivo del mismo es reconocer públicamente la trayectoria profesional, colegial y humana desarrollada por algún compañero/a. El primer Colegiado de Honor fue D. Vicente Mojica Benito, y el último, el del año del Centenario, ha recaído en la persona del compañero D. José Siles González, conocido por todos por su labor docente e investigadora.

Paralelamente a este último, el Colegio ha ido incorporando otros homenajes a distintos colectivos profesionales, tales como a los compañeros Jubilados durante el año anterior, a los 25 años de colegiación, 50 años de colegiación, el colegiado de mayor edad, etc...

También desde el Colegio se premia el reconocimiento a la “Mejor Labor Profesional”, de compañeros en activo. Para ello, desde el Colegio se invita a las Direcciones de Enfermería y Coordinadores a que envíen sus propuestas de profesionales de Enfermería, bien de manera individual o colectiva que crean que por su trayectoria profesional sean merecedores de este reconocimiento.

Se ha creado también un galardón para homenajear a los compañeros que colaboran con ONG's o Asociaciones sin ánimo de lucro. Es el Premio a la “Labor Sociosanitaria”.

Finalmente destacar dos Premios que aunque no se dan a profesionales de Enfermería, si tienen que ver con nuestra profesión: el “Premio Periodístico”, para aquel profesional o medio de comunicación que se haya destacado por difundir la labor de los profesionales de Enfermería.

Y el Premio de más reciente creación “Miembro de Honor” del Colegio de Enfermería. Con este Premio se quiere reconocer el apoyo de entidades o instituciones a nuestros profesionales.

Actividad Formativa

El mayor despegue de la actividad colegial se hace a partir de la Democracia. En esta época, el trabajo administrativo del Colegio comienza a aumentar considerablemente requiriendo un incremento de personal, la actividad formativa de postgrado fue aumentando, celebrándose la misma no solo en el Colegio sino también en los Departamentos de Salud.

Se organizan al mismo tiempo, actividades científicas (Congresos, Jornadas, Seminarios, etc...), bien de manera individual o en colaboración con otras instituciones (CECOVA, Asociaciones y Sociedades Científicas de Enfermería, Escuelas de Enfermería, Centros Sanitarios, ...).

La preocupación por mantener al día los conocimientos profesionales de los colegiados, prácticamente ha sido una constante a lo largo de la vida de los colegios.



Una clase de instrumentación en la sede colegial de San Fernando

Actividad Cultural

El aspecto cultural ha estado de siempre muy presente entre las diversas actividades organizadas por quienes han dirigido los destinos de la institución colegial. A finales de 1957 se constituyó en el colegio, la Asociación de Practicantes Escritores y Artistas, cuyos miembros eran los encargados de organizar los actos conmemorativos de la Festividad de San Juan de Dios. Organizaban concursos literarios, de poesía, de fotografía, de pintura, entre otros.

Tanto la revista “El Practicante Alicantino”, como “CATS”, han sido medios de difusión de esta parcela intelectual. Actividad que ha sido continuada, hasta nuestros días, por la Asociación Provincial de Jubilados Titulados de Enfermería de la Provincia de Alicante.

El aspecto religioso, también tuvo una significativa presencia en los ATS de los años 60, y así por ejemplo, desde el Colegio se colaboró en la puesta en funcionamiento de la Asociación Católica de San Juan de Dios- Delegación Provincial de Alicante.

Y es que el apoyo colegial al movimiento asociativo dentro de nuestro colectivo, ha sido una constante, de tal forma que en la actualidad son varias las Asociaciones de Enfermería que tienen su domicilio social en la propia Sede colegial, en aras de evitarles gastos de infraestructuras. Pero son muchas más las que se han y vienen beneficiándose de la colaboración con el Colegio para la realización de sus actividades propias, en concreto las formativas y divulgativas.

La parte humana del Colegio³²

En este recopilatorio de la historia del Colegio de Alicante, no podía faltar la referencia a las personas que, verdaderamente hacen posible, que un Colegio Profesional funcione y funcione bien; me estoy refiriendo a su personal administrativo.

La primera referencia que se tiene en este sentido, esta recogida en el acta del 6 de mayo de 1930, donde se hace mención a la contratación de un Conserje, D. Antonio García Serna, con las siguientes condiciones: “veinte pesetas de gratificación por el colegio y cinco por el periódico, el diez por ciento de la cobranza en la capital del Colegio y del periódico vivienda, luz y agua”

Posteriormente, en las actas colegiales de 1934, aparece D. Tomas Richarte Alemañ como Auxiliar de Secretaria.

Cuando el colegio estaba en el edificio del Consulado del Mar, en al calle Altamira, muy cerca de la actual plaza del Ayuntamiento, este señor era el único empleado con que contaba el Colegio.

Tomas Richart, funcionario de la Diputación Provincial de Alicante, trabajador del Hospital Provincial, acudía unas horas por la tarde al colegio a ayudar en la administración y llevar la poca contabilidad que había. Se daba la peculiaridad que era manco. El Colegio entonces, solo abría por las tardes.

Cuando las instalaciones colegiales quedaron dañadas por la explosión de la armería “El Gato”, el colegio se traslado a la Calle San Fernando 8, y con el, su único empleado. Allí desempeño su labor hasta 1952.

Posteriormente se contrato a una señora para realizar las funciones de conserje y de cobranza de los recibos colegiales, siendo realizadas las tareas administrativas por dos practicantes que las compaginaban con su horario de trabajos. Estos compañeros fueron D. Emilio Casarrubio Torregrosa y D. Juan Pamblanco Ayela, este ultimo toda una institución en el mundo colegial, teniendo la gran suerte de poder contar todavía con su presencia entre nosotros. A Pamblanco no le ha quedado por desempeñar ninguna de las tareas administrativas de la época, ni de la oficina ni de su cargo, haciéndolo con gran destreza y eficacia, lo que he valido varios reconocimientos colegiales. A continuación, por lo peculiar de los mismos se recogen dos cometidos que realizó durante años. Se trata del papel que desempeñaba el Colegio en la Comisión de Evaluación Global de Hacienda y en la Habilitación de los Titulares.

La citada Comisión estaba formada por representantes de Hacienda y del Colegio, sección de Practicantes. Por parte del Colegio eran dos, uno de ellos fijo que era D. Juan Pamblanco. Tenían la misión de establecer la cantidad anual que debían pagar entre todos los practicantes que ejercían la profesión libremente. Era el llamado Impuesto sobre el Rendimiento en el Trabajo, anteriormente Impuesto de Utilidades. Los representantes colegiales eran los encargados de velar por los intereses económicos de los colegiados a fin de que el citado impuesto no les resultase muy gravoso, a la vez que equitativo.

Como Habilitado de titulares, su cometido era comprobar, cada quince días, los ingresos que hacían los ayuntamientos en relación a los sueldos de los Practicantes-ATS que ocupaban la plaza de titular de la localidad³³. Los ingresos se hacían en la Mancomunidad Sanitaria de Hacienda, siendo el habilitado el encargado de, en base a las cantidades ingresadas, confeccionar las correspondientes nominas, las cuales eran visadas por hacienda, ya que era quien expedía el correspondiente cheque, al final de mes, y que entregaba al Habilitado. Este era el encargado de ir a cobrarlo al Banco de España para posteriormente repartir el dinero entre los practicantes titulares junto con sus correspondientes nominas.

Pero esta modalidad peculiar de “cobro-pago” no siempre era ágil, pues muchos ayuntamientos, sobre todos los pequeños, tardaban mucho en ingresar en la Mancomunidad Sanitaria de Hacienda los emolumentos de sus practicantes, llegando algunos consistorios a tener un retraso de hasta años con la consiguiente desesperación de los titulares que recurrían al Colegio solicitando su intermediación para agilizar el cobro.

La actividad en las oficinas colegiales ha ido en aumento, en función del incremento del numero de colegiados y de la cantidad de servicios que se les ofrecen a los mismos. Ello ha tenido como consecuencia que la plantilla de trabajadores haya teni-



El equipo humano es la clave para el funcionamiento adecuado de cualquier organización

do que crecer. En la actualidad son nueve los empleados que diligentemente atiende a los colegiados en la nueva sede de la calle Capitán Dema 16.

Los acuerdos comerciales

Para finalizar, y aunque no sea una cuestión estrictamente profesional, al formar parte de nuestra historia colegial, indicar que la ventaja de ser un colectivo numeroso, a la hora de conveniar con casas comerciales que ofrezcan condiciones ventajosas para los colegiados, se ha empleado por los directivos del Colegio desde hace bastante años, siendo un servicio que esta en aumento.

Desde el momento, en que el Consejo Provincial del colegio de Alicante, dirigió en 1957, un escrito al consejo Nacional interesándose por la posibilidad de acceder a unos vehículos (coche y motocicleta), en condiciones ventajosas tal y como se venía ofertando en el Colegio de Médicos, el numero de establecimientos comerciales en donde el colegiado encuentra unas importantes ventajas, no ha dejado de crecer. En estos momentos, el Colegio de Enfermería, tiene firmado convenios de colaboración con casi un centenar de comercios.

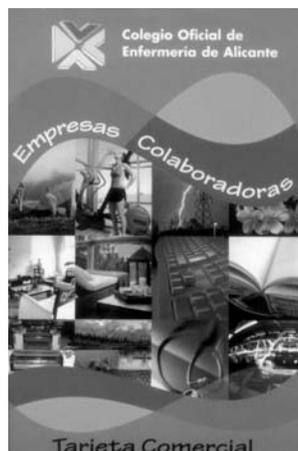
Resumiendo podemos decir que si el desarrollo de las profesiones sanitarias esta ligado, en gran medida, al crecimiento y evolución de los Colegios Profesionales, nuestra profesión también lo ha estado.

La Organización Colegial de Enfermería, en general, y el Colegio de Alicante, en particular, han participado en todos los cambios y acontecimientos profesionales que han ocurrido, en estos cien años de vida, desde la elaboración de sus primeros planes de estudio hasta la puesta en marcha del Grado en Enfermería, pasando por la apertura laboral que supuso la creación de la Beneficencia General del Estado y la Asistencia Publica Domiciliaria, así como la puesta en marcha del Seguro Obligatorio de Enfermedad, la aprobación de las especialidades, el proceso de unificación de las carreras auxiliares, nuestro reconocimiento como Técnico de Grado Medio, la conversión en estudios universitarios, entre otros muchos avances profesionales acontecidos desde 1857.

Y para finalizar, me gustaría hacerlo recogiendo unas palabras del que fuera presidente colegial D. José Llopis Diez, escritas en los años sesenta, y que reflejaban perfectamente su sentimiento colegial y visión de la profesión, un mensaje que a pesar del tiempo, considero que no ha perdido actualidad:



Los acuerdos comerciales en busca de ventajas para los colegiados viene siendo una constante en la actividad colegial



“No debemos olvidar que cada uno por si solo es impotente para alcanzar mejoras y beneficios que al reclamarse en común adquieren fuerza de necesidad perentoria. Si la unión hace la fuerza, y desgraciadamente muchas cosas hay que conseguir las con el apoyo de esa fuerza, cuanto mas arrolladora sea, más eficaz resultara.

El Colegio, al recoger aspiraciones, sugerencias, proyectos y necesidades, puede canalizarlos y lanzarlos a las alturas buscando para ellos la solución oportuna y conveniente.

Es preciso, necesario, apoyar las gestiones que en pro de nuestra profesión se realizan desde el Colegio, aportando ante todo la presencia visible de todos los colegiados para dar calor a las decisiones, y fuerza a las exigencias. HAY QUE DESTERRAR de una vez para siempre esa indiferencia tradicional, convirtiéndola en afán permanente. Hay que convencer a los detractores y derrotistas sistemáticos de los inconvenientes de su postura; y hacer que una unión perfecta galvanice las aspiraciones y presida todos los actos, para dar la sensación de fuerza, categoría y prestancia a la Organización”.

REFERENCIAS

- 1.- Decreto de 17 de septiembre de 1845
- 2.- Real decreto de 16 de junio, aprobando el Reglamento para los Reales Colegios de Medicina y Cirugía y para el Gobierno de la Profesión de Ciencias de Curar.
- 3.- El Dr. Federico Rubio y Gali, fue el promotor e impulsor de la primera Escuela de Enfermeras que ha habido en España.
- 4.- Fue en 1941 cuando se establecen las condiciones y los estudios para obtener el titulo oficial de Enfermera y las competencias de las mismas.
- 5.- La Orden de 20 de diciembre de 1954, dispuso la colegiación obligatoria para las Enfermeras con titulo profesional.
- 6.- Orden de 15 de julio de 1980
- 7.- La Ley Moyano, es considerada como el primer intento de unificar todas las profesiones auxiliares de la Medicina existentes en esa época.
- 8.- Amezcua, M; German, C; Heierle, Cr; Del Pozo, M^oC. “Sanidad y colectividad sanitaria en Almería. El Colegio de Practicante (1885-1945). Ed: Colegio de Enfermería de Almetria 1994.
- 9.- Se constituyo con el nombre de Sociedad de Ministrantes, siendo en 1902 cuando toma el nombre de Colegio de Practicantes de Medicina y Cirugía de Madrid.
- 10.- En nuestro país, esta Ley es la norma legal que ampara la creación de Asociaciones y Colegios profesionales. Su vigencia emanaba de la Constitución de la Monarquía Española de 1876, aprobada por las Cortes del Reino, siendo Rey constitucional de España, D. Alfonso XII. En el artículo 13, de la citada Ley , donde se recogen los derechos de los españoles, entre otros, dice: “De asociarse para los fines de la vida humana”
- 11.- En el número 47 de la revista “La Cirugía Menor” editada en Madrid, el 5 de diciembre de 1906, en su página 275 y dentro del apartado noticias, se recoge la constitución del Colegio de Practicantes de Denia.
- 12.- La primera referencia de la existencia de un Colegio de Practicantes en Alcoy, aparece en el Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Órgano oficial de los Colegios Unidos, noviembre 1911; 40:7.
- 13.- La Real Orden del Ministerio de la Gobernación, 7 de Mayo de 1930 aprobó los Estatutos de los colegios de Matronas en idénticas condiciones que la de los Practicantes.
- 14.- La Real Orden de 7 de mayo de 1915, oficializa la titulación de Enfermera.
- 15.- Decreto de 4 de diciembre de 1953

- 16.- Orden 29 de marzo de 1954
- 17.- Orden de 13 de enero de 1958
- 18.- "La Voz de Alicante", miércoles 10 de marzo de 1909
- 19.- Real Orden de 28 de diciembre de 1929
- 20.- Actas del 25 de noviembre de 1930, 8 de julio de 1935 y 30 de octubre de 1935, respectivamente.
- 21.- En el acta de 22 de agosto de 1936, consta la adhesión del Colegio a la Republica. Los compañeros fueron citados por radio y entre los acuerdos tomados figura el ofrecimiento de su colaboración al Gobierno de la Republica, a cuyo objeto se abrió una suscripción para recaudar fondos con destino a las milicias. También se aprobó la realización de un brazalete identificativo con fondo amarillo con cruz azul y con la inscripción arriba de PRACTICANTE.
- 22.- Figura regulada en la Orden de 26 de noviembre de 1945. No podían exceder en número a los partidos judiciales existentes en la provincia.
- 23.- El BOE de 5 de diciembre de 1967, publica la Orden d 17 de noviembre por la que se aprueba el reconocimiento oficial de la Escuela de ATS-Masculina de Alicante, dependiente de la Facultad de Medicina de Valencia.
- 24.- El día 7 de Enero, en el salón de actos del Colegio de los HH Maristas de Alicante, tuvo lugar el acto solemne de inauguración, asistiendo al mismo las primeras autoridades de la provincia y destacados representantes de centros sanitarios y de la profesión., no obstante y como curiosidad señalar que la oficialidad de la Escuela se concedió un tiempo después, mediante la Orden de 17 de Noviembre de 1967
- 25.- Según consta en el libro de matriculas que se conserva en la secretaria del Colegio de Enfermería de Alicante.
- 26.- Orden de 20 de diciembre de 1954
- 27.- Orden de 27 de mayo de 1957
- 28.- Orden de 26 de julio de 1965
- 29.- Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio
- 30.- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre
- 31.- Esta condecoración era costeada personalmente por D. José Llopis.
- 32.- Una gran parte de la información recogida en este apartado, ha sido posible obtenerla gracias a D. Juan Pamblanco Ayela, quien en Enero de 1977, siendo presidente D. Antonio Cernuda Juan, fue nombrado Secretario perpetuo del Colegio. El nombramiento se acordó en Asamblea de 13 de Enero.
- 33.- Antes denominada plaza de APD (Asistencia Publica Domiciliaria

MESA DE EXPERTOS 1

“Innovaciones Tecnológicas en la practica asistencial”

Ponente: Francisco Flórez Revuelta. *Profesor titular del Departamento de Tecnología Informática y Computación de la Universidad de Alicante. Miembro del Grupo transdisciplinar sobre tecnologías de la Información, las Comunicaciones y el control para la Asistencia Social y Sanitaria.*

VIDA ASISTIDA POR EL ENTORNO

Flórez Revuelta, F.

Departamento de Tecnología Informática y Computación, Universidad de Alicante, Apartado de Correos 99, 03080, Alicante

RESUMEN BREVE

La situación de la sociedad actual con un envejecimiento progresivo de la población y los derechos reconocidos de las personas con diversidad funcional, hacen necesaria la oferta de nuevos servicios. Esta situación está acompañada por un avance en las tecnologías de la información, las comunicaciones y el control. Por ello, en la actualidad se plantea la aplicación de estas tecnologías para promover una vida y envejecimiento independientes el mayor tiempo posible. La implantación de la telefonía y computación móvil, de internet, de nuevos sistemas de interacción persona-computador está permitiendo el desarrollo de entornos inteligentes que permiten asistir en la vida cotidiana de estas personas.

INTRODUCCIÓN

Los cambios en la demografía están provocando un envejecimiento de la población.

Como se puede observar (figura 1) de los datos extraídos del último censo de población¹, mientras que en la actualidad el porcentaje de población mayor de 65 años es del 16,61%, se estima que en 2025 sea del 21,64% y en 2050 del 33,52%. Asimismo, mientras que ahora hay cerca de tres trabajadores en activo por cada persona mayor de 65 años², se prevé que en 2025 se aproxime a dos y en 2050 se acerque a un trabajador en activo por cada persona jubilada, a la que deberá mantener.

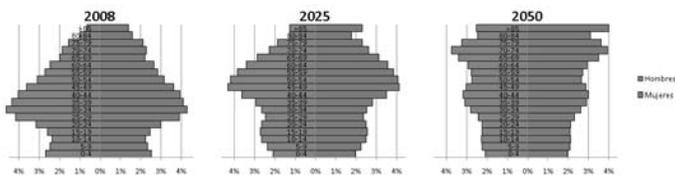


Figura 1. Pirámides de población. Fuente: INE, Censo de Población y Viviendas 2001

Por otro lado, según el avance de resultados de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008³, el número de personas con discapacidad alcanza los 3,8 millones, lo que supone el 8,5% de la población española. De éstas, 608.000 personas viven solas en su hogar. Además, el 30% de la población mayor de 65 años presenta alguna discapacidad, elevándose a más de la mitad de la población mayor de 80 años. Aun teniendo en cuenta que la discapacidad aparece cada vez a edades más tardías, si relacionamos estas cifras con las de enve-

cimiento de la población, aparecen cifras para los próximos decenios de población mayor y/o discapacitada muy elevadas.

Asimismo, a nivel social, las personas mayores desean mantener el mayor tiempo posible su independencia, intentando valerse por sí mismos realizando una vida plena en cuanto a actividades cotidianas, ocio,...

Simultáneamente a este cambio demográfico y de actitud y facultades de las personas mayores o discapacitadas, estamos asistiendo a un enorme avance en las tecnologías y servicios de la información, las comunicaciones y el control (TICC), con una rápida implantación en muchas de las capas sociales. Este hecho ha sido básicamente debido a la implantación de internet y a la telefonía móvil, y en el futuro próximo, además del desarrollo en éstas, a la domótica y entornos inteligentes y a la Televisión Digital, Terrestre interactiva.

Inteligencia ambiental

Este término acuñado en Europa a finales de la década de los 90 hace referencia a la aplicación de las TICC a los entornos en los cuales se encuentran los usuarios, de modo, que sean capaces de interactuar con las personas de un modo natural, de forma transparente, allá donde se les necesite, sensible al usuario y al contexto (situacional, temporal, emocional,...) y de actuar proactivamente. Para ello, un ambiente o entorno inteligente requiere el uso de sensores y actuadores distribuidos para crear una capa tecnológica omnipresente, capaz de interactuar de un modo transparente con el usuario, observando e interpretando las acciones e intenciones del usuario; así como aprendiendo las preferencias del usuario y adaptando los parámetros del sistema para mejorar la calidad de vida y trabajo del ocupante.

La inteligencia ambiental conforma un nuevo paradigma de cómo las personas van a utilizar la tecnología. Esto es debido a su visión holística, centrada en la persona, de modo que sea usable, aceptable, útil y que aporte valor social. Se trata de que la tecnología sea diseñada por y para las personas y no como suele ocurrir hasta ahora en que los usuarios deben adaptarse a la tecnología que emplean. Por supuesto, estas nuevas tecnologías y servicios deberán ser factibles y con valor de negocio para las empresas que los desarrollen. Para cumplir con esta concepción holística de la tecnología, los productos desarrollados deben tener como requerimiento en todas sus etapas, desde su concepción, pasando por el diseño y su desarrollo final, la participación tanto de tecnólogos como de profesionales de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales, pero lo que es más importante, de los usuarios y, en particular, de aquellos colectivos que pudieran tener una mayor dependencia de la tecnología o en los que la tecnología pueda facilitar en mayor grado su vida cotidiana.

La inteligencia ambiental se basa en cuatro cuestiones clave:

- Computación ubicua: capacidad de procesamiento y comunicación en cualquier sitio. Para ello, además del desarrollo en comunicaciones móviles e inalámbricas, se está trabajando en la integración de procesamiento en objetos cotidianos como muebles, ropa o juguetes. Es decir, existe una interconexión de sistemas embebidos que están camuflados en el entorno.

- **Conciencia:** el sistema debe conocer en todo momento el estado del entorno y de sus moradores, siendo capaz de localizar e identificar personas y objetos presentes.
- **Inteligencia:** el sistema debe ser capaz de adaptarse a nuevos datos y establecer conexiones con la información ya existente, para extraer nuevo conocimiento y adaptar su comportamiento.
- **Interacción natural:** los requerimientos básicos deben poder ser transmitidos e interpretados sin que el usuario realice movimientos u órdenes extraños o anti-naturales. Esto sugiere el desarrollo de interfaces basados en los medios de interacción más comunes para los humanos, como son el habla y los gestos. Esto hace anticuados los actuales dispositivos WIMP (ventanas, iconos, menús, punteros). Asimismo, en muchos casos, los dispositivos de entrada deben estar mezclados con el entorno de modo que el usuario no los sienta como presentes.

La inteligencia ambiental en el campo de las ciencias de la salud

Los servicios de la Inteligencia Ambiental en el área de la salud se suele dividir en tres categorías principales: prevención, cura y cuidados; si bien, en muchas ocasiones, los servicios solapan varias de estas categorías.

En el campo de la prevención se pueden encontrar servicios para la monitorización del estilo de vida, tele-consulta, realización de webs de servicios de prevención, sistemas inteligentes para la predicción de futuros problemas de salud,...

En el área de la diagnosis y la curación, es quizás donde hasta ahora se han empleado en mayor medida los avances tecnológicos. Se está trabajando en el desarrollo de dispositivos para la auto-diagnosis, implantes inteligentes, servicios de hospitalización domiciliaria,...

Uno de los campos en el que los gobiernos están desarrollando esfuerzos importantes para la aplicación de las TICC es el de los cuidados, con el objetivo principal de reducir los costes de atención a una población cada vez más envejecida. Se incluyen sistemas para la monitorización de enfermos crónicos, tecnologías asistivas, servicios del hogar digital para personas con necesidades especiales,...

Por último, las TICC son de gran utilidad a la hora de gestionar la información a procesar en el campo de la salud, tales como la historia clínica, los seguros médicos, la seguridad en el tratamiento de los datos, selección de proveedores,...

Vida asistida por entorno Ambient Assisted Living (AAL) o vida asistida por el entorno hace referencia a la aplicación del paradigma de los entornos inteligentes para promover y prolongar la vida independiente de las personas mayores, de las personas con diversidad funcional y de sus familiares.

Los objetivos de la vida asistida por el entorno son:

- Incrementar el tiempo que la gente puede vivir en su entorno preferido incrementando su autonomía, confianza y movilidad.
- Apoyar el mantenimiento de la salud y capacidad funcional de las personas mayores.

- Promover un mejor y más saludable estilo de vida para personas en situación de riesgo.
- Mejorar la seguridad, prevenir el aislamiento social y apoyar el mantenimiento de la red social alrededor del individuo.
- Apoyar a los cuidadores, familiares y organizaciones asistenciales.
- Mejorar la eficiencia y productividad de los recursos empleados en las nuevas sociedades envejecidas.

Recientemente, 20 países de la Unión Europea junto con otros estados asociados han promovido el programa de investigación y desarrollo “Ambient Assisted Living Joint Programme”ⁱ para los años 2008 a 2013. Tal y como reseñó en junio Viviane Reding, Comisaria Europea de Sociedad de la Información y los Medios de Comunicación, “No hay ninguna razón para que las personas mayores en Europa se pierdan los beneficios de las nuevas tecnologías. Las soluciones y servicios resultantes de este programa les ayudarán a permanecer activos en la sociedad así como a estar socialmente conectados e independientes durante más tiempo”.

Con este programa se pretende:

- Fomentar la aparición de productos, servicios y sistemas innovativos basados en las TICC para un buen envejecimiento en el hogar, en la comunidad y en el trabajo, mejorando así la calidad de vida, la autonomía, la participación en la vida social, las facultades y la capacidad de empleo de las personas mayores y reduciendo los costes sociales y sanitarios. Esto se puede basar, por ejemplo, en la utilización innovadora de las TICC, nuevos modos de interacción de los i <http://www.aal-europe.eu> clientes o nuevas cadenas de valor en los servicios de vida independiente. Los resultados de este programa podrán ser empleados, también, por otros grupos sociales, como las personas con diversidad funcional.
- Crear en la Unión Europea una masa crítica de investigación, desarrollo e innovación en el área de las tecnologías y servicios para un buen envejecimiento en la sociedad de la información, incluyendo el establecimiento de un ambiente favorable para la participación de pequeñas y medianas empresas.
- Mejorar las condiciones para la explotación industrial de los resultados de investigación proporcionando un marco europeo coherente para desarrollar enfoques comunes, incluyendo estándares comunes mínimos, y facilitar la localización y adaptación de soluciones comunes que sean compatibles con las diferentes preferencias sociales y normativas a los niveles nacionales o regionales en Europa.

Los servicios que requieren las personas mayores se pueden dividir en:

- Servicios para complementar las habilidades y capacidades de las personas mayores en las tareas de la vida cotidiana guiando al usuario a lo largo del día.

Por ejemplo, asistencia en el trabajo del hogar (cocina, limpieza, colada, compras,...) y en el cuidado personal (control del estilo de vida, dieta saludable, higiene personal, recuerdo de actividades a realizar como toma de medicación,...)

- Servicios para prevenir lesiones en el entorno del hogar, haciéndoles sentir seguros y dándoles el sentimiento de ser capaces de manejar su vida en su propio espacio sin necesidad de la presencia constante de un cuidador.
- Servicios para la integración social, aliviando la soledad y el aislamiento, aportando medios de comunicación basados en las TICC para apoyar su necesidad de compañía e intercambio de experiencias, ayudando a crear amistades, contacto social y oportunidades para participar en actividades de la comunidad.
- Servicios para la movilidad, para apoyar a las personas mayores cuando abandonan sus hogares para realizar actividades dentro de su vecindario, animándoles a hacerlo autónomamente con confianza y seguridad. Por ejemplo, aportando información sobre el transporte público, ayudando a la navegación o dando asistencia cuando se encuentren perdidos.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y Viviendas 2001. 2001. <http://www.ine.es> (último acceso: 3 de diciembre de 2008)
2. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (tercer trimestre de 2008). 2008. <http://www.ine.es> (último acceso: 3 de diciembre de 2008)
3. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008. 2008. <http://www.ine.es> (último acceso: 3 de diciembre de 2008)
4. European Science and Technology Observatory. Science and Technology Roadmapping: Ambient Intelligence in Everyday Life (AmI@Life). JRC/IPTSESTO Study, Friedewald, M., Da Costa, O (eds.). 2003.

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL. UNA REALIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE TORREVIEJA

Juana M^a Gutiérrez Aranda.

Directora Operaciones Enfermería Departamento de Torrevieja. Alicante.

El Departamento de Salud de Torrevieja es responsable de la asistencia integral desde el año 2006 de la población del área de salud adjudicada al departamento, entre ellas: Torrevieja, Guardamar, Rojales, San Miguel de Salinas... poblaciones caracterizadas por una amplia dispersión y elevadas tasas de residentes extranjeros.

El modelo de gestión corresponde a una concesión sanitaria de carácter público y perteneciente a la red de centros de la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, pero gestionada a nivel privado.

Entre las características fundamentales de este modelo en general pero en concreto en el de Torrevieja destacan la fuerte apuesta por la Innovación en Tecnologías de la Información y Comunicación. Como pieza fundamental y alrededor de la cual se han desarrollado otros aspectos cabe mencionar la Historia Electrónica Única que se utiliza desde el principio, no dejando presencialidad para el soporte papel.

En el área de Enfermería esta apuesta ha ido en relación a actividades para avanzar en los objetivos de la Dirección, en cuanto a medición de resultados obtenidos en los pacientes y facilitar el trabajo de la enfermería a través de unos registros propiamente enfermeros.

Así en la Historia Clínica referida al módulo enfermero, se han ido priorizando la optimización de pantallas en base a estas necesidades, siempre en colaboración el equipo de enfermería con el Departamento de Sistemas Informáticos del centro.

Ello permite que la información que deseamos a nivel de cumplimentación y medición de resultados esté disponible en todo momento para poder ser consultado y estudiado puntualmente. El papel de los mandos intermedios es también de capital importancia siendo la correa de transmisión entre la dirección y el personal, su figura es ejercer el liderazgo como gestores de cuidados.

Como conclusión, en nuestra idea de la tecnología orientada al servicio de la salud destacar que nos basamos en un programa orientado a la eficiencia, que optimiza recursos y que está adaptado a las necesidades de los usuarios y profesionales.

MESA DE COMUNICACIONES LIBRES N° 1

ENTORNO FORMATIVO ONLINE. PLATAFORMA MOODLE DEL HGUA.

Moderadora: Manuela Domingo Pozo.

*Enfermera Unidad Planes de Cuidados HGUA y Profesora Asociada
Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante*

Los Antecedentes del entorno formativo virtual se sitúan en los Acuerdos de gestión 2009:

En concreto están relacionados con los dos objetivos que se marca la Unidad de Planes de Cuidados y la Unidad de docencia

Objetivo Q1: “Capacitar a las supervisiones de enfermería en competencias relacionadas con el proceso de cuidados, metodología enfermera y diseño de planes de cuidados estandarizados”

Objetivo BR: “Dar soporte a través de las nuevas tecnologías a los programas de formación en metodología enfermera e implantación de planes de cuidados estandarizados”.

¿Cuáles son los principales Beneficios de la formación ONLINE?

1. Optimizar tiempos y recursos para la entidad organizadora de los cursos y para los mismos alumnos.
2. Mayor número de profesionales, al eliminar las barreras presenciales, permite una mayor flexibilidad en el proceso formativo.
3. Apoyo a la formación presencial. Ahorro costes.

Plataforma del HGUA: Elaboración y administración:

Unidad de docencia.

Mercedes Segura Cuenca. Supervisora Unidad Docencia

Juan Antonio Martínez Más.

Unidad de Planes de Cuidados.

Manuela Domingo Pozo. Enfermera. Profesora asociada Depart.
Enfermería UA.

Esta basada en un entorno MOODLE pero ¿QUÉ ES MOODLE?: Moodle es un paquete de software para la creación de cursos y sitios Web basados en Internet. Es un proyecto en desarrollo diseñado para dar soporte a un marco de educación social constructivista. Moodle se distribuye gratuitamente como Software libre (Open Source) (bajo la Licencia pública GNU). Moodle ha sido desarrollado desde 1999 (desde 2001 con la arquitectura actual). Ha sido traducido a más de 70 idiomas.

A julio de 2008 la comunidad de usuarios de Moodle cuenta con más de 400 000 usuarios registrados sólo en su sitio Web oficial. Como no hay pagos por licencias o límites de crecimiento, una institución puede añadir los servidores Moodle que necesite.

El primer curso de la plataforma que se está llevando a cabo en estos momentos es el de Planes de Cuidados modalidad ONLINE con 46 alumnos inscritos.

Desarrollo futuro: Las posibilidades de la plataforma para la formación continua de los profesionales sanitarios son infinitas. Gestión del tiempo de aprendizaje por parte del profesional sanitario.

ÍNDICE MESA DE COMUNICACIONES LIBRES N° 1

Código	Título	Expone	Autores
CO_3	¿Es necesaria una consulta de enfermería de educación respiratoria en el Hospital General Universitario de Alicante?	Vanesa Sevilla Bellido	Vanesa Sevilla Bellido Inmaculada Lassaletta Goñi Mercedes Álvarez González Mª Dolores Manzanaro Marhuenda Victor Aguilar Noguera Diana Martí Lillo Santiago Romero Candeira
CO_6	Prevención de la obesidad desde Atención Primaria. Educación grupal.	Mª Francisca Díaz López	Mª Francisca Díaz López
CO_7	Iniciativa "Piel con Piel" con el padre en las Cesáreas.	M. Paz de Miguel Ibáñez	M. Paz de Miguel Ibáñez Inmaculada Casanova Aranda Violeta Navío Abril Cristina Muñoz García Concha Martínez Pastor Piedad Formentín Torralba Enriqueta Sopale Sieriche
CO_9	Los medios audiovisuales, como herramienta de innovación en la adquisición de conocimientos a pacientes y profesionales de enfermería.	José Luis Giménez Tébar	José Luis Giménez Tébar María Jesús Mas Pla Carmen Mas Cruz Mª del Mar Quereda Climent Margarita Catalan Martínez Regina Rodríguez Molla Mª Dolores Pérez Gómez
CO_17	Adhesión al tratamiento y edad: variaciones en función de los parámetros utilizados.	Carmelo Iborra Moltó	Carmelo Iborra Moltó Sofía López Roig Mercedes Roca Alonso Mª Ángeles Pastor Mira

¿ES NECESARIA UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE EDUCACIÓN RESPIRATORIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE?

Vanesa Sevilla Bellido, Inmaculada Lassaletta Goñi, Mercedes Álvarez González, M^a. Dolores Manzanaro Marhuenda, Víctor Aguilar Noguera, Encarnación Molina, Diana Marti Lillo, Santiago Romero Candeira.

Neumología. Laboratorio de pruebas funcionales respiratorias.

OBJETIVO

- Evaluar los conocimientos sobre su enfermedad y la técnica inhalatoria de nuestros pacientes con enfermedad respiratoria crónica.
- Valorar la eficacia de una intervención mínima por parte de enfermería para la corrección de los errores a la salida de la consulta médica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyó a pacientes que acudieron a la consulta de neumología para revisión. Se seleccionó de forma aleatoria conforme se confirmó que usaban inhaladores. A la salida de la consulta, la enfermera les realizó un pequeño test de preguntas básicas sobre conocimientos de su enfermedad y revisó la administración de inhaladores siguiendo los pasos determinados por la normativa de la Sociedad Española de Neumología (SEPAR).

La encuesta con respuestas cerradas se muestra a continuación:

- ¿Es una enfermedad crónica?
- ¿Es una enfermedad que se cura?
- ¿Es recomendable hacer ejercicio con su enfermedad?
- Cuando se encuentra bien ¿se puede dejar los inhaladores?
- ¿El oxígeno sólo es necesario cuando se fatiga?

Los pasos que se evaluaron sobre los dispositivos de inhalación según SEPAR fueron los siguientes:

- Inhalador presurizado con o sin cámara:
 - Espiración inicial
 - Agitar
 - Inspiración completa - coordinación
 - Apnea postinhalación
- Inhalador de polvo: Espiración inicial
 - Cargar inhalador
 - Inspiración completa
 - Apnea postinhalación

Tras esta primera evaluación la enfermera corrigió errores y explicó dudas sobre la enfermedad, posteriormente los pacientes fueron citados al mes para valorar de nuevo los conocimientos. En este caso el test fue realizado al paciente por una enfermera o auxiliar de enfermería en el laboratorio de pruebas funcionales respiratorias.

RESULTADOS

Se incluyeron 37 pacientes, la edad media fue de 56 años y el 61% fueron mujeres. Los diagnósticos más frecuentes fueron asma en un 53% de los casos, seguido de EPOC en un 21%.

Presentaron las siguientes pruebas funcionales:

FEV1 ml	1.961 ml
FEV1%	73 %
FVC ml	2875 ml
FVC %	89 %
FEV/FVC%	66%
FEV/FVC %	84 %

El 97% de los pacientes evaluados había sido informado en alguna ocasión sobre la técnica de inhalación. El profesional que más frecuentemente informó a los pacientes fue el neumólogo en un 70% de los casos, seguido por la enfermería del hospital en un 16%. El dispositivo más habitual en nuestros pacientes fue el Accuhaler (29%), seguido por el Turbuhaler (24%) y el Handihaler (21%), en menor medida seguían tratamiento con presurizado sin cámara (16%) y presurizado con cámara de inhalación (11%).

Se presentan en las siguientes tablas los resultados en el manejo de los distintos dispositivos y los conocimientos de los pacientes sobre su enfermedad tanto en la visita 1 como en la visita 2.

1ª EVALUACIÓN:

Cartucho presurizado

n = 10	% Aciertos
Espiración inicial	22%
Agitar	90%
Inspiración completa	100%
Apnea postinhalación	44%

Dispositivos de polvo

n =27	% Aciertos
Espiración inicial	33%
Carga de inhalador	100 %
Inspiración completa	85%
Apnea postinhalación	46%

Educación respiratoria básica

n = 37	% Aciertos
¿Es una enfermedad crónica?	97%
¿Es una enfermedad que se cura?	89%
¿Es recomendable hacer ejercicio?	84%
Cuando se encuentra bien ¿puede dejar el tto?	86%
¿El oxígeno sólo es necesario cuando se fatiga?	90%

2º EVALUACIÓN (1 MES).

Cartucho presurizado

n =3	% Aciertos
Espiración inicial	100%
Agitar	100%
Inspiración completa	100%
Apnea postinhalación	100%

Dispositivos de polvo

n =15	% Aciertos
Espiración inicial	73%
Carga de inhalador	73%
Inspiración completa	87%
Apnea postinhalación	47%

Educación respiratoria básica

n = 18	% Aciertos
¿Es una enfermedad crónica?	93%
¿Es una enfermedad que se cura?	93%
¿Es recomendable hacer ejercicio?	93%
Cuando se encuentra bien ¿puede dejar el tto?	73%
¿El oxígeno sólo es necesario cuando se fatiga?	100%

No existieron cambios estadísticamente significativos entre los datos obtenidos en la primera visita y los recogidos en la segunda visita.

DISCUSIÓN

Como ya presentamos en las Jornadas del 2006 (1), nuestros pacientes realizan mal “sin saberlo” el tratamiento con inhaladores, aspecto crucial para el control de su patología respiratoria. Estos resultados coinciden con los publicados en estudios previos (2,3,4). El efecto de estos fármacos depende de varios factores como son: la técnica de inhalación, la naturaleza de los propelentes, la temperatura ambiente, las características de la vía aérea y las propiedades de la caja torácica (5), pero el problema principal que limita su efecto, y por lo tanto el éxito del tratamiento, es la realización de un técnica de inhalación defectuosa.

Diversos estudios (6,7) han demostrado que la realización, por parte del personal de enfermería, de una educación respiratoria de 'forma reglada' consigue mejorar de forma significativa la técnica de inhalación y los conocimientos sobre la enfermedad.

En el presente estudio hemos querido valorar si una intervención mínima, realizada por enfermería a la salida de la consulta del neumólogo era efectiva. Como hemos podido comprobar esta intervención es insuficiente ya que prácticamente no se producen cambios en los resultados, es decir no se consigue provocar un cambio beneficioso en el paciente en la manera de realizar la técnica de inhalación ni en los conocimientos básicos sobre su enfermedad.

Por otro lado, es de destacar la elevada falta de cumplimiento con la segunda cita por parte de los pacientes. Probablemente esto sea debido al hecho de no ser una consulta protocolizada y bien instaurada si no simplemente un mínimo contacto con el paciente a la salida de la consulta médica, con lo que ello supone (interrupciones y distracciones diversas) no presentes en el caso de una consulta de educación protocolizada como indican las normativas (8,9).

Por lo tanto, a la luz de estos resultados y coincidiendo con otros autores, se hace todavía más evidente la necesidad de instaurar una consulta reglada con una ubicación física independiente, monotemática y desarrollada por una enfermera especializada sobre el control y seguimiento de pacientes respiratorios. Esto aportará mayor efectividad al tratamiento farmacológico (10,11) consiguiendo además disminuir los ingresos hospitalarios, las visitas a urgencias y, por lo tanto, mejorar aquello que es lo más importante para nuestros pacientes crónicos: su calidad de vida (6,7)

CONCLUSIÓN

- Nuestros pacientes no realizan de forma correcta las técnicas inhalatorias.
- Una intervención mínima, por parte de enfermería, no mejora la técnica de inhalación ni los conocimientos sobre la enfermedad de nuestros pacientes.
- Consideramos necesario e imprescindible la instauración de una consulta de enfermería de educación respiratoria para optimizar y rentabilizar el tratamiento médico y mejorar así la calidad de vida de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Estudio de la técnica de inhalación en pacientes con enfermedades respiratorias. XII Jornadas de Enfermería del HGUA. Noviembre 2006.
- 2.- Carrión F, Maya M, Fontana J, Diaz J, et al. Técnica de inhalación en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Arch. Bronconeumología 2000; 36: 236-240.
- 3.- Larsen JS, Hahn M, Ekholm B, et al. Evaluation of convencional pres and breath metered dose inhaler technique in 501 patients. J. Asthma 1994; 32: 193-9.
- 4.- Benito L, Pérez FC, Nieto MP, et al. Estudio sobre el empleo de broncodilatadores inhalados por los pacientes de atención primaria. Atención primaria 1996; 18: 497-501.
- 5.- Newman SP, Pavia D, Moren F, et al. Deposition of pressurised aerosols in the human respiratory tract. Thorax 1981; 36: 52-55.
- 6.- Giner J, Macián V, Hernández C y grupo EDEN. Estudio multicéntrico y prospectivo "educación y enseñanza del procedimiento de inhalación en pacientes respiratorios (estudio EDEN). Arch Bronconeumología 2002; 38: 300-305.
- 7.- Munks-Lederer C, Dhein Y, Richter B et al. Evaluation of structure education program for adults out-patients asthmatics. Pneumologi 2001; 55:84-90.

- 8.- Giner J, Basulado LV, Casan P, et al. Normativas sobre la utilización de fármacos inhalados . Arch. Bronconeumología 2000; 36: 34-43.
- 9.- Giner J, Basulado LV, Casan P, Hernandez C, Macián V, et al. Recomendaciones SEPAR . Normativa sobre la utilización de fármacos inhalados. Barcelona Doyma S.A 1997.
- 10.- Barberá JA, Peces Barba G, Agustí AGN, et al. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad obstructiva crónica. Arch. Bronconeumología 2001; 37: 297-316.
- 11.- Plaza V, Sanchos J. Medical personnel and patient skill in the use of metered dose inhalers: a multi-centric study. CESEA group. Respiration 1998; 65:195-8.

EDUCACIÓN GRUPAL AL PACIENTE OBESO EN ATENCIÓN PRIMARIA

M^a Francisca Díaz.

Enfermera de AP del Centro de Salud de los Ángeles.

En las últimas décadas, las modificaciones en el estilo de vida han favorecido la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso.

La accesibilidad y abundancia de alimentos junto con la disminución de la actividad física cotidiana son causas de que la figura del obeso sea cada vez más habitual, sentimiento consolidado culturalmente en la mayoría de la gente deseosa del disfrute de un elemento tan ligado a la naturaleza, tradición y cortesía, como es “la buena mesa”.

A lo largo de todo este camino han surgido contradicciones sociales que nos han conducido a la dificultad de considerar la obesidad como un problema de salud, ya que el paciente la “sufre sin padecerla” y el profesional sanitario “la ve sin atenderla”, acostumbrados ambos además, a una estética establecida como habitual desde hace años, asumida y compartida, cada vez más por un alto porcentaje de la población y de su entorno social.

En España casi el 50% de la población soportan “kg de más” entre la obesidad y el sobrepeso. Estas razones mencionadas, entre otras, propician que la realidad de la consulta de atención primaria AP frente a este problema, sea de escasa demanda tanto por parte del paciente, como del personal sanitario, de la insuficiente valoración de la obesidad como problema de salud, que justifica el escaso registro que queda en las historias clínicas a pesar de la alta prevalencia, la escasez de tiempo por la saturación de las agendas de trabajo, lo que ocasiona inadecuada atención al problema.

Los recursos terapéuticos, se limitan a bien intencionados consejos dietéticos y de estilo de vida saludable, intentando motivarlo para el abandono de “los malos hábitos”, lo que requiere dedicación más extensa y entretenida.

Intentar desde AP formar sobre dietética, nutrición, técnicas psicológicas de modificación de conducta que sean precisas, claras, convincentes e ilusionantes para motivar al comienzo de un planteamiento terapéutico, asumido además, con los inconvenientes expuestos. Tienen como consecuencia una deficiente planificación, con difícil procedimiento y con resultados desalentadores que dificultarán nuestro deseo intervencionista, a veces, de manera tan frustrante que irán minando la motivación inicial.

Estando en este punto, sabiendo que la obesidad es un problema de deterioro de la salud, convirtiéndose en la epidemia del siglo XXI y siendo la causante de numerosas patologías de muy difícil abordaje, como profesionales de la salud, debemos actuar.

¿QUÉ PODEMOS HACER EN APANTE ESTA REALIDAD?

- 1º. Modificar su valoración. El exceso de peso es un factor de riesgo para la salud, conocer las múltiples razones que desencadenan la ob nos ayudará a plantear la actuación sobre el problema. Decía l Dr Marañón “la palabra gordo resume multitud de conceptos de herencia, de costumbres, de carácter, de modalidades de la sensibilidad y de la inteligencia”, razones que de alguna manera alteran el equilibrio del organismo.
- 2º. Facilitar la demanda. Abordar el problema, detectarlo, objetivarlo y registrarlo con registros rutinarios IMC,CC y el diagnóstico. Esta etapa la podríamos denominar de pre contemplación , permitirá también despertar cierta inquietud en pacientes que no estaban motivados inicialmente para el cambio. Debemos tener en cuenta que un porcentaje importante de obesos no se reconoce como tal.
- 3º. Reestructurar las expectativas de resultados. La obesidad es una patología crónica de difícil corrección, pero pequeños resultados mantenidos en el tiempo, pueden tener una repercusión importante.
- 4º. Tratamiento

Proceso educativo lento, continuo y constante, para con el tiempo obtener parte de los objetivos planteados y con la seguridad de que las ideas de salud inculcadas, siempre repercutirán en el beneficio del interesado y de su entorno familiar y social.

Para llevar a cabo esta empresa hemos elaborado EL PROGRAMA PESO (Proceso Educativo en Sobrepeso y Obesidad) en el cual desarrollamos un plan de acción con la pretensión de proporcionar a estos pacientes cuidados de forma integral y preventiva.

Como forma integral, nos referimos a la manera de llegar al paciente para crearle un estímulo o motivación (concienciar, implicar, motivar y educar) con el fin de ayudarlo en la empresa y no fracasar en el intento.

Como Prevención, informamos, que ésta es una de las piezas básicas para mantener un grado satisfactorio de salud.

No sólo va dirigido a la persona afectada, sino además, animar a que actúe como grupo social (familia, colegios y otros colectivos).

Nuestra función debe ser:

- Concienciar del problema de salud
- Educar transmitiendo la información adecuada
- Motivar para favorecer el éxito
- Implicar al paciente para su tratamiento

Nuestra estrategia no debe ser la imposición de criterios , aunque sean razonables y convenientes para la salud del interesado. A la gente sana, no hay que prohibir sino informar, sugerir y orientar.

¿Cómo?

- Sugerir

Debemos inculcar al paciente, que cualquier disminución en su peso tendrá repercusiones positivas en la mejora de aspectos de calidad de vida relacionados con la salud. Pero como los beneficios a su salud son a largo plazo y demorados, no convendría pasar por alto el intentar motivar recordando los beneficios referidos a CVRS y los estéticos, éstos últimos muchas veces, los únicos capaces de decidir el inicio en el proceso del cambio.

- Proponer

Si hemos conseguido la motivación suficiente para el cambio, no debemos dejar pasar la oportunidad de iniciar la actuación.

Nuestro plan de acción presenta tres elementos clave: valoración del riesgo, acuerdo en los objetivos y individualización del tratamiento.

Lo primero requiere poco tiempo y es la determinación de IMC,CC,FRCV

El segundo objetivo es el que debe priorizar siempre es el de la salud, se recomienda la pérdida del 10% del peso en el plazo de seis meses.

El tercero es el más complejo y lento, es el que implica “toda una vida asistencial” por lo que debemos procurar que la información la reciba sea entendible y de forma ascendente, lo que ayudará a reconducir en las recaídas.

- Orientar

Al inicio se aconseja una restricción calórica razonable y un aumento moderado de la actividad física. Sobre todo despertar el interés por su problema, dar claves simples de tratamiento para que sea el mismo el que aprenda a buscar sus propias soluciones, para que las adapte a su interés y a sus propias necesidades, caprichos, contexto social y familiar.

Actuando así intentamos que el paciente tome conciencia de su problema y de esta forma favorezca una decisión terapéutica. Debemos tener en cuenta que para el tratamiento de la obesidad se requiere un modificación de hábitos muy arraigados, en un contexto social favorecedor de los mismos, por lo que la modificación personal será imprescindible. Tampoco en esto hay que tener prisa o exigencias. Nuestra función educadora debe de ser colaboradora e informativa.

Estando en este punto, ponemos en marcha el taller de sobrepeso y obesidad, para trabajar de forma colectiva, procurando buscar estímulo en el grupo, en nuestro caso es “la promoción de la salud”, intentamos llegar a los individuos a través de la educación, aportándoles los conocimientos básicos de forma sencilla y eficaz.

Si decidimos asumir directamente el tratamiento del paciente obeso, es conveniente desde el principio concretar objetivos mediante el acuerdo con el paciente que, en muchas ocasiones, tiene unas pretensiones y expectativas poco realistas, razonables y alcanzables. Habrá que conocer los deseos del paciente, para reforzar su motivación sin crearle falsas esperanzas, volver a insistir en motivar en mejora de salud y calidad de vida, valorar su implicación y consensuar un plan de acción con pers-

pectivas a largo plazo. Es conveniente explicar la cronicidad del problema, el difícil pronóstico de los resultados y el de su esfuerzo si decae la motivación antes de tiempo, pues así comprenderá mejor sus recaídas o sus estancamientos y será más factible su reincorporación al plan terapéutico.

Elaboración del taller

El objetivo que nos planteamos en el taller es el que recomiendan las guías científicas que es la pérdida de un 5-10% del peso inicial para intentar reducir o normalizar el IMC y/o la CC, y con ello disminuir el nivel de riesgo en salud, mejorando otros factores de RCV, en un plazo razonable de 6 meses.

Para realizar el taller citamos desde la consulta del médico o de la enfermera a un grupo de 15-20 individuos, usando un “criterio de inclusión”, procurando que sea un grupo homogéneo, con características semejantes de los componentes.

Actualmente el taller se desarrolla con un médico y enfermera de atención primaria, con la pretensión de que se impliquen otros profesionales como psiquiatras, psicólogos o fisioterapeutas, nutricionistas, monitores de educación física...

Dinámica de grupo

En cada taller se emplea la misma dinámica

- Charla informativa.

Exposición de los problemas de salud comorbidos a la obesidad

- Consejos sobre:

- Dieta hipocalórica, para garantizar un balance energético negativo, que sea simple para favorecer su elaboración
- Equilibrada en sus nutrientes, como garantía de dieta sana, individualizarla para acomodarla a cuestiones personales
- Variada, para alejarla de la motivadora monotonía y adaptada a las costumbres ordinarias del paciente
- La práctica de ejercicio físico es un complemento importante de la dieta para perder peso.

- Taller dinámico y participativo, con el uso de material sencillo (peso, tallímetro, cinta métrica...) en el que se les enseña a pesarse, medirse, a averiguar su IMC, a medir su perímetro de cintura y a rellenar registros de estas variables y de hábitos

- Coloquio participativo

RECURSOS NECESARIOS:

MATERIAL PARA EL TRATAMIENTO.

La intervención cognitivo conductual, requiere la utilización de, al menos, dos tipos de materiales. Por una parte, estaría el material de contenido educativo sobre alimentación, cálculo de calorías en los alimentos, cálculo de calorías gastadas por el ejercicio, etc.. Por otra parte, está el material de apoyo para la realización de determinadas actividades (hoja de relajación de Jacobson, listado de pensamientos distorsionados, etc.). Por último, tendríamos los autorregistros que los pacientes cumplimentarán siguiendo las indicaciones adecuadas.

El material educativo, será el que se utiliza en la actualidad desde las consultas de atención primaria con las modificaciones y ampliaciones que se consideren precisas.

Dentro del material de apoyo, encontraremos la hoja con indicaciones para el aprendizaje del entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson (Anexo I), así como una hoja de seguimiento de la práctica de dicha actividad (Anexo II).

En lo que se refiere a los autorregistros, éstos serán de tres tipos. En primer lugar, tendremos un registro de comida y bebida ingerida diariamente (Anexo III). Ello nos permitirá conocer una serie de variables con relación a la conducta de comer: frecuencia, hora del día, cantidad de hambre, número aproximado de calorías (López y Godoy, 1994).

En segundo lugar utilizaremos un registro de actividad física, donde incluiremos las actividades domésticas, laborales y recreativas, incluyendo también las actividades programadas (Anexo IV). En este registro se debe incluir el número de calorías gastadas en función del tipo de actividad y del tiempo empleado (López y Godoy, 1994).

En tercer lugar, utilizaremos un registro de situaciones, autofrases y pensamientos, para identificar los sentimientos negativos en relación con determinadas conductas de ingesta, como picoteo, comer en exceso, etc. (Anexo V). Con este registro se pretende que los sujetos aprendan a identificar pensamientos negativos para posteriormente sustituirlos por otros positivos (López y Godoy, 1994). También se utilizará la gráfica para el control de peso semanal y ver su evolución desde la incorporación al programa hasta su finalización (Anexo VI).

Además de éstos materiales, estarían los materiales para la evaluación.

Por último, consideramos que sería muy conveniente que este material tuviese unas condiciones óptimas de presentación de cara a los pacientes, y se entregase, así mismo, una carpeta de anillas personalizada donde recogiesen todos los materiales y registros que utilizaran a lo largo de la realización de las sesiones (Cuaderno del paciente).

CONTENIDOS DE LA INTERVENCIÓN.

SESIONES DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA.

METODOLOGÍA:

A la hora de elaborar un protocolo educativo en salud para el tratamiento y prevención de la obesidad y sobrepeso en AP, nos planteamos unas líneas generales de intervención que nos orientara en la estrategia más conveniente para nuestro objetivo, a partir de las cuales diseñamos el más asequible y adecuado:

I.- ¿A QUIEN debe ir dirigido?

- 1.- a la población en general
- 2.- a la **población con sobrepeso y obesidad**
- 3.- a la población con riesgo elevado de desarrollar sobrepeso u obesidad
- 4.- a la población con factores de **riesgo cardiovascular**.
- 5.- a la población con otros problemas de salud agravados por el sobrepeso u obesidad

II.- ¿POR QUIEN?

1.- **personal sanitario**

- a.- médicos (de Familia, endocrinólogos, psiquiatras)
- b.- enfermeros
- c.- psicólogos
- d.- nutricionistas

2.-Otros educadores: maestros, monitores de educación física, etc.

3.- Instituciones: Administración, industria alimentaria, medios de comunicación, comercio...

III.- ¿sobre QUÉ educar?

- 1.- la obesidad como **problema de salud**.
- 2.- concepto y **causas** de la obesidad
- 3.- información sobre **nutrición**
- 4.- información sobre **actividad física**.
- 5.- modificación de **hábitos**

IV.- ¿CÓMO educar?

- 1.- individualmente
- 2.- colectivamente/en grupo
 - a.- **grupos de terapia clínica**
 - b.- colectivos sociales: escuelas, asociaciones...

V.- ¿CUANDO?

- 1.- de manera continuada
- 2.- de forma programada
 - a.- **protocolos de intervención**.
 - b.- intervenciones específicas

VI.- ¿DURANTE CUANTO?

- 1.- siempre
- 2.- circunstancialmente.
- 3.- **sujeto a protocolo**.

El taller se desarrolla en 6 sesiones de 1 hora de duración en las que vamos poniendo en práctica todo lo anteriormente mencionado.

La duración del programa se de 12 meses

PRIMER TALLER

Acercamiento al problema y proyectos de solución

Hacemos la presentación, damos información sobre la obesidad y su incidencia en otras patologías crónicas, y la importancia de los hábitos en la dieta y ejercicio.

Se entregan cuestionarios sencillos para recoger hábitos y efectuar patrones que seguiremos durante todo el taller para contrastarlos, también se le entrega una dieta básica de 1500 cal para las mujeres y 1800 para los hombres se cursa AS como control.

SEGUNDO TALLER (15 DÍAS DEL 1º)

Profundizar en el tratamiento tras la experiencia personal

Hablamos sobre los alimentos que deben componer una dieta (dieta mediterránea), manejo de los mismos con tabla de calorías de los más habituales, y su reparto en la elaboración de la dieta diaria.

Recogemos los primeros datos de los cuestionarios entregados y resolvemos dudas que se van presentando.

Hacemos la introducción de la importancia de efectuar algunos cambios en el estilo de vida (dieta, preparación de los alimentos y ejercicio realizado de forma regular).

TERCER TALLER (30 DÍAS DEL 12º)

Modificación de hábitos. Otros tratamientos

Seguimos informando de la importancia de los hábitos, contrastamos si ha habido cambios favorables respecto de los primeros cuestionarios y actuamos sobre las medidas preventivas (colectivos que cuidan a otros colectivos), resolver dudas, tomar constantes, dar dietas hipocalóricas y orientar sobre la forma más conveniente de preparar los alimentos.

Control de estímulos, técnicas de relajación.

Conocer otras actuaciones ante la obesidad tratamientos farmacéuticos y quirúrgicos

Animar a elaborar menús y compartirlos en el taller.

Aprender a comprar, leer la composición de los alimentos para seguir aprendiendo el manejo de las calorías

CUARTO TALLER (60 DÍAS DEL 3º)

Personalizar dieta

Refuerzo de todo lo anterior, se va introduciendo la dieta por unidades de intercambio, reforzando el manejo de la planificación diaria de alimentos “genéricos” y su intercambio por otros, que, combinados permitan elaborar un menú según gustos

y posibilidades del paciente y conseguir que se elaboren su dieta de forma personalizada.

Se entregan tablas sencillas y de fácil manejo de las equivalencias para realizar el intercambio y se sigue la misma dinámica de los talleres anteriores.

QUINTO TALLER (90 DÍAS DEL 4º)

Refuerzo de todo lo anterior profundizar en los conocimientos impartidos, mediante la aportación de nueva información, clarificación y concreción de ideas.

Refuerzo de la motivación a largo plazo.

SEXTO TALLER (5 MESES DEL 5º)

Refuerzo de todo lo anterior y cursar nueva analítica.

La metodología de los últimos talleres es semejante a las sesiones anteriores, con especial atención al taller e intercambio de ideas, experiencias, conocimientos...

Las referencias recogidas en estos talleres, se anotan en un cuaderno de recogida de datos(individuales) y también los registramos en la Hª Clínica del paciente.

CONCLUSIÓN

Desde nuestra breve experiencia en el desarrollo del taller, hemos podido valorar que realizando esta labor, se puede dedicar mucho más tiempo al paciente, lo que conlleva muchísimo más aporte de información y al mismo tiempo ahorro de los recursos sobre todo a nivel humano, pues con esta práctica podemos dar mucha más información en menos tiempo.

Este es el reto actual desde primaria, no es algo novedoso, pero si creemos que merece la pena trabajar en el.

Somos conscientes de las dificultades que este tema conlleva.

Pretendemos sensibilizar a todos los profesionales de la salud para continuar con esta labor, involucrando, progresivamente a los distintos colectivos, sobre los que seguir trabajando, proporcionándoles información que se traduce en educación , que les anime a participar y a superar este gran problema de la sociedad actual que es el sobrepeso y la obesidad, adelantándonos al mismo tiempo a todas las comorbilidades adyacentes y consecuentes del mismo, y sobre todo teniendo presente que educar implica a la auto independencia pues “cuidar genera dependencia y educar en cuidados genera independencia”, esto que parece sencillo, no lo es, pero como comentamos al principio “pequeños cambios, son grandes logros”.

CONTACTO PIEL CON PIEL PADRES EN CESÁREAS

M. Paz de Miguel Ibáñez, Inmaculada Casanova Aranda, Violeta Navío Abril,
Cristina Muñoz García, Concha Martínez Pastor, Piedad Formentín Torralba,
Enriqueta Sopale Sieriche
Hospital General Universitario Alicante

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años estamos asistiendo a un cambio significativo en el modo de asistencia profesional durante el parto. Las matronas, junto con otros profesionales implicados en el cuidado de la mujer y del recién nacido, nos planteamos diariamente si nuestros cuidados son los adecuados para favorecer que el proceso del parto y del postparto sean unos momentos vividos en plenitud. Consideramos que debemos ir alejándonos de prácticas que se han demostrado inadecuadas a partir de la Evidencia científica, e instaurando nuevas formas de actuar que permitan adaptar nuestros modos de trabajo a las necesidades de quienes protagonizan este momento.

Dentro de estos actores está el padre quien durante mucho tiempo ha sido relegado a un papel insignificante, ignorando todas aquellas funciones que puede realizar tanto en el cuidado de la madre como de la criatura tras su nacimiento. Dentro de los planteamientos que desde nuestro trabajo como matronas se está propugnando está el de la asunción de las “buenas prácticas”, como un objetivo claro en nuestro que-hacer diario. Entre nuestras innovaciones estamos propiciando el contacto piel-conpiel con el padre tras la realización de una cesárea, experiencia inicial que ahora presentamos en este trabajo.

OBJETIVOS:

El objetivo general de esta iniciativa es el de ofrecer al padre un papel más activo en el proceso del parto por cesárea, haciéndole co-protagonista en los cuidados del RN y favoreciendo la instauración del vínculo padre-hijo, lo cual, como se ha visto, tiene consecuencias en la relación que se establece posteriormente.

MATERIAL Y MÉTODO:

La iniciativa se aplica a aquellos partos por cesárea, sea intraparto o electiva, que no conlleven riesgos fetales (fetos a término 37 a 42 sem, peso adecuado 2500 a 4000 gr.) y cuyos padres están interesados en participar, bien por nuestro ofrecimiento, o por propia iniciativa.

RESULTADOS:

Hasta el momento, no disponemos de resultados estadísticos como el grado de satisfacción de los padres ante la experiencia, trabajo que está siendo realizado por una de nosotras dentro de su proyecto de residencia, si bien disponemos de testimonios de algunos de los padres que han vivido la experiencia, siendo esta en todos los casos valorada como muy positiva.

CONCLUSIONES:

Las impresiones recogidas de padres que han participado en este proyecto, nos animan a seguir en esta línea de acercamiento del RN a su padre, y nos motivan a instaurarlo como parte de un proceso natural en los protocolos hospitalarios.

LOS MEDIOS AUDIOVISUALES, COMO HERRAMIENTA DE INNOVACIÓN EN LA ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS A PACIENTES Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

José Luis Giménez Tébar*; Carmen Mas Cruz*; M^a Del Mar Quereda Climent*; Margarita Catalán Martínez*; Regina Rodríguez Molla*; M^a Dolores Pérez Gómez*; María Jesús Mas Pla**.

* *Servicio de Neumología del HGUA;* ** *Hospital Universitario de Elche.*

INTRODUCCIÓN

Con esta comunicación no pretendemos resolver toda la problemática ligada a la formación de los profesionales de enfermería en lo referente a los procedimientos propios de la disciplina enfermera y a la educación para la salud de los pacientes a su cargo y, sin embargo, creemos que podemos contribuir para aumentar nuestros conocimientos sobre un recurso pedagógico (los medios audiovisuales-DVD) que:

- Facilitan la revisión de contenido por los profesionales de enfermería y de los pacientes y refuerzan lo asimilado.
- Amplían las posibilidades de aprendizaje independiente respetando el ritmo propio del profesional de enfermería y de los pacientes y sus necesidades personales de aprendizaje por la facilidad de revisión - repetición.
- Economiza tiempo al formador, al no tener que repetir varias veces los mismos procedimientos de enfermería, y posibilita la utilización de ese tiempo en otras actividades.
- Permite la precisión y la corrección en la manera de demostrar, impidiendo ambigüedades o fallos.
- Ofrecen al profesional de enfermería y al paciente una visión muy aproximada de la realidad.

El DVD en el aprendizaje de procedimientos de enfermería.

La utilización de los medios audiovisuales ha sido desarrollada en el ámbito de la tecnología educacional y se describen como factores de modernización de la enseñanza que se adapta a una sociedad caracterizada por la explosión de nuevas tecnologías. La influencia de los medios audio-visuales en el sistema educativo marca de tal forma que está alterando y ampliando los conceptos de educación y del rol del educador y transformando las organizaciones y las prácticas educativas.

Los poderosos estímulos exteroceptivos visuales y auditivos de este recurso tecnológico permiten la formación del plano motor inicial profundizando mucho ya que ofrece informaciones muy variadas, capaces de ser repetidas innumerables veces de la misma manera.

Las ventajas citadas por la literatura pueden ser resumidas en:

- a) proceso económico y práctico de producir, almacenar y transmitir la información (después de ser amortizadas las inversiones iniciales);
- b) contiene menús para acceder a al proceso deseado, sin tener que ver toda la grabación;

- c) posibilita visualizar una acción real;
- d) permite que varias personas reciban el mensaje al mismo tiempo;
- e) puede ser repetida inmediatamente (play back) cuantas veces sea necesario;
- f) puede ayudar a fijar la atención del profesional de enfermería;
- g) puede reducir o ampliar el tamaño de los objetos, para observarlos con mayor claridad;
- h) permite la producción de varias copias, para entregarlas a cada profesional y a cada paciente, y las puedan visualizar cuando y como deseen.

Por otro lado, podemos indicar como desventaja o restricción la alta inversión inicial relacionada con el equipo.

En la literatura estudiada no constatamos restricciones en cuanto a las áreas de conocimiento donde los medios audio-visuales no pueden ser utilizados y Moderno (1981) indica ese recurso para:

- Sensibilizar al profesional y al paciente desencadenando reacciones afectivas;
- Presentar nuevos conocimientos;
- Mostrar el encadenamiento de varias ideas;
- Sintetizar temas;
- Mostrar modelos, equipos, manipulaciones, métodos, técnicas;
- Observar objetos y hechos de difícil accesibilidad de otra forma; y
- Completar la información.

En el área de Enfermería han sido realizados algunos estudios.

Anderson (1970) informó sobre la utilización, en los Estados Unidos, de la televisión como recurso de enseñanza y afirma que lo más frecuente era encontrar ese recurso en la enseñanza de las habilidades básicas de Enfermería.

Huckabay y cols. (1977) verificaron que grupos enseñados con la ayuda de la película transfirieron significativamente más conocimientos que los grupos enseñados con lecturas, y añaden que este resultado es compatible con resultados de otros investigadores. Destacan, también, algunas ventajas en relación a la formación y a la actualización de enfermeros propiciadas por la utilización de medios audio-visuales en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Loustau (1980) concluye que la utilización de medios audio-visuales en la evaluación de los profesionales de enfermería en experiencias prácticas puede incentivar alteraciones consistentes en la dinámica de esa evaluación, tanto como en la calidad del cuidado ofrecido al cliente.

Bauman y cols. (1981) concluyeron que la utilización de recursos audiovisuales estimula el «feed-back» con los profesionales de enfermería y la atención a sus características individuales.

Roberts y Thurston (1984) verificaron que las explicaciones que estimulaban los sentidos, más allá de la audición, aumentaron la retención de los conocimientos.

OBJETIVOS

- Que todo el personal de enfermería disponga de información y formación, sobre las pruebas funcionales, manejo del inhalador VENTAVIS®, mantenimiento del gasómetro.
- Los pacientes diagnosticados de hipertensión pulmonar primaria clase III de la NYHA, que se les pauten el fármaco Iloprost-trometamol (VENTAVIS®) (INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA EXCL. HEPARINA), y deberán manipular el dispositivo correctamente en el plazo de 2 días.
- El propósito es el de que todo el personal pueda, en un momento de necesidad, rotar por cualquier puesto de la unidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante los meses de Enero a Abril, se grabaron los procedimientos seleccionados por el personal. Durante el mes de Mayo se realizó el montaje del DVD, y posteriormente, se realizaron 2 sesiones formativas sobre el uso y el manejo del DVD. Una en Junio y otra en Noviembre para las enfermeras adscritas al servicio.

RESULTADOS

Todos los profesionales y pacientes se muestran favorables a la proyección del DVD para el aprendizaje de procedimientos de enfermería. Las principales justificaciones para esa posición favorable son:

- Se puede ver el DVD siempre que se desea.
- El DVD llama la atención.
- Se observa la técnica bajo todos los ángulos.
- Es un recurso auxiliar bien aceptado por los profesionales de enfermería y por los pacientes, ya que favorece el ritmo individual de cada uno de ellos y permite un aprendizaje más personalizado.

CONCLUSIONES

- El personal se muestra satisfecho por conocer mejor los procedimientos que se realizan en su entorno laboral, y este hecho les proporciona mayor seguridad ante situaciones que pudieran plantearse en el futuro de su trabajo.
- Los pacientes se muestran más seguros y su ritmo de aprendizaje es mucho mayor frente al discurso tradicional.

BIBLIOGRAFÍA

1. J M ANTEQUERA, JOSÉ MARÍA ANTEQUERA VINAGRE (2005). Sistema sanitario y recursos humanos: Manual para gestores y profesionales. Ediciones Díaz de Santos. ISBN 84-797-8673-6. 609 páginas
2. GENÉ J, CONTEL JC (2001) Gestión en Atención Primaria. ELSEVIER-MASSON. ISBN 84-458-1119-3
3. MARRINER TOMEY, A (2001) Gestión y dirección de enfermería. ELSEVIER. ISBN 84-817-4526-X
4. MORA MARTÍNEZ JRT, ARRIBAS LÁZARO B, LÓPEZ JIMÉNEZ E, FERRER ARNEDO C, MORA MARTÍNEZ JR, NAVARRO MARTÍNEZ ET AL. (2003) Guía metodológica para la gestión clínica por procesos. Aplicación en las organizaciones de enfermería. Díaz de Santos: Madrid. ISBN 84-7978-583-7

5. ORTUN V (2004) Gestión clínica y sanitaria. ELSEVIER-MASSON. ISBN 84-458-1308-0
6. MORALES ASECIO, JOSÉ MIGUEL Y CORRAL LEAL, CRISTÓBAL (1999). Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Estrategias para la introducción de innovaciones en la gestión de cuidados. Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. IV Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Pasado, presente y futuro de la calidad asistencial. Cádiz. 10,11 y 12 de noviembre de 1999. pp. 224. Signatura: 2A-CON-1999. ISBN/ISSN: 699-1394-8

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO Y EDAD: VARIACIONES EN FUNCIÓN DE LOS PARAMETROS UTILIZADOS

Carmelo Iborra Moltó*, Sofía López-Roig**, Mercedes Roca Alonso*,
M^a Ángeles Pastor Mira**

**Unidad de Hemodiálisis. Clínica Vistahermosa*

***Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Campus San Juan.*

1.- INTRODUCCIÓN

El paciente tratado con hemodiálisis se encuentra sometido a una serie de restricciones y obligaciones relacionadas con su tratamiento. Por una parte debe acudir a las sesiones de hemodiálisis y completar el tiempo diario de tratamiento, que garantizan una hemodiálisis adecuada¹. Por otra, el tratamiento renal les obliga a seguir una serie de restricciones dietéticas básicas, como son: el control de la ingesta de líquidos y de la ingesta de determinados alimentos ricos en potasio y fósforo. El cumplimiento de estas restricciones es un factor fundamental, relacionado directamente con el riesgo de morbimortalidad². Además de las restricciones dietéticas, se ven sometidos a un tratamiento farmacológico que les obliga a tomar de 15 a 20 fármacos diarios³.

En ocasiones suelen incumplir las recomendaciones dietéticas, especialmente la ingesta de líquidos interdialisis, de hecho es uno de los indicadores de adhesión más utilizados en los estudios sobre el tema. En menor medida los pacientes incumplen el tratamiento farmacológico, que en la gran mayoría de los casos es debido a olvido⁴, a confusión o a malinterpretación de las pautas médicas⁵.

Con frecuencia los estudios sobre adhesión muestran la falta de un criterio estándar para poder establecer las proporciones de incumplidores y la necesidad de unificar estos criterios⁶.

2.- OBJETIVO

En este estudio nos hemos propuesto describir el grado de adhesión al tratamiento dialítico, dietético y farmacológico de los pacientes de la unidad, utilizando los indicadores de adhesión descritos en la bibliografía revisada y sus relaciones con la variable edad.

3.- MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.- DISEÑO

Para la elaboración de este estudio se ha utilizado un diseño descriptivo transversal.

3.2.- PERSONAS

La población sobre la que se desarrolla el estudio es la de pacientes tratados con hemodiálisis en nuestro centro. En el momento de realizar este trabajo, la población total era de 105 pacientes.

3.2.1.- CRITERIOS DE SELECCIÓN

Para seleccionar la muestra se ha utilizado un muestreo no probabilístico en los pacientes incluidos en programa de hemodiálisis de nuestro centro de trabajo.

3.2.1.1.- Criterios de Inclusión:

Los criterios de inclusión han sido los siguientes:

1.- Pacientes incluidos en el programa de hemodiálisis de nuestro centro.

3.2.1.2.- Criterios de Exclusión:

Los criterios de exclusión son:

1.- Pacientes que se nieguen a seguir el tratamiento dietético y farmacológico de forma expresa.

2.- Pacientes que presenten alteraciones psíquicas que les impidan comprender las instrucciones para el seguimiento correcto del tratamiento y no tengan cuidador personal para ayudarles.

3.2.1.3.- Muestra:

La muestra total está compuesta por 105 pacientes que en el momento del estudio corresponde a la población total de hemodiálisis de la unidad. No se ha excluido a ningún paciente. De los 105 pacientes, 57 (54,3%) son varones y 48 (45,7%) mujeres. La media de edad es de 66,94 años (SD: 12,02), el rango de edad oscila entre 23 y 83 años.

En cuanto al estado civil, la mayoría son casados, (72,4%) y un 13,3% son viudos. Con respecto al nivel de estudios destaca que la mayoría tienen estudios primarios, (61,9%) y estudios medios un 11,4%.

La situación laboral es de un 78,1% de pensionistas mientras que en activo solo hay un 3,8%.

En las siguientes tablas podemos ver la descripción completa de la muestra a estudio:

Tabla 3.1: Estado Civil

<i>Código</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>n</i>	<i>Frecuencia (%)</i>
1	Solteros	6	5,7
2	Casados	76	72,4
3	Viudos	14	13,3
4	Separados	6	5,7
5	Divorciados	3	2,9

Tabla 3.2: Estudios

<i>Código</i>	<i>Estudios</i>	<i>n</i>	<i>Frecuencia (%)</i>
1	Analfabeto	8	8,1
2	Primarios	65	61,9
3	Medios	12	11,4
4	Superiores	6	5,7
5	No específicos	8	8,1
6	Sin estudios	6	5,7

Tabla 3.3: Situación laboral

<i>Código</i>	<i>S. Laboral</i>	<i>n</i>	<i>Frecuencia (%)</i>
1	Activo	4	3,8
2	Parado	8	7,6
3	Invalidez	1	1,0
4	Pensionista	82	78,1
5	Baja enfermedad	3	2,9
6	Otros	7	6,7

3.3.- INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO

Para la recogida de los datos se utilizaron las fichas de filiación, las analíticas y las ganancias de peso interdiálisis. Los datos se han tratado estadísticamente con el programa SPSS.

3.4.- VARIABLES

3.4.1.- Variables socio-demográficas

Las variables socio-demográficas estudiadas, ha sido la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios y la situación laboral. Se ha seleccionado estas variables porque según la bibliografía son las que más influyen en la adhesión al tratamiento medico-dietético de los pacientes en hemodiálisis.

3.4.2.- Indicadores bioquímicos

Los indicadores bioquímicos se han estudiado atendiendo a su utilidad como indicadores de adhesión al tratamiento, y han sido los siguientes:

3.4.2.1.- Ganancia de peso

Esta es la variable más empleada para evaluar la adhesión al tratamiento. Se utiliza en función del porcentaje de incremento del peso seco o con valores absolutos. Cuando se utiliza como porcentaje de peso seco habitualmente es (IDWG: Porcentaje de ganancia interdiálisis sobre el peso seco) $IDWG > 5,7\%$, aunque también se utiliza el $IDWG > 5\%$ ^{7,6,8,2}. Cuando se toma como valor absoluto, el

punto de corte más utilizado como criterio de no adhesión es (IWG: Ganancia de peso interdiálisis) $IWG > 2,5$ Kg., aunque en algunos trabajos se utiliza como criterio $IWG > 1,5$ Kg. Puesto que las hemodiálisis se realizan cada 2 o 3 días y la recomendación que se da a los pacientes sobre la pauta de ingesta de líquidos es la de no sobrepasar 1 kg diario hemos incorporado un nuevo parámetro: la ganancia de peso diario (GMD: Ganancia Media Diaria), considerando como criterio de no adhesión $GMD > 1$ Kg.

3.4.2.2.- Potasio sérico

La segunda variable de adhesión son los niveles de potasio en sangre, que están muy relacionados con el control de la ingesta dietética, especialmente en los pacientes en anuria, ya que los que presentan diuresis residual están sujetos a menos restricciones dietéticas.

Según los estudios revisados, los puntos de corte de esta variable son 5,5 y 6,0 mEq/L ^{8.2}.

3.4.2.3.- Fósforo sérico

La tercera variable es el fósforo. Esta variable se utiliza como indicador de adhesión dietética y farmacológica. Los puntos de corte más utilizados son 6,0 y 7,5 mg/dL ^{7.8.2}.

3.4.3.- Variables del tratamiento dialítico

Las variables que determinan el tratamiento dialítico, son las pérdidas de una o más sesiones al mes y el acortamiento de las sesiones en más de 10 minutos ^{7.6.8.2}. Estas variables son poco relevantes en nuestra unidad, ya que no hay pérdida de sesiones de hemodiálisis, y si el paciente está ingresado en el hospital de referencia, se le realizan las hemodiálisis en su centro. En cuanto a al acortamiento de sesiones, se da en muy pocos pacientes, muy de vez en cuando, y se suele compensar en la hemodiálisis siguiente. Por este motivo estas variables que según la bibliografía, son importantes para determinar la adhesión al tratamiento no se han incluido en el estudio.

4.- RESULTADOS

En la tabla 4.1 podemos ver los valores medios de las variables bioquímicas estudiadas.

Tabla 4.1

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desv. típica</i>	<i>Mín.</i>	<i>Max.</i>	<i>n</i>
IDWG	3,07	2,98	1,59	0,48	7,56	105
IWG	2068	2100	1127	300	5500	105
GMD	1034	1050	563	150	2750	105
Potasio	5,28	5,27	0,82	3,24	7,40	104
Fósforo	4,28	4,2	1,28	1,40	7,20	86

En la tabla 4.2 veremos la proporción de pacientes cumplidores en función de los criterios de adhesión definidos en el apartado anterior. Se aprecia fácilmente que la diferencia en la proporción de incumplidores, es amplia, según el criterio de adhesión que se tome. Así, respecto a la ingesta de líquidos encontramos que para el IDWG (porcentaje de ganancia sobre el peso seco), el grado de adhesión oscila entre un 94,3 y un 87,6%, según el criterio 6. Y para el IWG (Ganancia de peso Interdiálisis) se sitúa en un 62,9% de cumplidores. Sin embargo al tomar como indicador GMD (ganancia media diaria), llegamos a un grado de adhesión del 49,5%. Consideramos que el indicador GMD es el más adecuado para medir la adhesión a la restricción de líquidos, ya que es la instrucción que se les da a los pacientes habitualmente en nuestros centros, es fácil de medir e interpretar y es bastante exacto, puesto que no se ve afectado por las diferencias en días entre hemodiálisis.

Si tomamos los niveles de potasio sérico, encontramos que la variación es mayor, y oscila entre un 82,7 y un 66,4% de cumplidores, según el criterio sea de 6 o 5,5 mEq/L de potasio sérico^{8.2}.

En cuanto al fósforo sérico, el grado de adhesión se sitúa entre 100% y 89,5%, según los criterios sean de 7,5 o 6 mg/dL^{8.2}.

Tabla 4.2: Variables y criterios de adhesión

Variable de adhesión	Punto de corte	$P \geq P.corte$ % (n)	$P < P.corte$ % (n)	Total
		Incumplidores	Cumplidores	
Restricción de líquidos	IDWG = 5,7%	5,7 (6)	94,3 (99)	105
	IDWG = 5%	12,4 (13)	87,6 (92)	105
	IWG = 2500	37,1 (39)	62,9 (66)	105
	GMD =1000	50,4 (53)	49,5 (52)	105
Líquidos/dieta	Potasio = 6	17,3 (18)	82,7 (86)	104
	Potasio = 5,5	33,6 (35)	66,4 (69)	104
Dieta/fármacos	Fósforo = 7,5	0 (0)	100 (86)	86
	Fósforo = 6	10,5 (9)	89,5 (77)	86

En la siguiente tabla 4.3 se muestran los coeficientes de correlación entre los indicadores de adhesión al tratamiento y la edad. Podemos ver que los pacientes mayores incumplen menos la ingesta de líquidos y la ingesta de los alimentos ricos en fósforo. Por otra parte también se puede ver que el incumplimiento con la ingesta de líquidos, utilizando cualquiera de los tres criterios de ganancia de peso, está directamente relacionado con el incumplimiento de la dieta, a nivel de alimentos ricos en potasio y de alimentos ricos en fósforo, aunque tenemos que tener en cuenta que el fósforo también puede ser indicador de incumplimiento farmacológico.

Tabla 4.3 Correlaciones entre indicadores de adhesión

	<i>Edad</i>	<i>IDWG</i>	<i>GMD</i>	<i>Potasio</i>
<i>IDWG</i>	-.214*			
<i>GMD</i>	-.262**	.900**		
<i>Potasio</i>	.054	.341**	.340**	
<i>Fósforo</i>	-.255*	.300**	.403**	.338**

** p<0.01; *p<0.05

5.- DISCUSIÓN

Los resultados muestran que el grado de adhesión depende tanto del parámetro utilizado como del criterio tomado para definirla y presentan una disparidad importante, lo que plantea la cuestión de la necesidad de elaborar un gold estándar, como ya planteó Kaveh en 2001 ⁶ en su estudio sobre la adhesión de los pacientes tratados con hemodiálisis.

Al analizar las relaciones entre las variables se ha podido comprobar que a mayor edad, encontramos mayor grado de adhesión a la ingesta de líquidos y a la dieta, expresada según los niveles de fósforo encontrados. Estos resultados son discutibles, y al contrastarlos con la bibliografía, podemos encontrar que hay estudios en los que se obtiene resultados similares ^{9,5} mientras que otros no encuentran relaciones entre estas variables ¹⁰. En cuanto a las relaciones entre las variables de adhesión, encontramos que las tres utilizadas en este trabajo, están relacionadas entre si de forma positiva, es decir, que a mayor adhesión a la restricción de líquidos, le corresponde un mayor grado de adhesión dietética y medicamentosa, este dato no aparece corroborado en la bibliografía revisada, encontrando resultados distintos según el estudio analizado ¹¹.

6.- CONCLUSIONES

Para concluir queremos considerar que la inclusión de la GMD como parámetro para valorar la adhesión a las pautas de restricción de líquidos puede ser útil por las características de esta medida. Un resultado destacable es que los pacientes más jóvenes suelen ser más incumplidores. También queremos resaltar la necesidad de adoptar criterios unificados, como puede ser la GMD, para favorecer la comparación de los estudios de adhesión a los tratamientos en los enfermos tratados con hemodiálisis.

7.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Lambie, S.H. Taal, M.W. Fluck, R.J. McIntyre, C.W. (2004). Analysis of factors associated with variability in haemodialysis adequacy. *Nephrology Dialysis Transplantation*.19. 406-412.
- 2.- Leggat Jr., J.E. (2005). Adherence with dialysis: A focus on mortality risk. *Seminars in Dialysis*. 18. 137-141.

- 3.- Daugirdas, J.T.; Ing, T.S. (1995). Manual de diálisis. Barcelona: Masson.
- 4.- Morgan L.. (2001). A decade review: methods to improve adherence to the treatment regimen among haemodialysis patients. EDTNAERCA-Journal . 27(1) Jan-Mar 7_12.
- 5.- Gago C; Gruss E; Gonzalez S; Marco B; Fernandez J; Jarriz A; Martinez S; Gonzalez A; Galvez C; Andrea C; Hernando P; Hernandez J. (2000). Compliance of haemodialysis patients with prescribed medication. EDTNAERCA-Journal. 26(4) Oct-Dec; 4_6.
- 6.- Kaveh, K. Kimmel, P.L (2001). Compliance in hemodialysis patients: Multidimensional measures in search of a gold standard. American Journal of Kidney Diseases. 37. 244-266.
- 7.- Hailey B.J; Moss,-S.-B. (2000). Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: A review of the literature. Psychology,-Health-and-Medicine .Vol 5(4) Nov 395-406.
- 8.- Hecking, E. Bragg-Gresham, J.L. Rayner, H.C. Pisoni, R.L. Andreucci, V.E. Combe, C. Greenwood, R. McCullough, K. Feldman, H.I. et al. (2004). Haemodialysis prescription, adherence and nutritional indicators in five European countries: Results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). Nephrology Dialysis Transplantation. 19. 100-107.
- 9.- Saounatsou M. (1999). Relation between response to illness and compliance in haemodialysis patients. EDTNAERCA-Journal. 25(4) Oct-Dec; 32-4.
- 10.- Vives T; Pujolar N; Junyent E; Flores I; Cordobilla L; Izquierdo R. (1999). Adherence to treatment and personality in renal failure. EDTNAERCA-Journal. 25(3) Jul-Sep; 13_4.
- 11.- Sensky T; Leger C; G Steven. (1996). Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic haemodialysis. Psychotherapy-and-Psychosomatics. Vol 65(1) Jan-Feb 36-42.

MESA DE EXPERTOS 2

“IMPULSANDO E INNOVANDO LA PROFESIÓN DESDE LA INSTITUCIÓN COLEGIAL”

Moderador: Ricardo Martín Peñalver

Vocal II del Colegio de Enfermería de Alicante. Responsable del Área de Investigación. Enfermero, Licenciado en Antropología Social y Cultural. Profesor titular del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad CEU- Cardenal Herrera de Elche y Profesor asociado del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante.

Presentación de la mesa:

- **Publicaciones Científicas.** En esta mesa podremos conocer la trayectoria de las iniciativas llevadas a cabo por el Colegio de Enfermería de Alicante a favor de la investigación en Enfermería y de la divulgación de los conocimientos científicos. Es importante investigar, pero también publicar los trabajos realizados, puesto que es necesario para impulsar el desarrollo de nuestra profesión y lograr el reconocimiento social que merecemos, por ello desde el Colegio de Enfermería siempre se ha estimulado e impulsado la creación y difusión de los medios que facilitarían la divulgación de los conocimientos tanto científicos como profesionales.
- **Formación e-learning.** Se mostrarán y desarrollarán los nuevos y modernos sistemas de formación e-learning, de los cuales hace unos años la institución colegial está haciendo uso en su formación. El Colegio de Enfermería de Alicante siempre ha mantenido una constante y creciente preocupación por ofrecer a sus colegiados actividades formativas de calidad. La persecución de este objetivo, unido a la evolución de las nuevas tecnologías aplicadas a la formación, ha dado lugar a que hoy en día en la Institución colegial se utilicen los más modernos sistemas de formación y aprendizaje.
- **Nuevos canales de Comunicación.** Conoceremos la amplia variedad de canales de comunicación que la institución colegial utiliza. El Colegio de Enfermería siempre ha querido estar en continuo contacto y comunicación con sus colegiados. Esta necesidad ha hecho que la institución colegial cuente con los más novedosos sistemas de comunicación y a la vez conserve otras formas de comunicación más tradicionales como es la Circular Informativa, así como y quizás sea lo más importante, la comunicación personal con todos sus colegiados.
- **Biblioteca virtual.** Finalmente nos presentarán la trayectoria histórica de nuestra biblioteca colegial así como su situación actual y el proyecto más ambicioso del Colegio: la Biblioteca Virtual. Para el Colegio de Enfermería de Alicante siempre ha sido una necesidad y un objetivo contar con una biblioteca colegial de calidad, a través de la cual pudieran actualizar sus conocimientos los profesionales de Enfermería de nuestra provincia.

PUBLICACIONES CIENTÍFICAS.

Elena Ferrer Hernández.

*Vocal V del Colegio de Enfermería de Alicante. Responsable del Área de Formación.
Doctora en Enfermería por la Universidad de Alicante, Licenciada en Sociología.*

*Profesora asociada del Departamento de Enfermería de la Universidad de
Alicante. Supervisora de Docencia del Hospital General de Elda.*

*Miembro del Comité de Bioética Asistencial del Departamento de Salud de Elda y
miembro del Grupo de Trabajo de Ética Profesional y Deontología Profesional del
CECOVA.*

La investigación en Enfermería es relevante para el desarrollo del conocimiento científico que facilita a las Enfermeras proporcionar unos cuidados basados en evidencia. Implica cualquier actividad que pueda tener un impacto en los cuidados de Enfermería. A través del proceso metodológico explica y predice fenómenos que son de interés para la disciplina, permitiendo validar y refinar los conocimientos existentes y generar nuevos que son directa o indirectamente útiles para la práctica de Enfermería.

Investigar en Enfermería, pero también publicar, es necesario para impulsar el desarrollo de nuestra profesión y lograr el reconocimiento social que merecemos.

Esta necesidad incuestionable, ha sido el resultado de un largo camino en donde nuestros antecesores marcaron el camino a seguir.

En este sentido, una de las mayores preocupaciones de los Colegios Profesionales desde su creación era tener un medio de expresión y difusión que llegara a todos sus miembros, aunara el sentimiento de profesión, divulgara los conocimientos científico-profesionales, y mejorara la imagen social de sus integrantes.

El Colegio de Enfermería de Alicante, consciente desde su creación de esta importancia, ha impulsado a lo largo de su trayectoria y de manera casi continuada –con excepción de algunos periodos, motivados principalmente por problemas económicos y otros de dificultades sociales como fue la Guerra Civil y la Postguerra–, la producción científica a través de la edición de diferentes Revistas.

El Colegio Alicantino fue uno de los pioneros en cuanto a publicaciones se refiere, ya que en 1910, creó la Revista “El Practicante Alicantino”, esta Revista, que tuvo distintas épocas, sirvió en sus comienzos para que practicantes y médicos (en una cantidad significativa) escribieran artículos científicos relacionados con la profesión o “clase”. Poco a poco, los artículos de los profesionales de la medicina fueron desapareciendo a favor de los Practicantes.

Esta primera publicación tuvo su continuidad en la revista C.A.T.S. y a ella le siguió ALACANT SANITARI y PUBLICACIONES CIENTÍFICAS DE ALACANT SANITARI.

La creación del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana en el año 1986 y la integración del Colegio de Enfermería de Alicante en el mismo, hizo que la producción científica tomara un nuevo impulso en la Comunidad Valenciana.

El Consejo, en el que están integrados los Colegios de Alicante, Castellón y Valencia, edita actualmente las Revistas: “Cultura de los Cuidados” e “Investigación & Cuidados”, ambas de tirada semestral.

Hay que señalar que la revista “Investigación & Cuidados” nació en el Colegio de Alicante y posteriormente consiguió una dimensión nacional a través del CECO-VA.

Asimismo, el Colegio de Alicante, como parte de la Organización Colegial de la Comunidad Valenciana, promueve la edición de la “Colección Enfermería Comunidad Valenciana” que cuenta en la actualidad con 65 libros editados (en los últimos 5 años se han publicado dentro de esta Colección 716 artículos, realizados por más de 1.900 autores) y la Colección “Manuales Profesionales Para Enfermería” (11 ejemplares editados).

También participa en la convocatoria anualmente (en este año, su 7ª edición) del Premio CECOVA de Investigación en Enfermería a fin de incentivar las publicaciones científicas en los profesionales de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

El objetivo de esta Ponencia es presentar la trayectoria de estas iniciativas en favor de la producción científica, que desde la institución colegial ha sido desarrollada, estimulando el interés de las enfermeras por publicar sus trabajos de investigación.

FORMACIÓN E-LEARNING.

Federico Juárez Granados

Licenciado en Enfermería y Diploma de Estudios Avanzados en el Programa de Doctorado “Práctica y Educación” por la Universidad de Alicante.

Gerente de la empresa AulaSalud, colaborador con diferentes universidades del estado español, como especialista en implementación de proyectos de e-learning.

El Colegio de Enfermería de Alicante ha mantenido desde su creación una constante y creciente preocupación por ofrecer a sus colegiados actividades formativas con las que mantenerse al día en los nuevos conocimientos de la profesión. Si bien en años remotos la docencia era impartida por médicos, poco a poco fueron los integrantes de nuestro colectivo profesional los que han ido asumiendo esta tarea y responsabilidad hasta llegar a la actualidad, momento en el que Enfermería tiene plenamente asumida su capacidad y actividad docente.

Desde el Colegio se ha tratado en todo momento de ofrecer los medios necesarios para que las enfermeras alicantinas pudieran tener al alcance de su mano las actividades formativas que se organizaban disponiendo aulas y medios para ello y acercándolas a las diferentes comarcas de la provincia. Hasta los años 50 la formación organizada por el Colegio se realizaba en locales de entidades que los cedían para ello, tal es el caso del Colegio de Médicos, siendo a partir de esta fecha cuando al contarse con la sede de la calle San Fernando se celebraban en un local propio.

Además, se han ido incorporando aquellas herramientas, tecnologías y materias propias de cada momento. En este sentido cabe destacar la adquisición de ordenadores para impartir cursos sobre las nuevas tecnologías informáticas al mismo tiempo que iban surgiendo y adquiriendo relevancia las mismas.

Tomando como referencia los datos de los tres últimos años puede verse con claridad la apuesta de la Junta de Gobierno en materia de formación continuada. De este modo cabe destacar que se ha contado con un cuerpo docente integrado por cerca de 100 profesores de contrastado y reconocido prestigio, expertos en todas y cada una de las materias a impartir.

Gracias a ellos han recibido formación casi 1.300 enfermeras en más de 150 cursos realizados tanto en la ciudad de Alicante como en el resto de la provincia. Cabe destacar en este sentido que casi 100 alumnos recibieron formación gracias al sistema de videoconferencia instalado en el Colegio, como muestra por la apuesta por las nuevas tecnologías a la que me refería anteriormente. Además, en este apartado merece una consideración especial la puesta en marcha del aula permanente de formación EIR para la preparación de los exámenes para el acceso a la formación de las especialidades.

La calidad de las actividades formativas del Colegio queda constatada por los datos que aportan las encuestas de satisfacción que se realizan a los alumnos, las cuales les otorgan una puntuación media de 9 sobre diez puntos en unos cuestionarios en los que se valoran, entre otros aspectos, al profesorado, los contenidos, la calidad de la enseñanza, la aplicabilidad de los contenidos y la metodología empleada.

La evolución de las nuevas tecnologías aplicadas a la formación, circunstancia que el Colegio ido incorporando progresivamente y ofreciendo a través de ella formación a los colegiados ha dado lugar a que hoy en día se utilicen los más modernos sistemas de e-learning.

Desde hace algunos años, las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) se han ido incorporando en todos los ámbitos de nuestra vida, provocando cambios fundamentales y modificando nuestra manera de comunicarnos, trabajar, formarnos e incluso divertirnos.

Nos encontramos, por tanto, ante una nueva, apasionante y duradera realidad, ante una inmersión en la denominada “sociedad del conocimiento” o “era de la información”, apoyada en la explosión de estas tecnologías de la información y la comunicación.

Esta nueva realidad incide directamente en la educación y el concepto de ésta, un concepto que ha ido cambiando y evolucionando para dar respuesta a las necesidades de capacitación continúa de las personas. En la actualidad y especialmente a raíz del gran volumen de información del que disponemos, el proceso de aprendizaje se ha vuelto constante y dinámico debido tanto a la posibilidad de interacción global (potenciación de la comunicación y formación sin barreras espacio temporales) como a la creciente necesidad de educación continua. Y es en este escenario donde surge el concepto de e-learning (también denominado formación virtual, educación digital, educación en línea o teleformación).

El término e-learning se emplea para designar una formación a distancia basada en la explotación de contenidos vía Internet, cintas de vídeo/audio, transmisión satélite y/o CD Rom que permite la formación a distancia. Los beneficios del e-learning son múltiples debido a su flexibilidad, apertura y personalización, pero entre ellas cabe destacar:

- Eliminación de barreras espacio temporales.
- Utilización de materiales diversos no lineales, ya que el material se presenta a modo de hipertextos que ofrecen diversos caminos y posibilidades de aprendizaje para el usuario.
- Flexibilidad y autoaprendizaje, puesto que el alumno es actor de su propio proceso formativo.
- Aprendizaje guiado (no impuesto) por el tutor a través de tutorías.
- Aprovechamiento de las NTICs, lo cual permite una interacción multidireccional (entre los distintos usuarios, tutores, etc).
- Economía de recursos, ya que no se hace frente a gastos derivados del transporte y el coste de la formación baja al distribuir los materiales de manera simultánea a un gran número de personas.
- Alcance global posibilitado por la ausencia de límites geográficos, lo cual significa una apertura al mercado global.

El concepto de e-learning nace ligado al de campus virtual, esto es, un entorno virtual de aprendizaje que ofrece los espacios necesarios para que el alumno interactúe con sus compañeros, tutores, etc, y participe de los distintos materiales y actividades.

Estos materiales e informaciones surgen del intercambio mutuo, el trabajo en red y la toma de decisiones compartida. Estas características son las que definen el llamado e-learning 2.0, es decir, las nuevas formas de e-learning basadas en las herramientas de la Web 2.0 (todas las aplicaciones y servicios de Internet –como redes sociales, blogs, wikis, podcasts, etc– que pueden ser modificados por los usuarios de la red de forma simultánea) y el aprendizaje social o aprendizaje interactivo entre personas conectadas a una misma red.

El Ilustre Colegio de Enfermería de Alicante se ha adaptado de manera ágil a estos cambios. Prueba de ello es que más de 2000 colegiados han realizado formación de postgrado online (másteres, cursos de actualización profesional o cursos de preparación de oposiciones) a través de su campus virtual, en colaboración con instituciones públicas y privadas de contrastado prestigio a nivel nacional: Universidad de Alicante, Universidad de Barcelona o la empresa AulaSalud, recientemente galardonada con la mención “Empresa caso de éxito Microsoft en Europa 2009” y primera empresa española en obtener la certificación de calidad ISO 9001 para proyectos de formación basados en tecnología elearning 2.0

NUEVOS CANALES DE COMUNICACIÓN

M^a. del Mar Ortiz Vela.

Vocal III del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante. Coordinadora del Grupo de Trabajo “Enfermería en Salud Escolar” del CECOVA en Alicante.

*Enfermera, Master en Ciencias de la Enfermería, Master en Enfermería Escolar
Presidenta de la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar*

Las formas de comunicación tradicional se desarrollan a través de canales como la voz en la presencia directa, la prensa escrita, la radio, la televisión, el correo postal y la publicidad, pero la comunicación ha dado un salto exponencial gracias a los canales de comunicación digital como las web, el correo electrónico y la publicidad on-line.

Internet es un medio relativamente joven y en constante evolución. En poco tiempo hemos pasado de una Web estática (la web 1.0), en la que el usuario tenía un papel pasivo, meramente observador, a una web dinámica, participativa, donde los usuarios se convierten en protagonistas activos, creando y compartiendo contenidos, opinando, participando, relacionándose. A esta nueva web se la denomina desde el año 2004, web 2.0 o web social.

Desde el Colegio de Enfermería de Alicante vamos adaptándonos a estos nuevos canales de comunicación. De esta manera hemos pasado de la hoja informativa enviada por correo postal como único medio informativo, a los envíos de mensajes telefónicos para convocatorias e informaciones puntuales, al boletín informativo on-line que recibimos en nuestro correo electrónico si nos suscribimos y a toda la información actualizada que podemos encontrar en la página web www.enferalicante.org que deberíamos consultar periódicamente para estar informados/os de todo lo que acontece e interesa a la Enfermería Alicantina.

En la página web del Colegio de Enfermería de Alicante no sólo encontramos una amplísima cantidad de información referente a nuestra profesión, sino que también podemos publicar anuncios particulares como demanda de empleo, etc. Dentro de la información profesional que ofrece, podemos encontrar los servicios colegiales como asesorías, asociaciones, comisiones, ayudas económicas, convenios con empresas, etc. Por otro lado tenemos información respecto a los cursos de formación que ofrece el Colegio de Enfermería y el CECOVA, respecto a las especialidades, a la normativa, oposiciones y bolsa de trabajo. También disponemos de un apartado sobre la comisión de Investigación y Docencia, a través del cual podemos suscribirnos de manera gratuita a la revista “Investigación y Cuidados”, consultar las ayudas que se ofrecen para la actividad científica, etc. Asimismo, la página web cuenta con una agenda profesional donde encontraremos congresos, jornadas, conferencias, cursos, premios, un apartado con enlaces a organismos fundamentales para enfermería, a federaciones, sociedades científicas, asociaciones, a revistas de enfermería, manuales y enlaces de índole internacional.

Y para finalizar el contenido de la página web colegial, ésta también dispone de un apartado de comunicación y prensa, desde el cual podemos descargar las circula-

res que recibimos por correo postal y las noticias que salen en prensa sobre nuestra profesión y un apartado de la Asociación de Jubilados Enfermeros de Alicante.

Pero como indicaba anteriormente, este tipo de web, denominada 1.0 es estática, el receptor del mensaje sólo puede visualizar la información, por eso uno de los proyectos que esta poniendo en marcha el Colegio de Enfermería es la creación de una web 2.0 y así disponer, entre otras ventajas, de un foro donde los colegiados de Enfermería puedan comunicarse. El portal del CECOVA ya dispone de esta innovación. Pero ¿qué es esto de la WEB 2.0?

El término fue utilizado para referirse a una segunda generación en la historia del desarrollo de tecnología Web basada en comunidades de usuarios y una gama especial de servicios, como las redes sociales, los blogs o los wikis, que fomentan la colaboración y el intercambio ágil y eficaz de información entre los usuarios de una comunidad o red social. La Web 2.0 es también llamada Web social por el enfoque colaborativo y de construcción social de esta herramienta.

Tal vez la más conocida hoy en día es Facebook, red social de uso personal que cuenta con más de 300 millones de usuarios activos alrededor de todo el mundo. Un ejemplo de proyecto que desde el Colegio, estamos implementado para toda la comunidad enfermera, no solo de la provincia sino del resto de España y también del extranjero cuyo objetivo es generar riqueza comunicativa dentro del ámbito de la Enfermería.

Ya son varias las aplicaciones disponibles para crear nuestra propia red social de uso personal o profesional. A través de Ning, hemos creado la Red Social de Enfermería Escolar, convirtiéndola en una web de ideas, experiencias, necesidades y recursos de la Enfermera Escolar. La dirección es <http://enfermeriaescolar.ning.com> y en ella podemos participar en los foros, visualizar y subir vídeos e imágenes, interactuar con todos los miembros, hacer grupos específicos, compartir eventos, notas e interactuar de forma síncrona en el chat.

El Sistema de Video Conferencia, es otro novedoso canal de comunicación que dispone el Colegio de Enfermería de Alicante. Las tres sedes colegiales están conectadas, permitiéndonos realizar reuniones formativas e informativas en Castellón, Valencia y Alicante al mismo tiempo, con el consiguiente ahorro económico, al no realizar desplazamientos, y también de tiempo, algo muy importante hoy en día.

Todas las enfermeras colegiadas nos podemos beneficiar de este sistema de Video Conferencia para comunicarnos con compañeras de las otras dos provincias valencianas. Un sistema muy útil para las Asociaciones y Sociedades

Científicas de Enfermería para realizar sus encuentros profesionales y reuniones de trabajo sin necesidad de desplazarse de su provincia.

BIBLIOTECA VIRTUAL

Ascensión Marroquí Rodríguez.

Vocal I del Colegio de Enfermería de Alicante. Responsable del Área de Trabajo en el Extranjero y Recursos Bibliográficos.

Enfermera, Especialidad de Enfermería de Empresa y Licenciada en Traducción e Interpretación.

Máster Oficial de Postgrado en Ciencias y de la Enfermería por la Universidad de Alicante y por la Universidad de Edimburgo.

La necesidad de contar con una biblioteca colegial a través de la cual los profesionales de Enfermería alicantinos pudieran mantener actualizados sus conocimientos es una constante en la vida del Colegio. Esta biblioteca ha sido un referente en todo momento a nivel provincial, ya que durante décadas, el Colegio fue la institución desde la que se potenció el desarrollo de la profesión y el referente con respecto a ella.

UN POCO DE HISTORIA...

La fecha de nacimiento de la biblioteca como servicio colegial resulta difícil de concretar, si bien sí que se cuenta con referencias lejanas en el tiempo, siendo la primera de ellas de mayo 1930 en la que en un acta de la junta directiva se daba cuenta del regalo de dos libros por parte de una colegiada.

En principio y hasta que desde el Colegio se pueden dotar partidas presupuestarias para la adquisición de material, la biblioteca se nutre principalmente de donaciones como bien queda reflejado en actas de 1931 y 1951; no siendo hasta 1980 cuando se destinan 150.000 pesetas de la época para mobiliario de la biblioteca. De este modo se va dando forma a unos fondos que en principio son bibliográficos pero que con el paso de los años se amplían con diverso material audiovisual datando los fondos más antiguos de finales del siglo XIX.

El fondo se fue incrementando progresivamente no sólo gracias a donaciones privadas sino también institucionales o mediante las propias adquisiciones colegiales. Al mismo tiempo se fueron incorporando a la colección, formada en su mayor parte por libros, revistas, material gráfico, audiovisual etc. Este incremento fue debido en parte a la creciente demanda de los colegiados que veían en el Colegio una de las escasas fuentes de información y documentación específica sobre enfermería en la provincia de Alicante.

Al igual que el colegio, la biblioteca ha pasado por diversas etapas, con sus correspondientes cambios de emplazamientos, teniéndose que adaptar no sólo a ellos sino también a la evolución tecnológica, las necesidades de la profesión y las demandas de los colegiados. La adquisición de la actual sede colegial propició la creación de la nueva biblioteca acorde con las necesidades de la comunidad colegial que hoy día se ha convertido en una biblioteca moderna, con espacios diáfanos, que permiten el acceso del público a los fondos que en ella se albergan.

NUESTRO PROYECTO

Hoy día la biblioteca del Colegio de Enfermería de Alicante, que consta registrada en la Estadística Nacional de Bibliotecas, es un proyecto, formado por:

- Una sala diáfana de uso exclusivo para la biblioteca de 75m² y que cuenta con 10 puestos de lectura.
- Una extensa colección encuadernada de las principales revistas de enfermería, cuyos números se remontan hasta el inicio de las primeras revistas científicas de enfermería allá por finales de la década de los 70. Entre las revistas que podemos encontrar hay tanto ediciones actuales de las de mayor impacto (Index, Rol, Nursing) como otras que ya no se editan.
- Hemeroteca con recursos audiovisuales diversos.
- Exposición para consulta de los últimos números de las principales revistas de enfermería.
- Ordenadores de libre acceso para búsquedas bibliográficas.
- Amplio fondo documental formado por revistas de los colegios de enfermería a nivel nacional (28), de asociaciones profesionales y sociedades científicas de enfermería, sindicatos, fundaciones etc. (más de 50).
- Convenios con distintas editoriales.
- Recopilación de la Asociación de la Prensa desde 1987.

Al mismo tiempo la biblioteca también dispone de una valiosa colección de acceso restringido de más de 500 libros antiguos cuyas fechas van desde 1832-hasta 1970.

Hay que destacar que otra posibilidad a la hora de realizar adquisiciones para el fondo bibliográfico la constituyen los propios colegiados, cuyas sugerencias son bienvenidas a la hora de realizar la compra de material bibliográfico.

Pero sin duda nuestro proyecto más ambicioso ha sido la puesta en marcha de una aplicación digital, en la que estará volcada toda la colección del colegio y que pueda ser accesible al colegiado desde cualquier punto con acceso a Internet. Esta aplicación, una vez puesta en marcha, permitirá al colegiado la consulta, reserva y renovación de todo el fondo documental disponible (con más de 2000 libros) desde su propia casa. Un proyecto que esperamos pueda estar en marcha a finales de este año.

MESA DE COMUNICACIONES LIBRES N° 2

EDUCAR EN SALUD

Moderadora: M^a Dolores Tornero Tomás.

Siguiendo con el lema de nuestras jornadas, un reto para la enfermería, es educar en Salud.

Tenemos el compromiso de educar en Salud desde la escuela. Cabe destacar la innovación de la creación de la figura de la Enfermera Escolar, la cual debemos de hacer extensiva a todos los centros e intentar implantar en la medida de lo posible.

Unas buenas campañas de educación sanitaria favorecen el poder prevenir enfermedades de tipo metabólicas y/o cardiovasculares.

Si educamos en salud a nuestros pequeños, adolescentes y jóvenes, conseguiremos una mejora en nuestra sociedad, reto que estamos obligados a conseguir.

Sin más dilación paso a presentar a los ponentes, los cuales nos van a hacer pasar una tarde maravillosa, Con ellos vamos a disfrutar de las nuevas experiencias relacionadas con normas de educación en salud, para evitar y paliar patologías crónicas.

ÍNDICE MESA DE COMUNICACIONES LIBRES N° 2

Código	Título	Expone	Autores
CO_5	Implantación de un protocolo de cuidados de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica	María Torres Figueiras	María Torres Figueiras Natalia Torregrosa Marco M ^a José Medeiro Gilabert Juana Rodríguez Lozoya José Navarro Martínez Francisco Martínez Adsuar Pablo Cuesta Montero
CO_14	Test de sobrecarga oral de glucosa para detección de nueva diabetes en pacientes con síndrome coronario agudo	Elisa Fontangordo Ponzoa	Elisa Fontangordo Ponzoa Teresa Rodríguez Valero Francisco Valero Gallardo María Barragán García Natalia Torres Cruzado Eva Oncina García M ^a José Martínez Fernández Ana Vilar Mingacho Juan Quiles Granados
CO_15	Prevalencia de síndrome metabólico en los pacientes ingresados en una planta de cardiología	Francisco Valero Gallardo	Francisco Valero Gallardo Teresa Rodríguez Valero Elisa Fontangordo Ponzoa María Barragán García M ^a José Martínez Fernández Eva Oncina García Manuela Martín Sánchez Natalia Torres Cruzado Alberto Cordero Font
CO_16	Actuación de enfermería en la seguridad del paciente sometido a cirugía bariátrica	Francisco M. Serna Adsuar	Francisco M. Serna Adsuar Josefa Martínez Sansano
CO_18	Lista de verificación de seguridad de la cirugía	M ^a José Muñoz Reig	M ^a José Muñoz Reig Raquel Gómez Francés Clara Abellán García

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA

Torres Figueiras, M., Torregrosa Marco, N., Mediero Gilabert, M.J., Navarro Martínez, J., Martínez Adsuar, F., Cuesta Montero, P.

Comunicante: Torres Figueiras, M.

Palabras clave: Neumonía asociada a ventilación mecánica, ventilación mecánica, cuidados de enfermería, protocolos, paciente crítico.

INTRODUCCIÓN

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

Numerosos organismos internacionales reflexionan sobre la seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios y desarrollan recomendaciones a cerca de la prevención de los efectos adversos en la atención sanitaria y la formulación de estrategias en este ámbito; estos organismos como la Alianza Mundial para la seguridad del paciente (promovida por la Organización Mundial de la Salud), enfatizan en que las estrategias de seguridad, y sus sistemas deben incluir acciones dirigidas a la prevención, detección y mitigación de efectos adversos cada vez que ocurren, así como el análisis de sus causas, aprendizaje de los errores y la difusión de las lecciones aprendidas.

Otra iniciativa destacable en la línea de aplicar el conocimiento disponible para evitar la aparición de efectos adversos es la denominada "100,000 Lives Campaign" promovida por Berwick, desde el Institute for Healthcare Improvement (IHI).

Se trata de una iniciativa a la que se han adherido voluntariamente diferentes hospitales con el fin de poner en práctica cambios dirigidos a conseguir las siguientes metas:

- Mejorar la rapidez de intervención ante signos precoces de deterioro de los pacientes ingresados.
- Prevención del fallecimiento consecuente a un infarto agudo de miocardio, mediante aplicación del tratamiento del mismo basado en la evidencia.
- Prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica, mediante la aplicación de un conjunto de medidas de efectividad demostrada.
- Prevención de las infecciones asociadas al uso de catéter venoso central, aplicando un conjunto de medidas de asepsia y control del mismo.
- Prevención de infecciones del sitio quirúrgico mediante profilaxis antibiótica preoperatoria con el antibiótico adecuado aplicado durante el tiempo necesario.
- Prevención de errores y reacciones adversas a medicamentos mediante la revisión de la medicación utilizada por los pacientes en los cambios de atención. ("medication reconciliation").

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha definido en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud las actuaciones prioritarias para la seguridad de los

pacientes; entre ellas se encuentran también incluidas las intervenciones dirigidas a la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica.

La neumonía asociada a Ventilación Mecánica es una de las causas más importantes de mortalidad y morbilidad en los pacientes críticos. Chastre y Fago (2002), la definen como una inflamación del parénquima pulmonar causada por agentes infecciosos incubados después de que la ventilación mecánica haya comenzado, otros como Mayhall (2001), la definen como una neumonía nosocomial en un paciente sometido a ventilación mecánica durante más de 48 horas. Los principales patógenos responsables de la NAVM son bacilos Gram. negativos y *S. Aureus*, representando el 50-70% de los casos, podemos dividir el diagnóstico de neumonía en precoz cuando aparece entre los 4-7 primeros días de la intubación, producidas por bacterias que colonizan la orofaringe como son *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* o *Staphylococcus aureus* y tardía cuando aparece a partir de los siete días, en la cual los causantes son *S.A.M.R*, *Pseudomona Aeruginosa*, *Acinetobacter* y *Klebsiella pneumoniae*.

Gran parte de la literatura revisada destaca la importancia de los cuidados de enfermería en relación con la prevención de dicha neumonía. Así encontramos numerosas revisiones sistemáticas como la de Alison Rufell y Lenka Adamcova (2008), que ponen de manifiesto una serie de medidas eficaces en la prevención de la NAVM, y la realizada por C.Miquel-Roig et al (2006) en las que se analizan 8 intervenciones de enfermería para la prevención según el grado de evidencia que presentan.

Aplicar estas referencias bibliográficas en la creación de un protocolo específico de cuidados de enfermería para la prevención de la NAVM, muestra una vez más, la importancia de una buena praxis enfermera. La utilidad de seguir un modelo estándar validado y la elaboración de protocolos, viene justificada porque permite la prevención de defectos, y como resultado una mayor seguridad de nuestros pacientes, al mismo tiempo que repercute en un aumento de la calidad de los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo que tuvo como objetivo principal implantar un protocolo de cuidados de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica y valorar el grado de cumplimiento del mismo.

En primer lugar se realizó una revisión sistemática en las principales bases de datos Cinalh, Cuiden y Pubmed, de esta revisión se extrajeron artículos en los que se ponía de manifiesto la relación entre determinados cuidados de enfermería y la prevención de la neumonía en pacientes sometidos a ventilación mecánica.

Se elaboró un listado con los cuidados que demostraban más evidencia, y las pautas a seguir estos fueron:

- a) Higiene bucal con clorhexidina: los lavados bucales con clorhexidina una vez por turno reducen el riesgo de incidencia de neumonía en pacientes sometidos a ventilación mecánica (NAVM), como sabemos, la boca es la puerta de entrada para la colonización bacteriana y en pacientes conectados a ventilación mecánica las bacterias de la orofaringe pueden descender a la vía aérea inferior y contribuir a la infección.

- b) Posición Semisentada: La posición semisentada de estos pacientes con un ángulo de 45° reduce el riesgo de reflujo gastroesofágico y aspirado de contenido gástrico hacia el árbol bronquial. Mantener esta postura siempre que no haya contraindicación médica.
- c) Aspiración cerrada: Estos sistemas protegen al personal de enfermería del contacto con las secreciones, al mismo tiempo que previenen el colapso alveolar que se ocasiona con la apertura de las tubuladuras, esta medida no está indicada en pacientes de forma rutinaria solo en aquellos con SDRA o con parámetros de PEEP >10.
- d) Medidas Barrera: La principal causa de la NAVM, es la infección adquirida de forma exógena, transmitida a través de las manos de los profesionales de la salud, por tanto las dos medidas más importantes serán: el lavado de manos y el uso de guantes y mascarilla.
- e) Aspiración subglótica: el aspirado de secreciones orofaríngeas es otro factor que contribuye en la NAVM, está indicado en pacientes con una intubación superior a 72 horas.
- f) Presión del balón de tubo endotraqueal . El control de la presión es fundamental por dos aspectos uno por la prevención de la aspiración y por otro para evitar el daño de la mucosa traqueal. Esta presión debe estar entre 25-30 cmH₂O y controlarlo una vez por turno
- g) Cambio en los circuitos del respirador y humidificador. Respecto a los circuitos existe bastante controversia en este tema pero las conclusiones indican que no es necesario cambiar los filtros de forma rutinaria, solo cuando se trate de un nuevo paciente o cuando exista condensación o líquido en la tubuladura. En cuanto a los humidificadores también encontramos posturas dispares pero las indicaciones señalan el uso de humidificadores pasivos para pacientes sometidos a ventilación mecánica no más de 48-72 horas, y activos para intubaciones prolongadas, distress respiratorios etc.
- h) Profilaxis de la úlcera de estrés. Se destaca la relación con la NAVM, porque existe mayor riesgo de colonización gástrica por la alteración del PH gástrico.
- i) Despertares diarios. Son aconsejados en la prevención de la NAVM, también se ha demostrado su importancia en la disminución de drogas tanto hipnóticas como vasoactivas, y en la disminución del tiempo o prolongación de la intubación. Esta medida es de difícil cumplimiento ya que se deben poner en marcha protocolos específicos, pero las recomendaciones indican evitar el uso de sobredosificación y colocación de dispositivos BIS.
- j) Profilaxis con heparina bajo peso molecular.

Los tres últimos ítems no corresponden a cuidados de enfermería pero la relación con diversos factores dependientes de la prescripción facultativa también interviene en la prevención de la NAVM por lo que han sido incluidos.

Una vez elaborada la lista de cuidados, se confeccionó un checklist (ver anexo 1); durante un mes un observador externo evaluó los cuidados que los profesionales de enfermería proporcionaban cada día a los pacientes ingresados en la unidad, conectados durante más de 48 horas a ventilación mecánica independientemente de edad, sexo o patología y/o causa de ingreso.

El observador en la planilla del checklist debía anotar con una "X", si las enfermeras realizaban los cuidados del listado anterior y dejar la casilla en blanco cuando no se cumplieran. El total de registros recogidos fue de 25 pacientes.

Una vez recogidos los datos se elaboraron 10 sesiones de formación; esta sesión consistía en una explicación, con soporte audiovisual sobre los cuidados de enfermería que repercutían de manera directa en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica, para los profesionales de enfermería de la unidad, de manera que quedaran cubiertos todos los turnos, la sesiones eran de 8 personas con una duración aproximada de 40 minutos.

Una vez terminadas las sesiones, el equipo de investigación se reunió para elaborar un protocolo específico de cuidados de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica. El equipo investigador se reunió con la unidad de medicina preventiva del Hospital General universitario de Alicante; presentó el protocolo a la comisión de infecciones, y lo instauró en la unidad.

Una vez implantado el protocolo se está realizando una nueva evaluación externa, transcurridos tres meses, para analizar el grado de cumplimiento de las medidas de prevención.

RESULTADOS

En cuanto a los resultados del presente trabajo, los dividimos en tres partes, los datos previos obtenidos en la recogida del checklist, la realización e instauración del protocolo en la unidad y la evaluación posterior del grado de cumplimiento del protocolo en relación con los datos recogidos previamente (esta parte está en siendo analizada y no disponemos aún de los resultados).

Los resultados de checklist previo a la confección del protocolo de cuidados fueron los siguientes que se observan en la tabla:

Presión del Manguito	4%
Aspiración Subglótica Continua	4%
Cambio Filtros antibacterianos	92%
Cambio Humidificadores	68%
Medidas Barrera	84%
Lavados Bucales con Clorhexidina	76%
Posición Semisentada del paciente	52%
Sistema de Aspiración Cerrada	4%
Despertares Diarios	0%
Profilaxis úlcera de estrés	80%
Profilaxis TVP	68%

Como puede observarse en la tabla, el mayor porcentaje de cumplimiento corresponden a cuidados independientes de enfermería como son: el cambio de filtros y humidificador del respirador, así como con los lavados bucales y medidas barrera. Los elevados porcentajes de la profilaxis de úlcera de estrés y TVP, están justificados ya que son pautas escritas en el tratamiento médico.

Tenemos que destacar que entre los 25 pacientes, tan solo un paciente desarrolló Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica., y cuatro finalmente fallecieron por otras complicaciones.

El resultado obtenido es el propio protocolo instaurado en la unidad tal y como se muestra a continuación:

Este protocolo se encuentra ubicado en las dos salas pertenecientes a la unidad de Reanimación, en formato póster.

La evaluación y análisis del cumplimiento del protocolo se está llevando a cabo, pero todavía no tenemos los resultados finales.

RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA
 Servicio de Anestesia y Reanimación – Servicio de Medicina Preventiva

Higiene de Manos con solución alcohólica (Sterillium®) antes y después de entrar en contacto con el paciente o su entorno inmediato.

Utilizar métodos de barrera cuando sean necesarios:

- Guantes: contacto con mucosas, aspiración de secreciones, probabilidad de contacto con fluidos biológicos, etc.
- Mascarilla: durante la aspiración de secreciones.

Realizar limpieza y desinfección de la cavidad oral con Clorhexidina (0,25%-0,5%) o Hexetidina en cada uno de los turnos.

Mantener elevada la cabecera de la cama de 30-45°, excepto en los casos que exista una contraindicación médica.

Para la aspiración de secreciones, se utilizará una sonda de un solo uso en cada sesión de aspiración. Durante su utilización las sondas se desobstruirán aspirando solución salina estéril.



Aspiración de secreciones cerrada (Cuando PEEP >10).



Cambiar el filtro humidificador cuando esté visiblemente manchado o no funcione.

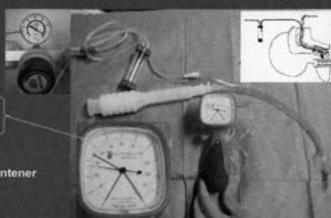
Los cambios rutinarios del filtro humidificador se realizarán cada 48 horas como máximo.

En un mismo paciente las tubuladuras del respirador solo se cambiarán cuando estén manchadas de manera grosera (acúmulo de secreciones, etc.) o no funcionen.



Aspiración subglótica:

- Aspirar continua con presión de pared 20-30 cmH2O (3cmHg).
- Comprobar cada 8h la no obstrucción del canal (Lavado SF).
- Si no se recupera secreciones en 24h (sonda obstruida).



Control de la presión del balón del tubo o traqueo por turno. Mantener entre 25-30 cm H₂O.

Otros aspectos relacionados a comentar:
 Despertares diarios, evitar autoextubación o reintubación, ventilación no invasiva, protocolos de destete, evitar retraso de extubación, profilaxis úlcera de stress, sonda de nutrición enteral postpílorica, etc.

CONCLUSIONES

Como hemos observado a lo largo del proyecto la seguridad del paciente debe ser un referente para todas las intervenciones enfermeras; el hecho de que existan entidades y sociedades Nacionales e Internacionales que incluyan las actividades reflejadas en este protocolo como necesarias para la prevención de complicaciones

en nuestros pacientes es un indicador de calidad. De la misma manera pone de manifiesto la necesidad de realizar protocolos específicos de cuidados enfermeros, ya que, queda demostrado que realizando cuidados que dependen exclusivamente de la enfermera se reducen las tasas de mortalidad y morbilidad en los pacientes.

La puesta en marcha de este protocolo supone una mejora en los cuidados de enfermería y abre las puertas para la realización de futuros protocolos.

BIBLIOGRAFÍA

1. E. Maravi-Poma, J.M. Martínez Segura, J. Izura, A. Gutiérrez, J.A. Tihista. Vigilancia y control de la neumonía asociada a Ventilación mecánica. *Anales Sis. San Navarra* .2000, Vol. 23, Suplemento 2.Pág. 143-160.
2. Peter Dodek, MD, MHSc; Sean Keenan, MD, MSc(Epid); Deborah Cook, MD, MSc(Epid); Daren Heyland MD, MSc(Epid); Michael Jacka, MD, MSc; Lori Hand, RRT; John Muscedere, MD; Debra Foster, RN; Nav Mehta, MD; Richard Hall, MD; and Christian Brun Buisson, MD. Evidence-Based Clinical Practice Guideline for the Prevention of Ventilator Associated Pneumonia. for the Canadian Critical Care Trials Group and the Canadian Critical Care Society. *Ann Intern Med.*; 2004. 141:305-313.
3. L. Lorente, S. Blot and J. Rello. Evidence on measures for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *European Respiratory Journal*; 2007.30:1193-1207.
4. I.I. Siempos, K.Z. Vardakas and M.E. Falagas. Closed tracheal suction systems for prevention of ventilator associated pneumonia *British Journal of Anaesthesia* .2008.100(3): 299-306.
5. Guidelines for the Management of Adults with Hospital acquired, Ventilator associated, and Healthcare-associated Pneumonia. This official statement of the American Thoracic Society and the Infectious Diseases Society of America was approved by the ATS Board of Directors, December 2004 and the IDSA Guideline Committee, October 2004. *American Journal of respiratory and critical care medicine*. 2005. Vol 171.
6. J. J. Guardiola, X. Sarmiento y J. Rello. Artículo de Revisión. Neumonía asociada a ventilación mecánica: riesgos, problemas y nuevos conceptos *Medicina Intensiva*.2001 Vol. 25, n/m. 3
7. Richard D; Branson MS. Respiratory Care. Secretion Management in the Mechanically Ventilated Patient. 2007. Vol. 52 n° 10, October.
8. F. Álvarez Lerma, A. Torres Martí, F. Rodríguez de Castro. Recomendaciones para el diagnóstico de la neumonía asociada a ventilación mecánica. *Archivos de Bronconeumología*. 2001. Vol. 37, n/m.
9. C.J. Cutler, N.Davis, Improving Oral Care in Patients receiving mechanical Ventilation. *American Journal of Critical Care*. September 2005. Vol 14, n°5 Pag. 389-394.
10. Ruffelland, A.Lenka, A. Ventilator associated pneumonia: prevention is better than cure. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*.2008. Vol13No1.Pág 44-53.
11. Jordi Rello Condomines. Neumonía asociada a ventilación mecánica. Curso en Internet de sepsis grave. *Revista electrónica de Medicina Intensiva*. Disponible en <http://remi.uninet.edu/sepsis/curso.htm>. Artículo n° 15, Vol. 4 n° 10, Octubre 2004.
12. Miquel Roig, C, Picó Segura, P; Huertas Linero, C. Pastor Martínez, M. Cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica. *Revisión sistemática Enfermería Clínica*. 2006. 16(5):244-5.
13. Lorente, L. Lecuona, M, Jiménez, A, Mora, M. L., and Sierra, A. Influence of an Endotracheal Tube with Polyurethane Cuff and Subglottic Secretion Drainage on Pneumonia *American Journal of Respiratory and Critical care medicine*. 2007. Vol, 176.
14. M. Berry, M., Davidson M.P., Masters J. Rolls, K. Systematic literature review of oral hygiene practices for intensive care patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of critical care*. November 2007, Volume 16, N°6.
15. John Muscedere, Peter Dodek, Sean Keenan, Deborah Cook, Daren Heyland Rob Fowler. VAP Guidelines Committee and the Canadian Critical Care Trials Group. Comprehensive evidence based clinical practice guidelines for ventilator associated pneumonia: Prevention. *Journal of Critical Care*. 2008. 23,126-137.
16. Valencia, M. Torres, A. Ventilator-associated pneumonia *Current Opinion in Critical Care* 2009.15:30-35.
17. Berwick DM, Calkins DR, McCann CJ, Hackbarth AD. The 100,000 Lives Campaign: Setting a Goal and a Deadline for Improving Health Care Quality. *JAMA*. 2006; 295(3):324-7.
18. Agencia de Calidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

Datos Generales		
Se realizó ventilación no invasiva previamente?		S N
Fecha de la intubación	Fecha de la ReIOT	Fecha de la traqueotomía
Fecha de extubación	Fecha de la NAVM	Germen:
Fecha de alta	Fecha de éxitus	

Checklist de Pacientes Intubados												Pegatina								
Fecha de ingreso:						Fecha inicio recogida:														
<u>Días de ingreso</u>																				
Presión manguito	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	<input type="checkbox"/>				
ASContinua	<input type="checkbox"/>																			
Filtros antibacterianos	<input type="checkbox"/>																			
HME	<input type="checkbox"/>																			
Medidas de barrera	<input type="checkbox"/>																			
Lavados con clorexidina	<input type="checkbox"/>																			
Cama 45°	<input type="checkbox"/>																			
Aspiración cerrada	<input type="checkbox"/>																			
Despertares diarios	<input type="checkbox"/>																			
U.Stress Profilaxis	<input type="checkbox"/>																			
TVP Profilaxis	<input type="checkbox"/>																			

Checklist de Pacientes Intubados												Pegatina								
Fecha de ingreso:						Fecha inicio recogida:														
<u>Días de ingreso</u>																				
Presión manguito	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	<input type="checkbox"/>				
ASContinua	<input type="checkbox"/>																			
Filtros antibacterianos	<input type="checkbox"/>																			
HME	<input type="checkbox"/>																			
Medidas de barrera	<input type="checkbox"/>																			
Lavados con clorexidina	<input type="checkbox"/>																			
Cama 45°	<input type="checkbox"/>																			
Aspiración cerrada	<input type="checkbox"/>																			
Despertares diarios	<input type="checkbox"/>																			
U.Stress Profilaxis	<input type="checkbox"/>																			
TVP Profilaxis	<input type="checkbox"/>																			

**TEST DE SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA PARA DETECCIÓN
DE NUEVA DIABETES EN PACIENTES CON SÍNDROME
CORONARIO AGUDO.
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN JUAN (ALICANTE)**

Fontangordo Ponzoa E., Rodríguez Valero T, Valero Gallardo F., Barragán García M., Torres Cruzado N., Oncina García E., Martínez Fernández M.J., Martín Sánchez M., Guillen García S., Quiles Granado J.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad que tiene una alta prevalencia en España: entre adultos de mediana edad está entre un 7 y un 16%. En el mundo se estima que actualmente hay más de 230 millones de personas con DM, y se prevé que para el año 2025 el número de diabéticos superará los 350 millones. Además el coste médico anual de los pacientes con DM, sumando los costes personales a los sanitarios que soportan los sistemas de salud, es muy elevado; entre los países de Europa occidental, oscila entre 0,4 billones de euros en Noruega, y 12,4 billones en Alemania.

En los últimos 25 años, las estadísticas de mortalidad ajustadas por edad demuestran que las enfermedades cardiovasculares y el ictus disminuyen su incidencia como causas de muerte, mientras que el cáncer se mantiene estable y la DM aumenta significativamente (1)

La DM va a producir muchas complicaciones, tanto a nivel macrovascular como microvascular, como pueden ser retinopatía, Insuficiencia Renal, disfunción eréctil, neuropatía periférica, ACV, enfermedad vascular periférica, pie diabético y enfermedad coronaria, siendo esta última la causa más frecuente de muerte en estos pacientes. Entre un 70 y un 80% de los diabéticos mueren por enfermedades cardiovasculares en relación con su patología diabética (2).

El aumento de riesgo de muerte por problemas cardiovasculares no está asociado solamente a pacientes con DM establecida, sino que afecta también a pacientes con intolerancia a la glucosa.(3).

Por todo ello en diferentes guías como la europea del 2007 (4) se recomienda que en los pacientes con enfermedad cardiovascular se realice sistemáticamente estudio del metabolismo de los carbohidratos, incluyendo despistaje de DM y de intolerancia a glucosa. En este sentido test de sobrecarga oral de glucosa (TSOG) proporciona más información sobre el riesgo cardiovascular que la glucemia basal. En todo paciente con enfermedad coronaria y sin DM conocida debe realizarse un test de sobrecarga oral de glucosa para descartar la existencia de DM o prediabetes (5).

OBJETIVO

De este estudio es detectar nuevos casos de DM y Prediabetes en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) mediante la realización de un TSOG.

MÉTODO

Para ello se realizó un estudio prospectivo de 291 pacientes hospitalizados que presentaban al ingreso diagnóstico de SCA.

La edad media fue de 68 años. El 68% varones. Un 64% presentaban hipertensión arterial, un 43% algún tipo de Dislipemia, un 24% son fumadores activos, un 31% exfumadores, y un 43% tenían diagnóstico de Cardiopatía Isquémica previo.

El diagnóstico al ingreso fue de Angina inestable en un 38%, de Infarto agudo sin elevación de ST en un 32% y el 30% restante Infarto Agudo con elevación de ST.

Un 36% de pacientes tenían diagnóstico previo de DM. Al resto se les administró una dieta normocalórica, se les determinó la glucemia basal, y si el resultado de ésta era inferior a 126 mgr/dl, se intentó a continuación realizar un TSOG.

El TSOG consiste en administrar una solución de 75 gr de glucosa (a tomar en un lapso de tiempo de 5-10 minutos) , realizando una extracción de sangre basal y a los 120 minutos. Durante este tiempo el paciente debe permanecer en reposo y guardar ayuno. El tiempo estimado para la realización del test oscila entre 10-15 minutos, repartidos en: extracción de sangre, lectura del resultado, explicación de la prueba , ingesta de la solución azucarada y nueva extracción de sangre.

Siguiendo los criterios de la ADA (6) clasificamos a los pacientes, respecto al metabolismo de los carbohidratos, en:

- Normal, cuando la glucemia basal es inferior a 100 y tras el TSOG es inferior a 140 mgr /dl
- Prediabetes, cuando la glucemia basal está entre 100 y 125 mgr/dl, o el TSOG está entre 140 y 199 mgr/dl
- Diabetes Mellitus, si la glucemia basal es mayor de 125 mgr o el test de sobrecarga es mayor de 199 mgr/ml

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 68% de los pacientes presentaban algún tipo de alteración del metabolismo de los Hidratos de Carbono, desglosados de la siguiente forma: 36% de pacientes con DM conocida, 12% con nueva DM, 9% con glucemia alterada en ayunas, 9% con intolerancia a carbohidratos, 2% con glucemia basal alterada más intolerancia a Carbohidratos.

Podemos concluir diciendo que los trastornos del metabolismo de la glucosa son muy frecuentes en el contexto del SCA. Un 32% de los pacientes ingresados por esta causa muestran alteraciones del metabolismo de los carbohidratos no diagnosticadas, de los cuales un 12% son DM, y un 20% prediabetes.

Creemos que el estudio de la DM debería realizarse rutinariamente en los pacientes ingresados por SCA, ya que la DM eleva considerablemente el riesgo de IAM y los índices de mortalidad por enfermedad coronaria, permitiendo iniciar y coordinar el tratamiento de la DM con el del SCA.

CONCLUSIONES

El TSOG es un método sencillo y rápido con un gran rendimiento diagnóstico ya que proporciona más información que la glucemia en ayunas sobre el riesgo cardiovascular.

El beneficio obtenido al realizar el TSOG es importante aunque en nuestro medio esto suponga una sobrecarga de trabajo para enfermería de un 3-4% por paciente

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Steinbrook R. N Engl J Med. 2006;354:545-8
- 2.- Meltzer et al. CMAJ 1998;20(Suppl 8):S1-S29.
- 3.- DECODE Study Group. Lancet. 1999;354:617-21.
- 4.- Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases. Europ Heart J (2007) 28, 88-136
- 5.- Guidelines on diabetes, and cardiovascular diseases. Europ Heart J (2007) 28, 88-136
- 6.- ADA. Clinical practice recommendations 2008. Diabetes Care. 2008 Jan

PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA PLANTA DE CARDIOLOGÍA

Francisco Valero, T. Rodríguez, E. Fontangordo, M. Barragán, M^a José Martínez, M. Martín, E. Oncina, N. Torres, A. Cordero,
*Unidad de Hospitalización del Servicio de Cardiología.
Hospital Clínico Universitario San Juan (Alicante)*

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Metabólico (SM) es un concepto de compleja definición, que consiste en una asociación de factores de riesgo cardiovascular, que en sí mismo se constituye en un factor de riesgo independiente para las principales patologías cardiovasculares, especialmente para la cardiopatía isquémica y que se caracteriza por: Insulinorresistencia o hiperinsulinismo compensatorio asociado a trastornos del metabolismo de los hidrocarburos, cifras elevadas de Tensión Arterial, alteraciones lipídicas y obesidad.

No existe una definición consensuada internacionalmente, pues como crítica, los criterios diagnósticos utilizados son ambiguos e incompletos, por ello tal vez sea más útil hablar en términos de concepto que como entidad clínica, pues en otros aspectos, no existe un tratamiento farmacológico específico para este diagnóstico.

A efectos prácticos los parámetros más extendidos para identificar el SM son los propuestos por el Nacional Cholesterol Education Program (NCEP) ATP-III en 2001, que establece que existe SM con la presencia, en un paciente, de tres o más de estos factores riesgos asociados: Obesidad abdominal (Hombres: >102 cm. y Mujeres: >88 cm.); Triglicéridos ≥ 150 mg/dl, HDL (Hombres: <40 mg/dl y Mujeres: <50 mg/dl); Presión arterial $\geq 130/ \geq 85$ mmHg; Nivel de glucosa en ayunas: ≥ 100 mg/dl.

Así otras organizaciones internacionales adoptando criterios similares, incorporan modificaciones particulares. La OMS: incluye como criterio necesario la diabetes, la intolerancia a la glucosa o resistencia a la insulina y añade el índice Cintura-Cadera y la microalbuminuria. El Grupo Europeo EGIR: Varía las cifras de triglicéridos (>180) y perímetro abdominal (>94 en varones >80 en mujeres) y agrega la resistencia a la insulina en ayunas superior al percentil 75). La International Diabetes Federation (IDF 2005) establece el diagnóstico del SM con 2 factores de riesgo asociados, siendo criterio necesario la presencia de obesidad abdominal (Con medidas específicas para los distintos grupos étnicos y no para el país de residencia) y que para la población europea establece e94 en varones y e80 en mujeres.

Así en la distinta bibliografía podemos encontrar que se refieren al SM con la siguiente terminología: Síndrome X, Síndrome de Reaven, El cuartero de la muerte, Síndrome de insulinorresistencia, Dislipemia aterogénica, Síndrome dismetabólico.

La prevalencia del SM varía según los criterios utilizados como diagnóstico y la definición de SM utilizada. Así se estima que a nivel general se estima alrededor del 24% y esta se incrementa de forma continua con la edad y la obesidad.

Así en España se estima entre el 19.3% y el 15.5% según la definición de SM utilizada.

El riesgo cardiovascular del SM depende de los factores de riesgo presentes, pero por lo general triplica el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (Hasta el 80% de los pacientes que padecen SM mueren por complicaciones Cardiovasculares), y también se asocia a un incremento global de la mortalidad por cualquier causa.

El objetivo en los pacientes que padecen SM: Promoción de estilo de vida saludable: Actividad física, dieta cardiosaludable y evitar la obesidad., Reducción de las cifras de TA., Control lipídico., Control glucémico.

OBJETIVO

El objetivo del estudio es describir la prevalencia de SM en los pacientes que ingresan en una planta de cardiología

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron los datos de 148 pacientes consecutivos que ingresaron en nuestra planta de cardiología durante el mes de diciembre de 2007, y el criterio de inclusión fue la definición de SM de la NCEP ATP-III 2001.

Elaboramos una hoja de registro en la que se recopilaba los siguientes datos: Diagnóstico de ingreso, peso, talla, perímetro abdominal, tensión arterial, valores analíticos (Triglicéridos, HDL, LDL, Glucemia, Hb. glicosilada), y la presencia al ingreso de factores de riesgo asociados como tabaquismo, hipertensión, diabetes o dislipemia.

RESULTADOS

La edad media fue 70,0 (12,5) años: 65,5% fueron varones.

Motivos de ingreso:

- 48,6% cardiopatía isquémica
- 21,9% insuficiencia cardiaca
- 14,4% estudio de dolor torácico
- 15,1% otros (Valvulopatías, marcapasos, o síncope principalmente).

La prevalencia de SM fue del 56,1% y fue significativamente más prevalente en las mujeres (74,5%) frente al 46,4% de los hombres.

El criterio más prevalente en los pacientes con SM fue el de la obesidad abdominal (70,3%), seguido del de la alteración de la glucosa (63,5%), HDL bajo (60,8%), TA elevada (41,2%) y por último la hipertrigliceridemia (23,6%).

Así observamos que los criterios de obesidad abdominal y HDL bajo fueron más prevalentes en las mujeres y no se observaron diferencias significativas en el resto de componentes del SM.

La prevalencia de SM en los pacientes que tenían cardiopatía isquémica fue igual que los que no tenían este diagnóstico.

CONCLUSIONES

La mitad de los pacientes que ingresan en una planta de cardiología presentan SM. El diagnóstico de SM es más prevalente en las mujeres. El diagnóstico de SM es igual de prevalente en los pacientes con cardiopatía y el resto de las patologías habituales de una planta de cardiología.

BIBLIOGRAFÍA

- Ángel Sánchez Rodríguez. Boletín de la Sociedad Española de Medicina Interna. Volumen 2. Nº 9. Octubre 2005, página 3.
- Alberto Cordero, Eduardo Alegría y Montserrat León. Rev. Española de Cardiología Síndrome Metabólico: retos y esperanzas. Volumen 5, Número supl.d, diciembre 2005
- Dra. Ana Liz Rodríguez Porto, Dra. Mayra Sánchez León y Dr. Leonardo L. Martínez Valdés. Rev. Cubana Endocrinol 2002; 13(3).
- WIKIPEDIA, la enciclopedia libre. http://es.wikipedia.org/wiki/Sindrome_metabolico. Fecha de consulta 15/10/09.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Francisco M. Serna Adsuar, Josefa Martínez Sansano

INTRODUCCIÓN

Se define obeso mórbido a la persona con un índice de masa corporal (imc) mayor de 30 Kg./m².

La cirugía bariátrica es el tratamiento indicado cuando el (imc) es mayor de 40 o de 35 con morbilidad grave.

La demostración de que la curación de la obesidad disminuye el riesgo de padecer enfermedades crónicas y muerte, ha dado impulso para el tratamiento de esta enfermedad.

La obesidad mórbida afecta al 2% de la población española superando la media europea

Ocupa el 7% del gasto sanitario anual

Más del 70% de los casos presenta apnea obstructiva del sueño, y puede afectar a todos los sistemas orgánicos, especialmente al aparato respiratorio, cardiovascular, metabólico, osteoarticular y psíquico.

Se distribuye más en mujeres que en hombres.

La cirugía laparoscópica es el tratamiento quirúrgico de elección de la obesidad.

LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS LOS DIVIDIREMOS EN:

- Restrictivos: gastrectomía tubular.
- Mal absortivos. Y de Roux.
- Mixtos: bypass gástrico.

EL BYPASS GÁSTRICO:

Consiste en realizar una gastrectomía subtotal y derivar el alimento al yeyuno dejando excluido una gran parte del intestino delgado.

LA GASTRECTOMÍA TUBULAR:

Consiste en reducir la capacidad del estomago mediante la extirpación, en forma vertical, de la porción izquierda del estomago.

LOS OBJETIVOS DE ESTAS CIRUGÍAS SON:

Reducir la capacidad del estomago, impedir la absorción de las grasas, para controlar el habito alimentario reduciendo y fraccionando la ingesta y así controlar a largo plazo la obesidad.

OBJETIVOS:

Protocolos de enfermería para mantener la seguridad del paciente en quirófano.

RECEPCIÓN DEL PACIENTE:

- Sala del despertar.
- Confirmamos identidad
- Revisamos la historia
- Valoramos el estado emocional del paciente intentando transmitirle tranquilidad y confianza

POSICIÓN DEL PACIENTE:

Los obesos tienen mayor predisposición a sufrir lesiones por presión o mal posición.

Todo el personal de quirófano es responsable de colocar adecuadamente al paciente para evitar lesiones. Mesa especial sin sábanas. Posición anatómica. Almohadillado de los puntos de apoyo. Sujetar al paciente para evitar deslizamientos en los cambios posturales, colocando topes en los pies y hombros

ANESTESIA

PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA LA ANESTESIA:

- Monitorización.
- Presión arterial invasiva.

MATERIAL DE INTUBACIÓN PARA VÍA AÉREA DIFÍCIL:

- Laringoscopio de mango corto con distintas palas.
- Laringoscopio con pala de MacCoy.
- Tubo endotraqueal Fastrach.
- Airtrack.
- Fibrobroncoscopio.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA ANESTESIA:

El manejo de la vía respiratoria en el obeso es difícil y la inducción anestésica y la intubación orotraqueal debe realizarse según la dificultad que presente:

- Si la dificultad es menor (Mallampati I y II) se pasa al paciente a quirófano para una intubación de secuencia rápida
- Si la dificultad es mayor (Mallampati III y IV) habrá que realizar la intubación orotraqueal con el paciente despierto bajo fibrobroncoscopia. Para ello hemos desarrollado el siguiente protocolo:
- Preparación de la vía respiratoria en el despertar.
- Instrumentación de la vía con el anestesiólogo.

INTUBACIÓN OROTRAQUEAL POR SECUENCIA RÁPIDA:

Colocar con almohadas la cabeza del paciente de modo que el pabellón de la oreja este a la altura del esternon.

- Administración de la medicación anestésica.
- Realización de la maniobra de Sellick.
- Instrumentación de la intubación. Insuflar el neumó.

PROTOCOLO PARA PREPARAR LA VIA RESPIRATORIA SI IOT BAJO FIBROBRONCOSCOPIA:

Si no existe cardiopatía isquemia, Atropina 0,7 mg IV

Si no SAOS severo, Midazolam 1 mg IV

PREPARACIÓN DE LA VÍA AÉREA:

La preparación se realiza anestesiando la boca y la vía aérea del paciente con Lidocaína al 4% mediante enjuagues bucales, gárgaras e inhalaciones.

Preparación de la Lidocaína al 4%: diluir 16 ml de Lidocaína al 5% en 4 ml de SF. Volumen final de 20 ml.

Enjuagues bucales y gárgaras: con 10 ml de la dilución insistiendo que aguante el máximo tiempo posible el líquido en la boca y que lo lleve a la parte posterior de la faringe.

Nebulización: de la vía aérea superior e inferior con mascarilla facial nebulizadora conectada con flujo alto a una bala de O₂ durante 15 minutos con 10 ml de la dilución.

PROTOCOLO PARA INSTRUMENTAR LA VÍA RESPIRATORIA EN LA IOT BAJO FIBROBRONCOSCOPIA:

Conectar el fibrobroncoscopio a la cámara.

Profundizar la anestesia local instilando Lidocaína al 2% a través del fibrobroncoscopio.

Lubricar el tubo orotraqueal antes de su inserción.

Insuflar el manguito del tubo.

SONDAJE VESICAL:

Sonda de silicona con sensor de temperatura.

Bolsa de diuresis horaria.

Se precisa colaboración en la sujeción de las piernas.

El trabajo en equipo es fundamental en la actividad de quirofano, especialmente en la cirugía bariátrica en que la coordinación es imprescindible para asegurar la rapidez de actuación en los momentos críticos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- OMS. Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra. 2004.
- 2- Prevalencia de obesidad en España: Estudio SEEDO 2000. Medicina clínica. (Barcelona). 2003.
- 3- Rodríguez Alonso, J; Plaza del Pino, FJ; Puentes Sánchez, J. Cirugía bariátrica y atención integral de Enfermería. Biblioteca Las Casas, 2006.
- 4- Serna Adsuar, FM; Martínez Sansano, J. Olaso, MJ. Actuación de enfermería en la seguridad del paciente sometido a cirugía bariátrica.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Gómez Francés, Raquel; Muñoz Reig, María José; Abellán García, Clara;
Sempere Quesada, Asunción.
HGUA

JUSTIFICACIÓN

En octubre de 2004 la OMS creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, en respuesta a una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud en la que se instaba a prestar más atención al problema de la seguridad de los pacientes. Cada dos años se formula un reto para todos los Estados Miembros relacionado con dicha seguridad. El primer reto se centró en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. El tema elegido para el segundo reto es la seguridad de las prácticas quirúrgicas, ya que:

- Hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias.
- En los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica.
- Los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, incluso en los entornos más avanzados.

Así, el reto se concretó en cuatro líneas de acción, que se condensaron en la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, cuyo objetivo fue identificar un conjunto sencillo de normas de seguridad aplicables en todos los países y que se recojan en una lista de verificación que se use en los quirófanos. El objetivo final de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía en el HGUA es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos lleven a cabo de forma sistemática unas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos quirúrgicos evitables más comunes.

OBJETIVOS

Objetivo General: Garantizar que los equipos de cirugía, a través del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica tengan una herramienta a disposición de sus profesionales para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

Objetivos Específicos:

- Realizar un pilotaje para implantar las listas de verificación en el Hospital General Universitario de Alicante.
- Evaluar y analizar la implementación de las listas de verificación cuantitativa y cualitativamente.
- Adaptar las listas de verificación del modelo de la OMS a las necesidades y características del Hospital General Universitario de Alicante.

METODOLOGÍA

Esta Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, que se elaboró según los principios de simplicidad, amplitud de aplicación y mensurabilidad, conlleva una secuencia sistemática de acontecimientos (entrada, pausa quirúrgica y salida) con sus respectivos riesgos que deben ser mitigados.

Los diferentes entornos clínicos pueden adaptar la lista a sus circunstancias (y así lo hemos hecho en el HGUA, con un registro propio).

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA		QUIRÓFANO / RESPONSABLE
<p>ANTES DE LA INDUCCIÓN H.</p> <p><input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SU IDENTIDAD • EL SITIO QUIRÚRGICO • EL PROCEDIMIENTO • SU CONSENTIMIENTO <p><input type="checkbox"/> DEMARCACIÓN DEL SITIO / NO PROCEDE</p> <p><input type="checkbox"/> SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA</p> <p><input type="checkbox"/> PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO</p> <p>¿ALERGIAS CONOCIDAS?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>¿VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPOS/ AYUDA DISPONIBLE</p> <p>¿RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7ML/ KG EN NIÑOS)?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>ACCESO INTRAVENOSO ADECUADO</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>SANGRE RESERVADA</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p>	<p>ANTES DE LA INCISIÓN H.</p> <p><input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL QUIRÓFANO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LA IDENTIDAD DEL PACIENTE • EL SITIO QUIRÚRGICO • EL PROCEDIMIENTO <p>PREVISIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS</p> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO REVIS: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PERDIDA DE SANGRE PREVISTA</p> <p><input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ANESTESIA REVIS: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGUN PROBLEMA ESPECÍFICO</p> <p><input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVIS: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE INDICADORES) Y SI EXISTEN CUESTIONES RELACIONADAS CON EL EQUIPAMIENTO</p> <p>¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</p> <p><input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>¿ PUEDEN VERSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?</p> <p><input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p>	<p>ANTES DE LA SALIDA H.</p> <p>EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:</p> <p><input type="checkbox"/> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO</p> <p><input type="checkbox"/> QUE LOS RECIENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO APLICABLES)</p> <p><input type="checkbox"/> EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)</p> <p><input type="checkbox"/> SI HAY PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EQUIPAMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, EL ANESTESIOLOGO Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE</p> <p>¿HAY ALGO QUE REPORTAR?</p> <p><i>Pegar aquí la etiqueta de identificación</i></p>



Hospital General Universitario de Alicante



La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un período de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el período anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el período anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el período de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento, se debe permitir que el Coordinador de la lista (el enfermero circulante) confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas.

FASES QUE CONSTA:

1. ANTES DE LA INDUCCIÓN:

- 1.1.- El Paciente ha confirmado: su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento, su consentimiento.
- 1.2.- Demarcación del sitio / NO procede.
- 1.3.- Se ha completado el control de la seguridad de la anestesia.

- 1.4.- Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento.
- 1.5.- ¿Alergias conocidas?.- NO // SÍ.
- 1.6.- ¿Vía aérea difícil // Riesgo de aspiración?.- NO // SÍ.
- 1.7.- ¿riesgo de hemorragia > 500 ml. (7 ml/kg en niños)?.- NO // SÍ.
- 1.8.- Acceso intravenoso adecuado.- NO // SÍ.
- 1.9.- Sangre reservada.- NO // SÍ.

2.-ANTES DE LA INCISIÓN:

- 2.1.- Confirmar que todos los miembros del quirófano se hayan presentado por su nombre y función.
- 2.2.- Cirujano, Anestesiólogo y Enfermero confirman verbalmente: la identidad del paciente, el sitio quirúrgico, el procedimiento.
- 2.3.- El Cirujano revisa: los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.
- 2.4.- El equipo de Anestesia revisa: si el Paciente presenta algún problema específico.
- 2.5.- El equipo de Enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de indicadores) y si existen cuestiones relacionadas con el equipamiento.
- 2.6.- ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?: NO PROCEDE // SÍ.
- 2.7.- ¿Pueden verse las imágenes diagnósticas esenciales?: NO PROCEDE // SI.

3.- ANTES DE LA SALIDA: El Enfermero confirma verbalmente con el equipo:

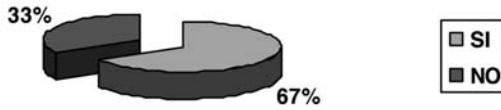
- 3.1.- El nombre del procedimiento realizado.
- 3.2.- Que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no aplicables).
- 3.3.- El etiquetado de las muestras (que figure nombre del paciente).
- 3.4.- Si hay problemas relacionados con el equipamiento.
- 3.5.- El Cirujano, el Anestesta y el Enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.

La Lista de verificación se ha implantado inicialmente (gracias a la colaboración de todos los estamentos) en 8 quirófanos del HGUA. Próximamente se hará extensiva al resto de quirófanos.

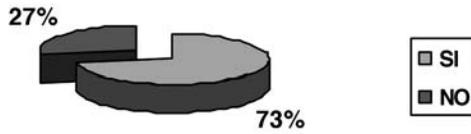
Hemos llevado a cabo un estudio cuantitativo y cualitativo de 963 listas realizadas durante los meses de junio, julio, agosto de 2009.

Los resultados del análisis cuantitativo son:

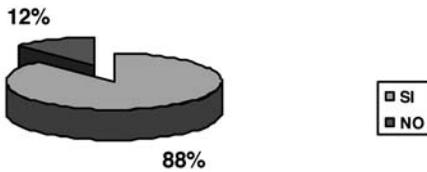
- Que la cumplimentación completa de toda la lista de verificación ha sido del 67%.



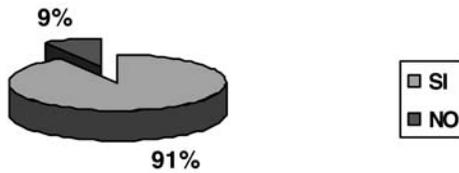
- La cumplimentación completa de la 1ª fase “Antes de la Inducción”, ha sido del 73%.



- La cumplimentación de la 2ª fase “Antes de la Incisión”, ha sido del 88%.



- La cumplimentación de la 3ª fase “Antes de la Salida”, ha sido del 91%.



Se realizó un análisis cualitativo de los pasos que producían confusión y estudiaron las sugerencias de los Profesionales de Enfermería.

RESULTADOS

Han sido la elaboración de un nuevo registro sencillo y que recopilase las aportaciones de la Comisión de Quirófano y los Profesionales de Enfermería.

- La Demarcación del sitio / no procede: producía confusión al estar seguido.
- Se ha incluido la verificación instrumental / equipo quirúrgico / prótesis.
- Acceso I. V. adecuado: no / sí, se ha cambiado el no por el subsanado (indica que no era adecuado y se puede continuar).
- Se ha cambiado ¿riesgo de hemorragia? por ¿puede necesitar concentrado de hematíes? porque el paciente está despierto y puede crearle ansiedad ante la pregunta.
- Se ha cambiado en sangre reservada el no / sí, por subsanado / sí.
- El paso “El Cirujano revisa: los pasos críticos o imprevistos, la duración y la pérdida de sangre prevista”, se ha separado en apartados.
- “El equipo de Enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad (con resultado de indicadores) y si existen cuestiones relacionadas con el equipamiento”, se ha separado en apartados.
- Se ha incorporado en profilaxis antibiótica, subsanado para que se cumplimente cuando se le administra en Quirófano.
- En el recuento se ha añadido torundas, lentinas y subsanado.
- En el etiquetado de las muestras que figure el nombre del paciente, se ha añadido no procede/si, porque no todas las intervenciones llevan muestra y en esos casos no se cumplimentaba produciendo confusión en la evaluación.
- Si hay problemas relacionados con el equipamiento, se ha incorporado el no / sí, porque producía confusión en la evaluación.
- Se ha incorporado la firma del Anestesiólogo, Cirujano y Enfermera.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA	FECHA:	Nº QUIRÓFANO:
<p>ANTES DE LA INDUCCIÓN: Hora:</p> <p><input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su identidad. • El sitio Quirúrgico. • El procedimiento. • Su consentimiento informado. <p><input type="checkbox"/> Demarcación del sitio</p> <p><input type="checkbox"/> No procede.</p> <p><input type="checkbox"/> Se ha completado el control de la Seguridad de la Anestesia.</p> <p><input type="checkbox"/> Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Verificación Instrumental / Equipo Quirúrgico / Prótesis.</p> <p>¿Alergias conocidas?:</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>¿Vía aérea difícil / Riesgo de aspiración?:</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI y hay instrumental y equipos / Ayuda disponible.</p> <p>Acceso intravenoso adecuado:</p> <p><input type="checkbox"/> SUBSANADO</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>¿Puede precisarse concentrado de hematíes? (> 500 ml. 7 ml./Kg. En niños):</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>Sangre reservada:</p> <p><input type="checkbox"/> SUBSANADO</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p>	<p>ANTES DE LA INCISIÓN: Hora:</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del Quirófano se hayan presentado por su nombre y función.</p> <p><input type="checkbox"/> Cirujano, Anestesiólogo y Enfermero confirman verbalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La identidad del Paciente. • El sitio quirúrgico. • El procedimiento. <p>PREVISIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS</p> <p><input type="checkbox"/> El Cirujano revisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los pasos críticos o imprevistos. • La duración de la operación. • La pérdida de sangre prevista. <p><input type="checkbox"/> El equipo de Anestesia revisa si el paciente presenta algún problema específico.</p> <p><input type="checkbox"/> El equipo de Enfermería revisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de indicadores). • Si existen cuestiones relacionadas con el equipamiento. <p>¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?:</p> <p><input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <p><input type="checkbox"/> SUBSANADO</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>¿Pueden verse las imágenes diagnósticas esenciales?</p> <p><input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p>	<p>ANTES DE LA SALIDA: Hora:</p> <p>El Enfermero confirma verbalmente con el equipo:</p> <p><input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado.</p> <p>Recuentos de gasas, instrumentos, agujas, lentinas, torundas, etc:</p> <p><input type="checkbox"/> CORRECTOS.</p> <p><input type="checkbox"/> SUBSANADOS.</p> <p><input type="checkbox"/> NO APPLICABLES.</p> <p>En el etiquetado de las muestras figure el nombre del paciente:</p> <p><input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>Problemas relacionados con el equipamiento:</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> El Cirujano, Anestesiólogo y Enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.</p> <p style="text-align: center;"><i>Pegar aquí la etiqueta de identificación</i></p>
 <p>HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE</p>	 <p>AGENCIA VALENCIANA DE SALUD</p>	 <p>HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE</p>
Firma: CIRUJANO	Firma: ANESTESIÓLOGO	Firma: ENFERMERA

CONCLUSIONES

Gracias a la implantación de la lista, se han detectado y comenzado a subsanar importantes incidencias o déficits lo que redundará en la disminución de los riesgos quirúrgicos evitables más comunes.

Se ha llevado a cabo una refundición de varios impresos usados en el quirófano en uno único, lo que reduce la carga burocrática del personal de enfermería y facilita su labor.

Esta Lista de verificación se aprobó y presentó oficialmente en junio de 2008 en Washington DC y se está probando en distintos países. Se calcula que habrá 2500 hospitales usando la lista a finales de 2009, entre los que se encuentra el HGUA, uno de los pioneros en la comunidad valenciana en la implantación de esta iniciativa.

Bibliografía

1. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA), La seguridad del paciente en siete pasos. Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido. [accedido en 2008, Enero 25] En: http://www.sefh.es/carpeta/secretario/7_PASOS.pdf.
2. Joint Comisión Internacional Center for Patient Safety. Patient Safety Solution [accedido en 2008, Enero 25]. En: <http://www.jcipientientsafety.org/fpdf/ICPS/PatientSolutionsSPANISH.PDF>.
3. Aguiló J, Peiró S, García del Caño J, Muñoz C, Garay M, Viciano V. Experiencia en el estudio de efectos adversos en un servicio de cirugía general. Rev. Calidad Asistencial 2005; 20(4):185-92.
4. Estrategias en Seguridad del paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. [accedido en 2008, Enero 25]. En: http://www.msc.es/organizacion/sns/PlanCalidad/SNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.p df.
5. <http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en>.
6. http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/technical/en/index .html.

ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA. TEATRO

CASI UNA MAÑANA EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN O LO QUE PUEDE SER LO MISMO HAZLO BIEN Y TE SENTIRÁS MEJOR

María Isabel García Murcia

Enfermera de Servicio de Admisión del Hospital General Universitario de Alicante

Existen varios motivos por los cuales queríamos dar a conocer a los compañeros cual es nuestra función en el servicio de Admisión, los objetivos, los recursos con los que contamos y como lo llevamos a cabo.

El primer motivo es hacer saber que el Servicio de Admisión no es un ente y el segundo que entiendan que para poder llevar a cabo nuestra función es necesario una adecuada comunicación, información y por último y muy importante, la transformación de la información en conocimiento. Cuando la información no se transmite hace que algunas veces no podamos conseguir nuestro objetivo.

Nuestra función es la gestión de todas las camas del hospital, coordinar los traslados con los distintos hospitales de la provincia, de la comunidad o fuera de ella.

Nuestro objetivo principal es gestionar la demanda asistencial coordinando correctamente los recursos y de esta manera contribuir al bienestar integral del paciente. Lo llevamos a cabo mediante la comunicación constante, a través del teléfono, con los compañeros de las distintas unidades de enfermería. Este tipo de comunicación es muy interesante, nos da la posibilidad de hacer el trabajo perfectamente con personas a las que en ocasiones no conoces personalmente, esto da pie a prestar atención a detalles como el tono de voz, procurando recordarlo para posteriores ocasiones, si en algún momento el tono cambia, podemos preguntar ¿Que te pasa? ¿Estás Bien? Esto es muy gratificante tanto para la persona con la que hablamos como para nosotras.

He elegido el teatro por ser la rama del arte escénico que más se asemeja a lo que hacemos diariamente en nuestro trabajo, una combinación de discurso, gestos, a veces canciones, llantos y risas. Historias que surgen a diario y que hemos querido representar en un escenario delante de una audiencia.

MESA DE COMUNICACIONES LIBRES N° 3

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

Moderadora: M^a Ángeles Lillo Hernández
Supervisora de laboratorio

Se define como innovación tecnológica la transformación de una idea en un producto nuevo o mejorado.

Esto nos permite: introducir nuevos o mejorados productos, introducir nuevos o mejorados servicios, implantar nuevos o mejorados procesos e introducir y validar nuevas o mejoradas técnicas.

En las innovaciones tecnológicas existe un vínculo bidireccional entre cambios tecnológicos y cambios sociales.

Los más interesantes son los cambios sociales que generan cambios tecnológicos.

En las competencias de las innovaciones tecnológicas partimos de las competencias básicas de la innovación que son: aprendizaje colectivo de la organización, capacidad para coordinar diversas técnicas, integra corrientes tecnológicas y emanan de la interacción constante entre la organización y los profesionales que en ella desarrollan su labor.

La competencia básica es la suma de la voluntad (lo que se quiere realizar), de los conocimientos (lo que se sabe hacer) y la capacidad (lo que se es capaz de hacer) y su analogía en las competencias tecnológicas sería el ser innovador, gestionar tecnologías y dar valor estratégico a la innovación.

Hablaremos por último del ciclo innovación-generación de conocimiento:

En este ciclo nos encontramos con un problema que nos lleva a la resolución del problema lo que comporta un aprendizaje que produce a la vez un incremento de la base de conocimientos lo que genera nuevas ideas y estas ideas dan lugar a la innovación completado en ciclo, la innovación da paso a nuevos problemas haciendo este ciclo indefinido.

Acabo con un pensamiento: “no podemos investigar en todo, pero sí debemos saber lo que está haciendo el mundo y asimilarlo”.

ÍNDICE MESA DE COMUNICACIONES LIBRES N° 3

Código	Título	Expone	Autores
CO_1	Desarrollo e implantación de una interfaz en el Servicio de radiodiagnóstico para pacientes pluripatológicos que precisen estudios de TAC con administración de contraste iodado. PARABOLANI 1.0	Hospital General Elda	José Miguel Bellod Guillen Matilde Caravaca Valdés Rosa Martínez Benito Julia Martínez Monzó Luis Navarro Martínez Juan Carlos Gomis Sempere Ana Belén Gómez Sánchez Cristina Riquelme Payá Juan Manuel Melero López
CO_11	Actuación de enfermería durante la colocación de shunt portosistémico trans-yugular (tips)	Radiología intervencionista. HGUA.	Patricia Ferrández García Pilar Gázquez Galera Ricardo Rico Pérez
CO_12	Uso de dispositivo de control de la incontinencia intestinal para tratamiento de lesión periestomal.	9ªA - Cirugía. HGUA.	Francisco Javier Ballesta López Esther Moncho Doménech José Luis López Montes
CO_13	Protocolo de actuación para la retirada de un infusor conectado a un acceso venoso central subcutáneo o reservorio	Hospital de Día. HGUA.	Mª Carmen Gozalves Manzanera Rosa Ana Montoyo Anton Esther Tizón Roldan José Eduardo Moya Segura
EXP_1	Experiencia de enfermería en los comités de bioética asistencial	Comité de Bioética Asistencial HGUA.	Isabel Asín Llorca Josefina Cantó Miralles Ana Peiró Peiró

PARABOLANI 1.0
DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UNA INTERFAZ EN EL
SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO PARA PACIENTES PLURIPATO-
LÓGICOS QUE PRECISEN ESTUDIOS DE TAC CON ADMINISTRACIÓN
DE CONTRASTE IODADO.

José Miguel Bellod Guillén, Matilde Caravaca Valdés, Rosa Martínez Benito, Julia Martínez Monzó, Luis Navarro Martínez, Juan Carlos Gomis Sempere, Ana Belén Gómez, Sánchez, Cristina Riquelme Payá, Juan Manuel Melero López.
Hospital Virgen de la Salud de Elda, Carretera Elda-Sax, s/n. 03600 ELDA

1- JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

Las reacciones anafilactoides a los medios de contraste iónicos tienen una prevalencia del 5 - 12%, lo cual significa que en uno de cada 1000 a 2000 exámenes puede ocurrir una reacción severa.

Edad, peso corporal, gasto cardiaco, estado general y tipo de estudio son los valores que nos indicarán la dosis de contraste iodado a administrar. Max 1,5 ml/Kg

La velocidad de perfusión, el volumen inyectado de contraste y las patologías asociadas a cada paciente pueden aumentar el riesgo de desarrollar una nefropatía.

Pero no existe relación con la aparición de reacciones anafilactoides.

Signos y síntomas más comunes.

La náusea y el vómito ocurren como pródromo en un 20% de las reacciones anafilácticas, el inicio es a los 2 minutos de la inyección intravascular.

La urticaria es otro síntoma temprano y es causado por la liberación de histamina.

La disminución de la presión arterial y las arritmias.

Consideraciones especiales.

1- En la revisión bibliográfica realizada no existen datos sobre la influencia del sexo.

2- Las reacciones anafilácticas se dan en todos los grupos de edad, pero una gran mayoría de ellas ocurren en la tercera y cuarta década de la vida, al parecer por tener más activo su sistema inmunológico, mientras que las reacciones más severas ocurren en los pacientes ancianos frecuentemente debilitados.

2- OBJETIVO GENERAL.

Establecer un protocolo de actuación validado para minimizar los efectos secundarios y prevenir complicaciones posteriores en pacientes pluripatológicos..

3- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1- Establecer unos criterios de inclusión/exclusión específicos que recojan los principales riesgos que existen con la administración de contrastes iodados.

- 2- Realizar un seguimiento de los valores de Creatinina sérica y urea a los pacientes post inyectados, con contrastes iodados para valorar si son significativos los cambios producidos.
- 3- Valorar si los signos/síntomas presentados por “n” pacientes guardan relación con cualquiera de los 17 criterios.
- 4- Establecer un protocolo de prevención de nefropatías mediante la hiperhidratación con ClNa 0,9%, ya que ha demostrado que disminuye la incidencia.

4- MATERIAL Y MÉTODOS.

Se trata de un estudio longitudinal, analítico, descriptivo.

El análisis de los datos fue realizado a través de estadísticas descriptiva y analítica, siendo utilizados los software SPSS v. 12.0 . Los test de Chi-cuadrado y el Test Exacto de Fisher, fueron utilizados para verificar las asociaciones posibles entre las variables, siendo considerados significativos los valores de $p < 0,05$ con un intervalo de confianza (IC) de 95%.

El Servicio de Rayos del Hospital de Elda cuenta con 9 D.U.E.

Para la determinación del tamaño muestral ($n = \dots$) se ha tenido en cuenta que trabajamos la fórmula de variables cuantitativas por poblaciones infinitas.

Para obtener una muestra representativa a la hora de comparar los diferentes niveles se asume la variabilidad más desfavorable, y una pérdida de pacientes del 20 % con lo que el tamaño mínimo para realizar el estudio son 600 pacientes

El Protocolo de actuación se desarrolla siguiendo un Diagrama de flujos, de modo que todos los pacientes son valorados por los mismos criterios.

Las respuestas SI o NO a los distintos discriminadores nos van a indicar el mayor o menor grado de riesgo para realizar la exploración con contraste iodado intravenoso.

Se han determinado 3 niveles de riesgo a los contrastes iodados.

ALTO-MEDIO-BAJO

5- CONCLUSIONES Y RESULTADOS.

La nueva metodología de trabajo nos permite ajustar los parámetros del contraste en función de las variables edad, sexo, patologías asociadas, peso, tipo de estudio... lo que nos permite (a priori) que disminuya la incidencia de reacciones anafilactoides/nefropatías en pacientes pluripatológicos.

Actualmente, gracias a la base de datos que se esta creando con todos los estudios realizados, podemos afirmar que ante estudios repetidos en esos mismos pacientes, podemos monitorizar y evitar todos aquellos factores de riesgo potenciales pero reales.

6- BIBLIOGRAFÍA

1. Munechika H, Hiramatsu Y, Kudo S, Sugimura K, Hamada. C, Yamaguchi K, et al. A prospective survey of delayed adverse reactions to iohexol in urography and computed tomography. Eur Radiol 2003 January; 13(1):185-94.
2. Luis Martí-Bonmatí, Yolanda Pallardó Calatayud. Medios de contraste en Radiología. VIII. SERAM. Capítulo 11. 129. Reacciones adversas a los medios de contraste. ISBN. 978-84-9835-161-3

3. Maddox TG. Adverse reactions to contrast material: recognition, prevention, and treatment. *Am Fam Physician* 2002 October; 66(7):1229-34.
4. Martin WR. Safe and appropriate use of iodinated radiographic contrast agents: is there a reason to use highosmolality iodinated contrast agents? *Hosp Pharm* 2001. August; 36(8):836-42.
5. Valls C, Andía E, Sánchez A, Moreno V. Selective use of low-osmolality contrast media in computed tomography. *Eur Radiol* 2003 August; 13(8):2000-5.
6. Solomon R. The role of osmolality in the incidence of contrast-induced nephropathy: a systematic review of angiographic contrast media in high risk patients. *Kidney Int* 2005; 68(5):2256-2263.
7. Barrett BJ, Carlisle EJ. Metaanalysis of the relative nephrotoxicity of high- and low-osmolality iodinated contrast media. *Radiology* 1993; 188(1):171-178.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE LA COLOCACIÓN DE SHUNT PORTOSISTÉMICO TRANSYUGULAR (TIPS) (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt)

Patricia Ferrández García. Pilar Gázquez Galera. Ricardo Rico Pérez
Seccion. Radiología Vascul ar e Intervencionista
Hospital General Universitario de Alicante

1.- INTRODUCCIÓN

La generación, mediante técnicas percutáneas, de una comunicación estable entre los sistemas venoso portal y hepático ha sido objeto de investigación durante los últimos treinta años.

En 1969, Rosch et al (231-236) realizan por primera vez un shunt portacava percutáneo en animales de experimentación. Mas tarde, otros trabajos experimentales confirmaron la posibilidad de hacer una comunicación entre ambos sistemas venosos y, en 1982, Colapinto et al descubrieron la primera aplicación clínica del TIPS en un grupo de pacientes con hipertensión portal severa. No obstante, la duración de estas derivaciones era muy corta debido a la falta de soporte del tracto creado, lo que limitó su utilización clínica. El uso de prótesis metálicas para mantener permeable el tracto intrahepático supuso el impulso definitivo para la aplicación clínica del TIPS. Distintos trabajos de experimentación confirmaron la efectividad de esas prótesis, años posteriores, múltiples estudios demuestran la viabilidad técnica del TIPS y su eficacia para descomprimir el sistema portal, generalizándose su uso en la práctica clínica.

Los TIPS han pasado a ser una alternativa no quirúrgica para el tratamiento de las complicaciones de la hipertensión portal cuando fracasan los tratamientos médicos y/o endoscópicos.

Realizar un TIPS consiste en la colocación de una endoprótesis entre la vena suprahepática y la vena porta a través de un tracto transhepático que no existía previamente. Es probablemente el procedimiento más complejo realizado en radiología vascular intervencionista ya que –como veremos– consta a su vez de numerosas técnicas y pasos que requieren un trabajo en equipo del radiólogo vascular intervencionista, TER y DUE especializado cuya labor resulta fundamental en el éxito del procedimiento.

El objetivo a conseguir con este trabajo es describir la actuación que enfermería realiza en este procedimiento y la repercusión de esta actuación en el paciente.

2.- MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio prospectivo de todos los TIPS colocados desde Enero de 2007 y hasta Octubre de 2008, todos ellos centralizados en la unidad hepática del HGUA por complicaciones de la hipertensión portal; 12 por sangrado de varices esofágicas, 2 por ascitis refractaria y 1 hidrotórax de repetición. En su mayoría eran

varones (2:1) con edad media de 51 años (15-75), 80% en condiciones de urgencia por sangrado que amenazaba la vida del paciente.

Posteriormente se realiza un seguimiento del éxito del procedimiento, a través de la recogida de datos, procedentes de un programa de informes interno en la sección de radiología vascular e intervencionista.

La intervención de enfermería en un TIPS implica los siguientes pasos:

- Recepción del paciente: Revisión de la historia clínica, teniendo en cuenta algunos aspectos muy importantes(93-98):
- Alergias
- Patologías asociadas (ya que casi todos los pacientes candidatos a un TIPS presentan Hepatopatía crónica con enfermedad de base.
- Control de analítica. Dado el riesgo de hemorragia que conlleva las punciones intrahepático es necesario evaluar el estado de coagulación además de la función renal por el uso de contraste.
- Comprobación del consentimiento informado, firmado.
- Valoración del estado del paciente tanto psicológico como físico.
- Preparación del paciente.
- Monitorización del paciente.
- Comprobación de permeabilidad de las vías.
- Sedación y analgesia por porte del equipo de anestesia.
- Preparación del material necesario para la colocación TIPS.
- Colocación de sistema de presiones en el paciente.
- Preparación del campo estéril.
- Montaje de mesa estéril con material específico
- Ayudar al facultativo, como instrumentista de campo.
- Facilitar al facultativo el material adecuado y en condiciones para la técnica: catéteres, guías, balones de dilatación, coils, etc...
- Medición de presiones; montaje y calibrado del sistema de bomba de Co2.
- Control del paciente durante y post al procedimiento.
- Control de constantes vitales.
- Valoración del dolor; algunos pacientes durante la dilatación del tracto intrahepático refieren dolor.
- Control de sistemas de lavado.
- Administración de la medicación que proceda.
- Compresión y vigilancia del punto de punción.
- Vendaje compresivo.
- Realización de la hoja de enfermería para posterior control del paciente.
- Una de las funciones de enfermería es dejar plasmada toda actuación en cualquier procedimiento para ello el servicio de R. I. utiliza una hoja de valoración del paciente. Ésta nos ha de servir como intercambio de información intra-hospitalaria del tiempo que permanece en el servicio el paciente, recibiendo cuidados y vigilancia en todo momento.

TÉCNICA. (7-24)

- Canalización de vena suprahepática derecha vía yugular y medición de presiones hepáticas.
- Portografía con CO₂.
- Canalización de vena porta mediante punción transhepática con guía radioscópica.
- Toma de presión portal directa y flebografía portal directa.
- Dilatación del tracto y colocación de la endoprótesis con porción metálica en la rama portal y cubierta en el tracto transhepático-vena suprahepática hasta la confluencia-AD.
- Medición de gradiente de presiones hepáticas.
- Embolización de varices esofágicas visualizadas en la portografía, según criterios.
- Retirada de introductor yugular y fin de procedimiento.

3.- RESULTADOS

En nuestra sección de R. V. I. desde el 2/03/2007 hasta el 21/10/2008, se han realizado un total de quince pacientes; de los cuales han sido éxitos 3, permaneciendo vivos 11 de ellos y finalmente un paciente que no se ha podido hacer seguimiento por procedencia extranjera. Ninguno de los tres éxitos, ha sido causa del procedimiento de TIPS.

En todos se siguió el mismo protocolo de recepción, preparación y cuidados de enfermería posteriores, consiguiendo una pronta y mejor recuperación del paciente.

4.- CONCLUSIONES.

Es un procedimiento de alta complejidad técnica, que se realiza en pacientes con patologías asociadas o de inminente urgencia, que requiere la valoración continua del estado del paciente. Desde el momento que el enfermo entra en la sala de radiología vascular intervencionista, es imprescindible la presencia de dos enfermer@s para el buen éxito del mismo trabajando en equipo; un@ como ayudante de campo y otr@ enfermer@ como volante en la sala así como personal técnico y auxiliar de la sala.

4. A.- Funciones de la enfermera circulante o volante.

- Valorar, planificar, realizar y evaluar las actividades de Enfermería para satisfacer las necesidades individuales de cada paciente.
- Procurar que se proporcione a los pacientes un ambiente confortable, ordenado, limpio y seguro.
- Observar y recoger los datos clínicos necesarios para la correcta vigilancia de los pacientes: Toma de constantes vitales (ECG, oxemia, T.A....); valoración de pulsos periféricos; valoración neurológica (motilidad, reactividad, sensibilidad...) antes, durante y después del procedimiento.
- Realizar una atenta observación de cada paciente, recogiendo por escrito todas aquellas alteraciones que el Médico deba conocer para la mejor asistencia del enfermo.

- Tomar las medidas para un buen cuidado de los pacientes y contribuir en todo lo posible a la ayuda requerida por los facultativos o por otro personal sanitario y cooperar con ellos en beneficio de la mejor asistencia del enfermo.
- Custodiar las historias clínicas y demás antecedentes necesarios para una correcta asistencia, cuidando en todo momento de la actualización y exactitud de los datos anotados en dichos documentos.
- Cuidar de la preparación de la sala para la recepción del paciente y su acomodación correspondiente en la mesa de RI.
- Preparar adecuadamente al paciente para intervenciones o exploraciones, atendiendo escrupulosamente los cuidados prescritos, así como seguir las normas correspondientes en los cuidados post-intervención inmediatos.
- Velar por el cumplimiento de la normativa y recomendaciones en materia de protección radiológica operacional (distancia, blindajes, tiempo), con el fin de reducir al máximo la dosis de radiación recibida por paciente y miembros del equipo.
- Realizar sondajes, disponer los equipos de todo tipo para intubaciones, punciones, drenajes continuos, vendajes, aspiración de secreciones oro faríngeas, oxigenoterapia, sueroterapia, etc., así como preparar lo necesario para una asistencia urgente.
- Cumplimentar la terapéutica prescrita por los facultativos encargados de la asistencia, así como aplicar la medicación correspondiente en caso de ser necesaria en el transcurso del procedimiento.
- Practicar las curas a los pacientes que las requieran y prestar los servicios de asistencia inmediata en casos de urgencia.
- Vigilar la conservación y el buen estado del material sanitario, instrumental y, en general, de cuantos aparatos clínicos se utilicen en la sala de RI, manteniéndolos ordenados y en condiciones de perfecta utilización, así como efectuar la preparación adecuada del carro de curas, instrumental, farmacia y cuarto de trabajo.
- Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observe en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.

4. B.- Funciones de la enfermera instrumentista o ayudante de campo.

- Velar por el cumplimiento estricto de los principios fundamentales de asepsia durante todo el procedimiento.
- Preparar la mesa de Instrumental a partir del material suministrado por la Enfermera Circulante; clasificarlo, lavarlo con solución heparinizada y tenerlo dispuesto para su uso.
- Proporcionar al Radiólogo Intervencionista el material necesario para el desarrollo eficaz y seguro del procedimiento y recibir de éste el usado preparándolo para un nuevo uso.
- Cargar medicación estéril, medios de contraste radiológico.

- Realizar la compresión hemostática arterial al final del procedimiento y colocación de vendajes compresivos.
- Colaborar con el resto de personal sanitario en la realización de la Intervención.

5.- BIBLIOGRAFÍA

- Ferral, Et al., Survival after efetive tips creation: prediction with model for end-stage liver disease score, Radiology 2004: 231-236.
- Táboas Paz, Fdez. Carrera Soler. Radiología intervencionista. 1ª Ed. Policlínico Vigo.93- 98.
- Juan c. García-pagan, Jaime bosch. Derivación perccutánea portosistémica intrahepática: indicaciones y seguimiento evolutivo. 1ª ed. Doyma s.a.1996: 7- 24.
- José Martín Carreira Villamor , Manuel Maynar Moliner. Diagnóstico y terapéutica endoluminal. 1ª ED. Masson 2002: 462- 476.

“USO DE DISPOSITIVO DE CONTROL DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL PARA TRATAMIENTO DE LESIÓN PERIESTOMAL”

Francisco Javier Ballesta López, Esther Moncho Doménech,
José Luís López Montes.
Servicio de Cirugía General HGUA

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn¹ es una enfermedad autoinmune, inflamatoria y crónica que puede afectar a cualquier parte del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano y que fue descrita por un médico estadounidense del mismo nombre en 1932. En el proceso evolutivo de la enfermedad se alternan frecuentemente brotes de actividad inflamatoria con períodos de remisión y existe una elevada tendencia a la recidiva tras la resección quirúrgica de los tramos afectados. La enfermedad suele manifestarse con alteraciones digestivas inespecíficas que aparecen con carácter recurrente y que afectan generalmente a pacientes jóvenes de ambos sexos. Los síntomas asociados más frecuentes son el dolor abdominal y la diarrea, que en ocasiones se presenta en forma de rectorragia, pérdida de peso con déficit nutricional, fiebre, dolores articulares, afectación anal con presencia de abscesos.

Presentamos el caso de un paciente varón de 37 años con enfermedad de Crohn de afectación perianal severa. En el transcurso del postoperatorio por amputación abdominoperineal precisó varias intervenciones quirúrgicas por distintos procesos infecciosos. Como consecuencia se desarrolla una lesión ulcerada en la región periestomal inferior. Supone un reto para el personal de enfermería conseguir acelerar el proceso de cicatrización de la lesión para la posterior adaptación de un dispositivo adecuado a la colostomía del paciente.

OBJETIVOS

General:

- Conseguir la granulación de la herida periestomal.

Específicos:

- Conseguir un manejo eficaz del exudado.
- Reducir los tiempos que el personal de enfermería dedica a la realización de las curas.
- Aumentar la calidad de vida del paciente.

MÉTODO

Hemos realizado un diseño de caso único o n=1 de tipo A-B. La variable experimental la constituye la utilización de un dispositivo de control de la incontinencia fecal, Flexi-Seal FMS². Se trata de un sistema cerrado para la recolección de las heces que se ancla en la ampolla rectal mediante un globo de retención de baja presión. Padmanabhan et al³, demostraron que tras la utilización de este sistema la

mucosa rectal permanecía inalterada por lo que su utilización se demuestra segura y sencilla. Se utiliza principalmente en pacientes encamados con presencia de heces líquidas o semilíquidas e incontinencia fecal⁴ en los que se pretende o bien la derivación del contenido fecal o bien el aislamiento de una lesión perianal⁵. En este artículo presentamos la utilización de dicho dispositivo en una colostomía, con el objetivo de aislar la zona periestomal. No existen referencias bibliográficas que describan tal uso, lo que convierte esta utilización en una novedad.

Nos encontramos ante un paciente varón de 37 años de edad que presenta como antecedente médico más importante enfermedad de Crohn colónica con afectación perianal muy severa. No RAM, no DM, múltiples fístulas y abscesos perianales. En julio de 2008 presentó absceso perianal de gran extensión que se prolonga hasta el muslo de la pierna izquierda lo que obliga a drenaje percutáneo y a la realización de colostomía de descarga. Toma como medicación habitual Azatioprina como tratamiento para la enfermedad de Crohn.

El paciente ingresó en nuestra unidad proveniente del servicio de Reanimación el día 28/11/2008. El día anterior se le había practicado amputación abdominoperineal más drenaje cutáneo. A su llegada era portador de vía central yugular derecha para nutrición parenteral total, sonda Petzer rectal para lavados intermitentes con suero fisiológico, dos redones aspirativos con contenido serohemático, sonda vesical de látex tipo Foley y colostomía descendente no funcionando en ese momento. Presenta laparotomía suprainfraumbilical que tras retirada del primer apósito aparece sin signos de infección. El día 5/12/08 al hacer el lavado por el Petzer se observa la existencia de comunicación entre recto, colostomía y orificio fistuloso del muslo de pierna izquierda. El día 7/12/2008 se produce la salida accidental de la sonda Petzer al tiempo que se observa drenado serohemático por laparotomía abdominal que parece indicar evisceración. Tras su confirmación se decide intervención quirúrgica para colocación de malla el día 8/12/2008. Los redones dejan de drenar contenido de aspecto serohemático para producir material fecaloideo. Observamos la aparición de una ulceración de rápida evolución en la región periestomal inferior. Se hace imposible, por tanto, la utilización de las bolsas de colostomía tradicionales para la recogida de las heces. Decidimos la realización de cura húmeda de la lesión y la utilización como apósito secundario de un hidrocoloide que, al mismo tiempo, nos sirve de base para poder pegar la bolsa. Tras drenar abundante contenido purulento y maloliente de la herida quirúrgica se decide intervención para la retirada de la malla el 20/12/2008. Se sustituye uno de los drenajes de tipo redón por uno de tipo Blake. Puesto que la úlcera periestomal no mejora optamos por la utilización de apósitos de plata y como secundario continuamos con las placas de hidrocoloide. A pesar de dar buen resultado durante unos días era frecuente la fuga de heces y la presencia de éstas en el interior de la herida. Como la intención es aislar la herida para que no esté en contacto con las heces, se decide administrar enemas de limpieza y colocar un dispositivo de sellado de la ostomía u obturador. El obturador está compuesto por una placa adhesiva con filtro de carbón activo unido a un cilindro de espuma comprimida que se introduce en el interior del estoma. Este cilindro, al entrar en contacto con la humedad intestinal, se expande lo que favorece el anclaje. Pero nos encontramos

con el inconveniente de que las ondas peristálticas intestinales empujan el obturador hacia el exterior lo que hace que no cumpla el objetivo que nos planteamos con su utilización. Tras varios intentos fallidos, el 7/1/09 se decide la colocación de dispositivo para tratar la incontinencia intestinal que está formado por los siguientes elementos:

- Un sistema plano de silicona de aproximadamente un metro de longitud, que se adapta a la anatomía del esfínter.
- Globo de baja presión en el extremo distal, que una vez hinchado sirve de anclaje para que el dispositivo no se mueva del lugar en el que se ha colocado.
- El dispositivo cuenta con dos luces:
- Uno de ellos se utiliza para hinchar el globo. Tiene impresa la cantidad de aire o suero fisiológico que se debe administrar, en este caso 45 cm₃.
- La otra se utilizan para realizar lavados intermitentes y se diferencia de la otra mediante la impresión IRRIG.
- A su extremo proximal se conecta la bolsa de recogida de heces que presenta sujeción y escala para la medición del contenido.

Al mismo tiempo comenzamos a utilizar sobre la úlcera un producto a base de colágeno llamado Catrrix. Es un polvo cicatrizante de colágeno que contiene aproximadamente un 73,5% de proteínas, un 18,1% de carbohidratos, un 4,9% de otros componentes de cartílago y un 3,5% de material inerte. Debido a su capacidad hidrofílica, cada gramo de polvo cicatrizante puede absorber entre 3:04 mililitros de fluido, aproximadamente. Está indicado para el tratamiento de todas aquellas lesiones de la piel de segunda intención. Como saben, es un fármaco que se puede utilizar en polvo, si la superficie donde se va aplicar es de fácil acceso, o diluido con sólo fisiológico si lo podemos introducir en cavidades o en zonas irregulares.

RESULTADOS

En un período de aproximadamente cinco meses hemos conseguido disminuir el tamaño de la herida de 12x5x3 centímetros a 4x2x1. Asimismo, hemos recuperado el lecho de la herida y la presencia de tejido de granulación se ha hecho evidente. La utilización del Flexi-Seal se ha mostrado acertada y la recomendamos en situaciones parecidas. La correcta colocación, así como el control periódico de la coloración de la mucosa intestinal en busca de necrosis por excesivo inflado del globo se hace imprescindible para el correcto funcionamiento y para así poder evitar la aparición de complicaciones. Del mismo modo, la realización de lavados intermitentes por el dispositivo con el objeto de evacuar las heces en ese momento para mantener el resto del tiempo el intestino lo más limpio posible, impiden la fuga de material fecal y así la contaminación del aire.

CONCLUSIONES

La novedad del tratamiento descrito reside en la utilización del dispositivo para el control de la incontinencia intestinal en un estoma con fines terapéuticos. Flexi-Seal, se ha mostrado apropiado para su colocación en estomas intestinales como

herramienta que ha permitido cumplir el objetivo principal que nos habíamos marcado, es decir, la granulación de la lesión periestomal del paciente. En cuanto el cambio de bolsa se pudo realizar de forma sencilla, comenzamos con la educación al paciente y familiares para que lo pudieran realizar en el domicilio. La independencia que este hecho les proporcionó supuso una mejoría notable en su estado de ánimo.

BIBLIOGRAFÍA

1. López San Román A. Enfermedad de Crohn. Rev. Esp. Enferm. Dige. [Revista en on-line]. 2005 [acceso 2 octubre 2009]; 97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005001100009&lng=es&nrm=iso
2. Johnstone A. Evaluating Flexi-Seal FMS: a fecal management system. Wounds UK. 2005; 1-3.
3. Padmanabhan A, Stern M, Williams J, Wishin J, Mangino M, Richey K. Clinical evaluation of a flexible fecal incontinence management system. Am j Crit Care. 2007; 16: 384-93.
4. Marin Vivó G, Calixto Rodríguez J, Rodríguez Martínez X. Sistema de control fecal, Flexi-Seal® FMS. ROL (Barc). 2008; 31(10). 16-20.
5. Segovia Gómez T, et al. Prevención y curación de las lesiones cutáneas asociadas a la incontinencia fecal con la utilización de un sistema avanzado de derivación en el paciente crítico. En: Libro de ponencias: XXXIII Congreso Nacional de la SEEIUC. Madrid; 2007. p. 35.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA RETIRADA DE UN INFUSOR CONECTADO A UN ACCESO VENOSO CENTRAL SUBCUTÁNEO O RESERVORIO.

Gozalves Manzanera, M^a Carmen, Montoyo Anton, Rosa Ana, Tizón Roldán, Esther, Moya Segura, José Eduardo
Hospital de Día del HGUA

INTRODUCCIÓN

Propiciado por la administración de un esquema terapéutico cada vez más frecuente en el que se incluye la infusión durante 48 horas de un fármaco citotóxico; y teniendo que atender una creciente demanda asistencial para su retirada, se planteó la necesidad de contar con el apoyo del personal de Enfermería de los equipos de Atención Primaria.

OBJETIVOS:

- Coordinar con atención Primaria nuestros conocimientos para el manejo de esta Técnica.
- Facilitar al paciente la retirada del infusor al acudir al Centro de Atención Primaria más próximo a su domicilio, evitando así desplazamientos.
- Promocionar el auto cuidado del paciente, previa formación del personal sanitario.
- Divulgar la necesidad de cuidados en el paciente Oncológico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Elaboración de un video-DVD realizado en la Unidad con rótulos sobre impresionados.

RESULTADOS:

Primera fase de un proyecto que se pondrá en marcha 01-01-2010

CONCLUSIONES:

Serán evaluadas mediante un cuestionario de satisfacción durante el primer semestre una vez iniciado el proyecto.

EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA EN EL COMITÉ DE BIOÉTICA ASISTENCIAL

Isabel Asín¹, Josefina Cantó², Ana M Peiró³

¹. *Enfermera, miembro CBA Hospital General, Alicante;*

². *Enfermera SAIP, miembro CBA Hospital General, Alicante;*

³. *Médico Farmacóloga Clínica, Vicepresidenta CBA Hosp. General, Alicante.*

RESUMEN

El Comité de Bioética Asistencial (CBA) es una comisión consultiva e interdisciplinar, al servicio de los profesionales y usuarios del departamento de salud, creada para impulsar la formación en Ética Clínica, analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se produzcan en la práctica clínica en las instituciones sanitarias a consecuencia de la labor asistencial y cuyo objetivo final es mejorar la asistencia sanitaria. Su composición es multidisciplinar y en nuestro comité participan, entre otros, médicos/as, enfermeros/as, una farmacéutica, un abogado, una persona ajena a la Institución, una veterinaria, un representante religioso, un representante de atención primaria, del SAIP y del CEIC. Todos los miembros del comité garantizarán la confidencialidad. Entre sus funciones están: (1) Proteger los derechos de los pacientes; (2) Analizar, asesorar y facilitar el proceso de decisión clínica en las situaciones que plantean conflictos éticos entre el personal sanitario, los pacientes o usuarios y las instituciones; (3) Colaborar en la formación en bioética de los profesionales del departamento de salud, y muy en particular en la de los miembros del comité; (4) Proponer protocolos de actuación para las situaciones en que surgen conflictos éticos y que se presentan de manera reiterada u ocasional; (5) Elaborar informes y recomendaciones ante casos concretos; (6) Impulsar la investigación en bioética en el marco de las tareas asistenciales que se desarrollen en el centro. De hecho, cualquier profesional del Dpto. que precise consultar algún conflicto ético sobre la asistencia sanitaria en relación a la bioética.

EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA

La participación de Enfermería en el CBA ha sido una herramienta de aprendizaje porque se aprende la forma de plantear, valorar y sacar conclusiones ante dilemas o consultas; que aporta confianza puesto que ante una decisión difícil no te sientes solo, planteas la consulta y sabes que puedes contar con la opinión de otras personas que discuten la consulta y dan su conclusión; e incrementa nuestra satisfacción laboral: nuestra opinión es tenida en cuenta, nos sentimos valorados/as, y con nuestra aportación ayudamos en la resolución de consultas bioéticas y en la formación del personal.

CONCLUSIÓN

Consideramos que el papel de enfermería en los CBA es relevante puesto que aporta la visión de un profesional que está en contacto con el paciente y con los fami-

liares, cuya opinión es necesaria ante los conflictos bioéticos asistenciales que se plantean y cuya implicación es fundamental en los procesos formativos que se desarrollan desde el CBA. Por todo ello, animamos a Enfermería a que participe del mismo.

MESA DE COMUNICACIONES LIBRES N° 4

EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL ENTORNO ABUCASIS

Moderadora: Ana Bellot Bernabé

En el año 2006 la División de Enfermería incluye en los Acuerdos de Gestión, “garantizar la llegada de información sobre la continuidad de cuidados que precisa el paciente, a la enfermera de atención primaria u otros centros” y desde ese año ha estado presente en los objetivos de la División de Enfermería. Se establecieron diversas iniciativas para aumentar el nivel de cumplimentación y la calidad de la información registrada. A pesar de los esfuerzos invertidos continuaban existiendo situaciones indeseadas entorno a la continuidad de cuidados: pacientes ocultos al sistema sanitario, falta de continuidad de los cuidados del paciente y pérdida de informes de alta de enfermería. Se hizo necesario crear un grupo de mejora de continuidad de cuidados, constituyéndose en febrero del año 2008 y siendo integrantes del mismo, profesionales de Enfermería del Departamento, tanto de Atención Especializada como de Atención Primaria. Se empezaron a definir los circuitos para ICC, en primer lugar en papel, circuito a través de e-mail, circuito a través de fax (papel) y finalmente se establece el circuito a través de Abucasis. En este momento se incorporan las nuevas figuras de Enfermeras de Gestión Comunitaria para garantizar la llegada del ICC a los centros de salud.

Se realiza un análisis de la información relevante desde el punto de vista de la Enfermera de Atención Primaria y se mejora del documento en papel. Surge la necesidad de realizar el ICC a todos los pacientes dados de alta en el HGUA.

A partir de Enero de 2009 se hace posible la utilización del Sistema Informático, SIA, para realizar los ICC y se establece el Circuito de Continuidad de Cuidados en Abucasis. La enfermera del HGUA, (su recurso es Enfermera de Atención Especializada, EAE) realiza el contacto y lo firma. El Sistema Informático permite que la enfermera EAE comunique el alta a la enfermera de Atención Primaria (EAP), en el mismo día y hora de su realización, creando una cita en la agenda denominada “Alta Hospital” del centro de salud del Departamento al que pertenece el paciente.

Es la Coordinadora de Enfermería de cada centro de salud la que comprueba, cada día, las altas de su centro, en la agenda “Alta Hospital” y envía los ICC a la enfermera de referencia del paciente.

La enfermera de Atención Primaria (EAP) en el plazo máximo de 48 horas, tras revisar el ICC llama al paciente valorando las necesidades de cuidados (domiciliarios o en el centro)

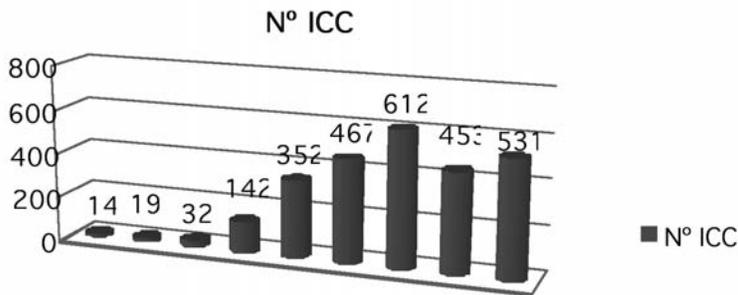
Actualmente (octubre de 2009), la situación en el Departamento es la siguiente:

- Hay 11 Unidades de Hospitalización formadas: cirugía general, medicina interna, reumatología, neurología, medicina interna, cirugía cardiaca/torácica, neurología, cirugía vascular, ginecología y obstetricia,
- 100 Enfermeras han pasado por la formación y se han acreditado para el acceso a Abucasis con recurso EAE.

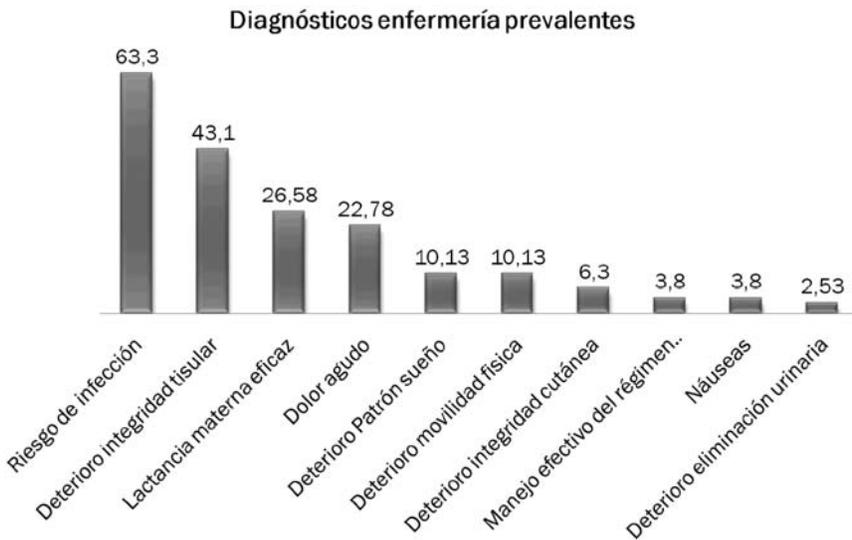
- 60 Horas de docencia dentro jornada laboral.
- 30 Sesiones realizadas de una duración de 2 horas cada una.
- Tras la formación se realizaban prácticas en la unidad realizando ICC con el soporte de la enfermera experta.
- En total, de enero a septiembre del 2009 se han elaborado 2.622 ICC en Abucasis. Siendo un total de más de 10.000 los ICC emitidos incluyendo los realizados en soporte papel.

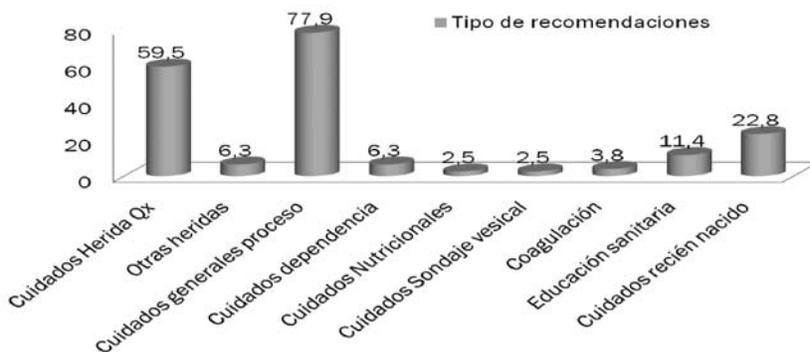
RESULTADOS

Informes de continuidad de cuidados en Abucasis Año 2009.



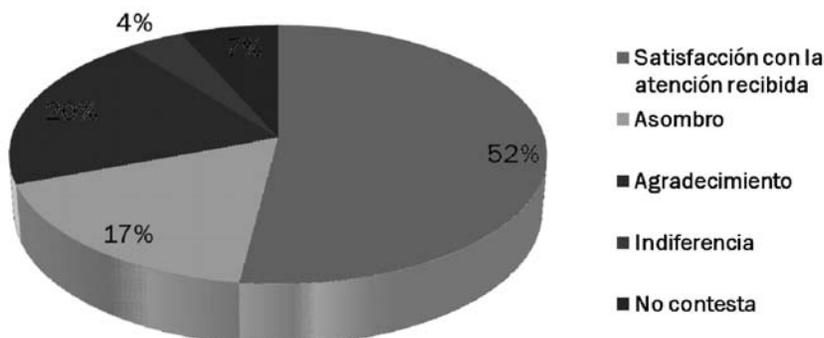
Se ha realizado una auditoria del ICC en Abucasis para conocer los Diagnósticos de Enfermería más prevalentes.





Se ha visto necesario valorar la satisfacción de los profesionales de Atención Primaria para conocer el grado de implicación y la respuesta al procedimiento informático. Los datos del análisis realizado son: El 95,8% conoce el procedimiento ante un Alta Hospitalaria. El 69,44% contacta con el paciente el mismo día del Alta en el Hospital. La mitad del 30,55% restante lo hace al día siguiente. Un 94,44% de las enfermeras considera el ICC, a través de Abucasis, como una mejora en la calidad de la asistencia prestada por el profesional de AP. El 90,27% considera que la información contenida en el ICC es relevante para la continuidad de cuidados. La respuesta del paciente tras el contacto con la Enfermera de AP tras el Alta del Hospital ha sido valorada, siendo un 52% la satisfacción con la atención recibida.

Respuesta del paciente tras el contacto con la EAP tras el alta hospitalaria



ÍNDICE MESA DE COMUNICACIONES LIBRES N° 4

Código	Título	Expone	Autores
CO_2	Una sonrisa vale más que mil técnicas	Pruebas funcionales neumología	Inmaculada Lassaleta Goñi Vanesa Sevilla Bellido Mercedes Álvarez González José Luis Jimenez Tevar Santiago Romero Candeira Alfredo Candela Blanes Victor Aguilar Noguera
CO_4	Estudio experimental sobre la eficacia de la esfera dinámica durante el trabajo del parto	Partos HGUA	Beatriz Elena Delgado García Alberto Poveda Bernabeu M ^a Isabel Orts Cortés Anna Silvia Miñana Moll
CO_8	Guía para los usuarios del servicio de urgencias	HGUA: Urgencias	Grisel Bevia Puche Francisco Ramírez
CO_10	Gestión de casos en la integración de niveles asistenciales: resultados	CS San Vicente 1	M ^a Luisa Ruiz Miralles M. Dolores Saavedra Llobregat Inmaculada Flores Arjona Pepa Soler Leyva Juan Gallud Romero
CO_19	El cuidador familiar: Me olvide de vivir	CS Florida	M ^a Dolores Saavedra Llobregat José Ramón Martínez Riera Encarnación Muñoz Soriano

UNA SONRISA VALE MÁS QUE MIL TÉCNICAS

Inmaculada Lassaletta Goñi, V. Sevilla Bellido, A. Candela Blanes, M. Alvarez Gonzalez, V. Aguilar Noguera, J.L. Jiménez Tevar, S. Romero Candeira.

INTRODUCCIÓN

El voluntario, es un fenómeno sociológico que surgió en los 60, como exigencia contra toda forma de discriminación.

Un voluntario es aquella persona que además de ejercer sus propios deberes profesionales y de estatus, de modo continuo y desinteresado y responsable, dedica parte de su tiempo a actividades no a favor de sí mismo ni de sus asociados, sino a favor de los demás o de intereses sociales colectivos, según un proyecto que no se agota en la intervención misma, sino que tiende a erradicar o modificar las causas de la necesidad o marginación social (Luciano Tabaza).

Los aspectos por los que el voluntario ha destacado como movimiento revitalizador y motor solidario de la sociedad son:

- Las actividades que se desarrollen han de ser de origen social, de cara a los demás.
- No buscan el beneficio propio, sino beneficiar a terceros.
- No se conforma con actuar ante una determinada situación, sino que pretende erradicar las causas que la provocan.

En definitiva, se trata de una acción de nuestro tiempo libre, continuada, desarrollada en el seno de una organización o institución, gratuita, responsable y que persigue intereses sociales colectivos.

El voluntariado es un fenómeno creciente, las actividades y actuaciones que un voluntario puede realizar son innumerables y se amplían día a día. Estas actividades las podemos clasificar en cinco grandes campos:

- 1) Solidaridad: ayudas a domicilio, servicios sociales en hospitales, programar actividades que promuevan la participación, información, asesoramiento.
- 2) Prevención: no trata sólo de paliar situaciones injustas o marginales, sino que intenta prevenir aquellas causas que las generan, anticipándose a los problemas.
- 3) Reinserción: Los voluntarios son un referente para aquellas personas que están inmersas en situaciones de severa marginación. Programas educativos y culturales.
- 4) Desarrollo social: promueve la participación y dinamización.
- 5) Sensibilización y denuncia social: transformar esta sociedad desde su compromiso de trabajo y denuncia. Colaborar en campañas y acciones que promuevan la educación en la solidaridad.

A su vez estos cinco campos se desarrollan en las siguientes áreas:

- Socio asistencial (mayores, discapacitados, enfermos, infancia, adolescencia, drogodependientes, inmigrantes).
- Medioambiental,
- Cultural,
- De cooperación al desarrollo.
- De defensa de los derechos humanos,
- De protección civil.

Disponer al menos de dos horas a la semana y querer ayudar son condiciones para ser voluntario, además de firmar, como exige la ley, el correspondiente contrato de voluntariado donde se reflejan los compromisos de la Asociación, así como respetar el decálogo del voluntario, que trata de las actitudes necesarias en el mismo con relación a los beneficiarios, a la sociedad y cuyos 10 puntos son:

- 1- Amor, respeto y aceptación del otro sin discriminación.
- 2- Preferencia por los más débiles y necesitados.
- 3- Amabilidad sin ser paternalista, ni crear dependencia, ni hacer del servicio un asunto personal.
- 4- Profesionalidad, humanidad, paciencia y eficacia en la actuación.
- 5- Fomentar la superación personal.
- 6- Confidencialidad y discreción.
- 7- Compromiso meditado, libre y responsable.
- 8- Disponibilidad para la formación, compromiso y trabajo en equipo.
- 9- Colaboración gratuita y desinteresada
- 10- Sentido de justicia, fomento de la solidaridad y difusión del voluntariado.

¿Qué significa ser solidarios? Significa compartir la carga de los demás.

Ningún hombre es una isla. Estamos unidos, incluso cuando no somos conscientes de esa unidad. Nos une el paisaje, nos unen la carne y la sangre, nos unen el trabajo y la lengua que hablamos. Sin embargo, no siempre nos damos cuenta de esos vínculos.

Cuando nace la solidaridad se despierta la conciencia, y aparecen entonces el lenguaje y la palabra. En ese instante sale a la luz todo lo que antes estaba escondido. Lo que nos une se hace visible para todos. Y entonces el hombre carga sus espaldas con el peso del otro. La solidaridad habla, llama, grita, afronta el sacrificio. Entonces la carga del prójimo se hace a menudo más grande que la nuestra.

Para que haya solidaridad se requieren dos personas: una necesitada y otrasolidaria. Pero el solo dar, o ayudar, no es lo más difícil. La parte difícil comienza cuando se nos presenta el dilema de ayudar sin recibir nada a cambio; de ayudar aunque nadie se entere, ni aún la persona a la que ayudamos. Esto es: ser solidarios por una verdadera convicción de igualdad y de justicia. Es difícil ser caritativos, solidarios, entregados, y ser, al mismo tiempo, totalmente desinteresados.

La solidaridad es entrega y, por tanto, diametralmente opuesta al deseo egoísta, que impide el verdadero desarrollo.

La solidaridad es unión, mientras que el egoísmo es aislamiento. La solidaridad favorece el desarrollo; el egoísmo, la pobreza. La solidaridad aprovecha los bienes, los distribuye, los comparte, los multiplica; el egoísmo, los corrompe, los hace estériles, los pervierte para hacer de los bienes plataformas de podredumbre, de riquezas desbordantes de inutilidad y vergüenza.

"La mayor enfermedad hoy día no es la lepra ni la tuberculosis sino mas bien el sentirse no querido, no cuidado y abandonado por todos. El mayor mal es la falta de amor y caridad, la terrible indiferencia hacia nuestro vecino que vive al lado de la calle, asaltado por la explotación, corrupción, pobreza y enfermedad." -Madre Teresa, M.C. (2)

OBJETIVO

Analizar el conocimiento del personal de Enfermería sobre las organizaciones no gubernamentales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta a 154 trabajadores del Hospital General de Alicante.

La encuesta se muestra a continuación:

ENCUESTA ANÓNIMA (por favor pon una x donde corresponda)

SEXO:

- mujer
- hombre

CATEGORÍA PROFESIONAL

- enfermera
- auxiliar
- estudiante

EDAD

- 18-25
- 26-40
- 41-60

¿CONOCES ALGUNA ONG?

- sí
 - no
- cuáles:

¿PERTENECES A ALGUNA?

- sí
 no
cuál:

TE GUSTARÍA PERTENECER A ALGUNA?

- sí
 no

QUÉ TE GUSTA MÁS TRABAJAR CON:

- adultos
 niños

SI SON NIÑOS ENFERMOS ¿TE GUSTARÍA COLABORAR CON ELLOS?

- sí
 no

SI CONTESTASTE SÍ

¿QUÉ CREES QUE TE PUEDE APORTAR?

- ayudar a los demás. mejorar la sociedad.
 hacer algo útil. nuevas experiencias

SI CONTESTASTE NO

¿POR QUÉ MOTIVOS?

- no tengo tiempo. no me quiero comprometer.
 no tengo formación. me da miedo enfrentarme a ellos.

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS 11.0

RESULTADOS

Se incluyeron a 154 trabajadores, el 93 % eran mujeres. Con respecto a su profesión el 52% eran enfermeras, el 31% auxiliares de enfermería, el 8%estudiantes.

La distribución por edades se muestra en la siguiente tabla 1.

	Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18-25a	19	12.3	12.3	12.3
	26-40a	55	35.7	35.7	48.1
	>40a	80	51.9	51.9	100.0
	Total	154	100.0	100.0	

Tabla 1

Diferentes ONG conocidas por los encuestados (Tabla 3).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	caritas	6	3.9	3.9	3.9
	oxfam	6	3.9	3.9	7.8
	aspanion	2	1.3	1.3	9.1
	medicos sin fronteras	40	26.0	26.0	35.1
	cruz roja	6	3.9	3.9	39.0
	medicos mundi	3	1.9	1.9	40.9
	vicente ferrer	6	3.9	3.9	44.8
	otros	15	9.7	9.7	54.5
	no contesta	70	45.5	45.5	100.0
	Total	154	100.0	100.0	

Tabla 3

Encuestados que pertenecen alguna ONG (Tabla 4)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	27	17.5	17.5	17.5
	no	125	81.2	81.2	98.7
	no contesta	2	1.3	1.3	100.0
	Total	154	100.0	100.0	

Tabla 4

Encuestados que les gustaría pertenecer a alguna ONG (Tabla 5)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	82	53.2	53.2	53.2
	no	64	41.6	41.6	94.8
	no contesta	8	5.2	5.2	100.0
	Total	154	100.0	100.0	

Tabla 5

Preferencias voluntariado con niños o con adultos (Tabla 6)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	adultos	88	57.1	57.1	57.1
	niños	41	26.6	26.6	83.8
	con los dos	20	13.0	13.0	96.8
	no contesta	5	3.2	3.2	100.0
	Total	154	100.0	100.0	

Tabla 6

Colaboración en caso de niños enfermos (tabla 7)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	111	72.1	72.1	72.1
	no	34	22.1	22.1	94.2
	no contesta	9	5.8	5.8	100.0
	Total	154	100.0	100.0	

Tabla 7

Motivaciones (tabla 8)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	ayudar a los demás	41	26.6	35.7	35.7
	hacer algo útil	7	4.5	6.1	41.7
	mejorar la sociedad	10	6.5	8.7	50.4
	nuevas experiencias	13	8.4	11.3	61.7
	todas	41	26.6	35.7	97.4
	no contesta	3	1.9	2.6	100.0
	Total	115	74.7	100.0	
Perdidos	Sistema	39	25.3		
Total		154	100.0		

Tabla 8

Motivos para no pertenecer a ONG (tabla 9)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no tengo tiempo	20	13.0	45.5	45.5
	no tengo información	9	5.8	20.5	65.9
	no me quiero comprometer	4	2.6	9.1	75.0
	me da miedo enfrentarme a ellos	7	4.5	15.9	90.9
	todas	1	.6	2.3	93.2
	no contesta	3	1.9	6.8	100.0
	Total	44	28.6	100.0	
Perdidos	Sistema	110	71.4		
Total		154	100.0		

Tabla 9

DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en las encuestas se confirma que existe un gran desconocimiento en el campo del voluntariado.

Un tanto por ciento muy elevado de nuestro personal conoce “alguna” ONG, siendo la más conocida Médicos Sin Fronteras (sólo nombrado por el 26% de los encuestados).

Sin embargo, la gran mayoría no pertenece a ninguna, aunque a más de la mitad les gustaría pertenecer. A nuestros encuestados les gusta más trabajar con adultos que con niños.

La falta de información y la falta de tiempo son los motivos más frecuentes de no pertenecer a ellos. Por lo tanto es imprescindible hacer campañas, charlas de información, motivación y concienciación para suplir estas carencias ya que en la variable del tiempo no podemos actuar.

Es importante difundir la labor integral de la Enfermera ya que es un área poco conocida y que entrega mucha experiencia de vida de los pacientes, se aprende a dar gracias a la vida de lo que tenemos y de haber decidido ser enfermeros.

Las intervenciones psicosociales pueden mejorar la calidad de vida de la persona incluyendo incremento del humor y vitalidad, disminuyendo el dolor.

No hay quimioterapia más eficiente que una palabra amena, ni radiaciones más beneficiosas que el toque mágico de una mano que acoge (1)

CONCLUSIÓN

La mayoría del personal del Hospital General de Alicante no tiene la información necesaria sobre el voluntariado, por lo tanto sería necesario aumentarla para animar y al mismo tiempo elevar el número de voluntarios en nuestro Centro.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Atención holística del paciente oncológico Práctica hospitalaria 2003.Andrade.
- 2.- www.corazones.org/santos/teresa_calcuta.htm R
- 3.- Francisco García-Pimentel Ruiz fcogpr[aroba]hotmail.com
- 4.- “Voluntarios sin fronteras” Botella Soto, Jose Antonio www.um.es/eglobal/ Nov.2006

GUÍA DE INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Grisel Beviá Puche. Francisco Ramírez Camero.
Hospital General Universitario de Alicante

Es un hecho reconocido que... "toda entidad de información cobra sentido en la medida que logre satisfacer las necesidades de sus usuarios". Bajo el lema de las XV Jornadas de Enfermería, consideramos el presente trabajo un proyecto innovador en nuestro servicio dirigido a los usuarios. El proceso de información al paciente es complejo y se compone de una multiplicidad de factores, destacándose entre otros: la información suministrada por los profesionales sanitarios, la información retenida por el paciente, conocimiento del procedimiento, deseo de información y satisfacción con la información recibida. En estos últimos años, observamos cómo los Servicios de Urgencias Hospitalarios están empezando a reivindicar su posición en el sistema, donde se demuestra una preocupación manifiesta de los profesionales por mantener una organización acorde a las necesidades de los pacientes y por ofrecer una asistencia de calidad a los usuarios que les aporte además el valor añadido de la satisfacción con los cuidados recibidos. La concepción de calidad total, orienta además al sistema hacia la consecución de los productos y servicios de información que necesitan los usuarios. Tal y como viene definido en el artículo 12 sobre Información en el Sistema Nacional de Salud de la ley, los pacientes y los usuarios del sistema Nacional de Salud tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y requisitos de acceso a ellos. Los servicios de salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de los servicios en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos. Se facilitará a los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones. Cada servicio de salud regulará los procedimientos y los sistemas para garantizar el efectivo cumplimiento de las previsiones del presente artículo. Las guías de información buscan complementar la información de manera suficiente y comprensible. Su elaboración es en un lenguaje próximo al paciente y tienen un enfoque estructurado. Es imprescindible consensuar la opinión de profesionales con el fin de que su desarrollo tenga validez. Debiendo aportar información clara y adecuada y mejorar la calidad asistencial e incrementar la calidad percibida.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Elaborar una Guía para los Usuarios del Servicio de Urgencias.

Objetivos específicos:

Identificar las necesidades de información de los usuarios del servicio de urgencias.

Establecer los contenidos que figurarán en la Guía de Información de los Usuarios de Urgencias.

Decidir el medio adecuado de transmisión de la información.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tal como queda reflejado en la definición de los objetivos propuestos, nuestra actividad irá dirigida a diseñar la propuesta de un medio de comunicación que sea de fácil asimilación para los usuarios y que les sirva para orientarse en el proceso asistencial del cual van a participar durante su estancia en el servicio, conociendo el proceso asistencial general en el cual van a participar, así como ciertos aspectos funcionales del servicio que son útiles para hacer su estancia más efectiva. De esta forma le permitirá al paciente y a su acompañante conocer sus derechos y deberes para cumplirlos y poder exigir su cumplimiento.

Consideraciones básicas para la elaboración de la Guía de Información para los Usuarios del Servicio de Urgencias:

La información de la guía no sustituye la información que los profesionales sanitarios proporcionen a los pacientes.

El paciente es el receptor de la información.

Se debe describir la información de forma clara y accesible y comprensible.

Se elaborará con información en cantidad y calidad suficientes.

La divulgación es esencial y deberá asegurarse una correcta distribución de la misma.

La guía será revisada a los dos años de su publicación.

Grupo de trabajo que participa en el desarrollo de la guía:

Personal sanitario encargado de la elaboración de la guía: El proceso inicial de recopilación de información así como de la elaboración inicial de los contenidos de la guía se realizará por una enfermera y un enfermero del servicio de urgencias

Personal sanitario que revisa la información contenida en la guía: El proceso de consenso de los contenidos de la guía propuesta, se realizará con la Supervisora del servicio de urgencias, el Jefe de servicio de urgencias y un grupo de enfermeras/os y auxiliares de enfermería del servicio de urgencias.

Profesionales de la salud que validan la información contenida en la guía.

Personal encargado del diseño de la guía.

Periodo de tiempo establecido:

Durante el primer semestre del año 2009 se realizó la recogida de datos en base a las necesidades de información de los usuarios de los servicios de urgencias. El proceso de revisión, se ha realizado durante los meses de julio, agosto, septiembre y octubre de año 2009. Actualmente está en proceso de validación.

Consulta documental:

Búsqueda de la información a través de revisión bibliográfica y otros ejemplos implantados actualmente en la institución. Se ha realizado una revisión de la bibliografía relacionada con los sistemas de información de los usuarios de los servicios sanitarios, así como la consulta de guías de información para los usuarios estableci-

das en el Hospital General Universitario de Alicante y en hospitales del territorio nacional.

Grupo muestral:

Es el grupo de usuarios (pacientes y acompañantes) que ha frecuentado el servicio de urgencias durante el periodo de tiempo establecido. Edad de los usuarios comprendida en un rango aproximado entre 20 a 80 años.

Metodología:

Estableceremos varias etapas en la elaboración de la Guía de Información de los Usuarios del Servicio de Urgencias:

- Búsqueda de información relevante.
- Elaboración de los contenidos de la guía.
- Redacción de un documento preliminar.
- Necesidad de contar con un medio de comunicación.
- Selección de un medio de comunicación.
- Revisión interna de los contenidos.
- Validación de la información.
- Diseño y difusión de la guía.
- Revisión y actualización.

Etapas de la elaboración de la Guía para los Usuarios del Servicio de Urgencias:
Búsqueda de información relevante.

Realizamos el diagnóstico de un proceso organizativo del servicio que es específicamente la información que se brinda en la comunicación entre los prestadores de servicio y los usuarios, caracterizando las necesidades de información que tienen los usuarios e identificando, las necesidades propias del servicio de un medio de comunicación informativo para los usuarios y para los profesionales sanitarios. Se estudian las necesidades de información de los usuarios y después se agrupan en categorías o segmentos. Sobre el concepto de la necesidad como objeto de estudio podemos hablar de términos de necesidad, interés y demanda de información. El interés informativo del usuario sólo puede conocerse cuando éste lo expresa por voluntad propia o porque se le pregunta.

Nuestra investigación se realizó del siguiente modo: Se procedió a prestar más atención a las dudas y consultas generadas por los pacientes y acompañantes, identificándose una serie de sucesos que constituyen motivo de malestar o molestias a los usuarios y que están vinculadas con el desconocimiento de ciertas informaciones esenciales para garantizar un eficiente proceso de estancia en el servicio. Al estar referida la información a experiencias y situaciones concretas vividas por los usuarios, le dan una utilidad más directa y evidente. Se transmite de forma clara qué es lo que falla y debe mejorarse, esta información obtenida directamente del usuario, supone la única fuente rutinaria de información ya que no está registrada en ninguna otra parte, que sólo sabe el usuario y que son muy relevantes para la calidad de la

atención al tener como objetivo las experiencias reales y concretas de los usuarios. El usuario, de esta forma contribuye para elevar la calidad de los servicios sanitarios y nos ayuda a saber qué hacer para mejorar. Un paso inicial consiste en conocer las necesidades de los usuarios y diseñar una posible solución a partir de ellas mediante un medio de comunicación informativo con el que el usuario pueda contar para orientarse inicialmente a su llegada al servicio de urgencias.

RESULTADOS

Elaboración de los contenidos de la guía.

Análisis de los primeros resultados.

Los usuarios expresaron comentarios o situaciones que les generaban dudas durante su estancia en el servicio. Muchas de estas dudas están vinculadas con el desconocimiento o incumplimiento de ciertas informaciones esenciales para garantizar un eficiente proceso de estancia en el servicio.

Las agrupamos en dos apartados:

Dificultades de comunicación e información al paciente:

- “¿Me da un vaso para que beba agua?”
- “No he comido nada desde esta mañana”
- “¿Cuánto van a tardar los resultados?”
- “¿Sabe si me voy a quedar ingresado?”
- “¿Cuándo me vana subir a planta?”
- “¿Cuándo va a venir el médico a hablar conmigo?”
- “Están atendiendo a personas que han llegado después que yo”
- “Se ha acabado el gotero y he bajado la ruedecita”
- “La alarma está pitando”
- “¿Puede llamar a mi familia que no saben nada?”
- “Los medicamentos que toma enséñeselos luego al médico”
- “Sólo necesito saber los motivos por los que Ud. ha venido a urgencias”
- “¿Esta pulsera para qué es?”
- “Tiene que retirarse todos los objetos de valor”
- “Necesito un justificante para el trabajo”
- “Quiero hacer una hoja de reclamación”

Dificultades en la convivencia en el servicio:

- “Sólo puede haber un acompañante con Ud.”
- “¿Esta tarjeta para qué es?”
- “Por favor, no estén por los pasillos”
- “No tengo con quien dejar a mi hijo”
- “¿Pueden bajar el tono de voz?”
- “¿Puede apagar el móvil?”

Hay un incumplimiento del reglamento hospitalario, pero tampoco el servicio enseña e informa a todos los usuarios el reglamento y no exige estrictamente su cumplimiento. Hay dificultades en la transmisión de la información por parte de los profesionales sanitarios a los usuarios. Hay informaciones que se brindan porque se solicitan, hay otras que ni se mencionan, y hay otras que se obtienen a través de otros pacientes o acompañantes. Existe falta de homogeneidad de la información que se brinda a los usuarios, por lo que es necesario trabajar sobre la calidad de información que se le ofrece a los pacientes y acompañantes, ya que no siempre se explica con claridad y comprensión.

Por lo tanto, detectamos que existen dificultades en el proceso de información que se brinda en el servicio entre los prestadores de servicio y los usuarios. La información que necesitan los usuarios se recoge de forma directa atendiendo personalmente a sus demandas. Detectando necesidades de información más vinculadas a la relación profesionales sanitarios-usuarios, necesidades de información vinculadas al proceso organizativo del servicio, y necesidades de información general.

Redacción del documento preliminar.

Los contenidos tendrían ante todo como principio que reflejen lo que en realidad se hace en el servicio de urgencias y no lo que debe hacerse, y sólo hacer una referencia de lo que debe hacerse en aquellos casos en el que el objetivo sea que el usuario asuma un rol activo en el proceso asistencial. En la elaboración de los mensajes tendremos en cuenta que la redacción sea de acuerdo con el objetivo del mensaje que se pretende transmitir, teniendo en cuenta como principios para su construcción aspectos como claridad, tono adecuado y tractivo, uniformidad y credibilidad.

La Guía ofrecerá información sobre lo que debe hacer el paciente o su acompañante desde que llega al servicio de urgencias hasta que recibe la atención sanitaria que precise. En este sentido, la guía señalará al usuario que una vez que haya dado sus datos debe dirigirse a la sala de clasificación, donde los profesionales sanitarios tras realizarle una preguntas básicas, establecerán una prioridad para su caso, de acuerdo al protocolo de atención en Urgencias, que establece que se atenderá con prioridad al paciente que presente mayor gravedad y nunca en función del orden de llegada.

Igualmente, le colocaremos una pulsera de identificación y se le informará que durante su estancia en el servicio de urgencias podrá estar acompañado de un solo acompañante, identificado con una tarjeta que le proporcionará el personal del servicio a su llegada. El acompañante podrá permanecer junto al paciente en las zonas dispuestas con este fin.

Además, se instará a los usuarios a colaborar con el buen funcionamiento del servicio, realizando el menor ruido posible, para facilitar la tranquilidad y el descanso de los pacientes, así como respetar su intimidad.

Necesidad de contar con un medio de comunicación.

Al existir determinadas necesidades de información, debemos buscar una propuesta de cómo satisfacerlas y uno de los modos sería brindando un medio de comu-

nicación informativo que tenga un formato escrito. El valor de la información depende del contexto en el que esta se presente y se analice ya que las necesidades cambian según las características del propio usuario. De acuerdo con esta idea, a la información se le concederá un valor subjetivo en la medida que sea necesaria para el individuo o grupo. Estos individuos, usuarios en nuestro caso, son capaces de exponer las características de su necesidad al sistema de información, así como el convencimiento de que es aquella y no otra la información que ellos necesitan. De esta forma, el usuario incorpora a la información un valor y, al mismo tiempo, contribuye para que el sistema cumpla con más efectividad sus funciones. Para ello se realizará una caracterización de la población a la que va dirigida la información, siendo usuarios con un rango de edad comprendido entre 25 y 80 años, con presencia de ambos sexos y alfabetizada con poco predominio de nivel medio cultural. Sabemos que se trata de un sector de la población con un problema de salud, o que su acompañante tiene un problema de salud, razón por lo que acuden al servicio de urgencias, teniendo dos tipos de roles: el del paciente y el del acompañante. El servicio prestado implica esperar por parte del usuario una atención con la expectativa de que se resuelva o alivie el problema motivo de su ingreso. Nuestra población no esperan recibir un servicio de calidad regular o deficiente, lo que está en correspondencia con la imagen de nuestra institución, es una población exigente y con alta expectativa en cuanto a la calidad del servicio asistencial.

La población que ingresa en el servicio de urgencias, está en una situación particular de su vida: tiene un problema de salud que de repente lo aísla de su medio habitual que genera determinadas reacciones como miedos y temores, estados de angustia y tensión, sensación de estar en una situación difícil, mayor necesidad de atención y de sentirse escuchados. Lo que les ayuda a sentirse más aliviados es sentirse atendidos por los profesionales sanitarios, sentir mejoría o ver que su acompañante ha mejorado y conocer los resultados del proceso de atención.

Sobre la base de estos primeros resultados, se procedió a la elaboración de la guía, y se seleccionó el medio de comunicación que se utilizaría para transmitir la información que los usuarios del servicio de urgencias necesita. Se fueron seleccionando los contenidos propuestos para el material informativo.

Selección del medio de comunicación.

Para elegir el medio de comunicación hay que tener en cuenta unos factores. Hasta el momento la información se ha transmitido de cara a cara y ello ha traído dificultades, por lo que proponemos la adición de otro canal de transmisión de la información. La población promedio anual a la que se dirigirá la información es aproximadamente de 106.000 personas. El medio de comunicación en formato escrito garantiza dar la misma información a grandes grupos de usuarios que acuden al servicio de urgencias. Nuestros usuarios tienen condiciones socioculturales y psicológicas para recibir una información de formato escrito. La información es necesaria darla en el momento de la llegada al servicio de urgencias. Existe un antecedente de información en el servicio bajo el título de “Información de interés para usuarios y acompañantes” que no prosperó. Las mayores probabilidades de financiación de un

medio de comunicación con formato escrito al cual los usuarios del servicio de urgencias puedan tener acceso es una Guía. Proponemos entonces elaborar una Guía de Información para los Usuarios de Servicio de Urgencias. Es un medio escrito visual que alcanzaría a la audiencia objeto de la comunicación y que tendría como características generales: bajo costo de producción, se puede transmitir la cantidad suficiente de contenido, en un formato práctico tipo tríptico, de larga duración lo que justificaría su producción, los contenidos se pueden percibir por los usuarios de manera rápida y puntual. Será de tipo informativo para tratar de satisfacer las necesidades de información de nuestros usuarios que fueron detectadas en la etapa diagnóstica.

Revisión interna de los contenidos.

En una reunión con el equipo de profesionales del servicio de urgencias (supervisora del servicio, enfermeras/os y auxiliares de enfermería y jefe del servicio de urgencias), se realizó una propuesta de los contenidos y el medio de transmitir esta información.

Los profesionales también debían expresar sus necesidades para conseguir un clima agradable entre los profesionales sanitarios del servicio de urgencias y los usuarios. Estas necesidades, de alguna forma ya estaban plasmadas en los contenidos preliminares de la guía que les fue presentados para su aprobación, se trabajó en la búsqueda de información de los contenidos que se querían transmitir y sin ninguna modificación significativa, se realizó la propuesta final.

Teniendo en cuenta todo el proceder que hemos ido realizando y los resultados obtenidos, nos encontramos en condiciones de realizar una propuesta de cuáles serán los contenidos definitivos que se proponen para la Guía:

- Llegada al servicio de urgencias y trámites iniciales que se realizan.
- Estancia en el servicio, conociendo quienes le brindan asistencia y cómo acceder a ellos, el reglamento interno del servicio y las normas de convivencia, sus derechos y obligaciones y algunos conocimientos generales que le puedan garantizar una mejor comunicación con su prestador de servicios, y un mayor conocimiento sobre el proceso por el cual está atravesando.
- Alta del servicio.

Validación de la información.

Una vez desarrollada la propuesta definitiva de la guía, se consultará a expertos sanitarios (Unidad de Planes de Cuidados, Subdirección de Enfermería) los cuales analizarán la guía y propondrán adecuaciones de la misma de acuerdo al Protocolo de Acogida instaurado en nuestro hospital. Una vez aprobada la guía, dejará de ser propuesta.

Diseño y difusión.

El diseño correrá a cargo de una persona experta en el tema. Nos basaremos en la realización de un diseño gráfico atractivo para el usuario de forma que invite a ser leído. El logotipo de la Agencia Valenciana de la Salud, aparecerá como encabeza-

miento del tríptico y los colores utilizados guardarán relación con los colores que aparecen en dicho logotipo. El reverso del tríptico estará traducido al valenciano por el Departamento de Filología Catalana de la Universidad de Alicante.

La Guía de información a los Usuarios del Servicio de Urgencias, se entregará en el momento de la llegada de los usuarios al servicio en la consulta de triaje, para ello está previsto un número determinado de ejemplares para su edición. Se le preguntará previamente a su entrega al paciente y a su acompañante, si ya conocen la guía por ser usuarios que han acudido en otras ocasiones al servicio de urgencias, ya que en ese caso no será preciso entregársela. Las salas de espera contarán con posters del tríptico para servir de apoyo de lectura de la información para los usuarios durante los tiempos de espera.

Revisión y actualización.

Las actualizaciones se llevarán a cabo con una periodicidad cada dos años o antes de este periodo si hay sugerencias importantes.

CONCLUSIONES

En el servicio de urgencias del Hospital General Universitario de Alicante, existen dificultades en el proceso de información entre los profesionales sanitarios y los usuarios, siendo este uno de los indicadores que afectan a la calidad de los servicios de salud que se prestan. Estas dificultades vienen dadas por deficiencias en el modo de transmitir la información y la falta de homogeneidad en la información que se le brinda a los usuarios, tanto en la información de los profesionales sanitarios como en la información general.

En los usuarios apreciamos tres tipos de necesidades de información: necesidades de información más vinculadas a la relación profesionales sanitarios-usuarios, necesidades de información vinculadas al proceso organizativo del servicio de urgencias y sus principales procedimientos asistenciales y necesidades de información general.

Se demostró la necesidad de contar con un medio de comunicación informativo, que tenga un formato escrito tipo tríptico y que se entregue en el momento de la llegada del paciente al servicio de urgencias, escrito visual tipo guía para el paciente y su acompañante. Es un medio que alcanzaría a la audiencia objeto de la comunicación y que tendría como características un coste bajo de producción, una larga duración que justificaría su creación, teniendo la posibilidad de transmitir a través de este formato los contenidos necesarios para los usuarios que se pueden percibir de manera rápida y puntual.

La Guía de Información para el Usuario del Servicio de Urgencias que proponemos, constituye un medio que contribuye al mejoramiento del proceso de comunicación entre los profesionales sanitarios y los usuarios, aumentando la calidad percibida por el paciente. Nos ha resultado una experiencia muy gratificante, ya que con la elaboración de esta guía, esperamos que a partir del momento en el que dispongamos de ella, la estancia en el servicio de urgencias sea lo más agradable posible para nuestros clientes. Y en un futuro poder ofrecerla a los usuarios extranjeros que cada vez son mayores el número de ellos que nos visitan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guía metodológica para el estudio de las necesidades de formación e información de los usuarios o lectores. ACIMED; 5(3): 32-35. 1997.
- Consideraciones generales en torno al valor añadido de la información. ACIMED; 7(1): 8-14. 1999.
- Reorientación de los servicios de urgencias hacia el paciente. Revista Emergencias; 13: 1-3. 2001.
- Zas Ros, Bárbara. El Hospital para nosotros. Propuesta de un manual para los usuarios hospitalizados en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. CITMA; 21(1):62-75. 2004.
- Evaluación de la calidad de la asistencia en el servicio de urgencias hospitalarias a través de la revisión de informes clínicos. Revista Emergencias; 16; 137-142. 2004.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora del a Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica. Art. 12.
- Guía informativa para familiares. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Alicante.
- Guía de Enfermería del a Unidad de Obstetricia. Hospital General Universitario de Alicante.
- Metodología de elaboración de Guías de Información para Pacientes. [Página citada 3.11.2009]. Disponible en: www.cenetec.gob.mx.
- Guía de Información al Paciente. St. Joseph Health System. Sonoma County. [Página citada 3.11.2009]. Disponible en: www.sanatarosamemorial.org/pdfs/StJos_Guide_Spanish.pdf.
- Guía para la elaboración del tríptico "Información a pacientes y familiares". Gerencia del Área de Salud de Badajoz. [Página citada 3.11.2009]. Disponible en: www.areasaludbadajoz.com
- Guía de Acogida al Usuario. Galdakao Úsanoslo Hospital. Servicio Vasco de Salud. [Página citada 3.11.2009]. Disponible en: www.hospitalgaldakao-usansolo.com
- Guía del Paciente. Fundación Hospital de Jove. Oviedo. Asturias. [Página citada 3.11.2009]. Disponible en: www.hospitaldejove.com
- Guía de Información al Usuario del Hospital General de Villarrobledo. Servicio de Salud de Castilla la Mancha. [Página citada 3.11.2009]. Disponible en: www.hgvillarrobledo.sescam.jccm.es.
- Información para pacientes hospitalizados y acompañantes. Hospital Infanta Leonor. Comunidad de Madrid. [Página citada 3.11.2009]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142558757840&language=es&pagename=HospitalInfantaLeonor%2FPPage%2FHVLL_contenidoFinal

GESTIÓN DE CASOS EN LA INTEGRACIÓN DE NIVELES ASISTENCIALES.

M. Luisa Ruiz Miralles¹, M. Dolores Saavedra Llobregat^{1,2}, Inmaculada Flores Arjona¹, Pepa Soler Leyva³, Juan Gallud Romero³

¹*Departamento de Salud Alicante General. Conselleria Sanitat*

²*Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e H^a de la Ciencia Universidad de Alicante.*

³*Servicios Centrales. Conselleria Sanitat*

Introducción

En el ámbito de la Comunidad Valenciana se elaboró el Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria (PMAD) 2004-2007. Fruto de este plan ha surgido un Modelo Integrado de Atención Domiciliaria (MIAD) que sitúa como eje del sistema a las personas que han de recibir atención domiciliaria y a sus cuidadores.

Supuso el surgimiento y pilotaje de dos nuevos perfiles profesionales: Enfermera de Gestión Comunitaria (EGC) y Enfermera de Enlace Hospitalario (EEH) referentes en la continuidad de cuidados y gestión de casos, en el Departamento de Salud Alicante General. Cuatro Centros de Salud, con una población diana 118.251 habitantes, de los cuales requieren atención domiciliaria 1.831 y 548 son subsidiarios de gestión de casos.

Objetivo

Conocer la efectividad de este nuevo modelo de gestión de casos.

Método

Estudio descriptivo observacional del proceso y resultados del desarrollo del Modelo Integrado de Atención Domiciliaria desde su inicio en febrero de 2007/diciembre 2008. Estudio multicéntrico cuya población diana son los usuarios adscritos a los centros de salud piloto (Centro de Salud San Blas, Centro de Salud Florida y Centros de Salud San Vicente I y II) que requieren continuidad de cuidados y/o gestión de casos. Para la recogida de datos se elaboró una base de datos Excel incluyendo las variables de seguimiento (pacientes nuevos, ocultos, reingresadores, en gestión de casos). Se calculan porcentajes, medias y desviaciones típicas, nivel de confianza del 95%.

Resultados

Tras inicio de pilotaje periodo (Febrero 2007/Diciembre 2008) se identificaron 1.128 nuevos pacientes y 726 cuidadores, alcanzándose una cobertura del 60,8 %.

La EEH, desde el Hospital-HaD enlazó 1.154 pacientes con las EGC, 450 ambulantes y 704 domiciliarios, de los pacientes domiciliarios, 359 eran nuevos pacientes domiciliarios “ocultos” (51%).

La acción conjunta EGC-EEH evitó directamente 238 ingresos hospitalarios, sustituyendo ingresos hospitalarios (15,5% en el periodo) por ingresos en HaD (23,6% en el periodo).

Se han reducido en un 84% el nº de visitas a Urgencias Hospitalarias y en un 82% los ingresos, en relación con los 12 meses anteriores a la captación de los pacientes en seguimiento y gestión de casos.

Se han identificado 726 cuidadores familiares, realizando intervención individual y grupal.

Se han realizado 15 talleres con una participación de 225 cuidadoras.

Conclusiones

Las estrategias que garantizan la continuidad de la atención entre los diferentes niveles asistenciales pueden mejorar la calidad del servicio.

INTRODUCCIÓN

Las tendencias demográficas que se esperan para las próximas décadas, la disminución de cuidadores informales disponibles, condicionada por la incorporación de la mujer al mercado laboral, los cambios en el tipo de familias, entre otros motivos, explican la preocupación creciente de las administraciones sanitarias por mejorar servicios para un grupo cada vez más numeroso de usuarios que precisarán ser atendidos en su domicilio.^{1, 2, 3, 4}

La atención domiciliaria es una modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que, bien por su situación de salud o por problemas socio-sanitarios, requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio. Aunque, en principio, los destinatarios son personas que padecen incapacidad, parece conveniente incluir además a aquellas que tienen grandes dificultades para desplazarse. Asimismo, el desarrollo de otros servicios puede requerir completar la oferta de atención domiciliaria con intervenciones dirigidas al anciano de riesgo, con criterios de fragilidad^{1, 5} En definitiva la atención domiciliaria se caracteriza por acercar los recursos socio sanitarios de forma integral al ámbito domiciliario, teniendo en cuenta las necesidades del entorno familiar de cuidados, y las redes de apoyo, y garantizar la continuidad asistencial e informativa.

Poder ofrecer a la población una atención integradora de servicios, que limite al máximo la fragmentación entre niveles asistenciales que perciben los ciudadanos, detectar las necesidades del paciente desde las unidades de hospitalización (previo al alta), planificar intervenciones conjuntas, garantizar la continuidad asistencial e informativa son ,entre otros, objetivos específicos de la integración y de la continuidad de cuidados.⁶

Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que se suelen utilizar indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente y su familia desde múltiples fuentes de provisión. Así, la coordinación asistencial podría definirse como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos. Cuando la coordinación alcanza su grado máximo la atención se considera integrada.⁷

La continuidad de cuidados es clave en la atención domiciliaria, las personas, usuarios y profesionales generan información relevante para el cuidado que se transmite mediada por el entorno. Esta información suele pasar por distintas áreas y personas que pueden facilitar o dificultar su transmisión. La transferencia de información es necesaria entre los diferentes profesionales y los niveles asistenciales que intervienen en la asistencia al paciente y su familia. El proceso de soporte que se debe establecer implica la existencia de canales de comunicación fluidos para que su funcionamiento sea el adecuado así como de profesionales que sean capaces que esta información llegue a todos los implicados en el proceso. Para que la asistencia del paciente este eficazmente coordinada es necesario, entre otras cuestiones, que la información que emana de su cuidado y del cuidado de su familia no sufra interrupciones, duplicidades omisiones y contradicciones ⁸.

Reid et al ⁹ clasifican tres tipos de continuidad, en la información, en la gestión y en la relación o longitudinalidad. Los dos primeros están estrechamente relacionados con la coordinación asistencial, disponibilidad de información, atención apropiada a la situación del paciente y provisión de la atención de manera coordinada en el tiempo para complementar servicios y evitar duplicidades. Y la continuidad de relación o longitudinalidad, con un proveedor de servicios a lo largo del tiempo.

Si revisamos los nuevos modelos de administración de cuidados observamos que todos ellos intentan dar soluciones a los problemas que han surgido en el campo sanitario. Entre estos modelos nos centramos en el de gestión de casos. La gestión de casos aplicada a los cuidados es un proceso dirigido a recoger información específica sobre las necesidades de los usuarios, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención y coordinar las actividades con los profesionales y familiares implicados mediante el cual la enfermera vela para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial coordinándose con diferentes profesionales y movilizándolo los recursos necesarios garantizando así una atención integral y continuada que resuelva las necesidades del cuidado del paciente y su cuidadora. La enfermera gestora de casos realizará junto con el resto del equipo todas aquellas actividades dirigidas a la información y formación de las cuidadoras prestando apoyo a la persona cuidadora de forma individual y grupal. Esta enfermera incorpora a su modelo de práctica clínica la coordinación como elemento fundamental y constituye un eslabón entre la atención especializada y la atención primaria. ¹⁰

Todos los cambios ocurridos en la Comunidad Valenciana, demográficos, epidemiológicos, sociales y sanitarios como las previsiones de futuro, indican que son y van a ser demandados socialmente un volumen creciente de servicios domiciliarios, lo que hace inevitable tomar iniciativas que permitan afrontar la nueva situación. Si no se mejora la Atención Domiciliaria de los enfermos domiciliarios, y si no cuidamos y apoyamos a sus cuidadores, la evolución previsible será el aumento de las necesidades de internamiento sanitario o social, sabiendo además que la institucionalización no es habitualmente el mejor lugar terapéutico, ni la opción más deseada por los pacientes y sus familiares. ¹¹

La Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana conciente de las necesidades tanto de pacientes, familias y profesionales, elaboró un Plan para la Mejora de

la Atención Domiciliaria (PMAD) 2004-2007. Fruto de este plan ha surgido un Modelo Integrado de Atención Domiciliaria (MIAD) que sitúa como eje del sistema a las personas que han de recibir atención domiciliaria y a sus cuidadores. Surgiendo dos nuevos perfiles profesionales: Enfermera de Gestión Comunitaria (EGC) y Enfermera de Enlace Hospitalario (EEH), referentes en la continuidad de cuidados.

De los resultados del pilotaje previo a la implantación de los dos nuevos perfiles de enfermería se detecta que existe escaso control de flujos entre niveles y de atención compartida, creación de bolsas de pacientes independientes no integradas, de pacientes que requieren atención domiciliaria. Un 18% de estos pacientes son gestionados por la Unidad de Hospital a Domicilio (HaD) un 22% en Programa de Atención Domiciliaria (PAD) gestionados por Equipo de Atención Primaria (EAP) y un 60% que utiliza su propio circuito (centro de salud, puertas de urgencias, servicios de emergencias) y que no tienen por tanto seguimiento, ni continuidad de cuidados en su atención, a estos pacientes los hemos denominado "pacientes ocultos". Son pacientes que permanecen confinados en el domicilio y que utilizan sus propios circuitos.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional del proceso y resultados realizado en el medio comunitario del Departamento de Salud Alicante General, desarrollo del programa piloto MIAD desde su inicio en Febrero de 2007 a Diciembre 2008.

La población a estudio esta compuesta por los habitantes de los centros de salud piloto (Centro de Salud San Blas, Centro de Salud Florida y Centros de Salud San Vicente I y II) que han estado ingresados en HaD o bien están incluidos en el PAD. La población estimada de pacientes domiciliarios en 2007 era de 1808 siendo la distribución por centros la siguiente: Centro de Salud Florida 705, Centro de Salud San Blas 357, Centro de Salud San Vicente I, 389 y San Vicente II, 357. De los cuales se estima que 543 son pacientes complejos, correspondiendo por centros 212 Centro de Salud Florida, 107 Centro de Salud San Blas, 117 Centro de Salud San Vicente I, y 107 a Centro de Salud San Vicente II.

El número de agentes domiciliario es de 4 en el departamento, 1 EGC en el Centro de Salud Florida, 1 EGC en el Centro de Salud San Blas y 1 EGC compartida por los Centros de Salud San Vicente I y II, así como 1 EEH ubicado en la HaD del HGUA. (Hospital General Universitario de Alicante)

En una primera fase se realizaron reuniones informativas a los diferentes centros de salud para informarles del pilotaje del MIAD así como de las nuevas figuras de enfermería que liderarían dicho proyecto EGC-EEH y de las funciones de las mismas.

Paralelamente cada EGC realizo un censo global de la población en PAD de cada uno de los Centros de Salud. En los centros que no tenían censo global se procedió a la recogida de datos de los profesionales sanitarios que realizan la atención en el domicilio, enfermeras, trabajadores sociales y médicos de familia así como a las bases de datos en uso de cada centro de salud, listados de pacientes que requieren

pañales, sintrón domicilio, analíticas a domicilio. Los pacientes de alta de la Hospital a Domicilio, que requerían continuidad de cuidados en el domicilio, se incorporan a la base de datos, creando así una bolsa única multientrada. Clasificando a los pacientes según complejidad: edad avanzada ≥ 65 , crónicos pluripatológicos, terminales, polimedicados, que requieren tecnologías especiales, dependientes para las AVD (Actividades de la vida diaria), frágil estructura de soporte de cuidados, frecuentes cambios de estado (por paciente y/o entorno), problemas sociales frecuentemente asociados, multivisitados de urgencias y multiingresadores.

En una segunda fase valoración normalizada de los pacientes domiciliarios y de sus cuidadores (captación activa de cuidadores susceptibles de intervención individual o grupal), interdependencia de agentes, y atención compartida, los nuevos profesionales enlazan, gestionan, comparten la atención e informan a los diferentes profesionales implicados en la continuidad de cuidados tanto en el ámbito comunitario como en el ámbito hospitalario. Así como un circuito de Interrelación entre niveles.

Para la evaluación a los dos años se han recogido:

- nº pacientes domiciliarios identificados, clasificados según complejidad y controlados.
- % Cobertura de Pacientes Domiciliarios.
- % Pacientes Domiciliarios Ocultos.
- % Pacientes Domiciliarios bajo Control EGC.
- % Pacientes Domiciliarios Complejos Incluidos en Gestión de Casos.
- nº pacientes enlazados con HaD [EGC+EEH]
- nº cuidadores familiares identificados
- nº cuidadores familiares diana con intervención.
- nº cuidadores familiares incluidos en talleres.

Las variables se describen con tablas y gráficos. Anexo 1. Para el análisis de los datos se utilizó la base de datos Excel. Se calculan porcentajes, medias y desviaciones típicas, nivel de confianza del 95%.

Al año de funcionamiento del pilotaje se realizó una encuesta de evaluación externa a los profesionales implicados en la atención domiciliaria (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales) tanto en Atención Primaria como de HaD así como a los Gestores del Departamento de Salud Alicante General, con la finalidad de evaluar el impacto de implantación y la efectividad del pilotaje del modelo. Utilizando como instrumento de medida una encuesta ad hoc, el análisis estadístico de fiabilidad del instrumento de medida, muestra una coherencia interna muy elevada para el total del instrumento (Alfa de Cronbach de 0.952).

RESULTADOS

En el periodo estudiado se ha realizado una captación de 1.128 nuevos pacientes domiciliarios, que supone una cobertura total del 60,8 % sobre los valores estimados.

Se han enlazado entre EEH/EGC un total de 1.154 pacientes, de los que eran domiciliarios 750 y de estos 359 eran pacientes ocultos, un 51 %.

Se han incluido en bolsa de gestión de casos 367 pacientes complejos para seguimiento de la EGC, actualmente 158 pacientes son objeto de gestión de casos, lo que supone un 14,1% de la totalidad.

Se han identificado y censado a 726 cuidadores familiares.

Se han realizado 15 talleres para cuidadores con un total de 225 de los susceptibles de esta intervención.

Los profesionales y directivos valoran positivamente la importancia de las enfermeras EGC/EEH, con una puntuación media de 4,95 sobre el máximo de 7, mayor en el grupo de intervención^(5,21).

DISCUSIÓN

El desarrollo de los programas de atención domiciliaria en los centros de salud donde se ha implantado el nuevo modelo de mejora, contaba con un censo de pacientes atendidos en domicilio de 678, no existiendo censo de cuidadores familiares.

Se realizó un primer pilotaje de valoración del programa existente valorando las fortalezas y debilidades del mismo. De los resultados y dada la bibliografía existente el número de pacientes en el programa de atención domiciliaria indicaba unos porcentajes muy inferiores a la media. Esto supuso la formación de un grupo de profesionales de enfermería, encargado de incentivar a los equipos correspondientes para la realización del pilotaje. Como primer objetivo se planteó aumentar la captación de pacientes

El resultado de esta etapa consistió en un aumento de cobertura de captación alcanzando un 48%, significativo, por el impulso de la propuesta, pero que no garantizaba la continuidad y seguimiento de esos pacientes.

El total de pacientes censados en programa en el momento del inicio de la puesta en marcha del pilotaje con los nuevos perfiles de enfermería de gestión (Feb. 2007) era de 678 pacientes entre los tres centros, no existiendo censo de cuidadores familiares.

En el periodo de estudio (Feb.2007/Dic. 2008) se han identificado 1.128 nuevos pacientes, susceptibles de atención domiciliaria y se han incluido en programa. Esto supone un total de cobertura de 60,8%, con un total de 1.114 pacientes activos

El incremento de captación se produce por la puesta en marcha de varios dispositivos:

- Integración de niveles a través de los enlaces EEH-EGC, todas las altas de HaD pasan a la enfermera de gestión domiciliaria directamente del enfermero de enlace.

La casi totalidad de estos pacientes son domiciliarios, y en un porcentaje alto, no conocidos, es decir, ocultos al sistema del primer nivel de atención. Esta ha sido la principal fuente de captación de nuevos pacientes, que teniendo en cuenta que muchos de ellos son reingresados, añade otro valor al de la captación.

La EEH, desde el Hospital-HaD enlazó 1.154 pacientes con las EGC, de los cuales 450 eran ambulantes y 704 domiciliarios. Entre los últimos, 359 eran nuevos pacientes domiciliarios “ocultos” (51%).

- El resto de pacientes captados procedieron de los centros de salud, derivados por los profesionales de estos, siendo en total 769.

El aumento de derivaciones para inclusión en programa por parte de estos profesionales se produce por la divulgación del proyecto y la creación de una figura de enlace como referencia que centraliza la continuidad de cuidado.

La acción conjunta de enlace primaria/especializada ha evitado 238 ingresos hospitalarios en este periodo, sustituidos por ingresos en la HaD. Estos pacientes acudían a puerta de urgencia por distintos motivos sin valoración médica o enfermera de la necesidad de que su atención debiera ser hospitalaria, siendo en los casos evitados susceptible de valoración e ingreso en la unidad de hospitalización a domicilio, pasando cuando reúne las condiciones de estabilidad necesarias nuevamente a Primaria.

Se ha reducido de esta manera el número de visitas a urgencias hospitalarias en un 84% en relación a los 12 meses anteriores a la captación de estos pacientes. Esta continuidad de cuidados ha evitado en un 82% el número de ingresos hospitalarios.

La enfermera gestora de casos dispone de una bolsa de pacientes complejos, cuyos criterios para su inclusión están establecidos en el programa. El número de pacientes que en el periodo del que hablamos han sido atendidos en domicilio con estas características son 367.

La captación activa de cuidadores familiares, siendo identificados y valorados por la EGC, ha constituido un censo actual de 726 cuidadores.

Se ha identificado de ellos a un número de cuidadores como “diana” de intervención, bien por la situación personal de sobrecarga, familiar (de falta de apoyo) o social (falta de recursos), o por las características complejas del cuidado que tiene que desarrollar.

Se ha incluido al cuidador en un plan de intervención, en unos casos individual y en otros grupal, con la realización de talleres. Los criterios de inclusión de cuidador en taller también están establecidos.

Se han realizado 15 talleres en los que han asistido 225 cuidadores. Cada taller tiene una duración de 10 sesiones semanales de 90 minutos, y en ellos intervienen distintos profesionales expertos en los temas elegidos para tratar en ellos. La EGC coordina el taller en todas sus sesiones.

Los profesionales y directivos valoran positivamente la importancia de las enfermeras EGC/EEH, con una puntuación media de 4,95 sobre el máximo de 7, mayor en el grupo de intervención (5,21).

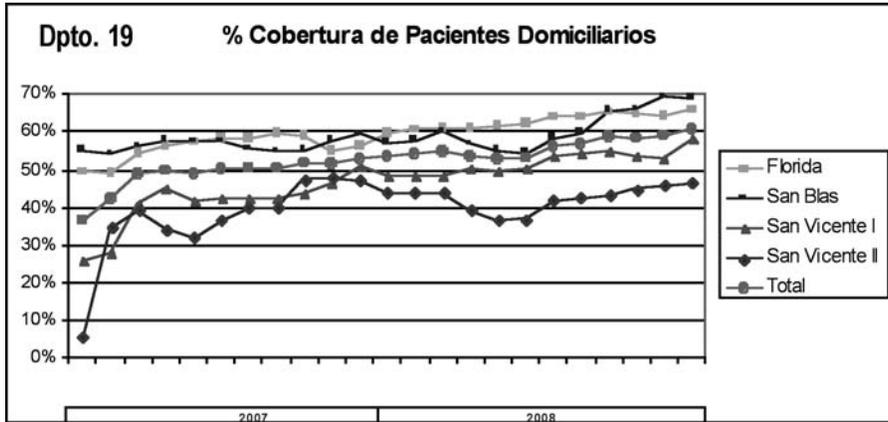
El impacto de implantación y la efectividad del pilotaje del modelo.

CONCLUSIONES

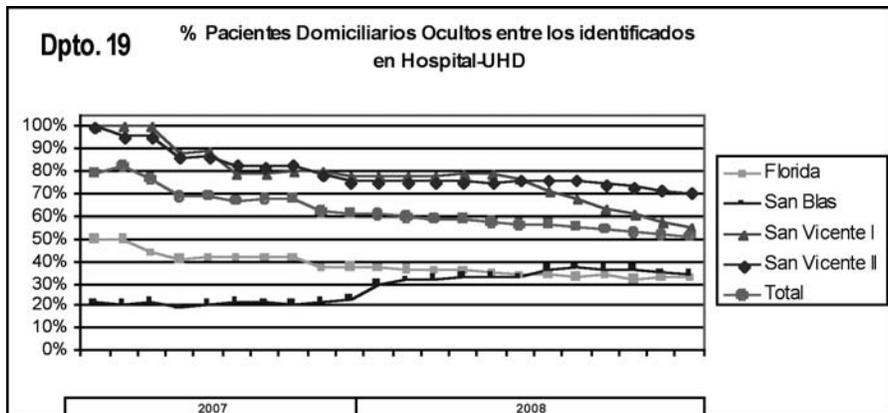
La puesta en marcha del MIAD ha dado lugar a: Aumento de la cobertura de pacientes domiciliarios. Captación y seguimiento de sus cuidadores. Disminución de visitas a urgencias e ingresos evitables en los pacientes bajo control de las EGCs.

Las estrategias que garantizan la continuidad de la atención entre los diferentes niveles asistenciales pueden mejorar la calidad del servicio.

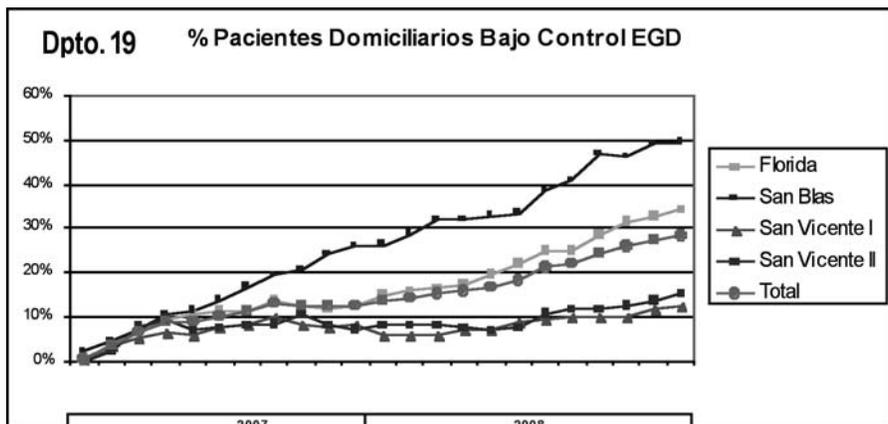
ANEXO 1.



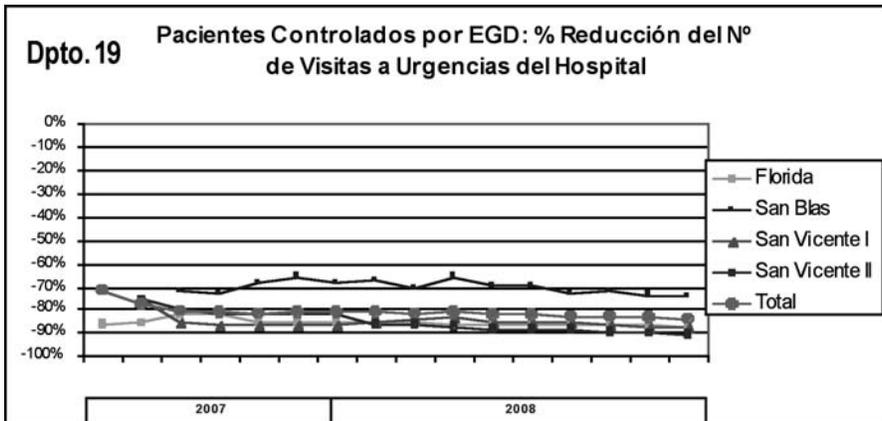
ANEXO 2



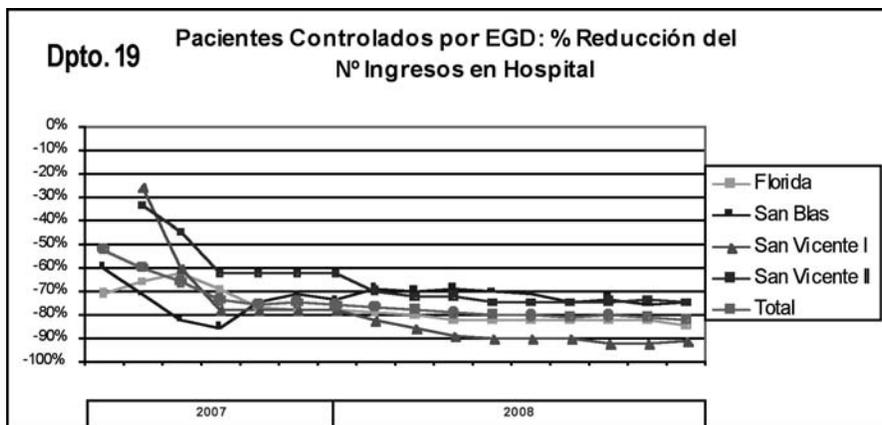
ANEXO 3



ANEXO 4



ANEXO 5



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Duarte Climent, G. Izquierdo Mora MD. Una propuesta de mejora para la atención domiciliar: la enfermera comunitaria de enlace. En: Análisis de la situación y líneas de desarrollo en enfermería de atención primaria. Servicio Canario de Salud, 1999.
- 2.- Duarte Climents, G. Izquierdo Mora MD, Pérez Díaz G. Enfermería Comunitaria de Enlace en el Servicio Canario de Salud. 1999.
- 3.- Protocolo de Enfermería Comunitaria de Enlace. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Andaluz de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Enero 2002.
- 4.- Design and pilot results of a single blind randomized controlled trial of systematic demand-led home visits by nurses to frail elderly persons in primary care. BMC Geriatrics 2005, 5:11. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/5/11>.
- 5.- Ferrer Arnedo, C. Modelos de organización de la atención domiciliar. Jano 9-15 junio 2006 N°1612. Disponible en: <http://www.doyma.es>.

- 6.- Jordá Solá, G. Jano 28 octubre 2005. Disponible en www.doyma.es/jano.
- 7.- Terraza Nuñez, R, Vargas Lorenzo, I, Vázquez Navarrete, ML. Gac Sanit. 2006; 20:485-95.
- 8.- Sánchez Gómez, B, Duarte Climents, G. Continuidad de los cuidados de Enfermería: Requisitos instrumentos y barreras. En: Enfermería en Atención Primaria. Ed: DAE. Madrid 2006.
- 9.- Reid R, Haggerty J, McKendry R, Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
- 10.- Manual de la gestión de casos en Andalucía. Dirección general de asistencia sanitaria, Dirección regional de desarrollo e innovación de cuidados. pag 7. 2007.
- 11.- Bleger, J. Temas de psicología. Entrevista y grupos., Nueva Visión. Buenos Aires, 1984.
- 12.- Irazabal, E. Lo psicosocial: un referente necesario en Atención Primaria. Dimensión Humana. 1997; 1(5):41-4.
- 13.- Martín C., Medina M., Irazabal E. Una experiencia grupal: cuidar al cuidador. Rev. Metas de Enferm. 1999; 13.
- 14.- Gallud J, Guirao-Goris JA, Ruiz Hontangas A, Muñoz León M Conselleria de Sanitat. Plan para la mejora de la Atención Domiciliaria, 2004-2007. Valencia: Conselleria de Sanitat 2004.
- 15.- Hernández-Vián O et al. Evaluación del programa de atención a personas mayores frágiles diagnosticadas de EPOC en los centros de atención primaria de Sabadell. Enferm Clin. 2007; 17(3):109-
- 16.- Ibáñez, J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Siglo XXI, Madrid 1979.
- 17.- Serrano Gallardo, MP. El trabajo enfermero con grupos específicos: una prioridad. Metas de Enferm. 1998; 1(3); 54-60.
- 18.- Saavedra Llobregat, M.D. Enfermería en Atención Primaria, DAE S. L. 2006 (374-398)

EL CUIDADOR FAMILIAR. “ME OLVIDÉ DE VIVIR”

M^a. Dolores Saavedra Llobregat

Enfermera de Gestión Comunitaria, Centro de Salud Florida (Alicante)

Profesora Asociada Universidad de Alicante.

José Ramón Martínez Riera

PhD, MScN, RN. Profesor Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante

Encarnación Muñoz Soriano

Trabajadora Social Centro de Salud Florida (Alicante)

Palabras clave: Cuidador familiar, Dependencia, Calidad de vida, Talleres, Actividades grupales

JUSTIFICACIÓN

El estudio y análisis de la figura del cuidador se inicia como entidad con los trabajos de Clausen en 1955 y, posteriormente, en la década de los años setenta de Grad y Kreitman, pero hasta 1978 no se organizan por primera vez en California los programas oficiales para cuidadores.

A pesar de ello aún hoy existe una falta de definición de la figura del cuidador principal, derivada fundamentalmente de los cambios demográficos y familiares.

La mayor parte de los estudios sobre el tema muestran que el sistema informal de salud es la principal fuente de cuidados de diferentes grupos de personas dependientes, garantizando la mayor parte de la atención que demandan. El sistema sanitario formal sólo dispensa un 12% del tiempo de cuidado que consume un enfermo y el 88% de tiempo restante se incluye en el trabajo doméstico.

El examen de la literatura reciente permite apreciar que los límites entre el cuidado informal y formal cada vez están más borrosos, tanto que se ha sugerido que cuando se analice la actividad de cuidar a otro se eliminen las fronteras entre lo formal y lo informal.

Por otra parte, el hecho de que la familia constituya la base de los cuidados informales y el soporte habitual del inmovilizado, no significa que sea siempre el ámbito más idóneo para cubrir sus necesidades.

Independientemente de otras valoraciones, si los recursos sociosanitarios disponibles en la sociedad fueran suficientes, probablemente sería mucho menos frecuente la necesidad de que los familiares trasladaran al anciano a su propia casa, con la sobrecarga de trabajo y pérdida de calidad de vida en los cuidadores que suponen este tipo de situaciones y eso a pesar de que, aún hoy, la mayor parte de la población anciana –como principal receptor de estos cuidados– manifiesta querer vivir en su domicilio (bien solos o con ayuda domiciliaria).

El hecho de que se plantee el domicilio como el mejor lugar terapéutico para el inmovilizado conlleva a que en la mayor parte de los casos, sea la familia quien se haga cargo de prestar los cuidados precisos cuando los recursos públicos son escasos o inexistentes, con el previsible impacto en la calidad de vida de los cuidadores.

Así pues, la importancia de los cuidados informales y por lo tanto de los cuidadores suele estar relacionada de manera directa al fenómeno llamativo y apremiante del envejecimiento de la población y al incremento del número de personas mayores dependientes. Sin embargo sería un enfoque erróneo confinar los términos del problema, aplicando un criterio reduccionista, a la conexión entre envejecimiento, dependencia y atención socio-sanitaria, pues si la dependencia no es una cuestión privativa de las personas mayores, tampoco la atención socio-sanitaria lo es de la dependencia.

En nuestro país, aproximadamente un 28% de las personas mayores necesitan cuidados. Son fundamentalmente mujeres (69,3%), más del doble que varones, y viudas (59%).

El perfil del cuidador informal coincide con el de mujer (82,9%), en edad adulta (45 - 64 años), en doble proporción que el resto de edades. La comparación de edades entre cuidador y cuidado es algo menor de 30 años. Los cuidadores suelen ser personas de bajo nivel de estudios (87%), normalmente autoclasificados como "amas de casa" (50%), y de origen social modesto. Un 40% no superan los 600 euros de ingresos mensuales, a pesar de que se estima que el 80% del total del coste de los cuidados lo asumen directamente las familias del paciente.

El cuidador principal suele ser la hija (52%) frente al hijo (12,5%). Le sigue en importancia el cónyuge de quien precisa la ayuda (16%), pero sobre todo si el cuidado es el varón, en caso contrario suele ser la hija o la nuera antes que el propio esposo, aunque las nueras o yernos no suelen atender a sus suegros.

El modelo de cuidador más tradicionalista es el que adopta la mujer (parent-infant model), en el cual se produce una inversión de funciones en los papeles familiares que implican el asumir mayores responsabilidades y un contacto más estrecho, mientras que el modelo del varón es más un modelo orientado por tareas (task-oriented model) en el cual existe la delegación de tareas.

Existe gran evidencia sobre las necesidades que los cuidadores familiares tienen y el vacío asistencial existente a este respecto.

Dentro de la familia la mayor responsabilidad del cuidado acostumbra recaer sobre uno de sus miembros, denominado cuidador familiar, cuidador informal o cuidador crucial y en un elevado porcentaje este cuidador principal es una mujer (esposa, hija o nuera).

El hecho de cuidar no está exento de repercusiones para la persona que cuida. Diversos autores, especialmente desde el ámbito de las ciencias sociales, han estudiado esta problemática y han puesto de manifiesto la sobrecarga física y emocional que presentan los cuidadores familiares, pudiendo manifestarse lo que se denomina "síndrome del cuidador quemado", con el riesgo de que este cuidador se convierta en un enfermo secundario.

El cuidador pasa por una serie de fases, que ni aparecen en todos los pacientes ni se dan en el orden señalado, pero que podemos resumirlas en: fase de perplejidad, de impotencia, de dualidad o ambivalencia; de adaptación o resignación; de cansancio y soledad, y finalmente de vacío o liberación al fallecer el paciente. Durante todo este

proceso puede observarse la existencia intercalada de fases de esperanza seguidas o precedidas por otras de desánimo.

El 36% de los cuidadores principales dedican más de 40 horas semanales a los cuidados.

El desarrollo de un programa piloto para la mejora de la Atención Domiciliaria, en nuestra comunidad ha impulsado la figura del cuidador familiar como pilar fundamental de intervención. Se han identificado y valorado a los cuidadores, y se ha intervenido de manera individual y grupal para mejorar su salud y apoyarles.

OBJETIVOS

- Definir un perfil de cuidador principal y hacer un comparativo con la bibliografía publicada.
- Realizar una descripción de las necesidades y expectativas de nuestros cuidadores a través de un análisis cualitativo.
- Describir la percepción de calidad de vida de los cuidadores familiares al comienzo de los talleres.
- Analizar los resultados de evaluación de los talleres a la finalización de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODO

En la Comunidad Valenciana se ha puesto en marcha y desarrollado durante 2 años un programa para la mejora de la Atención Domiciliaria 2007/2009, con la creación de 2 nuevos perfiles de enfermería: la enfermera de Gestión Domiciliaria y la enfermera de Continuidad de Cuidados.

La figura del cuidador familiar ha sido un pilar fundamental de intervención, situado al mismo nivel que el paciente y se ha constituido en un elemento de estudio e investigación, con el fin de ajustar y dirigir mejor nuestras acciones, hacia el camino de una intervención que cubra sus necesidades y sea realmente de ayuda para estas personas.

Se ha desarrollado una intervención grupal con cuidadores familiares, realizando talleres en los centros pilotos donde se ha implantado el programa.

Cada taller ha tenido una duración de 2 meses y medio, con sesiones semanales de 90 minutos, incluyéndose en cada uno de ellos a 12/14 integrantes (cuidadores familiares) siguiendo unos criterios de inclusión previamente establecidos. A todos los cuidadores y en la valoración previa a la inclusión en taller se les pasó la escala Zarit de percepción de sobrecarga, que se autoadministraron.

Han sido coordinados por las enfermeras de gestión con la colaboración de la trabajadora social del centro y han intervenido otros profesionales como expertos en los temas que se han trabajado en los talleres.

La metodología grupal utilizada ha sido la de grupo operativo, en la que la tarea constituye el eje principal de la dinámica, permitiendo socializar experiencias para que los participantes aprendan de sus iguales e identifiquen sus dificultades pudiendo así intentar solucionarlas. Se han utilizado técnicas grupales para agilizar algunos procesos, como la presentación de integrantes etc.

En la primera sesión se presenta el taller; se establecen las normas éticas de trabajo en grupo; se presentan los integrantes y se realiza un grupo nominal de exploración de expectativas. Los integrantes cumplimentan unas láminas de calidad de vida de la Wonca, validadas.

Personalizado a cada grupo los temas a tratar, en las sesiones sucesivas van interviniendo distintos profesionales:

Experto en relaciones familiares, apoyo emocional, autoestima. Fisioterapeuta. Trabajadora Social. Psicólogo. En la última sesión el discurso es libre (sin tema previo) y se procede a la evaluación y a la cumplimentación de un test de satisfacción.

Los resultados se refieren a los datos obtenidos de los talleres desarrollados durante los años 2007 y 2008.

RESULTADOS

El perfil del cuidador diana susceptible de intervención grupal es: 55 años, 60% mujeres, en un 45% son hijos, 25% cónyuges y 30% otros.

El nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con dependencia moderada o más, al comienzo del taller, es de sobrecarga intensa (Zarit 55) en un 56%. El resto, un 46% perciben sobrecarga leve o nula.

La respuesta de los cuidadores familiares a la oferta de participar en los talleres es favorable, no produciéndose ninguna negativa esencial, y viéndose solo condicionada por la dificultad para ausentarse del domicilio y delegar el cuidado del paciente en otra persona por ese espacio de tiempo. Manifestando, más que interés, necesidad de ayuda.

Las ausencias a alguna sesión, si bien, son más frecuentes que en intervenciones grupales con otros colectivos, están siempre justificadas: ingresos del paciente en hospital, empeoramiento de este o situaciones de falta de apoyo para ser sustituido y poder acudir a la sesión. En algunos casos hemos facilitado a algún voluntario para evitar las ausencias.

No se han producido abandonos, salvo por agravamiento de la situación y solo en un par de casos.

Se han producido fallecimientos del paciente cuidado, y el cuidador ha continuado asistiendo al taller, iniciando en ellos su duelo, acompañado por el resto del grupo. Esto ha sucedido con 4 cuidadores.

La percepción de calidad de vida que manifiestan los cuidadores contestando a las láminas que les presentamos cuando inician el taller es:

- 56% contestan que a partes iguales, unas veces bien y otras mal.
- 12% bastante bien.
- 24% bastante mal.
- 8% muy mal, no podía haber sido peor.

RESULTADOS			
	REGULAR	MALA	
Estado de salud	56%;	20%.	
	MODERADA	LIGERA	
Forma física	48%	32%	
	LIGERO	MODERADO	INTENSO
Dolor	24%	32%	12%
	DIFICULTAD MODERADA	MUCHA DIFICULTA	NO HA TENIDO TIEMPO PARA HACER NADA
Actividades cotidianas	40%	16%	8%.
	MODERADAMENTE LIMITADAS	BASTANTE LIMITADAS	MUY LIMITADAS
Actividades Sociales	32%	24%	12%
	MODERADAMENTE	BASTANTE	INTENSAMENTE
Sentimientos (problemas emocionales, ansiedad depresión, irritabilidad, tristeza y desánimo)	36%	28%	20%
	IGUAL	UN POCO PEOR	MUCHO PEOR
Cambios en el estado de salud en las 2 últimas semanas	48%	20%	12%
	ALGUNAS PERSONAS	ALGUIEN	NADIE EN ABSOLUTO
Apoyo Social	28%	32%	24%

Esta es la percepción de calidad de vida que manifiestan los integrantes de los talleres a su llegada. Está previsto contrastar estos resultados con una nueva cumplimentación de las láminas transcurrido al menos un año de su paso por el taller.

Las manifestaciones de todos los profesionales que intervienen, así como de los estudiantes de enfermería que acuden como observadores es de auténtica satisfacción, consecuencia de la percepción de resultado que se aprecia en los integrantes, en el transcurso de las sesiones, así como por el efecto dinamizador del grupo.

El análisis de las expectativas que aparecen en los grupos nominales realizados es el siguiente:

- Aumentar la motivación y autoestima
- Como mejorar para liberar al cuidador
- Ayuda para superar los baches
- Ayuda emocional
- Aprender a aceptar los roles
- Como enseñarte a decir que no
- Más ayuda para el cuidador
- Como dominarse para cuidar al enfermo
- Ayuda para volver a ser más optimista
- Como mantenerse físicamente
- Más información sobre la enfermedad.
- Enseñarnos a ayudar más a los demás y al entorno.
- Control para llevarlo mejor
- Como no sentirse culpable
- Ánimo para cuidarle y sentirse bien

La valoración de las respuestas a los tests de satisfacción es tan positiva y tan radical que produce pudor transcribirla, dando una puntuación de 9,57. Este resultado debe ser analizado con cautela, teniendo en cuenta el enorme sesgo de preguntar por la satisfacción cuando se ha dado una ayuda a un colectivo muy necesitado de ella, por lo que la percepción está magnificada.

El análisis del discurso a lo largo de las sucesivas sesiones, nos pone de manifiesto los cambios de actitud que empiezan a producirse en los cuidadores, manifestando cosas como “voy a seguir utilizando este tiempo para mi” “ahora vemos lo importante que somos y que nos cuidaremos” “ me he sentido muy acompañada aquí” “ si no hubiera sido por el taller no hubiera podido llevar todo lo que me ha pasado”...

Desde la observación se aprecia un cambio de ánimo a lo largo de las sesiones, llorando en la primera y cada vez más alegres y con más risas en las siguientes.

Se respira un ambiente agradable y solidario y se muestran a gusto y relajados.

Se aprecia hasta un cambio de aspecto físico que en algunos cuidadores es muy llamativo, pasando de una imagen de abandono a un acicalamiento cuidadoso (peluquería, vestimenta etc..)

Se produce una lamentación por la finalización del taller cuando llega, si bien esto es característico de las intervenciones grupales y significa una buena dinámica grupal en el caso de este colectivo es más acentuado.

CONCLUSIONES

Los cuidadores familiares piensan permanentemente en las necesidades del paciente y así lo manifiestan en los grupos. Viven en una situación de aislamiento social evidente y se olvidan de sus propias necesidades, de sus propias satisfacciones y deseos, es decir de que tienen vida propia, se van “olvidando de vivir”

En los talleres y ayudados por ese espacio grupal que propicia la reflexión, el contraste con los problemas de otros y el efecto espejo que producen los demás inte-

grantes del grupo, son capaces de descubrir sus carencias, lamentarse de ellas, y volver a pensar en su propia vida olvidada.

Los integrantes del grupo tras los talleres son capaces de realizar una petición de ayuda emocional fundamentalmente y de seguridad y apoyo en los cuidados que realizan.

El acompañamiento y apoyo que sienten con el grupo se manifiesta abierta y permanentemente en su discurso.

Los participantes tienen una altísima valoración del desarrollo de los talleres.

Existen cambios muy significativos tanto físicos (en cuanto a la apariencia externa relacionada con la imagen corporal y la autoestima) como psíquicos, así como en el grado de comunicación entre los diferentes integrantes que pasa del hermetismo a la empatía y comunicación abierta y permanente.

Agradecimientos

A todos los profesionales que hacen posible el desarrollo de estos talleres, para adaptar cada vez más esta herramienta a las necesidades de los cuidadores familiares, con el fin de que sirva de apoyo y ayuda en esta difícil y complicada tarea que es cuidar a un familiar dependiente en el domicilio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Clausen J, Yarrow M. The impact of mental illness on the family. *Journal Social Issues* 1955; 11: 3-64.
- 2- Grad J, Sinsbury P. Mental illness and the family. *Lancet* 1963; 1: 544-7
- 3- Kreitman N. The patient's spouse. *Brithist Journal Psychiat* 1964; 110: 159-173.
- 4- Tuokko HH. Psychosocial evaluation and management of the Alzheimer's patient. En: Parks R, Zec R, - Wilson R, eds. *Neuropsychology of the Alzheimer's disease and others dementias*. Nueva York: Oxford University Press, 1993; 565-588.
- 5- López Mederos O, Lorenzo Riera A, Santiago Navarro P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Atención Primaria* 1999; 24(7): 404-410.
- 6- Durán MA. El cuidado de la salud. En: Durán MA, directora. *De puentes adentro*. Madrid: Ministerio de Asuntos Soiales. Instituto de la Mujer, 1988; 83-102.16.
- 7- Martínez Riera, JR. Cuidados informales en España. Problema de desigualdad. *Rev. Adm. Sanit.* 2003; 1(2): 275-88.
- 8- Durán MA. El tiempo y la economía española. *La Economía y el Tiempo*, 1991; 695: 9-48.
- 9- Ungreson, C. (1995). Citado en: Domínguez-Alcon C. *Sociología del cuidado*. *Enfermería Clínica*, 1995; 9(4): 50.
- 10- Hall JA, Epstein AM, McNeil BJ. Multidimensionality of health status in an elderly population. *Med Care* 1989; 27(3Supl):168-77.
- 11- Counte MA, Glandon GL. A panel study of life stress, social support, and the health services utilization of older persons. *Med Care* 1991; 29:348-61.
- 12- Lafata JE, Koch GG, Weissert WG. Estimating activity limitation in the noninstitutionalized population: a method for small areas. *Am J Public Health*, 1994; 84:1813-9.
- 13- Iturria Sierra JA, Márquez Calderón S. Servicios sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un episodio de hospitalización. *Rev Española de Salud Pública*, 1997; 71(3):281-91.
- 14- Kemper P. The use of formal and informal home care by the disabled elderly. *Health Serv Res* 1992; 27:421-51.
- 15- Abraham PY, Berry ML. Needs of the family caregivers of frail elderly. *Can J Public Health*, 1992; 83:147-9.

- 16- Aznar López, M. Sobre la atención sociosanitaria en España. *Revista de Geriátría y Gerontología*, 2000; 35(1): 1-3.
- 17- Sabater Mateu, M; López Cortacans, G. Demencias. Impacto familiar y prevención del síndrome del cuidador. *Revista Rol de Enfermería* 1998; 243: 21-6.
- 18- Frías Osuna, A., Pulido Soto, A. Cuidadores familiares de pacientes en el domicilio. *Index de Enfermería*, 2001; 34: 27-32
- 19- Corcoran M. Gender differences in dementia management plans of spousal caregivers: implications for occupational therapy. *American Journal Occup Therapy* 1992; 46: 1006-12.
- 20- Parker G. *UIT due care and attention: a review of reseca on informal care* (2ª ed.) Londres: Ed. Family Policy Studies, 1990.
- 21- Centro de Investigaciones Sociológicas [en línea]: Estudio CIS 2117, octubre-noviembre 1994 Ayuda Informal a las personas mayores. Publicación: opiniones y actitudes CIS, nº 30 y nº 31; datos de opinión CIS nº 4; reis nº 73, págs. 293-297 [consulta 06 mayo 2009]
- 22- De la Cuesta Benjumea, C; Familia y cuidados a pacientes crónicos. El papel de la Enfermera en el cuidado familiar. *Index de Enfermería* 2001; 34: 20-26.
- 23- Bion, W.R. *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós, 1972
- 24- Saavedra M.D., Rivera F., J. Sáez J. Atención al paciente crónico y con pluripatología. Organización del Equipo de Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General. Madrid, 1990
- 25- Duro Martínez J.C. El discurso de los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. *Rev. Esp. Salud Pública*. Madrid 2003.

CARTELES CIENTÍFICOS

Código	Título	Autores
PO_1	Trazabilidad en esterilización	Inmaculada Martínez Durá Guadalupe Hurtado Sánchez
PO_2	Modelo práctico para el diseño y la interpretación de los indicadores de calidad	M ^a de los Ángeles Lillo Hernández M ^a Carmen Cebrían Navarro M ^a Carmen González García M ^a Ángeles Pastor del Pozo Antonia García Moreno Elvira Gomariz Albors Guadalupe Preciado Jaime Elisa Balaguer López Juana Muñoz Ibernón
PO_3	Aplicación práctica del procedimiento de gestión de residuos	M ^a de los Ángeles Lillo Hernández Encarnación García López M ^a Dolores Icardo Asensio Victoria Pérez Díez Francisca Gómez Espín José Maximino Mira Guillén M ^a Ángeles Martínez Serna
PO_4	Evaluación del plan de acogida en el Hospital Polivalente	Concepción Mirambell Miralles Ana Martín Carrilero Librada Pérez Aldeguer Alicia Guasp López M ^a Angeles Abad Gozálbiz Ana Pérez Arroyo Florentina Godínez Romero Obdulia García Pérez José Antonio López Compañ Eva M ^a Arnau Correcher Catalina Rodríguez Martínez
PO_5	Estudio de la ineficacia de las tiendas de humedad en niños lactantes con bronquiolitis aguda.	José Antonio Charques Sala Cristina Climent Amat Beatriz López Ortega M ^a Salud Martí Vargas

PO_6	Evaluación del funcionamiento de la Unidad de Sangrantes Digestivos del Hospital General Universitario de Alicante	Guillermo José García Sola M ^a Luisa Gomis Samper Patricia José Victoria Rocío Laudenia García M ^a Teresa Martín Cruañez Guadalupe Robles Morales M ^a Dolores Román Muñoz
PO_7	¿Hay relación entre la calidad del sueño que el paciente refiere y sus hallazgos polisomnográficos?	Juan José Vila Villa Luis Hernández Blasco Ana Sabater Sala Lirios Sacristán Bou Nieves Benito Díez José Luis Giménez Tébar Santiago Romero Candeira
PO_8	Cadexomero yodado: desbridamiento, control de exudado e infección	M ^a José Torregrosa Ramos Serafina Ibáñez Santamaría José Luis Giménez Tébar
PO_9	Innovar en la prevención y tratamiento de UPP, mediante sistemas de apoyo de aire no alternante	José Luis Giménez Tébar África Moreno Alzamora Josefina Altozano Rodado M ^a Carmen Carrascosa Suárez M ^a Concepción Ramos Bolufer M ^a Cruz Martín Redondo Vicente Francisco García García M ^a Jesús Mas Pla
PO_10	Una innovación en los cuidados. Nuevos apósitos hidrocelulares con adhesivo de gel de silicona	José Luis Giménez Tébar Inmaculada Villena Gozalvo Lidia Santacruz Lillo Antonia Eunice González Ríos M ^a Dolores Candel Martínez M ^a Carmen García Rabadán M ^a Jesús Mas Pla

PO_11	Una innovación en los cuidados. Nuevos apósitos de adherencia selectiva de silicona, de carbón y plata	José Luis Giménez Tébar Ana Ávila Rodríguez Inmaculada Ortiz Viudes M ^a Carmen Galindo Boj Juana Abellán García Bibiana Llopis San Nicolás M ^a Jesús Mas Pla
PO_12	Puesta en marcha de la Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica	Teresa Valdés Menor M ^a Dolores Serna Arias Asunción Adsuar Mas
PO_13	Enfermos crónicos en Urgencias: el paciente con Insuficiencia Cardíaca, grado de conocimiento respecto a sus posibilidades evolutivas y del testamento vital	Asunción Santana Cascales Araceli Páez Romero
PO_14	Estimación de la carga de trabajo de Enfermería durante la ventilación no invasiva en una sala de Neumología. Estudio comparativo caso-control	Elisa Fontangordo Ponzoa Teresa Rodríguez Valero María Barragán García Francisco Valero Gallardo Manuela Martín Sánchez Natalia Torres Cruzado Antonia Sergado Pons Cristina Senent Español Eusebi Chiner Vives
PO_15	Innovando en la Gestión: Resultados	Miguel Ángel Fernández Molina M ^a Luisa Ruiz Miralles
PO_16	Indicadores de adhesión al tratamiento: estudio de revisión	Carmelo Iborra Moltó Sofía López-Roig Mercedes Roca Alonso M ^a Ángeles Pastor Mira
PO_17	Evolución en la determinación del grupo sanguíneo y RH	Daniel Calderón García M. Naiara Fernández Alonso Patricia López Orts Macarena López López Javier Lucas Gasch M ^a Dolores Tornero Tomás

PO_18	Protocolo de Helitransporte (HEMS) de pacientes portadores de balón intraaórtico de contrapulsación (BIAC) para su tratamiento definitivo médico y/o quirúrgico	Pablo Gómez-Calcerrada Pérez José Manuel Gutiérrez Rubio Juan Sinisterra Aquilino Rafael Gomis Caparrós Pedro Limonchi Fernández Jorge Rodríguez Neira Juan Rodríguez Meléndez
PO_19	Protocolo de cambio de prolongador utilizando spray desinfectante. Complicaciones infecciosas (peritonitis) post-cambio 1994-2008	Luis Picó Vicent Lourdes Picó Mira Leonor Blaya Ruiz Luis González Clara Antonio Díaz Guijarro Rosa Serrano Borrell José Miguel Cases Iborra Francisco Javier Pérez Contreras

TRAZABILIDAD EN ESTERILIZACIÓN

Inmaculada Martínez Durá. Guadalupe Hurtado Sánchez
Servicio de Esterilización. Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN

La trazabilidad es lograr un control integral del producto a lo largo de todas las fases del proceso de esterilización. Su finalidad es reconstruir las condiciones en las que se realizó el proceso de esterilización. La reciente incorporación de herramientas de gestión informatizada en la Central de Esterilización del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), posibilita lograr la trazabilidad del producto.

OBJETIVOS

- Garantizar la eficacia del proceso de descontaminación y esterilización del material.
- Permitir la identificación de los pacientes en los que se ha utilizado un determinado material esterilizado.

MÉTODOS

Implantación de un sistema de gestión informatizada en la central de Esterilización del HGUA, a través de las siguientes fases:

1. Priorización del material a incluir en el proyecto de gestión de la trazabilidad.
2. Elaboración del listado del material seleccionado en formato electrónico.
3. Instalación del sistema informático.
4. Etiquetado de los contenedores y marcado del instrumental.
5. Formación del personal.
6. Implantación del sistema.

Trayectoria del material:

Área de recepción. Recepción, revisión y clasificación del material. Aquí se identifican las entradas del material y se verifica su estado.

Área de empaquetado. Preparación y empaquetado del material textil. Embolsado y sellado del material. Colocación del control químico externo (cinta adhesiva)

Área de esterilizadores. Es el núcleo de la central de esterilización. Es importante documentar la carga a través del sistema de informatización: lectura para identificar el instrumental previamente codificado, obtención de la etiqueta de código de barras con la fecha de caducidad del producto e información sobre los controles químicos y biológicos. Esta etiqueta, tras el uso del material, se adhiere a la historia clínica del paciente.

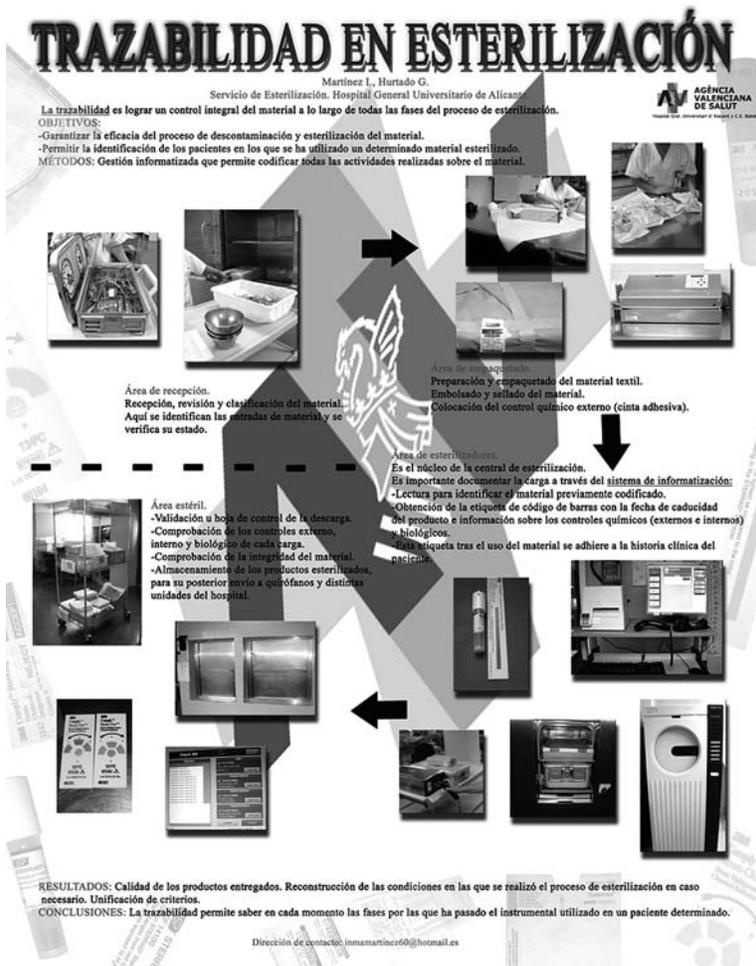
Área estéril. Validación u hoja de control de la descarga. Comprobación de los controles químicos y biológicos de la carga, comprobación de la integridad del material y almacenamiento de los productos esterilizados para su posterior envío a quirófanos y distintas unidades del hospital.

RESULTADOS

- Eficacia y calidad de los procesos: al detectar un error se podrá recuperar la información de los parámetros del proceso y la de los enfermos en los que se utilizó dicho material, para informar del riesgo potencial y vigilar una posible infección nosocomial.
- Cumplimiento de la normativa internacional respecto a los procesos.

CONCLUSIÓN

La trazabilidad permite saber en cada momento las fases por las que ha pasado el instrumental utilizado en un paciente determinado.



MODELO PRÁCTICO PARA EL DISEÑO Y LA INTERPRETACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD

Lillo MA; Cebrián MC; González MC; Pastor MA; García A; Gomariz E;
Preciado G; Balaguer E; Muñoz J

Laboratorio Departamento 19 y Hospital San Vicente. Alicante

INTRODUCCIÓN

Para analizar y realizar un adecuado seguimiento de los procesos hay que medirlos. Los procesos no se pueden medir de forma general, sino que hay que medir diferentes aspectos de los mismos. Para ello se definen criterios e indicadores para cada proceso.

- Criterio: aspecto no medible del proceso que interesa evaluar.

- Indicador: variable medible relacionada directamente con el criterio.

En nuestro sistema de calidad hemos diseñado indicadores para controlar los aspectos más relevantes de los procesos de las distintas fases analíticas. Para ello, hemos elaborado indicadores preanalíticos, analíticos y postanalíticos así como indicadores de satisfacción de nuestros usuarios.

La medida de todo indicador supone un esfuerzo a la hora de la recogida de los datos, y, sobre todo, exige una adecuada interpretación con el fin de sacar conclusiones que permitan implantar acciones correctivas en aquellos procesos donde se detecte alguna no conformidad o posibilidades de mejora.

OBJETIVO

Definir los diferentes aspectos de un indicador de calidad y facilitar y agilizar el manejo de los datos recogidos y su interpretación para su posterior evaluación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado una hoja EXCEL de diseño sencillo en la que, de forma práctica y cómoda, se pueden introducir los datos correspondientes al indicador según la métrica definida, de tal manera que, simultáneamente quedan reflejados en una gráfica que facilita su interpretación.

RESULTADOS

Hemos elaborado el formato en hoja excel “Indicador de calidad: definición y seguimiento”, integrándolo dentro de nuestro Sistema de Calidad.

CONCLUSIONES

1. Es una forma sencilla y práctica de interpretar los indicadores debido a que el software empleado (Microsoft Excel) es asequible y de fácil manejo.
2. La introducción en este formato de los datos del indicador se realiza de una manera cómoda, reflejándose de forma simultánea en la gráfica, por lo que proporciona una visión global de la evolución del indicador y nos permite una rápida interpretación.

3. La introducción en este formato dentro de nuestro Sistema de Calidad forma parte de nuestra filosofía de mejora continua de la calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ASENJO MA (1999). Las Claves de la Gestión Hospitalaria. Barcelona: Gestión 2000.
- HEINIGER MAZO A (2000). Gestión clínica en laboratorios: La experiencia del Hospital “Carlos Haya” de Málaga. En: Gestión Clínica. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana: 129 - 42.
- PASCUAL MOSTAZA C (1997). Hacia un nuevo modelo de Laboratorio Clínico. Mapfre Medicina; 8 (suppl IV): 5 - 12.
- TEMES JL, PARRA B (2000). Gestión Clínica. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana.



AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

MODELO PRÁCTICO PARA EL DISEÑO Y LA INTERPRETACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD

Lillo MA; Cebrián MC; González MC; Pastor MA; García A; Gomariz E; Preciado G; Balaguer E; Muñoz J.
LABORATORIO DEPARTAMENTO 19 Y HOSPITAL SAN VICENTE. ALICANTE

INTRODUCCIÓN

Para analizar y realizar un adecuado seguimiento de los procesos hay que medirlos. Los procesos no se pueden medir de forma general, sino que hay que medir diferentes aspectos de los mismos. Para ello se definen criterios e indicadores para cada proceso.

- Criterio: aspecto no medible del proceso que interesa evaluar.
- Indicador: variable medible relacionada directamente con el criterio.

En nuestro sistema de calidad hemos diseñado indicadores para controlar los aspectos más relevantes de los procesos de las distintas fases analíticas. Para ello, hemos elaborado indicadores preanalíticos, analíticos y postanalíticos así como indicadores de satisfacción de nuestros usuarios. La medida de todo indicador supone un esfuerzo a la hora de la recogida de los datos, y, sobre todo, exige una adecuada interpretación con el fin de sacar conclusiones que permitan implantar acciones correctivas en aquellos procesos donde se detecte alguna no conformidad o posibilidades de mejora.

OBJETIVO

Definir los diferentes aspectos de un indicador de calidad y facilitar y agilizar el manejo de los datos recogidos y su interpretación para su posterior evaluación

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado una hoja EXCEL de diseño sencillo en la que, de forma práctica y cómoda, se pueden introducir los datos correspondientes al indicador según la métrica definida, de tal manera que simultáneamente quedan reflejados en una gráfica que facilita su interpretación

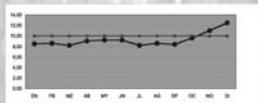
RESULTADOS

Hemos elaborado el formato en hoja excel "Indicador de calidad: definición y seguimiento", integrándolo dentro de nuestro Sistema de Calidad .

CONCLUSIONES

1. Es una forma sencilla y práctica de interpretar los indicadores debido a que el software empleado (Microsoft Excel) es asequible y de fácil manejo.
2. La introducción en este formato de los datos del indicador se realiza de una manera cómoda, reflejándose de forma simultánea en la gráfica, por lo que proporciona una visión global de la evolución del indicador y nos permite una rápida interpretación.
3. La introducción en este formato dentro de nuestro Sistema de Calidad forma parte de nuestra filosofía de mejora continua de la calidad.

INDICADOR DE CALIDAD		JORN																								
Definición y seguimiento.		Nº1																								
Descripción: En la medida de las muestras hemáticas que llegan al laboratorio																										
Objetivo: Conseguir que las muestras hemáticas sean inferiores al 10%																										
Métrica: Mensualmente se contabilizan las muestras hemáticas que llegan a las diferentes partes de atención.																										
Responsable: Dra. Simón																										
Plazo de ejecución: Final del año 2008.																										
Referencias: NIVEL ACEPTABLE = 10 % NIVEL OPTIMO = 5 %																										
Revisión: Sistema informacional laboratorio (SIL) aplicación del procedimiento de recogida y envío de las muestras.																										
Fecha: El seguimiento del indicador se realiza en la reunión anual de la Reunión del Sistema por la Dirección.																										
Análisis de los datos:																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Mes</th> <th>Indicador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PA</td><td>8,50</td></tr> <tr><td>FB</td><td>8,50</td></tr> <tr><td>ME</td><td>8,50</td></tr> <tr><td>AB</td><td>8,50</td></tr> <tr><td>MA</td><td>8,50</td></tr> <tr><td>JJ</td><td>8,50</td></tr> <tr><td>AG</td><td>8,50</td></tr> <tr><td>SE</td><td>8,50</td></tr> <tr><td>OC</td><td>8,50</td></tr> <tr><td>NO</td><td>8,50</td></tr> <tr><td>DI</td><td>8,50</td></tr> </tbody> </table>			Mes	Indicador	PA	8,50	FB	8,50	ME	8,50	AB	8,50	MA	8,50	JJ	8,50	AG	8,50	SE	8,50	OC	8,50	NO	8,50	DI	8,50
Mes	Indicador																									
PA	8,50																									
FB	8,50																									
ME	8,50																									
AB	8,50																									
MA	8,50																									
JJ	8,50																									
AG	8,50																									
SE	8,50																									
OC	8,50																									
NO	8,50																									
DI	8,50																									
Acciones Correctivas:																										
Programa una visita a todos los centros con el fin de darles información de nuestro procedimiento de extracción y recogida de las muestras.																										



APLICACIÓN PRÁCTICA DEL PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE RESIDUOS

Lillo MA; García E; Icardo MD; Pérez V; Gómez F; Mira M; Martínez MA.
Laboratorio Departamento 19 y Hospital S. Vicente. Alicante.

INTRODUCCIÓN

En nuestro sistema de calidad, elaboramos, dentro de los procedimientos de apoyo al servicio (PAS), el PAS-03 “Control y gestión de los residuos”. En éste, se definen las medidas que adopta nuestro laboratorio para su correcto desarrollo con el fin de dar cumplimiento al decreto que lo regula.

OBJETIVO

Facilitar la aplicación en la práctica diaria de nuestro procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos elaborado para cada área de nuestro laboratorio unos esquemas en los que están reflejados los distintos tipos de residuos que se generan con sus correspondientes contenedores y los circuitos para su gestión. Se han dispuesto en la pared, cerca de la zona de los contenedores.

RESULTADO Y CONCLUSIONES

1. Estos esquemas permiten dar una información sencilla y práctica al personal del laboratorio, facilitando el cumplimiento de nuestro procedimiento.
2. El personal utiliza de manera más eficiente los contenedores (mejor gestión de los residuos, más ahorro económico).
3. La auditoría anual que realiza en el laboratorio el servicio de medicina preventiva del hospital, ha mejorado sensiblemente respecto a los años anteriores.
4. Su introducción dentro de nuestro Sistema de Calidad forma parte de nuestra filosofía de mejora continua de la calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Decreto 108/2000 para la autorización de los laboratorios clínicos.
- Decreto 240/1994 del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el Reglamento Regulator de la Gestión de los Residuos Sanitarios.
- Guía de Gestión de Residuos Sanitarios del Hospital San Vicente.

APLICACIÓN PRÁCTICA DEL PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE RESIDUOS

Lillo MA; García E; Icardo MD; Pérez V; Gómez F; Mira M; Martínez MA.
LABORATORIO DEPARTAMENTO 19 Y HOSPITAL SAN VICENTE. ALICANTE

INTRODUCCIÓN

En nuestro sistema de calidad, elaboramos, dentro de los procedimientos de apoyo al servicio (PAS), el PAS-03 "Control y gestión de los residuos", en el que se definen las medidas que adopta nuestro laboratorio para su correcto desarrollo con el fin de dar cumplimiento al decreto que lo regula.

OBJETIVO

Facilitar la aplicación en la práctica diaria de nuestro procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos elaborado para cada área de nuestro laboratorio unos esquemas en los que están reflejados los distintos tipos de residuos que se generan con sus correspondientes contenedores y los circuitos para su gestión. Se han dispuesto en la pared, cerca de la zona de los contenedores.

RESIDUOS SANITARIOS contenedores que debe tener cada Área del Laboratorio

• ORINAS:

- Papelera con úm
- Cubo con bolsa grande negra para recipientes de orina previamente vertida la orina al vertedero, recipientes de heces y guantes
- Contenedor Negro 30L para tubos y pocillos
- Contenedor Amarillo de 1L para puntas

RESIDUOS SANITARIOS contenedores: ¿que se debe echar en cada uno de ellos?



Grupo I: Papeles y basura com. ún (Bolsa basura com. ún)



Grupo II: Jeringas sin aguja, guantes, botones, gases, recipientes de orina etc. (en la orina se debe echar previamente en el vertedero), recipientes con heces (Bolsa negra de 200 galgas, cerradas hermeticamente)

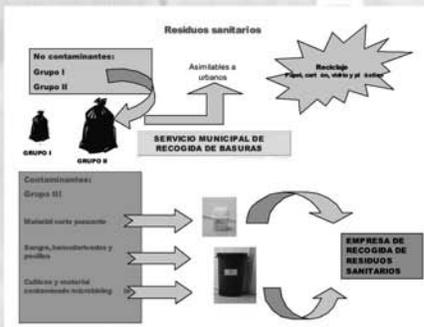


Grupo III: C. Anarillo 1L. Agujas y puntas (puede meterse en un contenedor negro grande)

C. Anarillo 10L. Campanas de extracción con agujas, puntas, cables, tijeras

C. Negro 30L. Tubos de hematólogía, la coagulada en bloques íntima y pocillos

C. Negro 60L. Placas, Fianales de Microbiología, la pases de sonda



RESULTADOS y CONCLUSIONES

1. Creemos que estos esquemas permiten dar una información sencilla y práctica al personal del laboratorio, facilitando el cumplimiento de nuestro procedimiento.
2. El personal utiliza de manera más eficiente los contenedores (mejor gestión de los residuos, más ahorro económico)
3. La auditoría anual que realiza en el laboratorio el servicio de medicina preventiva del hospital, ha mejorado sensiblemente respecto a los años anteriores.
4. Su introducción dentro de nuestro Sistema de Calidad forma parte de nuestra filosofía de mejora continua de

BIBLIOGRAFÍA

- Decreto 108/2000 para la autorización de los laboratorios clínicos calidad.
- Decreto 240/1994 del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el reglamento regulador de la Gestión de los Residuos Sanitarios
- Guía de Gestión de Residuos Sanitarios del Hospital San Vicente

EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACOGIDA EN EL HOSPITAL POLIVALENTE

Concepción Mirambell Miralles, Ana Martín Carrilero, Librada Pérez Aldegue, Alicia Guasp Lopez, M. Ángeles Abad Gozalbez, Ana Pérez Arroyo, Florentina Godínez Romero, Obdulia García Pérez, José Antonio López Compañ, Eva María Arnau Correcher, Catalina Rodríguez Martínez,
Hospital Polivalente. H.G.U.A.

INTRODUCCIÓN

El Hospital Polivalente se encuentra en la segunda planta de consultas externas. Es una unidad de enfermería que consta de catorce camas distribuidas en boxees, siete sillones y una sala habilitada para tratamientos intravesicales. Los sillones son para pacientes a los que se les pone tratamientos intravenosos de la unidad de dolor y urología con una estancia que oscila entre una y tres horas según tratamiento. Las camas se destinan a pacientes cuya estancia no excede de 48 horas.

OBJETIVO

- 1º -Optimizar el nivel de satisfacción del paciente y familia.
- 2º- Evaluar el grado de satisfacción del paciente y familia con el plan de acogida

METODOLOGÍA

- 1º Información escrita: Diseño de cartel informativo colocado en la entrada a la unidad con los horarios de visita, comidas y teléfono de contacto
- 2º Información verbal: Presentación en el momento del ingreso del personal sanitario, .aclaración de dudas (tiempo aproximado de estancia, tiempo aproximadote duración de la prueba, etc.....) y recomendaciones al alta
- 3º Evaluación: En el momento del alta le pasamos una encuesta de opinión, muestreo efectuado desde 5-X-09 a los 23-X-09.en pacientes ingresados en el Hospital Polivalente con 24 horas de estancia.

Que consta de nueve ítems:

- 1- Sexo
- 2- Se ha presentado el personal
- 3- Le han explicado los horarios
- 4- Le han enseñado la unidad
- 5- Han respetado su intimidad
- 6- Le han escuchado con interés y han tenido en cuenta su opinión
- 7- Le han aclarado dudas al ingreso y al alta
- 8- Le han tratado con amabilidad
- 9- Le han informado sobre la prueba a realizar

RESULTADOS

Pendiente de analizar

CONCLUSIONES

Pendientes; pero podemos afirmar que con los datos que tenemos hasta el momento el grado de satisfacción es bastante bueno. Seguimos trabajando para mejorar objetivos.



EVALUACION DEL PLAN DE ACOGIDA EN EL HOSPITAL POLIVALENTE

AUTORES: Ana. Martín Carrilero, Florentina Godínez Romero Ibrada, Pérez Aldeguer, Alicia Guasp Iópez, M. Ángeles Abad Gozalbez, Ana Pérez Arroyo, Obdulia García Pérez, José Antonio López Compañ, Eva María Arnao Correcher, Catalina Rodríguez Martínez, Concepción. Mirambell Miralles

Introducción

El Hospital Polivalente se encuentra en la segunda planta de consultas externas.

Es una unidad gestionada por enfermería que consta de catorce camas distribuidas en boxees, siete sillones y una sala habilitada para tratamientos intravasculares.

Está destinada a pacientes cuya permanencia en la misma, para la aplicación del procedimiento terapéutico por el que acuden al hospital, se prevea inferior a 24 horas.



Objetivos

1º-Optimizar el nivel de satisfacción del paciente y familia.

2º. Evaluar el grado de satisfacción del paciente y familia con el plan de acogida

Método

1º Información escrita: Diseño de cartel informativo colocado en la entrada a la unidad con los horarios de visita, comidas y teléfono de contacto.

2º Información verbal: Presentación en el momento del ingreso de personal sanitario, aclaración de dudas (tiempo aproximado de estancia, duración de la prueba, etc.) y recomendaciones al alta.

3º Evaluación: En el momento del alta le pasamos una encuesta de opinión, muestreo efectuado desde 5-X-09 al 23-X-09 en pacientes ingresados en el Hospital Polivalente con 24 horas de estancia.



Resultados

La encuesta se pasó a 44 pacientes de los cuales 32 eran hombres y 12 mujeres.

Conclusiones

Tras los resultados obtenidos mediante la metodología utilizada se llega a la conclusión de que existe un alto grado de satisfacción en nuestra unidad. Seguimos trabajando para mejorar objetivos.

PREGUNTAS REALIZADAS	SI	NO
¿Se ha presentado al personal?	44	0
¿Le han explicado bien las cosas?	43	1
¿Le han enseñado la unidad?	41	3
¿Han respetado su intimidad?	44	0
¿Le han escuchado sus intereses y han tenido en cuenta su opinión?	44	0
¿Le han informado bien del ingreso y al alta?	43	1
¿Le han tratado con amabilidad y respeto?	43	1
¿Le ha informado el personal de enfermería sobre la prueba a realizar?	39	5



ESTUDIO DE LA INEFICACIA DE LAS TIENDAS DE HUMEDAD EN NIÑOS LACTANTES CON BRONQUIOLITIS AGUDA

José Antonio Charques Sala, María Salud Martí Vargas (Servicio de Lactantes).

Cristina Climent Amat, Beatriz López Ortega (Volantes de Noche)

Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN

Consiste en una carpa de plástico flexible y transparente que permite la vigilancia constante del niño. Su utilización era complementaria al tratamiento médico de la bronquiolitis aguda del lactante, que es la infección respiratoria más frecuente en este periodo y causa de una morbilidad significativa. El objetivo principal que se buscaba era el de fluidificar las secreciones. Se pautaba de forma continua o intermitente.

OBJETIVO

Cuestionar la eficacia de las tiendas de humedad en el tratamiento de la bronquiolitis aguda del lactante.

MATERIAL Y MÉTODOS

La tienda de humedad consta de las siguientes partes: Motor, Depósito, Ventilador, Tubo de vapor y Carpa de plástico,

RESULTADOS

La práctica y diversos estudios, han evaluado su falta de efectividad por:

No estar demostrada su eficacia, ni existir pruebas de que ésta, en si misma, tenga un efecto positivo, entre otras razones porque son pocas las gotas de vapor que alcanzan el tracto respiratorio inferior, donde se espera actúe fluidificando la mucosidad.

Existir un evidente riesgo para el profesional de enfermería al administrar el tratamiento prescrito (nebulizaciones -cámara aerochamber, mascarilla nebulizador-, fisioterapia respiratoria, lavados nasales con suero fisiológico, aspiración de secreciones...) y, en otras intervenciones (episodios -de cianosis, de llanto-, aseo, higiene...), donde al acceder a la tienda, se inhalaba el ambiente patógeno allí condensado.

Riesgos derivados del mantenimiento: falta de agua en el depósito (ausencia de humedad en la tienda), calentamiento del motor (cortocircuito, mal funcionamiento del ventilador...), vapor frío (enfriamiento del niño).

CONCLUSIÓN

Actualmente su utilización como complemento en el tratamiento de la bronquiolitis aguda del lactante, está prácticamente en desuso. A día de hoy y, ante la falta de respuesta esperada, el tratamiento está basado en (nebulización de fármacos, administración de oxígeno -gafas nasales, ventimask...-, lavados nasales con suero fisiológico, aspiración de secreciones, fisioterapia respiratoria -clapping- y cuna semiincorporada).

BIBLIOGRAFÍA

Deirdre O'Reilly, M.d,M.P.H.,(2007)medline plus, article y F.Martinón-Torres, A.Rodríguez Núñez y J.M.Martinón Sánchez (Anales Españoles de Pediatría).

ESTUDIO DE LA INEFICACIA DE LAS TIENDAS DE HUMEDAD EN NIÑOS LACTANTES CON BRONQUIOLITIS AGUDA.

José Antonio Charques Sala, María Salud Martí Vargas (Servicio de Lactantes), Cristina Climent Amat, Beatriz López Ortega (Volantes de Noche)

-HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE-

INTRODUCCIÓN: consiste en una capa de plástico flexible y transparente que permite la vigilancia constante del niño. Su utilización era complementaria al tratamiento médico de la bronquiolitis aguda del lactante, que es la infección respiratoria más frecuente en este periodo y causa de una morbilidad significativa. El objetivo principal que se buscaba era el de fluidificar las secreciones. Se pautaba de forma continua o intermitente.

OBJETIVO: cuestionar la eficacia de las tiendas de humedad en el tratamiento de la bronquiolitis aguda del lactante.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Consta de las siguientes partes:



RESULTADOS: la práctica y diversos estudios, han evaluado su falta de efectividad por:

No estar demostrada su eficacia, ni existir pruebas de que ésta, en si misma, tenga un efecto positivo, entre otras razones porque son pocas las gotas de vapor que alcanzan el tracto respiratorio inferior, donde se espera actúe fluidificando la mucosidad.

Existir un evidente riesgo para el profesional de enfermería al administrar el tratamiento prescrito (nebulizaciones -cámara aerochamber, mascarilla nebulizador-, fisioterapia respiratoria, lavados nasales con suero fisiológico, aspiración de secreciones...) y, en otras intervenciones (episodios -de cianosis, de llanto-, aseo, higiene...), donde al acceder a la tienda, se inhalaba el ambiente patógeno allí condensado.

Riesgos derivados del mantenimiento: falta de agua en el depósito (ausencia de humedad en la tienda), calentamiento del motor (cortocircuito, mal funcionamiento del ventilador...), vapor frío (enfriamiento del niño).

CONCLUSION: actualmente su utilización como complemento en el tratamiento de la bronquiolitis aguda del lactante, está prácticamente en desuso. A día de hoy y, ante la falta de respuesta esperada, el tratamiento está basado en (nebulización de fármacos, administración de oxígeno -gafas nasales, ventimask... - , lavados nasales con suero fisiológico, aspiración de secreciones, fisioterapia respiratoria -clapping- y cuna semiincorporada).

Bibliografía: Deirdre O'Reilly, M.d,M.P.H.,(2007)medline plus, article y F.Martinón-Torres, A.Rodríguez Núñez y J.M.Martinón Sánchez (Anales Españoles de Pediatría).

EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRANTES DIGESTIVOS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

García Sola, Guillermo José*; Gomis Samper, María Luisa*; José Victoria, Patricia*; Laudenia García, Rocío*; Martín Cruañez, María Teresa*; Robles Morales, Guadalupe*; Román Muñoz, María Dolores*.

*Hospital General Universitario de Alicante.
Servicio de Digestivo/Digestivo Sangrantes

OBJETIVO

Evaluar el funcionamiento de la Unidad de Sangrantes Digestivos (USD) del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) para mejorar la calidad de la atención prestada.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional descriptivo de carácter prospectivo de un año de duración para evaluar la calidad de la atención prestada y el uso de recursos de los pacientes que ingresan en la USD del HGUA. La población diana está formada por todos los pacientes que ingresaron en la USD desde el 1 de Enero de 2008 al 31 de Diciembre de 2008. Se registró el número de ingresos, el origen de la derivación de los pacientes, la estancia media total, la media de ocupación diaria, el número de endoscopias urgentes realizadas y los procedimientos de competencia enfermera. La USD actúa como Unidad de Referencia en la provincia para la realización de Endoscopias Urgentes siendo éste el motivo principal de la derivación de pacientes. La recogida de datos se realizó a diario por el personal de enfermería de la USD mediante una hoja de recogida de datos disociados previamente consensuada.

RESULTADOS

Un total de 233 pacientes ingresaron en la unidad durante el periodo de estudio, de los que 84 (36,5%) procedían de otros hospitales de la provincia. La estancia media fue de 4,8 días por paciente y de 5,3 para el subgrupo de pacientes procedentes de otros hospitales. La media de ocupación de la USD fue de 3,65 pacientes/día. El total de Endoscopias Urgentes realizadas fue 259 de las que 84 (32.4%) se practicaron en pacientes derivados de otros hospitales. Se realizaron un total de 17.982 procedimientos de enfermería durante el periodo de estudio.

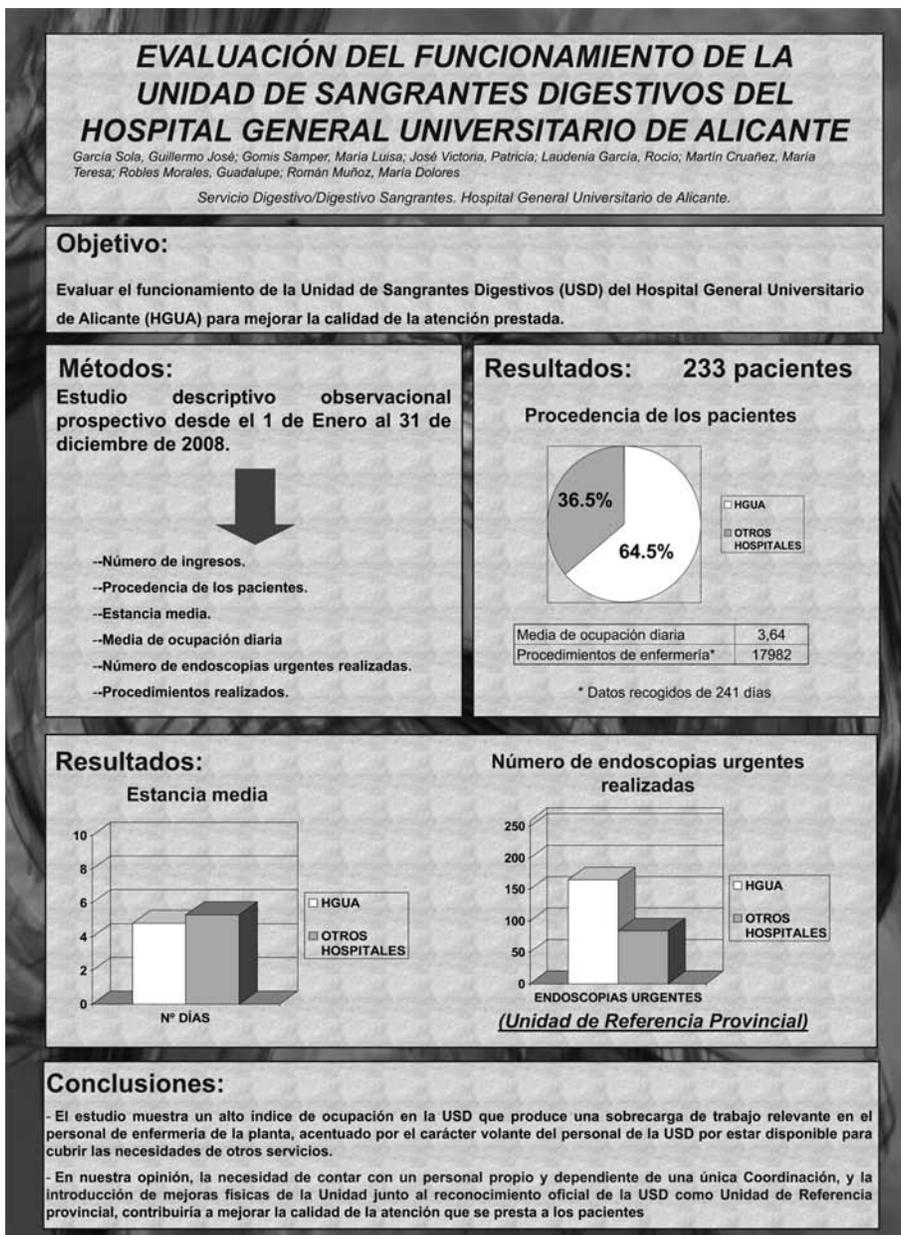
CONCLUSIONES

El estudio muestra un alto índice de ocupación en la USD que produce una sobrecarga de trabajo relevante especialmente en el personal de enfermería, acentuado por su carácter itinerante, es decir, está disponible para cubrir las necesidades de otros servicios. En nuestra opinión, la necesidad de contar con un personal propio y dependiente de una única Coordinación, a cargo de la Supervisora de Digestivo, y la introducción de mejoras físicas de la Unidad junto al reconocimiento oficial de la USD como Unidad de Referencia provincial, contribuiría a mejorar la calidad de la aten-

ción que se presta a los pacientes y mejoraría la satisfacción tanto de los pacientes/clientes como de los trabajadores y profesionales sanitarios de la USD y de Digestivo en general.

PALABRAS CLAVES

Digestivo, sangrantes digestivos, cargas de trabajo, calidad asistencial.



¿HAY RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DEL SUEÑO QUE EL PACIENTE REFIERE Y SUS HALLAZGOS POLISOMNOGRAFICOS?

Juan José Vila Villa, Luis Hernández Blasco, Ana Sabater Sala, Lirios Sacristan Bou, Nieves Benito Diez, José Luis Giménez Tébar, Santiago Romero Candiera.
Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Alicante.

OBJETIVO

Comparar los resultados de un cuestionario sobre la sensación subjetiva del sueño, administrado al paciente tras la polisomnografía (PSG) en nuestra Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño (UTRS), con las variables polisomnograficas.

METODOLOGÍA

Pacientes a los que se les ha realizado una PSG por sospecha de SAHS en nuestra UTRS. Se les realizó estudio protocolizado siguiendo recomendaciones del Consenso Nacional sobre el SAHS. Se usaron medidas de centralización, la correlación de Pearson y la chi cuadrado.

RESULTADOS

Se han incluido un total de 245 pacientes, con un rango de edad de 15 a 78 años (media, 51 ± 12 años), 162 hombres (66%). La media de puntuación en la escala de Epworth fue 10 ± 5 . Fueron diagnosticados de SAHS 194 pacientes (79%), con media de IAH de 34 ± 26 . Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,001$) en la eficiencia del sueño mayor del 90% entre los pacientes que refirieron haber dormido menos/más de 4 horas. No se encontraron correlaciones significativas entre el número de microdespertares y la sensación del paciente de despertares nocturnos, ni entre la latencia de sueño de la PSG y el tiempo que el paciente creía que había tardado en dormirse.

CONCLUSIONES

Las sensaciones de los pacientes sobre la calidad del sueño no guardaron una buena correlación con los hallazgos polisomnográficos.

¿HAY RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DEL SUEÑO QUE EL PACIENTE REFIERE Y SUS HALLAZGOS POLISOMNOGRÁFICOS?

Vila Villa J., Hernández Blasco L., Sabater Sala A., Sacristan Bou L., Benito Díez N., Giménez Tébar J.L., Romero Candeira S. Servicio de Neumología. H.G.U.A.

OBJETIVOS

Comparar los resultados de un cuestionario sobre la sensación subjetiva del sueño, administrado al paciente tras la noche del estudio en nuestra Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño (UTRS), con las variables polisomnográficas (PSG).



MÉTODOS:

Protocolo diagnóstico según recomendaciones del Consenso Nacional sobre el SAHS, seguido de PSG.

RESULTADOS:

245 PSG

Edad: 15 a 78 años (51 ± 12)

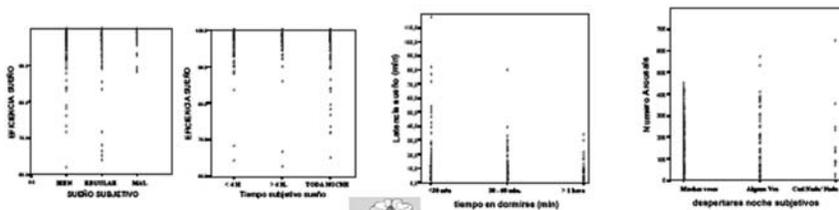
162 hombres (66%)

Escala Epworth: 10 ± 5

Diagnóstico SAHS: 194 (79%)

Media IAH : 34 ± 26

Variables	N (%)	Parámetros PSG	N Médiana (Rango IQR)
¿Cual es la sensación subjetiva de su sueño?		Disturbio sueño (%)	222 97 (29-100)
- Buena	122 (50%)	Grado de apnea (puntuación)	228 124 (74-200)
- Mala	123 (50%)	Grado de ronca (puntuación)	228 74 (48-100)
- Muy mala	12 (5%)		
¿Cual es la sensación subjetiva de su respiración durante el estudio?		Latencia sueño (min)	228 12 (4-17-18.5)
- Buena	48 (20%)		
- Mala	66 (27%)		
- Muy mala	66 (27%)		
- No sé	22 (9%)		
¿Cual es la sensación subjetiva que le despertó?		Tiempo total sueño (min)	228 305 (245-345)
- 1 hora	66 (27%)		
- 1-2 horas	66 (27%)		
- 2-3 horas	66 (27%)		
- Más de 3 horas	22 (9%)		
¿En los siguientes días ha notado cambios en su estado de alerta o cansancio?		95 despertares	228 102 (80-140)
- Siempre no	12 (5%)		
- Siempre sí	66 (27%)		
- Cuidado	66 (27%)		



CONCLUSIONES:

Las sensaciones de los pacientes sobre la calidad del sueño no guardaron una buena correlación con los hallazgos polisomnográficos.



CADEXOMERO YODADO: DESBRIDAMIENTO, CONTROL DE EXUDADO E INFECCIÓN

M^a José Torregrosa Ramos; Serafina Ibáñez Santamaría; José Luis Giménez Tébar.
Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principios básicos de la cura tópica es el desbridamiento, condición indispensable para que se lleven a cabo las siguientes fases de cicatrización.

Existen distintos tipos de desbridamiento entre los cuales se encuentra el desbridamiento químico. A este grupo pertenece el Cadexómero Yodado, sustancia química formada por polímeros hidrofílicos que liberan yodo de forma lenta y mantenida teniendo la capacidad de ser bactericida, desbridante y de control de exudado.

El desbridamiento nos permitirá hacer una correcta valoración de la herida, disminuir la probabilidad de infección y las consecuencias de la misma.

OBJETIVOS

- 1-La eliminación del tejido no viable
- 2- Evitar el uso de antibióticos tópicos que condiciona
- 3- Ofrecer calidad de vida al paciente distanciando las curas
- 4- Preparar el lecho para cierre por segunda intención o bien para cierre quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Limpieza de la herida con S.Fisiológico.
- Secado por presión y no por arrastre.
- Protección de la piel perilesional.
- Aplicación de Cadexómero Yodado en una capa de 3mm c/ 72 horas. Hasta su total desbridamiento
- Oclusión con apósito hidrocélular o gasa convencional.

RESULTADOS

Casos Clínicos:

Se practicó este tipo de desbridamiento en heridas de distintas etiologías como quemaduras, úlceras por presión, úlceras vasculares y heridas traumáticas.

Siendo los pacientes de distintas edades, sexo e incluso patologías previas, se han alcanzado buenos resultados a corto plazo.

CONCLUSIONES

- El Cadexómero Yodado nos permite la eliminación del tejido no viable a corto plazo.
- Gracias a su capacidad bactericida evita la utilización de antibióticos tópicos.
- Al distanciar las curas además de ofrecer calidad de vida al paciente gestiona el trabajo y el tiempo de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ayelo EA, Cuddigan JE: Desbridement: Controlling thr necrotic/Celular Burde. Adv Skin Wound Care 2004.
- 2- Guía Práctica de desbridamiento en el cuidado de las heridas. (L. Salvat S.A. 2008)
- 3- La infección de las heridas en la práctica clínica. (Consenso Internacional. 2008).



CADEXOMERO YODADO: DESBRIDAMIENTO, CONTROL DE EXUDADO E INFECCION.

*Autores: M^a José Torregrosa Ramos^a; Serafina Ibáñez Santamaría^a; José Luis Giménez Tébar^{**}.
*Unidad de Cirugía Plástica, **Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Alicante*

Introducción

Uno de los principios básicos de la cura tópica es el desbridamiento, condición indispensable para que se lleven a cabo las siguientes fases de cicatrización. Existen distintos tipos de desbridamiento entre los cuales se encuentra el desbridamiento químico. A este grupo pertenece el Cadexómero Yodado, sustancia química formada por polímeros hidrofílicos que liberan yodo de forma lenta y mantenida teniendo la capacidad de ser bactericida, desbridante y de control de exudado. El desbridamiento nos permitirá hacer una correcta valoración de la herida, disminuir la probabilidad de infección y las consecuencias de la misma.

Objetivos

- 1-La eliminación del tejido no viable.
- 2- Evitar el uso de antibióticos tópicos que condiciona.
- 3- Ofrecer calidad de vida al paciente distanciendo las curas.
- 4-Preparar el lecho para cierre por segunda intención o bien para cierre quirúrgico.

Material y método

- Limpieza de la herida con Suero Fisiológico.
- Secado por presión y no por arrastre.
- Protección de la piel perilesional.
- Aplicación de Cadexómero Yodado en una capa de 3mm c/ 72 horas. Hasta su total desbridamiento.
- Oclusión con apósito hidrocelular o gasa convencional.

CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5
 02 - Septiembre -2008 Úlcera por presión	 01 - Julio-2009 Celulitis Necrotizante	 15 - Octubre-2009 Úlcera vascular	 15 - Julio-2009 Quemadura con olla a presión	 16 - Septiembre-2009 Úlcera traumática.
 15 - Noviembre-2008	 15 - Septiembre-2009	 02 - Noviembre-2009	 24 - Julio-2009	 30 - Octubre-2009

Resultados

- Se practicó este tipo de desbridamiento en heridas de distintas etiologías como quemaduras, úlceras por presión, úlceras vasculares y heridas traumáticas.
- Siendo los pacientes de distintas edades, sexo e incluso patologías previas, se han alcanzado buenos resultados a corto plazo.

Conclusiones

- El Cadexómero Yodado nos permite la eliminación del tejido no viable a corto plazo.
- Gracias a su capacidad bactericida evita la utilización de antibióticos tópicos.
- Al distanciar las curas además de ofrecer calidad de vida al paciente gestiona el trabajo y el tiempo de enfermería.



AGENCIA VALENCIANA DE SALUT

Referencias:

- 1- Ayelo EA, Cuddigan JE: Desbridement: Controlling thr necrotic/Celular Burde. Adv Skin Wound Care 2004.
- 2- Guía Práctica de desbridamiento en el cuidado de las heridas. (L. Salvat S.A. 2008).
- 3- La infección de las heridas en la práctica clínica. (Consenso Internacional. 2008).

INNOVAR EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UPP, MEDIANTE SISTEMAS DE APOYO DE AIRE NO ALTERNANTE.

José Luis Giménez Tébar*; África Moreno Alzamora*; Josefina Altozano Rodado*; M^a Carmen Carrascosa Suárez*; M^a Concepción Ramos Bolufer*; M^a Cruz Martín Redondo*; Vicente Francisco García García*; María Jesús Mas Pla**

* *Servicio de Neumología del HGUA;*

** *Hospital General Universitario de Elche.*

INTRODUCCIÓN

Cada vez más, las unidades de hospitalización nos encontramos con pacientes, cuyo riesgo de padecer una úlcera por presión (UPP), es más elevado. Esto nos obliga a adaptar nuestros cuidados de enfermería de una manera individualizada y a dotarnos de unos medios más adecuados para afrontar estos nuevos retos, en definitiva a innovar en nuestra profesión de enfermería.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia del uso de sistemas de aire no alternante en la prevención y el tratamiento de las UPP, en nuestra unidad de Neumología.

MATERIAL Y MÉTODO

Se desarrolló un estudio descriptivo, que duró 4 meses, sobre 23 casos clínicos, a los que se les aplicó este sistema de aire no alternante, en alguna de sus tres presentaciones (sobrecolchón, cojín de asiento o protector de talón).

Los 23 pacientes, se clasificaron según la escala de BRADEN, de la siguiente manera:

	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
Nº de pacientes	13	7	3

Los pacientes que presentaban al momento del ingreso UPP, se clasificaron según el estadio de la úlcera en,

	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Nº de pacientes con UPP	5	2	3	2

A los paciente de estadio I, o que no presentaban UPP, también se les aplicaban ácidos grasos hiperoxigenados, además de sus correspondientes cambios posturales individualizados.

RESULTADOS

- A todos los pacientes, al ingreso en la unidad, se les aplico la guia de procedimientos de enfermería
- Ningún paciente presento nuevas UPP durante la estancia en la unidad.
- Los pacientes de estadio I y II, mejoraron en sus condiciones iniciales al ingreso en la unidad.
- Los pacientes de estadio III y IV, mejoraron en sus condiciones iniciales al ingreso en la unidad, y en 1 caso se mantuvo en sus condiciones iniciales de ingreso en la unidad.

CONCLUSIONES

- Reducción de la prevalencia e incidencia de úlceras por presión en nuestra unidad.
- Protección frente a UPP, tanto en la cama, como en la silla
- Excelente aceptabilidad por parte de todos los pacientes, al no tener que soportar el ruido del motor de los colchones de aire alternante.
- Ahorro importante en gastos en curas, cuidados de enfermería, al prevenir UPP.
- Ahorro en tiempo para el personal de enfermería (montaje y logística)
- Ahorro de espacio en el almacén de la unidad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Challenging the pressure sore paradigm. Price P et al. Journal of Wound Care. April Vol 8, No4, 1999.
- 2.Two clinical evaluations of the Repose® system. Ann MacFarlane, Sue Sayer. Wounds UK 2006, Vol 2, N°3.
- 3.Clinical evaluation of the effectiveness of the Repose® System. Osterbrink J et al. March 2005 (Florida International University, Anesthesiology Nursing Program).
- 4.Het belang van zithouding en drukreducerende kussens in het ontstaan van drukletsels. Prof. Dr. Tom Defloor, Prof. Dr. Mieke Grypdonck. Dep. of Nursing Science, Univerisity of Gent, Belgium.
- 5.Antidecubituskussens, drukvermindering of toch niet? Prof. Dr. Tom Defloor, Prof. Dr. Mieke Grypdonck. Dep. of Nursing Science, Univerisity of Gent, Belgium.
- 6.Recognizing the feet as being at risk from pressure damage. Bale S et al. British Journal of Nursing, 2001, Vol 10, N° 20
- 7.Pressure Relief For Heels: An Effective Innovation. Melhuish JP et al. Wound Healing Research Unit. University of Wales College of Medicine, Heathe Park, Cardiff, UK.
- 8.Pressure Ulcer Prevalence Audit: What are the benefits of doing it? Anne Ballard Wilson.Tissue Viability Nurse Fife Acute Operational Division. Scotland Poster bekroond met de 2de prijs tijdens de EPUAP in Berlijn 31/08 - 02/09 2006
- 9.Repose: the cost-effective solution for prompt discharge of patients Hampton S. British Journal of Nursing, 2000, Vol 9, N°21.
10. The use of a new overlay mattress in patients with chronic pain: impact on sleep and self-reported pain. Price P et al. Clinical Rehabilitation 2003; 17:488-492.
11. Bestimmung der Druck reduzierenden Eigenschaften von Repose® Berlin Cert Prüf- und Zertifizierungsstelle für Medizinprodukte GmbH, 2006-12-17
12. Interim results of randomised controlled trial of two pressure - relieving systems in the prevention of pressure sores in patients with fractured neck of femur. Bale. S. Presented at the 7th European Conference on Advances in Wound Management, Harrogate, 1997.
13. Sitting posture and the prevention of pressure ulcers. Defloor T and Grypdonck MH. Applied Nursing Research, 1999; 12: 136-142.
14. Shared experiences of two Scottish Hospitals in evaluation and resultant implementation of Repose mattresses and heel protectors as part of their hospital protocol in the prevention of pressure ulcers. A MacFarlane & S Sayer 2003. Presented at the 7th EPUAP Open meeting, Tampere.



Innovar en la prevención y tratamiento de UPP, mediante sistemas de aire no alternante

Autores: José Luis Giménez Tébar^{*}; África Moreno Alzamora^{*}; Josefina Altozano Rodado^{*}; M^a Carmen Carrascosa Suárez^{*}; M^a Concepción Ramos Bolufer^{*}; M^a Cruz Martín Redondo^{*}; Vicente Francisco García García^{*}; María Jesús Mas Pla^{**}.

^{*} Servicio de Neumología del HGUÁ; ^{**} Hospital General Universitario de Elicé.

Introducción

Cada vez más, las unidades de hospitalización nos encontramos con pacientes, cuyo riesgo de padecer una úlcera por presión (UPP), es más elevado. Esto nos obliga a adaptar nuestros cuidados de enfermería de una manera individualizada y a dotarnos de unos medios más adecuados para afrontar estos nuevos retos, en definitiva a innovar en nuestra profesión de enfermería.

Objetivos

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia del uso de sistemas de aire no alternante en la prevención y el tratamiento de las UPP, en nuestra unidad de Neumología.

Material y método

Se desarrolló un estudio descriptivo, que duró 4 meses, sobre 23 casos clínicos, a los que se les aplicó este sistema de aire no alternante, en alguna de sus cuatro presentaciones (sobrecolchón, cojín de asiento, alivio de talón o protector de talón).

Los 23 pacientes, se clasificaron según la escala de BRADEN, de la siguiente manera:

	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
Nº de pacientes	13	7	3

Los pacientes que presentaban al momento del ingreso UPP, se clasificaron según el estadio de la úlcera en,

	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Nº de pacientes con UPP	6	2	3	2

A los pacientes de estadio I, o que no presentaban UPP, también se les aplicaban ácidos grasos hiperoxigenados, además de sus correspondientes cambios posturales individualizados.

CASOS CLÍNICOS



Resultados

- A todos los pacientes, al ingreso en la unidad, se les aplicó la guía de procedimientos de enfermería
- Ningún paciente presentó nuevas UPP durante la estancia en la unidad.
- Los pacientes de estadio I y II, mejoraron en sus condiciones íntimas al ingreso en la unidad.
- Los pacientes de estadio III y IV, mejoraron en sus condiciones íntimas al ingreso en la unidad, y en 1 caso se mantuvo en sus condiciones íntimas de ingreso en la unidad.

Conclusiones

- Reducción de la prevalencia e incidencia de úlceras por presión en nuestra unidad.
- Protección frente a UPP, tanto en la cama, como en la silla
- Excelente aceptabilidad por parte de todos los pacientes, al no tener que soportar el ruido del motor de los colchones de aire alternante.
- Ahorro importante en gastos en curas, cuidados de enfermería, al prevenir UPP.
- Ahorro en tiempo para el personal de enfermería (montaje y logística)
- Ahorro de espacio en el área de la unidad.



Referencias:

1. Bestimmung der Druck reduzierenden Eigenschaften von Riapos® Berlin Cert P105- und Zertifikatungstelle für Medizinprodukte GmbH, 2006-12-17
2. Pressure Ulcer Prevention Audit: What are the benefits of using E7 Acne Ballard Wilson Tissue Viability Nurse File Acute Operational Division, Scotland Poster presented at the 2nd Joint Forum on UPP in Berlin 21-23 - 02-09 2006
3. Two clinical evaluations of the Riapos® system. Ann. MacFadden, Sue Daye, Valencia UK 2005, Vol 2, Nº3.
4. Clinical evaluation of the effectiveness of the Riapos® System. Oosterink J et al. March 2005 (Florida International University, Anesthesiology Nursing Program).
5. The use of a new overlay mattress in patients with chronic pain: impact on sleep and self-reported pain. Páez P et al. Clinical Rehabilitation 2005; 17:485-492.

UNA INNOVACIÓN EN LOS CUIDADOS. NUEVOS APOSITOS HIDROCELULARES CON ADHESIVO DE GEL DE SILICONA

José Luis Giménez Tébar*; Inmaculada Villena Gozalvo*; Lidia Santacruz Lillo*;
Antonia Eunice González Ríos*; María Dolores Candel Martínez*; M^a Carmen
García Rabadán*; María Jesús Mas Pla**.

* *Servicio de Neumología del HGUA;*

** *Hospital General Universitario de Elche.*

INTRODUCCIÓN

Los pacientes de nuestra unidad de Neumología sometidos a tratamientos de BIPAP, son cada día mas numerosos, con el incremento de riesgo de úlceras por presión (UPP) en la zona facial debido a la presión que ejerce la mascarilla para no presentar fugas de oxígeno.

OBJETIVOS

Prevenir la aparición de UPP y mejorar la evolución de las UPP que nos ingresen por el uso de la BIPAP.

MATERIAL Y MÉTODO

Nos planteamos un estudio observacional prospectivo, aplicado a todo paciente que ingresaba en la unidad utilizando BIPAP para la protección de la zona facial empleando los nuevos apósitos hidrocélulares con adhesivo de gel de silicona.

Los pacientes que ingresan con UPP debido al uso de BIPAP, también se les trata con los mismos apósitos.

Son apósitos hidrocélulares trilaminares, compuesto por una capa central hidrocélular absorbente entre una capa perforada de contacto con la lesión cubierta con adhesivo de silicona y una capa exterior impermeable altamente transpirable.

En total se estudiaron 18 pacientes de los cuales 9 presentaban al momento del ingreso UPP en la cara, y se clasificaron según el estadio de la úlcera en,

	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Nº de pacientes con UPP	4	2	3	0

A los paciente de estadio I, o que no presentaban UPP, también se les aplicaban ácidos grasos hiperoxigenados.

RESULTADOS

- A todos los pacientes, al ingreso en la unidad, se les aplico el manual de procedimientos de enfermería del HGUA.
- Ningún paciente presento nuevas UPP faciales durante la estancia en la unidad.
- Los pacientes de estadio I mejoraron en sus condiciones iniciales al ingreso en la unidad, y no presentaron solución de la integridad cutánea.

- Los pacientes de estadio II y III mejoraron en sus condiciones iniciales al ingreso en la unidad y sus lesiones evolucionaron favorablemente.

CONCLUSIONES

- El adhesivo de gel de silicona, minimiza el dolor del paciente en los cambios de apósito
- Absorbe exudado no deseado y restos celulares, reduce por tanto la maceración y fugas.
- Elevada capacidad de absorción gracias a su capa central.
- No se adhiere al lecho de la lesión.
- Promueve la cicatrización de la lesión.
- Puede retirarse y colocarse sin perder las propiedades adherentes.
- Fácilmente adaptable y actúa como barrera bacteriana, previniendo la contaminación de la lesión.
- Adhesivo de elevada tolerancia cutánea.
- Mínimos cambios de apósito, puede permanecer en la lesión hasta 3 días.
- Fácil de usar y retirar.
- Contribuye al protocolo de reducción de la presión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Verdú Soriano J, Nolasco A, López Casanova P, Torra i Bou JE. Estudio "Auriga 04": Aplicación y utilidad de los resultados de la investigación con la gama de apósitos Allevyn en Atención Primaria. Revista ROL de Enfermería 2006; 29(4).
2. Ohura N, Ichioka S, Nakatsuka T, Shibata M. Evaluating dressing materials for the prevention of the shear force in the treatment of pressure ulcers. Journal of Wound Care 2005;14(9).
3. Verdú Soriano J, López Casanova P, Fuentes Pagés G, Torra i Bou JE. Prevención de UPP en talones: impacto clínico y económico en una unidad de medicina interna. Revista ROL de Enfermería 2004;27(9).
4. Torra i Bou JE, et al. Úlceras por presión en los talones: Estudio comparativo entre el vendaje protector de talones y un apósito hidrocélular con forma especial para los talones. Revista ROL de Enfermería 2002;25(5).



UNA INNOVACIÓN EN LOS CUIDADOS. NUEVOS APÓSITOS HIDROCELULARES CON ADHESIVO DE GEL DE SILICONA

Autores: José Luis Giménez Tébar*, Inmaculada Villena Gozalvo*, Lidia Santacruz Lillo*, Antonia Eunice González Ríos*, María Dolores Candel Martínez*, M^a Carmen García Rabadán*, María Jesús Mas Pla**.
 * Servicio de Neumología del HGUVA. ** Hospital General Universitario de Elche.

Introducción

Los pacientes de nuestra unidad de Neumología sometidos a tratamientos de BIPAP, con cada día mas numerosos, con el incremento de riesgo de úlceras por presión (UPP) en la zona facial debido a la presión que ejerce la mascarilla para no presentar fugas de oxígeno.

Objetivos

Prevenir la aparición de UPP y mejorar la evolución de las UPP que nos ingresen por el uso de la BIPAP.

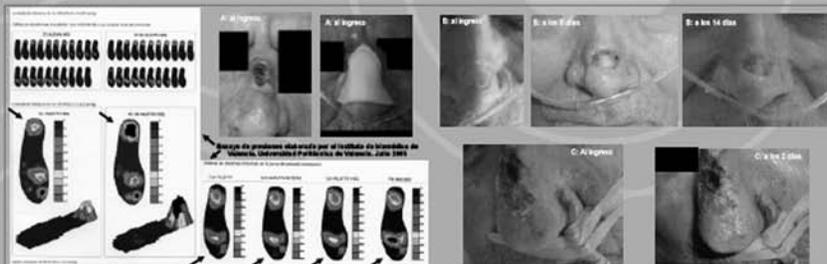
Material y Método

Nos planteamos un estudio observacional prospectivo, aplicado a todo paciente que ingresaba en la unidad utilizando BIPAP. Para la protección de la zona facial se emplearon los nuevos apósitos hidrocelulares con adhesivo de gel de silicona. Los pacientes que ingresan con UPP debido al uso de BIPAP, también se les trata con los mismos apósitos. Son apósitos hidrocelulares tridimensionales, compuesto por una capa central hidrocelular absorbente entre una capa perforada de contacto con la lesión cubierta y adhesivo de silicona y una capa exterior impermeable altamente transpirable. En total se estudiaron 18 pacientes de los cuales 9 presentaban al momento del ingreso UPP en la cara, y se clasificaron según el estado de la úlcera en,

	Estado I	Estado II	Estado III	Estado IV
Nº de pacientes con UPP	4	2	3	0

A los paciente de estado I, o que no presentaban UPP, también se les aplicaban ácidos grasos hiperoxigenados.

CASOS CLÍNICOS



Resultados

- A todos los pacientes, al ingreso en la unidad, se les aplicó el manual de procedimientos de enfermería del HGUVA.
- Ningún paciente presentó nuevas UPP faciales durante la estancia en la unidad.
- Los pacientes de estado I mejoraron en sus condiciones iniciales al ingreso en la unidad, y no presentaron evolución de la fragilidad cutánea.
- Los pacientes de estado II y III mejoraron en sus condiciones iniciales al ingreso en la unidad y sus lesiones evolucionaron favorablemente.

Conclusiones

1. El adhesivo de gel de silicona, minimiza el dolor del paciente en los cambios de apósito.
2. Absorbe exudado no deseado y restos celulares, reduce por tanto la maceración y fugas.
3. Elevada capacidad de absorción gracias a su capa central.
4. No se adhiere al tejido de la lesión.
5. Promueve la cicatrización de la lesión.
6. Puede retirarse y colocarse sin perder las propiedades adherentes, en varias ocasiones.
7. Fácilmente adaptable y actúa como barrera bacteriana, previniendo la contaminación de la lesión.
8. Adhesivo de elevada tolerancia cutánea.
9. Mínimos cambios de apósito, puede permanecer en la lesión hasta 3 días.
10. Fácil de usar y retirar.
11. Contribuye al protocolo de reducción de la presión.



HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE
 Y CENTRO DE ESPECIALIDADES BABEL

Referencias:

1. Verillo Soriano J, Molero A, López Casanova P, Tora I, Bou JE. Estudio "Auriga 04". Aplicación y utilidad de los resultados de la investigación con la gama de apósitos Adheryn en Atención Primaria. *Revista ROL de Enfermería* 2006; 29(4).
2. Obara N, Ichihata S, Nakaseata T, Shirata M. Evaluating dressing materials for the prevention of the shear force in the treatment of pressure ulcers. *Journal of Wound Care* 2005; 14(5).
3. Verillo Soriano J, López Casanova P, Fuentes Puga G, Tora I, Bou JE. Prevención de UPP en pacientes: impacto clínico y económico en una unidad de medicina interna. *Revista ROL de Enfermería* 2004; 27(8).
4. Tora I, Bou JE, et al. Úlcera por presión en las talonas: Estudio comparativo entre el vendaje protector de talones y un apósito hidrocelular con forma especial para las talonas. *Revista ROL de Enfermería* 2002; 25(5).

UNA INNOVACIÓN EN LOS CUIDADOS. NUEVOS APOSITOS DE ADHERENCIA SELECTIVA DE SILICONA, DE CARBÓN Y PLATA

Autores: José Luis Giménez Tébar*; Ana Ávila Rodríguez*; Inmaculada Ortiz Viudes*; M^a Carmen Galindo Boj*; Juana Abellán García*; Bibiana Llopis San Nicolás*; María Jesús Mas Pla**.

* *Servicio de Neumología del HGUA;*

** *Hospital Universitario de Elche.*

INTRODUCCIÓN

A pesar de que en la actualidad disponemos de una amplia oferta de apósitos antimicrobianos, siempre se echa en falta uno que reúna todas las características ideales de un apósito: que no se adhiera al lecho de la herida, ni a la piel perilesional, que no macere los bordes de la herida, que sea antimicrobiano, que gestione el exudado adecuadamente, que elimine el olor, que se pueda utilizar bajo compresión, que se adapte a cualquier localización y que sea recortable para ajustarse a cualquier lesión.

OBJETIVOS

Reducir los signos de infección local en aquellas heridas que los presentan y que han sido tratadas con múltiples productos, sin mejorar en su evolución.

MATERIAL Y MÉTODO

Nos planteamos un estudio observacional prospectivo aplicado a todo paciente que ingresaba con heridas con signos locales de infección: inflamación, eritema, exudado, dolor, olor. Y que no respondiese al tratamiento con otros productos.

Caso 1:

LFR, varón de 69 años de edad, diagnosticado de diabetes Mellitus tipo 2, HTA y patología vascular presenta una pérdida de la solución cutánea en pierna derecha.

Presenta una puntuación en la escala de Braden de 18 puntos.

Tras 30 años de curas con múltiples productos, y observando la maceración de la piel perilesional y signos de infección se opta por aplicarle un apósito absorbente con microadherencia selectiva de Silicona y plata (Mepilex® Ag 20x20). Se le aplico también medidas de terapia compresiva. En dos días la evolución es sorprendente.

Caso 2:

MAG, mujer de 62 años de edad, diagnosticada de obesidad mórbida y patología vascular venosa en ambas piernas. Presenta una puntuación en la escala de Braden de 16 puntos. Presenta úlceras venosas en ambas piernas, con extensión de aproximadamente 30 cm² en pierna izquierda y de 600 cm² en pierna derecha que circunvalaban toda la extremidad. La paciente se niega a llevar medidas de terapia compresiva adecuadas. Se le aplica sorban, crepe y cohesiva para la compresión de la extremidad. Tras años de curas con múltiples productos, y observando la maceración

de la piel perilesional y signos de infección se opta por aplicarle un apósito absorbente con microadherencia selectiva de silicona, carbón y plata (Mepilex® Ag 20x20). La pierna izquierda se consigue cicatrizar y la derecha se reduce la extensión a 400 cm², en 16 días.

Caso 3:

MAA, mujer de 26 años, diagnosticada de hipertensión pulmonar, que después de 2 meses de tratamiento con diversos productos continua sin cicatrizar la UPP del talón derecho.

Observando la maceración de la piel perilesional y signos de infección se opta por aplicarle un apósito absorbente con microadherencia selectiva de Silicona y plata (Mepilex® Ag 10x10).

En dos semanas se tiene la herida cicatrizada.

RESULTADOS

En total se estudiaron 3 pacientes, y en todos ellos mejoraron espectacularmente la evolución de los signos locales de infección de sus heridas. En uno de ellos se consiguió la cicatrización completa de su talón y en otro caso, la cicatrización de una de sus piernas, la otra tuvo una buena evolución.

CONCLUSIONES

- El apósito no queda pegado a la herida ni tira de la piel circundante, lo que reduce al mínimo el traumatismo de la herida y el dolor del paciente.
- Sella los márgenes de la herida para prevenir la maceración
- Inactiva un amplio número de agentes patógenos, incluido el MRSA
- Excelente capacidad de adaptación para un mayor confort del paciente y ajuste del apósito buenas propiedades de control del exudado
- Elimina el olor, gracias a que en su composición lleva carbón activado.
- Puede cortarse para adaptarse a distintos tamaños de herida y áreas difíciles de cubrir
- En resumen, cambios de apósito menos dolorosos y acción antimicrobiana eficaz y absorbente (aun bajo terapia compresiva) en un solo producto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meuleneire F. An observational study of the use of a soft silicone silver dressing on a variety of wound types *Journal of Wound Care* 17 (12): 2008.
2. Durante, C.M. Chronic wounds and local malpractice: an antimicrobial silver soft silicone foam can help solving the problem Poster presentation at the 3rd Congress of the World Union of World Healing Societies, Toronto, Canada. 2008.
3. Pérez Hernández P., Pérez Hernández I., Acosta Acosta J., Pinilla González P. Eficacia de un apósito antimicrobiano de espuma de poliuretano-Silicona-Carbón y Plata Metálica Póster presentado en el VII Simposio Nacional Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), Tarragona, 2008.
4. Schumann H., Apelqvist J., Schmidtchen A., Hansson C. Open, non-comparative, multicentre investigation exploring the tolerance of an absorbent foam dressing containing silver used in chronic wounds Poster presented at the European Wound Management Association Conference, Glasgow, United Kingdom. 2007.



UNA INNOVACIÓN EN LOS CUIDADOS. NUEVOS APOSITOS DE ADHERENCIA SELECTIVA DE SILICONA, DE CARBÓN Y PLATA.

Autores: José Luis Giménez Tébar*; Ana Ávila Rodríguez*; Inmaculada Ortiz Viudes*; M^o Carmen Galindo Boj*; Juana Abellán García*; Bibiana Llopis San Nicolás*; María Jesús Mas Pla**.

* Servicio de Neumología del HGUA; ** Hospital General Universitario de Elche.

Introducción

A pesar de que en la actualidad disponemos de una amplia oferta de apósitos antimicrobianos, siempre se echa en falta uno que reúna todas las características ideales de un apósito: que no se adhiera al lecho de la herida, ni a la piel perilesional, que no macere los bordes de la herida, que sea antimicrobiano, que gestione el exudado adecuadamente, que elimine el olor, que se pueda utilizar bajo compresión, que se adapte a cualquier localización y que sea recortable para ajustarse a cualquier lesión.

Objetivos

Reducir los signos de infección local en aquellas heridas que los presentan y que han sido tratadas con múltiples productos, sin mejorar en su evolución.

Material y método

Nos planteamos un estudio observacional prospectivo aplicado a todo paciente que ingresaba con heridas con signos locales de infección: inflamación, eritema, exudado, dolor, olor. Y que no respondiese al tratamiento con otros productos.

Caso 1: LFR, varón de 69 años de edad, diagnosticado de diabetes Mellitus tipo 2, HTA y patología vascular presenta una pérdida de la solución cutánea en pierna derecha. Presenta una puntuación en la escala de Braden de 18 puntos. Tras 30 años de curas con múltiples productos, y observando la maceración de la piel perilesional y signos de infección se opta por aplicarle un apósito absorbente con microadherencia selectiva de silicona, carbón y plata (Mepilex® Ag 20x20). Se le aplica también medidas de terapia compresiva. En dos días la evolución es sorprendente.

Caso 2: MAG, mujer de 62 años de edad, diagnosticada de obesidad mórbida y patología vascular venosa en ambas piernas. Presenta una puntuación en la escala de Braden de 16 puntos. Presenta úlceras venosas en ambas piernas, con extensión de aproximadamente 30 cm² en pierna izquierda y de 600 cm² en pierna derecha que circunvalaban toda la extremidad. La paciente se niega a llevar medidas de terapia compresiva adecuadas. Se le aplica sorban, crepe y cohesiva para la compresión de la extremidad. Tras años de curas con múltiples productos, y observando la maceración de la piel perilesional y signos de infección se opta por aplicarle un apósito absorbente con microadherencia selectiva de silicona, carbón y plata (Mepilex® Ag 20x20). La pierna izquierda se consigue cicatrizar y la derecha se reduce la extensión a 400 cm², en 16 días.

Caso 3: MAA, mujer de 26 años, diagnosticada de hipertensión pulmonar, que después de 2 meses de tratamiento con diversos productos continúa sin cicatrizar la UPP del talón derecho. Observando la maceración de la piel perilesional y signos de infección se opta por aplicarle un apósito absorbente con microadherencia selectiva de silicona, carbón y plata (Mepilex® Ag 10x10). En dos semanas se tiene la herida cicatrizada.

CASOS CLÍNICOS



Resultados

En total se estudiaron 3 pacientes, y en todos ellos mejoraron espectacularmente la evolución de los signos locales de infección de sus heridas. En uno de ellos se consiguió la cicatrización completa de su talón y en otro caso, la cicatrización de una de sus piernas, la otra tuvo una buena evolución.

Conclusiones

1. El apósito no queda pegado a la herida ni tira de la piel circundante, lo que reduce al mínimo el traumatismo de la herida y el dolor del paciente.
2. Sella los márgenes de la herida para prevenir la maceración.
3. Inactiva un amplio número de agentes patógenos, incluido el MRSA.
4. Excelente capacidad de adaptación para un mayor confort del paciente y ajuste del apósito buenas propiedades de control del exudado.
5. Elimina el olor, gracias a que en su composición lleva carbón activado.
6. Puede cortarse para adaptarse a distintos tamaños de herida y áreas difíciles de cubrir.
7. En resumen, cambios de apósito menos dolorosos y acción antimicrobiana eficaz y absorbente (aun bajo terapia compresiva) en un solo producto.

Referencias:

1. Meunier P. An observational study of the use of a soft silicone silver dressing on a variety of wound types Journal of Wound Care 17 (12): 2008.
2. Durante C.M. Chronic wounds and local malpractice: an antimicrobial silver soft silicone foam can help solving the problem Poster presentation at the 3rd Congress of the World Union of Wound Healing Societies, Toronto, Canada, 2008.
3. Pérez Hernández P., Pérez Hernández I., Acosta Acosta J., Pinilla González P. Eficacia de un apósito antimicrobiano de espuma de polietileno-Silicona-Carbón y Plata Médica Poster presentado en el VI Simposio Nacional Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (ONGALPPT), Tarragona, 2008.
4. Schumann H., Apelqvist J., Schmölchen A., Hansson C. Open, non-comparative, multicentre investigation exploring the tolerance of an absorbent foam dressing containing silver used in chronic wounds Poster presented at the European Wound Management Association Conference, Glasgow, United Kingdom, 2007.

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD HOSPITAL A DOMICILIO PEDIÁTRICO

Teresa Valdés Menor, M^a Dolores Serna Arias y Asunción Adsuar Más
Hospital a Domicilio Pediátrico (UHDP) HGUA

Hospitalización a Domicilio Pediatrica es una alternativa a la hospitalización habitual dependiendo de la situación clínica del niño y de las circunstancias y voluntad del propio paciente y familia que posibilita trasladar al domicilio del niño la experiencia profesional el material propio del hospital, permitiendo al paciente y su familia estar mas tiempo en casa. La necesidad de los cuidados pediátricos en domicilio era una demanda de las familias, que aceptando la cronicidad del proceso que presenta su niño buscaban la mejor forma de compatibilizar vida laboral , enfermedad y familia. El Hospital a Domicilio Pediátrico es un servicio que proporciona tratamiento y cuidados médicos y de enfermería durante un período limitado, en el hogar del niño, para una enfermedad que de otro modo requeriría la atención del niño y familia en un hospital de agudos. El objetivo de los cuidados domiciliarios en pacientes pediátricos, comprende la optimización de la vida de los niños que se enfrentan a patologías, que dificultan su calidad de vida y de sus familias, estos objetivos son:

Objetivos Generales

Mejorar la calidad humana de la asistencia especializada

Objetivos Específicos

Estimular el bienestar de los pacientes pediátricos en su entorno familiar evitando el estrés de la estructura rígida del hospital

CONCLUSIONES

- La UHDP es una buena herramienta para la gestión hospitalaria
- Permite unas relaciones paciente/familia/hospital de alta calidad
- Facilita al niño el sitio más idóneo, que es su propio entorno
- Mayor control de los tratamientos y cuidados
- Evita enfermedades nosocomiales

UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO PEDIATRICA

Hospital General Universitario de Alicante

¿QUÉ ES LA UHDP?

Alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en el hospital

EQUIPO ASISTENCIAL

Dos enfermeras Pediátricas,
 Dos Pediatras,
 Un Trabajador social
 Una Psicóloga

¿PARA QUE SIRVE?

Para prestar los cuidados domiciliarios en pacientes pediátricos.

Para optimizar la vida de los niños que se enfrentan a patologías que dificultan su calidad de vida y la de sus familias.

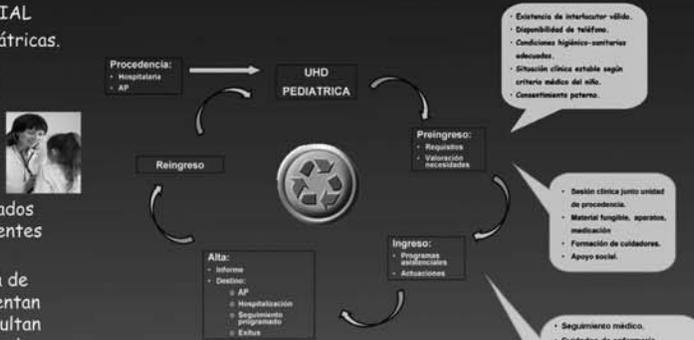
¿POR QUÉ UNA UHDP?

Porque los niños necesitan estar con su familia y en su casa, pero también requieren atención especializada, de gran calidad, más integrada y eficiente en un marco

¿COMO SE GESTO?

La necesidad de los cuidados pediátricos en domicilio era una demanda de las familias

Nuestro hospital ha configurado un equipo asistencial compuesto por dos enfermeras pediátricas y dos pediatras.



¿QUÉ OFRECEN LOS PROFESIONALES DE LA UHDPED?

Una alternativa de atención de alta calidad
 Control de Síntomas
 Acompañamiento del paciente y su familia
 Cuidado de los cuidadores.

OBJETIVOS

- Objetivos Generales: Mejorar la calidad humana de la asistencia especializada.
- Objetivos Específicos: Estimular el bienestar de los pacientes pediátricos en su entorno familiar, evitando el estrés de la estructura rígida del Hospital.

ORGANIZACIÓN vs INTERACCION



CONCLUSIONES

LA UHDP ES UNA BUENA HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA.
 LA UHDP PERMITE UNAS RELACIONES PACIENTE\FAMILIA\ HOSPITAL DE ALTA CALIDAD.
 FACILITA AL NIÑO ESTAR EN EL SITIO MAS IDONEO QUE ES SU PROPIO ENTORNO.
 PERMITE UN MAYOR CONTROL DE LOS TTO. Y CUIDADOS.
 EVITA ENFERMEDADES NOSOCOMIALES.

ENFERMOS CRÓNICOS EN URGENCIAS: EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA, GRADO DE CONOCIMIENTO RESPECTO A SUS POSIBILIDADES EVOLUTIVAS Y DEL TESTAMENTO VITAL

Asunción Santana Cascales, Araceli Páez Romero
Enfermeras del Servicio de Urgencias Generales. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

OBJETIVO

Investigar el grado de conocimiento que tienen los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) respecto a las posibilidades de evolución de su enfermedad y la posibilidad de redactar un documento de testamento vital (TV), así como su predisposición a hacerlo, siendo atendidos durante un periodo de exacerbación de su enfermedad en el servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Inclusión durante 6 meses de pacientes con IC atendidos en el servicios de urgencias del hospital General Universitario de Alicante. Figura 1

Se les realizó una encuesta con 12 preguntas: 4 referentes al grado de información objetiva que había recibido acerca de su enfermedad, 4 respecto a su percepción subjetiva y deseo específico de información, y 4 referentes al TV.

RESULTADOS

Se incluyeron 58 pacientes con IC. La edad media era de 76 ± 10 años, el 56,9 % eran mujeres. El 94,8 % solo tenían estudios primarios. Vivan con pareja el 48,3 % y solos el 20,7 %. Tabla 1.

Aunque el 77,6% se consideraban subjetivamente bien informados de la evolución de su enfermedad, sólo el 37,9 % lo estaban realmente. Un 24,1% desearía tener más información y un 50% mayor participación en la toma de decisiones de las que habían tenido. Sólo el 10,3% sabía en qué consistía un TV y tan sólo en el 1,7 % de los casos su médico le había hablado acerca de él. El 94,1 % de los pacientes designaría como representate en el TV a un familiar. Tabla 2.

CONCLUSIONES

Los pacientes afectados de una enfermedad crónica como la IC que consultan en urgencias son pacientes ancianos, en general con estudios primarios y tienen una deficiente información acerca de las características y posibilidades evolutivas de su enfermedad así como también de su conocimiento del TV y su predisposición a redactarlo.

La enfermería debería jugar un papel activo, informando sobre aspectos relacionados con la enfermedad de paciente y sobre los documentos de testamento vital.

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia cardiaca, urgencias, testamento vital, ética

Figura 1: Diseño e inclusión de pacientes en el estudio.



Tabla 1: Características clínico-demográficas de los 178 pacientes incluidos en el estudio.

Total de pacientes	n=58
Edad en años (media±DE)	76±10
Sexo (n (%))	
-Hombre	25 (43,1)
-Mujer	33 (56,9)
Nivel de estudios (n (%))	
-Primarios	55 (94,8)
-Secundarios	1 (1,7)
-Universitarios	2 (3,4)
Estado civil (n (%))	
-Soltero	2 (3,4)
-Casado	31 (53,4)
-Viudo	23 (39,7)
-Otros	2 (3,4)
Convivencia en domicilio (n (%))	
-Solo	12 (20,7)
-Pareja	28 (48,3)
-Hijo/a	13 (22,4)
-Otros	4 (6,9)
-Residencia de ancianos	1 (1,7)
Número de personas en el domicilio (media±DE)	2,5±1,3
Ingreso previo en el hospital (n (%))	
-Sí	55 (94,8)
-No	3 (5,2)
Ingreso previo en cuidados intensivos (n (%))	
-Sí	15 (25,9)
-No	43 (74,1)

Tabla 2: Resultados de la encuesta al paciente.

Total de pacientes	n=58
(1) Mis médicos me han explicado que la enfermedad que padezco es crónica (n(%))	33 (56,9)
(2) Mis médicos me han explicado que mi enfermedad es evolutiva (n(%))	22 (37,9)
(3) Mis médicos me han explicado que mi enfermedad puede requerir de mi ingreso en una unidad de cuidados intensivos (n(%))	44 (75,9)
(4) Mis médicos me han dicho que mi enfermedad puede necesitar de ventilación mecánica (n(%))	12 (20,7)
(5) Me considero bien informado respecto a la evolutividad de mi enfermedad (n(%))	45 (77,6)
(6) Desearía tener mayor información de mi enfermedad de la que he tenido (n(%))	14 (24,1)
(7) Considero que he participado suficientemente en la toma de decisiones médicas acerca de mi enfermedad (n(%))	36 (62,1)
(8) Desearía tener una mayor participación en la toma de decisiones acerca de mi enfermedad de la que he tenido (n(%))	29 (50,0)
(9) Conozco y sé en qué consiste el testamento vital (n(%))	6 (10,3)
(10) Mis médicos me han explicado qué es y en qué consiste el testamento vital (n(%))	1 (1,7)
(11) Sería partidario de realizar un testamento vital en el futuro (n(%))	6 (10,3)
(12) ¿A quien designaría usted como representante en el testamento vital? (n(%))	
-Familiar	16 (94,1)
-Médico	0 (0)
-Otros	1 (5,9)

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Mínguez Masó S, Supervía A, Campodarve I, Aguirre A, Acharte JL, López Casanova MJ.. Características de los fallecimientos producidos en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2008; 20:113-116.
- 2.- Mateos Rodríguez AA, Huerta Arroyo A, Benito Vellisca MA. Instrucciones previas: actitud de los profesionales de emergencias. *Emergencias* 2007; 19:241-244.
- 3.- Miró G, Pedrol E, Soler A, Serra-Prat M, Yébenes JC, Martínez R, et al. Conocimiento de la enfermedad y documentos de voluntades anticipadas en el paciente seropositivo para VIH. *Med Clin (Barc)* 2006; 126:567-572.
- 4.- Antolín A, Ambrós A, Mangirón P, Alves D, Sánchez M, Miró O. Conocimientos acerca de su enfermedad y de los documentos de voluntades anticipadas en los pacientes con enfermedades crónicas evolutivas descompensadas que consultan en urgencias. *Emergencias* 2007; 19:245-250.
- 5.- Solsona JF, Sucarrats A, Maull E, Barbat C, García S, Villares S. Toma de decisiones al final de la vida. Encuesta sobre la actitud ante la muerte en el paciente crítico. *Med Clin (Barc)* 2003; 120:335-336.
- 6.- Solsona Durán JF. Voluntades anticipadas: una herramienta para anticipar acontecimientos y facilitar la asistencia urgente. *Emergencias* 2007; 19:239-240.
- 7.- Iglesias Lepine M.L, Echarte Pazos J.L. Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias. *Emergencias* 2007;19:201-210.

Enfermos crónicos en urgencias: El paciente con insuficiencia cardíaca, grado de conocimiento respecto a sus posibilidades evolutivas y del testamento vital.

Auración Santana Cascales¹, Araceli Pérez Romero¹
 Enfermeras del Servicio de Urgencias Generales. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

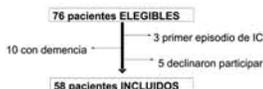
OBJETIVO:

Investigar el grado de conocimiento que tienen los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) respecto a las posibilidades de evolución de su enfermedad y la posibilidad de redactar un documento de testamento vital (TV), así como su predisposición a hacerlo, siendo atendidos durante un periodo de exacerbación de su enfermedad en el servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Inclusión durante 6 meses de pacientes con IC atendidos en los servicios de urgencias del hospital General Universitario de Alicante. Se les realizó una encuesta con 12 preguntas: 4 referentes al grado de información objetiva que había recibido acerca de su enfermedad, 4 respecto a su percepción subjetiva y deseo específico de información, y 4 referentes al TV. Figura 1

Figura 1: Diseño e inclusión de pacientes en el estudio.



RESULTADOS:

Se incluyeron 58 pacientes con IC. La edad media era de 76 ± 10 años, el 56,9 % eran mujeres. El 94,8 % solo tenían estudios primarios. Viven con pareja el 48,3 % y solos el 20,7 %. Tabla 1

Tabla 1: Características clínico-demográficas de los 178 pacientes incluidos en el estudio.

Total de pacientes	n=58
Edad en años (media±DE)	76±10
Sexo (n (%))	25 (43,1)
-Hombre	33 (56,9)
-Mujer	
Nivel de estudios (n (%))	55 (94,8)
-Primarios	1 (1,7)
-Secundarios	2 (3,4)
-Universitarios	
Estado civil (n (%))	2 (3,4)
-Soltero	31 (53,4)
-Casado	23 (39,7)
-Viudo	2 (3,4)
-Otros	
Convivencia en domicilio (n (%))	12 (20,7)
-Solo	28 (48,3)
-Pareja	13 (22,4)
-Hijo/a	4 (6,9)
-Otros	1 (1,7)
-Residencia de ancianos	
Número de personas en el domicilio (media±DE)	2,5±1,3
Ingreso previo en el hospital (n (%))	55 (94,8)
-Sí	3 (5,2)
-No	
Ingreso previo en cuidados intensivos (n (%))	15 (25,9)
-Sí	43 (74,1)
-No	

Aunque el 77,6% se consideraban subjetivamente bien informados de la evolución de su enfermedad, sólo el 37,9 % lo estaban realmente. Un 24,1% desearía tener más información y un 50% mayor participación en la toma de decisiones de las que habían tenido. Sólo el 10,3% sabía en qué consistía un TV y tan sólo en el 1,7% de los casos su médico le había hablado acerca de él. El 94,1 % de los pacientes designaría como representante en el TV a un familiar. Tabla 2

Tabla 2: Resultados de la encuesta al paciente.

Total de pacientes	n=58
(1) Mis médicos me han explicado que la enfermedad que padezco es crónica (n(%))	33 (56,9)
(2) Mis médicos me han explicado que mi enfermedad es evolutiva (n(%))	22 (37,9)
(3) Mis médicos me han explicado que mi enfermedad puede requerir de mi ingreso en una unidad de cuidados intensivos (n(%))	44 (75,9)
(4) Mis médicos me han dicho que mi enfermedad puede necesitar de ventilación mecánica (n(%))	12 (20,7)
(5) Me considero bien informado respecto a la evolutividad de mi enfermedad (n(%))	45 (77,6)
(6) Desearía tener mayor información de mi enfermedad de la que he tenido (n(%))	14 (24,1)
(7) Considero que he participado suficientemente en la toma de decisiones médicas acerca de mi enfermedad (n(%))	36 (62,1)
(8) Desearía tener una mayor participación en la toma de decisiones acerca de mi enfermedad de la que he tenido (n(%))	29 (50,0)
(9) Conozco y sé en qué consiste el testamento vital (n(%))	6 (10,3)
(10) Mis médicos me han explicado qué es y en qué consiste el testamento vital (n(%))	1 (1,7)
(11) Sería partidario de realizar un testamento vital en el futuro (n(%))	6 (10,3)
(12) ¿A quien designaría usted como representante en el testamento vital? (n(%))	16 (94,1)
-Familiar	0 (0)
-Médico	1 (5,9)
-Otros	

CONCLUSIONES:

Los pacientes afectados de una enfermedad crónica como la IC que consultan en urgencias son pacientes ancianos, en general con estudios primarios y tienen una deficiente información acerca de las características y posibilidades evolutivas de su enfermedad así como también de su conocimiento del TV y su predisposición a redactarlo. La enfermería debería jugar un papel activo, informando sobre aspectos relacionados con la enfermedad de paciente y sobre los documentos de testamento vital.

**ESTIMACIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA
DURANTE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN UNA SALA DE
NEUMOLOGÍA. ESTUDIO COMPARATIVO CASO-CONTROL.
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN JUAN (ALICANTE)**

Fontangordo E, Rodríguez T, Valero F, Barragán M, López T, Torres N, Martín M,
Sergado A, Senent C, Chiner E.

INTRODUCCIÓN

La ventilación mecánica no invasiva se utiliza con mayor frecuencia en las Salas de Neumología de los hospitales, pero existen pocos datos acerca del incremento de la carga de trabajo que supone para enfermería la aplicación de esta técnica. Por tanto el objetivo de este estudio es:

OBJETIVO

Estimar las cargas de trabajo al aplicar la VNI en una sala de neumología y evaluar sus resultados

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio prospectivo comparativo de un año de duración de pacientes ingresados que precisaron ventilación no invasiva (VNI). Los pacientes se dividieron en dos grupos: A grupo con (VNI), B grupo control (tratamiento convencional).

Todos los pacientes fueron sometidos a un protocolo de recogida de datos antropométricos, patología de base, modalidad de VNI y evolución clínico gasométrica. Se incluyó una escala (puntuación 0-10) para estimar por turnos las cargas de trabajo según las intervenciones realizadas por paciente, así como el número de entradas en la habitación.

RESULTADOS

Como resultados se incluyeron un total de 85 pacientes que ingresaron en la Sala de Neumología del Hospital Universitario de San Juan de Alicante, 42 pacientes precisaron la aplicación de VNI que forman el grupo A. y a 43 pacientes se les aplicó tratamiento convencional que son el grupo B.. Entre las características basales de la muestra encontramos una edad media de 72 +11 años en ambos grupos, siendo 60 hombres y 25 mujeres el diagnóstico principal fue EPOC (73%) de los cuales 23 pacientes pertenecían al grupo A. y 39 al B. Existen un 13% de pacientes diagnosticados de hipoventilación-obesidad, 11% de neuromusculares y 3% de otras enfermedades respiratorias. El modo de ventilación en los pacientes del grupo que preciso VNI fue 88% bipresión y un 12% volumétrico, la interfase más utilizada la oronasal 76%, los días de ventilación 7,9 + 13 días, el 60% de los pacientes presentaron buena tolerancia a la aplicación de la VNI. Existieron diferencias gasométricas al ingreso entre ambos grupos: A (pH: 7,31+0,07; PaCO₂: 66+14; PO₂/FIO₂: 197 +71). B (pH: 7,39+0,09; PaCO₂: 48 +17; PO₂/FIO₂: 278 +83) p <0,001.

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en la carga media acumulada diaria según las intervenciones realizadas por pacientes hubo diferencias tanto del 1º, 2º y 3º días (1 día 20+9 vs 17+3 $p < 0,05$, 2º día 18+ vs 12 +2 $p < 0,001$, 3º día 14 +7 vs 11+2 $p < 0,05$) así como entre el 1º-3º día y entre 2º -3º día $p < 0,001$ en ambos grupos. Hubo diferencias en el numero de entradas acumuladas diarias del 1º, 2º y 3º día (1 día 28 +12 vs 18 +6, 2º día 24+10 vs 14 +4, 3º día 21+10 vs 11 +4, $p < 0,001$ y entre el 1º-2º día, 1º-3º día y 2º-3º día ($p < 0,05$). No hubo diferencias en los éxitos (5 en el grupo A y 3 en el B), ni en los días de estancia (12+14 vs 9+6) tanto globalmente como en pacientes con EPOC.

CONCLUSIONES

La carga de trabajo en una sala de Neumología en pacientes con VNI es mas elevada que en el grupo control, principalmente en las primeras 48 horas de aplicación de dicha técnica. Por lo que seria necesario ajustar el personal para asegurar la atención necesaria en las primeras horas.

ESTIMACIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA DURANTE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN UNA SALA DE NEUMOLOGÍA. ESTUDIO COMPARATIVO CASO-CONTROL

Fontangordo E, Rodríguez T, Barragán M, Valero F, López T, Martín M, Torres N, Sergado A, Senet C, Chiner E. *Hospital Universitario San Juan de Alicante, Unidad de Enfermería, Neumología*

INTRODUCCIÓN

La VNI se lleva a cabo con mayor frecuencia en Salas de hospitalización, pero existen pocos datos acerca de la carga de trabajo de enfermería que se añade a este proceso.

OBJETIVOS

- Estimar las cargas de trabajo al aplicar VNI en una Sala de Neumología
- Evaluar sus resultados

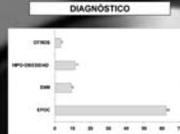
MÉTODO



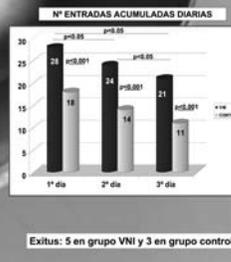
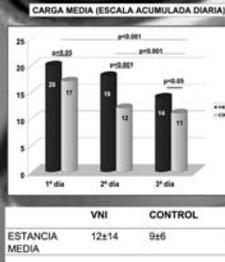
- Estudio prospectivo comparativo de 1 año de duración de pacientes ingresados que precisaron VNI.
- Los pacientes se dividieron en dos grupos: A) grupo con VNI y B) grupo control (tratamiento convencional).
- Todos los pacientes fueron sometidos a un protocolo de recogida de datos antropométricos, patología de base, modalidad de VNI y evolución clínico-gasométrica.
- Se incluyó una escala (puntuación 0-10) para estimar por turnos las cargas de trabajo según las intervenciones realizadas por paciente, así como el número de entradas en la habitación.

RESULTADOS

n=85, grupo A 42, grupo B 43
Edad media 72±11 (72±12 vs 72±11)



	A (VNI)	B (control)	p
pH	7.31±0.07	7.39±0.09	<0.001
PaCO2	66±14	48±17	<0.001
PaO2/FiO2	197±71	278±83	<0.001



	VNI	CONTROL	p
ESTANCIA MEDIA	12±14	9±6	ns

Exitus: 5 en grupo VNI y 3 en grupo control

CONCLUSIONES

La carga de trabajo en una Sala de Neumología en pacientes con VNI es más elevada que en el grupo control, principalmente en las primeras 48 horas, por lo que sería necesario ajustar el personal para asegurar la atención necesaria en las primeras horas.

INNOVANDO EN LA GESTIÓN. RESULTADOS.

Miguel Ángel Fernández Molina.M^aLuisa Ruiz Miralles.
Centro de Salud San Vicente 1.

INTRODUCCIÓN

La reorganización del mapa sanitario de la Comunidad Valenciana en Departamentos de Gerencia Única en 2005, supuso la integración definitiva entre Atención Primaria y Especializada generando una optimización en la utilización de los recursos económicos, técnicos y humanos. Se iniciaron nuevos itinerarios asistenciales y crearon perfiles profesionales del que ya se tienen, resultados positivos. Uno de estos productos es el Modelo Integrado de Atención Domiciliaria (MIAD), integrador de niveles asistenciales, que tiene como referentes en la continuidad de cuidados al Enfermero de Enlace Hospitalario. (EEH) y en la gestión de casos a las Enfermeras de Gestión Comunitaria. (EGC)

OBJETIVOS

Conocer la efectividad del modelo integrado de atención domiciliaria en la Gerencia Única.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional del proceso y resultados, realizado en el medio comunitario del Departamento de Salud de Alicante, de implantación y desarrollo del programa piloto MIAD desde su inicio en Febrero de 2007 hasta Diciembre 2008. La población a estudio esta compuesta por los habitantes de 4 centros de salud piloto y el número estimado de pacientes domiciliarios que requerían continuidad de cuidados y/o gestión de casos. Los agentes domiciliarios fueron 3-EGC y 1,5 EEH. Para la recogida de datos se elaboró una base de datos Excel incluyendo las variables de seguimiento...

RESULTADOS

El número de pacientes domiciliarios captados en el periodo de estudio fue de 1128 (cobertura total del 60,8 % sobre los valores estimados). Se enlazaron entre EEH/EGC un total de 1.154 pacientes, de los que 750 eran domiciliarios y de estos 359 eran pacientes ocultos. Se incluyeron en bolsa de gestión de casos 367 pacientes complejos bajo control y seguimiento de la EGC. En la actualidad 158 pacientes son objeto de gestión de casos, lo que supone un 14,1 % de la totalidad... Se identificaron a 726 cuidadores familiares y realizaron 15 talleres para cuidadores con un total de 225 participantes. Los profesionales y directivos valoraron positivamente la importancia de las enfermeras EGC/EEH, con una puntuación media de 4,95 sobre el máximo de 7.

CONCLUSIONES

La puesta en marcha del MIAD ha dado lugar a: Aumento de la cobertura de pacientes domiciliarios .Captación y seguimiento de sus cuidadores. Disminución de visitas a urgencias e ingresos evitables en los pacientes bajo control de las EGCs. Consolidación de las EGC y el EEH en el contexto de la Gerencia única. Mejora de la continuidad asistencial al alta hospitalaria.



Introducción.

La reorganización del mapa sanitario de la Comunidad Valenciana en Departamentos de Gerencia Única en 2005, supuso la integración definitiva entre Atención Primaria y Especializada generando una optimización en la utilización de los recursos económicos, técnicos y humanos. Se iniciaron nuevos itinerarios asistenciales y crearon perfiles profesionales del que ya se tienen, resultados positivos. Uno de estos productos es el Modelo Integrado de Atención Domiciliaria (MIAD), integrador de niveles asistenciales, que tiene como referentes en la continuidad de cuidados al Enfermero de Enlace Hospitalario. (EEH) y en la gestión de casos a las Enfermeras de Gestión Comunitaria. (EGC)

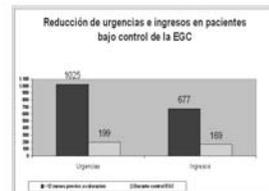
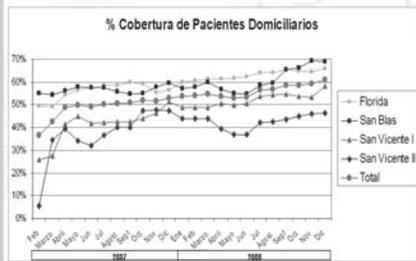
Objetivo.

Conocer la efectividad del modelo integrado de atención domiciliaria en la Gerencia Única.

Metodología

Estudio descriptivo observacional del proceso y resultados, realizado en el medio comunitario del Departamento de Salud de Alicante, de implantación y desarrollo del programa piloto MIAD desde su inicio en Febrero de 2007 hasta Diciembre 2008. La población a estudio esta compuesta por los habitantes de 4 centros de salud piloto y el número estimado de pacientes domiciliarios que requerían continuidad de cuidados y/o gestión de casos. Los agentes domiciliarios fueron 3-EGC y 1,5 EEH. Para la recogida de datos se elaboró una base de datos Excel incluyendo las variables de seguimiento.

Resultados



Conclusiones

La puesta en marcha del MIAD ha dado lugar a:

- ✓ Aumento de la cobertura de pacientes domiciliarios.
- ✓ Captación y seguimiento de sus cuidadores.
- ✓ Disminución de visitas urgentes e ingresos evitables en los pacientes bajo control de las EGCs.



AGENCIA VALENCIANA DE SALUD

ruiz_marmir@gva.es

INDICADORES DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO: ESTUDIO DE REVISIÓN

Carmelo Iborra Moltó*, Sofía López-Roig**, Mercedes Roca Alonso*,
M^a Ángeles Pastor Mira**

*Unidad de Hemodiálisis. Clínica Vistahermosa

**Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Campus San Juan.

INTRODUCCIÓN

La adhesión terapéutica plantea problemas para muchos pacientes renales, debido por una parte, a las restricciones, de líquidos, alimentos y a la obligación de la toma de medicación y del tratamiento de hemodiálisis.

OBJETIVO

Describir los indicadores y criterios de conducta de adhesión característicos de los pacientes renales hemodializados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la analizar el estado de la investigación en la conducta de adhesión en los pacientes tratados con hemodiálisis, se han seleccionado artículos con los siguientes criterios de inclusión:

Se incluirán estudios de revisión, descriptivos y de intervención. Los artículos estarán publicados desde 1970 hasta 2009 en revistas en papel u “on-line”. El lenguaje de publicación será español o inglés. La búsqueda se realizó, en bases de datos biomédicas y psicológicas.

RESULTADOS

Se han obtenido 29 artículos que cumplen los criterios de inclusión, de los que 7 corresponden a revisiones bibliográficas sobre adhesión al tratamiento, 16 corresponden a estudios de adhesión, y 5 corresponden a estudios de intervención para mejorar la adhesión.

Cuadro resumen de indicadores y criterios de conducta de adhesión al tratamiento:

Tratamiento	Indicador de Adhesión	Criterio		Tipo y número de estudios en los que utiliza el indicador		
		Mínimo	Máximo	Revisión (7)	Adhesión (16)	Intervención (5)
Hemodiálisis	Pérdida de sesiones	> 1 al mes	> 2 al mes	N=7	--	--
	Pérdida de 10 min/ses.	> 2 v/ mes	> 3 v/mes	N=4	--	--
Restricción líquidos	IGW	> 1,5 Kg	> 2,5 Kg	N=6	N=11	N=5
	%IWG	> 5%	> 5,7%	N=2	N=2	
	Potasio sérico	> 5 mEq/L	> 6 mEq/L	N=4	N=4	N=2
Restricción dietética	Potasio sérico	> 5 mEq/L	> 6 mEq/L	N=4	N=4	N=2
	Fósforo sérico	> 6 mg/dl	> 7,5 mg/dl	N=4	N=3	--
	BUN (prediálisis)	--	> 100	N=1	N=1	N=1
Fármacos	Recuento pastillas	--	--	N=1	--	--
	Fósforo sérico	> 6 mg/dl	> 7,5 mg/dl	N=4	N=3	--

CONCLUSIONES

Hay una falta de acuerdo sobre los valores de referencia para definir la adhesión. Podemos destacar la necesidad de adoptar criterios unificados para favorecer la comparación de los estudios de adhesión a los tratamientos en los enfermos tratados con hemodiálisis.

Revisiones Bibliográficas

1. Hailey,-B.-J; Moss,-S.-B. (2000). Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: A review of the literature. *Psychology,-Health-and-Medicine* .Vol 5(4) Nov 395-406.
2. Kaveh, K. Kimmel, P.L (2001). Compliance in hemodialysis patients: Multidimensional measures in search of a gold standard. *American Journal of Kidney Diseases*. 37. 244-266.
3. Morgan-L.. (2001). A decade review: methods to improve adherence to the treatment regimen among haemodialysis patients. *EDTNAERCA-Journal* . 27(1) Jan-Mar 7_12.
4. Leggat Jr., J.E. (2005). Adherence with dialysis: A focus on mortality risk. *Seminars in Dialysis*. 18. 137-141.
5. Patel, S.S. Peterson, R.A. Kimmel, P.L. (2005). The impact of social support on end-stage renal disease. *Seminars in Dialysis*. 18. 98-102.
6. Hecking, E. Bragg-Gresham, J.L. Rayner, H.C. Pisoni, R.L. Andreucci, V.E. Combe, C. Greenwood, R. McCullough, K. Feldman, H.I. et all. (2004). Haemodialysis prescription, adherence and nutritional indicators in five European countries: Results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrology Dialysis Transplantation*. 19. 100-107.
7. Denhaerynck, K. Manhaeve, D. Dobbels, F, et all. (2007). Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *American-Journal-of-Critical Care*. 16(3) May 222-236.

Estudios de adhesión

1. Steidl,-John-H; et-al. (1980). Medical condition, adherence to treatment regimens, and family functioning: Their interactions in patients receiving long-term dialysis treatment. *Archives-of-General-Psychiatry*. Vol 37(9) Sep 1025-1027.
2. Yanagida,-Evelyn-H; Streltzer,-Jon; Siemsen,-Arnold. (1981). Denial in dialysis patients: Relationship to compliance and other variables. *Psychosomatic-Medicine*. Vol 43(3) Jan 271-280.
3. Agashua,-P.-A; et-all. (1981). Predicting dietary non-compliance of patients on intermittent haemodialysis. *Journal-of-Psychosomatic-Research*. Vol 25(4) 289-301.
4. Streltzer,-Jon; Hassell,-L.-Harrison. (1988). Noncompliant hemodialysis patients: A biopsychosocial approach. *General-Hospital-Psychiatry*. Vol 10(4) Jul 255-259.
5. O'Brien, M.E. (1990). Compliance behavior and long-term maintenance dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*. 15. 209-214.
6. Everett,-Kevin-D; Brantley,-Phillip-J; Sletten,-Christopher; Jones,-Glenn-N; et-all. (1995). The relation of stress and depression to interdialytic weight gain in hemodialysis patients. *Behavioral-Medicine*. Vol 21(1) Spr 25-30.
7. Sensky,-Tom; Leger,-Christine; Gilmour,-Steven. (1996). Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic haemodialysis. *Psychotherapy-and-Psychosomatics*. Vol 65(1) Jan-Feb 36-42.
8. Christensen,-Alan-J; Wiebe,-John-S; Benotsch,-Eric-G; Lawton,-William-J. (1996). Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. *Cognitive-Therapy-and-Research*. Vol 20(4) Aug 411-421.
9. Friend,-Ronald; Hatchett,-Lena; Schneider,-Mark-S; Wadhwa,-Nand-K. (1997). A comparison of attributions, health beliefs, and negative emotions as predictors of fluid adherence in renal dialysis patients: A prospective analysis. *Annals-of-Behavioral-Medicine*. Vol 19(4) Fal 344-347.
10. Eitel,-Patricia; Friend,-Ronald; Griffin,-Kenneth-W; Wadhwa,-Nand-K. (1998). Cognitive control and consistency in compliance. *Psychology-and-Health*. Vol 13(6) Nov 953-973.
11. Saounatsou-M. (1999). Relation between response to illness and compliance in haemodialysis patients. *EDTNA-ERCA-Journal*. 25(4) Oct-Dec; 32-4.
12. Vives-T; Pujolar-N; Junyent-E; Flores-I; Cordovilla-L; Izquierdo-R. (1999). Adherence to treatment and personality in renal failure. *EDTNAERCA-Journal*. 25(3) Jul-Sep; 13_4.

13. Gago-C; Gruss-E; Gonzalez-S; Marco-B; Fernandez-J; Jarriz-A; Martinez-S; Gonzalez-A; Galvez-C; Andrea-C; Hernando-P; Hernandez-J. (2000). Compliance of haemodialysis patients with prescribed medication. *EDTNAER-CA-Journal*. 26(4) Oct-Dec; 4_6.
14. Christensen,-Alan-J. (2000). Patient-by-treatment context interaction in chronic disease: A conceptual framework for the study of patient adherence. *Psychosomatic-Medicine*. Vol 62(3). May-Jun. 435-443.
15. Oka,-Michiyo; Chaboyer,-Wendy. (2001). Influence of self-efficacy and other factors on dietary behaviours in Japanese haemodialysis patients. *International-Journal-of-Nursing-Practice*. Vol 7(6) Dec. 431-439.
16. Cvengros,-Jamie-A; Christensen,-Alan-J; Lawton,-William-J. (2004). The Role of Perceived Control and Preference for Control in Adherence to a Chronic Medical Regimen. *Annals-of-Behavioral-Medicine*. Vol 27(3) Sum 155-161.

Intervención

1. Magrab,-Phyllis-R; Papadopoulou,-Zoe-L. (1977). The effect of a token economy on dietary compliance for children on hemodialysis. *Journal-of-Applied-Behavior-Analysis*. Vol 10(4) Win 573-578.
2. Hart,-Ronald-R. (1979). Utilization of token economy within a chronic dialysis unit. *Journal-of-Consulting-and-Clinical-Psychology*. Vol 47(3) 646-648.
3. Christensen-AJ; Moran-PJ; Wiebe-JS; Ehlers-SL; Lawton-WJ. (2002). Effect of a behavioral self-regulation intervention on patient adherence in hemodialysis. *Health-Psychology*. 21(4) Jul 393-7.
4. Molaison,-Elaine-Fontenot; Yadrick,-M.-Kathleen. (2003). Stages of change in fluid intake in dialysis patients. *Patient-Education-and-Counseling*. Vol 49(1) Jan 39-56.
5. Tsay-S. (2003). Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *Journal-of-Advanced-Nursing*. 43(4) Aug; 370-5.



Iborra Moltó, C.¹
López-Roig, S.²
Roca Alonso, M.¹
Pastor Mira, M.A.²

1-U. Hemodiálisis, C. Vistahermosa, ASISA (Alicante)
2- Universidad Miguel Hernández (Elche)



INDICADORES DE ADHERIÓN AL TRATAMIENTO: ESTUDIO DE REVISIÓN

INTRODUCCIÓN

La adhesión terapéutica plantea problemas para muchos pacientes renales, debido por una parte, a las restricciones, de líquidos, alimentos y a la obligación de la toma de medicación y del tratamiento de hemodiálisis.

OBJETIVOS

Describir los indicadores y criterios de conducta de adhesión característicos de los pacientes renales hemodializados

MÉTODOS

PROCEDIMIENTO

Para la analizar el estado de la investigación en la conducta de adhesión en los pacientes tratados con hemodiálisis, se han seleccionado artículos con los siguientes criterios de inclusión:

- 1.-Estudios de revisión, descriptivos y de intervención.
- 2.-Artículos publicados desde 1970 hasta 2009 en revistas en papel u "on-line".
- 3.-Lenguaje de publicación español o inglés.
- 4.-Bases de datos biomédicas y psicológicas.

RESULTADOS

Se han obtenido 29 artículos que cumplen los criterios de inclusión:

- 7 corresponden a revisiones bibliográficas sobre adhesión al tratamiento
- 16 corresponden a estudios de adhesión
- 5 corresponden a estudios de intervención para mejorar la conducta de adhesión

Tratamiento	Indicador de Adhesión	Criterio		Tipo y número de estudios en los que utiliza el indicador		
		Mínimo	Máximo	Revisión (7)*	Adhesión (16)*	Intervención (5)*
Hemodiálisis	Pérdida de sesiones	> 1 al mes	> 2 al mes	N=7	-	-
	Pérdida de 10 min/ses.	> 2 v/ mes	> 3 v/mes	N=4	-	-
Restricción líquidos	IWG (Ganacia InterHD)	> 1.5 Kg	> 2.5 Kg	N=6	N=11	N=5
	%IWG	> 5%	> 5,7%	N=2	N=2	-
	Potasio sérico	> 5 mEq/L	> 6 mEq/L	N=4	N=4	N=2
Restricción dietética	Potasio sérico	> 5 mEq/L	> 6 mEq/L	N=4	N=4	N=2
	Fósforo sérico	> 6 mg/dl	> 7,5 mg/dl	N=4	N=3	-
	BUN (prediálisis)	-	> 100	N=1	N=1	N=1
Fármacos	Recuento pastillas	-	-	N=1	-	-
	Fósforo sérico	> 6 mg/dl	> 7,5 mg/dl	N=4	N=3	-

* Las referencias bibliográficas aparecen en el reverso de la copia de mano del póster.

CONCLUSIONES

Hay una falta de acuerdo sobre los valores de referencia para definir la adhesión. Podemos destacar la necesidad de adoptar criterios unificados para favorecer la comparación de los estudios de adhesión a los tratamientos en los enfermos renales tratados con hemodiálisis.

EVOLUCIÓN EN LA DETERMINACIÓN DEL GRUPO SANGUÍNEO Y RH

Calderón García Daniel (*enfermero*), Fernández Alonso-M. Naiara (*enfermera*), López Orts Patricia (*enfermera*), López López Macarena (*enfermera*), Lucas Gasch Javier (*enfermero*), Tornero Tomás M^a Dolores (*Supervisora de la UMT*).

INTRODUCCIÓN

No tenemos datos exactos del momento en que se practicó la primera transfusión de sangre entre humanos. Hoy en día sabemos que no se puede recibir sangre de cualquier persona, pues la mezcla de grupos incompatibles implica complicaciones graves. Karl Landsteiner, en 1901 descubrió los grupos sanguíneos y se denominan A, B, AB y O. Hoy en día se considera clasificación universal.

OBJETIVO

La UMT pretende mostrar la evolución de las diferentes técnicas utilizadas por enfermería, para la determinación del grupo sanguíneo y Rh en pacientes, y de esta forma adaptarnos a la innovación en el mismo campo.

METODOLOGÍA / MATERIAL Y MÉTODOS

1975 la determinación se realizaba con:

- Ladrillo o azulejo blanco.
- Porta objetos.
- Visor (luz caliente).
- Tubo de vidrio.
- Palillo.
- Reactivos de determinación de grupo sanguíneo (suero anti-AB; suero anti-A ; suero anti-B; suero anti-D ; control Rh)
- Más imágenes gráficas.

1980 la determinación se realizaba con:

- Tabla de PVC.
- Porta objetos.
- Visor (luz caliente)
- Tubo de vidrio
- Varilla de plástico
- Reactivos de determinación de grupo sanguíneo (suero anti-AB; suero anti-A ; suero anti-B; suero anti-D; control Rh).
- Más imágenes gráficas.

1995 la determinación se realizara con:

- Tabla de PVC.
- Porta objetos.

- Visor (luz caliente).
- Tubo de vidrio.
- Varilla de plástico.
- Reactivos de determinación de grupo sanguíneo (suero anti- AB; suero anti-A; suero anti-B ; suero anti-D ; control Rh).
- A partir de esta fecha, se introduce en la UMT un nuevo método de determinación con tarjeta de microcolumnas. Dichas tarjetas nos permiten conocer tanto el grupo hemático como el grupo sérico del paciente.
- Para la realización del grupo sanguíneo en tarjeta manual, son necesarios: un tubo de Edta y un tubo de Suero con sangre del paciente, solución DG Gel Sol , Hematíes A y B, y un tubo seco. Se ha de realizar una dilución en el tubo seco con la sangre del paciente (10 _l), y solución de DG Gel Sol (1ml). A partir de esta dilución, se dispensan 50 _l en cada una de las microcolumnas. Esta tarjeta también nos permite conocer el grupo sérico. Por ello, en su composición lleva los antisueros incorporados en todas microcolumnas, exceptuando las dos últimas en las que añadimos Hematíes A y B y Suero del paciente para poder conocer el grupo sérico. Una vez cargada la tarjeta, se centrifuga y se lee visualmente.
- Las tarjetas de determinación de grupo sanguíneo y grupo sérico son utilizables tanto a mano como a máquina, en sistema WADiana Compact informatizado.
- Más imágenes gráficas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultado: Durante los años de servicio de la UMT, a pesar de la incorporación de nuevas técnicas de determinación se sigue empleando el reconocido y respetado “sistema de grupos ABO”.

Conclusiones: El equipo de enfermería de la UMT apuesta por la mejora continua y por la innovación. Por lo que ha ido adaptándose a las nuevas técnicas para la determinación del Grupo sanguíneo y Rh, aportando una mayor seguridad y fiabilidad en el método de trabajo. De esta manera, garantizamos nuestra competitividad así como la consecución de los objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Izaguirre-Ávila R, et al. Evolución del conocimiento sobre la sangre y su movimiento. Rev Invest Clin 2005; 57 (1): 85-97.
- Guía técnica de Grifols.
- Manual interno de procedimientos para la transfusión, elaborado por: Dr. J.J. Verdú;
- Dra. C.Botella; D^a. MD. Tornero; última revisión junio 2009.

UNIDAD DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

EVOLUCIÓN EN LA DETERMINACIÓN DEL GRUPO SANGUÍNEO Y Rh

Calderón Gasco Daniel enfermera; Fernández Alonso-M. Naiara enfermera ;
López Orts Patricia enfermera; López López Macarena enfermera;
Lucas Gasch Javier enfermero Tornero Tomás M^o Dolores Supervisora de UMT



No tenemos datos exactos del momento en que se practicó la primera transfusión de sangre entre humanos. Hoy en día sabemos que no se puede recibir sangre de cualquier persona, pues la mezcla de grupos incompatibles implica complicaciones graves. Karl Landsteiner, en 1901 descubrió los grupos sanguíneos y se denominan A, B, AB y O. Hoy en día se considera clasificación universal.

Objetivo: La UMT pretende mostrar la evolución de las diferentes técnicas utilizadas por enfermería, para la determinación del grupo sanguíneo y Rh en pacientes, y de esta forma adaptarnos a la innovación en el mismo campo.

Resultado: Durante los años de servicio de la UMT, a pesar de la incorporación de nuevas técnicas de determinación se sigue empleando el reconocido y respetado "sistema de grupos ABO".

GRUPO SANGUÍNEO	A	B	AB	O
GLÓBULOS ROJOS				
EN LA REBIBRA	ANTICORPO A	ANTICORPO B	ANTICORPO A Y B	NO ANTICORPO
EN EL PLASMA	ANTIGENO B	ANTIGENO A	NO ANTICORPO	ANTIGENO A Y B

Conclusiones: El equipo de enfermería de la UMT apuesta por la mejora continua y por la innovación. Por lo que ha ido adaptándose a las nuevas técnicas para la determinación del Grupo sanguíneo y Rh, aportando una mayor seguridad y fiabilidad en el método de trabajo. Con la mejora de estos sistemas garantizamos nuestra competitividad así como la consecución de los objetivos.

Bibliografía.
Izaguirre-Ávila R, et al. ón del conocimiento sobre la sangre y su movimiento. Rev Invest Clin 2005; 57 (1): 85-97.
Guía técnica de Grifols.
Manual interno de procedimientos para la transfusión, elaborado por: Dr. J.J. Verdú;
Dra. C. Botella; D^a. MD. Tornero; última revisión junio 2009.

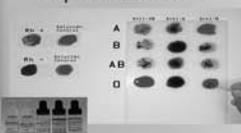
EN LABORATORIO

En 1975



La técnica en laboratorio se realizaba en azulejo blanco con reactivos para la determinación del grupo hemático y la ayuda de palillos

A partir de 1980



Poco tiempo después, se introdujeron la tabla de PVC y varillas de plástico para una mayor eficacia en la técnica.

Desde 1990



A partir de esta fecha, se incorpora como nueva técnica de determinación tarjetas de lectura ABO/Rh que nos permiten

- Tanto la determinación del grupo hemático como sérico del paciente..
- Así como la posibilidad de trabajar tanto a mano como a máquina.



A PIE DE CAMA

La comprobación del grupo sanguíneo del paciente previo a la transfusión es de obligatorio cumplimiento. Se realiza en tubo, enfrentando una gota de hematias del paciente a los reactivos (antisueros) correspondientes.



PROTOCOLO DE HELITRANSPORTE (HEMS) DE PACIENTES PORTADORES DE BALÓN INTRAAÓRTICO DE CONTRAPULSACIÓN (BIAC) PARA SU TRATAMIENTO DEFINITIVO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO.

Gómez-Calcerrada Pérez, Pablo; Gutiérrez Rubio, José Manuel; Sinisterra Aquilino, Juan; Gomis Caparrós, Rafael; Limonchi Fernández, Pedro; Rodríguez Neira, Jorge; Rodríguez Meléndez, Juan Carlos.

UCI HGUA (Box 4)

OBJETIVO

Realización de un protocolo básico para la sistematización de medidas que deben adoptarse en el manejo del traslado con servicios HEMS de pacientes bajo tratamiento con BIAC, así como la determinación de la adaptación de dichos medios de tratamiento a los tipos de helicópteros utilizados en nuestro medio (Ec-135, EC-145 y Bell 412 EP).

MÉTODOS

Inicialmente se realizó una revisión de la bibliografía para supervisar todas las publicaciones relacionadas con el transporte por helicóptero medicalizado de pacientes con tratamiento con BIAC.

RESULTADOS

El BIAC proporciona un medio óptimo de estabilización de aquellos pacientes en shock cardiogénico como consecuencia de la insuficiencia cardíaca.

El transporte HEMS es un recurso óptimo para el transporte de pacientes críticos con asistencia con BIAC.

No se informaron de anomalías en el funcionamiento del helicóptero cuando el BIAC se utiliza en vuelo, ya sea con o sin paciente a bordo.

Se estableció en primer lugar un protocolo de carácter puramente técnico basado en un algoritmo general de la transferencia, y éste fue modificado sobre según la experiencia obtenida en el transporte de pacientes con BIAC.

PROTOCOLO

Durante la FASE de asistencia en el Hospital de referencia

A su llegada al hospital de referencia, el equipo HEMS deberá:

- Evaluar clínicamente al paciente. Ayudar en la preparación del paciente para el transporte.
- Preparar el BIAC para el transporte. Confirmar posiciones iniciales de la bomba. Frecuencia del Balón Intraaórtico. Inflado del BIAC. Desinflado del BIAC. Alarmas. Llenado del BIAC.
- Sincronización del BIAC. Ganancia del ECG.
- Para el correcto funcionamiento durante el transporte aéreo: Debe utilizarse el modo auto de relleno.

Antes de despegar:

- Cargar el paciente y la bomba en el helicóptero.
- Evite movimientos y golpes de la extremidad donde el BIAC está insertado.
- Ubicación óptima en la cabina asistencial de la consola que permita su visión cómodamente
- Anclar y asegurar BIAC en la aeronave (bloqueo de las ruedas y anclaje).
- Si es necesario desconectar las conexiones del paciente, o quitar la batería de la consola para facilitar su manipulación en el helicóptero, el sistema mantendrá los ajustes en la memoria durante 15 minutos.

Durante la FASE de Transporte

- Realizar una evaluación constante de la estabilización del paciente.
- Comprobar periódicamente el correcto funcionamiento de la CPB.
- Control periódico de pulso en la extremidad dónde se inserte CPB.

Durante la FASE de recepción en el hospital de destino

- I. Eliminar los anclajes del BIAC en la aeronave.
- II. Desconexión de la CPB del sistema eléctrico de la aeronave.
- III. Conectar electrodos y transductores de línea arterial y asegurar un funcionamiento óptimo.
- IV. Asegurar las conexiones del catéter y del globo.
- V. Comprobar el correcto funcionamiento de la CPB. Revisar la evolución del paciente.
- VI. Ayudar con la transferencia en la supervisión y control de los accesos venosos y sistemas de gotero. Ayudar y supervisar el traslado del paciente. Realizar la transferencia del paciente y su documentación clínica.
- VII. Informar al Centro Médico Coordinador.

CONCLUSIONES

1. El BIAC puede ofrecer la estabilidad hemodinámica y mejora transitoria a muchos pacientes que necesiten de cirugía o tratamiento invasivo, aun cuando esto deba ser realizado en lugares de referencia situados a larga distancia y que requieran un tiempo prolongado.
2. El medio HEMS es un recurso seguro, rápido y versátil para los pacientes críticos con BIAC que requieran transporte a hospitales de tercer nivel.
3. La naturaleza específica de este tipo de transporte ha requerido la elaboración de un protocolo específico para las misiones HEMS en pacientes asistidos con BIAC.
4. El recurso del medio HEMS de pacientes con shock cardiogénico susceptibles de BIAC no debe utilizarse para justificar la inserción de la misma.
5. El BIAC no debe ser un obstáculo para el transporte de enfermos críticos a los centros de referencia por los equipos HEMS.
6. La adaptación del paciente al BIAC debe tener prioridad sobre la adaptación del BIAC a la aeronave.
7. Los equipos HEMS deben estar familiarizados con el manejo del BIAC a fin de optimizar el uso BIAC durante las misiones HEMS.

PROTOCOLO DE HELITRANSPORTE (HEMS) DE PACIENTES PORTADORES DE BALÓN INTRAORÍTICO DE CONTRAPULSACIÓN (BIAC) PARA SU TRATAMIENTO DEFINITIVO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO

Gómez-Calcerrada Pérez P, Gutiérrez Rubio JM, Sinisterra Aquilino J.A., Gómis Caparros R, Lamonchi Fernández P, Adsuar Quesada JM, Rodríguez Neira J, Rodríguez Meléndez JC.



El BIAC es un sistema que presenta un globo de látex o silicona no trombogénico de unos 25 cm de longitud y con una capacidad de 30, 40 o 50 ml, situado en la punta de un catéter de dos luces, una para la monitorización de la presión aórtica, y otra para el hinchado y deshinchado del balón mediante la insuflación de helio, sincrónicamente con el ciclo cardíaco. Dicho balón se sitúa en la aorta por debajo de la bifurcación de la subclavía izquierda y por encima de la bifurcación aorto-iliaca. La sincronización se lleva a cabo analizando el registro ECG (el balón se hincha durante la onda T y se deshincha justo antes de la onda R), o bien por medio de la curva de presión arterial (inflado en la onda diástola y desinflado justo antes de la eyección sistólica). Con ello se consigue aumentar el flujo coronario a la vez que se disminuye la demanda miocárdica de oxígeno, ya que disminuye la postcarga al disminuir la presión arterial sistólica (se reduce la tensión de la pared del ventrículo izquierdo, que es el principal determinante del consumo miocárdico de oxígeno), y aumenta la presión arterial diastólica, lo que mejora el flujo coronario.

Objetivo

Realizar de un protocolo básico de transporte en medios HEMS de pacientes bajo tratamiento con BIAC que reúna todas las medidas que deben implementarse para su manejo adecuado, así como la determinación de la adaptación de dichos medios de tratamiento a los tipos de helicópteros utilizados en nuestro ámbito de actuación (EC-135, EC-145 y Bell 412 EP).

Método

➤ Inicialmente se realizó una revisión de la bibliografía para supervisar todas las publicaciones relacionadas con el transporte mediante helicóptero medicalizado de pacientes con tratamiento con BIAC.

➤ Se exploró el uso de esta herramienta de apoyo hemodinámico en las misiones HEMS adaptación de los requisitos básicos para asegurar un óptimo funcionamiento del BIAC.

➤ Se identificaron las complicaciones del BIAC con el fin de ofrecer soluciones eficaces a tripulaciones médicas. Además, se examinó la relación entre la misión HEMS y cualquier otro problema hemodinámico de los pacientes con BIAC, además de los factores hemodinámicos que pueden derivarse de la propia fisiopatología de la enfermedad.



➤ Se identificaron las recomendaciones generales de los principales fabricantes del BIAC.

➤ El equipo HEMS realizó un curso teórico de familiarización con el BIAC antes de utilizar el dispositivo en simuladores. Este curso fue impartido por un médico intensivista (acreditación de 20 horas teórico-prácticas).

Protocolo

- 1- Durante la FASE de asistencia en el Hospital de referencia
 - A su llegada al hospital de referencia, el equipo HEMS deberá:
 - Evaluar clínicamente al paciente. Ayudar en la preparación del paciente para el transporte.
 - Preparar el BIAC para el transporte. Confirmar posiciones iniciales de la bomba. Frecuencia del Balón Intraaórtico (BIA). Inflado del BIA. Desinflado del BIA. Alarma. Llenado del BIA.
 - Sincronización del BIA. Ganancia del ECG.
 - Para el correcto funcionamiento durante el transporte aéreo: Debe utilizarse el modo auto de relleno.
- Antes de despegar: Cargar el paciente y la bomba en el helicóptero.
 - Evite movimientos y golpes de la extremidad donde el BIAC está insertado.
 - Ubicación óptima en la cabina asistencial de la consola que permita su visión cómodamente
 - Anclar y asegurar BIAC en la aeronave (bloqueo de las ruedas y anclaje).
 - Si es necesario desconectar las conexiones del paciente, o quitar la batería de la consola para facilitar su manipulación en el helicóptero, el sistema mantendrá los ajustes en la memoria durante 15 minutos.
- 2- Durante la FASE De Transporte
 - Realizar una evaluación constante de la estabilización del paciente.
 - Comprobar periódicamente el correcto funcionamiento de la CPB.
 - Control periódico de pulso en la extremidad donde se inserte CPB.
- 3- Durante la FASE de recepción en el hospital de destino
 - Eliminar los anclajes del BIAC en la aeronave.
 - Desconexión de la CPB del sistema eléctrico de la aeronave.
 - Conectar electrodos y transductores de línea arterial y asegurar un funcionamiento óptimo.
 - Asegurar las conexiones del catéter y del globo.
 - Comprobar el correcto funcionamiento de la CPB. Revisar la evolución del paciente.
 - Ayudar con la transferencia en la supervisión y control de los accesos venosos y sistemas de gotero. Ayudar y supervisar el traslado del paciente. Realizar la transferencia del paciente y su documentación clínica.
 - Informar al Centro Médico Coordinador.

Resultados

- El BIAC proporciona un medio óptimo de estabilización de aquellos pacientes en shock cardiogénico como consecuencia de la insuficiencia cardíaca.
- El transporte HEMS es un recurso óptimo para el transporte de pacientes críticos con asistencia con BIAC.
- No se informaron de anomalías en el funcionamiento del helicóptero cuando el BIAC se utiliza en vuelo, ya sea con o sin paciente a bordo.
- Se estableció en primer lugar un protocolo de carácter puramente técnico basado en un algoritmo general de la transferencia, y éste fue modificado sobre según la experiencia obtenida en el transporte de pacientes con BIAC y las recomendaciones del fabricante

Ubicación del BIAC en la aeronave modelo EC-145



Conclusión

1. El BIAC puede ofrecer la estabilidad hemodinámica y mejora transitoria a muchos pacientes que necesitan de cirugía o tratamiento invasivo, aun cuando esto deba ser realizado en lugares de referencia situados a larga distancia y que requieran un tiempo prolongado en el traslado.
2. El medio HEMS es un recurso seguro, rápido y versátil para los pacientes críticos con BIAC que requieran transporte a hospitales de tercer nivel.
3. La naturaleza específica de este tipo de transporte ha requerido la elaboración de un protocolo específico para las misiones HEMS en pacientes asistidos con BIAC.
4. El recurso del medio HEMS en pacientes con shock cardiogénico susceptibles de BIAC no debe utilizarse para justificar la inserción del mismo.
5. El BIAC no debe ser un obstáculo para el transporte de enfermos críticos a los centros de referencia por los equipos HEMS.
6. La adaptación del paciente al BIAC debe tener prioridad sobre la adaptación del BIAC a la aeronave.
7. Los equipos HEMS deben estar familiarizados con el manejo básico del BIAC a fin de optimizar el uso mismo durante las misiones HEMS.

**PROTOCOLO DE CAMBIO DE PROLONGADOR UTILIZANDO
SPRAY DESINFECTANTE.
COMPLICACIONES INFECCIOSAS (PERITONITIS) POST-CAMBIO
1994-2008**

Luis Picó Vicent (193), Lourdes Picó Mira, Leonor Blaya Ruíz, Luis González Clara, Antonio Díaz Guijarro, Rosa Serrano Borrell, José Miguel Cases Iborra, Frco. Javier Pérez Contreras.

INTRODUCCIÓN

Hasta Diciembre de 1983 en nuestra Unidad se realizaban los entonces CAMBIOS DE LINEAS mediante la desinfección de las conexiones por inmersión de estas en solución líquida de Povidona yodada. A partir de 1984, pasamos a realizar estos cambios utilizando Solución alcohólica de yodopovidona en spray. La tasa de peritonitis post-cambio de línea, era importante con la inmersión en yodopovidona líquida, sin embargo cuando empezamos con la utilización de yodopovidona en spray para la realización de los cambios, las peritonitis post cambio de línea fueron 0 episodios. (1) Fueron apareciendo nuevos sistemas de D.P. y estos se fueron simplificando hasta llegar a los actuales sistemas de desconexión en Y con prolongador del catéter. Nuestro protocolo para el cambio de línea primeramente y el cambio de prolongador posteriormente, ha ido adaptándose a estos cambios pero siempre sobre la base de la utilización de las distintas soluciones desinfectantes en Spray (2) (2.1) que nos han ido proporcionando las casas comerciales.

OBJETIVO

Exponer nuestro protocolo actual para el cambio de prolongador y resultados del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de todos los pacientes en programa, cambios de prolongador realizados e infecciones peritoneales (peritonitis), entre Enero de 1994 y Diciembre de 2008.

Material: Prolongador, Spray desinfectante, tapón del prolongador, gasas y paños estériles, mascarillas, pinza atraumática.

Preparación del paciente: Paciente acostado, mascarilla, desinfección del catéter y prolongador.

Preparación del Enfermero/a: Mascarilla, lavado y desinfección de manos.

Protocolo de cambio de prolongador:

Colocación de mascarilla al paciente y Enfermero-a.

Preparación de todo el material a utilizar sobre un campo estéril en mesa auxiliar.

Lavado y desinfección de manos.

Colocación de campo estéril sobre el paciente.

Pinzar el catéter con pinza atraumática.

Desinfección del catéter-prolongador con desinfectante en spray.
Lavado y desinfección de manos.
Desconexión del prolongador antiguo y conexión del prolongador nuevo.
Breve drenaje de líquido peritoneal.
Colocación del tapón del prolongador.

RESULTADOS

El número total de pacientes tratados en nuestra unidad en este periodo ha sido de 285. Media 19 pacientes/año.

El número total de cambios de prolongador realizados ha sido de 822.

Media de 54,8 cambios/año.

Episodios de peritonitis post-cambio de prolongador..... 0

Tiempo aproximado empleado en la realización del cambio.....10'

CONCLUSIONES

Las referencias bibliográficas encontradas sobre infecciones peritoneales post-cambio de prolongador son muy escasas (3) (4) (5), por lo que hay que deducir que estas no se producen y que todos los protocolos utilizados son apropiados.

El camino pues debería ser el de simplificar la técnica del cambio y reducir el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- P. Clemente, L. Picó, et al. "Cambio de línea en DPCA utilizando como antiséptico solución alcohólica de povidona yodada en spray" Libro de comunicaciones 1as. Jornadas Nacionales DPCA para Enfermería Nefrológica. Alicante 1985
- 2.- Frekaderm Spray. Descripción del producto.
 - 2.1.- Cutasept Spray. Descripción del producto.
- 3.- L. Picó, P. Clemente, L. Blaya. "Sistema de desconexión. Cambio del prolongador por el paciente" Libro de comunicaciones 2as. Jornadas Nacionales DPCA para Enfermería Nefrológica. Alicante 1988.
- 4.- M. Tejuca, A. Tejuca, P. Gallardo, R. García. "Cambio de prolongador en domicilio: nuevo protocolo" Revista SEDEN. Nº1, Vol. 5, I Trim. 2002.
- 5.- P. Gruart, C. Matud, C. Moreno, E. Salillas, L. Andreu. "Diseño de un protocolo para el cambio de prolongador en Diálisis Peritoneal" Revista SEDEN. Nº 1, Vol.12, 1 Trim. 2009.

PROTOCOLO DE CAMBIO DE PROLONGADOR UTILIZANDO SPRAY DESINFECTANTE. COMPLICACIONES INFECCIOSAS (PERITONITIS) POST-CAMBIO 1994-2008

Luis Phil Vicent (PDR), Luis Serrador Cruz, Lourdes Phil Ma, Lester Diaz Ruiz, Antonio Diaz Salazar, Rosa Romero Buitrago, José Miguel Casas Novas, Pinar Javier Pérez Cortés. Unidad de Salud Peritoneal - Servicio de Nefrología - Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN

Hasta Diciembre de 1993 en nuestra Unidad se realizaban los entonces CAMBIOS DE LINEAS mediante la desinfección de las conexiones por inmersión de estas en solución líquida de Povidona yodada. A partir de 1994, pasamos a realizar estos cambios utilizando Solución alcohólica de yodopovidona en spray. La tasa de peritonitis post-cambio de línea, era importante con la inmersión en yodopovidona líquida, sin embargo cuando empezamos con la utilización de yodopovidona en spray para la realización de los cambios, las peritonitis post cambio de línea fueron 0 episodios. (1) Fueron apareciendo nuevos sistemas de D.P. y estos se fueron simplificando hasta llegar a los actuales sistemas de desconexión en Y con prolongador del cálculer. Nuestro protocolo para el cambio de línea primeramente y el cambio de prolongador posteriormente, ha ido adaptándose a estos cambios pero siempre sobre la base de la utilización de las distintas soluciones desinfectantes en Spray (2) (2-1) que nos han ido proporcionando los casos comerciales.

OBJETIVO

Exponer nuestro protocolo actual para el cambio de prolongador y resultados del mismo.

MATERIAL Y METODO

Hemos revisado todos los pacientes en programa, cambios de prolongador realizados y peritonitis, entre Enero de 1994 y Diciembre de 2008.



RESULTADOS

El número total de pacientes tratados en nuestra unidad en este periodo ha sido de 285. Media 19 pacientes/año. El número total de cambios de prolongador realizados ha sido de 822. Media de 54,8 cambios/año. Episodios de peritonitis post-cambio de prolongador.....0
Tiempo aproximado empleado en la realización del

CONCLUSIONES

Las referencias bibliográficas encontradas sobre infecciones peritoneales post-cambio de prolongador son muy escasas (3) (4) (5), por lo que hay que deducir que estas no se producen y que todos los protocolos utilizados son apropiados. El camino a seguir debería ser el tratar de simplificar la técnica del cambio de prolongador y reducir el tiempo a emplear.

Resumen
El objetivo de este estudio es exponer el protocolo actual para el cambio de prolongador y los resultados obtenidos. Se revisaron todos los pacientes en programa de diálisis peritoneal, cambios de prolongador realizados y episodios de peritonitis, entre enero de 1994 y diciembre de 2008. Hasta diciembre de 1993 se realizaban los cambios de línea mediante la desinfección de las conexiones por inmersión en solución líquida de povidona yodada. A partir de 1994 se pasó a utilizar solución alcohólica de yodopovidona en spray. La tasa de peritonitis post-cambio de línea era importante con la inmersión en yodopovidona líquida, sin embargo cuando se comenzó a utilizar yodopovidona en spray para la realización de los cambios, las peritonitis post-cambio de línea fueron 0 episodios. Fueron apareciendo nuevos sistemas de diálisis peritoneal y estos se fueron simplificando hasta llegar a los actuales sistemas de desconexión en Y con prolongador del cálculer. Nuestro protocolo para el cambio de línea primeramente y el cambio de prolongador posteriormente, ha ido adaptándose a estos cambios pero siempre sobre la base de la utilización de las distintas soluciones desinfectantes en spray que nos han ido proporcionando los casos comerciales. Hemos revisado todos los pacientes en programa, cambios de prolongador realizados y peritonitis, entre enero de 1994 y diciembre de 2008. El número total de pacientes tratados en nuestra unidad en este periodo ha sido de 285. Media 19 pacientes/año. El número total de cambios de prolongador realizados ha sido de 822. Media de 54,8 cambios/año. Episodios de peritonitis post-cambio de prolongador: 0. Tiempo aproximado empleado en la realización del cambio de prolongador: 5 minutos. Conclusiones: Las referencias bibliográficas encontradas sobre infecciones peritoneales post-cambio de prolongador son muy escasas (3) (4) (5), por lo que hay que deducir que estas no se producen y que todos los protocolos utilizados son apropiados. El camino a seguir debería ser el tratar de simplificar la técnica del cambio de prolongador y reducir el tiempo a emplear.



MEMORIA

DE LAS XIV JORNADAS

“Seguridad en los cuidados, un compromiso de todos”

FECHAS: 21 y 22 de noviembre de 2.008

LUGAR: Alicante

SEDE: Salón de Actos del Hospital General Universitario de Alicante

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

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

OBJETIVOS GENERALES

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

OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

CONFERENCIA INAUGURAL:

La conferencia inaugural corrió a cargo de D. Jesús Casal Gómez de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo), con el título: “La seguridad del paciente y la prevención de efectos adversos”.

Planteó el reto de hacer de nuestro sistema de salud, el más seguro del mundo, exigiéndonos para ello el compromiso de ponernos en marcha para alcanzarlo. Hizo referencia a que imaginar un sistema de salud en el que los cuidados que se presten generen confianza no tan solo en quienes los prestan, sino que quienes los reciban tengan absoluta confianza de la calidad de los mismos. Señaló que la seguridad de los pacientes está en la actualidad en la agenda de las políticas de salud de los países de nuestro entorno. La OMS también asume este reto desde el principio del viejo aforismo “Primum non nocere”.



MESA INAUGURAL:

Estuvo compuesta por: Ilma. Sra. PILAR RIPOLL FELIÚ, Directora General de Calidad y Atención al Paciente de la Conselleria de Sanitat, Presidente del CECOVA Ilmo Sr. D. José Antonio Avila Olivares, Ilma. Sra. Belén Pérez Payá Presidenta del ICO de Enfermería de Alicante, Dr. D. José Martínez Soriano, Director Gerente del Departamento de Salud 19 y D. Miguel Ángel Fernández Molina, Director de Enfermería del Departamento de Salud 19.



MESAS DE TRABAJO:

El Comité aceptó 26 trabajos de los cuales 12 se expusieron en forma de comunicación oral, y 14 con formato póster.

Se realizaron 4 mesas de trabajo de las cuales 2 fueron de expertos y 2 de comunicaciones libres.

Se introdujo una nueva modalidad llamada “Experiencia” con la presentación de 1 trabajo.

La procedencia de los trabajos fue del Hospital General Universitario de Alicante, Centro Salud Florida y Universidad Miguel Hernández.

Las mesas de trabajo y sus lemas fueron:

Mesa Expertos Nº 1.

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

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

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

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



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

Mesa de Comunicaciones Libres 1:

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

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

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

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

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

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

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

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

Mesa de Comunicaciones Libres 2:

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

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

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

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

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

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

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

Mesa Expertos Nº 2

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

“Seguridad Clínica y Seguridad Jurídica”

Ponentes:

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

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

D. Pablo López Casanova. *Enfermero. Coordinador Grupo de Mejora en U.P.P. Hospital General Universitario de Elche.* “Calidad Asistencial y Cultura de Seguridad”.

Las mesas de trabajo abordaron temas relacionados con la educación para la salud, formación de cuidadores (la figura del cuidador tuvo especial relevancia como elemento emergente dentro del ámbito hospitalario), metodología enfermera (destacando diversos protocolos de actuación de enfermería, como el uso del dispositivo Cough Assist, administración vacuna triple vírica o curas de lesiones cutáneas debatiendo en profundidad la importancia en la práctica), continuidad de cuidados y aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

Los expertos trataron, por un lado la seguridad desde el ángulo de las prácticas basadas en la evidencia, recordándonos que la formación en la utilización de materiales de bioseguridad, higiene adecuada de manos y una mejora en la calidad de la terapia intravenosa repercuten positivamente en la salud de los pacientes y en la actividad laboral de los profesionales sanitarios. Por otro lado se centraron en la seguridad clínica y jurídica desde la aseveración de que la practica clínica entraña riesgos



y que aún con profesionales cualificados y medios apropiados cabe la posibilidad de que ocurran eventos adversos, de ahí la necesidad de una reflexión sobre la práctica sanitaria.

Nos exhortaron a fomentar la cultura de seguridad entre los profesionales siendo esta un componente de calidad y un derecho de los pacientes.

TALLERES DE ENFERMERIA:

Se realizaron 3 talleres interactivos coordinados por Dña. Mercedes Albaladejo Tello. Los tres talleres fueron impartidos desde un ámbito teórico-practico con la finalidad de difundir actividades, tareas y organización de la labor diaria dentro del marco de la construcción de una cultura de seguridad del paciente.

Taller Interactivo 1:

“Construir una cultura de seguridad”

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

Talleres Interactivos 2:

Taller Interactivo 2.1.

“Bioseguridad en Atención Primaria”

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



Taller Interactivo 2.2.

“Seguridad transfusional, también es compromiso de todos”

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

CONFERENCIA DE CLAUSURA:

Corrió a cargo de D. Luis Galindo Olivera, experto en temas de motivación, liderazgo e inteligencia emocional con el título “Liderando el compromiso”. Nos hizo referencia a las claves para conseguir el éxito profesional desde el ángulo de la actitud como elección: actitud con nosotros mismos, en nuestro trabajo, en familia, amigos, etc., para facilitar con ello una posición de compromiso en todos los órdenes de la vida.

Nos habló del optimismo inteligente, de cómo acercarnos o llegar a él, y sobre las capacidades del ser humano para adoptar una postura negativa o positiva ante la vida.



ACTIVIDADES PARALELAS:

Como monologo y con la pretensión de ser una reflexión en voz alta D. Diego José Ibáñez Gallardo nos previno sobre el estrés en las enfermeras y enfermeros del S. XXI y de los riesgos derivados de éste.

Nos explicó la forma de conexas y entrelazar los dos lados del cerebro: el izquierdo el de la ciencia y el conocimiento y el derecho el de las emociones. Y nos expuso exhaustivamente que la fuerza como profesionales no está en nuestra BATA sino en cada uno de nosotros.



EQUIPO ORGANIZATIVO:

A destacar la novedad de contar con un servicio de interpretación del lenguaje de signos durante los dos días de las jornadas. El éxito organizativo no hubiera sido posible sin la colaboración desinteresada de los miembros de los Comités Científico y Organizador cuyos componentes fueron:



PRESIDENCIA

D. Miguel Ángel Fernández Molina
Director de Enfermería del H.G.U.A.
Departamento de Salud 19

VICEPRESIDENCIA

D. José Ramón González González
Director de Enfermería de Atención Primaria
D^a Asunción Sempere Quesada
Subdirectora de Enfermería del H.G.U.A.

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

D^a Nieves Izquierdo García
Subdirectora de Área

VOCALES:

Dña. Carmen LLabata García	Dña. Ana I. Sabater Sala
Dña. Virginia Alemañ Santos	Dña. M ^a Luisa Ruiz Miralles
D. Jose Luis Giménez Tebar	Dña. Asunción Pérez Andreu
Dña. Inés González Sanchez	Dña. Mercedes Segura Cuenca.
Dña. M ^a Angeles Lillo Hernández	Dña. Pilar Toboso González
Dña. M ^a José Muñoz Reig	Dña. Alicia Muñoz Moll
Dña. Josefa Martínez Cutanda	Dña. M ^a José Sánchez Soler
Dña. Belén Payá Pérez	Dña. Marina Fuster Pérez

COMITÉ ORGANIZADOR
PRESIDENTE

D. Ginés A. Rodríguez Aguilar
Subdirector de Enfermería

VOCALES:

D. Francisco Blanes Compañ	D. Héctor Terol Royo
D. Francisco Pérez Useros	D. Jose Luis López Montes
Dña. Encarna Mateo López	D. Fidel Climent Aragó
Dña. Isabel Chaves Muñoz-Alcon	Dña. María Torres Figueiras
Dña. M ^a Dolores Martín García	D. José Borrell Climent
Dña. Petri Rosell Hergueta	Dña. M ^a Carmen Martín Martínez
Dña. Victoria Burguera Anguiano	D. Javier Gómez Robles
Dña. Manuela Domingo Pozo	

SECRETARÍA TÉCNICA

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

COORDINACIÓN TALLERES

Dña. Mercedes Albaladejo Tello
Adjunta de Enfermería

DIVULGACION INFORMATIVA:

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

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

INSCRIPCIONES:

En la XIV edición de las Jornadas de Enfermería cuyo propósito siempre es el de divulgar los trabajos y la producción científica del departamento 19, el número de inscripciones fue de 1.016.

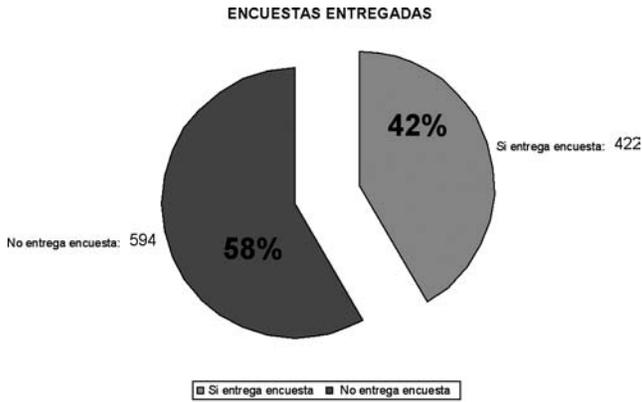
Como característica definitoria conservó el carácter de gratuidad que se imprime en la totalidad de los actos que conllevan la realización de las Jornadas.

VALORACIÓN ENCUESTAS:

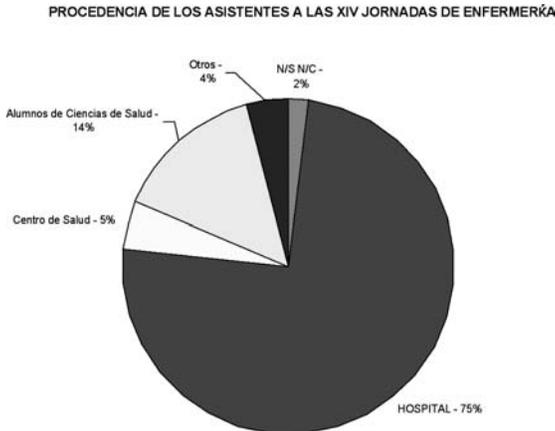
Como en ediciones anteriores, junto con la documentación entregada al participante se adjuntó una encuesta de opinión para ser contestada anónimamente por los asistentes. La cumplimentación de los diversos ítems, 10 en total (9 ítems cerrados y 1 libre abierto) facilitó la evaluación de las jornadas.

Los comités según los resultados obtenidos valoraron el grado de satisfacción de los profesionales que contestaron la encuesta y recogieron las propuestas de mejora y sugerencias para sucesivas ediciones.

El número de encuestas contestadas fue de 422, lo que equivale a un 42 % del total de las inscripciones.



De los encuestados la mayor asistencia registrada fue de personal hospitalario con un 75 % seguido por un 14 % de alumnos, un 5 % de personal de centros de salud, y un 4 % de otras procedencias.

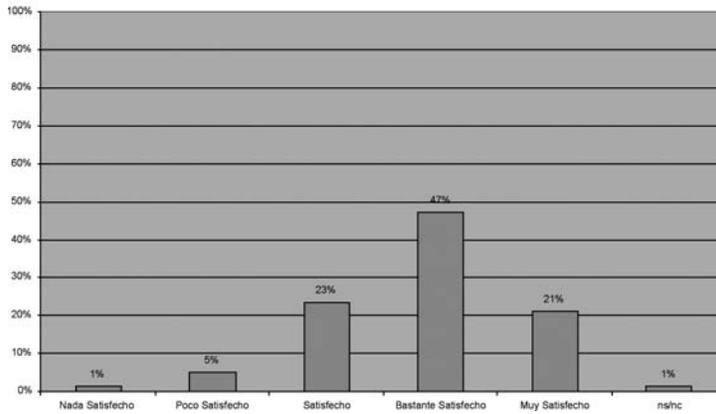


Las respuestas obtenidas en los ítems de la encuesta seguían una escala Likert:

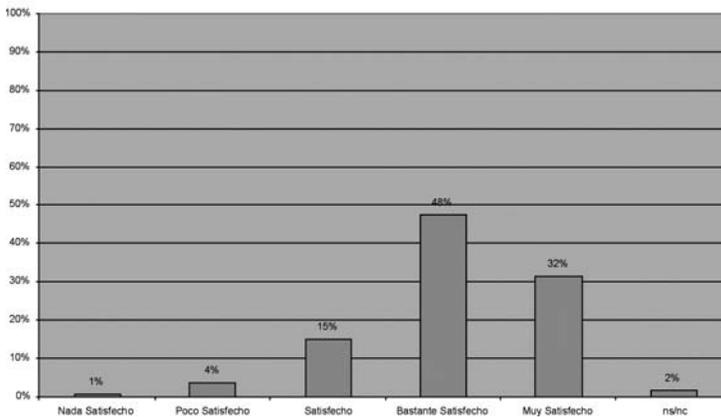
1. Nada satisfactorio
2. Poco satisfactorio
3. Satisfactorio
4. Bastante satisfactorio
5. Muy satisfactorio

Como puede observarse en los gráficos siguientes el 93 % de las respuestas de los encuestados se encuentran en el intervalo entre: satisfecho/muy satisfecho con respecto a la divulgación/información, organización, calidad global de las jornadas y un 83 % respecto a la innovación de las comunicaciones.

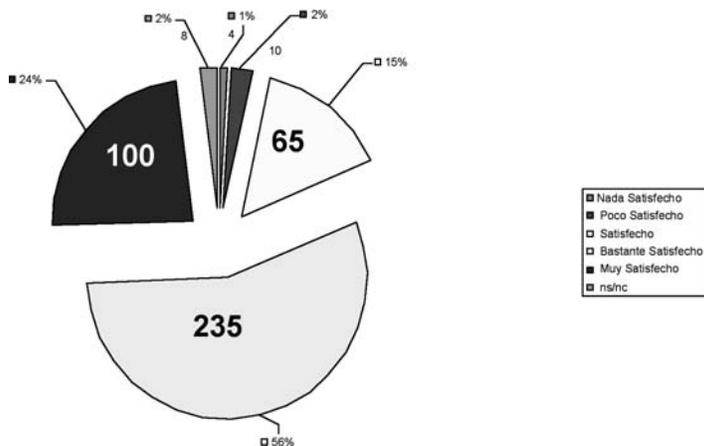
Divulgaciyn / informaciyn de las XIV Jornadas de Enfermeria



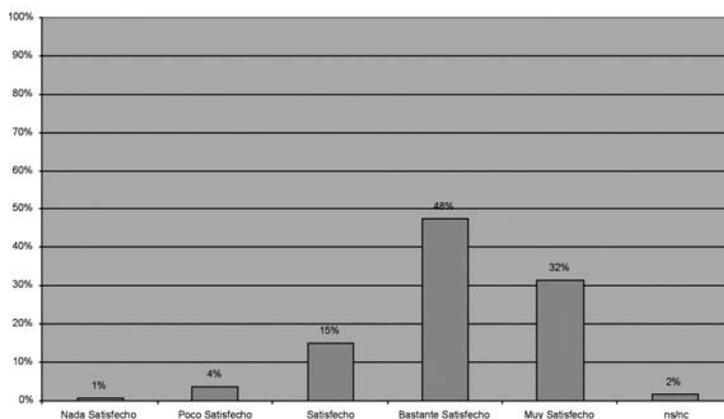
Organizaciyn de las XIV Jornadas de Enfermeria



Calidad Global de las XIV Jornadas de Enfermería

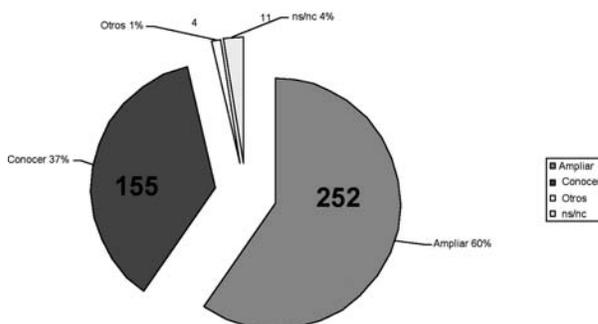


Organizaci3n de las XIV Jornadas de Enfermería



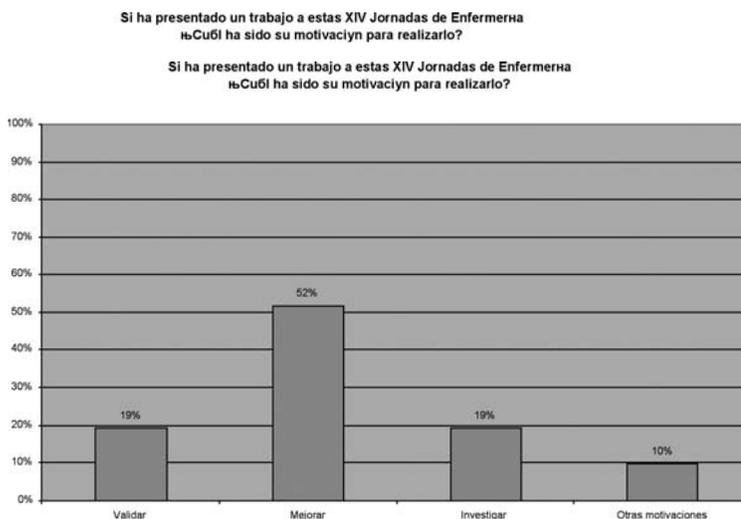
Sobre la motivaci3n o inter3s que llevó a los participantes a asistir a las XIV Jornadas, el 60 % contesta que es por ampliar sus conocimientos, el 37 % por conocer el trabajo o investigaci3n que se está realizando en

Motivaci3n para la asistencia a las XIV Jornadas de Enfermería

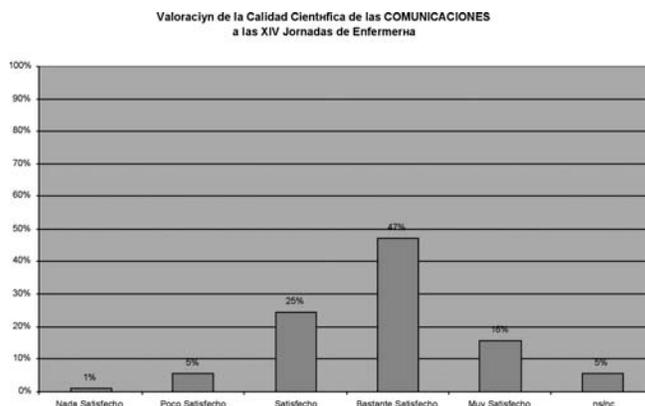


otros campos. Estas respuestas están muy igualadas y son muy similares a ediciones anteriores.

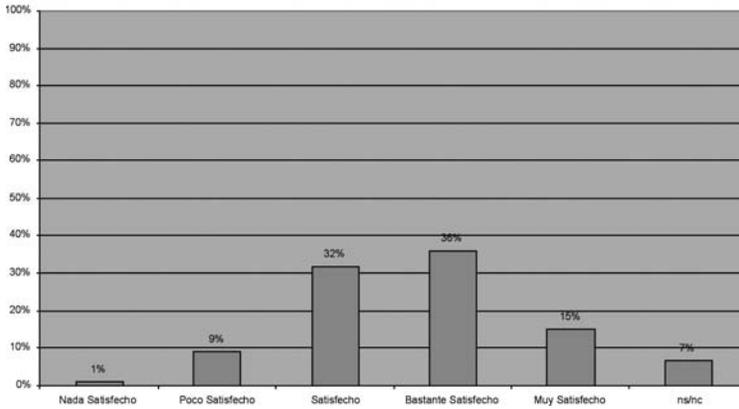
Con relación a la pregunta ¿Cuál ha sido su motivación para presentar un trabajo en las jornadas?, el 52 % de los encuestados, que han presentado algún trabajo, contesta que su motivación ha sido para mejorar o ampliar la comunicación/información al usuario. El 19 % para investigar, el 19 % para validar, y un 10 % por otros motivos. La intención de los profesionales cada año es mayor en relación a la mejora continua en la elaboración de sus trabajos.



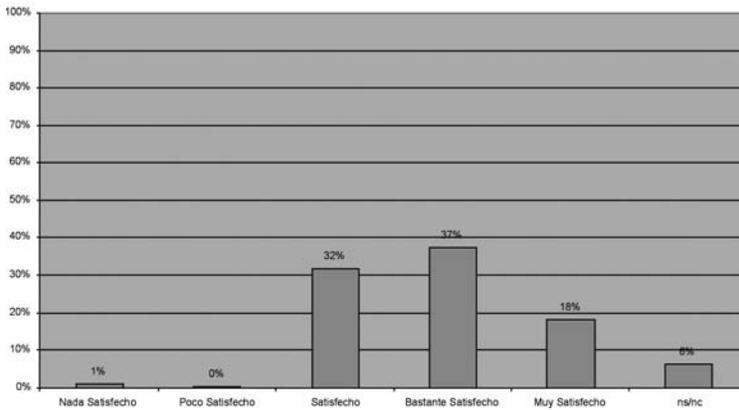
El 89 % valoró las comunicaciones entre satisfactorio y muy satisfactorio en cuanto a los ítems de calidad, innovación, aplicabilidad en la práctica y presentación.



**Valoraci3n de la Innovaci3n de las COMUNICACIONES
a las XIV Jornadas de Enfermeria**

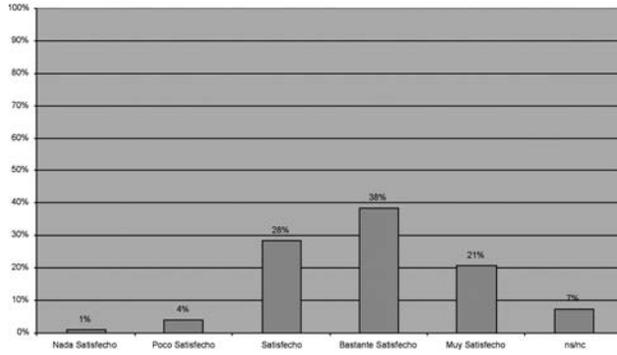


**Valoraci3n de la Aplicabilidad en la pr3ctica de las COMUNICACIONES
a las XIV Jornadas de Enfermeria**

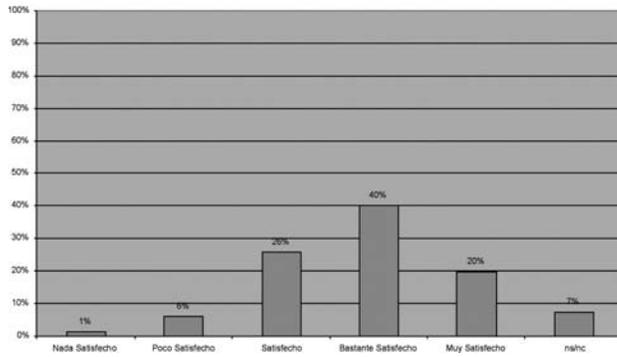


Los posters fueron valorados en relaci3n a los ite ms preguntados de: aplicabilidad en la pr3ctica, presentaci3n y calidad, en un 83 % entre el intervalo de satisfactorio a muy satisfactorio, destacando la calidad y presentaci3n que superan el 88 %.

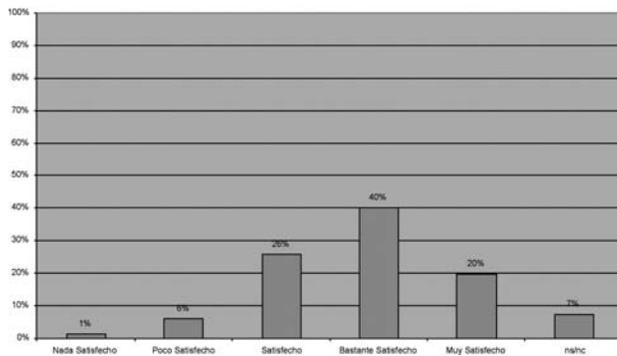
Valoraci3n de los Posters de las XIV Jornadas de Enfermeria: CALIDAD



Valoraci3n de los Posters de las XIV Jornadas de Enfermeria: INNOVACI3N

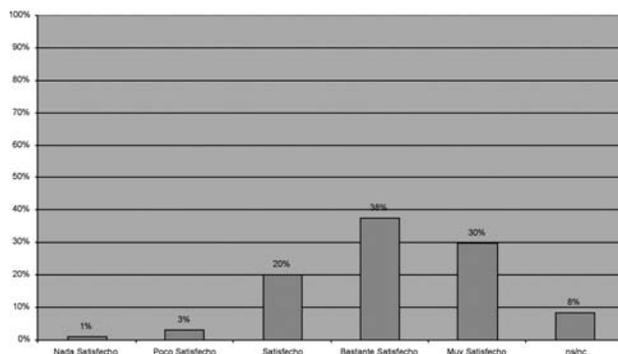


Valoraci3n de los Posters de las XIV Jornadas de Enfermeria: APLICABILIDAD

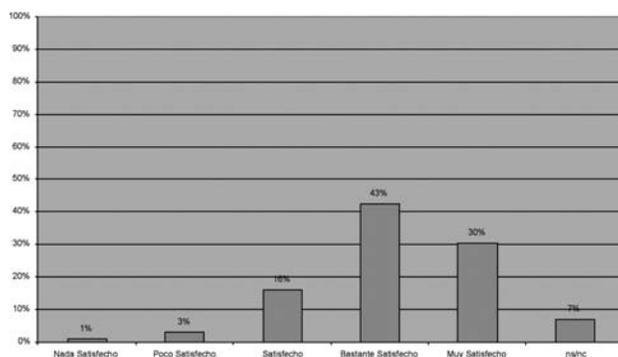


Los talleres obtuvieron una puntuaci3n de satisfactorio a muy satisfactorio el 89%, tanto en la utilidad pr3ctica, como en el inter3s despertado.

Valoraci3n de los Posters de las XIV Jornadas de Enfermeria: PRESENTACI3N



Valoraci3n de los Talleres de las XIV Jornadas de Enfermeria: UTILIDAD



Los temas de inter3s para futuros talleres fueron:

- RCP
- Maternidad/Prematuros
- Lactancia Materna
- Salud Mental
- Psicolog3a en paciente oncol3gico
- Cuidador de cuidadores
- Apoyo a la familia del paciente terminal
- Bioetica ante la muerte
- Duelo
- Tecnicas de enfermeria
- Cuidados paliativos
- Paciente encamado
- Quemaduras
- Curas H3medas

- Paciente geriátrico/crónico
- Dislipemia, colesterol y cardiopatías
- Ergonomía

DOCUMENTACIÓN ASISTENTES:

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

DOCUMENTACIÓN MODERADORES:

- Documentación Asistentes
- Certificado de Moderadores
- Libros de ediciones limitadas
- Memora USB

DOCUMENTACIÓN PONENTES:

- Documentación Asistentes
- Certificado de Ponentes
- Gastos de viaje y alojamiento
- Gastos dietas
- Libros de ediciones limitadas
- Memoria USB

DOCUMENTACIÓN EQUIPO ORGANIZATIVO:

- Documentación Asistentes
- Certificado de Comités
- Memoria USB
- Obsequios Casas Comerciales

RELACIÓN DE INSTITUCIONES COLABORADORAS:

- Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana
- Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana
- Colegio Oficial de Enfermería de Alicante
- Hospital General Universitario, Centro de Especialidades Babel y Centros de Salud Departamento 19
- Fundación para la investigación del Hospital General Universitario de Alicante.

RELACIÓN DE CASAS COMERCIALES COLABORADORAS:





PREMIOS

PREMIO	TITULO	AUTORES
1ER. Premio Comunicación	<i>Mejorando la continuidad de cuidados: una apuesta por la seguridad</i>	Juan Isidro Jover Juan M ^º Luisa Ruiz Miralles
2ºPremio Comunicación	<i>Intervenciones grupales y comunitarias: talleres para cuidadores de personas dependientes</i>	M ^º Dolores Saavedra Llobregat Jose Ramón Martínez Riera Francisco Millán Robles M ^º Luisa Ruíz Miralles Inmaculada Flores Arjona
3R. Premio Comunicación	<i>Estudio sobre cuidadores informales en el Servicio de Medicina Interna del HGUA</i>	Begoña Cremades Pastor
1ER. Premio Poster	<i>Prevención de las úlceras durante el peroperatorio en cirugía torácica</i>	Omar Mansor Moret Jorgelina Braña Noya Rosa Cabrera Ferriols
2ºPremio Posters	<i>Actuación de enfermería en la terapia fotodinámica (TFD)</i>	M ^º Carmen Peinado Orea Noelia Soler Navarro Isabel Belinchón Romero Isabel Betloch Mas M ^º Pilar Albares Tendero
VOTACION POPULAR TALLER	<i>Seguridad transfusional, también es un compromiso de todos</i>	Luis Abrisqueta Carratalá Sonia Alvarez Bernabeu Sandra Guillen Belmonte M ^º Llanos González Felipe Patricia López Orts Ana Belén San Roque Navarro Mercedes Sevilla Pérez M ^º Dolores Tornero Tomás

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

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

