

**XI JORNADAS DE ENFERMERÍA
SOBRE TRABAJOS CIENTÍFICOS**

“RETOS ANTE LAS NUEVAS DEMANDAS”

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Gráficas Estilo - Alicante
Distribuye: IMTEXMA - Alicante.
Depósito Legal: A-1009-2005

Alicante, 18 y 19 de Noviembre de 2005

ORGANIZA:

**DIVISIÓN DE ENFERMERÍA
DEL DEPARTAMENTO 19**

**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**



Bancaja

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
1. PRESENTACIÓN	7
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	8
3. COMITÉ DE HONOR	9
4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	10
5. NORMAS GENERALES	11
6. NORMAS DE PARTICIPACIÓN	12
7. PLANO	15
8. PROGRAMA	16
9. TALLERES DE ENFERMERÍA	21
10. PREMIOS	24
11. ENTIDADES COLABORADORAS	25
12. MESA DE TRABAJO N° 1	28
13. MESA DE TRABAJO N° 2	123
14. MESA DE TRABAJO N° 3	159
15. MESA DE TRABAJO N° 4	246
16. MESA REDONDA	306
17. MEMORIA X JORNADAS DE ENFERMERIA	310

1. PRESENTACIÓN

La sociedad a la que servimos los profesionales sanitarios está en un proceso de transformación continua. Los cambios son de naturaleza muy diversa (demográficos, sociales, tecnológicos, de valores, etc.) y vivimos en un mundo globalizado pero contrastivo, donde constantemente se producen choques y encuentros entre diversas maneras de percibir, comunicarnos y vivir.

Las diferencias en los modos de entender la salud y la enfermedad entre la ciudadanía está presente en este nuevo escenario, y constituyen un reto para los profesionales de los Hospitales y Centros de Salud.

Nuestras autoridades sanitarias están ya articulando nuevas herramientas para afrontar esta nueva forma de garantizar la salud: Creación de departamentos, contratos de gestión, contratos de demora, desarrollo normativo, etc., así como una inminente Carrera Profesional.

Con estas innovaciones, se pretende responder a las expectativas que los pacientes y familiares han depositado en el sistema Sanitario, y los profesionales también debemos implicarnos ante los **RETOS DE LAS NUEVAS DEMANDAS**.

Este es el lema bajo el cual nos reuniremos cuantos tengamos algo que decir y aportar en el foro de la XI edición de las Jornadas de Enfermería sobre Trabajos Científicos, un evento organizado de forma desinteresada por integrantes del flamante Departamento 19 recién creado y que fusiona de forma definitiva –en un solo cuerpo asistencial- a los profesionales hospitalarios y extrahospitalarios.

Como en años anteriores, llamamos a la participación a personal asistencial, investigador, docente, gestor y a todos los que quieran compartir con nosotros sus propuestas, sus dudas, sus inquietudes, sus perspectivas, y que nos permitan ofrecer soluciones reales a los **RETOS ANTE LAS NUEVAS DEMANDAS**. Con este deseo, en nombre de los Comités Organizador y Científico, os doy mi más cordial bienvenida a las Jornadas y espero disfrutéis del programa que se ha preparado.

MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ MOLINA
Presidente XI Jornadas de Enfermería.

2.

OBJETIVOS GENERALES

1. Debatir las nuevas demandas asistenciales, organizativas, formativas e investigadoras a las que deben hacer frente los profesionales sanitarios.
2. Aportar información útil sobre los aspectos que más interesan hoy día a los profesionales sanitarios.
3. Divulgar la producción científica de los profesionales de Enfermería de la Provincia de Alicante.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer las necesidades y expectativas de los pacientes en la sociedad actual.
2. Debatir los retos que afectan a las competencias asistenciales de los profesionales.
3. Evaluar las nuevas necesidades formativas y de ejercicio profesional.
4. Acceder a las líneas de investigación prioritarias.

3. COMITÉ DE HONOR

(Decreto 116/2003)

Honorable Sr. D. Vicente Rambla Momplet

CONSELLER DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Ilmo. Sr. D. Manuel Cervera Taulet

SECRETARIO AUTONÓMICO PARA LA AGENCIA VALENCIANA DE LA
SALUD

Ilmo. Sr. D. Rafael Peset Pérez

SUBSECRETARIO PARA LOS RECURSOS DE SANIDAD

Ilmo. Sr. D. José Cano Pascual

DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

Ilmo. Sr. D. Eloy Jiménez Cantos

DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS ECONOMICOS

Ilmo. Sr. D. Juan Alfonso Bataller Vicent

DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA

Ilma. Sra. Dña. Sofía Tomas Dols

DIRECTOR GENERAL DE ATENCION A LA DEPENDENCIA

Ilmo. Sr. D. José Luis Gomis Gavilán

DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS

Ilmo. Sr. D. Antonio Galán Serrano

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y ATENCION AL PACIENTE

Ilmo. Sr. D. Manuel Escolano Puig

DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Ilma. Sra. Dña. Pilar Viedma Gil de Vergara

DIRECTOR GENERAL DE ORDENACION, EVALUACION
E INVESTIGACION SANITARIA

Ilmo Sr. D. José Antonio Avila Olivares

PRESIDENTE DEL CONSEJO DE ENFERMERIA DE LA COMUNIDAD
VALENCIANA

Ilmo. Sr. D. José Vicente García García

DIRECTOR TERRITORIAL DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD
EN ALICANTE

Ilma. Sra. Dña. Belén Payá Pérez

PRESIDENTA ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA
DE ALICANTE

Ilmo. Sr. D. Luis Rosado Bretón

GERENTE DEL DEPARTAMENTO 19

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

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

D^a Mercedes Albaladejo Tello

VOCALES:

D^a Nieves Izquierdo García

D^a Inés González Sánchez

D^a Pilar Toboso González

D^a M^a José Muñoz Reig

D^a Emilia Bielsa Juliá

D^a Asunción Sempere Quesada

D^a Mar Torres Marin

D^a Josefa Martínez Gil de Arana

D^a Mercedes Segura Cuenca

D^a Bienvenida Pérez Vázquez

D^a M^a Angeles Lillo Hernández

D^a Andrea García Palao

D^a Virginia Alemañ Santos

D^a Ascensión Marroquí Rodríguez

D^a Alicia Muñoz Moll

D^a Dolores Saavedra Llobregat

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE

D. Ginés A. Rodríguez Aguilar

VOCALES:

D. Pedro Hernández Bermudez

D. José Borrell Climent

D. Francisco Blanes Compañ

D. Fidel Climent Aragón

D. Javier Gómez Robles

D. Héctor Terol Royo

D^a Maria Torres Figueiras

D^a Catalina Pardo López

D^a Isabel Chaves Muñoz-Alcón

D^a Victoria Burguera Anguiano

D^a Francisca Milán Navarro

D. Francisco Pérez Useros

D^a M^a Dolores Martín García

D^a M^a Jesús Laosa Romero

D^a Asunción Pérez Andreu

D^a Isabel Aznar Martínez

D^a Cecilia Meliá Beigbeder

D^a Rosa M^a Gómez García

SECRETARIAS

Dña. M^a José Jaén Garrido. *Secretaria Subdirec. de Enfermería*

Dña. Fernanda Fernández Gil. *Secretaria Direcc. de Enfermería*

Dña. M^a Dolores Más Planelles. *Secretaria Subdirec. de Enfermería*

5. 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 Secretaría de las Jornadas situada en la Subdirección de Enfermería del H.G.U.A. a fin de poder recibir la identificación y documentación pertinente.
- Es requisito indispensable, estar inscrito en las Jornadas para la presentación de Trabajos.
- Se hará entrega del certificado de asistencia a toda persona que, previa inscripción, justifique personalmente su asistencia a las XI Jornadas de Enfermería en la sección de Documentación.
- Para poder acceder a los premios otorgados por el I.C.O. de Enfermería de Alicante, será requisito necesario que el autor esté al corriente de sus cuotas colegiales si se trata de una enfermera/o (normas colegiales).
- Durante las dos jornadas habrá exposición de Carteles Científicos.
- Habrán actividades paralelas relacionadas con la actividad asistencial.
- Se realizarán talleres interactivos de enfermería, en los que se desarrollarán temas relacionados con el quehacer diario del personal de Enfermería.
- Habrá una zona destinada a exposición comercial (stands).

6. NORMAS PARA LA PARTICIPACIÓN XI JORNADAS

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

Se podrán presentar aquellos trabajos que hayan sido realizados hasta el 17 de Octubre de 2005 y que no hayan sido presentados en anteriores ediciones de estas Jornadas.

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

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

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

Son normas específicas de cada apartado las siguientes:

1) NORMAS PARA ENVIAR LAS COMUNICACIONES.

- Se enviará copia de la comunicación completa y del resumen presentándolos, obligatoriamente, en soporte informático (disquete), realizado con el procesador de texto Word para Windows, versión 7.0 o inferior, y una copia en papel.
- Nombre y 2 Apellidos de todos los autores.
- Lugar de trabajo
- Teléfono de contacto.
- La presentación en papel se deberá ajustar a un folio Dina A-4, por una cara, con las siguientes características:
 - Tipo de letra: Times New Roman
 - Tamaño: 12
 - Márgenes: Izquierdo y Derecho: 3 cm
 - Arriba y Abajo: 2,5 cm
 - Interlineado: 1,5
- El resumen debe contener, en líneas generales, los siguientes apartados: Objetivos y/o Hipótesis, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones o Discusión. La extensión del resumen se adaptará al formato oficial.
- No se aceptarán resúmenes que presenten información vaga y/o general que imposibilite a los miembros del Comité Científico determinar cuál ha sido la metodología concreta seguida en el estudio. Es conveniente que en el texto figu-

ren expresamente los términos: objetivos y/o hipótesis, material y métodos, resultados y discusión, como encabezamiento de los respectivos contenidos.

2) NORMAS PARA REMITIR CARTELES.

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

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

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

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

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

PREMIOS.

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

- 4 Premios a los mejores trabajos, otorgados por el Comité Científico.
- 2 Premios a los mejores carteles, otorgado 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 I.C.O. de Enfermería de Alicante, será requisito necesario que el autor esté al corriente de sus cuotas colegiales si se trata de una enfermera/o (normas colegiales).

PLAZOS.

El plazo máximo para la recepción de resúmenes de comunicaciones, carteles, videos y diaporamas, finaliza el *17 de Octubre de 2005*.

El Comité Científico decidirá qué resúmenes de comunicaciones y carteles son los aceptados y lo comunicará al primer autor antes del día *27 de Octubre de 2005*; así como el día y hora de exposición o presentación de sus trabajos.

El autor deberá comunicar, antes del día *9 de Noviembre 2005*, los recursos materiales necesarios para su exposición (proyectores, videos, etc.).

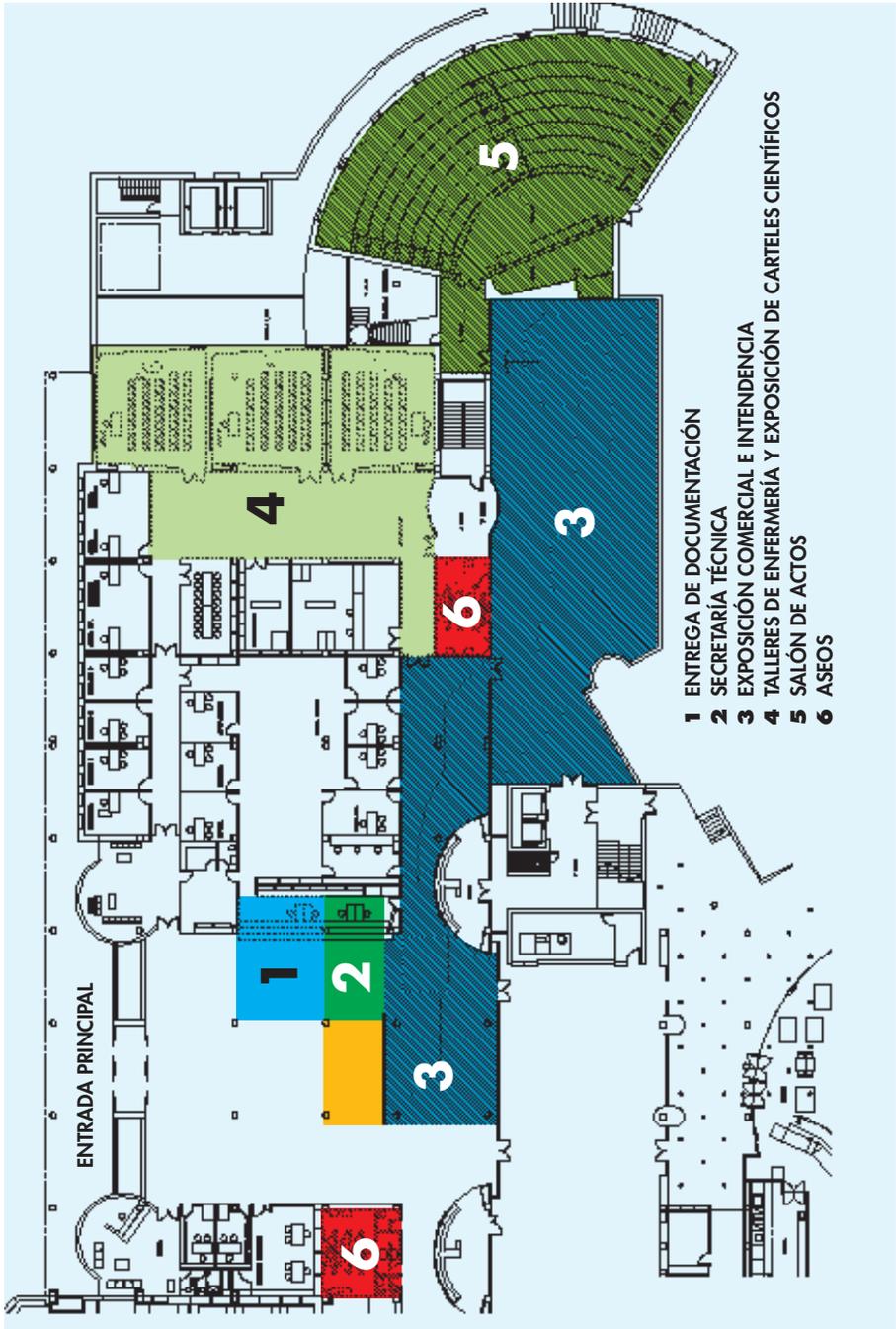
A fin de facilitar la participación a todo el personal de Enfermería de la provincia de Alicante, no será excluyente ser miembro del Comité Científico y figurar como autor de un trabajo. En este caso, el autor no podrá participar en la valoración de su propio trabajo.

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

Diapositivas Transparencias Videoprojector Otros:

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

7. PLANO DEL ÁREA DE LAS XI JORNADAS



8. PROGRAMA

VIERNES, 18 DE NOVIEMBRE

MAÑANA

8,30 h. Entrega de Documentación.

9,30 h. Bienvenida. Acto Inaugural Jornadas.

9,45 h. CONFERENCIA INAUGURAL: “Nuevos Retos”

A cargo de: *Dr. D. Francisco Sogorb Garri, Jefe de Servicio de Cardiología del H.G.U.A.*

10,45 h. Pausa Café y Visita a Talleres de Enfermería y Stands Comerciales

11,45 h. Mesa de Trabajo Nº1. Moderada por: *Dña. Cecilia Meliá Beigbeder, Coordinadora de Enfermería del Centro de Especialidades Babel.*

“Retos ante las nuevas demandas asistenciales”

Contenido y utilidad de la consulta de enfermería en Reumatología

(Hospital General Universitario de San Juan)

Expone: *Dña. Amelia Carbonell Jordá*

Actuación de enfermería en la biopsia intestinal

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *Dña. M^a Angeles García Sola*

Estancia en ACUMeN –the academic and clinical unit for musculoskeletal nursing- y Universidad de Leeds (Reino Unido)

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *Dña. Jenny de la Torre Aboki*

Manejo de Rituximab en el hospital de día de reumatología del H.G.U.A.

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *Dña. Andrea García Palo*

Grupo de discusión como herramienta de investigación cualitativa en salud

(Centro de Salud Florida – Universidad de Alicante)

Expone: *D. José Ramón Martínez Riera*

Menos enfermeras igual a peores resultados y a mayor mortalidad: Una aproximación a la realidad española

(Clínica Vistahermosa)

Expone: *D. Roberto Galao Malo*

12,45 h. Debate Mesa de Trabajo 1.

13,00 h. Mesa de Trabajo N°2. Moderada por: *Dña. M^a Carmen Gozalves Manzanera, Supervisora de Oncología del Hospital General Universitario de Alicante.*

“Retos ante las nuevas demandas organizativas”

¿Qué alimentos son considerados adecuados para prevenir el exceso de colesterol en una muestra de pacientes con artritis reumatoides?

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: *Berenguer Cerdá, Sonia. de la Torre Aboki, Jenny. Espinosa Robles, Belén. Martínez Fernández, Eva M^a*

Evaluación del estado nutricional y actividad física en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: *Martínez Fernández, Eva M^a. Espinosa Robles, Belén. de la Torre Aboki, Jenny. Berenguer Cerdá, Sonia*

Protocolo de cuidados en pacientes nefrológicos nefrostomizados

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: *Lopez Serral, Carmen. Macia Girona, Antonia. Picó Vicent, Luis. Serrano Borrell, Rosa. Cases Iborra, José Miguel. Irurzun López, Javier. Franco Esteve, Antonio*

Hidrotorax en paciente con tratamiento de diálisis peritoneal. Resolución mediante pleurodesis con talco

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: *Picó Vicent, Luis. Picó Mira, Lourdes. Blaya Ruiz, Leonor. Díaz Guijarro, Antonio. Serrano Borrell, Rosa. Cases Iborra, José Miguel. Pérez Contrera, Javier*

Educación sanitaria del paciente en hemodiálisis: autocuidados de la fístula arterio-venosa interna y del catéter venoso central permanente de doble luz

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: *Moreno Núñez, Eutropio. Castell García, Gema. Escalant Calpena, Laura. Sánchez Cantó, M^a Jesús. Porta Belmar, Esperanza. Cases Iborra, J. Miguel. Moreno Millán, Sergio*

Importancia del Auxiliar de Enfermería en la asistencia a pacientes en la consulta de terapia metabólica con samario-153-lexidronam

(Hospital General Universitario de San Juan)

Autores: *Bedoya Narro, Rosa Ana. Mantecon Cesteros, Elena Paloma. Martínez Caballero, Antonio. Martínez Ramirez, Mauricio*

Análisis temporal de la náusea y emesis inducidas por quimioterapia (NEIQ) en la práctica clínica española

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: *Gómez Robles, Javier. Fernández, Paz. Zorrilla, Isabel. Zabaleta, Paz. Chiverches, Emilia. Suárez, Carmen. Marquilles, Ramona. Quesada, Angeles. Nocea, Gonzalo. Caloto, M^a Teresa*

14,00 h. Debate Mesa de Trabajo 2

14,15 h. Fin Sesión Mañana.

TARDE

16,15 h. Mesa de Trabajo N° 3. Moderada por: *D. Fernando Fernández Candela, Adjunto de Enfermería del Centro de Especialidades de Elche.*

“Retos ante las nuevas demandas formativas”

Aportación al plan de humanización para la asistencia sanitaria desde la consulta

(Hospital General Universitario de San Juan)

Expone: *Dña. Barbara Pilar García Giner*

Estudio experimental con un programa de ejercicio físico

(Centro de Salud Babel)

Expone: *D. José Bernardo Planelles Fernández*

Pasado, presente y ¿futuro? de las especialidades de enfermería en España. Una visión desde la perspectiva del poder

(Clínica Vistahermosa)

Expone: *D. Roberto Galao Malo*

Introducción de un programa para la salud en osteoporosis

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *Dña. Isabel Garrigos Gordo*

Aportación enfermera en las preventivas del adulto (AESPA)

(Centro de Salud Florida)

Expone: *Dña. Adela Alonso Gallegos*

17,15 h. Debate Mesa de Trabajo 3.

17,30 h. Pausa Café y visita a Stands.

18,30 h. Mesa de Trabajo Nº 4. Moderada por: *Dña. Manuela Domingo Pozo, Enfermera Planes de Cuidados del Hospital General Universitario de Alicante.*
“Retos ante las nuevas demandas investigadoras”

Revisión Bibliográfica: La utilización de solución heparinizada versus solución fisiológica en el mantenimiento de la permeabilidad de catéteres de acceso periférico en los hospitales

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *Dña. M^a Angeles Gómez Valiente*

Estudio sobre el empleo de los nuevos apósitos de plata nanocristalina en heridas infectadas y/o contaminadas

(Centro de Salud San Miguel de Salinas)

Expone: *D. José Luis Gimenez Tebar*

Variación de peso en exfumadores

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *Dña. Vanesa Sevilla Bellido*

Stress en el personal de enfermería

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *Dña. Isabel Asín Llorca*

Hoja de enfermería radiológica

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *D. José Vicente Bertomeu Ruiz*

19,30 h. Debate Mesa de Trabajo 4.

19,45 h. Actividades Complementarias.

20,15 h. Fin sesión de Tarde.

SÁBADO, 19 DE NOVIEMBRE.

MAÑANA

9,00 h. Mesa Redonda. Moderada por: *D. Jose Antonio Avila Olivares, Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).*

“Profesiones sanitarias: Nuevo contexto”

PARTICIPAN: *Dña. Cecilia Meliá Beigbeder, Coordinadora de Enfermería del Centro de Especialidades Babel.*

Dña. M^a Carmen Gozalves Manzanera, Supervisora de Oncología del Hospital General Universitario de Alicante.

D. Fernando Fernández Candela, Adjunto de Enfermería del Centro de Especialidades de Elche.

Dña. Manuela Domingo Pozo, Enfermera Planes de Cuidados del Hospital General Universitario de Alicante.

10,00 h. Debate Mesa Redonda.

10,15 h. Pausa Café, Votación Popular y Entrega de encuestas. Visitas a Talleres de Enfermería y Stands Comerciales.

11,15 h. CONFERENCIA DE CLAUSURA

“El humor en la relación con el paciente”

A cargo de: *Dña. Begoña Carbelo Baquero. Profesora titular de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá de Henares.*

12,30 h. Lectura de Conclusiones.

12,45 h. Comunicación Fallo Comité Científico y Resultado de la votación. Entrega de Premios.

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

13’30 h. Fin de las Jornadas.

9. TALLERES DE ENFERMERÍA

Coordina: Mercedes Albaladejo Tello

• TALLER: “SAMU”

Coordina: Dña. M^a Carmen Arcas, Enfermera SAMU. Alicante

JUSTIFICACIÓN:

Los sistemas de emergencia extrahospitalarios son en la actualidad un elemento básico dentro del sistema sanitario.

El Servicio de Ayuda Médico Urgente (SAMU), es un servicio especializado en la atención de urgencias vitales y catástrofes, las 24 horas del día, y que:

- Atiende al paciente o accidentado “in situ” y en los vehículos destinados a tal fin.
- Tras la estabilización del paciente, realiza el transporte asistido primario (desde el lugar de la urgencia hasta un centro sanitario) y secundario (traslado inter-hospitalario) en las unidades medicalizadas terrestres o aéreas.
- El equipo SAMU está formado por Médico, Enfermero/a y Técnico de Transporte Sanitario.
- Actúa a instancia y bajo coordinación del CICU provincial y resto de estructuras sanitarias y no sanitarias implicadas.
- Participa en caso de catástrofes como integrante de los grupos de acción sanitaria con labores asistenciales directas.

OBJETIVOS GENERALES:

1- Informar a los profesionales de enfermería sobre que es una unidad SAMU y la función que desempeña enfermería como integrante de dicho equipo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1- Conocer el medio habitual de trabajo de las unidades SAMU.
- 2- Conocer el material del que disponen.
- 3- Conocer los procedimientos asistenciales habituales y en las situaciones de catástrofes (actuación ante múltiples víctimas).
- 4- Conocer cómo se activan ante una urgencia los sistemas de emergencia extrahospitalarios.

ACTIVIDADES:

- 1- Presentación sobre la organización de los servicios de emergencias de la provincia de Alicante (CICU-SAMU).
- 2- Presentación Del habitáculo asistencial de la ambulancia SAMU y del material electromédico así como de comunicaciones.

- 3- Información sobre las funciones del personal de Enfermería.
- 4- Explicación del método de trabajo ante accidentes múltiples víctimas.

• **TALLER: “TERAPIAS ALTERNATIVAS: LA AURICULOTERAPIA”**

Coordina: D. Miguel Romero Llorente-

¿Qué son las Terapias Alternativas?. Conoce y practica la auriculoterapia. Nociones básicas. Ventajas e indicaciones para completar los cuidados de enfermería. Te sorprenderás.

JUSTIFICACIÓN:

La sociedad demanda cada vez más cuidados y tratamientos sin efectos adversos. Balnerarios, hoteles, clínicas privadas, etc., ofrecen a sus clientes terapias naturales que no encuentran en nuestro modelo sanitario.

La enfermería puede y debe enriquecerse de las terapias naturales y tratamientos que, sin administrar fármacos, puedan ayudar al paciente a recobrar su bienestar, sin interferir en el tratamiento médico. Una de estas alternativas es la auriculoterapia.

La auriculoterapia nos proporciona un método fácil de aplicar, barato, rápido y efectivo en la práctica diaria, especialmente efectiva en procesos dolorosos e inflamatorios.

OBJETIVOS GENERALES:

- 1- Informar de forma sencilla qué son las terapias naturales y, en concreto, la auriculoterapia.
- 2- Fomentar la curiosidad y el interés de nuestro colectivo por el estudio de estas terapias.
- 3- Poder resolver pequeños problemas de salud mediante la utilización de esta técnica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1- Definir lo que son las terapias alternativas.
- 2- Definición de auriculoterapia.
- 3- Conocer las partes de la oreja donde se reflejan las diferentes partes del cuerpo.
- 4- Reconocimiento de los puntos a tratar según los resultados de la exploración realizada.
- 5- Conocimiento de los diversos materiales que se utilizan en la auriculoterapia.
- 6- Tratamiento mediante presión o calor.

• TALLER: “CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LAS ULCERAS POR PRESION. MITOS Y REALIDADES”

Coordina: Comisión de prevención y tratamiento de UPP y Heridas del H.G.U.A.

JUSTIFICACIÓN:

Las úlceras por presión continúan siendo un importante problema de salud, repercutiendo en diferentes ámbitos:

- Afecta a los pacientes, en su nivel de salud y calidad de vida, originando molestias y sufrimientos innecesarios.
- Repercute en el entorno familiar y cuidadores no profesionales.
- En el sistema de salud, aumentando el coste considerablemente.
- Y el último lugar, sobre los profesionales de enfermería, aumentando las cargas de trabajo y como indicador de la calidad de los cuidados de enfermería.

OBJETIVO:

1- Conocer el protagonismo y la responsabilidad del personal de enfermería en la prevención y tratamiento de las UPP.

Taller interactivo para unificar criterios de actuación en la prevención y tratamiento de las UPP.

Se desarrollarán cuatro áreas de trabajo, con una duración de 30 minutos, en tres sesiones durante las Jornadas de Enfermería sobre:

- Malapraxis. Responsabilidad legal.
- Valoración y prevención.
- El alivio de presión.
- Productos genéricos.

10. PREMIOS

PREMIOS A LA MEJOR COMUNICACIÓN OTORGADOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO

- 1^{er} Premio* de: **600,00 euros**
Y Accésit de 240 euros en Formación Colegial de Postgrado
- 2.º Premio* de: **300,00 euros**
Y Accésit de 120 euros en Formación Colegial de Postgrado
- 3^{er} Premio* de: **200,00 euros**
Y Accésit de 120 euros en Formación Colegial de Postgrado
- 4.º Premio* de: **150,00 euros**
Y Accésit de 120 euros en Formación Colegial de Postgrado

PREMIOS AL MEJOR CARTEL/POSTER OTORGADOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO

- 1^{er} Premio* de: **200,00 euros**
Y Accésit de 150 euros en Formación Colegial de Postgrado
- 2.º Premio* de: **100,00 euros**
Y Accésit de 150 euros en Formación Colegial de Postgrado

PREMIO AL MEJOR TRABAJO OTORGADO POR VOTACIÓN POPULAR

- 300,00 euros**
Y Accésit de 180 euros en Formación Colegial de Postgrado

11. ENTIDADES COLABORADORAS

La División de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante y Centro de Especialidades de Babel, expresan su más profundo agradecimiento a las siguientes empresas colaboradoras por su especial sensibilidad hacia nuestros profesionales y el apoyo que han prestado a la organización de estas XI Jornadas.



BAMA - GEVE

FARMABAN s.a.

ES ELITE BAGS
www.elitebags.es

3M



LorcaMarin



PRIM, S.A.
SUMINISTROS MEDICOS

HARTMANN



DIVISION
DE
NUTRICION

NUTRICIA

medex



texpol

textil planas oliveras, s.o.

Q pharma

Ascensia
DIABETES SERVICE



Roche

ACCU-CHEK®
Tu forma de vivir la vida.

INSTITUTO ALICANTINO DE CULTURA JUAN GIL-ALBERT



Hollister

BAIRD
ACCES SYSTEMS





12. MESA DE TRABAJO N.º 1

Moderada por: **Dña. Cecilia Meliá Beigbeder**, *Coordinadora de Enfermería del Centro de Especialidades Babel*.

“RETOS ANTE LAS NUEVAS DEMANDAS ASISTENCIALES”

JUSTIFICACIÓN:

Los cuidados de salud en el mundo están cambiando y cambia también el mundo de los cuidados de salud.

La constante evolución que en los últimos años han experimentado los conocimientos científicos, los medios técnicos y el propio sistema sanitario, así como la modificación de los patrones epidemiológicos; la evolución de la pirámide de población, las necesidades de atención y cuidados especializados que demandan los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud, crean nuevas funciones, nuevos entornos de trabajo.

Los cambios de la enfermería y del sistema de salud también han dado lugar a entornos en los que las enfermeras deben autodirigirse y hacerse profesionalmente flexibles.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL, ESCENARIOS Y NUEVOS RETOS EN SALUD

Algunas preguntas que ayudarán a hacer una exploración del entorno y una valoración de ante qué nuevos retos asistenciales nos encontramos:

• ¿Cuáles son los problemas de salud y sociales que parecen ser de alcance mundial?

La salud pública es hoy un problema global que va más allá de las fronteras de los países.

El principal factor de riesgo para la salud en el mundo es, la pobreza. Las enfermedades infecciosas, tales como la malaria, la tuberculosis y el SIDA. son un problema global más serio ahora que en el pasado.

La diferencia de los problemas de salud y sociales entre países ricos y pobres parece acrecentarse cada vez más.

El envejecimiento de la población en los países ricos y la alta mortalidad infantil en los países pobres serían sus principales problemas y diferencias.

Otro de los retos a que se enfrenta la sociedad actual es la eliminación de las barreras socio-económicas, de género, etnia o edad, que contribuyen a crear diferencias en el acceso y uso de los servicios sanitarios.

La población de las sociedades desarrolladas es más longeva pero está más enferma que los ciudadanos de los países menos desarrollados debido, en gran medida, a la alta competitividad. Las poblaciones más ricas tratan de combatir sus males con medicamentos y el ciudadano hasta pierde el control sobre sí mismo, lo que además

de incrementar el gasto "quemado" a los profesionales, pues son incapaces de responder a la salud eterna que piden los pacientes.

La población tiende a creer que la vejez o la menopausia son enfermedades en vez de etapas de la vida, a lo que se suma el hecho de que muchas dolencias tienen un gran componente social, como son las generadas por accidentes de tráfico, el sedentarismo o la obesidad.

Para la OMS, el consumo de bebidas alcohólicas es el tercer factor de riesgo para la salud en los países desarrollados, tras la hipertensión arterial y el tabaquismo. Su consumo excesivo es responsable del 4% de la carga mundial de enfermedad y del 9,2% de los años de vida que se pierden.

El reto de superar los déficits en determinadas sociedades y la globalización económica han relanzado los movimientos migratorios entre sociedades desarrolladas y el tercer mundo.

• **¿Cuáles son los retos para enfermería que nos plantean las nuevas demandas asistenciales que parecen ser de alcance mundial?**

Dentro del panorama nacional e internacional, la enfermería puede conformar redes de trabajo colaborativo con organizaciones y grupos así como con organismos interdisciplinarios donde puedan intercambiar resultados de sus investigaciones, conocimientos y experiencias con el fin de afianzar aún más su carácter de profesión sanitaria universal y contribuir con más eficacia a obtener los mejores resultados para la salud individual, colectiva e internacional.

Los hábitos culturales y los estilos de vida provocan en pleno siglo XXI no pocas desigualdades en salud. Nuestro compromiso es seguir avanzando en el abordaje del género como determinante esencial de la salud, tal como se está promoviendo desde la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales

Participar en el desarrollo de actuaciones para contribuir desde la óptica de género al movimiento internacional de lucha frente al tabaco, promovido por la Organización Mundial de la Salud, recogido en el Convenio Marco para el Control del Tabaco.

• **¿Cuáles son las tendencias de salud y sociales en España?**

El cáncer se ha convertido en la primera causa de muerte en España desde 1999, por delante de las enfermedades cardio-vasculares y cerebro-vasculares, con un total de 94.123 fallecimientos en 2003. Esta cifra representa el 24% de todas las defunciones, lo que supone que una de cada cuatro personas fallece a consecuencia de una enfermedad tumoral. Por sexos, es la primera causa de muerte en hombres y la segunda, tras las enfermedades cardiovasculares, en mujeres.

Aunque la supervivencia del cáncer ha mejorado significativamente en nuestro país en los últimos veinte años, las enfermedades oncológicas continúan siendo un problema prioritario de salud pública en nuestro país”.

En España, 1 de cada 3 hombres y 1 de cada 5 mujeres padecerán cáncer en algún momento de su vida. En mujeres, el cáncer de pulmón es el tumor que ha experimentado un mayor incremento en los últimos años en nuestro país, coincidiendo con el aumento del tabaquismo entre la población femenina.

Desde la extensión de los nuevos tratamientos antirretrovirales a finales de 1996, la incidencia de sida ha disminuido en España un 69%, aunque seguimos siendo uno de los países más afectados de Europa occidental.

La elevada prevalencia de obesidad en España, un problema que afecta al 14% de la población española, aunque ya uno de cada dos adultos tiene sobrepeso, tiene su origen en factores de naturaleza diversa. Pero muchos de ellos, los más importantes, se relacionan con el cambio habido en el estilo de vida de las sociedades desarrolladas.

Más preocupantes son las cifras de obesidad y sobrepeso infantil y juvenil (de 2 a 24 años). El 13,9% de esta población es obesa y el 26,3% tiene sobrepeso. En este grupo de edad, la prevalencia de la obesidad es superior en varones (15,6%) que en mujeres (12%). Las mayores cifras se detectan en la prepubertad y, en concreto, en el grupo de edad de 6 a 12 años, con una prevalencia de la obesidad del 16,1%.

Seguimos siendo uno de los países de la Unión Europea con mayor porcentaje de fumadores y con una edad media de inicio del consumo más bajas de la UE (13,1 años)

Según la Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2004, el 21,5% de los estudiantes de 14 a 18 años fuma diariamente (18,9% chicos y 24,1% chicas)

También es preocupante el incremento del consumo intensivo de alcohol entre los más jóvenes durante los fines de semana, la tendencia a consumir alcohol junto con tabaco y otras drogas ilegales, y el aumento del consumo habitual entre menores.

En nuestro país, los datos recopilados hasta el momento constatan que aunque la esperanza de vida al nacer de las españolas es mayor que la de los hombres, las mujeres viven más años con discapacidad que los varones. Además, la sobrecarga de la doble jornada (laboral remunerada y trabajo en el hogar) o la asunción de roles tradicionales asociados al cuidado de la familia, de las personas mayores y de los enfermos ocasionan también a las mujeres problemas de salud adicionales. Por otro lado, las mujeres valoran de forma más negativa que los hombres su estado de salud, acuden a los servicios sanitarios con más frecuencia y consumen fármacos en mayor proporción que los hombres.

España está encuadrada en los países latinos, que se basan en la familia como recurso integrador. Sin embargo, ello trae aparejado el problema del peso que cae sobre la mujer, que soporta los roles de cuidadora y trabajadora, algo que es necesario solucionar porque 'no es sostenible'.

España se ha convertido en uno de los principales destinos de inmigrantes que intentan entrar en la Unión Europea. Muy próximo a África, el país alberga entre 800.000 y un millón de inmigrantes sin papeles.

Los datos son cada día más alarmantes. Los países de origen de los inmigrantes son los países americanos (Ecuador, Colombia, Argentina, Brasil, Venezuela, México, Perú), los países africanos (Marruecos, Argelia, Cabo Verde y los países subsaharianos en general), los países del este de Europa (Rusia, Hungría, Polonia, Yugoslavia) y los países del lejano oriente (China sobre todo).

No debemos olvidar otra inmigración totalmente nueva. No son trabajadores de los países menos desarrollados sino jubilados de los países ricos de Europa (Alemania, Francia, Gran Bretaña, Suecia). Estos inmigrantes se establecen en la costa mediterránea, Baleares y Canarias.

• ¿Cuáles son los retos para enfermería que nos plantean las nuevas demandas asistenciales en España?

Entre los retos principales, que la enfermería debe enfrentar está la evolución demográfica española, tendente a un envejecimiento importante de la población; a cambios en los patrones epidemiológicos por patologías emergentes; procesos de inmigración; aumento de la incidencia de patología mental; nuevos retos en la salud sexual y reproductiva; y la coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales, entre otros.

Elaborar estrategias encaminadas a desarrollar entre la población española conocimientos, actitudes, habilidades y estilos de vida sanos que mejoren el bienestar físico, psíquico y social de los ciudadanos.

La lucha contra el tabaquismo, dada la clara relación causal del tabaco con la aparición de diversos tipos de cáncer: “La lucha contra el tabaco” - es uno de los ejes prioritarios.

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha propuesto la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad), que fue presentada el 10 de febrero de este año, y que surgió con el ánimo de sensibilizar a la población acerca del problema de la obesidad.

Así la enfermería se enfrenta al reto de sensibilizar e informar a los ciudadanos de la relación existente entre alimentación, actividad física y salud; y a promover la educación nutricional y estimular la práctica regular de ejercicio físico, con especial énfasis en los niños y jóvenes.

Promocionar la salud, prevenir las enfermedades y promover estilos de vida más saludables entre las mujeres, con el objetivo de paliar las desigualdades en el campo de la salud que siguen existiendo en nuestro país entre hombres y mujeres.

Desarrollar intervenciones , justificadas por la preocupante progresión de la transmisión heterosexual del VIH/Sida en los últimos años, y que afecta relativamente más a las mujeres. De hecho, el 49,4% de los nuevos casos de Sida notificados en 2003 en mujeres fueron por vía heterosexual.

Para los profesionales de Enfermería, las migraciones representan un reto asistencial surgido de las diferencias culturales e idiomáticas de los inmigrantes en general , para el cual debemos tener recursos que faciliten su incorporación en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS).

Multiculturalidad y salud: son habilidades en la atención a la población inmigrante, que enfermería tenemos que manejar, adaptando los protocolos de prevención, promoción y seguimiento tanto a la realidad cultural como lingüística de los extranjeros.

• **¿Cuáles son algunos de los problemas importantes de salud o sociales en la Comunidad Valenciana?**

La Comunidad Valenciana está experimentando una evolución demográfica que se caracteriza por un aumento progresivo en su población y cambios en su composición.

El aumento de la esperanza de vida hace que nuestra población esté cada vez más envejecida, aunque en los últimos años se han producido un mayor número de nacimientos que en años atrás. Por otra parte, la llegada de población inmigrante, con estructuras de edad más jóvenes, también está rejuveneciendo a nuestra población.

Aunque nuestra comunidad recibe inmigración desde hace más de cuarenta años, en los últimos cinco años ha aumentado de forma importante. En el período 2000-2005, la población valenciana ha pasado de 4.120.729 habitantes a 4.672.657, siendo la inmigración el principal aporte al crecimiento de la población.

En relación con el conjunto de España, el peso de la población extranjera en la Comunidad Valenciana es muy grande.

El 95,2% de todo el saldo inmigratorio lo constituyen los ciudadanos extranjeros. De los inmigrantes extranjeros una parte tiene como origen los países de la Unión Europea, mayormente población jubilada que se asienta en la costa, y otros inmigrantes más jóvenes en edad laboral, que provienen de países no comunitarios. En este grupo, existe una desigual distribución por sexos, de manera que entre los inmigrantes de origen latinoamericano hay mucha mayor presencia de mujeres que en los de origen africano o asiático.

El Plan de Salud 2005-2009 es el instrumento de planificación y programación del sistema sanitario valenciano para los próximos cuatro años. En él se recogen la valoración de las necesidades de salud de la población, así como los objetivos básicos de salud y prioridades de política sanitaria.

Respecto a las primeras causas de mortalidad en los últimos años, en ambos sexos siguen siendo las enfermedades del aparato circulatorio (en concreto la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebrovasculares), seguidas de los tumores y de las enfermedades del aparato respiratorio.

En los últimos 20 años, se ha multiplicado por cinco el número de casos de trastornos alimentarios graves que requieren tratamiento por parte de los dispositivos asistenciales de la conselleria de Sanidad”.

Hasta un 12,4% de las adolescentes de nuestro medio de entre 12 y 19 años sufren algún tipo de trastorno alimentario más o menos grave. En ambos tipos de trastornos, la mayor incidencia se da entre la población femenina, “siendo ésta el 95% de los casos”.

Neumólogos valencianos constatan un aumento del 18% en las muertes asociadas al tabaco por cáncer de pulmón en mujeres españolas, desde 1997. Ha comenzado la fase de rápido incremento de la mortalidad global en la curva epidémica, lo que indica el inicio de la epidemia de cáncer de pulmón relacionada con el tabaco en mujeres españolas, que ha comenzado en 1997”. Asimismo, los expertos indican que “debido al largo periodo que existe entre el inicio del hábito tabáquico y el desarrollo de la enfermedad, la epidemia durará varias décadas”, aunque matizan que “se

podrá mitigar si se consigue reducir de forma significativa el número de mujeres fumadoras en España”

Las lesiones por violencia doméstica son un problema emergente y de abordaje intersectorial; es unas de las áreas de intervención incorporadas en este segundo plan de salud

¿Cuáles son los retos para enfermería que nos plantean las nuevas demandas asistenciales en la Comunidad valenciana?

Entre las líneas de actuación más importante del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009 se encuentra la implantación de estrategias que permitan reducir el consumo de tabaco entre la población valenciana. Se pretende que la prevalencia de fumadores menores de 25 años baje un 15% y, conseguir de esta manera que se sitúe por debajo del 31%”.

Con el personal sanitario y docente el objetivo fijado por el Plan de Salud es ambicioso pues supone que en los años de vigencia del mismo, la prevalencia de fumadores en estos colectivos se reduzca un 20%.

Dos objetivos estratégicos básicos de la Consellería de sanidad; como son la promoción de la salud y la mejora continua de la calidad del sistema sanitario valenciano”.

Proporcionar a la población herramientas para aumentar sus habilidades sobre la forma de mejorar su salud y la de las personas de su entorno.

Todos los cambios ocurridos en nuestra Comunidad -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 esta nueva situación.

Frenar la dependencia cada vez mayor de las mujeres jóvenes frente al tabaco con la puesta en marcha de un programa de abordaje integral.

DISCUSIÓN:

En su búsqueda de la autodeterminación como profesionales, las enfermeras tienen que tomar el control de su carrera y de su futuro. La flexibilidad profesional se refiere a la facilidad y capacidad, “un proceso continuo de autoevaluación y fijación de metas . Muchas enfermeras no creen poder hacer lo que realmente quieren en sus carreras profesionales. Las creencias que nos limitan, nos bloquean a nosotros y nuestros progresos. Si bien el entorno puede poner barreras a nuestro progreso, lo que creemos acerca de nosotras mismas y lo que es posible son poderosos elementos determinantes de nuestro comportamiento.

Nuestro momento actual, marca un hito histórico en el desarrollo profesional y nos sitúa en la línea de salida de un esquema absolutamente diferenciado en los ámbitos de la formación y del ejercicio profesional mismo. Los cambios de la enfermería y del sistema de salud también han dado lugar a entornos en los que las enfermeras deben autodirigirse y hacerse profesionalmente flexibles.

Las especialidades de enfermería aprobadas son una apuesta por la calidad asistencial y la seguridad clínica de los pacientes. las especialidades de enfermería suponen un reconocimiento al esfuerzo, la preparación y la entrega demostrada diaria-

mente por los 220.000 enfermeros que hacen posible el buen funcionamiento del sistema sanitario y garantizan unos cuidados de calidad a sus pacientes”.

CONCLUSIONES:

Vivimos en un mundo en continua transformación donde los “supervivientes” son los más capaces de adaptarse, es decir, los que aprenden a cambiar. El conocimiento lleva fecha de caducidad y hay que renovarlo constantemente. La tecnología hace ya tiempo que juega un papel preponderante y, en el futuro, su presencia y relevancia sólo va a aumentar. Enfermería es una ciencia antigua y, ahora sí, una profesión moderna. Cuidar de las personas, ha trascendido definitivamente la consideración de un acto de voluntad y servicio para, sin abandonar estos elementos esenciales, asumir de pleno derecho todos aquellos elementos característicos de una verdadera profesión. El nuevo enfermero del siglo XXI se nos presenta, pues, con un moderno perfil un nuevo “paradigma profesional” Ahora es el tiempo de consolidar, desde todos los ámbitos del ejercicio profesional, la autonomía, responsabilidad y competencia que hoy se nos reconoce y acrecentarlas en un futuro como garantía de excelencia de los cuidados, garantía de seguridad para nuestros pacientes y garantía de una asistencia humanizada coherente con nuestro ancestral espíritu de servicio.

La Organización Mundial de la Salud nos señala como el séptimo mejor sistema sanitario del mundo, algo que sólo es posible gracias a la calidad, excelencia, preparación y trabajo diario de los 220.000 enfermeras que nos dejamos la piel cada día en los hospitales y centros de salud españoles.

BIBLIOGRAFÍA

- Portal Generalitat Valenciana
- Portal del Ministerio de Sanidad
- Semfyc.es
- Colegio de enfermería
- Web de la dirección general de salud Pública
- Prensa sanitaria de los últimos seis meses.

COMUNICACIONES DE LA MESA

1ª. Contenido y utilidad de la consulta de enfermería en Reumatología

(Hospital General Universitario de San Juan)

Expone: *Dña. Amelia Carbonell Jordá*

Autora: *Carbonell Jordá, Amelia*

2ª. Actuación de enfermería en la biopsia intestinal

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *Dña. Mª Angeles García Sola*

Autores: *García Sola, Mª Angeles. Marín Galvez, Rosario. Castejón García, Raquel. García Sola, Ramona. Sanabria Cervetto, Carmen*

3ª. Estancia en ACUMeN –the academia and clinical unito for musculoskeletal nursing- y Universidad de Leeds (Reino Unido)

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *Dña. Jenny de la Torre Aboki*

4ª. Manejo de Rituximab en el hospital de día de reumatología del H.G.U.A.

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *Dña. Andrea García Palo*

Autores: *García Palao, Andrea. de la Torre Aboki, Jenny. Martínez Cutanda, Josefa. Vela Casasepere, Paloma. Batlle Gualda, Enrique. Martínez Sanchís, Agustín. Esteve Vives, Joaquín. Sivera Mascaró, Francisca. Pascual Gómez, Eliseo*

5ª. Grupo de discusión como herramienta de investigación cualitativa en salud

(Centro de Salud Florida – Universidad de Alicante)

Expone: *D. José Ramón Martínez Riera*

Autores: *Saavedra Llobregat, Mª Dolores. Martínez Riera, José Ramón*

6ª. Menos enfermeras igual a peores resultados y a mayor mortalidad: Una aproximación a la realidad española

(Clínica Vistahermosa)

Expone: *D. Roberto Galao Malo*

Autor: *Galao Malo, Roberto*

***CONTENIDO Y UTILIDAD DE LA CONSULTA
DE ENFERMERÍA EN REUMATOLOGÍA***

Amelia Carbonell Jordá
Unidad de Reumatología del Hospital Comarcal de San Juan

INTRODUCCIÓN

La definición del cometido de la enfermería en un marco profesional determinado es compleja. Esto es debido a que el marco general de competencias es difuso y la formación postgrado no contempla la existencia de especialidades, ya que los cometidos y métodos de actuación varían según el lugar de trabajo donde se desarrolle.

Mi nombre es Amelia y soy enfermera. Hace dos años y producto de la necesidad asistencial y la necesidad del seguimiento por parte de enfermería de patologías osteoarticulares y musculares de etiología autoinmune, inflamatoria, mecánica, metabólica y degenerativa, me ofrecieron la posibilidad de crear y desarrollar la consulta de enfermería en la unidad de Reumatología del Hospital de San Juan.

Hemos protocolizado el seguimiento y el plan de cuidados de las patologías mas frecuentes como son la artritis reumatoide, espíndiloartropatías, y osteoporosis, .

Otras patologías como lupus eritomatoso sistémico, vasculitis, esclerodermias, miopatías, artrosis, etc... varían sus cuidados según clínica y necesidad asistencial.

A lo largo de estos dos años hemos tratado de definir el contenido de la consulta de enfermería, labor que ha sido lenta, constante y muy trabajada, producto de la ilusión y del esfuerzo continuo de un trabajo en equipo

El perfil profesional de enfermería en la consulta conlleva funciones asistenciales, administrativas, docentes e investigadoras y el desarrollo de sus funciones incluye actividades propias o independientes, otras derivadas y algunas interdependientes.

Nuestra unidad de reumatología esta formada por dos reumatólogos, una enfermera, y un auxiliar de enfermería que compartimos con el servicio de endocrinología.

OBJETIVOS

- 1º Promover el bienestar y la salud, mediante educación sanitaria y mejorar la calidad de los cuidados de los pacientes de reumatología
- 2º Formar parte del equipo de reumatología y cubrir unas necesidades específicas que el paciente demanda por parte de enfermería a la vez que se descarga la presión asistencial médica.
- 3º Definir las funciones de la enfermera en la consulta de reumatología y poderlas cuantificar y detallar diaria, mensual y anualmente.
- 4º Creación de una base de datos propia, con información sobre pacientes y patologías que nos permita un mayor control de su seguimiento en las consultas de reumatología.

- 5° Completar y reforzar el tratamiento médico en la parcela no medicamentosa a la vez que aumenta el cumplimiento terapéutico y el éxito de los tratamientos.
- 6° Ofrecer un aprendizaje en la auto administración de tratamientos biológicos o inductores de remisión por vía subcutánea.
- 7° Colaboración en el control analítico riguroso de toxicidades y posibles efectos adversos de los diferentes tratamientos de larga duración..
- 8° Consolidar la figura de la enfermera, siendo punto de referencia donde el paciente pueda dirigirse y exponer sus problemas de información general, control del dolor, dieta ,ejercicio físico apropiado, información de su tratamiento, etc. A la vez que se le ofrece una educación sanitaria específica según su patología y limitaciones físicas.

MATERIAL, MÉTODOS DE TRABAJO INTERNO Y ACTIVIDADES

MATERIAL

Mi espacio físico de trabajo es un habitáculo de 10m² dispongo de 1mesa con tres sillas, un ordenador e impresora, una estantería con varios archivos, una camilla para exploraciones y un armario vitrina con medicación y material sanitario básico para realizar infiltraciones, artrocentesis, curas, vendajes, extracciones de sangre, y toma de constantes vitales.

MÉTODOS

Formación especializada y actualización en la bibliografía reumatológica.

Asistencia a charlas, jornadas y congresos de reumatología.

Comunicación fluida y continua con el equipo de trabajo.

Semanalmente organizamos sesiones y puestas en común en las que aportamos ideas, opiniones y proyectos.

Elaboración de protocolos propios,

Los pacientes atendidos en la consulta de enfermería son remitidos desde ambas consultas medicas o desde admisión como ocurre en la consulta monográfica screening de osteoporosis puesta en marcha en abril de 2005.

ACTIVIDADES

Los diferentes tipos de actividades son, según su contenido:

1° Administrativas y de investigación:

Durante el primer año de trabajo fuimos valorando las necesidades asistenciales que se iban produciendo y sus posibilidades de resolución.

Pasado este tiempo las actividades se fueron definiendo, las agrupamos en prestaciones y procedimientos y fuimos calculando el tiempo de ejecución. Toda esta información la presentamos en admisión, y se crearan unos códigos informáticos para nuestra unidad

En estos momentos parte de los pacientes que llegan a la consulta tienen cita programada según el tipo de prestación que vayan a recibir.

Los no programados, se generan en la consulta médica del día lo cual exige una captura diaria de la actividad no programada.

Todo esto permite cuantificar y detallar, diaria, mensual, y anualmente todo el trabajo realizado.

A partir del primer año de trabajo se creo una base de datos propia y dinámica, que se actualiza diariamente y cuyo mantenimiento incluye nombre del paciente, patología numero de historia clínica, tratamiento...

Desde el punto de vista asistencial paso a dar una relación de las prestaciones y procedimientos que se realizan en la consulta de enfermería según definiciones previas realizadas en nuestra unidad:

2.1- Prestaciones:

- Valoración integral del paciente y su patología reumatológica.
- Test de valoración funcional y limitaciones físicas.
Ej. : H.A.Q., Basdai, Basfi, Limite Algo Funcional, etc...
- Consulta screening osteoporosis, que incluye cumplimentar un cuestionario elaborado por el servicio, recogida de datos de interés, y consejos prevención de osteoporosis.
- Consulta seguimiento osteoporosis., que incluye revisión análisis de sangre y orina y control cumplimiento terapéutico y consejos prevención y mejora de la calidad ósea y articular.
- Educación sanitaria que incluye higiene postural, ejercicios de fortalecimiento muscular, enseñar la autoadministración subcutánea de determinados medicamentos, información de las patologías diagnosticadas y sus correspondientes tratamientos.
- Programación y seguimiento de los tratamientos de Hospital de Día.
- Revisión de analíticas en los pacientes con terapias biológicas y resultados procedentes del laboratorio general y laboratorio de microbiología.

2.2- Procedimientos

- Administración de fármacos urgentes
- Extracción análisis de sangre
- Preparación y ayuda en las artrocentesis e infiltraciones de corticoides y ácido hialuronico.
- Talla, peso y constantes vitales.
- Procesamiento de muestras para análisis de líquido sinovial
- Densitometrías periféricas que nos servían de referencia.
- Test diagnostico síndrome seco, incluye test de Schirmmer y Flujo Salivar.
- Consideramos importantísima la labor docente que se realiza con el paciente y que supone en muchos casos la total implicación del mismo en el control y cuidado de su enfermedad

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El trabajo realizado durante estos dos años con la metodología expuesta anteriormente nos permite presentar los siguientes resultados y conclusiones:

Resultados:

EL total de prestaciones realizadas entre el 1-6-04 y el 30-6-05 (13 meses) ha sido de 2797 repartido como sigue:

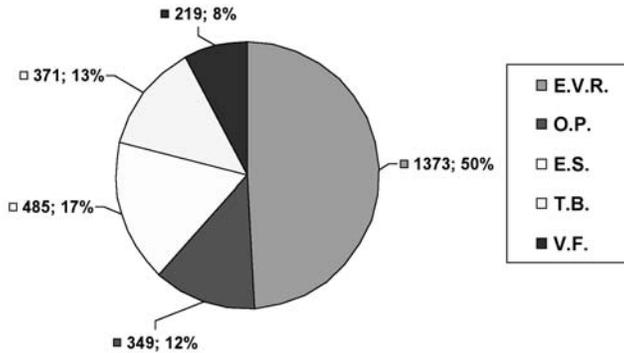
Valoración enfermería reumatológica – 1373

Consulta de osteoporosis – 349

Educación sanitaria – 485

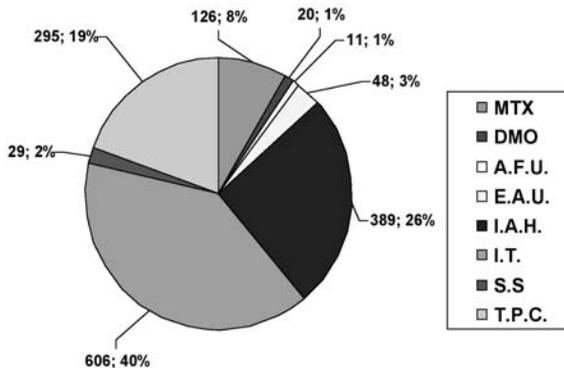
Análíticas, terapias biológicas, Hospital de Día – 371

Test de valoración funcional – 219



El total de procedimientos realizados entre el 1-6-04 y el 30-6-05 son los siguientes:

- Mantoux – 126
- Densitometría periférica – 20
- Administración de fármacos urgentes – 11
- Extracción de analíticas urgentes – 48
- Preparación infiltraciones con ácido hialurónico – 389
- Preparación de infiltraciones con trigon – 606
- Técnica diagnóstico de síndrome seco – 29
- Talla peso y constantes - 295



Conclusiones:

- 1º Entendemos que casi en su totalidad, se han definido las actividades y tareas de la consulta de enfermería en reumatología
- 2º Según datos informáticos, durante el primer año de consulta, la actividad programada era del 30% y sin cita previa 70%, en estos momentos con 16 meses de andadura, la actividad programada supone un 70% y sin cita previa un 30%.
- 3ª El tratamiento médico está reforzado por un plan de cuidados de enfermería y su cumplimiento integral es mayor.
- 4ª Al reforzar y aumentar la información al paciente de su enfermedad por parte de enfermería; se consiguen conductas y respuestas tendentes a la aceptación de las limitaciones y al desarrollo de nuevas conductas correctas y adaptadas. Así bien, el paciente mejora sus hábitos de vida, conoce y aprende a modificar hábitos inadecuados y desarrolla un estilo de vida que le permita el máximo control e independencia dentro de los límites impuestos por los cambios de su salud.
- 5º Al no depender de otros servicios para realizar determinadas pruebas diagnósticas propias, se acelera la detección de la patología y posterior diagnóstico, lo cual agiliza el inicio, programación, e información del tratamiento de manera integral
- 6º La información específica e informatizada de los procedimientos y las prestaciones practicadas en la consulta, nos genera una valiosísima base de datos múltiple y variada; base de futuros trabajos e investigaciones.
- 7º La figura de la enfermera se va consolidando, y me atrevería a decir que resulta imprescindible para cubrir la demanda asistencial de los pacientes de reumatología. La relación con el paciente resulta enriquecedora y gratificante y estimula a seguir aprendiendo y trabajando en este nuevo campo de trabajo para mí; que es la reumatología.

BIBLIOGRAFÍA

- Artritis reumatoide. SER. editores: Armando Laffon Roca y Juan J. Gómez-Reino
- Guía Osteoporosis generalitas Valenciana
- Reumatología en atención primaria.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN “ CONTENIDO Y UTILIDAD DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN REUMATOLOGÍA “

Mi trabajo no es científico, es un estudio retrospectivo de la creación de la consulta de enfermería en reumatología en el Hospital de San Juan

Objetivos: Objetivo general: a) Crear un campo de trabajo sólido y estable para enfermería en la unidad de reumatología

b) Elaborar planes de cuidados adaptados a los pacientes incluidos en las distintas patologías de reumatología.

Objetivo específico: Definir y cuantificar las actividades de la consulta de enfermería.

Material y metodos: Hace dos años el equipo de reumatología nos planteamos la necesidad de ofrecer al paciente una atención más completa y acorde a sus necesidades existenciales. Como consecuencia, comenzamos a definir las condiciones de la consulta de reumatología, los objetivos y la metodología a desarrollar.

El material o medios de los que dispusimos fueron un espacio físico, un ordenador y material básico de curas

El método empleado ha sido el de evaluar las necesidades asistenciales en las patologías inflamatorias y metabólicas más frecuentes y la creación de una base de datos informáticos propia que nos permite justificar la actividad y utilidad de esta consulta

Resultados: Según datos informáticos los pacientes atendidos del 1-06-04 al 30-0605 son 1850.El total de prestaciones realizadas son 2797.El total de procedimientos realizados son 1561.

Conclusiones: Haciendo un balance de estos dos años de trabajo, se puede decir que casi en su totalidad se han definido las funciones de la consulta de enfermería. Se han elaborado protocolos y planes de cuidados propios en las patologías más frecuentes como son la artritis reumatoide, espondiloartropatías y osteoporosis. Se consolida la figura de la enfermera en la consulta de reumatología

***HOSPITAL DE DÍA DE PEDIATRÍA
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA
EN LA BIOPSIA INTESTINAL***

Ángeles García Sola. Charo Marín Gálvez. Raquel Castejón García.
Ramona García Sola. Carmen Sanabria Cervetto
Hospital de Día de Pediatría

OBJETIVOS:

- Establecer la diferencia entre el anterior procedimiento de biopsia, (en el que se tardaban de 3 a 4 horas), y el actual (que sólo requiere media hora, aproximadamente). Las biopsias se hacen en todos los hospitales siguiendo las mismas pautas, lo único que nos diferencia de los demás centros sanitarios es el tiempo que empleamos en realizarla, pues en otros hospitales se coloca la sonda y se deja actuar al organismo hasta que llega al sitio adecuado, pudiendo alargarse la prueba varias horas.

I. INTRODUCCION:

La enfermedad celiaca (E.C.) es una intolerancia a las proteínas del gluten (gliadinas, secalinas, hordeinas y, posiblemente, aveninas), lo que provoca una atrofia severa de la mucosa intestinal. Esta atrofia, produce una mala utilización de los nutrientes, (principios inmediatos, sales y vitaminas) a nivel del tracto digestivo, cuya repercusión clínica y funcional variará en dependencia de la edad y la situación fisiopatológica del paciente. Por ejemplo, en el caso de niños diagnosticados en los primeros años de vida, los síntomas intestinales y el retraso del crecimiento son frecuentes; mientras que en el caso de desarrollo de la enfermedad en momentos posteriores de la infancia, se producen síntomas extraintestinales. Además, se han descrito asociaciones de E.C. con patologías con base inmunológica, como dermatitis herpetiforme (E.C. de la piel), déficit selectivo de IgA, diabetes mellitus tipo I, tiroiditis y hepatitis autoinmune, entre otras.

Los últimos estudios al respecto, sugieren que la falta de lactancia materna y la ingesta elevada de cereales a una edad temprana, en personas susceptibles, son factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad. Asimismo, se ha comprobado que eliminando el gluten de la dieta, desaparecen los síntomas clínicos y la alteración funcional, lográndose la normalización de la mucosa intestinal. Si no, esta intolerancia, es de carácter permanente, y se mantendría durante toda la vida.

La E.C. tiene un espectro bastante amplio de manifestaciones clínicas, que van desde las formas semi- latentes hasta la forma más grave de la enfermedad, que se produce por la presencia mantenida de gluten en la dieta, incluso en pequeñas cantidades. El incumplimiento dietético, puede llevar a largo plazo, a la aparición de enfermedades neoplásicas, como carcinomas esofágicos y linfomas no Hodgkin. Por tanto, una dieta estricta sin gluten constituye la piedra angular del tratamiento de la EC y debe ser recomendada durante toda la vida, tanto a los enfermos sintomáticos como a los asintomáticos. (Fuente: www.aeped.es)

II. PATOGENIA

La mayoría de los modelos descritos sobre la Patogenia de la E.C. la consideran una enfermedad inmunológica en la que concurren factores genéticos y ambientales, de modo que se requiere la combinación de ambos factores, como hemos comentado anteriormente, para padecer la enfermedad.

Por una parte, si nos centramos en el aspecto genético, se ha encontrado una fuerte asociación entre los genes que codifican para la molécula HLA de clase II y la E.C., concretamente con los haplotipos HLA – DR 17 (DR3) y HLA DR11 (DR5/DR7). Dicha asociación está relacionada con la molécula DQ2, común en ambos haplotipos. DQ2 es un heterodímero situado en la superficie de células implicadas en la respuesta inmune, codificado por los alelos DQA1*0501 B1*0201. Dichos alelos están presentes en el 95% de los enfermos celíacos. La mayor parte del resto de los pacientes celíacos negativos para DQ2 portan la molécula DQ8.

Desde hace tiempo se sabe que en el suero de los pacientes celíacos pueden detectarse anticuerpos anti-gliadina (AAG). Se ha demostrado que la producción de AAG de tipo IgA e IgE está elevada, tanto en las secreciones intestinales como en el suero de pacientes celíacos. También se ha descrito un aumento de otros anticuerpos alimentarios, probablemente como consecuencia del aumento de la permeabilidad de la membrana intestinal.

Además, en la E.C. se producen anticuerpos dirigidos contra algunas proteínas de la matriz celular de origen fibroblástico, como son los anticuerpos antirreticulina y los anticuerpos antiendomiso. Recientemente se ha identificado la Transglutaminasa Tisular (TGt) como el principal antígeno frente al cual se dirigen los anticuerpos antiendomsio.

Todos estos anticuerpos, especialmente los de clase IgA, se utilizan como marcadores inmunológicos para el diagnóstico de E.C. Sin embargo, ninguno es específico y sus niveles no siempre están directamente relacionados con el estado de la mucosa intestinal.

La presencia de autoanticuerpos en sueros de pacientes celíacos, junto con la fuerte asociación con los productos de los genes HLA II y las características de inflamación local de la porción del yeyuno, sugieren que la EC podría tener una base autoinmune.

Sin embargo, no se trata de una enfermedad autoinmune clásica, ya que los anticuerpos desaparecen y el daño tisular de la mucosa intestinal revierte completamente al eliminar el gluten de la dieta.

Aunque el mecanismo molecular preciso por el cual se produce la E.C. está todavía en estudio, la identificación de la TGt como el autoantígeno frente al cual se dirigen los anticuerpos titulares, ha permitido conocer nuevos datos que explican algunos de los sucesos que acontecen en la enfermedad. La TGt pertenece a una familia heterogénea de enzimas dependientes del calcio que cataliza la formación de enlaces entre proteínas, encontrándose asociadas a las fibras que rodean el músculo liso y las células endoteliales del tejido conectivo. (Fuente: www.sccalp.org).

III. CLÍNICA:

Los síntomas que identifican inicialmente la E.C., son los siguientes:

- Diarrea malabsortiva,
- Vómitos,
- Cambios de carácter,
- Falta de apetito,
- Estacionamiento de la curva de peso,
- Retraso del crecimiento, y además,
- El abdomen prominente y las nalgas aplanadas completan el aspecto característico de estos enfermos y permite sospechar el diagnóstico con facilidad.

No obstante, nunca se iniciará la exclusión de gluten de la dieta sin realizar previamente una biopsia intestinal.

Cuando la enfermedad evoluciona sin tratamiento, pueden aparecer formas graves (crisis celiaca), con presencia de hemorragias cutáneas o digestivas por defecto de síntesis de la vitamina K, tetania, hipocalcemia y edemas por hipoalbuminemia, pudiendo producir también una severa deshidratación hipotónica, hipopotasemia y malnutrición extrema.

Hay formas no clásicas de E.C. en las que las manifestaciones digestivas están ausentes, a veces en niños mayores su presentación es en forma de estreñimiento, asociado o no con dolor abdominal de tipo cólico, distensión abdominal o aparición brusca de edemas, generalmente coincidiendo con algún factor precipitante, pudiendo haber retraso en la talla o en la pubertad. Otra forma aislada de presentación es una anemia ferropénica, debida a la malabsorción de hierro y folatos en el yeyuno. En celíacos no tratados se ha descrito hipoplasia del esmalte dentario.

Como veremos en la tabla siguiente, las formas silentes de la enfermedad cursan durante años de modo asintomático, tal y como se ha comprobado en familiares de primer grado de paciente celíacos. Por ello es necesario un atento seguimiento de estas familias, incluyendo marcadores serológicos e incluso Biopsia intestinal, si fuera necesario.

Las formas latentes, son aquellas en las que, consumiendo gluten, con o sin síntomas, tienen una biopsia yeyunal normal o solo con aumento de linfocitos intraepiteliales. En su evolución deberán presentar atrofia de vellosidades intestinales, con normalización anatómica tras la retirada del gluten y reaparición de la lesión al reintroducirlo. Suelen ser familiares de primer grado de pacientes celíacos y, dado el alto riesgo de desarrollar la enfermedad, deben ser controlados periódicamente. (Fuente: www.celiacos.eurosur.org).

TIPO DE ENFERMEDAD	SÍNTOMAS	ANTICUERPOS	ENTEROPATÍAS	GENÉTICA
CLÁSICA	+	+	+	+
POTENCIAL	-	-	-	+
SILENTE	-	+	+	+
LATENTE	+	+	ANTERIOR (-)	+
	-	-	ACTUAL (+)	+

TABLA I. Descripción de las formas de la E.C. y sus características.

Fuente: <http://celiacos.eurosur.org>.

IV. DIAGNÓSTICO:

Para establecer el diagnóstico de la E.C., se requiere al menos la realización de una biopsia intestinal, ya que no puede establecerse definitivamente por datos clínicos y analíticos.

Una vez obtenida la muestra de mucosa, que la extraemos a nivel duodenoyeyunal, se observa una atrofia vellositaria severa (atrofia subtotal) con hiperplasia de las criptas y aumento de linfocitos intraepiteliales. Sin embargo, la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, establece como criterio diagnóstico, que se realicen por lo menos 3 biopsias intestinales, y como condición indispensable, en la primera de ellas, el paciente debe estar consumiendo gluten.

Así pues, el diagnóstico se basaría en el hallazgo de una atrofia intestinal severa en una primera biopsia intestinal (dieta con gluten), normalización histológica probada en una segunda biopsia, tras un periodo de 2 años de dieta exenta de gluten, y reaparición de la lesión vellositaria comprobada mediante una tercera biopsia intestinal tras reintroducción del gluten en la dieta (prueba de provocación).

La presencia de marcadores serológicos (anticuerpos anti gliadina, anti endomisio y/o transglutaminasa) elevados en la fase activa de la enfermedad (cuando el paciente está consumiendo gluten) y su desaparición tras suprimir el gluten de la dieta es un dato biológico que apoya el diagnóstico, pero no un criterio suficiente per se. **NUNCA DEBE EXCLUIRSE EL GLUTEN DE LA DIETA SIN BIOPSIA PREVIA.**

IV. 1. Métodos diagnósticos.

Existen dos tipos de diagnóstico necesarios para confirmar la E.C.; el primero es el Analítico, y con él se determinan los anticuerpos anti gliadinas. El segundo de los métodos es la Biopsia Intestinal, y con ella se confirma la “duda” que pueda suponer el método anterior, esto es, es un diagnóstico definitivo. Pasamos a resumirlos:

- Método Analítico; mediante la técnica de ELISA, se determina los anticuerpos anti gliadinas. Los AAG de clase IgG son sensibles, pero poco específicos, con un porcentaje alto de falsos positivos, los de clase IgA son mas sensibles, existiendo una gran variabilidad en la eficacia de los AAG, dependiendo de los test utilizados y de los autores.

Los anticuerpos IgA antitransglutaminasa tisular son los que muestran mejor capacidad diagnóstica, ya que reflejan con mayor exactitud el estado de la mucosa intestinal.

- Biopsia intestinal; está indicada para el diagnóstico definitivo de E.C., siendo el resultado histológico lo que condicionará el diagnóstico y el tratamiento.

No hay enfermedad celíaca sin una biopsia positiva.

Esta biopsia se realiza mediante la cápsula de Watson, siendo necesario que el enfermo siga con una dieta normal antes de la realización de la misma. (Fuente: www.sam.org.ar).

V. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN LA BIOPSIA INTESTINAL

Centrándonos más en la biopsia intestinal, paso a resumir el procedimiento de actuación que seguimos en Hospital de Día (H. de D.), cuando nos encontramos ante una prueba de este tipo.

- El día anterior a la realización de la biopsia, se avisa al servicio de RX donde se realizará la obtención de la muestra. Dado que se trata de una prueba en la que la importancia de la misma requiere de unos cuidados especiales, el servicio de RX deberá tener preparado todo lo necesario en caso de urgencia, esto es, aspirador, toma de O₂ correcta, etc.
- Cuando el niño llega al H. de D. para realizarse la biopsia, debe estar en ayunas por lo menos 8 horas antes de la misma.
- Ya en la consulta, se le canaliza una vía venosa (para analítica y para administración de fármacos). La utilización de fármacos como el primperan (aumento del peristaltismo) y el midazolán, (para conseguir una sedación ligera), hace que la tolerancia a la biopsia intestinal sea mejor, y que a los pacientes pediátricos no les suponga demasiado estrés.
- También, se pesa para calcular las dosis de medicación que le corresponden por peso y dosis.
- Nos trasladamos al servicio de RX:

- La cápsula debe ser ingerida por el paciente (no siempre voluntariamente, ayudando con un chupete, en los niños pequeños). La deslizamos por el esófago y llega al cardias, pasando al estómago, donde por ley natural, tiende ir hacia el fundus del estómago. Dado que no queremos que vaya al fundus, si no al duodeno, ayudándonos del fiador que lleva la cápsula, la movilizamos para que, en el menor tiempo posible, gire hacia el antro gástrico, y se introduzca en el píloro. Todo esto es visualizado por scopia.

Una vez pasado el píloro, inyectamos primperan, para evitar el retroceso de la cápsula y ayudar al peristaltismo intestinal. Después de pasar el píloro, la cápsula entra en la tercera porción del duodeno (antes de llegar al yeyuno), cerca del ángulo de Treitz. En este último, se saca el fiador de la cápsula. Cuando la cápsula, ya sin fiador está en el sitio correcto, con las jeringas aspiramos ejerciendo una presión negativa haciendo que la cápsula se abra y se cierre tomando en ese momento la muestra.

Cuando se da por concluida la extracción de la muestra, se saca la cápsula, sin hacer mucha fuerza, pues el píloro se encuentra irritado por el cuerpo extraño y se cierra, por lo que debemos esperar unos minutos antes de extraerla del todo. Es importante comentar, que el niño en todo momento está consciente (algo somnoliento a veces, tras inyectarle dormicum); su frecuencia cardíaca y respiratoria, así como la saturación de O₂ durante la prueba se mantiene en condiciones fisiológicas, no manifestando ninguna alteración.

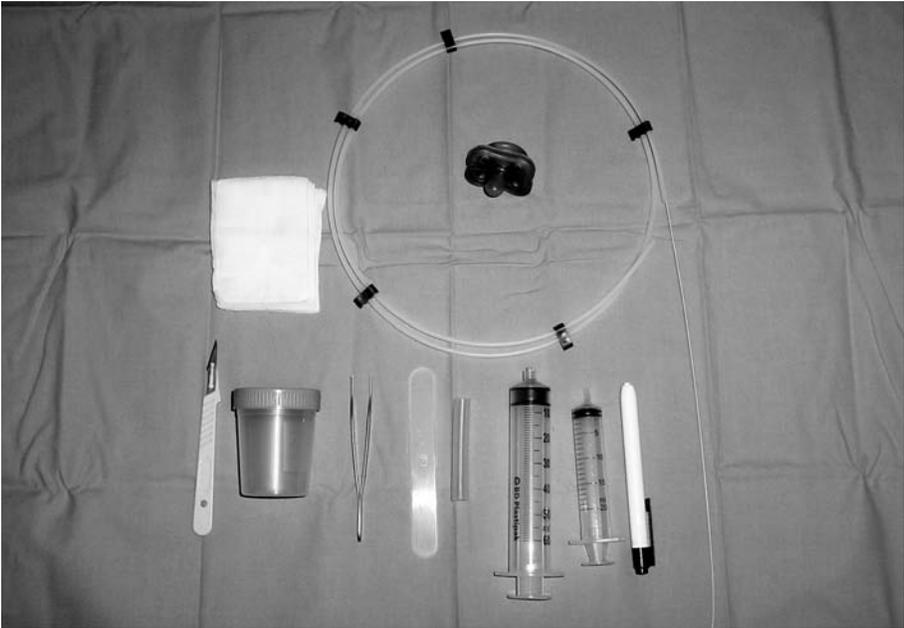
Una vez que tenemos la cápsula fuera del organismo cogemos la muestra, y, después de comprobar que es idónea para su estudio, se mantiene en formol, mientras es trasladada a la unidad de Anatomía Patológica.

- Nos trasladamos a H. de D., donde el paciente permanece hasta su completa recuperación, tanto anímica como alimenticia. Por otra parte, también informamos a los padres de cómo ha transcurrido la prueba.

VI. MATERIAL

El material que tenemos que preparar para la realización de una biopsia intestinal, podría resumirse en la siguiente lista:

- 1° Cápsula de Watson,
- 2° Chupete o mordedor para introducir la sonda,
- 3° Líquido esterilizante (clorhexidrina sin diluir),
- 4° Formol,
- 5° Depresores de lengua y linterna,
- 6° Gasas,
- 7° Jeringas de 50 ml como normal y de 20 ml (para hacer presión negativa),
- 8° Pulsiosímetro, (para observar oxigenación durante la sedación),
- 9° Suero salino,
- 10° Pinzas,
- 11° Botes pequeños para muestras.



*Imagen 1. Material utilizado en la realización de la biopsia intestinal.
Fuente: Hospital de Día.*

V. I.1. CÁPSULA DE WATSON

Dado que merece mención a parte por su importancia a la hora de realizar la biopsia, hemos dedicado un espacio a la Cápsula de Watson. A continuación de la foto, describimos las características más importantes de dicho instrumento.

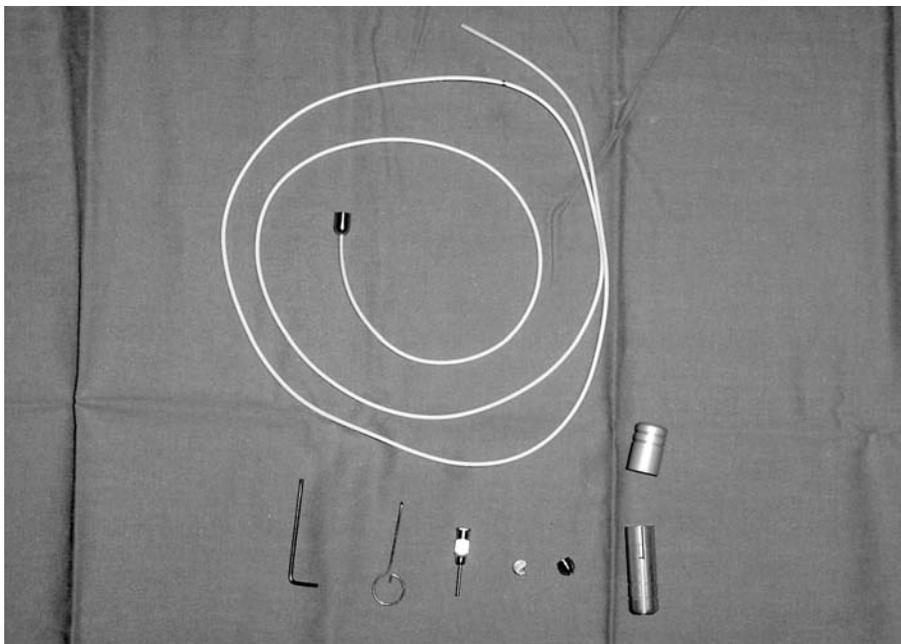


Imagen 2. Cápsula de Watson, y material de ensamblaje.

Fuente: Hospital de Día.

En la foto vemos que la Cápsula está acompañada de los siguientes elementos; sonda conectada junto al cuerpo de la cápsula, material de ensamblaje de la misma (2), aguja que conectará la jeringa de aspiración a la sonda, cuchilla y parte final de la cápsula.

La cuchilla de la cápsula se acciona mediante la presión negativa dentro de una membrana, (que creamos nosotros utilizando un trozo de guante de látex), inducida por el funcionamiento de una jeringa.

Lógicamente, existe una diferencia notable entre el tamaño de la cápsula de adultos y la pediátrica. Esta última, mide 15.00 mm y la abertura sólo 2.5 mm, el diámetro total de la cápsula es de 7.2mm, y el grosor de la sonda de 1.7mm.

La cápsula de adultos mide algo más, 19.6mm abertura de 3.6mm y un diámetro de 9.5mm, el grosor de la sonda es de 2. Estos datos los veremos mejor en la forma esquematizada de la siguiente

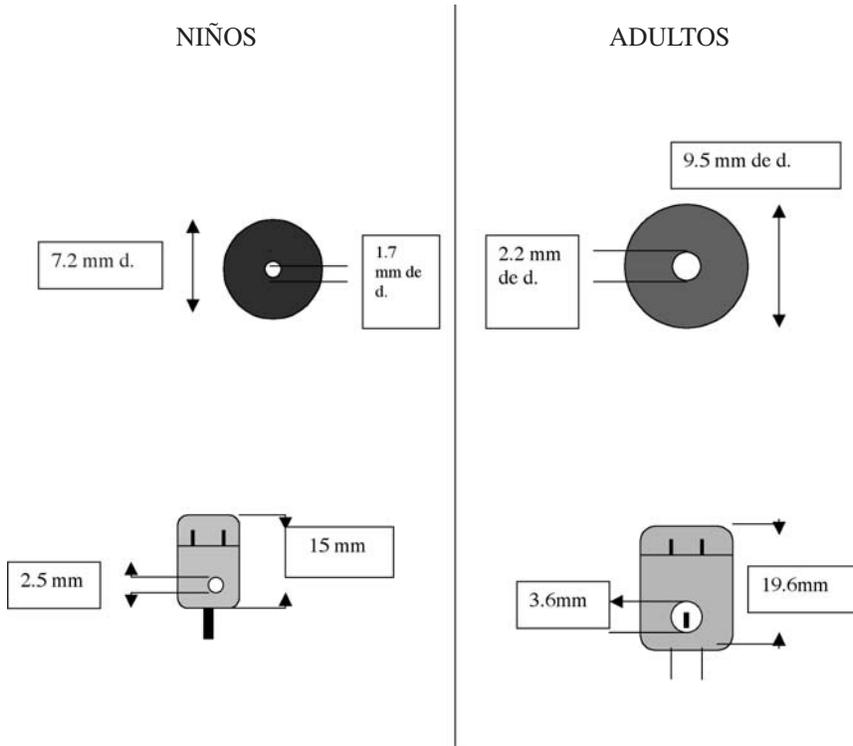


Figura 1. Diferencias entre la cápsula de Watson adulta y la pediátrica.
Fuente: “Intestinal biopsy capsule”.

VII. MEDICACIÓN

A continuación se muestran los fármacos utilizados en la prueba:

Midazolam (dormicum)	0.1mg/kg/dosis	0.1 ml/kg/dosis
Metoclopramida (primperan)	0.4mg/kg/dosis	0.08ml/kg/dosis
Flumaceniil (anexate)	0.01mg/kg/dosis	0.1ml/kg/dosis



Imagen 2. Fármacos necesarios en la biopsia intestinal. Fuente: Hospital de Día.

Generalmente sólo se pone una dosis de Dormicun, pues es suficiente para una sedación ligera, pudiendo repetir la dosis pasados uno 10 minutos. El anexate es el antidoto del Dormicun, por lo que se tiene preparado por si el paciente presenta efectos no deseados (reacción alérgica, depresión respiratoria, etc...).

En el caso del Primperan también se hace necesaria una sola dosis.

VIII. RESULTADOS:

Desde la pasada primavera, que es cuando hemos empezado a utilizar medicamentos en la prueba, venimos observando que los tiempos de obtención de muestra se han acortado considerablemente, repercutiendo este hecho positivo, en una mejor tolerancia del paciente.

IX. CONCLUSIONES:

1. Se ha comprobado la eficacia de la biopsia intestinal con cápsula de Watson en el diagnóstico de la enfermedad celiaca.

Por ello, en la unidad de gastroenterología pediátrica del hospital general de Alicante, se realiza desde hace unos meses esta técnica diagnóstica, siendo impres-

credibile su utilización en el diagnóstico de E.C.

2. Que la prueba es bien tolerada por los niños, no suponiendo muchas molestias para ellos.
3. Que la fiabilidad de la misma es altamente positiva, (todas las que hemos realizado desde la implantación de la unidad han sido positivas, confirmando la sospecha diagnóstica).
4. Es una prueba rápida y eficaz.
5. En los casos en los que las secreciones mucosas del niño son muy abundantes, puede que la obtención de la muestra sea nula y que la cápsula se cierre sólo con mucosidad, no con mucosa, siendo fallida la prueba pues una vez cerrada la cápsula solo se puede abrir fuera del organismo. Quizás sea este el único problema que tenga este método.

X. BIBLIOGRAFÍA:

1º [http:// www.aeped.es](http://www.aeped.es)

2º [http:// www.celiacos.eurosur.org](http://www.celiacos.eurosur.org)

3º [http:// www.jpjn.org](http://www.jpjn.org)

4º [http:// www.revista.seaic.es](http://www.revista.seaic.es)

5º [http:// www.sam.org.ar](http://www.sam.org.ar)

6º [http:// www.sccalp.org](http://www.sccalp.org)

7º [http:// www.wellpath.uniovi.es](http://www.wellpath.uniovi.es)

8º "Nelson Tratado de Pediatría", ed. 9ª, R.E.Behrman V. C. Vaughan. 1986.

9º "Watson intestinal biopsy capsule" prospecto informativo de la cápsula de Watson.

ESTANCIA EN ACUMeN -the
academic and clinical unit for
musculoskeletal nursing- Y
UNIVERSIDAD DE LEEDS

Jenny de la Torre. Sept-Octubre'04

CONTENIDO.

- ¿QUÉ ES ACUMeN?
- RESUMEN SOBRE LAS VISITAS A ENFERMERAS ESPECIALISTAS.
- PROCEDIMIENTOS Y PAUTAS DE TRATAMIENTO.

I. ¿QUÉ ES ACUMeN?

- ACUMeN = *Academic and Clinical Unit for Musculoskeletal Nursing*)
- Fue fundado en Marzo'03.
- Consta de la unión de:
 - INVESTIGACIÓN
 - PRÁCTICA
 - DOCENCIA.

- **EDUCACIÓN:** Healthcare studies department (University of Leeds)
 - Ej: Cursos de Reumatología para enfermeras basados en patología, tratamiento y cuidados específicos.

- **INVESTIGACIÓN:** academic unit of musculoskeletal disease (University of Leeds)
 - Basado en proyectos de investigación nacionales e internacionales sobre áreas específicas como Educación al paciente, Calidad de vida, Diversidad cultural y etnicidad, entre otros.

- **PRÁCTICA:** Leeds teaching Hospitals Trust.

- Basado en facilitar que Unidades de Reumatología consigan el sistema de acreditación PDU cuyo objetivo es certificar que dicha unidad trabaja bajo un sistema de Práctica basada en la evidencia, innovación en la práctica diaria y mejora de la calidad asistencial.

II. RESUMEN SOBRE LAS VISITAS A ENFERMERAS ESPECIALISTAS.

- Función básica: consultas (Clinics) de control de efectos adversos DMARD's (AS), por lo que enfermería realiza el seguimiento fundamentalmente a pacientes con enfermedad inflamatoria.
- Dichas revisiones tienen lugar cada 3 meses.

Los pacientes visitan al reumatólogo como media 2 veces al año.

- Educación al paciente (oral y escrita) sobre temas relacionados con la enfermedad, manejo de la misma, tto y derivación sistemática al Fisio, Podólogo, OT y dietista (depende del centro) al inicio del tratamiento y posteriormente cuando sea necesario.
- Prescriben modificaciones de tratamiento.
- Help-line : teléfono de atención al paciente 24 horas al día.

- Realizan infiltraciones cuando es necesario (rodillas, hombros).
- PAUTA INFILTRACIÓN: 40 mg de METILPREDNISOLONA + 40 mg TRIAMCINOLONA ACETÓNIDO + 2.5-3 ml lignocaína.

- La prueba del PPD no está totalmente extendida, se guían por la historia del paciente y Rx tórax. En caso de realizarse no se realiza Booster.
- Existencia de enfermeras muy especializadas en determinadas patologías: conectivopatías, ensayos clínicos, terapias biológicas.
- VALORACIÓN ARTICULAR POCO EXTENDIDA.

III. PROCEDIMIENTOS Y PAUTAS DE TRATAMIENTO.

- Uso extendido del Teriparatide en el tto de la OP frente al Pamidronato, utilizado en el Paget, o tras nueva fractura (4 tto's cada 2 semanas)
- Mayor uso de terapias biológicas sc frente a iv.
- En brotes muy importantes: 3 bolus de Metilprednisolona 500 mg iv a días alternos (dosis total: 1.5 gr en 6 días).

RITUXIMAB

Se administra como uso compasivo principalmente en AR refractarias, pero también en Esclodermias con afectación pulmonar.

- Días 1 y 15: RITUXIMAB+ METILPREDNISOLONA.
- No se asocia Ciclofosfamida.
- Se admite la continuidad de MTX durante el tto (ÚNICO DMARD ADMITIDO).
- Días 2, 4 y 7: 60 mg de PREDNISOLONA.
- Días 8 y 14: 30 mg de PREDNISOLONA.

RITUXIMAB

DIA 1.

1) 100 mg de METILPREDNISOLONA iv diluido en 250 ml SF a pasar en 1 hora.

2) RITUXIMAB 1000 mg según pauta.

DIA 2 y 7: prednisolona 60 mg.

DIA 8 y 14: prednisolona 30 mg.

DIA 15.

1) 100 mg de METILPREDNISOLONA iv.

2) RITUXIMAB 1000 mg según pauta.

DIA 16 en adelante: dosis de prednisolona pre-tratamiento.

CICLOFOSFAMIDA

- Se inicia con una perfusión de SF.
- Metilprednisolona (10 mg/kg) en 250 ml SF a pasar en 1 hora.
- Mesna 400 mg 2 horas antes de la CFM.
- Se administra Metoclopramida 10 mg iv, si el paciente tiene náuseas o vómitos resistentes a este fármaco, se administra Ganisetron 3 mg iv diluidos en 20 ml de SF a pasar en 5 min. Ambos fármacos se han de administrar justo antes de iniciar la perfusión con CFM.

CICLOFOSFAMIDA

- DOSIS TRADICIONAL:
CICLOFOSFAMIDA iv (15 mg/kg) diluida en 250 ml de SF a pasar en 1 hora (aunque la dosis puede variar de 10-22.5 mg/kg).
- A los 10 días del tratamiento: NADIR.
- PAUTA DE TRATAMIENTO:
Pulsos 1-3 cada 3 semanas.
Pulsos 4-6 cada 4 semanas.

CICLOFOSFAMIDA: ajustes según patología.

- LES: misma pauta descrita pero diferente dosis:
Metilprednisolona iv 6.6 mg/kg. Ciclofosfamida iv 10 mg/kg.
- VASCULITIS:
pulsos 1-3: cada 2 semanas.
Pulsos 4-6 cada 3 semanas.
Pulsos 7-9 (SI PRECISA) cada 4 semanas.
Pulsos 10-12 cada 6 semanas.
Pulsos 13-15 cada 9 semanas.
Pulsos 16-18 cada 12 semanas.
Dosis tradicional.
- ESCLERODERMIA: dosis y pauta tradicional.

INFLIXIMAB

- DOSIS tradicional.
- PAUTA:
 - Infusión 1-4: durante 2 horas y observar 2 horas post.
 - Infusión 4-9: durante 1 hora y observar 1 horas post.
 - Infusión 10 en adelante: durante 30 min. No precisan observación post.

INFLIXIMAB

- NO se premedica sistemáticamente.
Si ocurre alguna reacción se administra Hidrocortisona iv, Salbutamol nebulizado y antihistamínico.

INMUNOGLOBULINAS:

- Principalmente utilizado en Lupus discoide y Dermatomiositis.

MANEJO DE RITUXIMAB EN EL HOSPITAL DE DÍA REUMATOLOGÍA DEL HGUA

Andrea García Palao
Enfermera
Reumatología Hospital General Univ. de
Alicante.

GENERALIDADES Y OBJETIVO.

- RITUXIMAB es un anticuerpo monoclonal quimérico anti-CD20 de origen murino-humano.
- OBJETIVO:
 - Dar a conocer la forma y el modo de administración del fármaco en nuestro Hospital de Día.
 - Dar a conocer las reacciones adversas manifestadas.

MATERIAL Y MÉTODO.

- Se incluyeron todos los pacientes a los que se administró el fármaco de Julio`04 a Enero'05.
- En todos los casos se administró el tratamiento como uso compasivo.

MANEJO DEL FÁRMACO.

- Dosis habitual: 375 mg/m² a la semana durante 4 semanas.
- Premedicación: PARACETAMOL 1 gr vo + DEXCLORFENIRAMINA 5 mg IV diluida en 50 ml de SF 0,9%.
- Dilución: en 500 ml de SG5% o SF al 0,9%.
- Debe protegerse de la luz.

PERFUSIÓN INTRAVENOSA

- Se inicia la perfusión a un ritmo de 50 mg/hora.
- Se incrementa el ritmo a razón de 50 mg/hora cada 30 minutos.
- Dosis máxima: 400 mg/hora.
- En perfusiones posteriores se puede iniciar e incrementar a razón de 100 mg/hora.
 - Monitorización del paciente cada 30 min y hasta 30 min después de finalizada la perfusión.

PRECAUCIONES.

- Fármaco con capacidad no irritante.
- Puede ser manipulado por embarazadas.
- No se trata de un fármaco citotóxico.
- Dosis individualizada.

PRÁCTICA DIARIA: CÁLCULO DE ml/hora.I.

- Dosis del fármaco: 0,375 gr/m².
- Peso: 62 kg Talla: 158 cm
- s.c (m²)= $\frac{\text{altura (cm)} \times \text{peso (kg)}}{3600}$
- Dosis total: 611 mg
- Volumen total: 525 ml

$$\begin{array}{r} 525 \text{ ml} \text{-----} 611 \text{ mg} \\ x \text{ -----} 50 \text{ mg} \\ x=43 \text{ ml} \end{array}$$

REACCIONES ADVERSAS POSIBLES

- Fiebre (50%)
- Náuseas (18%)
- Astenia (16%)
- Cefalea (16%)
- Laringoespasma, angioedema (13%)
- Faringitis, rinitis, hipotensión (10%)
- Urticaria, disnea, broncoespasmo (8%)
- Vómitos (7%)

EN CASO DE REACCIÓN ADVERSA

- Detener la perfusión.
- Administrar Dexclorfeniramina 50 mg/IV, Epinefrina IV, Metilprednisolona 125 mg y nebulizaciones con Salbutamol.
- Cuando los síntomas mejoren, reiniciar la perfusión a un ritmo menor.

PRECAUCIONES ESPECIALES

- Suspender medicación anti-HTA 12 horas antes del tratamiento.
- Administrar con precaución en pacientes cardiopulmonares y vasculares.
- Se recomienda no vacunar con agentes vivos durante el tratamiento.
- Embarazo y lactancia están contraindicados.

RESULTADOS

- Durante nuestra experiencia hemos administrado un total de 22 infusiones.
- No se observaron reacciones adversas durante la infusión ni posterior a la misma.

CONCLUSIÓN

- La constante aparición de fármacos de nueva generación, obliga a los profesionales a una continua actualización de conocimientos en la forma y manejo de los mismos.
- A pesar de lo novedoso es previsible el mayor uso de esta terapia en Reumatología.

***GRUPOS DE DISCUSIÓN COMO
HERRAMIENTA DE INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA EN SALUD***

M^a Dolores Saavedra Llobregat. José Ramón Martínez Riera
*Dpto. Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública
e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante.*

JUSTIFICACIÓN

Enmarcado en el estudio de Salud de la Población de Petrer que se está llevando a cabo por parte del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante, se llevó a cabo la técnica de grupos focales recogida en el mencionado estudio, mediante la constitución y desarrollo de 3 grupos focales.

Coincidiendo con Errandonea¹, consideramos que "cada una de las técnicas metodológicas (y de los tipos de ellas) tiene una adecuación específica para determinada área o para ciertas tareas en el trabajo de investigación" . Por este motivo, pensamos en la posibilidad de complementar ambas técnicas (cuantitativa y cualitativa) en la investigación que nos ocupa. Esto nos permite la "triangulación metodológica"², es decir, la convergencia de la metodología cualitativa y cuantitativa, teniendo en cuenta que cada una nos provee informaciones diversas y relevantes para interpretar a la otra.

Son muchas las definiciones que existen sobre grupos focales, pero consideramos que la realizada por Korman es muy clarificadora: "una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación".

El principal propósito de la técnica de grupos focales en esta investigación es lograr una información asociada a conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y experiencias de una subcultura al lenguaje de una cultura total de la cual la primera forma parte sobre la salud en la población de Petrer que no serían posibles de obtener, con suficiente profundidad, mediante otras técnicas tradicionales tales como por ejemplo la observación, la entrevista personal o la encuesta social. Estas actitudes sentimientos y creencias pueden ser parcialmente independientes de un grupo o su contexto social, sin embargo son factibles de ser reveladas por medio de una interacción colectiva que puede ser lograda a través de un grupo focal que, como todo acto comunicativo, tiene siempre un contexto (cultural, social) que permite y facilita el intercambio de experiencias y contribuye a despertar y estimular un interés en los participantes del grupo sobre el tema central de la investigación.

Comparada con la entrevista personal, la cual tiene como objetivo obtener información individualizada acerca de actitudes, creencias y sentimientos; los grupos focales permiten obtener múltiples opiniones y procesos emocionales dentro de un contexto social. Sin embargo, una de las ventajas de la entrevista personal, la de un mayor control sobre el informante, se convierte en desventaja para el investigador en

un grupo focal, debido a que los participantes pueden tomar la iniciativa y la conducción de la discusión y ocultar esa opinión individual tan valiosa.

Los grupos focales permiten analizar y seleccionar la información de una manera tal que ayuda a los investigadores a encontrar cual es el asunto importante y cual no lo es, cuál es el discurso real y cual el ideal. Como resultado, la brecha existente entre lo que la gente dice y lo que hace puede ser mejor entendida. Sus múltiples comprensiones y significados son revelados por los participantes, en consecuencia las múltiples explicaciones de sus conductas y actitudes serán mas rápidamente reelaboradas y comprendidas por parte de los investigadores.

Es por todo lo expuesto que se decidió utilizar los grupos focales en nuestra investigación ya que permite complementar aspectos específicos del estudio que posteriormente reforzarán las conclusiones de la investigación.

Los grupos se constituyen al efecto por lo que se trata de grupos teóricamente artificiales que empiezan y terminan con la reunión. Estos grupos no son tal ni antes ni después de la reunión. Su existencia se reduce a la situación objeto del estudio. Su dinámica, en ese sentido, se orienta a producir algo y existe por y para ese objetivo. El grupo instaura un espacio de "opinión grupal". En él, los participantes hacen uso del derecho de omitir opiniones que quedan reguladas en el intercambio grupal. Esto es lo esencial de su carácter artificial ya que el investigador los reúne y constituye como grupo.

Siguiendo estos principios se conformaron los grupos de tal manera que no fuesen demasiado heterogéneos en términos de estrato o en términos de oficio o posición ocupacional, para evitar que las diferencias entre participantes pudieran provocar un impacto considerable en sus contribuciones. Por otra parte si el grupo que se constituía era demasiado homogéneo podía suceder que las diversas opiniones y experiencias no fueran reveladas al no generar o provocar al interior del grupo una atmósfera de contradicción. Se decidió, por lo tanto, constituir grupos etarios de entre 6 y 12 miembros de diferente procedencia social y cultural y sin considerar la proporcionalidad de genero para su constitución.

Las consideraciones de tipo ético para el trabajo de los grupos focales fueron las mismas que para otras técnicas de investigación social, con especial cuidado en el manejo de la información que se iba a producir el interior del grupo de trabajo así como la que resulte del análisis de los resultados, la cual debe ser mantenida como confidencial.

Una vez organizados los grupos y fijadas las reuniones los moderadores, miembros del equipo de investigación, daban explicaciones claras sobre los propósitos del grupo, la duración de la reunión (no mayor de 2 horas) y la grabación de voz de la reunión y su utilización. Ayudaban a la gente a sentirse en confianza y especialmente, facilitaban la integración entre los miembros del grupo insistiendo en la necesidad de que los participantes utilizaran sus propios conocimientos, experiencias y lenguaje.

Los moderadores procuraron crear un ambiente de comunicación entre los participantes de los grupos que les permitiese hablar entre sí, hacer preguntas, expresar

dudas y opiniones teniendo en cuenta en todo momento el limitado control que sobre la interacción debían realizar, de tal manera que se lograra mantener el hilo conductor sobre la temática y que la elaboración conceptual y operativa no fuera desbordada por factores ideológicos, políticos o existenciales a los participantes interesados en la temática. En todo momento se evitaba ser interrogados por los participantes ya que no se trata de informar o convencer sino la de conducir al grupo.

Finalmente en el cierre de la reunión se agradecía la participación y se informaba de cómo iban a ser utilizados los datos.

Las cintas grabadas y las anotaciones llevadas a cabo sobre el comportamiento asociado de los asistentes, son los materiales que posteriormente serán utilizados para, tras su correcta transcripción, poder realizar el análisis de contenido y elaborar las conclusiones oportunas que conformarán el informe final de los grupos focales.

DESARROLLO DE LOS GRUPOS FOCALES MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología utilizada en este estudio es por lo tanto, cualitativa y la técnica elegida los grupos de discusión (grupos focales).

Se trabajó con tres grupos de 10-12 integrantes cada uno de ellos, teniendo en cuenta las premisas necesarias en la constitución de los grupos, en cuanto a las características de sus integrantes, para que se dieran las condiciones de homogeneidad y heterogeneidad suficientes que garantizaran la riqueza del discurso, así como las condiciones en la captación y convocatoria de esta población para que dicho discurso no estuviese contaminado.

La duración de las sesiones fue de 90 minutos y fueron guiadas por dos investigadores.

La información proporcionada por los integrantes de los grupos en este espacio de discusión, se grabó y transcribió íntegramente para su posterior análisis.

Esta información es categorizada, permitiéndonos así un análisis pormenorizado de la misma.

La población a estudio fue la población de Petrer, municipio de la provincia de Alicante.

OBJETIVOS

- Conocer la percepción que tiene la población de Petrer acerca de la salud, en relación con los comportamientos cotidianos (situación familiar y social del entorno en que viven), aspectos culturales y sus creencias.
- Conocer las experiencias de esta población en cuanto a la atención y servicios que ellos perciben como ligados a la salud.
- Identificar factores modificables relacionados con problemas de salud, así como aspectos de prevención y coordinación de recursos.

DISEÑO MUESTRAL

Dado que la investigación cualitativa lo que busca no es la significación estadística, sino la profundidad de los datos, se utiliza la fórmula del criterio de saturación (criterio de calidad y suficiencia de datos).

Por lo tanto, la muestra se seleccionó en función de la representatividad de la población de Petrer.

La muestra la constituyeron tres grupos, cada uno de ellos de una banda de edad, representantes de los distintos colectivos que configuran la población de Petrer. Así pues, los grupos quedaron constituidos por jóvenes, adultos y viejos, con la siguiente distribución etaria:

- A: grupo de 16 a 25 años.
- B: grupo de 26 a 45 años.
- C: grupo de mayores de 65 años.

Para conseguir la suficiente homogeneidad y heterogeneidad, que garantizara la riqueza del discurso, se tuvieron en cuenta en la selección de integrantes: el sexo y el nivel cultural, para que la representatividad y las condiciones fueran adecuadas.

Identificamos a los participantes, que según el equipo investigador, reunían el perfil definido con anterioridad.

Las reuniones se realizaron en el local de la concejalía de sanidad del Ayuntamiento de Petrer y en un horario que facilitara la asistencia de los integrantes convocados.

El guión de las reuniones se estableció teniendo en cuenta que las cuestiones que se iban a tratar estuviesen relacionadas con el tema de la salud. Al tratarse de un tema tan amplio y con tantas connotaciones y significaciones, la discusión fue prácticamente abierta, a pesar de lo cual, quedó garantizada la recogida de toda la información necesaria para responder a los objetivos del estudio.

Las cuestiones fueron formuladas en forma de preguntas abiertas con el fin de obtener información en profundidad.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La recogida de información, en investigación cualitativa, se realiza mediante un muestreo intencional y razonado, esto significa que los sujetos de estudio son los que informan de su visión y percepción de la realidad que queremos estudiar.

El modelo de análisis que se utilizó de la información recogida de los tres grupos fue el de contenidos: proceso de examen sistemático del texto, disponible una vez realizadas las transcripciones de las grabaciones, identificando y clasificando los temas y codificando el contenido del discurso.

El análisis del contenido consta de las siguientes fases:

1. Transcripción literal de las grabaciones.
2. Lectura preliminar de las grabaciones.
3. Elaboración de un guión de categorías.
4. Codificación de las transcripciones.
5. Análisis del contenido de las transcripciones.
6. Elaboración del informe final.

Dentro del estudio del estado de Salud en la población de Petrer que se llevó a cabo por parte del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y

Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante, por solicitud de la Concejalía de Sanidad del Excelentísimo Ayuntamiento de Petrer, se ha realizado este estudio cualitativo con el fin de conocer la percepción que sobre este tema tienen los ciudadanos de dicho municipio.

La convocatoria y citación para las reuniones fueron llevadas a cabo por parte de la Concejalía de Sanidad y la realización de las reuniones corrió a cargo de dos profesores del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia que actuaron en calidad de coordinador y observador de los tres grupos.

La duración de cada reunión fue de 1 hora y media, grabándose íntegramente el discurso de los integrantes del grupo.

Las grabaciones fueron posteriormente transcritas literalmente para poder llevar a cabo su análisis.

Procediéndose a categorizar la información, en un principio por grupos, para conocer como perciben cada uno de estos el estado de salud de la población a la que pertenecen.

Posteriormente se procedió a categorizar dicha información por temas, utilizando toda la información recogida en los tres grupos realizados.

Por último, se analizaron cuales fueron los elementos que, en el discurso de estas personas, se percibían como relacionados con la salud, así como los problemas y las necesidades mencionados.

RESULTADOS DEL ESTUDIO

Los resultados forman parte del convenio específico para asesoramiento y asistencia técnica entre el Exmo. Ayuntamiento de Petrer, la Universidad de Alicante y la Asociación de Enfermería “Educación y Salud” (ADEES), por lo que no pueden hacerse públicos en este momento.

TEMAS QUE DESTACAN EN EL ANÁLISIS:

- En el análisis general del discurso, podemos destacar, la asociación que se produce entre el concepto estado de salud y prestaciones sanitarias. De manera que, en todos los grupos, aunque con las diferencias que hemos podido apreciar en el punto anterior, todos hablan de sus vivencias, experiencias, cobertura y deficiencias de la asistencia en la atención sanitaria que reciben.

En las manifestaciones y relatos que fueron exponiendo los diferentes componentes de los grupos, apreciamos, que a partir de la exposición de cómo perciben el estado de las cosas en este tema (descripción de situaciones concretas de funcionamiento etc.) se fue avanzando hacia una serie de quejas, de las cuales podemos hacer una lectura de la demanda de esta población, con respecto a la atención que reciben y que podemos resumir en:

La presión asistencial y todos los problemas que de ella se derivan,(falta de humanización por parte de los profesionales, demora en las citaciones, percepción de insatisfacción y desmotivación laboral etc.). Déficit de recursos humanos, con todas sus consecuencias: aspectos de la sanidad que consideran que no se desarrollan,

como es el campo de la prevención en Atención Primaria, y la intervención comunitaria. Ausencia de un servicio específico de urgencias y la insuficiente atención urgente por parte del SAMU.

- Otro tema destacado en el análisis es la relación expresada entre salud y medio ambiente, destacando problemas concretos que perciben en su municipio tales como limpieza de las calles y sobre todo el ruido.
- Por último hay que resaltar en el análisis la relación que establecen entre el estado de la salud y los servicios sociales, manifestando una insuficiente cobertura en el campo de la drogadicción en los jóvenes, así como en el de la inmigración.

SUJETOS PERCIBIDOS

- Destacan tres servicios como básicos en el campo de la salud:
 1. La Sanidad.
 2. Los Servicios Sociales.
 3. La Educación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Braun, F. Investigación en Salud Pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. Fiders University, Australia.
2. Coffey, A. Atkinson, P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Edit. Universidad de Antioquia, Medellín, 2003.
3. García Caliente, MM, Mateo Rodríguez, EI. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Atención Primaria; 2000. (25): 3: 181-6.
4. González Barberá, M. Uris, J. Los grupos Focales y su utilidad en el diseño de la calidad En: Tratado de Calidad asistencial en Atención Primaria, Tomo III, cap. 19.
5. Ibáñez, J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Siglo XXI. Madrid, 1979.
6. Icart Isern, T. El espacio de la investigación en la enfermería basada en la evidencia. Enfermería Clínica (9): 4.
7. Iñiguez Rueda, L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. Atención Primaria; 1999. 23: 496-502.
8. Pla, M. El rigor en la investigación cualitativa. Atención Primaria; 1999. 24: 295-300.
9. Wolcott, H. Mejorar la escritura de la investigación cualitativa. Edit. Universidad de Antioquia. Medellín, 2003.

NOTAS

- ¹ Errandonea, A. "¿Metodología cualitativa versus metodología cuantitativa?" Cuadernos de Clacso N° 35. Montevideo, 1997, Pág. 54.
- ² Vasilachis de Gialdino, I. Métodos cualitativos I. C.E.A.L. Bs. As., 1993.

***MENOS ENFERMERAS IGUAL A PEORES
RESULTADOS Y MAYOR MORTALIDAD:
UNA APROXIMACIÓN A LA REALIDAD
ESPAÑOLA***

Roberto Galao Malo

*Diplomado en Enfermería. Titulado Superior en Enfermería. Enfermero
“Especialista” en Salud Mental. Unidad Cuidados Críticos Clínica Vistahermosa,
Alicante.*

RESUMEN

Introducción: Existe una base de estudios internacionales sólida que demuestra que una reducción del ratio enfermera paciente, o una reducción en el número de enfermeras en la proporción enfermera/ auxiliar tiene serias consecuencias sobre los resultados de los paciente y su seguridad. Unas mejores condiciones laborales así como un mayor nivel educativo (licenciatura), también parecen influir de una manera importante. A pesar de que más evidencias son necesarias, todo apunta a que la reducción también afecta a la mortalidad de los pacientes de forma significativamente negativa.

Por otro lado nos encontramos con que España cuenta con uno de los menores números de enfermeras por habitante de todo occidente y Europa del Este. Por otro lado a penas se monitorizan indicadores de calidad asistencial de forma oficial.

Este trabajo pretende averiguar la forma en que influye un menor número de enfermeras y la disminución en la proporción entre enfermeras y auxiliares sobre la prevalencia de enfermos con infección nosocomial en España.

Material y Métodos: Se trata de un estudio de prevalencia y correlacional. Se ha correlacionado el número de enfermeras, el de auxiliares y la proporción entre ambas (obtenidas del INE); con la prevalencia de enfermos con infección nosocomial (procedentes del EPINE). También se han realizado regresiones entre cada una de las variables.

Resultados y Discusión: En España se pueden estar produciendo alrededor de 31.000 muertes evitables en los hospitales debido a un número inadecuados de enfermeras. A pesar de los problemas metodológicos derivados de las limitaciones de las fuentes de datos, se empieza a apreciar como la tendencia en España sigue lo que marcan los estudios internacionales. Esto es, que en las comunidades autónomas en las que el número de enfermeras es menor y en aquellas en las que la proporción enfermera/ auxiliar es menor se obtienen peores resultados, es decir, se observa un aumento de las infecciones nosocomiales. Para el año 1997 la pendiente de la recta de regresión (B) es negativa y significativa (p valor) al 90%, es decir, el aumento porcentual del número de enfermeras reduce la prevalencia de infecciones nosocomiales. En el año 2000 y 2001, la relación es pequeña y carente de significación pero existe y es negativa.

La relación prevalencia/ proporción enfermera por auxiliar tanto en el año 1997, 2000 y 2001 es negativa y altamente significativa (p valor) al 95%, con fuertes pendientes, tanto es así, que un aumento de 1% en la proporción hubiese supuesto un descenso en la prevalencia del 7.9% para el año 1997, un 4.6% para el 2000 y un 5,3% para 2001.

SUMMARY

Introduction: A solid, international evidence exists that shows that a reduction in the nurse-patient ratio, a reduction of the number of RN in the professional nurse/ auxiliary nurse ratio has important consequences on patients safety and outcomes. Better working conditions as well as better educational levels (Bachelors Degree) seem to influence in an important way too. Although more evidence is necessary, nowadays evidence points that such a reduction has consequences on patient mortality.

On the other hand, Spain counts with the lowest number of nurses per inhabitant of the whole western world and a part of the countries of East Regions. There aren't hardly quality indicators collected officially about the assistance in the Health Care System.

This work tries to find out the way in which a lower number of nurses and a lower number of nurses in the professional nurse/ auxiliary nurse ratio influence on the prevalence of patients who suffer of nosocomial infections in Spain.

Methods: This is a prevalence and correlational study. It has been obtained the correlation among the number of registered nurses (professional nurses), the number of auxiliary nurses and the proportion of both of them with the prevalence of patients who suffer of a nosocomial infection. Regressions have been done with every variable.

Results and Discussion: About 31000 evitable deaths could take place in the Spanish hospital due to the very low number of nurses that exist. Although methodological problems exist because of the lack of reliability of the data sources and the lack of more detailed data, it can be stated that the tendency in Spain is the same as the one that is pointed in the international studies. In those Autonomous Communities where the number of nurses is lower, and in those where the professional nurse/ auxiliary nurse ratio is lower; worse outcomes are obtained, this is, an increase in the number of nosocomial infections is observed. In 1997 the regression line is negative and meaningful (p value) in the 90%. The percentual increase in the number of professional nurses reduces the number of nosocomial infections. In 2000 and 2001, the relationship exists and is negative although it is small and not meaningful.

The relationship between the prevalence of nosocomial infections and the professional nurse per auxiliary nurse ratio is negative and highly meaningful (p value) in the 95% both in 1997, 2000 and 2001. An increase of 1% in this proportion would have mean a decrease of 7'9% in the prevalence in 1997, a decrease of 4'6% in the prevalence in 2000 and a decrease of 5'3% in 2001.

Palabras clave: Ratio enfermera- paciente, ratio enfermera- auxiliar de enfermería, resultados sensibles a la actividad enfermera, infección nosocomial, mortalidad hospitalaria, EPINE, gestión del personal sanitario.

Key Words: Nurse- patient ratio, profesional nurse- auxiliary nurse ratio, nursing- sensitive outcomes, nosocomial infection, hospital mortality, EPINE, nursing staffing

“Ignorar el problema al no medir los errores, negar su existencia, o culpar a las personas individuales implicadas en los procesos no hace nada por eliminar la morbilidad, mortalidad y pérdida de recursos prevenible, que la mala calidad de los procesos genera cada año”
(Chaiken, 2001)

INTRODUCCIÓN

¿Cuántas enfermeras hacen falta? ¿Cuántas auxiliares de enfermería son necesarias? ¿Cuál es la proporción de enfermeras y auxiliares que debe existir? Estas y muchas otras preguntas relacionadas con la gestión del personal de enfermería en los servicios sanitarios y de salud, trae de cabeza a gestores y profesionales de todo el mundo. Los administradores tienen unos recursos limitados para satisfacer las necesidades de una población que va envejeciendo y que en estos tiempos de la alta tecnología, demanda unos servicios cada vez más caros.

A partir de esta cuestión se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE, CUIDEN e IME en las que se han combinado los términos patient safety, nursing staffing, quality of health care, mortality y hospital mortality, así como gestión, calidad, mortalidad, gestión personal, calidad asistencial y profesionales sanitarios.

CONTEXTO INTERNACIONAL

Son múltiples los métodos que se han ido creando con el fin de responder al planteamiento inicial de la forma más eficiente. Los más utilizados son los que determinan las cargas de trabajo y consisten básicamente en medir el tiempo que emplea cada profesional en realizar cada una de las actividades. La mismísima Organización Mundial de la Salud a creado el suyo propio (WHO, 2003), lo que da una idea de la trascendencia, importancia y necesidad de estos recursos en la gestión. En cualquier caso este no es el único, prácticamente cada país a creado uno; posiblemente el más conocido sea el TISS de los Estados Unidos, que se utiliza de forma sistemática en este país de Norte América y gracias al cual, las enfermeras de medio mundo se ven perseguidas de cuando en cuando por una persona con un cronómetro en la mano. Para una revisión sistemática sobre este tema consultar el trabajo de Morales Asencio (2005)

Sin embargo estos sistemas no están exentos de problemas. Por ejemplo no tienen en cuenta en muchas ocasiones los niveles de dependencia de los enfermos, o las variaciones en las cargas de trabajo que pueda haber a lo largo del día en función de la hora que sea, la semana o el mes. También puede crear una cierta sensación de rivalidad entre enfermeras que “trabajan más rápido o más lento”. Un aspecto también a destacar en este punto, es que las cargas también variarán, según las funciones o actividades que realicen las enfermeras según el país en el que nos encontremos. También variarán en función de los objetivos que quieran cumplir los planificadores sanitarios. Por ejemplo, no es lo mismo que quieran que todos los pacientes

a los que se les va a dar el alta reciban educación para la salud sobre su enfermedad y la medicación que deben tomar o no. O la frecuencia con la que se deben tomar las constantes y valorar a un enfermo. Como bien sabemos lo óptimo y lo deseable, muchas veces no casa con los presupuestos.

Estas cargas de trabajo, tiempos, niveles de dependencia, competencias, objetivos y un largo etcétera, forman una compleja ecuación que nos sigue dificultando el poder contestar a nuestra pregunta inicial. Esta dificultad es la que permite explicar de manera inicial, el que haya una gran variabilidad en el número de enfermeras por habitante de países con rentas y gastos sanitarios que no son tan radicalmente diferentes, como aquellos que componen la Unión Europea o la OCDE (OCDE, 2003).

Esta ambigüedad y la falta de un consenso claro, es la que posiblemente justificó, junto a un intento por reducir los costes, que en EEUU, a principios de los años noventa, la administración de este país intentase comenzar a sustituir enfermeras (Registered Nurses “RN”) por auxiliares de enfermería (Licenced Practical Nurses “LPN”) (Steinbrook, 2002). La reacción por parte de investigadores líderes en la medición de resultados y por asociaciones profesionales no se hizo esperar y como consecuencia se crearon varias líneas de investigación con el apoyo y liderazgo inicial de la Asociación Americana de Enfermería, que a mediados de los 90 ya comenzó a cosechar sus primeros frutos (ANA, 1997). Desde cierta perspectiva, nuestra pregunta inicial ¿Cuántas enfermeras hacen falta?, principalmente fueron ampliadas a otras algo más concretas: ¿Qué ocurre cuando las condiciones de trabajo de las enfermeras no son las adecuadas? ¿Qué ocurre en los lugares en los que hay menos enfermeras? ¿Cómo influyen los ratios enfermera/ paciente? ¿Cómo influyen la proporción entre enfermeras y auxiliares (RN/ LPN) en los resultados del paciente?. En definitiva se trataba de medir cuál era la contribución de las enfermeras a los resultados de los pacientes (Patient Outcomes), para lo cuál ha sido necesario el crear indicadores de calidad. Éstos han permitido sacar a la luz, al menos una parte, de “esa cosa invisible” que de un tiempo a esta parte venimos denominando como producto enfermero. Todo este complejo fenómeno ha tenido importantes repercusiones en lo que se ha pasado a denominar seguridad del paciente (patient safety), debido a la importante contribución que realizan las enfermeras en esta materia, tal y como veremos más adelante.

El ambiente en EEUU también se ha visto caldeado debido al polémico informe del Institute of Medicine “To err is human” (Kohn et al 1999), que establecía que en EEUU se producían al año alrededor de 98000 muertes debidas a errores médicos o del sistema sanitario. Por supuesto creó admiradores (Leape, 2000) y detractores (McDonald et al 2000). En otro estudio similar realizado en Gran Bretaña se estimó que unos 850000 sucesos adversos tenían lugar (de distintos tipos y con diferentes finales), o lo que es lo mismo, a un 10% de los pacientes admitidos en los hospitales. En los hospitales Australianos se recogió una cifra similar, un 16%; del que un 13.7% padeció secuelas irreversibles y un 4.9% acabó en muerte. En Nueva Zelanda el porcentaje de sucesos adversos se eleva al 12.9%. Todos estos informes enfatizaron que la mayoría de servicios de salud son de un muy alto nivel y que los problemas serios no son comunes (Doran, 2003).

RATIOS ENFERMERA/ PACIENTE, CARGAS DE TRABAJO Y CALIDAD DE RESULTADOS

Los resultados especialmente sensibles a la actividad enfermera (nursing-sensitive outcomes) son un indicador de la calidad de los cuidados y se podrían definir como “al estado, condición o percepción variable del paciente o de su familia que puede modificarse o reaccionar ante una actividad enfermera” (Needleman, 2001). Algunos de estos resultados adversos de los pacientes especialmente sensibles a los cuidados enfermeros son las infecciones del tracto urinario (ITU), neumonías, shock, hemorragias digestivas altas, duración del ingreso hospitalario, complicaciones que acaban en muerte (failature to rescue) y mortalidad ajustada a los 30 primeros días de ingreso (Needleman, 2002). Las complicaciones que acaban en muerte (failature to rescue) se definen como las muertes de pacientes con una complicación vital grave cuya identificación temprana por una enfermera o por intervenciones médicas o enfermeras pueden influir en el riesgo de muerte y que no estaba presente en el momento del ingreso (Clarke y Aiken, 2003). La mayor parte de las investigaciones se han centrado más en los resultados negativos de los pacientes, que en los positivos, por la sencilla razón de que son más fáciles de identificar en las historias médicas (Stanton MW, 2004). En una revisión reciente (Hickam, 2003), se han analizado 26 estudios sobre la relación entre los diferentes niveles de composición de los equipos de enfermería y medidas sobre la seguridad de los pacientes, que finalmente ha asociado ratios pequeños de enfermera-paciente con mayores tasas de resultados adversos no fatales. Sin lugar a duda el estudio más importante de este tipo es el realizado por Needleman y su equipo (Needleman, 2002), que ha analizado los registros de 5 millones de pacientes de medicina interna y 1,1 millones de cirugía, atendidos en 799 hospitales. La Tabla 1, resume los hallazgos más significativos de este estudio en lo que ha indicadores sensibles a la actividad enfermera se refiere.

TABLA 1. Resumen del trabajo de Needleman

Resultados del Paciente	Relación	<i>Pacientes de planta de medicina</i>		Relación	<i>Pacientes de plantas de cirugía mayor</i>	
		Impacto estimado en un turno con:			Impacto estimado en un turno con:	
		Número alto de enfermeras	Número alto de personal		Número alto de enfermeras	Número alto de personal
<i>Infecciones del Tracto Urinario</i>	Fuerte/Consistente	4-12%	4-25%	Alguna evidencia	5-6%	3-14%
<i>Úlceras por Presión en la Piel</i>	Inconsistente			Ninguna		

<i>Neumonía</i>	Fuerte/ Consistente	6-8%	6-17%	Débil	11%	19%
<i>Trombosis Venosa Profunda</i>	Ninguna/ Inconsistente			Ninguna		
<i>Tiempo de Estancia</i>	Fuerte/ Consistente	3-6%	3-12%	Ninguna		
<i>Tiempo de Estancia Logarítmico</i>	Fuerte/ Consistente	1-3%	3-7%	Ninguna		
<i>Mortalidad</i>	Ninguna			Ninguna		
<i>Complicaciones que Acaban en Muerte</i>	Inconsistente			Fuerte/ Consistente	4-6%	2-20%
<i>Hemorragia Digestiva Alta</i>	Consistente	5-7%	3-17%	Ninguna		
<i>Complicaciones del Sistema Nervioso Central</i>	Ninguna			Inconsistente		
<i>Sepsis</i>	Ninguna			Ninguna		
<i>Shock</i>	Fuerte	6-10%	7-13%	Ninguna		
<i>Infección de Heridas</i>				Ninguna		
<i>Fracaso Respiratorio</i>				Ninguna		
<i>Trastornos Metabólicos</i>				Ninguna		

Nota: El impacto estimado es el porcentaje de reducción en el ratio del resultado predecido por modelos de regresión múltiple.

RATIOS ENFERMERA PACIENTE, CONDICIONES LABORALES Y MORTALIDAD

La relación entre la gestión (en un sentido amplio de la palabra) del personal de enfermería, así como el posible aumento de la mortalidad de los pacientes, en aquellos lugares en los que ésta es peor, no se considera a día de hoy lo suficientemente establecida. Sin embargo existe un número importante de estudios que demuestran que esto podría ser así: en aquellos lugares en los que hay menos enfermeras y éstas tienen un mayor burnout, o una mayor insatisfacción laboral se mueren más pacientes. El trabajo pionero en esta materia sin lugar a duda fue el de Aiken (1994) “Lower mortality among a set of hospitals known for good nursing care” de la Universidad de Pennsylvania, en el que se establecía que en aquellos hospitales conocidos como hospitales magnéticos (“magnet hospitals”), en los que las condiciones laborales del personal eran mejores, la mortalidad de los pacientes disminuía significativamente. Esta autora y su equipo han seguido esta línea de trabajo, en la que se han establecido importantes hallazgos. Según estos autores (Aiken et al 2003) aquellas unidades que cuentan con una mayor proporción de licenciadas en enfermería (Bachelor Degree), existe una menor mortalidad, con lo que se empieza a acabar con uno de los grandes mitos de la enfermería, que es que la experiencia es más importante que la formación. Este estudio se hizo en base a una muestra de 232.342 pacientes. Aunque el trabajo que ha tenido una mayor repercusión realizado por este

equipo ha sido “Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction” (Aiken et al 2002a), realizado sobre la muestra anterior, en la que se establece cual es el riesgo de fallecer conforme los ratios enfermera/ paciente aumentan. De esta forma, a partir de una proporción de 4:1 por cada paciente adicional, se aumenta la mortalidad en un 7%, hasta una proporción de 8:1 en la que la mortalidad aumenta en un 31%. Dicho de otro modo, en las unidades que cuentan con una proporción de 1 enfermera por cada 8 pacientes la mortalidad de estos aumenta en un 31%, en comparación con aquellas unidades que cuentan con 1 enfermera para 4 pacientes. Estos autores también han encontrado una relación entre ratios, satisfacción laboral, y niveles educativos en un estudio internacional desarrollado en cinco países: EEUU, Canadá, Irlanda, Gran Bretaña y Alemania (Aiken et al 2001; Aiken et al 2002b).

Son múltiples los autores que están realizando estudios similares a los de Aiken en EEUU, así como en otros países como Canadá (Tourangeau et al 2002), Tailandia (Sasichay-Akkadechanunt et al 2003), Taiwán (Yang, 2003) o Corea (Cho et al 2003).

Como apuntábamos, existen algunos estudios que no relacionan la mortalidad con el número de enfermeras (Mark et al 2004; Needleman op cit). Sin embargo el mismo Needleman et al (2003) reconoce que parece lógico pensar que si existe una relación clara establecida con determinados resultados adversos, de algún modo debe influir sobre la mortalidad.

MARCOS CONCEPTUALES Y COSTES

Por si existe alguna duda al respecto, hay que recalcar, que estos estudios no hablan de que las enfermeras trabajen mal. Lo que demuestran es que el no trabajar en una cultura organizacional adecuada genera resultados adversos. Lo que falla es la organización y el proceso, del que la enfermera no es más que un elemento más. Tal y como apunta Leape (op cit) “(Los errores) son el resultado de los defectos en el diseño y condiciones del entorno laboral sanitario que son los que llevan a médicos y enfermeras cuidadosos, competentes y afectuosos a cometer errores que a menudo no son tan diferentes de los errores simples que comete la gente a diario, pero los cuales pueden producir consecuencias devastadoras para los pacientes”. En esta línea, Cho (2001) ha propuesto un modelo para examinar la relación entre el proceso gestión del personal de enfermería y los resultados negativos de los pacientes, con el fin de determinar el tipo de fallos que se cometen: errores, fallos, lapsos y negligencias, y las medidas que se pueden adoptar.

Entre los aspectos más significativos de todo este tema está el hecho de que se empiece a demostrar que el ahorrarse en enfermeras, a medio y largo plazo aumenta los costes y resulta más caro (Bates et al 1997; Cho et al 2003; Thomas et al 1999).

La formulación contraria del problema es más clara: cuando las enfermeras trabajan en un entorno adecuado se producen mejores resultados. Esto no es ni más ni menos que la constatación de que la Calidad Total (que está tan de moda en nuestro país) y la implementación de Gestión de Riesgos, conlleva unas consecuencias claramente positivas (Shortell et al 2000; Morlock 1995)

RESPUESTA PROFESIONAL, SOCIAL Y POLÍTICA

El tema ha tomado una importante relevancia a nivel profesional, social y político en EEUU. Esto ha llevado al senado el plantearse la necesidad de más evidencias científicas antes de tomar decisiones. De esta forma la Agency for Healthcare Research and Quality y el Health Resources and Services Administration del US Department of Health and Human Services Administration han financiado varias decenas de estudios a gran escala, algunos de ellos mencionados anteriormente. También se han producido cambios legislativos, que han llevado al establecimiento de ratios mínimos enfermera/ paciente en los centros geriátricos de todo el país, así como en los hospitales del estado de California; medida que se espera ampliar al resto de estados. Los medios de comunicación más importantes como el Wall Street Journal (Parquer-Pope T, 2001), el Washington Post (Trafford A, 2002) o el New York Times (Stolberg, 2002) se han ido haciendo eco de los hallazgos. En algunos de los principales hospitales como el Robert Wood Johnson de New Jersey, o el Mount Sinai por tomar dos ejemplos, hacen referencia en la portada de sus páginas web a la calidad de sus enfermeras, con lo que la calidad de los cuidados enfermeros son apreciados por los ciudadanos y son un reclamo. La Organización Mundial de la Salud, ya ha hecho llamamientos como el de su responsable principal (Anexo 1) alertando de la situación. También se ha establecido unos objetivos concretos para el periodo 2002-2008, que están teniendo una escasa repercusión en España (WHO, 2002). El International Council of Nursing y la World Health Professions Association, también a realizado llamamientos similares que se pueden consultar en sus páginas web (Anexos 2 y 3)

CONTEXTO ESPAÑOL

El principal problema que surge cuando se intenta analizar la situación en nuestro país es el de determinar cuántas enfermeras hay por paciente y cuáles son sus cargas de trabajo. En cuanto al número de enfermeras hay un auténtico baile de cifras. En 1997 la OMS (WHO, 1998), realizó una encuesta para conocer el número de enfermeras y otros profesionales de la salud, por cada 100.000 habitantes. España contaba con 426, lo que la situaba por debajo de la media europea. Esta cifra es la que se suele utilizar en la mayor parte de estudios comparativos internacionales. Sin embargo este número coincide con el número de enfermeras colegiadas, y no con el de puestos de trabajo de enfermería, sin tener en cuenta que un gran número de enfermeras se encontraban en paro o haciendo sustituciones esporádicas. De hecho, un estudio realizado por el SATSE (1999) ese mismo año señalaba que casi el 25% de los profesionales de enfermería (39.790) se encontraba desempleado en algún momento del año, y que la precariedad laboral alcanzaba el 35'5% (personal sin contrato fijo). A pesar de esto el Ministerio de Sanidad (2003) ha publicado recientemente, que la cifra real disminuye hasta 2'8 enfermeras por 1000 habitantes (2'2 en atención especializada y 0'6 en primaria). El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias (European Observatory on Health Care Systems, 2000), refleja una cifra similar a esta última: 2'4 por 1000 habitantes. Lo que nos coloca en la cola

de Europa en cuanto a enfermeras por habitante. La Tabla 2 permite apreciar mejor esta comparación. Las consecuencias son claras. Es sensato pensar, que los ratios enfermera/ paciente de España están entre los más bajos del Mundo Occidental.

TABLA 2. Número de enfermeras y médicos por 1000 habitantes en la Región Europea de la OMS (2000)

	Enfermeras	Médicos
Finlandia	21,7	3,1
Irlanda	16,8	2,4
Mónaco	16,2	6,6
Dinamarca	13,5	3,2
Holanda	13,3	3,3
Bélgica	10,8	4,2
Alemania	9,5	3,6
Noruega	9,5	3,6
R. Checa	9,4	3,4
Islandia	8,7	3,5
Suecia	8,4	2,9
Lituania	8	4
Suiza	7,8	3,5
Luxemburgo	7,7	2,5
Eslovaquia	7,5	3,3
Eslovenia	7,2	2,2
Francia	6,7	3,3
Estonia	6,2	3,1
Israel	5,9	3,7
Austria	5,8	3,2
Polonia	5,3	2,2
Macedonia	5,2	2,2
San Marino	5,1	2,5
Letonia	5,1	2,9
Reino Unido	5	1,6
Croacia	5	2,4
Bulgaria	4,5	3,4
Bosnia Herz.	4,4	1,4
Rumania	4	1,9
España (1)	3,7	3,3
Portugal	3,7	3,2
Malta	3,7	2,9
Albania	3,7	1,4
Andorra	3,1	2,6
Italia	3	5,5
España (2)	2,8	3,3
Hungría	2,8	3,6
Grecia	2,6	4,4
Turquía	2,4	1,2

A modo de ejemplo, en EEUU, el país en el que se han realizado la mayor parte de los estudios mencionados anteriormente, el número de enfermeras es tres veces mayor, esto es 8'29 por cada 1000 habitantes (HRSA, 1996).

Los indicadores de calidad oficiales del sistema sanitario son inexistentes. El Instituto Nacional de Estadística así como el Ministerio de Sanidad, se limitan a reflejar indicadores asistenciales los cuales no debemos confundir con los primeros. A pesar de que las estadísticas del INE, van ampliándose año tras año incorporando nuevos aspectos, llegan con un retraso considerable. A 31 de Diciembre de 2004 las últimas estadísticas completas de Indicadores Sanitarios eran del año 2000 (sin olvidar que las del año 1999, no aparecen), y que las últimas sobre Morbilidad Hospitalaria eran del año 2002. Esto son 4 y 2 años de retraso, con las repercusiones correspondientes sobre la planificación de políticas sanitarias. El único indicador de calidad con el que se podría contar son los "tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas". Su credibilidad es tan baja que requirió la intervención y la realización de un estudio independiente del Defensor del Pueblo en 2002.

Por lo tanto es necesario buscar estudios independientes, que normalmente se realizan a pequeña escala. Si bien es cierto que en la bibliografía española aparecen un número considerable de estudios sobre cargas de trabajo, no se ha encontrado ninguno que las relacione con resultados adversos de los pacientes.

En cuanto a la insatisfacción laboral y al burnout del personal de enfermería, el número de trabajos que sacan a la luz esta problemática es considerable, lo que nos da una idea general de la situación nacional (Alonso, 1999; Álvarez, 2003; Atance, 1997; Caballero et al, 2001; Fraga, 2001; Gámez et al, 1999; Lupiano et al, 2000; Pera et al, 2002; Vega et al 2003).

En un apartado diferente hay que nombrar el estudio EPINE sobre la prevalencia de infecciones nosocomiales, que se viene realizando desde el año 1990 (Vaqué y Roselló, 2001; Vaqué, 2004). Se trata sin lugar a dudas del estudio epidemiológico más importante de España y uno de los mejores del mundo. Ha contribuido notablemente a la realización de estudios similares en Europa. En el 2003 el estudio abarcó a 54864 pacientes y a 241 centros. En este se refleja cómo la prevalencia de estas infecciones ha ido disminuyendo en nuestro territorio hasta la media europea. En el 2003 la prevalencia de enfermos con infección nosocomial se situó en el 6'54%.

OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio es determinar si existe una relación entre el número de enfermeras y los resultados adversos de los pacientes en España. Los objetivos específicos son los siguientes:

- Establecer si existe una relación entre el número de enfermeras, el número de auxiliares de enfermería y la proporción entre ambas con la prevalencia de infecciones nosocomiales.
- Realizar un cálculo aproximado del número de muertes que se podrían estar produciendo en España debido a la infradotación de Diplomados en Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Para alcanzar los objetivos se ha realizado un estudio transversal de prevalencia y correlacional de los años 1996, 1997, 1998, 2000 y 2001. El año 1999 se ha omitido al no disponerse de datos en el INE. El año 2001 es el último del que se dispone datos amplios del personal sanitario.

POBLACIÓN

Por un lado abarca a las enfermeras y auxiliares de enfermería hospitalarias por 100 camas hospitalarias, recogidas en las estadísticas de indicadores hospitalarios del Instituto Nacional de Estadística. El INE no aporta datos sobre la forma en que recogen los datos de las mismas, ni de las medidas que se toman para controlar su validez. La proporción entre enfermeras y auxiliares se ha establecido como enfermeras dividido por auxiliares para cada una de las comunidades por 100 camas hospitalarias.

Por otro lado abarca a los enfermos con infección nosocomial recogidos en el EPINE en los citados años. Los de los años 2000 y 2001 han sido facilitados directamente por los propios autores. En este trabajo el EPINE ha sido utilizado como una medida de calidad más que como una cuestión epidemiológica. La encuesta la realizan de forma voluntaria los hospitales con lo que el muestreo es no probabilístico. A pesar de que se establecen métodos para validar la encuesta, estos no son llevados a cabo más que por un 10% de los hospitales (Vaqué op cit).

Tanto el personal como los enfermos se han agrupado por comunidades autónomas con el fin de poder obtener variaciones de ambos. Se ha excluido a Ceuta y Melilla al no aparecer en el EPINE, y al carecer de significación estadística para el resto del territorio.

Por último se ha tomado como referencia las altas dadas por defunción del año 2002, recogidas por el INE en la encuesta de morbilidad hospitalaria.

INTERVENCIONES Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Realizamos un análisis estadístico descriptivo. La variable dependiente es la prevalencia de pacientes con infección nosocomial, por comunidades autónomas, en los años mencionados. Como variables independientes el número de enfermeras, el de auxiliares, así como su proporción. Se parte del supuesto de que los sujetos siguen una distribución normal.

Se han realizado regresiones lineales de la variable dependiente sobre la constante y cada una de las independientes, bajo el supuesto de errores normales estándar, de obtener resultados de tendencia, además de los coeficientes estimados de cada regresión. Presentamos el Índice de Correlación de Pearson como medida de la relación entre las variables.

El análisis se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS versión 11.0 para Windows.

RESULTADOS

POSIBLE MORTALIDAD EVITABLE EN ESPAÑA

Según el INE en 2002 fallecieron 130.818 personas en los hospitales españoles. Partimos de la base de que la mayor parte de ellos han pasado por la planta de hospitalización (aunque hayan fallecido en la UCI como consecuencia de una complicación) y establecemos un ratio enfermera paciente orientativo de 1:8 (que por otro lado es un ratio bastante optimista según nuestra experiencia). Tal y como se apuntó en la introducción, según Aiken (2002) existe un aumento de la mortalidad de un 31% al pasar de un ratio de 1:4 a otro de 1:8. Si al dato de fallecidos le restamos este 31% de aumento, obtenemos una cifra de 30957 fallecimientos evitables si el ratio enfermera/ paciente fuese de 1:4.

RELACIÓN ENTRE PREVALENCIA DE ENFERMOS CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL Y PERSONAL

La evolución de la prevalencia de enfermos con infección nosocomial en las autonomías a lo largo del tiempo, y del personal de enfermería se puede observar en la Tabla 3.

Los índices de correlación y los datos de las regresiones se pueden observar en la Tabla 4.

Los gráficos de las regresiones para cada uno de las variables están agrupadas por años.

TABLA 3.- EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE ENFERMOS CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

	1996					1997					1998					2000					2001				
	Prev Enf	Nº Enf	Nº Aux	RR/E A	Prev Enf	Nº Enf	Nº Aux	RR/E A	Prev Enf	Nº Enf	Nº Aux	RR/E A	Prev Enf	Nº Enf	Nº Aux	RR/E A	Prev Enf	Nº Enf	Nº Aux	RR/E A	Prev Enf	Nº Enf	Nº Aux	RR/E A	
Andalucía	7,6	93,48	73,9	1,26	6,57	74,28	64,77	1,15	7,01	90,39	73,1	1,24	7	76,68	66,21	1,16	7,6	81,02	70,17	1,15	7,6	81,02	70,17	1,15	
Aragón	7,74	69,8	63,25	1,1	7,45	61,15	60,39	1,01	6,07	70,41	65,22	1,08	5,65	69,38	66,5	1,04	6,52	71,68	69,17	1,04	6,52	71,68	69,17	1,04	
Asturias	7,29	73,79	63,24	1,17	7,52	63,39	56,25	1,13	5,78	77,18	64,98	1,19	7,44	66,65	59,51	1,14	7,98	70,28	60,22	1,17	7,98	70,28	60,22	1,17	
Baleares	6,89	59,55	58,3	1,02	9,54	54,43	55,4	0,98	6,82	67,68	62,97	1,07	5,63	65,74	59,3	1,11	6,11	70,38	61,96	1,14	6,11	70,38	61,96	1,14	
Canarias	8,89	61,36	67,7	0,91	9,19	47,07	61,06	0,77	8,08	67,47	75,15	0,9	7,57	51,11	60,12	0,85	7,75	56,94	65,71	0,87	7,75	56,94	65,71	0,87	
Cantabria	8,45	76,66	74,34	1,03	7,34	63,32	63,95	0,99	8,47	90,13	80,91	1,11	8,69	72,22	70,07	1,03	12,57	73,85	72,02	1,03	12,57	73,85	72,02	1,03	
Cast. y León	6,81	64,35	53,51	1,2	6,95	51,7	45,48	1,14	5,65	70,59	56,47	1,25	6,15	54,57	47,77	1,14	7,37	55,83	48,7	1,15	7,37	55,83	48,7	1,15	
C.-La Mancha	6,38	63,95	56,36	1,13	5,45	60,36	55,1	1,1	6,41	66,83	58,61	1,14	6,39	70,25	62,71	1,12	8,1	75,68	67,79	1,12	8,1	75,68	67,79	1,12	
Cataluña	6,65	70,87	50,4	1,41	7,04	48,76	42,03	1,16	6,95	73,17	50,87	1,44	7,02	50,75	43,87	1,16	8	52,86	45,15	1,17	8	52,86	45,15	1,17	
C. Valenciana	8,23	79,39	65,77	1,21	7,01	73,85	63,93	1,16	7,41	85,02	70,57	1,2	7,28	83,61	69,13	1,21	8,82	87,78	72,27	1,21	8,82	87,78	72,27	1,21	
Extremadura	5,49	51,54	48,12	1,07	6,74	53,79	48,69	1,1	5,55	63,97	59,62	1,07	5,47	61,98	56,57	1,1	6,01	64,08	59,99	1,07	6,01	64,08	59,99	1,07	
Galicia	7,68	66,45	54,09	1,23	6,84	55,6	50,68	1,1	6,99	71,54	57,98	1,23	6,94	65,36	57,43	1,14	8,43	67,67	57,13	1,18	8,43	67,67	57,13	1,18	
Madrid	7,27	84,24	71,19	1,18	7,63	67,3	60,95	1,1	6,75	90,65	75,22	1,21	7,33	74,15	68,08	1,09	7,55	76,57	69,55	1,10	7,55	76,57	69,55	1,10	
Murcia	6,61	87,73	74,52	1,18	5,94	68,51	63,57	1,08	6,1	91,53	78,42	1,17	7,64	71,98	70,39	1,02	6,02	74,17	72,31	1,03	6,02	74,17	72,31	1,03	
Navarra	5,59	79,01	72,32	1,09	4,21	74,15	58,74	1,26	5,09	82,55	72,5	1,14	4,65	94,48	65,52	1,44	3,29	94	65,93	1,43	3,29	94	65,93	1,43	
País Vasco	6,77	74,72	64,23	1,16	6,3	56,06	52,23	1,07	5,86	77	63,82	1,21	6,73	58,09	52,61	1,1	7,34	60,39	53,9	1,12	7,34	60,39	53,9	1,12	
La Rioja	4,52	62,38	56,31	1,11	5,01	62,86	55,73	1,13	6,07	66,24	56,76	1,17	5,33	72,75	64,35	1,13	6,77	81,71	69,2	1,18	6,77	81,71	69,2	1,18	
Media	6,99	71,72	62,8	1,15	6,87	60,98	56,41	1,08	6,53	76,61	66,07	1,17	6,64	68,22	61,13	1,12	7,46	71,46	63,6	1,13	7,46	71,46	63,6	1,13	
Desviación	1,12	10,99	8,75	0,11	1,32	8,68	6,79	0,11	0,91	9,8	8,8	0,11	1,04	11,27	7,74	0,12	1,77	11,24	8,35	0,11	1,77	11,24	8,35	0,11	

Prev Enf = Prevalencia de enfermos con infección nosocomial

Nº Enf = Nº de Enfermeras por 100 camas

Nº Aux = Nº de Auxiliares por 100 camas

RR/E/A = Proporción Enfermeras por Auxiliar

TABLA 4.- RESUMEN REGRESIONES LINEALES
VARIABLE DEPENDIENTE: PREVALENCIA INFECCIONES NOSOCOMIALES

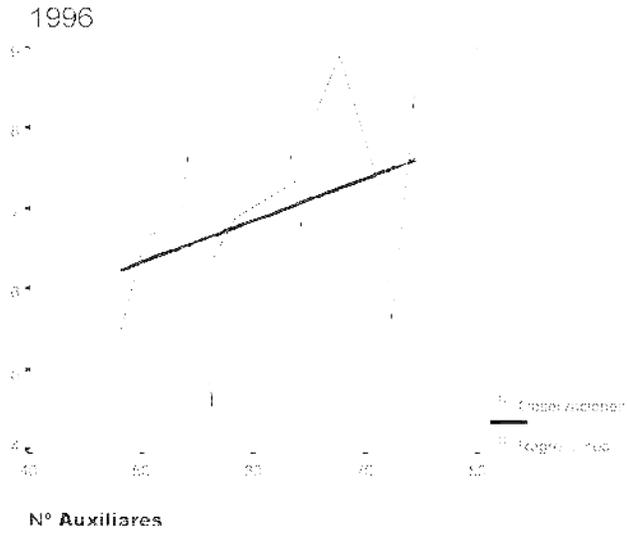
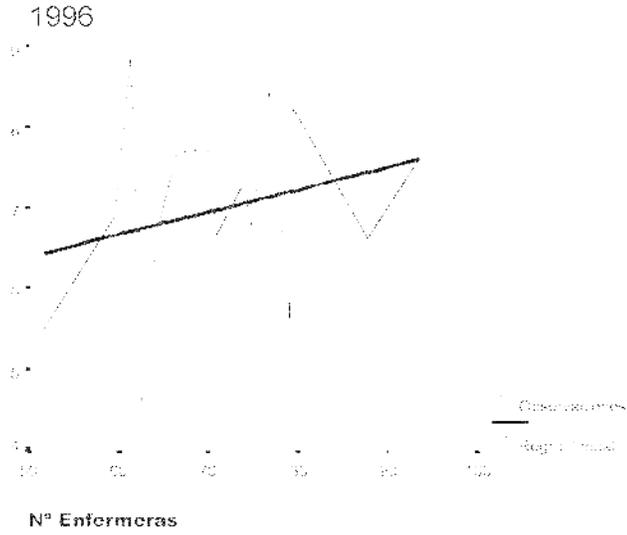
VARIABLE PREDICTORA (CONSTANTE)	1996			1997			1998			2000			2001		
	Nº Enf	Nº Aux	RR E / A	Nº Enf	Nº Aux	RR E / A	Nº Enf	Nº Aux	RR E / A	Nº Enf	Nº Aux	RR E / A	Nº Enf	Nº Aux	RR E / A
<i>Índice Correlación Pearson</i>	0,272	0,408	-0,079	-0,479	0,515	-0,714	0,237	0,386	-0,128	-0,213	0,178	-0,517	-0,233	0,086	-0,44
<i>B</i>	0,027	0,052	-1,218	-0,073	-0,008	-7,898	0,022	0,034	-1,176	-0,02	0,024	-4,653	-0,029	0,014	-5,326
<i>Error Estándar B</i>	0,025	0,03	2,573	0,035	0,05	2,058	0,023	0,025	2,345	0,023	0,034	1,987	0,031	0,043	2,808
<i>t</i>	1,094	1,729	-0,413	-2,114	0,171	-3,839	0,943	1,623	-0,502	-0,845	0,7	-2,341	-0,927	0,333	-1,896
<i>Significación de t</i>	0,291	0,104	0,765	0,052	0,866	0,002	0,361	0,125	0,623	0,411	0,495	0,033	0,369	0,744	0,077
<i>Cuadrado de R</i>	0,074	0,166	0,015	0,23	0,002	0,496	0,056	0,149	0,016	0,045	0,032	0,268	0,054	0,007	0,193
<i>Suma de Cuadrados Residual</i>	18,421	16,587	19,769	21,551	27,973	14,111	12,398	11,172	12,917	16,526	16,765	12,679	28,967	30,625	24,703

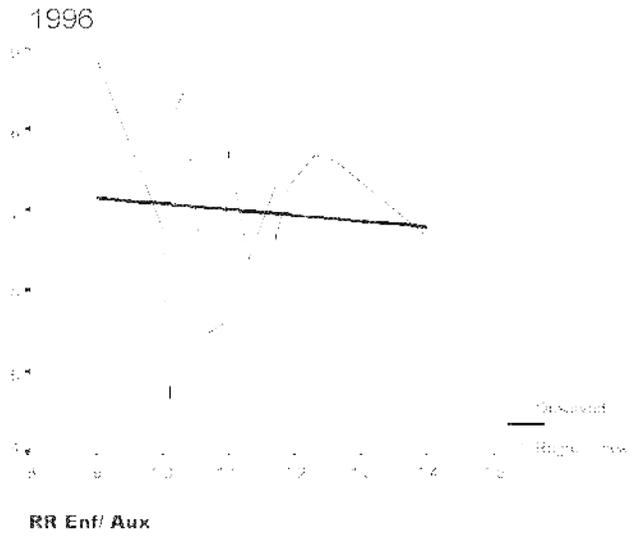
Nº Enf = Nº de Enfermeras por 100 camas

Nº Aux = Nº de Auxiliares por 100 camas

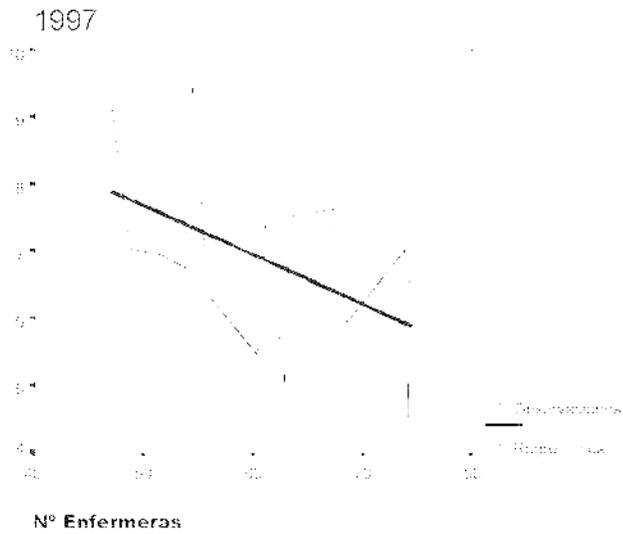
RR E / A = Proporción Enfermeras por Auxiliar

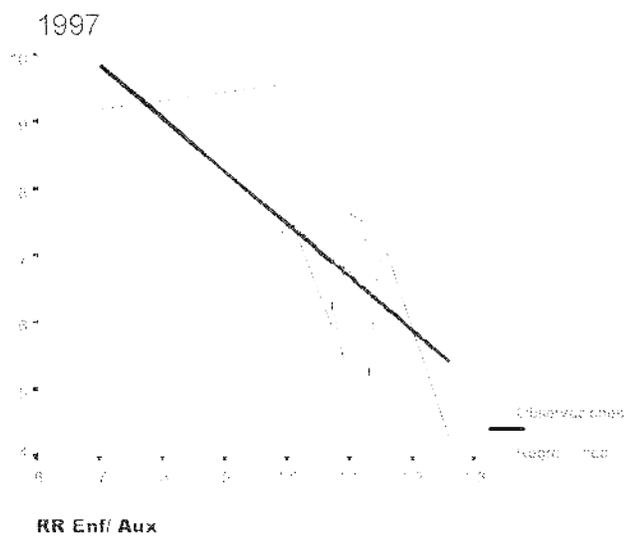
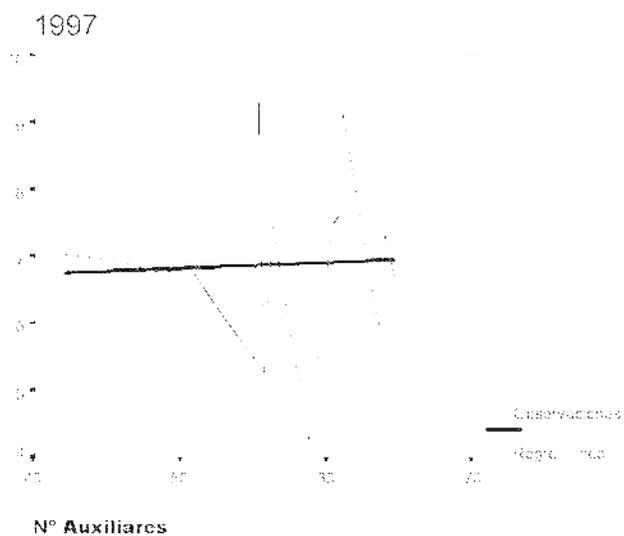
GRÁFICOS REGRESIONES AÑO 1996

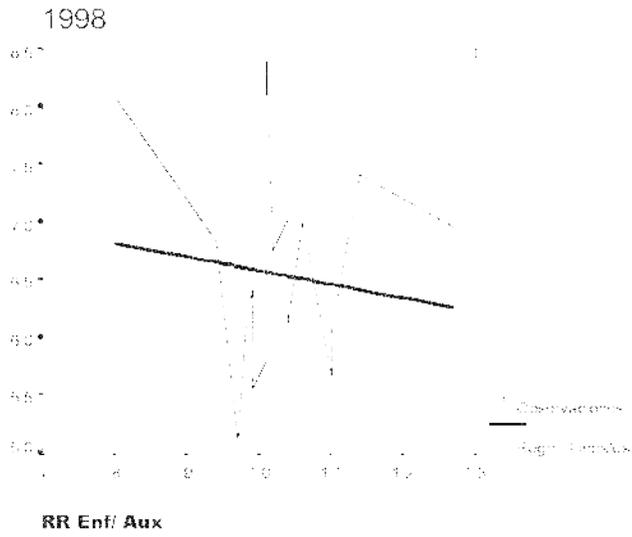




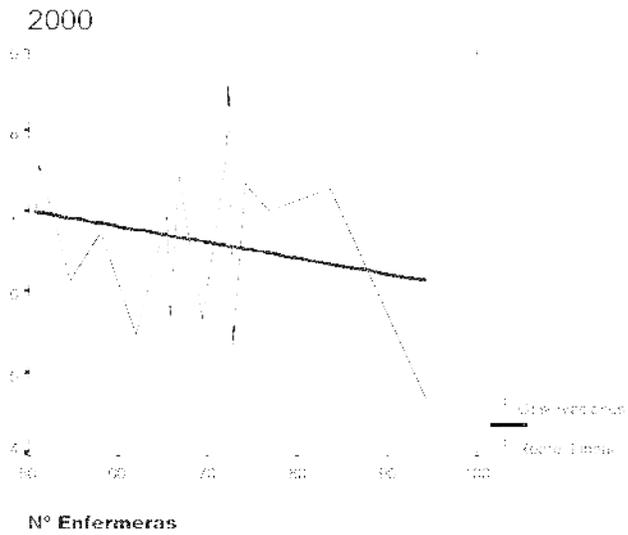
GRÁFICOS REGRESIONES AÑO 1997

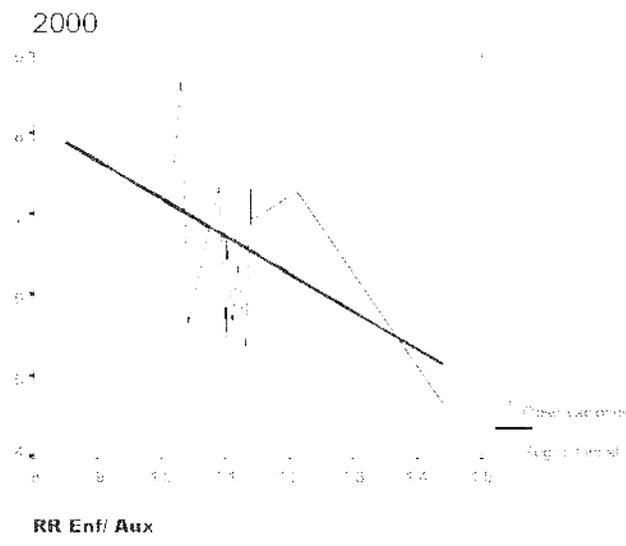
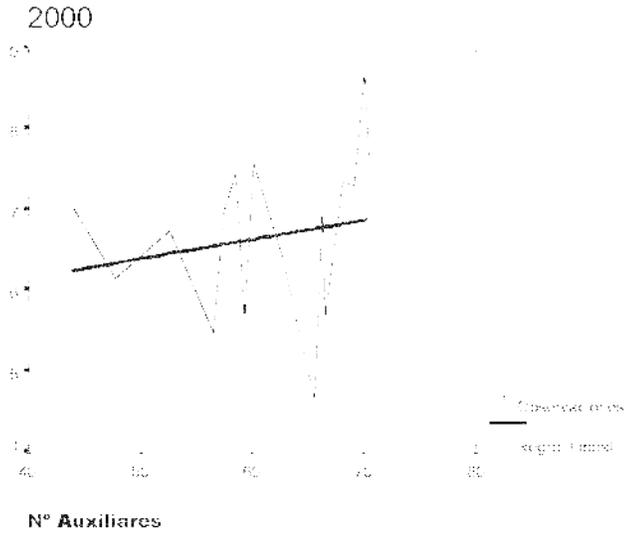






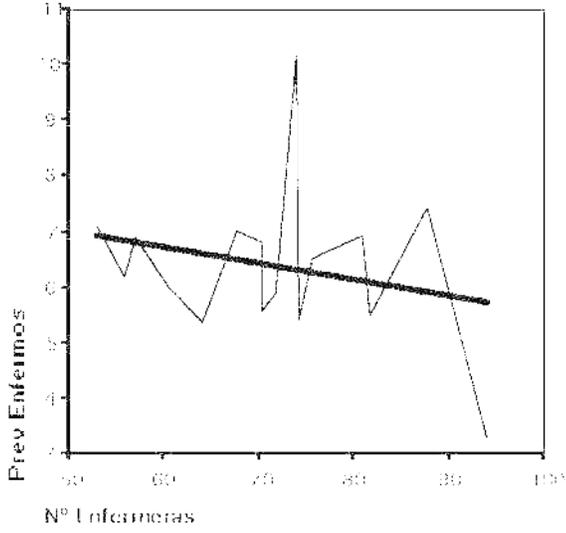
GRÁFICOS REGRESIONES AÑO 2000



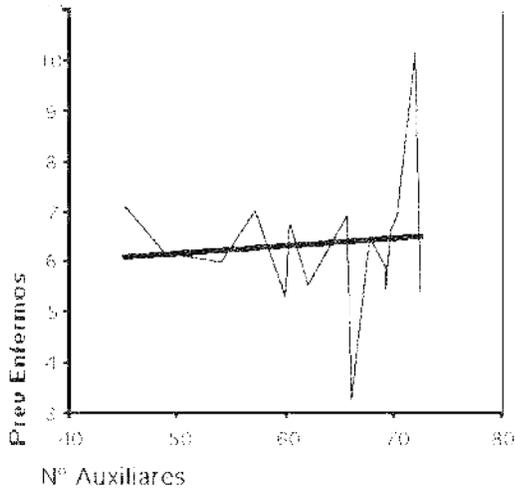


GRÁFICOS REGRESIONES AÑO 2001

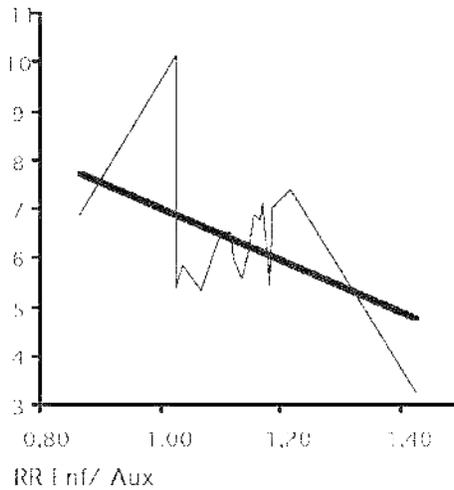
2001



2001



2001



DISCUSION SOBRE LAS FUENTES DE DATOS

Tanto el EPINE como las encuestas y estadísticas del INE cuentan con algunas limitaciones. Tal y como se aprecia en las tablas del INE existen variaciones considerables de año en año que son de difícil justificación, a menos que se contabilicen datos diferentes o existan serios errores en la realización de las mismas. Estas deficiencias así como el retraso en la publicación de los datos (las estadísticas de mortalidad hospitalaria se publican con 3 años de retraso, y las de indicadores hospitalarios con 4), ponen en tela de juicio, que la planificación de las políticas sanitarias se realicen basadas en la evidencia, o que obedezcan a otros intereses.

En cuanto al EPINE, los problemas de validez comentados anteriormente no son una mera anécdota; al fin y al cabo a nadie le gusta decir que en su hospital hay un número elevado de infecciones nosocomiales. Aunque también es cierto que la estabilidad y tendencia que ha demostrado a lo largo de 14 años dictaminan lo contrario. Existe otro problema importante y es el de la representatividad. El estudio se realiza de forma voluntaria, no de forma aleatoria. Es posible que hospitales con malos resultados no quieran sacarlos a la luz. Además el estudio se realiza principalmente en el sector público, que habitualmente cuenta con más personal. No debemos olvidar, que en lo que vienen denominando sistema público español, un 30% aproximadamente está en manos de gestión o compañías privadas. En estas la variabilidad de los ratios es enorme. De esta forma podemos encontrar hospitales o clínicas con 2 enfermeras en el turno de noche por planta (cuestión que no ocurre habitualmente ni en el sector público), hasta otras que cuentan con una enfermera para 2 plantas en el turno de noche. En cualquier caso, no son pocas las que mantienen unas condiciones

laborales absolutamente precarias, que tal y como estamos viendo podrían tener unas repercusiones importantes sobre los resultados y la calidad ofertada a sus pacientes. De esta forma se debe ser cauto al intentar hacer generalizaciones. Algo similar ocurre cuando se intentan hacer comparaciones a nivel internacional con estudios con diferentes metodologías y sin ajustar factores de riesgo. En este punto ya se está trabajando mediante el proyecto internacional HELICS, al que se ha incorporado y contribuido de manera considerable el grupo coordinador del EPINE español.

Por lo tanto estas fuentes tienen sus limitaciones, pero también son las únicas que existen en la actualidad a nivel nacional.

SOBRE LA MORTALIDAD

30957 muertes son muchas muertes, pero es el único dato del que se dispone hasta el momento, y que cumple con la evidencia científica sólida que existe en la actualidad. No debemos olvidar tampoco, que el número de enfermeras en España es dramáticamente inferior al del resto de Occidente, Europa del Oeste y Europa del Este. Y que esto tiene que tener una serie de repercusiones de forma inevitable. 31000 parecen muchas muertes, sí, pero cuántas son aceptables ¿20000, 15000 ó 10000?. No se puede negar por más tiempo la evidencia de que nuestros pacientes están sometidos a un grave riesgo. El número de fallecidos en los países anglosajones son mayores que estos 31000, pero no debemos olvidar que la población de estos países también es considerablemente mayor (unas 6 veces en EEUU).

SOBRE LA PREVALENCIA DE ENFERMOS CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL

A partir de los resultados obtenidos se puede empezar a establecer que al menos existe una relación entre ratios bajos y mayores infecciones nosocomiales, como veremos más adelante. Lo sorprendente es que aunque no tan fuerte como los estudios anteriormente citados, ya se pueda empezar a medir. A un nivel tan general como el que tiene el presente estudio. No debemos olvidar que el presente trabajo se ha realizado con unos datos que idealmente debieran ser más específicos pero que en el contexto actual en España son prácticamente imposibles de conseguir, y por lo tanto con una cantidad considerable de ruido que sesga los resultados, a lo cual nos referiremos más adelante. Los estudios que se vienen realizando en EEUU poseen una gran complejidad (Clarke, 2003). En estos se ajustan factores de riesgo del paciente, tipo de hospital, competencia del cirujano y así un largo etcétera. A modo de ejemplo en el estudio de Needleman (op cit) se incluía: la edad del paciente, el sexo, el tipo de ingreso, la presencia de enfermedades crónicas, el estado en que residía; con el total de horas de cuidados al día, el número de horas prestadas por enfermeras, el número de horas prestadas por auxiliares, la proporción entre ambas, el tamaño y tipo de hospital y así un largo etcétera.

Los resultados se pueden dividir claramente en dos grupos. Uno que comprende los años 1997, 2000 y 2001, y el otro que abarca los años 1996 y 1998. Esta división se puede realizar tanto por la concordancia de los resultados en estos periodos, como

por el número de profesionales que registra el INE en cada periodo. En los años 1997 y 2000 hay menos profesionales de una forma significativa. Sin embargo se obtienen mejores resultados. En el año 2001 el número de profesionales no es tan claramente inferior como en 1997 y 2000, aunque la tendencia se aproxima más a estos años. Esto se discutirá en el próximo apartado.

REGRESIONES 1997-2000-2001

En lo concerniente a los años 1997, 2000 y 2001 a la vista del Índice de Correlación de Pearson apreciamos una relación débil aunque negativa entre el número de enfermeras y prevalencia de enfermos.

Para el año 1997 como apreciamos en el gráfico y en la tabla de resultados la pendiente de la recta de regresión (B) es negativa y significativa (p valor) al 90%, es decir, el aumento porcentual del número de enfermeras reduce la prevalencia de infecciones nosocomiales. En el año 2000, la relación es pequeña y carente de significación pero existe y es negativa al igual que en 2001.

En los años 1997 y 2000 la relación prevalencia/ número de auxiliares sólo podemos decir que la relación aunque pequeña sigue siendo proporcional al igual que en el 2001, es decir, cuantas más auxiliares peores resultados de salud.

La relación prevalencia/ proporción enfermera por auxiliar tanto en el año 1997 como en el 2000 es negativa y altamente significativa (p valor) al 95%, con fuertes pendientes, tanto es así, que un aumento de 1% en la proporción hubiese supuesto para el año 1997 un descenso de la prevalencia del 7.9% y un 4.6% para el 2000. Para el año 2001 esta relación sigue siendo negativa y significativa (p valor) al 90%.

REGRESIONES 1996-1998

A excepción de la proporción enfermera/ auxiliar que mantiene, una relación débil pero existente en los dos grupos en cuanto a su relación con el aumento de la prevalencia enfermos. Los otros resultados resultan paradójicos ¿cómo es posible que en estos años en los que hay más personal se obtengan peores resultados de salud? Si nos fijamos en la tabla de evolución del personal, se puede comprobar cómo las variaciones del número de profesionales es considerable de año en año (son impensables aumentos o disminuciones de 10 personas por cada 100 camas, en un año, cuando el número de puestos de trabajo se mantiene prácticamente inamovible). También las variaciones de un mismo año se producen en todos los profesionales, es decir el número de enfermeras y auxiliares disminuye de forma conjunta. Encontramos entonces una inconsistencia en los datos.

La explicación que proponemos para este hecho es que en las estadísticas de los años 1996 y 1998 se han contabilizado las bajas laborales. En el caso de que las bajas se contabilizasen en todos los años, en estos habrían sido mucho más numerosas. Esto sí que explicaría que aquellas comunidades que tienen un mayor número de bajas (y por lo tanto en la contabilidad final del año, un mayor número de profesionales) obtengan peores resultados de salud, al incorporarse personas a una nueva unidad, y que por desgracia, aquí en España, no tienen un periodo progresivo de adaptación o aclimatación.

LIMITACIONES

Como consecuencia de lo expuesto, en el apartado de fuentes de datos, los resultados de este estudio son generales y deben ser tomados con prudencia. La intención ha sido el señalar cuáles son las tendencias, pero desde un punto de vista estricto, todavía no se pueden establecer relaciones causa-efecto de una manera ortodoxa. Si bien es cierto que el hecho de que las tendencias se mantengan a lo largo de varios años le aporta una mayor solidez.

CONCLUSIONES

- Tal y como muestra la evidencia científica un número reducido de enfermeras así como el aumento de la proporción del número de auxiliares por enfermera, tiene como consecuencia un aumento en los resultados adversos en los pacientes, y en definitiva una disminución de la calidad asistencial.

- Si bien es necesaria la realización de más estudios en diferentes contextos, en la actualidad existen evidencias científicas sólidas que sugieren que número reducido de enfermeras así como el aumento de la proporción del número de auxiliares por enfermera, influyen de forma significativa sobre la mortalidad de los pacientes.

- Tal y como muestra la evidencia científica, unas peores condiciones laborales del personal sanitario tiene sus repercusiones sobre la seguridad de los pacientes y la calidad asistencial.

- España cuenta con uno de los menores números de enfermeras de Occidente. Las condiciones laborales, en especial en algunos sectores de la sanidad privada, son malas. Un número considerable de estudios realizados en nuestro país a pequeña escala, sugieren que el nivel de burnout de las enfermeras españolas es alto. Según la evidencia científica esto debe repercutir de manera considerable sobre la seguridad de los pacientes, los resultados y la mortalidad de los mismos, al no crearse una cultura organizacional adecuada.

- A partir de nuestro estudio se puede concluir:

- Que la tendencia general que se puede observar en España, ratifica lo que se está comprobando de manera particular en los estudios internacionales
- Que la tendencia muestra que aquellas comunidades autónomas con menos enfermeras obtienen peores resultados
- Que la tendencia muestra de una forma clara que en aquellas comunidades en las que la proporción enfermera/ auxiliar es menor se obtienen peores resultados
- A partir de la evidencia científica disponible, el número de muertes evitables, debidas a la importante infradotación de enfermeras que sufre nuestro país es de 30957 para el año 2002.
- 150 años después de que Florence Nightingale demostrase, que la enfermería era capaz de disminuir de manera espectacular la mortalidad de los soldados, es triste que a día de hoy todavía tengamos que estar justificándonos, mientras los resultados empeoran.

REPERCUSIONES PRÁCTICAS

Es una necesidad crítica el empezar a monitorizar de una forma extensa e independiente, indicadores de calidad asistencial, en especial aquellos sensibles a la actividad enfermera, en el sistema sanitario español.

Se debe empezar a realizar políticas y gestiones basadas en la evidencia, en el contexto sanitario español al margen de los intereses corporativistas, de ciertos sectores. Esto requeriría un pacto social de política sanitaria, que fuese más allá de a cuatro años vista.

La gestión basada en la calidad total (en especial lo que afecta a las enfermeras), debe comenzar a ser un hecho y no quedarse sólo en palabras.

Se trata de una urgencia y de una prioridad, el aumentar el número de Diplomadas en Enfermería de España, así como mejorar sus condiciones laborales y profesionales.

Los autores quisiéramos agradecer el apoyo incondicional de nuestras familias para la realización del presente trabajo. Así como a José Samper, Paqui Fuster y Ana Vía. Especialmente a los doctores Vaqué y Roselló por habernos facilitado tantos datos como les solicitamos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH (1994) Lower mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(8), 771-787
- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH (2003) Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 290(12), 1617-23. Disponible en la www <http://my nursingce.son.wisc.edu/html/files/8/8465/8466/jama>
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM(2002b) Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*.14(1),5-13.Disponible en la www <http://intqhc.oupjournals.org/cgi/reprint/14/1/5>
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH (2002a) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 288(16), 1987-93. Disponible en la www <http://per.org/nurses/files/joc20547.pdf>
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J ,Rafferty AM, Shamian J (2001) Nurses' Reports on Hospital Care in Five Countries. *Health Affairs*, May/June, vol. 20, pp. 43-53
- Alonso C (1999) Síndrome del Estrés Profesional. ('Burnout') A tu Salud. mar. Año VII(25):12-16
- Álvarez MC (2003) Motivación laboral en un servicio de urgencias hospitalario. *Enfermería Clínica*. ene-feb. 13(1):16-25
- American Nursing Association (1997) Implementing Nursing's Report Card: A study of RN Staffing, length of stay and patient outcomes. Washington DC, American Nurses Publishing.
- Atance JC (1997) Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. may-jun. 71(3):293-303
- Bates DW, Spell N, Cullen DJ (1997) The cost of adverse drug events in hospitalized patients. *JAMA*, 277: 307-11
- Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F (2001) Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud Atención Primaria. 2001 mar. 27(5):313-317
- Chaiken BP (2001) Patient safety: Is it really a problem? *Nursing Economics*, 19(4):176-77
- Cho SH (2001) Nurse Staffing And Adverse Patient Outcomes: A System Approach. *Nursing Outlook*, 49: 78-85
- Cho SH, Keteftian S, Barkaukas V, Smith DG (2003) The effect of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical cost. *Nursing Research*. March/ April, 52(2): 71-79

- Clarke S (2003) Balancing staffing and safety. *Nursing Management*. Jun 34(6): 44-48
- Clarke S, Aiken LH (2003) Failure to rescue: Needless deaths are prime examples of the need for more nurses at the bedside. *American Journal of Nursing*. 103(1): 42-47
- Doran DM Ed. (2003) *Nursing-Sensitive Outcomes*. State of the Science. Mississauga, Jones and Bartlett.
- European Observatory on Health Care Systems (2000) *Health Care Systems in Transition: Spain*. Ginebra :WHO European Region. Consulta 13 mayo 2004 de la [www http://www.euro.who.int/document/e70504.pdf](http://www.euro.who.int/document/e70504.pdf)
- Fraga I (2001) Desmotivación y enfermería. *Diagnóstico del problema*. *Metas de Enfermería*. 2001 sep. IV(38):38-41
- Gámez M, Santano A, Matías S, Roca S, Tomez MJ (1999) Estudio del clima laboral en cuatro unidades de críticos de un hospital. *Enfermería Intensiva*. jul-sep. 10(3):120-128
- Hickam DH et al. (2003) The effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety. Evidence Report/ Technology Assessment Number 74. AHRQ Publication No. 03-E031. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality. May 2003.
- HRSA. Bureau of Health Professions, National Centre for Health Workforce Information and Analysis. US Government (1996)
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson (1999) *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC, Institute of Medicine.
- Laepe LL (2000) Institute of Medicine medical errors figures are not exaggerated. *JAMA*, 284, 95-97
- Lupiani M, Gala FJ, Guillén C, Gómez A, Benítez C, Lupiani S (2000) La enfermería española víctima del burn-out. *Scientia*. ene-abr. 5(1-2):87-97
- Mark BA, Harless DW, McCue M, Xu Y (2004) A longitudinal examination of registered nursing staffing and quality of care. *Health Services Research*. Apr; 39 (2):279-300
- Ministerio de Sanidad. Instituto de Información Sanitaria (2003) *Datos básicos de la salud y los servicios sanitarios en España 2003*. Consultado 13 de Mayo de 2004 en la [www http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm](http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm)
- Morales JM et al (2005) Ratios enfermera paciente: revisión sistemática de los efectos del número de enfermeras sobre los pacientes, su contexto laboral y los resultados de los hospitales. *Evidentia* enero-abril; 2/4. Consultado 31 de Enero de 2005 en la [www http://www.index-f.com/evidentia/n4/97articulo.php](http://www.index-f.com/evidentia/n4/97articulo.php)
- Morlock LL (1995) Evaluation of clinical risk management programmes. En: Vicent C, editor. *Clinical risk management*. BMJ publications, Londres. P. 103-26
- Needleman J, Buerhaus P(2003) Nurse staffing and patient safety: current knowledge and implications for actions. *International Journal for Quality in Health Care*. 15(4), 275-7. Disponible en la [www http://intqhc.oupjournals.org/cgi/reprint/15/4/275](http://intqhc.oupjournals.org/cgi/reprint/15/4/275)
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S et al. (2001) Nurse staffing levels and patient outcomes in hospitals. Final report for Health Resources and Services Administration. Contract No. 230-99-0021. Harvard School of public Health, Boston, MA. Disponible en la [www http://bhpr.hrsa.gov/nursing/staffing_study.htm](http://bhpr.hrsa.gov/nursing/staffing_study.htm)
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K (2002) Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*. 346(22),1715-22
- OCDE. (2003). *Health data*. Consultado 13 de Mayo de 2004 en la [www http://www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)
- Parker-Pope T (2001) How to lessen impact of nursing shortage on your hospital stay. *Wall Street Journal*. March 2, B1
- Pera G, Serra-Prat M (2002) Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*. nov-dic. 16(6):480-486
- Sasichay-Akkadechanunt T, Scalzi CC, Jaward AF (2003) The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*. Sep; 33(9):478-85
- Shortell SM, Jones RH, Rademaker AW, et al (2000) Assessing the impact of total quality management and organizational culture on multiple outcomes of care for coronary artery bypass graft surgery patients. *Medical Care*, 38; 207-17

- Sindicato de Enfermería (1999) Análisis del empleo en enfermería. Situación actual y estudio de necesidades. Madrid, Sucesores de Rivadeneyra.
- Stainbrook R (2002) Nursing in the cross fire. New England Journal of Medicine. 346(22):1757-1766
- Stanton MW (2004) Hospital nurse staffing and quality of care. Research in Action Issue 14. AHRQ Pub. No. 04-0029. Agency for Health Research and Quality, Rockville (MD) Disponible en la [www http://www.ahrq/research/nursestaffing/nursestaffing.htm](http://www.ahrq/research/nursestaffing/nursestaffing.htm)
- Stolberg SG (2002) Patient deaths tied to lack of nurses. New York Times. August 8, A18
- Thomas EJ, Studdert DM, Newhouse, JP et al (1999) Cost of medical injuries in Utah and Colorado. Inquiry, 36; 255-64
- Tourangeau AE, Phyllis Giovanetti, Tu JV, Wood M (2002) Nursing-Related Determinants of 30-Days Mortality for Hospitalized Patients. Canadian Journal of Nursing Research. 33(4), 71-88.
- Trafford A (2002) Second opinion: less care for patients. Washington Post. August 20, HE01
- Vaqué, J (2004) Evolución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. EPINE 1990-2003: 14 años. Madrid, Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
- Vaqué, J; Rosselló, J editores (2001) Evolución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. EPINE 1990-1999. Madrid, Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
- Vega C, Fernández E (2003) Los discursos sobre burnout como mecanismo para la ocultación de los factores estructurales vinculados a las condiciones de trabajo. Index Enferm. inv. XII(43):90
- World Health Organization (1998) WHO estimates of health personnel. Consulta 13 de Mayo de 2004 http://www3.who.int/whosis/health_personnel.cfm
- Nursing and midwifery services: strategic directions 2002-2008. (2002) Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization Department of Health Service Provision (2003) Workload indicators of staffing needs (WINS). Ginebra, World Health Organization.
- Disponible en la [www http://www.who.int/health-services-delivery/documents/index.htm](http://www.who.int/health-services-delivery/documents/index.htm)
- Yang KP (2003) Relationship between nurse staffing and patient outcomes. Journal of Nursing Research. Sep;11(3):149-58

ANEXO 1: LLAMAMIENTO DE LA OMS

Dr Brundtland to launch a strategy to address crisis in nursing and midwifery services

10 October 2002 | GENEVA -- The Fifty-Fourth World Health Assembly in May 2001 stated that nurses and midwives play a crucial and cost effective role in reducing excess mortality, morbidity and disability and in promoting healthy lifestyles. It called for WHO to assist countries in optimizing their contribution.

Many countries are reporting that nurses and midwives are leaving the health services and, as a result, an increasing number of patients are receiving inadequate care or no treatment at all. In an attempt to reverse the declining numbers of nurses and midwives, the World Health Organization (WHO) is launching the 'Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services'. Studies report several causes contributing to the decline in the number of nurses and midwives: low pay, hazardous working conditions, lack of career development, and lack of recognition of professional status and autonomy. These same factors can also contribute to a decline in new recruits to the two professions. "If the world's public health community does not correct this trend, the ability of many health systems to function will be seriously jeopardized " says Dr Gro Harlem Brundtland, Director-General of WHO.

WHO's new Strategic Directions target five main areas where urgent intervention is needed: human resources planning and capacity building, management of personnel, evidence-based practice, education and stewardship. A highly-concerted effort will be required from governments the world over to balance all five areas. Nine international partners, including the United Nations Population Fund, the International Labour Organization, UNICEF, the International Council of Nurses, the International Confederation of Midwives and the Global Network of WHO Collaborating Centres for Nursing and Midwifery, have already endorsed this new agenda.

Nursing and midwifery services are one of the main pillars of health care delivery. Failure to strengthen these services will seriously impair the quality of health care, access to services, well-being of nurses and midwives, and achievement of national and global health goals.

For more information contact:

Fadéla Chaib

Telephone: +41 22 791 3228

Email: chaibf@who.int

ANEXO 2: LLAMAMIENTO DEL ICN

Nurse: Patient Ratios

Introduction

Healthcare systems worldwide are stressed by limited resources and increasing demands on their services. Nurses, as the largest group of healthcare professionals, have experienced significant changes in their work life and environment as systems have tried to meet these challenges. As workloads become more substantial and the number of nurses per patient diminishes, patients and healthcare workers across the globe are put increasingly at risk. 1-3

Research findings

Recently conducted large scale research found that:

- In a given unit the optimal workload for a nurse was four patients. Increasing the workload to 6 resulted in patients being 14% more likely to die within 30 days of admission. A workload of 8 patients versus 4 was associated with a 31% increase in mortality. 4
- Higher nurse staffing levels resulted in reduced numbers of urinary track infections, pneumonia, upper gastrointestinal bleeding and shock in medical patients and lower rates of "failure to rescue" and urinary track infections in major surgery patients. 5
- Low registered nurse (RN) staffing levels and poor organizational climates have been found to put nurses at greater risk of needle stick injuries. 6

These and other recent studies show a significant association between higher nurse: patient ratios and better patient outcomes.

Factors influencing nurse productivity

Determining the minimum nurse staffing level can be a complex process as numerous factors influence the ability of nurses to care for their patients:

<i>Matrix for Staffing Decision-Making *</i>	
Items	Elements/Definitions
Patients	Patient characteristics and number of patients for whom care is being provided
Intensity of unit and care	Individual patient intensity; across the unit intensity; variability of care; admissions, discharges and transfers; volume
Context	Geographic dispersion of patients, size and layout of individual patient rooms, technology (beepers, computers)
Expertise	Learning curve for individuals and groups of nurses; staff consistency, continuity and cohesion; control of practice; professional expectations; preparation and experience, access to continuing education

The process depends on valid and up-to-date data in order to set nurse-patient ratios and ensure that they are adapted to changing patient and system needs.

Examples of new minimum nurse-patient ratios

Recently, action has been taken in Victoria (Australia) and California (USA) to set mandatory upwardly adjustable minimum nurse: patient ratios. Such ratios are seen as ways to:

- Ensure safe and quality patient care
- Recruit and retain nurses by the bedside

In 2001 Victoria implemented mandatory minimum nurse: patient ratios in all public sector facilities. The minimum ratios vary to meet the needs of different units and shifts. Healthcare institutions are categorized into different levels according to acuity of care, size and location. For example 7 :

Type of Unit
Hospital category
a.m. shift
p.m. shift

General Medical/Surgical Ward

Level 1
1:4 + in charge
1:4 + in charge
Level 3
1:5 + in charge
1:6 + in charge

Ante/Postnatal

All levels
1:5 + in charge
1:6 + in charge

Operating Theatre

3 nurses per theatre (1 scrub, 1 scout and 1 anaesthetic nurse)
This may vary up and down depending on pre-determined factors

Post Anaesthetic Care Unit / Recovery Room

All shifts 1:1 for unconscious patient

Improvements reported since the implementation of the ratios are 8:

- More than 3000 extra nurses employed in hospitals
- Decreased staff turnover and absenteeism
- 25% increase in candidates for nursing schools
- Public approval of the State government has increased

California passed legislation in 1999 that established minimum nurse: patient ratios to be implemented in January 2004. Again ratios vary depending on the unit. For example 9:

Type of Unit	2004	2005
Medical / Surgical	1:6	1:5
Antepartum	1:4	
Operating Room	1:1	
Post-anaesthesia recovery	1:2	

All ratios are minimums. Hospitals must increase staffing as needed based on patient acuity. Charge nurses and managers are not counted in the ratios.

Before introducing minimum nurse: patient ratios the following questions need to be answered:

- How is the implementation of the minimum nurse: patient ratio going to be ensured?
- What is going to happen if hospitals cannot recruit the necessary numbers of nurses?

Pros and Cons

Nurse: patient ratios set a safety net for patients and nurses. The pros include:

- Safer environments for patients
- Incentives for nurses to return to the bedside-work of their profession
- Furthering the collection of nursing relevant data in the healthcare system
- By fostering the discussion on the subject, showing the complexity of the issue of safe and adequate staffing levels

Cons include:

- Tendency to become the norm for nurse: patient ratios
- Ratios don't reflect the level of expertise an experienced nurse has obtained
- Data collection and comprehensive workload measurement tools are not available or not applied in many cases

Implications for Nurses

With the introduction or re-introduction of nurse: patient ratios several issues need to be systematically monitored:

- Impact on patient outcomes and on nurse retention /recruitment
- Short and long-term financial effects in relation to patient outcomes
- Development of further knowledge on patient safety, nurses workload and skill mix
- Improvement of patient outcomes and development of standardized, accessible and timely data on nurse: patient ratio and staffing
- Adaptation of basic and continuing nursing education to the changed work environment
- Integration of nursing data into healthcare statistic on a local, national and international level

* Shortened version from Table I in: Principles for Nurse Staffing, 1999, retrieved 15 Aug. 03 from www.nursingworld.org/readroom/stffprnc.htm

1. International Council of Nurses Press Release retrieved 15-Aug-03 from http://www.icn.ch/PR23_02.htm

2. World Health Organization Press Release retrieved 15-Aug-03 from <http://www.who.int/media-centre/releases/pr80/en/print.htm>

3. World Health Professions Alliance Press Release retrieved 15-Aug-03 from http://www.whpa.org/pr07_02.htm
4. Aiken, Linda; Clarke, Sean; Sloane, Douglas; Sochalski, Julie; Silber, Jeffrey; Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, *JAMA*. 2002; 288: 1987-1993
5. Needleman, Jack; Buerhaus, Peter; Mattke, Soeren; Steward, Maureen; Zelevinsky, Katya; Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals, *N Engl J Med*. 2002; 346 (22): 1715 – 1722
6. Clarke, Sean P.; Sloane, Douglas M.; Aiken, Linda H.; Effects of Hospital Staffing and Organizational Climate on Needlestick Injuries to Nurses, *American Journal of Public Health*, 2002; 92 (7): 1115 – 1119
7. Retrieved 15-Aug-03 from www.anfvic.asn.au/news_briefs/news_ratios%20summary.htm
8. Parish, Colin; 2002, Minimum effort: The introduction of minimum nurse-to-patient ratios can have maximum effect on recruitment and morale, in *nursing standard*, Vol. 16, No 42
9. Retrieved 15-Aug-03 from www.calnurse.org/finalrat/ratiobox.html

ANEXO 3: LLAMAMIENTO DE LA WHPA

Patient Safety

World Health Professions Alliance Fact Sheet

Press Release 29 April 2002 - Health Professionals Call for Priority on Patient Safety

Background

Health care interventions are intended to benefit the public, but due to the complex combination of processes, technologies and human interactions there is an inevitable risk that adverse events will happen. Much evidence has been built on risks in hospitals, however information about adverse events occurring in healthcare settings such as physicians' offices, nursing homes, pharmacies and patients' homes are not very well documented. Identifying and reducing the occurrence of these errors and improving the safety and quality of health care has therefore been brought forward as a priority issue for health services around the world.

An adverse event can be defined as harm or injury caused by the management of a patient's disease or condition by health care professionals rather than by the underlying disease or condition itself. Although human errors may sometimes precipitate serious failures, there are usually deeper, systemic factors, which if addressed earlier would have prevented the errors. Hence, the enhancement of patient safety involves a wide range of actions in the recruitment, training and retention of health care professionals, performance improvement, environmental safety and risk management, including infection control, safe use of medicines, equipment safety, safe clinical practice and safe environment of care.

There is a growing evidence that inadequate institutional staffing levels are correlated with increase in adverse events such as patient falls, bed sores, medication errors, nosocomial infections and readmission rates that can lead to longer hospital stays and increased hospital mortality rates. In short, inadequate human resources present a serious threat to the safety and quality of health care.

Some facts and figures about patient safety

- The 1995 Quality in Australian Health Care Study (QAHCS) found an adverse-event rate of 16.6% among hospital patients.
- The Hospitals for Europe's Working Party on Quality Care in Hospitals estimated in 2000 that every tenth patient in hospitals in Europe suffers from preventable harm and adverse effects related to his or her care.
- 75% of the adverse drug events in a Utah-Colorado Study in the United States were attributable to system failures. Most adverse events were not the result of negligence or lack of training, but rather occurred because of latent causes within systems.
- In NHS Hospitals adverse events in which harm is caused to patients occur at a rate in excess of 850,000 a year.
- According to a survey conducted by the Robert Wood Johnson Foundation, 95% of doctors and 89% of nurses in the United States have witnessed a serious medical error.
- Poor quality healthcare is responsible for more than 30% of avoidable deaths in Italy.

The situation in developing countries

In developing countries the probability of adverse events is much higher than in industrialized nations due in part to the poor state of infrastructure and equipment, unreliable supply and quality of medicines, shortcomings in waste management and infection control, low number and poor performance of personnel because of low motivation or insufficient technical skills, and severe under financing of essential operating costs of health services.

- At least 50% of all medical equipment in most developing countries is unusable, or only partly usable, at any given time.
- In the Newly Independent States, about 40% of hospital beds are located in structures originally built for other purposes. As a result the correct infrastructure for radiation protection and infection control is very difficult to install.
- Approximately 77% of all reported cases of substandard and counterfeit drugs occur in developing countries.

Financial impact

Adverse health care events carry a high financial cost. About half of the expenditures for preventable errors are for direct health care costs.

- The total national cost of preventable adverse health care events in the United States, including lost income, disability and medical expenses, is estimated at between US\$17 000 million and US\$ 29 000 million annually.
- In the UK the NHS estimates that adverse events cost £2 billion a year in additional hospital stays alone.

Recommendations for action

1. Patients and the community

- Inform healthcare professionals of all your medicines taken and medical conditions.
- Ask questions to clarify information and increase understanding about health conditions, medicines and healthcare provision.
- Make sure to get the results of any test or procedure.
- Report errors or adverse events to the proper authorities.

2. Health Professionals

- Take an active role in assessing the safety and quality of care in practice.
- Improve communication with patients and other healthcare professionals.
- Inform patients of potential risks.
- Work to improve practice-related systems.
- Report adverse events to the appropriate authorities.
- Strengthen collaboration aspects of drug treatment plans.

3. Hospitals, clinics, general practice, drug distribution and other facilities

- Maintaining adequate human resource levels.
- Focus on improving the systems of delivering care, not blaming individuals.
- Establish rigorous infection control programmes.
- Standardise treatment policies and protocols to avoid confusion and reliance on memory, which is known to be fallible and responsible for many errors.
- Avoid similar-sounding and look-alike names and packages of medication.

4. Governments

- Establish national reporting systems to record, analyse and learn from adverse incidents.
- Promote a culture of reporting.
- Emphasise safety as a prime concern in health system performance and quality management.
- Implement mechanisms for ensuring that, where lessons are identified, the necessary changes are put into practice and progress is tracked.
- Develop evidence-based policies that will improve health care.
- Develop mechanisms, for example through accreditation and other means, to recognize the characteristics of health care providers that offer a benchmark for excellence in patient safety.

- The International Council of Nurses (ICN) is a federation of more than 120 national nurses' associations representing the millions of nurses world-wide. Operated by nurses for nurses since 1899, ICN is the international voice of nursing and works to ensure quality care for all and sound health policies globally.

- The International Pharmaceutical Federation (FIP) is the world-wide federation of pharmacists and pharmaceutical scientists, with the mission of representing and serving pharmacy and pharmaceutical sciences around the globe. Founded in 1912, FIP promotes appropriate use of, and access to, medicines for all through achieving the highest standards in pharmaceutical science, professional practice, public health and patient care.
- The World Medical Association (WMA) is a global federation of national medical associations, representing the millions of physicians world-wide. Acting on behalf of physicians and patients, the WMA endeavours to achieve the highest possible standards of medical science, education, ethics and health care for all people.

*For further information contact Linda Carrier-Walker
Tel : (+41 22) 908 0100 - Fax : (+41 22) 908 0101
email: carrwalk@icn.ch Web site www.whpa.org*

REFERENCES

- Quality of care: patient safety ,World Health Organization Executive Board EB109/9. 5 December 2001 http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/EB109/eeb1099.pdf (accessed 22 April 2002)
- Italy: Better Healthcare could cut deaths, Reuters Healthcare, January 18, 2002 citing study of The 2001 Prometeo Atlas of Italian Healthcare.
- Health Care Professionals: backbone of quality and safety of care, Statement of the WHPA At the WHO Executive Board, 16 January 2001
- An Organisation with a Memory, Report of the UK Department of Health, 2000 <http://www.doh.gov.uk/orgmemreport/index.htm> (accessed 22 April 2002)
- Building a Safer NHS for Patients, Report of the UK Department of Health, April 2001 <http://www.doh.gov.uk/buildsafenhhs> (accessed 22 April 2002)
- Pursuing Perfection, Research conducted for the Robert Wood Johnson Foundation, March/April 2001. <http://www.rwjf.org/news/releaseDetail.jsp?id=1017609851350&contentGroup=rwjfreleases> (accessed 22 April 2002)
- To Err is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine. November 1999. 29 April 2002



13. MESA DE TRABAJO N.º 2

Moderada por: **Dña. Mª Carmen Gozalves Manzanera**, *Supervisora de Oncología del Hospital General Universitario de Alicante.*

“RETOS ANTE LAS NUEVAS DEMANDAS ORGANIZATIVAS”

JUSTIFICACIÓN:

Hasta la aprobación de la Orden Ministerial de 1-6-77, el colectivo de Enfermería atraviesa un ambiguo peregrinaje. Y es, a partir de este momento, donde se unifica con el nombre de Enfermería a todos los profesionales: Matronas, Enfermeras y Practicantes .

Desde entonces la lucha por reorganizar dicha actividad dentro de su Marco Teórico y de su Marco Práctico ha sido una constante, aunque en foros siempre diferenciados .

El Marco Teórico lo desarrollan:

- Las Universidades.
- Las Sociedades Científicas.

El Marco Práctico lo desarrollan:

- Las Instituciones Públicas
- Las Administraciones.

No obstante ambos marcos tienen intereses comunes, como por ejemplo la mejora de la Calidad Asistencial.

Esta Calidad Asistencial debe ir acompañada de precisas: cualidades, conocimientos y habilidades en todos/as los/as Enfermeros/as, que desempeñen funciones dirigidas a los pacientes.

El reconocimiento por el Ministerio de Educación de 7 Especialidades de Enfermería y sus diferentes accesos a ellas, es un nuevo paso dónde se confirma la intención de poder atender los cuidados enfermeros con directrices más específicas, en la gran variedad de patologías que se manejan en la actualidad, tanto en las áreas de Primaria como en el área de Especializada. Claro que no deberíamos descuidar la constante reivindicación de las Sociedades Científicas, contrarias a englobar y a generalizar la Especialidad de Médico-Quirúrgica como “cajón de sastre” en especialidades tan complejas como: Oncología, UCI, Reanimación, Neumología, Digestivo, M.I., Cirugía General...

Según estas Sociedades Científicas deberíamos proporcionar cuidados expertos a cada uno/a de los/as pacientes, con características y necesidades diferentes.

Las Instituciones, ante la dificultad de poder ubicar a los/as Enfermeros/as con Especialidad o Expertos en Cuidados, defienden la figura del Enfermero Generalista, quien permite cubrir las demandas asistenciales con recursos humanos, que se adaptan a cada unidad, según las necesidades del Centro, y desempeñan sus servicios tanto en Áreas Quirúrgica, Médicas así como Pediátricas.

A pesar de toda esta compleja organización institucional sanitaria, destacaría las Unidades de Hospital de Día, donde la fusión del Marco Teórico y Marco Práctico

se consigue mediante la presencia de la Enfermera de Gestión de Casos ó Enfermera Gestora.

Es sabido, que los Hospitales de Día han nacido como Unidades Asistenciales, dedicadas a la administración de tratamientos prolongados, en cuyo seno se practican cuidados especializados.

Las terapias son programadas ambulatoriamente y llevadas a cabo en confortables instalaciones, que tratan de minimizar el impacto del hospital tradicional, en un medio distendido y abierto.

Los Hospitales de Día han demostrado sus beneficios clínicos y rentabilidad social, mejorando la calidad de vida del paciente y disminuyendo los costes económicos, propios de la clásica estancia hospitalaria.

Son unidades propias de Enfermería, cuyo desarrollo en jornada de mañana y tarde colabora con un amplio abanico de especialidades.

El reflejo de la actividad, ha de traducir estas características a través de una categorización del proceso que atiende: valoración-diagnóstico-tratamiento-vigilancia-adiestramiento. Por ello la Gestión de casos, es un modelo organizativo, que garantiza la mejor aplicación de recursos, minimizando retrasos y efectos adversos del proceso.

Promueve la atención /coste eficiente, reduce la fragmentación de prestaciones y favorece la coordinación interprofesional.

El tratamiento de enfermedades crónicas requiere estrategias terapéuticas complejas, con elevada morbilidad y recurrencia siempre previsible.

El profesional que realiza la gestión de casos, se convierte en referente para el paciente y su familia, facilitando su desplazamiento por los distintos niveles del sistema.

Promueve la implicación de la familia en el proceso , a través de componentes educativos y de corresponsabilidad terapéutica.

Se centra en la consecución de objetivos específicos, en un tiempo establecido y coordina los recursos adecuados para conseguirlos.

Fundamentalmente se basa en la satisfacción de las necesidades del paciente orientando la organización a su demanda.

OBJETIVOS

Los objetivos se consiguen a través de:

- 1 El diagnóstico de los problemas que afectan al paciente.
- 2 El consenso de los resultados que desean obtener con el paciente/familia y el equipo multidisciplinar
- 3 La elaboración de un plan de cuidados individualizado.
- 4 La agilización y coordinación de las intervenciones de todos los profesionales relacionados con el cuidado del paciente.
- 5 La continuidad de los cuidados.
- 6 La evaluación de los resultados.

VENTAJAS

Las ventajas de la Gestión de Casos son:

1. Que permite conocer de antemano los cuidados que necesita el paciente.
2. Que al mejorar la planificación de los servicios sanitarios mejora las estancias medias hospitalaria sin haber disminuido en calidad.
3. Que aumenta la satisfacción del paciente.
4. Que favorece y facilita la coordinación del cuidado, disminuyendo la fragmentación.

¿Quién es la Enfermera Gestora de Casos.?

LA GESTORA DE CASOS

Es una enfermera clínica, experta en los cuidados de las patologías elegidas. Conocedora de los tratamientos que se utilizan y de los efectos secundarios de los mismos. Buena comunicadora y educadora y con aptitudes de liderazgo.

Promueve la colaboración interdisciplinar entre los miembros del equipo de cuidados, gestionando una red de servicios para cada paciente.

Dentro de las funciones se incluyen ,entre otras:

1. Colaboración en la programación de pacientes.
2. Colaboración en la valoración y seguimiento de signos y síntomas.
3. Colaboración en programas de educación.
4. Educación para la autoadministración de medicación diversa.
5. Coordinación con los miembros del equipo.
6. Coordinación con el médico responsable del paciente.
7. Garantizar la continuidad de la atención.
8. Atención telefónica.
9. Coordinación con los diversos niveles del sistema (Consultas, Hospitalización, Hospital de Día ,Unidad de Hospitalización a Domicilio)
10. Coordinación con Atención Primaria y Unidades de Crónicos o Paliativos.

OBJETIVOS

- 1 Maximizar la calidad de la asistencia prestada
 - 1.1 Prevenir y detectar precozmente signos y síntomas
 - 1.2 Evitar la hospitalización recurrente
 - 1.3 Ofertar mayor continuidad de atención
 - 1.4 Proporcionar educación adaptada al paciente y familia
 - 1.5 Coordinación con los miembros del equipo
 - 1.6 Coordinación con diversos niveles asistenciales
 - 1.7 Estimular los recursos personales del paciente para una mejor adaptación a la situación
- 2 Colaborar en el seguimiento
 - 2.1 Cita previa
 - 2.2 Cita a demanda

- 2.3 Coordinación de pruebas
- 2.4 Programación de ingreso (si precisa)
- 2.5 Colaborar en el alta hospitalaria
- 2.6 Administración de tratamientos

Nuestro planteamiento para el Hospital de Día Onco-Hematología del Hospital General Universitario de Alicante, viene apostando, como ya es habitual en otros Centros, por la figura de Enfermera Gestora. Es pronto para evaluar pero lo que si apreciamos es que Enfermería ha encontrado una estructura e independencia, en la organización de dichas Unidades Enfermeras, que ofrece un modelo organizativo claramente evolucionado.

POSTERS DE LA MESA

1º- ¿Qué alimentos son considerados adecuados para prevenir el exceso de colesterol en una muestra de pacientes con artritis reumatoides?

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: *Berenguer Cerdá, Sonia. de la Torre Aboki, Jenny. Espinosa Robles, Belén. Martínez Fernández, Eva M^a*

2º- Evaluación del estado nutricional y actividad física en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: *Martínez Fernández, Eva M^a. Espinosa Robles, Belén. de la Torre Aboki, Jenny. Berenguer Cerdá, Sonia*

3º- Protocolo de cuidados en pacientes nefrológicos nefrostomizados

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: *Lopez Serral, Carmen. Macía Girona, Antonia. Picó Vicent, Luis. Serrano Borrell, Rosa. Cases Iborra, José Miguel. Irurzun López, Javier. Franco Esteve, Antonio*

4º- Hidrotorax en paciente con tratamiento de diálisis peritoneal. Resolución mediante pleurodesis con talco

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: *Picó Vicent, Luis. Picó Mira, Lourdes. Blaya Ruiz, Leonor. Díaz Guijarro, Antonio. Serrano Borrell, Rosa. Cases Iborra, José Miguel. Pérez Contrera, Javier*

5º- Educación sanitaria del paciente en hemodiálisis: autocuidados de la fistula arterio-venosa interna y del catéter venoso central permanente de doble luz

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: *Moreno Núñez, Eutropio. Castell García, Gema. Escalant Calpena, Laura. Sánchez Cantó, M^a Jesús. Porta Belmar, Esperanza. Cases Iborra, J. Miguel. Moreno Millán, Sergio*

6º- Importancia del Auxiliar de Enfermería en la asistencia a pacientes en la consulta de terapia metabólica con samario-153-lexidronam

(Hospital General Universitario de San Juan)

Autores: *Bedoya Narro, Rosa Ana. Mantecon Cesteros, Elena Paloma. Martínez Caballero, Antonio. Martínez Ramírez, Mauricio*

7º- Análisis temporal de la náusea y emesis inducidas por quimioterapia (NEIQ) en la práctica clínica española

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: *Gómez Robles, Javier. Fernández, Paz. Zorrilla, Isabel. Zabaleta, Paz. Chiverches, Emilia. Suárez, Carmen. Marquilles, Ramona. Quesada, Ángeles. Nocea, Gonzalo. Caloto, M^a Teresa*

***¿QUÉ ALIMENTOS SON CONSIDERADOS
ADECUADOS PARA PREVENIR EL EXCESO
DE COLESTEROL EN UNA MUESTRA DE
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE?***

Berenguer Cerdá, Sonia. de la Torre Aboki, Jenny.
Espinosa Robles, Belén. Martínez Fernández, Eva M^a

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida que afecta al 0.5% de la población. Afecta principalmente a articulaciones periféricas y cursa con inflamación, dolor y por lo tanto limitación funcional. En el manejo farmacológico habitual el uso de glucocorticoides, además de otros fármacos. Diversos estudios relacionan el uso de corticoides con el aumento de arteriosclerosis y de mortalidad por enfermedad vascular. Este dato sumado al hecho de que debido a su discapacidad realizan poco ejercicio nos animó a iniciar el presente estudio.

OBJETIVO

Valorar cuales eran los conocimientos de una muestra de pacientes con AR respecto a qué alimentos consideraban adecuados para prevenir el exceso de colesterol en sangre.

PACIENTES Y METODOS

Se realizó un estudio transversal no experimental seleccionando un total de 25 pacientes diagnosticados de AR, el 80 % fueron mujeres y la edad media fue de 58.5 años. Los pacientes que acudieron a su reumatóloga para su revisión habitual durante los meses de febrero y marzo de 2004 , fueron invitados a participar en el estudio. Se les administró una lista de 21 alimentos, a saber: frutas, aceite de oliva, pan integral, embutidos, verduras, mantequilla, quesos, huevos, legumbres, pasteles, sardinas, helados, leche desnatada, pescadilla, calamares, pollo/pavo, cordero/cerdo, almendras, cacahuets, mayonesa y chocolate. De esta lista seleccionaron que alimentos consideraban buenos, malos o desconocían su efecto sobre el colesterol en sangre. Se anotó también la última determinación de colesterol, la dosis de corticoides que tomaban y se preguntó si fumaban en la actualidad o habían fumado.

RESULTADOS

Los aciertos fueron sumados dando una puntuación media de conocimientos de 16068 (DE + 2.96). Los alimentos que presentaron mayor porcentaje de error fueron los quesos, los huevos, calamares, almendras, y cacahuets. El nivel medio de colesterol fue de 194.2 mg/dl (DE + 27.56). El 80% no fumaba en la actualidad . Solo el 24% tomaban corticoides en ese momento y la dosis media era de 1.15mg/día (DE + 2.50).

CONCLUSIONES

El nivel medio de colesterol en sangre estaba dentro de los límites de normalidad. Un alto porcentaje de pacientes no fumaba ni tomaba corticoides en ese momento. Los pacientes tenían unos conocimientos adecuados sobre los alimentos considerados cardiosaludables, por lo tanto a pesar del peligro potencial por su enfermedad en este momento tenían un bajo riesgo de enfermedad cardiovascular.

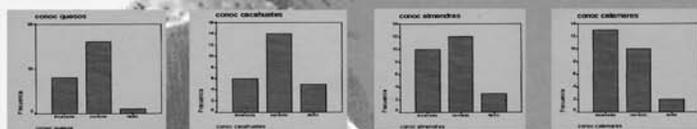
¿QUÉ ALIMENTOS SON CONSIDERADOS ADECUADOS PARA PREVENIR EL EXCESO DE COLESTEROL EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE?

INTRODUCCIÓN: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida que afecta al 0.5% de la población. Afecta principalmente a articulaciones periféricas y cursa con inflamación, dolor y por lo tanto limitación funcional. En el manejo farmacológicos habitual el uso de glucocorticoides, además de otros fármacos. Diversos estudios relacionan el uso de corticoides con el aumento de arteriosclerosis y de mortalidad por enfermedad vascular. Este dato sumado al hecho de que debido a su discapacidad realizan poco ejercicio nos animó a iniciar el presente estudio.

OBJETIVO: Valorar cuales eran los conocimientos de una muestra de pacientes con AR respecto a qué alimentos consideraban adecuados para prevenir el exceso de colesterol en sangre.

PACIENTES Y METODOS: Se realizó un estudio transversal no experimental seleccionando un total de 25 pacientes diagnosticados de AR, el 80 % fueron mujeres y la edad media fue de 58.5 años. Los pacientes que acudieron a su reumatóloga para su revisión habitual durante los meses de febrero y marzo de 2004, fueron invitados a participar en el estudio. Se les administró una lista de 21 alimentos, a saber: frutas, aceite de oliva, pan integral, embutidos, verduras, mantequilla, quesos, huevos, legumbres, pasteles, sardinas, helados, leche desnatada, pescadilla, calamares, pollo/pavo, cordero/cerdo, almendras, cacahuets, mayonesa y chocolate. De esta lista seleccionaron que alimentos consideraban buenos, malos o desconocían su efecto sobre el colesterol en sangre. Se anotó también la última determinación de colesterol, la dosis de corticoides que tomaban y se preguntó si fumaban en la actualidad o habían fumado.

RESULTADOS: Los aciertos fueron sumados dando una puntuación media de conocimientos de 16068 (DE + 2.96). Los alimentos que presentaron mayor porcentaje de error fueron los quesos, los huevos, calamares, almendras, y cacahuets. El nivel medio de colesterol fue de 194.2 mg/dl (DE + 27.56). El 80% no fumaba en la actualidad. Solo el 24% tomaban corticoides en ese momento y la dosis media era de 1.15mg/día (DE + 2.50).



CONCLUSIONES: El nivel medio de colesterol en sangre estaba dentro de los límites de normalidad. Un alto porcentaje de pacientes no fumaba ni tomaba corticoides en ese momento. Los pacientes tenían unos conocimientos adecuados sobre los alimentos considerados cardiosaludables, por lo tanto a pesar del peligro potencial por su enfermedad en este momento tenían un bajo riesgo de enfermedad cardiovascular.

AUTORES: Berenguer Cerda, Sonia Espinosa Robles, Belen

De la Torre, Jenny Martinez Fernandez, Eva

Agradecemos su colaboración al personal de CCEE de Reumatología del HGU Alicante, así como a los Drs. P. Vela y E. Battle.

***EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y
ACTIVIDAD FÍSICA EN UNA COHORTE DE
PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE***

Martínez Fernández, Eva M^ª. Espinosa Robles, Belén.
de la Torre Aboki, Jenny. Berenguer Cerdá, Sonia

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente articulaciones periféricas y cursa con inflamación, dolor y limitación funcional. Esta limitación funcional, la enfermedad por si misma y el uso de glucocorticoides y AINES para su control, favorecen el sedentarismo y la ingesta limitada de alimentos.

OBJETIVOS

- Evaluar el estado nutricional de los pacientes afectos de AR controlados en CCEE de Reumatología.
- Describir el tipo y frecuencia de ejercicio realizado por los mismos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Pacientes: 25 pacientes diagnosticados de AR, el 80% eran mujeres y la edad media 58.8 años (DE + 12.79). Sólo un 4% estaban activos laboralmente frente al 36% que tiene una incapacidad laboral.

Método: Estudio transversal no experimental seleccionando a los pacientes entre los que acudieron a su reumatólogo para la revisión habitual entre los meses de febrero y marzo de 2004. Se les administro una serie de cuestionarios: HAQ (valora la capacidad funcional), Escala de Actividad Física, MNA (evalúa el estado nutricional), EVN (valora el estado de enfermedad según el paciente). Se valoró también el número de articulaciones dolorosas (NAD) y tumefactas (NAT).

RESULTADOS

La media del HAQ fue de 1.33 (DE + 0.77). La media del NAD fue de 5.63 (DE + 5.12) y de 5.71 (DE + 4.8) en el caso del NAT. El valor medio de la EVN fue de 48.8 (DE + 27.43). Respecto a la valoración nutricional, un 52% tenían riesgo elevado de malnutrición, frente al 44 % que gozaban de un estado nutricional normal. En lo referente al ejercicio un 52% caminaba como ejercicio una media de entre 30min y 3 horas semanales. Un 60% se consideraba obeso. El peso medio fue de 69.54 kg (DE + 14.61), la media del IMC fue de 27.82 (DE + 9.7) y el índice cintura / cadera medio fue de 0.87 (DE + 0.11).

CONCLUSIONES

Su media de IMC indica un grado de preobesidad sin embargo un 60% de ellos se considera obeso. Más de la mitad de los pacientes entrevistados (52 %) tenían un

riesgo real de malnutrición y un 4% estaba mal nutrido. La distribución grasa es principalmente ginoide ya que un 80% de pacientes eran mujeres no es valorable. El ejercicio que se realiza con mayor frecuencia es caminar (52%) mientras que sólo un 4% de ellos nadaba.

EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL Y ACTIVIDAD FISICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

INTRODUCCION: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente articulaciones periféricas y cursa con inflamación, dolor y limitación funcional. Esta limitación funcional, la enfermedad por si misma y el uso de glucocorticoides y AINES para su control, favorecen el sedentarismo y la ingesta limitada de alimentos.

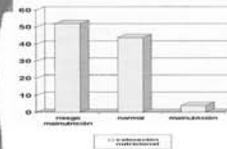
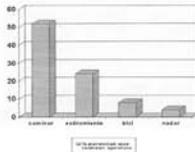
OBJETIVOS: -Evaluar el estado nutricional de los pacientes afectos de AR controlados en CCEE de Reumatología
-Describir el tipo y frecuencia de ejercicio realizado por los mismos.

PACIENTES Y METODOS:

Pacientes: 25 pacientes diagnosticados de AR, el 80% eran mujeres y la edad media 58.8 años (DE + 12.79). El 60% estaban casados y un 5% vivía con su pareja y/o hijos. Un 36% no sabe ni leer ni escribir frente al 32% que tiene un nivel básico (EGB). Solo un 4% estaban activos laboralmente frente al 36% que tiene una incapacidad laboral.

Método: Estudio transversal no experimental seleccionando a los pacientes entre los que acudieron a su reumatólogo para la revisión habitual entre los meses de febrero y marzo de 2004. Se les administró una serie de cuestionarios: HAQ (valora la capacidad funcional), Escala de Actividad Física, MNA (evalúa el estado nutricional), EVN (valora el estado de enfermedad según el paciente). Se valoró también el número de articulaciones dolorosas (NAD) y tumefactas (NAT) y se recogieron una serie de valores antropométricos y bioquímicos.

RESULTADOS: La media del HAQ fue de 1.33 (DE + 0.77). La media del NAD fue de 5.63 (DE + 5.12) y de 5.71 (DE + 4.8) en el caso del NAT. El valor medio de la EVN fue de 48.8 (DE + 27.43). Tomaban AINES un 44% de pacientes frente al 24% que tomaba corticoides. Respecto a la valoración nutricional, un 52% tenían riesgo elevado de malnutrición, frente al 44 % que gozaban de un estado nutricional normal. En lo referente al ejercicio un 52% caminaba como ejercicio una media de entre 30min y 3 horas semanales. Un 60% se consideraba obeso. El peso medio fue de 69.54 kg (DE + 14.61), la media del IMC fue de 27.82 (DE + 9.7) y el índice cintura /cadera medio fue de 0.87 (DE + 0.11).



CONCLUSIONES: Su media de IMC indica un grado de preobesidad sin embargo un 60% de ellos se considera obeso. Mas de la mitad de los pacientes entrevistados (52 %) tenían un riesgo real de malnutrición y un 4% estaba mal nutrido. La distribución grasa es principalmente ginoide ya que un 80% de pacientes eran mujeres no es valorable. El ejercicio que se realiza con mayor frecuencia es caminar (52%) mientras que solo un 4% de ellos nadaba.

AUTORES: Berenguer Cerdá, Sonia De la Torre Aboki, Jenny Espinosa Robles, Belen Martínez Fernandez, Eva M^a

Agradecemos su colaboración al personal de enfermería de CCEE de Reumatología del HGU Alicante así como a los Dres. P.Vela y E. Batlle

***PROTOCOLO DE CUIDADOS
EN PACIENTES NEFROLÓGICOS
NEFROSTOMIZADOS***

Lopez Serral, Carmen. Macía Girona, Antonia. Picó Vicent, Luis.
Serrano Borrell, Rosa. Cses Iborra, José Miguel. Irurzun López, Javier.
Franco Esteve, Antonio

PROTOCOLO DE CUIDADOS EN PACIENTES NEFROLOGICOS NEFROSTOMIZADOS

Autores: Carmen López Serrai, Antonia Macià Girona, Luis Picó Vicent, Rosa Serrano Borrell, Jose M. Cases Iborra

Colaboradores: Javier Iruzun, Antonio Franco Esteve

Hospital General de Alicante-Servicio de Nefrología

INTRODUCCION

«La nefrostomía percutánea es básicamente la derivación de la orina a través de un catéter situado en pelvis renal generalmente debido a problemas obstructivos [4].

«Técnica básicamente urológica en la práctica habitual, cada vez se utiliza más en nuestra Unidad de Nefrología. El número de pacientes a los que se les practica una nefrostomía percutánea en nuestra Unidad, ha ido en aumento año tras año, por lo que se ha hecho necesario actualizar conocimientos y protocolizar los mismos para la realización de los cuidados de los pacientes nefrostomizados.

OBJETIVOS

Realizar un protocolo de actuación que actualice y unifique los criterios en la aplicación de los cuidados enfermeros y resolución de los problemas que se derivan de la realización de Nefrostomías percutáneas a los pacientes nefrológicos.

MATERIAL Y METODO

«Se ha realizado un estudio retrospectivo de las Nefrostomías Percutáneas realizadas en nuestro Hospital entre Enero del 2000 y Marzo del 2005.

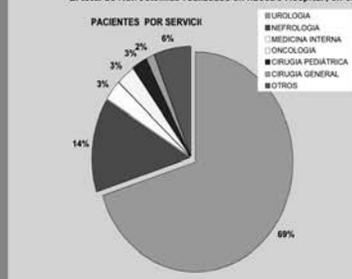
«Se ha efectuado búsqueda y revisión bibliográfica sobre la realización, cuidados y complicaciones de las mismas.

«Se han mantenido reuniones con Radiología Intervencionista a cuyo cargo está la realización de esta técnica.

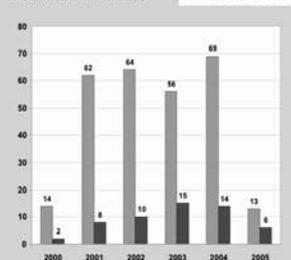
«Se establecieron reuniones de la Enfermería de la Unidad con la finalidad de unificar criterios y confeccionar el protocolo de trabajo.

RESULTADOS

«El total de Nefrostomías realizadas en nuestro Hospital, en el periodo estudiado, ha sido de 398, de las cuales se efectuaron 55 a pacientes nefrológicos.



PROCEDIMIENTOS POR SERV



PROTOCOLO DE CUIDADOS Y ACTIVIDADES PRE INTERVENCIÓN

1. Consentimiento informado.
2. Canalización de vía venosa periférica.
3. Análisis sanguíneos y estudio de coagulación.
4. Revisión de la zona de la Nefrostomía.
5. Preparación de la zona de punción.
6. Premedicación (5).

PROTOCOLO DE CUIDADOS Y ACTIVIDADES POST INTERVENCIÓN

1. Comprobación de constantes (1)(2).
2. Comprobar la buena fijación del catéter.
3. Antibioterapia según prescripción médica.
4. Analgesia.
5. Observación de la bolsa de Urostomía.
6. Controlar volumen de orina.
7. Medir el trozo de catéter libre.
8. Anotar en la historia y relevio de enfermería fecha de instauración de la nefrostomía.
9. Advertir al enfermo de avisar en caso de dolor en el lugar de inserción del catéter o picor.
10. Reposo en cama 8 horas. Hoy día puede realizarse la técnica en régimen ambulatorio (6).

CUIDADOS Y ACTIVIDADES POSTERIORES

1. Cambiar bolsa y placa de la nefrostomía cada 4 días.
2. Vigilar estado de la piel.
3. Limpieza de la piel en la zona pericatóter con suero Fisiológico al 0,9%.
4. Vigilar diuresis.
5. Control de las constantes cada 8 horas.
6. Vigilar color de detenido (6).

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE COMPLICACIONES MAS FRECUENTES

Hematuria: Es la complicación más frecuente. En todas las nefrostomías se produce cierta hematuria (3).

Dolor: Es frecuente y generalmente cede con analgesia oral.

Obstrucción: Complicación también frecuente. Puede estar originada por diversas causas: acodaduras, coágulos, formación de concreciones calcáreas en la luz del catéter o puña entre otras (6 y 7) (Figuras 1, 2 y 3).



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE COMPLICACIONES MENOS FRECUENTES

Salida involuntaria de la derivación: Complicación menos frecuente, suele deberse a maniobras bruscas del paciente.

Infección urinaria: Suele cursar con hematuria discreta acompañada de orina turbia, así como dolor en flanco, escalofríos y malestar general (8).

Complicaciones cutáneas: Otro bloque de complicaciones no menos importante engloba las posibles reacciones adversas de la piel.

- a - Infecciones cutáneas: (6)
- b - Eczema de contacto: (Figuras 4 y 5) (6).



CONCLUSIONES

Con la puesta en marcha de este protocolo de cuidados a pacientes portadores de nefrostomía percutánea y la unificación de criterios en la aplicación del mismo, pretendemos aumentar la calidad de los cuidados aplicados a este grupo de pacientes y disminuir las complicaciones derivadas.

Bibliografía

1. J. Cabedo. Organización de Biblioteca. SP Edición.
2. J. Cabedo. Planes de Cuidado y Documentación en enfermería. Ed. M. Gova 1991. Hernández: 1994.
3. Salud. OMS. Tratamiento Doloroso. Serie. Manifiesto de consenso. Ginebra, 1986.
4. O'Hanrahan. Tratamiento de la piel. Ed. M. Gova 2000.
5. M. Miquelena, C. Costas, et al. Protocolo de actuación en una unidad de derivación urológica. Servicio de Radiología del Hospital Virgen del Socorro de Almería. Rev. J. Invest. Urol. 2004; 18(1): 1-4.
6. M. Miquelena, C. Costas, et al. Protocolo de cuidado de enfermería en las nefrostomías percutáneas. Servicio de Radiología del Hospital Virgen del Socorro de Almería. Rev. J. Invest. Urol. 2004; 18(1): 1-4.
7. M. Miquelena, C. Costas, et al. Protocolo de cuidado de enfermería en nefrostomías percutáneas. Enfermería práctica. 2005.
8. M. Baeza, J. Escal, et al. Cuidado de enfermería en el manejo de la nefrostomía percutánea. A.E. Enfermería Geriátrica. 2006.

***HIDROTORAX EN PACIENTE
CON TRATAMIENTO DE DIÁLISIS
PERITONEAL. RESOLUCIÓN MEDIANTE
PLEURODESIS CON TALCO***

Picó Vicent, Luis. Picó Mira, Lourdes. Blaya Ruiz, Leonor.
Díaz Guijarro, Antonio. Serrano Borrell, Rosa.
Cases Iborra, José Miguel. Pérez Contrera, Javier

HIDROTORAX EN PACIENTE CON TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL

RESOLUCIÓN MEDIANTE PLEURODESIS CON TALCO

INTRODUCCION

La aparición de Hidrotórax en los pacientes sometidos a tratamiento con D.P. generalmente es debido al paso de líquido peritoneal hacia la cavidad pleural a través de defectos en el Diafragma. También puede estar motivado por otras patologías: Sobrecarga de líquidos, Insuficiencia cardíaca, Infecciones, Hipoalbuminemia, etc. por lo que es importante el diagnóstico diferencial. Es una complicación que aparece en aproximadamente el 2% de los pacientes siendo mas frecuente en las mujeres y en el hemitórax derecho. Hay diversos medios de diagnóstico: Toracocentesis, Análisis del Líquido Pleural, Gamma grafía, Escintigrafía, Etc.

OBJETIVOS

Exponer la aparición de una complicación no habitual en Diálisis Peritoneal, su evolución y el tratamiento empleado para su corrección.

MATERIAL-METODOS

Paciente de 58 años, varón con IRCT secundaria a Nefroangiosclerosis.

El 23-1-2004, se le coloca catéter del tipo Autoposicionante, para la práctica de Diálisis Peritoneal.

Inicia tratamiento de DPCA el 30-3-2004, con 3 intercambios diarios de 2000 c.c. al 1,36% que modifica el 1-4-2004 a 2 intercambios diarios de 2000 c.c. por drenajes de 2500 c.c.

RESULTADOS

El 6-4-2004 consulta por disnea de mediano esfuerzo y ortopnea de 48 h. de evolución.

Presenta unos balances negativos con drenajes de 2300/2400 c.c., con una diuresis abundante y peso de 91,500 Kg

Se le practica RX de Tórax evidenciándose un Derrame pleural derecho lo que hace sospechar de un HIDROTORAX.

El 7-4-2004, se practica Toracocentesis, apareciendo líquido amarillo claro, cuyo análisis de (Gl. 197,3 mg/dl, Proteínas > 1 g/dl, Células 17 Leuco/mm³ y 40 Hematies/mm³), con una glucemia de 108 mg/dl, confirmando la sospecha inicial de HIDROTORAX y suspendiendo el tratamiento de DP.

En los días posteriores se mantiene el reposo peritoneal desapareciendo toda la sintomatología respiratoria.

El 20-4-2004 se hospitaliza al paciente y se reanuda la DP con pauta de 6x1000 al 1,36% y reposo absoluto en cama.

El 24-4-2004 tras no aparecer sintomatología, se cambia pauta dialítica a 4x1500 (1,36% - 2,27%) y reposo relativo del paciente, permitiéndosele deambular.

El 27-4-2004 se le da de alta.

El 30-4-2004 Ingresa de nuevo tras 12 h con clínica de HIDROTORAX, suspendiéndose la DP.

Se le coloca Catéter de Shaldon y pasa a HD de forma temporal.

El 31-5-2004 tras un mes de reposo peritoneal, reinicia D.P. (5x1000 al 1,36%) y reposo absoluto.

El 2-6-2004 se produce una nueva recidiva del HIDROTORAX y nuevamente se suspende D.P.

El 18-6-2004 Cirugía Torácica le practica una PLEURODESIS CON TALCO, sin presentar problemas posteriores y/o secundarios. El paciente sigue en tratamiento de HD temporalmente.

El 26-7-2004 Reinicia DP (4x1500 al 1,36%)

El 30-7-2004 Nueva pauta (3x1500 al 1,36% + 1x2000 al 1,36%) presentando balances equilibrados y con diuresis elevada

CONCLUSIONES

En el caso que nos ocupa, el tratamiento del HIDROTORAX, tuvo una buena resolución mediante la práctica de una Pleurodesis con talco que selló el paso de líquido peritoneal a través del Diafragma.

Actualmente este paciente se mantiene en tratamiento de Diálisis Peritoneal sin haber presentado ninguna sintomatología relacionada con el HIDROTORAX y/o su tratamiento.



***EDUCACIÓN SANITARIA DEL PACIENTE
EN HEMODIÁLISIS: AUTOCUIDADOS DE LA
FÍSTULA ARTERIO-VENOSA INTERNA Y DEL
CATÉTER VENOSO CENTRAL
PERMANENTE DE DOBLE LUZ***

Moreno Núñez, Eutropio. Castell García, Gema. Escalant Calpena, Laura.
Sánchez Cantó, M^a Jesús. Porta Belmar, Esperanza.
Cases Iborra, J. Miguel. Moreno Millán, Sergio

INTRODUCCIÓN

La hemodiálisis sustituye algunas de las principales funciones de un riñón normal, como: eliminar el líquido sobrante del cuerpo y eliminar los productos de desecho que se han acumulado en la sangre. Para ello, llevamos la sangre del paciente a la máquina y al dializador desde un acceso vascular que debe ser estable y de fácil acceso, para poder utilizarse en cada diálisis. Esto se consigue con una fístula arterio-venosa y cuando no es posible con un catéter especial para hemodiálisis.

La fístula es la unión de una vena y una arteria (antebrazo y flexura del codo), la cual logra una dilatación venosa importante que va a facilitar su punción.

El catéter especial para hemodiálisis es un tubo de doble luz con diámetro suficientemente grande que pueda permitir flujos adecuados para la hemodiálisis. Se inserta en una vena central (yugular o subclavia) a través de un túnel subcutáneo, quedando fijado a la piel de forma permanente.

Es muy importante que el paciente y su familia reciba información sobre los autocuidados del acceso vascular: descripción, utilidad y cuidados a aplicar para prevenir su deterioro previamente a su entrada en diálisis o al inicio de la misma. Pero también es igual de importante reforzar periódicamente sus conocimientos sobre el funcionamiento de su acceso vascular y cada una de las medidas y precauciones que debe adoptar. Por eso nos planteamos hacer un cartel para que de una forma didáctica el paciente y sus familiares no olviden los autocuidados del acceso vascular.

OBJETIVO

Proporcionar al paciente y familiares de una forma didáctica y sencilla los conocimientos necesarios para que puedan realizar el autocuidado de su acceso vascular.

MATERIAL

Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica y la imaginación y los dibujos de Moisés Ñiguez Alavés (paciente de nuestra unidad).

METODOLOGÍA

Imágenes y viñetas con dibujos donde el paciente pueda ver y leer los autocuidados del acceso vascular en el post-operatorio inmediato, en el desarrollo de la fístula o fijación del catéter y finalmente los cuidados generales y los específicos cuando se presente un problema (trombosis, infección, hematoma...).

DISCUSIÓN

La educación al paciente para los autocuidados del acceso vascular es fundamental en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica y un buen indicador de calidad de los cuidados dispensados por las enfermeras/os.

BIBLIOGRAFÍA

- Muñoz Poyato J: Coordinador del proyecto de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica. Ed. ENTHEOS. Madrid; cap 16, 138-140, 2001.
- Albiach P, Dorado R, Fernández A, Gonzalez I, Seguí MJ: La sesión de hemodiálisis. Cuidados del acceso vascular. En: Valderrábano F: Tratado de hemodiálisis. Editorial Médica JIMS. Madrid; cap 16, 1: 210-223, 1999.
- Montero JJ, Rodríguez A: Consideraciones sobre fístulas arteriovenosas. Manual para el enfermo renal. Rev. BISEDEN. II trimestre, 11-25, 1992.

**EDUCACIÓN SANITARIA DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS:
AUTOCUIDADOS DE LA FÍSTULA ARTERIO-VENOSA INTERNA Y DEL
CATÉTER VENOSO CENTRAL DE DOBLE LUZ**

EUTROPIO MORENO, J.M. CASES, GEMA CASTELL, LAURA ESCALANT, ESPERANZA PORTA, M. JESUS SANCHEZ, SERGIO MORENO

DIBUJANTE: MOISES RIQUEZ ALAVÉS (PACIENTE DE LA UNIDAD)
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

¿QUE ES UNA FÍSTULA ARTERIO-VENOSA INTERNA?



LA FÍSTULA ES LA UNIÓN DE UNA VENA Y UNA ARTERIA HABITUALMENTE EN EL ANTEBRAZO O LA FLEXURA DEL CODO. LA CUAL LOGRA UNA DILATACIÓN VENOSA IMPORTANTE QUE VA A FACILITAR SU PUNCIÓN PARA UNA DIÁLISIS EFICAZ



OBJETIVO

CON ESTE POSTER LAS ENFERMERAS/OS QUE OS ATENDEMOS PRETENDEMOS QUE VOSOTROS Y VUESTROS FAMILIARES O CUIDADORES CONOZCAIS DE UNA MANERA DIDÁCTICA Y SENCILLA TODOS LOS CUIDADOS QUE NECESITA VUESTRO ACEGO VASCULAR

¿QUE ES UN CATÉTER PERMANENTE DE DOBLE LUZ?



UNA SEGUNDA OPCIÓN PARA LA DIÁLISIS CUANDO NO FUNCIONA LA FÍSTULA. CONSISTE EN UN TUBO DE DOBLE LUZ QUE SE INSERTA EN UNA VENA CENTRAL: YUGULAR O SUBCLAVIA. A TRAVÉS DE UN TUNEL SUBCUTÁNEO QUEDANDO FIJADO A LA PIEL DE FORMA PERMANENTE



AUTOCUIDADOS FÍSTULAS EN EL POST-OPERATORIO INMEDIATO



ES ACONSEJABLE MANTENER EL BRAZO ELEVADO Y EN REPOSO PARA FACILITAR LA CIRCULACIÓN SANGÜÍNEA.



NO ACOSTARSE SOBRE EL BRAZO DE LA FÍSTULA

AUTOCUIDADOS GENERALES FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS



AL DÍA SIGUIENTE O PASADAS UNAS HORAS DE LA DIÁLISIS LEVANTARÁ LA CUBA Y SE LAVARÁ EL BRAZO CON AGUA Y JABÓN, MANTENIENDO EL BRAZO DE LA FÍSTULA SIEMPRE LIMPIO.



EVITARÁ LA TOMA DE MUESTRAS ANALÍTICAS O PUNCIÓNES EXTRAS EN ESE BRAZO. EN EL LABORATORIO O CUANDO INGRESÉ EN OTRA UNIDAD HOSPITALARIA.



VIGILARÁ Y AVISARÁ SI APARECEN SIGNOS DE INFECCIÓN COMO PUEDEN SER: ENROJECIMIENTO, INFLAMACIÓN, APARICIÓN DE FIEBRE



COMENZAR A FAMILIARIZARSE CON EL SORDO O VIBRACIÓN DE LA FÍSTULA. PARA ELLO: LA PALPARÁ VARIAS VECES AL DÍA APRENDIENDO A SENTIRLA.



PARA DESARROLLAR LA FÍSTULA REALIZARÁ EJERCICIOS DE DILATACIÓN, MASAJEANDO UNA PELOTA DURA DURANTE 10 MINUTOS VARIAS VECES AL DÍA.



NO HACER EJERCICIOS BRUSCOS O DEPORTES QUE PUEDAN DAÑAR LA FÍSTULA



NO LEVANTAR O CARGAR CON EL BRAZO DE LA FÍSTULA OBJETOS PESADOS



EVITARÁ QUE LE TOMEN LA TENSIÓN EN EL BRAZO DE LA FÍSTULA. EXPLIQUESELO AL PERSONAL DE OTROS SERVICIOS MÉDICOS DONDE LE ATIENDAN.

AUTOCUIDADOS ESPECÍFICOS EN LA SALA DE HEMODIÁLISIS



LAVARÁ EL BRAZO DE LA FÍSTULA ANTES DE ENTRAR EN LA SALA DE DIÁLISIS. POSTERIORMENTE UNA ENFERMERA/O LE APLICARÁ UN ANTISÉPTICO LOCAL POR TODO EL TRAYECTO DE LAS ZONAS DE PUNCIÓN



EVITARÁ ROCES Y CONTACTOS DESPUÉS DE LA DESINFECCIÓN. UNA ENFERMERA LE ACOMPAÑARÁ HASTA SU MONITOR

AUTOCUIDADOS CATÉTER PERMANENTE DE DOBLE LUZ



CUANDO FINALICE LA DIÁLISIS SU ENFERMERA/O PROCEDERÁ A LIMPIAR Y DESINFECTAR EL PUNTO DE INSERCIÓN DEL CATÉTER. LA PIEL DE ALREDEDOR Y EL PROPIO CATÉTER. LUEGO LO CUBRIRÁ CON GASAS ESTÉRILES Y FIJARÁ CON APOSITOS TRANSPARENTES IMPERMEABLES PARA FACILITAR LA HIGIENE



REALIZARÁ SU HIGIENE PERSONAL DE FORMA CUIDADOSA PARA NO LEVANTAR EL APOSITO DEL CATÉTER. SECANDO CON IGUAL CUIDADO LAS ZONAS DE ALREDEDOR



NO DEBE MANIPULAR EL CATÉTER EN SU DOMICILIO A NO SER POR ORDEN PRESCRIPCIÓN MÉDICA.



SI SE PRODUCE POR ACCIDENTE UNA DESGOLGACIÓN O SALIDA DEL CATÉTER. LO INMOVILIZARÁ DE LA MANERA MÁS LIMPIA QUE PUEDA CON LA AYUDA DE OTRA PERSONA SI ES POSIBLE Y ACUDIRÁ A SU CENTRO HOSPITALARIO



***IMPORTANCIA DEL AUXILIAR
DE ENFERMERÍA EN LA ASISTENCIA
A PACIENTES EN LA CONSULTA
DE TERAPIA METABÓLICA CON
SAMARIO-153-LEXIDRONAM***

Bedoya Narro, Rosa Ana. Mantecon Cesteros, Elena Paloma.
Martínez Caballero, Antonio. Martínez Ramirez, Mauricio

INTRODUCCIÓN

El tratamiento paliativo de los pacientes con metástasis óseas requiere una serie de características especiales debido a la situación clínica del paciente.

OBJETIVO

Presentar la actuación e información del Auxiliar de Enfermería necesaria para los pacientes que van a ser tratados paliativamente de su dolor metastásico óseo con una dosis de Samario_153.

METODOLOGÍA

Protocolo de actuación en pacientes con dolor metastásico óseo en la consulta del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario de San Juan de Alicante que incluye:

- Atención personalizada al paciente.
- Manejo de citas.
- Registro informático.
- Propuestas de ingreso.
- Control de visitas.
- Programación de pruebas complementarias.
- Envío de informes.
- Información al paciente.

RESULTADOS

Se han visto en consulta 34 pacientes, de los cuales se han tratado 28 (23 hombres y 5 mujeres) con una edad media de 60.7 años.

En la encuesta realizada el 98% de los pacientes se mostró satisfecho con la asistencia y la información recibida por parte del Auxiliar de Enfermería.

CONCLUSIONES

La asistencia del Auxiliar de Enfermería en el tratamiento paliativo de pacientes oncológicos es una parte muy importante en el engranaje de esta opción terapéutica para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. La información al paciente obtiene un adecuado perfil de confianza en la respuesta terapéutica y ayuda a que el tratamiento sea bien tolerado por los pacientes.

IMPORTANCIA DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA ASISTENCIA A PACIENTES EN LA CONSULTA DE TERAPIA METABOLICA CON SAMARIO-153-LEXIDRONAM

R. Bedoya, E.P. Mantecón, A.Martínez, M.Martínez.

Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario de San Juan. Alicante



INTRODUCCIÓN

El tratamiento paliativo de los pacientes con metástasis óseas requiere una serie de características especiales debido a la situación clínica del paciente.

OBJETIVO

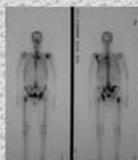
Presentar la actuación e información del Auxiliar de Enfermería necesaria para los pacientes que van a ser tratados paliativamente de su dolor metastásico óseo con una dosis de Samario-153 Lexidronam.

METODOLOGÍA

Protocolo de actuación en pacientes con dolor metastásico en la consulta del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario de San Juan de Alicante que incluye:

- Atención personalizada al paciente
- Manejo de citas
- Registro informático
- Propuestas de ingreso: 6 h en UTM
- Control de visitas periódicas cada 15 días
- Programación de pruebas complementarias (Gammagrafía ósea y analítica)
- Envío de informes médicos
- Información a pacientes para la comprensión racional del tratamiento y posibles efectos adversos que puedan ocurrir, mediante folleto general, consentimiento informado y encuesta asistencial.

Fig.1 Gammagrafía con Sm-153



RESULTADOS

Se han visto en consulta 34 pacientes, de los cuales se han tratado 28 (23 hombres y 5 mujeres) con una edad media de 60.7 años. Se han tratado 4 pacientes en dos ocasiones y 1 en tres.

Tipo de cáncer	Próstata	Mama	Parótida
Nº pacientes	27	6	1

Nº consultas	122
Media consultas/paciente	4 (1-8)

En la encuesta realizada el 98% de los pacientes se mostró satisfecho con la asistencia y la información recibida por parte del Auxiliar de Enfermería.

CONCLUSIONES

La asistencia del Auxiliar de Enfermería en el tratamiento paliativo de pacientes oncológicos por dolor metastásico óseo, es una parte muy importante en el engranaje de esta opción terapéutica para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. La información al paciente obtiene un adecuado perfil de confianza en la respuesta terapéutica y ayuda a que el tratamiento sea bien tolerado por los pacientes.

Todo ello contribuye a la humanización en la asistencia a este tipo de pacientes, en situación crítica en la mayoría de los casos.

rosana101@hotmail.com

mantecón_ele@gva.es



***ANÁLISIS TEMPORAL DE LA NÁUSEA Y
EMESIS INDUCIDAS POR QUIMIOTERAPIA
(NEIQ) EN LA PRÁCTICA CLÍNICA
ESPAÑOLA***

Gómez Robles, Javier. Fernández, Paz. Zorrilla, Isabel. Zabaleta, Paz.
Chiverches, Emilia. Suárez, Carmen. Marquilles, Ramona. Quesada, Ángeles.
Nocea, Gonzalo. Caloto, M^a Teresa

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La náusea y la emesis inducidas por la quimioterapia (NEIQ), uno de los efectos adversos más temidos por los pacientes, se considera en la actualidad un problema prácticamente superado gracias a los tratamientos disponibles. El objetivo de este estudio es estimar, en condiciones de práctica habitual, la incidencia e intensidad actuales de la NEIQ.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se recogieron los datos relativos a la quimioterapia (QT) y al tratamiento antiemético prescrito a pacientes tratados con QT alta o moderadamente emetógena (primer ciclo). Estos pacientes registraron diariamente entre el día pre-QT y el cuarto día post-QT tanto la emesis (nº de episodios) como la náusea (intensidad diaria medida en una escala visual de 100 mm.). Se definió fracaso del tratamiento antiemético (pérdida de protección completa) como la presencia de náusea significativa (EVA mayor o igual a 25 mm.), o emesis, o necesidad de medicación de rescate.

RESULTADOS:

Se incluyeron 47 pacientes, 68% mujeres, de 52 +/- 13 (DE) años, con cáncer de mama (38%) y pulmón (19%) principalmente. En el día de la QT el 100% de los pacientes recibió algún 5HT3, el 96% un corticoide y el 23% un antagonista de la dopamina. El tratamiento con 5HT3 se continuó en un 62% de pacientes, con una duración media total de 3.6 días para este grupo. Del total de pacientes, un 31% padeció náusea significativa, un 40% emesis y un 34% requirió medicación de rescate, siendo el porcentaje de fracaso global de un 65%.

CONCLUSIÓN:

A pesar de la percepción general, la NEIQ sigue siendo un problema de una elevada incidencia entre los pacientes tratados con QT altamente emetógena en España, con las repercusiones en la calidad de vida de los pacientes que esto supone. Son necesarias alternativas terapéuticas a los tratamientos actualmente disponibles que mejoren el control sobre este efecto adverso de la QT.

ANÁLISIS TEMPORAL DE LA NÚSEA Y EMESIS INDUCIDAS POR QUIMIOTERAPIA (NEIQ) EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ESPAÑA

Fernández P, Zorrilla F, Gómez J, Zabaleta P, Chirveches E, Suárez C, Marquilles R, Quesada A, Nocera G, Caloto MT

¹Instituto Catalán de Oncología, Hospital Duran y Reynals, Barcelona; ²Hospital General de Valencia, Valencia; ³Hospital General de Alicante, Alicante; ⁴Instituto Oncológico de Guipúzcoa, San Sebastián; ⁵Hospital General de Vic, Vic; ⁶Hospital Clínico de Salamanca, Salamanca; ⁷Hospital Arnau de Vilanova, Lérida; ⁸Hospital Josep Trueta, Gerona; ⁹Outcomes Research, Merck Sharp & Dohme de España, Madrid

X CONGRESO NACIONAL SEOM
23 al 26 de Junio de 2005
ZARAGOZA - PALACIO DE CONGRESOS

INTRODUCCIÓN

- La náusea y la emesis inducidas por la quimioterapia (NEIQ), están entre los efectos adversos de la quimioterapia más temidos por los pacientes.¹
- Tras la incorporación de los antagonistas de los receptores de 5HT₃ al tratamiento preventivo, se considera en la actualidad un problema superado.
- Sin embargo, numerosos estudios han puesto de manifiesto que la NEIQ sigue siendo un problema de una elevada incidencia, y que impacta notablemente sobre la vida de los pacientes tratados con quimioterapia.²⁻⁷

OBJETIVO

- Estimar, en condiciones de práctica habitual, la incidencia de la náusea y la emesis inducida por quimioterapia en España.
- Estimar el patrón temporal de aparición de la náusea y la emesis inducida por quimioterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de selección de los sujetos

Criterios de Inclusión

- Pacientes de 18 años o más de edad
- Pacientes que hayan dado su consentimiento informado escrito para participar en el estudio
- Pacientes que reciban su primer ciclo de quimioterapia moderada/altamente emetogénica (grados 4 o 5 definida según la clasificación de Hesketh)⁸
- En el caso de ciclos de quimioterapia de más de un día de duración, sólo uno de los días podía haber sido tratado con quimioterapia altamente emetogénica, considerándose este día como "día 0" o día de la quimioterapia a efectos del estudio
- Pacientes con historias clínicas en las que quede recogido el tratamiento antiemético profiláctico y de rescate, así como la quimioterapia recibida
- Pacientes que comprendan los procedimientos del estudio y puedan cumplimentar adecuadamente el Diario del Paciente

Criterios de Exclusión

- Pacientes con metástasis cerebral
- Pacientes con hipercalemia
- Pacientes con obstrucción gastrointestinal
- Pacientes que estén participando en algún estudio que modifique el patrón de tratamiento habitual de la emesis inducida por quimioterapia, o que no permita calcular el grado de emetogenicidad de la quimioterapia recibida por el paciente

Diseño

Tipo de estudio

Estudio abierto, multicéntrico, observacional de seguimiento prospectivo.

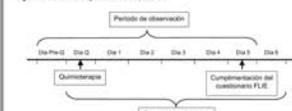
Ámbito de estudio

7 Servicios de Oncología en hospitales en España.

Período de observación

El período de seguimiento abarca desde el día previo a la administración del ciclo de quimioterapia moderada/altamente emetogénica hasta cinco días después, ambos inclusive (Figura 1).

Figura 1: Período de seguimiento de los pacientes



Variables

Variables recogidas por el investigador

- Sociodemográficas
 - Edad
 - Sexo
- Clínicas
 - Tipo y localización del cáncer
 - Quimioterapia recibida
 - Tratamiento antiemético profiláctico y medicación de rescate prescrita

Variables recogidas por el paciente

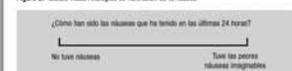
- Dación en el que recogieron datos desde el día de la quimioterapia hasta 5 días después:
 - Valoración de la intensidad de la náusea en una Escala Visual Analógica desde el día 0 al 5
 - Episodios eméticos (vómitos o arcadas): fecha y hora
 - Tratamiento y medicación de rescate tomada

Instrumento de medida

Escala Visual Analógica (EVA) para la valoración de la náusea

- Valoración de la sensación de la náusea de las últimas 24 horas, reflejada en una EVA de 100 mm no calibrada (Figura 2)
- El paciente debe marcar una raya vertical en el punto correspondiente al nivel de náusea que ha tenido
- Puntuación media (en mm) desde el lado izquierdo de la escala hasta la marca realizada por el paciente

Figura 2: Escala Visual Analógica de valoración de la náusea



MATERIAL Y MÉTODOS Cont.

Definición de variables

- Ausencia de náusea** = Puntuación <5mm en la Escala Visual Analógica.
- Náusea** = Puntuación ≥5mm en la Escala Visual Analógica.
- Náusea significativa** = Puntuación ≥25 mm en una Escala Visual Analógica.
- Protección Completa** = estado en el que el paciente no tiene náusea significativa (EVA <25 mm), ni episodios eméticos, ni necesita tomar medicación de rescate.
- Pérdida de Protección Completa o Fallo del Tratamiento Profiláctico Antiemético** = cuando ocurre uno o más de los eventos incluidos en la definición de Protección Completa.
- Fase aguda** = período que comprende el primer día tras la administración de la quimioterapia.
- Fase retardada** = período comprendido entre los días 2 y cinco tras la administración de la quimioterapia.

Análisis estadístico

- Se realizó un análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) para estimar el momento de inicio de cada evento analizado (náusea, emesis o pérdida de la Protección Completa)

RESULTADOS

Características de los pacientes

- Se incluyeron 47 pacientes, 66% mujeres, con una edad media de 52 años (DE13)
- La localización de cáncer más frecuente fue mama (36%) seguida de pulmón (19%) (Figura 3)

Figura 3: Localización del cáncer

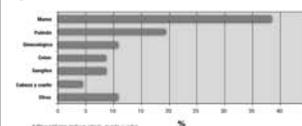


Tabla 1: Puntos de quimioterapia más frecuentes

- El tratamiento profiláctico antiemético se prescribió según la práctica clínica habitual
- Durante la fase aguda, el 100% de los pacientes recibieron un antagonista del receptor de 5HT₃ (AR-5HT₃) sólo o con corticosteroides; un 23% recibieron AR-5HT₃ + corticosteroides + antagonista del receptor de dopamina
- Durante la fase retardada, un 62% de los pacientes recibieron AR-5HT₃ (duración media del tratamiento en esta fase: 2,6 días), un 77% recibieron un corticosteroide (duración media del tratamiento en esta fase: 3,2 días) y un 53% un antagonista del receptor de dopamina (duración media del tratamiento en esta fase: 4,2 días)

Incidencia de emesis

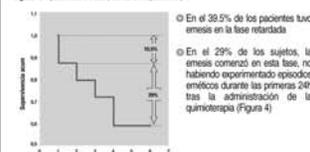
- Durante el período de seguimiento, casi el 40% de los pacientes sufrieron al menos un episodio emético; 10,5% en la fase aguda y 39,5% en la fase retardada (Tabla 1)

Tabla 1: Incidencia de emesis

Emesis aguda	Emesis retardada		Total	Incidencia global
	Si	No		
Si	4	0	4	10,5%
No	11	23	34	72,3%
Total	15	23	38	80,8%

- Los cuatro pacientes que tuvieron emesis en la fase aguda también la tuvieron en la fase retardada
- El 32% de los pacientes que no presentaron emesis en la fase aguda, tuvieron algún episodio emético en la fase retardada

Figura 4: Aparición de emesis (Análisis de Kaplan-Meier)



Incidencia náusea significativa (EVA >=25 mm)

- Durante el período de seguimiento, 31% de los pacientes tuvieron náusea significativa, 20% en la fase aguda y 22% en la fase retardada (Tabla 2)

Tabla 2: Incidencia de náusea significativa

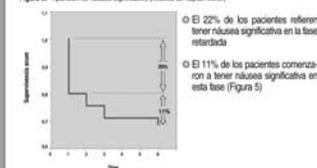
Náusea significativa aguda	Náusea significativa retardada		Total	Incidencia global
	Si	No		
Si	5	4	9	31,1%
No	5	31	36	76,2%
Total	10	35	45	100,0%

RESULTADOS Cont.

Incidencia náusea significativa (EVA >=25 mm) cont.

- El 55,5% de los pacientes que tuvieron náusea significativa en la fase aguda también la tuvieron en la fase retardada
- El 14% de los pacientes que no tuvieron náusea significativa en la fase aguda, la sufrieron en la fase retardada

Figura 5: Aparición de náusea significativa (Análisis de Kaplan-Meier)



Incidencia de fracaso terapéutico (Pérdida de la Protección Completa)

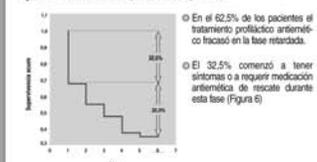
- Durante el período de seguimiento, 65% de los pacientes perdieron la Protección Completa; 32,5% en la fase aguda y 62,5% en la fase retardada (Tabla 3)

Tabla 3: Incidencia de fracaso terapéutico (Pérdida de la Protección Completa)

Fracaso agudo	Fracaso retardado			Total	Incidencia global
	Si	No	Total		
Si	12	1	13	32,5%	
No	13	14	27	67,5%	
Total	25	15	40	100,0%	

- El 92% de los pacientes que no tuvieron protección completa en la fase aguda tampoco la tuvieron en la fase retardada
- El 48% de los pacientes con protección completa en la fase aguda la perdieron en la fase retardada

Figura 6: Pérdida de Protección Completa (Análisis de Kaplan-Meier)



CONCLUSIONES

- La NEIQ sigue siendo un problema importante en pacientes que reciben quimioterapia moderada/altamente emetogénica
- El tratamiento profiláctico antiemético fracasa en el 65% de los pacientes con quimioterapia moderada/altamente emetogénica
- La NEIQ se da principalmente durante la fase retardada:
 - El 92% de los pacientes que tuvieron problemas en la fase aguda también los tuvieron en la fase retardada
 - Casi un tercio de los pacientes perdieron la Protección Completa en la fase retardada
- Son necesarios tratamientos profilácticos antieméticos más efectivos para reducir la elevada incidencia, intensidad y duración de la NEIQ en la práctica clínica

AGRADECIMIENTOS

- Nos gustaría agradecer a Robert Deason, de Merck & Co. Inc. (Whitehouse Station, New Jersey USA) su apoyo y contribución en este estudio

BIBLIOGRAFÍA

- De Boer-Demmet M, De Wit R, Schmitz PM, Dronkers J, Veurden V, Slater G, Verweij J. Patient perceptions of the side effects of chemotherapy: the influence of 5HT₃ antagonists. *Br J Cancer* 1997; 76 (8): 1055-1061.
- Grunberg S, Hansen M, Deason R, Mavris P. Incidence and Impact of Nausea/Vomiting with Modern Antiemetics: Perception vs. Reality. Presented at the 2002 ASCO Congress.
- Fernández Ortega P, Nocera G, Deason R, Caloto MT. Incidence of acute and delayed chemotherapy induced nausea and vomiting in routine practice in Spain, and its impact on patients' lives. Presented at the 20th ESMO Congress, 29 Oct-2 Nov 2004, Vienna (Austria).
- Glasziou A, Koppig C, Moran R, Blumenthal C, Blettman F, Fernández Ortega P et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in routine practice: a European perspective. *Support Care Cancer* 2004; 12: 708-715.
- Hesketh PJ, Kis MG, Grunberg SM. A proposal for classifying the acute emetogenicity of cancer chemotherapy. *J Clin Oncol* 1997; 15: 103-108.



14. MESA DE TRABAJO N.º 3

Moderada por: **D. Fernando Fernández Candela**, *Adjunto de Enfermería del Centro de Especialidades de Elche.*

“Retos ante las nuevas demandas formativas”

NUESTROS ANTECEDENTES

Hace 25 años que finalizó sus estudios la primera promoción de Diplomados Universitarios en Enfermería, ya que en el año 1977 se modificaron los estudios de Ayudante Técnico Sanitario y aparecen los de Diplomado Universitario en Enfermería,

En el artículo segundo, del Real Decreto 2128/1977, de 23 de Julio dice:

“Uno. Las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios integradas en las universidades, las que se adscriban a las mismas, así como las que puedan crearse en el futuro, se denominaran escuelas universitarias de enfermería.

Dos. La duración de los estudios de las escuelas de enfermería será de tres años, conforme dispone el artículo treinta y uno de la Ley general de educación y de financiamiento de la reforma educativa”.

En Alicante en el año 1978 comenzó dicha Diplomatura en la Sexta planta de este Hospital, en la Escuela de la entrañable Angelina Ceballos.

En un primer momento se generó una crisis de desigual efecto entre las enfermeras asistenciales (ATS), los docentes y los nuevos diplomados universitarios. Una de las razones de esta crisis radicaba, en el nivel de conocimientos de los ATS y las nuevas generaciones de Diplomados que llegaban a las prácticas aportando un lenguaje diferente, una metodología novedosa, etc.

Los Sindicatos y Colegios Profesionales lo sintieron como una amenaza, llegando a decir que ¡existirían profesionales realizando las mismas tareas con distinta titulación y con diferencia económica!, ¡que les quitarían sus puestos de trabajo!, etc. En vez de pensar, que se iniciaba una oportunidad de desarrollo profesional, donde se dejaba entrever la posibilidad de realizar un segundo ciclo y el estudio de especialidades enfermeras al tener de carácter de Universitario.

Y todo esto a pesar de los cursos de Nivelación para alcanzar la Diplomatura, así como la enorme actividad de Formación Continuada desarrollada en la década de los ochenta, se pudo frenar la brecha existente entre ambos, existiendo un espacio amplísimo entre la Universidad y el mundo Laboral.

Uno de los principios fundamentales de las Escuelas de Enfermería, es el de ir por delante de las necesidades sociales, para enseñar a los alumnos a mejorar el sistema sanitario.

Aunque creo que esto va a ser muy difícil de conseguir, ya que los intereses de la universidad, no están en sintonía con las necesidades de la sociedad actual.

En el año 1987 aparece el Real Decreto 992/1987, de 3 de Julio por el que se

regula la obtención del Título de Enfermero Especialista y dice:

“Integrados los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios en la Universidad como Escuelas Universitarias de enfermería por Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, no se procedió a desarrollar las especialidades adecuadas a la nueva titulación, sino que, al contrario, se autorizo por orden de 9 de octubre de 1980 a los diplomados en enfermería a que cursasen las especialidades existentes para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, lo que configuro un sistema peculiar y atípico de ordenación académica, necesariamente transitorio”.

En el Artículo 2 apartado Uno, dice:

“A los efectos previstos en este real decreto se crean las siguientes especialidades en enfermería.

1. Enfermería obstetrico-ginecologica (matronas).
2. Enfermería pediátrica.
3. Enfermería de salud mental.
4. Enfermería de salud comunitaria.
5. Enfermería de cuidados especiales.
6. Enfermería geriátrica.
7. Gerencia y administración de enfermería”.

Se abría un nuevo panorama de desarrollo profesional y desgraciadamente por múltiples razones no supimos o no nos dejaron desarrollar dicho decreto.

Tras muchos años de reivindicaciones académicas, colegiales, sociales, institucionales, etc. nos encontramos con un panorama que de salida parece esperanzador, en todas las comisiones que están estudiando nuestro cambio y desarrollo profesional aparecen definitivamente profesionales de enfermería integrados en las mismas con poder de decisión.

MOMENTO ACTUAL

En la actualidad tenemos sobre la mesa cuatro documentos que van a vislumbrar un nuevo espacio para nuestra profesión que son:

1. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
2. Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias.
3. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, de las nuevas Especialidades de enfermería.
4. Carrera Profesional.

• La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS).

En el artículo 7 Diplomados Sanitarios en el apartado 2ª a. habla de las funciones de cada una de las profesiones sanitarias del nivel diplomado.

“Enfermeros: corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la pro-

moción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.

Este artículo omite la función docente e investigadora, aunque se puede interpretar que evaluar es sinónimo de investigar y que la educación para la salud, no sanitaria, es un elemento de la promoción de la salud.

- La Declaración de Bolonia de junio de 1999, sienta las bases para la construcción de un “Espacio Europeo de Educación Superior”, estableciendo un plazo hasta 2010 para la realización del mismo, con fases bienales que finalizan con la correspondiente Conferencia Ministerial que revisa lo conseguido y establece directrices para el futuro.

Actualmente el Real Decreto 55/2005, de 21 de Enero, establece la estructura de las enseñanzas universitarias y regulan los estudios universitarios oficiales de Grado.

Para nuestra profesión esta previsto que para la obtención del título de GRADO sean necesarios de 180 a 240 créditos (ECTS) a desarrollar en 3-4 años, de 40 a 48 semanas año y de 35 a 40 horas semana (tiempo de trabajo del estudiante), siempre y cuando lo apruebe el Consejo de Coordinación Universitaria.

El de POST GRADO de 60 a 120 ECTS existiendo 2 vías una Científica y otra Profesional, aunque se podría contar con una tercera vía que sería la del aprendizaje a través de la vida.

- Otra de las novedades es la aparición de un nuevo Real Decreto que nos habla de las especialidades de enfermería y de la instauración de un sistema de formación similar al existente para otros colectivos que ha demostrado su validez, equidad y universalidad.

Las nuevas especialidades de enfermería son:

1. Enfermería Obstetrico-Ginecológica (Matrona).
2. Enfermería de Salud Mental.
3. Enfermería Geriátrica.
4. Enfermería del Trabajo.
5. Enfermería de cuidados Médicos-Quirúrgicos.
6. Enfermería Familiar y Comunitaria.
7. Enfermería Pediátrica.

El acceso a las especialidades se puede realizar mediante:

- A. Sistema de Residencia en Unidades Docentes Acreditadas.
- B. Expedición de nuevos títulos a partir de los que se suprimen.
- C. Acceso excepcional para la obtención del título de Especialista.
- D. Régimen especial de acceso al título de Especialista en Enfermería del Trabajo.

El Enfermero Interno Residente (EIR) será admitido en una unidad docente acreditada tras haber superado una prueba anual, única simultánea de carácter estatal, que ordenará a los aspirantes de acuerdo con los principios de igualdad, mérito y capacidad.

• La Carrera Profesional es otra de las oportunidades que nos proponen las instituciones a tenor de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, viene a dar respuesta a una reivindicación demandada por los colectivos sanitarios desde hace muchos años.

Esta en las últimas fases de discusión y estará estructurada en 5 niveles, siendo su acceso de carácter voluntario y el interesado deberá solicitar su inclusión en la carrera profesional.

Las áreas de evaluación para la promoción de niveles (grados) serán:

- A. Actividad Asistencial.
- B. Adquisición de Conocimientos.
- C. Actividad Docente e Investigadora.
- D. Compromiso con la Organización.
- E. Así como haber permanecido en el nivel anterior el mínimo de años que se establece para cada nivel.

REFLEXIONES

Pero realmente ¿a cuantos interesa todo esto?

¿Qué es más importante el Profesional o la Profesión?

¿Quién necesita nuevos retos formativos?

¿A los profesionales qué les interesa?

TRABAJO DE CAMPO

Encuesta realizada a 350 enfermeros de la provincia de Alicante por Federico Juárez Granados, sobre las necesidades formativas de los profesionales realizada desde Junio a Octubre de 2005, en los diferentes Centros Sanitarios de la provincia de Alicante. Los datos aquí presentados son un avance del estudio sobre necesidades formativas que finalizará en diciembre de 2005.

Encuesta sobre necesidades formativas dirigida a profesionales de Enfermería.

Centro de trabajo:

Puesto o área de trabajo / cargo / especialidad:

Años de ejercicio profesional:

Para responder, rodea con un círculo uno de los números que acompañan a cada pregunta, siguiendo el siguiente criterio:

- 1. Muy en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Muy de acuerdo.

1. ¿Consideras que la formación continuada es importante para la profesión enfermera? 1 2 3 4 5
2. ¿Crees que necesitas realizar cursos de formación para mejorar en tu trabajo? 1 2 3 4 5
3. ¿Piensas que tus superiores reconocen e incentivan a los profesionales de Enfermería para que inviertan parte de su tiempo libre y dinero en formación? 1 2 3 4 5
4. ¿Qué tipo de formación se adapta mejor a tus necesidades?
- Presencial. 1 2 3 4 5
 - Semipresencial, con talleres prácticos y tutorías. 1 2 3 4 5
 - A distancia, con tutorías. 1 2 3 4 5
 - On-line (a través de una plataforma digital en Internet). 1 2 3 4 5
5. En cursos presenciales o semipresenciales, ¿cuál de estas opciones se adapta mejor a tus preferencias?
- Por la tarde, de 16 a 20 horas. 1 2 3 4 5
 - Por la tarde de 17 a 21 horas. 1 2 3 4 5
 - Por la mañana de 9 a 13 horas. 1 2 3 4 5
 - Intensivo, en horario de mañana y tarde, en el mismo día. 1 2 3 4 5
 - Sólo sábados por la mañana. 1 2 3 4 5
 - Sólo dentro de mi jornada laboral. 1 2 3 4 5
6. ¿Qué distribución horaria se adaptaría mejor a tus necesidades?
- Cursos cortos (20-25 horas) intensivos (todas los días durante 1 semana). 1 2 3 4 5
 - Cursos cortos espaciados en el tiempo (una tarde a la semana). 1 2 3 4 5
 - Talleres o seminarios prácticos impartidos en una o dos sesiones. 1 2 3 4 5
 - Cursos de mediana o larga duración (40 horas o más) 1 2 3 4 5
7. ¿Qué es lo que más valorarías en un curso?
- Que esté acreditado por la Comisión de Formación Continuada y me puntúe. 1 2 3 4 5
 - Que esté subvencionado o tenga un coste mínimo. 1 2 3 4 5
 - Que realmente me aporte conocimientos actualizados útiles para mi desarrollo profesional. 1 2 3 4 5
 - Que se entreguen materiales de calidad útiles para mi desarrollo profesional. 1 2 3 4 5
 - Que se imparta cerca de mi lugar de trabajo. 1 2 3 4 5
 - Otras:
8. Con respecto a los temas que más te interesan:
- Realizaría cursos sobre cuidados, técnicas y procedimientos enfermeros. 1 2 3 4 5
 - Realizaría cursos orientados a mejorar la relación con pacientes y con mis compañeros. 1 2 3 4 5
 - Realizaría cursos orientados a adquirir recursos y herramientas para capacitar a usuarios y pacientes para el mejor control sobre su salud. 1 2 3 4 5
 - Realizaría cursos que me capacitasen para la investigación y la docencia. 1 2 3 4 5
 - Realizaría cursos para mejorar mis habilidades relacionadas con las nuevas tecnologías. 1 2 3 4 5
 - Realizaría cursos de inglés para Enfermería. 1 2 3 4 5
 - Realizaría cursos de valenciano 1 2 3 4 5

Si existe algún tema por el que tengas especial interés en formarte, detállalo a continuación.

RESULTADOS

De los resultados cabría destacar, que para las enfermeras la formación continuada, es muy importante con un índice del 4.9, sobre la escala de 1 a 5.

Siguen creyendo en la necesidad de realizar cursos de formación, para mejorar en su trabajo con un índice del 4.20.

Lo que más valorarían en un curso, es que realmente les aporte conocimientos actualizados útiles, para su desarrollo profesional, con un 4.82. De este estudio, se están analizando las diferencias entre profesionales según los años de ejercicio de la profesión, según centro de trabajo, localidad en la que trabajan, etc. De las primeras conclusiones que el mencionado compañero está extrayendo de este estudio, se desprenden algunos datos que invitan a la reflexión: los jóvenes valoran ítems de forma muy distinta a aquellos que llevan trabajando más de 25 años.

El índice de participación es mucho mayor en poblaciones como Alcoy, donde además se valora con un 4.85 que la formación se imparta cerca de su localidad.

Con respecto a los temas que más le interesan, con un 4.58, la realización de cursos orientados a adquirir recursos y herramientas para capacitar a los usuarios y pacientes para el mejor control de su salud.

Al ítem de respuesta abierta, sobre los temas que fueran de su especial interés, responden 29 de 350 encuestados. Lo que de nuevo invita a la reflexión, de si somos capaces de presentar propuestas, que ayuden a mejorar la calidad de la formación.

CONCLUSIONES

Una de las claves de nuestro futuro profesional, pasa por el incremento de nuestra producción científica e investigadora.

Profesionales, Universidades, Colegio Profesional, Sindicatos, Asociaciones Científicas, etc. estamos obligados a unirnos todos por el Desarrollo Profesional.

Debemos crear foros de discusión, espacios de encuentro, reflexionar conjuntamente por el futuro de nuestra Profesión.

Tenemos que adaptarnos a las exigencias sociales, tenemos que modificar el Rol Profesional, la población cada vez necesita más colaboración, apoyo, ayuda, etc.

No debemos de olvidar los problemas potenciales que siempre acosan a nuestra profesión y que son las legislaciones restrictivas, los celos profesionales, los miedos propios, los complejos de inferioridad, los factores económicos y políticos.

*LA UNICA POSIBILIDAD DE DESCUBRIR LOS LIMITES DE LO POSIBLE,
ES AVENTURARSE UN POCO MAS ALLA DE ELLOS,
HACIA LO IMPOSIBLE.
Arthur C. Clarke*

COMUNICACIONES DE LA MESA

1ª. Aportación al plan de humanización para la asistencia sanitaria desde la consulta

(Hospital General Universitario de San Juan)

Expone: *Dña. Barbara Pilar García Giner*

Autores: *García Giner, Bárbara Pilar. Alonso Gallegos, Adela. Sabater Oliva, María. Espinosa Escrig, Marta. Poveda Arenas, Paloma. de Lizaur Gutierrez, Sofia. Sabater Oliva, Irene*

2ª. Estudio experimental con un programa de ejercicio físico

(Centro de Salud Babel)

Expone: *D. José Bernardo Planelles Fernández*

Autores: *Melia Beigbeder, Cecilia. Planelles Fernández, José Bernardo*

3ª. Pasado, presente y ¿futuro? de las especialidades de enfermería en España. Una visión desde la perspectiva del poder

(Clínica Vistahermosa)

Expone: *D. Roberto Galao Malo*

Autores: *Galao Malo, Roberto*

4ª. Introducción de un programa para la salud en osteoporosis

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *Dña. Isabel Garrigos Gordo*

Autores: *Garrigos Gordo, Isabel*

5ª. Aportación enfermera en las preventivas del adulto (AESPA)

(Centro de Salud Florida)

Expone: *Adela Alonso Gallegos*

Autores: *García Giner, Bárbara Pilar. Alonso Gallegos, Adela. Sabater Oliva, María. Espinosa Escrig, Marta. Poveda Arenas, Paloma. de Lizaur Gutierrez, Sofia. Sabater Oliva, Irene*

***APORTACIÓN AL PLAN
DE HUMANIZACIÓN PARA
LA ASISTENCIA SANITARIA
DESDE LA CONSULTA***

García Giner, Bárbara Pilar. Alonso Gallegos, Adela. Sabater Oliva, María.
Espinosa Escrig, Marta. Poveda Arenas, Paloma. de Lizaur Gutierrez, Sofia.
Sabater Oliva, Irene

RESUMEN

La aportación del auxiliar de enfermería al Plan de Humanización para la Asistencia Sanitaria, viene dada por el proceso de Formación Continuada.

Porque entendemos, que la Formación Continuada, es el resultado de un proceso de evolución personal que implica desarrollar el área de las habilidades (saber-hacer) y del área afectiva o de las actitudes (saber-ser).

Comprendemos, que la formación continuada es la base para la aportación del/la auxiliar de enfermería. “al plan de humanización” (o a “las políticas de gestión” o la “toma de decisiones de la dirección”)

En 1976 un comité de expertos de la O. M. S define la Formación Continuada como: <<la formación que sigue un profesional después de finalizar su formación básica>> esta formación va dirigida a las necesidades reales de la práctica y se correlaciona con la cualidad de las prestaciones de los servicios sanitarios

En esta exposición voy a relatarles cómo, a través de la Formación Continuada (...), una auxiliar de enfermería puede participar en la Comisión Clínica de Humanización, influir en la mejora de la atención sanitaria (o en la toma de decisiones...)

La Comisión de Humanización del Hospital Universitari d' Sant Joan d' Alacant se constituyó en Junio de 1997. Los Miembros de la Comisión son nombrados por la Dirección del Hospital a propuesta de la Comisión Permanente, y seleccionados por su carácter de expertos en los temas a abordar y no podrán considerarse representantes de sus servicios o áreas de procedencia.

Cuando en diciembre del 2002 el Director de Hospital “Dr. Luis Rosado” presentó a los Miembros de la Comisión el Plan de Humanización Para la Asistencia Sanitaria de la Comunitat Valenciana, hasta el año 2005. Presenté ante los Miembros de la Comisión un objetivo personal a desarrollar en mi ámbito de trabajo la Consulta de Ginecología al observar que existían quejas derivadas de nuestro método de trabajo y poder dar una atención más acorde con estos valores.

LINEAS DE TRABAJO DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN PARA LA ASISTENCIA SANITARIA:

1. Atención e información al paciente.
2. Asistencia sanitaria.
3. Formación.
4. Infraestructuras y hostelería.
5. Actividades específicas en los servicios.
6. Voluntariado.

Así, con el Objetivo General de Divulgar que la Formación Continuada es el eslabón que nos permite a los Auxiliares participar en las Comisiones Clínicas.

Y el Objetivo Especifico de mostrar cómo contribuir desde la consulta al Plan de Humanización de la Comunidad Valenciana, éste método de trabajo fue investigado:

MATERIAL Y METODO

Procedimiento de trabajo a investigar:

- El servicio de Admisión en su citación por carta especificaba el nº de agenda pero no el nº de la consulta.
- Las pacientes al no saber dónde esperar(espacio físico) para realizar su consulta en ocasiones perdían su cita.
- La auxiliar que realizaba la consulta no se presentaba a las pacientes y al dirigirse a nosotras nos llamaban la chica.
- Para notificar su llegada habrían la puerta de la consulta.
- Tenían dificultades para memorizar las pruebas complementarias y la localización de los distintos servicios dónde realizarlas (Radiodiagnóstico, lo cual alargaba al facultativo el tiempo de su consulta.
- Las mujeres manifestaban su queja en ocasiones por escrito cuando surgía retraso del horario establecido para su cita.

Para dar una atención más acorde con los nuevos valores, realizamos y colocamos en los lugares destinados para la consulta estos protocolos:

Carta de admisión, Notificación de llegada, Indicación (espacio físico) donde realizar su consulta, Panel de indicación de pruebas complementarias, Informar si se demora su cita. Y también las actividades para incluir el Valor Respeto al trabajo de la consulta.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS y este mostró los siguientes resultados.

RESULTADOS

Nº de pregunta.	¿Se Humanizó aún más la consulta?			%
	Posibles respuestas.	Personas que respondieron (n).		
1.¿ Se ha sentido tratada con interés?	Si	63	96,9	
	No	2	3,1	
2. Ante la exploración, ¿ ha sentido cuidada su intimidad?	SI	63	96,9	
	NO	1	1,5	
	Otros	1	1,5	
3.¿Conoce usted el nombre de la auxiliar de enfermería?	SI	45	69,2	
	NO	20	30,8	
4. ¿La han identificado por su nombre?	SI	62	95,4	
	NO	3	4,6	
5.¿Le han explicado el motivo del retraso de su cita?	SI	41	63,1	
	NO	22	33,8	
	Otros	2	3,1	

CONCLUSIONES

En definitiva y para concluir podemos decir:

1. Que la aportación del auxiliar de enfermería al Plan de Humanización para la Asistencia Sanitaria de la Comunitat Valenciana es debida a la confianza generada por la Formación Continuada y establece el germen de satisfacción aún a pesar del esfuerzo y los costes personales.
2. La investigación consigue: Innovar nuestro método de trabajo y dar una atención más acorde con los nuevos valores al Humanizar aún más la asistencia sanitaria desde la Consulta.
3. Y por último, el reconocimiento de la institución al esfuerzo por permanecer en una Continua Formación, hace posible mi participación en la Comisión Clínica de Humanización, lo cual es para mi el motor de mi motivación.

INTRODUCCIÓN

La aportación del auxiliar de enfermería al Plan de Humanización para la Asistencia Sanitaria, viene dada por el proceso de Formación Continuada.

Porque entendemos, que la Formación Continuada, es el resultado de un proceso de evolución personal que implica desarrollar el área de las habilidades (saber-hacer) y del área afectiva o de las actitudes (saber-ser).

Comprendemos, que la formación continuada es la base para la aportación del/la auxiliar de enfermería. “al plan de humanización” (o a “las políticas de gestión” o la “toma de decisiones de la dirección”)

La no existencia en éste proceso de un itinerario reglado para este grupo de profesionales, hace que nuestra formación dependa en gran parte de la motivación que cada uno encuentre de su trabajo, del esfuerzo personal y de las pérdidas implícitas para con la familia. Y también, del reconocimiento que obtengamos los auxiliares de enfermería de las instituciones sanitarias

En 1976 un comité de expertos de la O. M. S define la Formación Continuada como: <<la formación que sigue un profesional después de finalizar su formación básica>> esta formación va dirigida a las necesidades reales de la práctica y se correlaciona con la cualidad de las prestaciones de los servicios sanitarios.

Por tanto, mantenernos en éste constante proceso de formación, permite: además de la evolución de nuestro grupo profesional, plantearnos nuevas metodologías de trabajo, participar en las comisiones clínicas de nuestros centros sanitarios, donde se toman decisiones acerca de las personas que cuidamos para saber dar respuestas satisfactorias a las nuevas demandas de Salud, Autonomía y Humanización exigidas por la sociedad, que reclama una atención más acorde con nuevos valores. En definitiva, saber cómo afrontar una “atención sanitaria en constante cambio”.

En esta exposición voy a relatarles cómo, a través de la Formación Continuada (...), una auxiliar de enfermería puede participar en la Comisión Clínica de Humanización, influir en la mejora de la atención sanitaria (o en la toma de decisiones...)

La Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana presentó durante el mes de enero de 2001 el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria , estableciendo para

ello, un eje específico de acción en donde se contempla la implantación de un Plan de Formación en Humanización que de cobertura a todos y a cada uno de los estamentos que participan en el complejo proceso asistencial que se realiza en nuestros servicios de salud.

Para éste fin, el Hospital Universitari d' Sant Joan d' Alacant y enmarcada dentro de la Comisión central de Garantía de Calidad cuenta con la participación y asesoramiento de la Comisión de Humanización.

La Comisión de Humanización del Hospital Universitari d' Sant Joan d' Alacant se constituyó en Junio de 1997, como órgano colegiado dependiente de la Junta de Hospital y regulada según decreto (186/1996 de 18 de Octubre) del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de Atención Especializada de la Consellería de Sanidad.

Los Miembros de la Comisión son nombrados por la Dirección del Hospital a propuesta de la Comisión Permanente, y seleccionados por su carácter de expertos en los temas a abordar y no podrán considerarse representantes de sus servicios o áreas de procedencia.

La Comisión de Humanización se rige por unas normas de Funcionamiento Interno, haciendo referencia en ellas a las competencias y obligaciones de sus Miembros y establece pautas de actuación en base a los siguientes apartados:

PRESIDENTE.

SECRETARIO.

MIEMBROS.

CONVOCATORIAS Y SESIONES.

ACTAS.

La Comisión de Humanización esta formada por un equipo Multidisciplinar y está dotada para sus reuniones de una Sede propia situada en la Unidad Docencia 1ª Planta sur, tiene definidos unos objetivos propios, éstos son:

Objetivo general:

- Potenciar la Humanización en el personal del Hospital mediante un programa dirigido a mejorar la competencia relacional.

Objetivos Específicos:

1. Capacitar a los miembros de la comisión para asumir la docencia sobre temas de humanización y relación de ayuda.
2. Desarrollar actividades docentes sobre éstos temas.
3. Asesorar y apoyar a profesionales, pacientes y familiares que lo soliciten, en el afrontamiento de situaciones difíciles.
4. Detectar actitudes que interfieran negativamente en la humanización del Hospital y asesorar en caso de consulta.

Sus reuniones se realizan en horario de trabajo facilitando desde la dirección la asistencia a quienes lo precisamos, la Comisión está constituida por los siguientes Miembros:

Director Gerente del Hospital.

1 Enfermera: Subdirectora de Enfermería.

1. Auxiliar administrativa del servicio de personal.

1 Enfermero: Supervisor de la Unidad Docencia.

1 Enfermera Asistencial: Unidad Oncológica- Digestivo.

1 Auxiliar de Enfermería: Consultas Externas de Ginecología

4. Facultativos Especialistas:

1 Jefe del Servicio de Oncología Radioterápica, 1 de Traumatología, 1 facultativo de Oncología Radioterapia y 1 de Pediatría.

1 Técnico de Laboratorio.

1 Subdirectora Económica.

1 Facultativo: Coordinador del Servicio de Atención e Información al Paciente S.A.I.P.

Cuando en diciembre del 2002 el Director de Hospital “Dr. Luis Rosado” presentó a los Miembros de la Comisión el Plan de Humanización Para la Asistencia Sanitaria de la Comunitat Valenciana, hasta el año 2005. Presenté ante los Miembros de la Comisión un objetivo personal a desarrollar en mi ámbito de trabajo la Consulta de Ginecología para dar una atención más acorde con estos valores.

LINEAS DE TRABAJO DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN PARA LA ASISTENCIA SANITARIA:

7. Atención e información al paciente.

8. Asistencia sanitaria.

9. Formación.

10. Infraestructuras y hostelería.

11. Actividades específicas en los servicios.

12. Voluntariado.

La ejecución de éste objetivo se llevo a cabo bajo una Investigación Aplicada con el siguiente Cronograma de Trabajo, del 10 de Enero hasta el 15 de diciembre del 2003. La Población, mujeres en edad climatérica, la Muestra el nº pacientes que recibieran asistencia facultativa en la consulta de menopausia durante el tiempo establecido

Los Objetivos del Plan de Trabajo fueron los siguientes:

- Promover el trato humanitario en la consulta de ginecología.
- Establecer una relación de confianza entre profesional paciente.
- Informar a la paciente.

Las Actividades propuestas para llevarlos a cabo fueron :

- Trabajar el Valor Respeto:
 - Tratar con deferencia a la paciente: dar al nombrarla para la realización de su consulta el trato de “Señora”.
 - Presentarnos siempre a la paciente, sobre todo en la primera visita.
 - Prestar especial cuidado al actuar durante la exploración y el tiempo de permanencia en la consulta.

- Solicitar al Servicio de Admisión la posibilidad de añadir en la citación por carta el número de la ubicación de la consulta correspondiente.

Para establecer una relación de confianza entre profesional y paciente, Diseñaríamos protocolos informativos que:

- Indicarán a las pacientes dónde (espacio físico) han de realizar su consulta.
- Les permitieran saber cómo notificar su llegada sin necesidad de abrir la puerta de la consulta.
- Confeccionaríamos un panel que indique la instrucción de Pruebas Complementarias solicitadas en la consulta y también la ubicación de los Servicios dónde se han de realizarlas mismas. (Radiodiagnóstico, laboratorio.....).

Para Informar a las pacientes:

- Le comunicaríamos siempre cuando surja el motivo del retraso de su cita (más citaciones en la agenda....).

Y también diseñaríamos un sencillo cuestionario de preguntas cerradas para evaluar la repercusión de este método de trabajo.

Los resultados se presentarían en una memoria a los Miembros de la Comisión, dejando constancia de estos en el acta correspondiente y depositada en la sede de la Comisión.

Así, con el Objetivo General de Divulgar que la Formación Continuada es el eslabón que nos permite a los Auxiliares participar en las Comisiones Clínicas.

Y el Objetivo Específico de mostrar cómo contribuir desde la consulta al Plan de Humanización de la Comunidad Valenciana, éste método de trabajo fue investigado:

MATERIAL Y METODO

Procedimiento de trabajo a investigar:

- El servicio de Admisión en su citación por carta especificaba el nº de agenda pero no el nº de la consulta.
- Las pacientes al no saber dónde esperar (espacio físico) para realizar su consulta en ocasiones perdían su cita.
- La auxiliar que realizaba la consulta no se presentaba a las pacientes y al dirigirse a nosotras nos llamaban la chica.
- Para notificar su llegada abrían la puerta de la consulta.
- Tenían dificultades para memorizar las pruebas complementarias y la localización de los distintos servicios dónde realizarlas (Radiodiagnóstico, lo cual alargaba al facultativo el tiempo de su consulta.
- Las mujeres manifestaban su queja en ocasiones por escrito cuando surgía retraso del horario establecido para su cita.

Para dar una atención más acorde con los nuevos valores, realizamos y colocamos en los lugares destinados para la consulta los siguientes protocolos:

CARTA DE ADMISIÓN

HOSPITAL UNIVERSITARI DE SAN JUAN
V.C.E.E. SANTA FAZ

Unidad de Documentación Clínica y Admisión
Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant

N.Registro : 288267
N.Historia : 9947 San Juan de Alicante. 24/09/2003
N.SIP :

COOIGOS: UTC03/03/10/2003/ 2.1 /11:00/0003

Hemos recibido la solicitud formulada por su medico para realizarle un estudio en este hospital. Le comunicamos que debe acudir el dia que a continuacion se le indica:

MOTIVO: PRIMERA VISITA DE C. EXTERNAS
SERVICIO: CONS. EXT. TOCOLOGIA
CENTRO: HOSPITAL SANT JOAN D'ALACANT
SALA: 0003
FECHA: 03-Oct-2003
HORA: 11:00

** Para evitarle esperas innecesarias, le rogamos NO LLEGUE ANTES de la hora indicada. Si no puede acudir o su problema ya esta solucionado comuniquenoslo al telefono 965 93 67 31. Gracias.

Acentamento,

Sant Joan d'Alacant 24/09/2003

NOTIFICACIÓN DE LLEGADA

Generalitat Valenciana
CONSELLERIA DE SANITAT

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN
V.C.E.E. SANTA FAZ

POR FAVOR, NO LLAMEN A LA PUERTA.



EL PERSONAL DE ENFERMERIA SALDRÁ PERIODICAMENTE.

GRACIAS.

CONSULTA DE GINECOLOGIA

INDICACIÓN (ESPACIO FISICO) DONDE REALIZAR SU CONSULTA

Generalitat Valenciana
CONSELLERIA DE SANITAT

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN
V.C.E.E. SANTA FAZ

GINECOLOGÍA.

C.GIN31. C.GIN34

C. GIN40 C. MAMA 1.

CONSULTA Nº 1.

Generalitat Valenciana
CONSELLERIA DE SANITAT

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN
V.C.E.E. SANTA FAZ

ECOGRAFÍAS:
DE LAS 20 SEMANAS



CONSULTA Nº 6.
SE RUEGA SOLO PASE UN ACOMPAÑANTE.

PANEL DE INDICACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Hospital Universitario de San Juan de Alicante - Unidad de Atención al Climaterio -

Instrucciones para las pruebas complementarias.

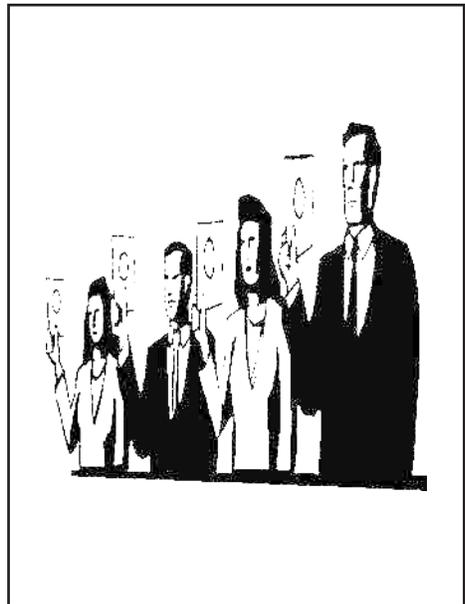
Análisis de sangre y/o de orina.
Acuda en ayunas al Laboratorio (planta baja) de lunes a viernes de 8:30 a 9:45 horas sin cita previa.

Mamografías u otras pruebas radiológicas.
Acuda al Servicio de Rayos (planta baja) a solicitar fecha para el examen radiológico.

Densitometría ósea.
Acuda a Admisión central (planta baja) para solicitar cita (prueba a realizar en MEDIMAR antigua San Carlos).

Si no ha recibido otra información, cuando tenga cita para todas las pruebas que le han solicitado, acuda o llame para pedir cita en la consulta de menopausia.

INFORMAR SI SE DEMORA SU CITA

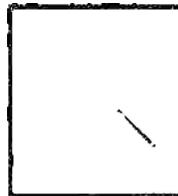


PARA TRABAJAR EL VALOR RESPETO:

Presentarnos siempre a la paciente
Dar al nombrarla para identificarla el trato de “Señora”
Prestar especial cuidado al actuar durante la exploración y el tiempo de permanencia en la consulta.

Aunque en el cronograma se estableció que la duración del tiempo para realizar este objetivo sería del 10 de Enero hasta el 15 de Diciembre del 2003, éste se realizó hasta el mes de Junio, porque la dirección de enfermería me comunicó que me cambiaban de consulta. Para evaluarlo se entregaron 92 cuestionarios a las pacientes que se visitaron en las tres consultas de menopausia establecidas durante el mes de junio, el cual fue cumplimentado por 63 de ellas.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS y este mostró los siguientes resultados.



RESULTADOS

¿Se Humanizó aún más la consulta?

Nº de pregunta.	Posibles respuestas.	Personas que respondieron (n).	%
1. ¿ Se ha sentido tratada con interés?	Si	63	96,9
	No	2	3,1
2. Ante la exploración, ¿ ha sentido cuidada su intimidad?	SI	63	96,9
	NO	1	1,5
	Otros	1	1,5
3. ¿Conoce usted el nombre de la auxiliar de enfermería?	SI	45	69,2
	NO	20	30,8
4. ¿La han identificado por su nombre?	SI	62	95,4
	NO	3	4,6
5. ¿Le han explicado el motivo del retraso de su cita?	SI	41	63,1
	NO	22	33,8
	Otros	2	3,1

CONCLUSIONES.

En definitiva y para concluir podemos decir:

4. Que la aportación del auxiliar de enfermería al Plan de Humanización para la Asistencia Sanitaria de la Comunitat Valenciana es debida a la confianza generada por la Formación Continuada y establece el germen de satisfacción aún a pesar del esfuerzo y los costes personales.

5. La investigación consigue: Innovar nuestro método de trabajo y dar una atención más acorde con los nuevos valores al Humanizar aún más la asistencia sanitaria desde la Consulta.

6. Y por último, el reconocimiento de la institución al esfuerzo por permanecer en una Continua Formación, hace posible mi participación en la Comisión Clínica de Humanización, lo cual es para mi el motor de mi motivación.

Muchas gracias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maria Nolla Domenjó. Formación Continuada y profesionales de la salud. Revista Rol de Enfermería N° 146, P37.
2. ACEPAI Barcelona, Mayo de 2003. Manual de Competencias y líneas generales de actuación de los auxiliares de enfermería. P.7.
3. García Giner Bárbara Pilar. La motivación, Formación y el Método Científico: Posibilidades que nos permiten llegar a investigar. Revista de Auxiliares de Enfermería NOSocomio.n° 17 p. 21.
4. García Giner Bárbara Pilar. Ingreso de la persona Politraumatizada desde el punto de vista del Auxiliar de Enfermería. Revista de Auxiliares de Enfermería NOSocomio.n° 14 p. 17.

5. García Giner Bárbara Pilar. La familia un Paciente Más, Relacion de Ayuda e Intervención en Crisis. Revista de Auxiliares de Enfermería NOSocomio.nº 24 p. 24.
6. García Giner Bárbara Pilar. La Comunicación Cómo Elemento Humanizador En El Cuidado Sanitario. IX Jornadas de Enfermería sobre Trabajos Científicos. Hospital General Universitario Alicante. Publicado en el libro de resúmenes. P.55.
7. Plan para la Atención de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad Valenciana. coordinat per: direcció general per a l' atenció al pacient. edita: generalitat valenciana, conselleria de sanitat. edició 2001.
8. García Giner Bárbara Pilar. Humanización de los Cuidados Auxiliares. Ponencia de Clausura de las XII Jornadas Nacionales para Auxiliares de Enfermería. Barcelona 29, 30 y 31 de Marzo del 2001. Libro de Resúmenes p. 251.
9. García Roldan José Luis. Creación de un grupo de trabajo para la Divulgación del Método Científico Cómo Herramienta de Trabajo Cotidiano. Plan de formación según la Red Estatal de Unidades de Investigación del Ministerio de Sanidad y Consumo durante el periodo 1992-1995. Descrito éste en la publicación Cómo Elaborar un Proyecto de Investigación. Universidad de Alicante. P. 162.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Luis Rosado Bretón Director de Hospital, por mi selección cómo Miembro de la Comisión de Humanización.

A Dn Juan Luis Zaragoza, Director de Enfermería.

A Dña. Francisca Moreno Chapin. Supervisora de Consultas por facilitar mi asistencia a las sesiones de la Comisión

A la Dra M^a Teresa Marín Aznar.

A todos los Miembros de la Comisión por su motivación y apoyo recibido para el desarrollo de mi labor.

A mis compañeras auxiliares Toñi y Reyes por toda su ayuda y colaboración.

***ESTUDIO EXPERIMENTAL
DE INTERVENCIÓN MEDIANTE
UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO
AERÓBICO DIRIGIDO Y CONTROLADO
POR ENFERMEROS***

***LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA, INTERVIENE
ACTIVAMENTE EN LA REDUCCIÓN DEL RIESGO
CARDIOVASCULAR Y EN LA MEJORA DE LA CALIDAD
DE VIDA DE LOS USUARIOS.***

INTRODUCCIÓN

Dentro de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir, medidas que inciden en el individuo para mejorar su salud, el ejercicio físico adecuado tiene un papel relevante. La actividad física ha estado asociada a la salud de las personas desde la antigüedad. Ya en la civilización griega los deportistas ocupaban un lugar destacado en la sociedad, y a lo largo de la historia la longevidad de ciertas poblaciones se fue relacionando con estilos de vida activos y una adecuada alimentación.

En la segunda mitad del siglo XX se realizaron numerosas investigaciones que lograron demostrar de forma clara lo que se sospechaba por deducciones de la observación diaria. Es decir, se ha demostrado científicamente que el ejercicio físico correctamente realizado constituye un factor importantísimo dentro del denominado «estilo de vida saludable».

Posteriormente, diversos estudios epidemiológicos establecieron la asociación íntima entre actividad física y salud cardiovascular, llevando a la Asociación Americana del Corazón a declarar el sedentarismo como un factor de riesgo mayor para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. En la aparición y el desarrollo de estas enfermedades se involucran múltiples factores de riesgo, de los cuales el tabaquismo, las dislipemias, la hipertensión arterial, el sedentarismo, la diabetes, el estrés mental y la obesidad son los más relevantes. El ejercicio físico adecuado y practicado de modo regular contribuye a combatir muchos de estos factores y, al actuar directamente sobre el corazón y los vasos sanguíneos, es uno de los elementos más eficaces para prevenir la aparición y la progresión de la enfermedad.

Existen cuatro tipos principales de ejercicio físico, que persiguen diferentes objetivos. En primer lugar está el ejercicio dinámico aerobio, que requiere gran cantidad de oxígeno inspirado para la producción de energía que se consigue por el uso repetido de masas musculares, y tiene como objetivo mejorar la resistencia al esfuerzo y el funcionamiento del corazón y los pulmones; es la actividad física más beneficiosa para el sistema cardiovascular. El segundo tipo de ejercicio físico es el de baja intensidad, cuyo objetivo consiste en incrementar la flexibilidad o mejorar la calidad y cantidad de masa muscular. Un tercer tipo lo constituyen los ejercicios de relajación y por último, existen los ejercicios terapéuticos, destinados a restaurar la función normal de una parte del organismo que ha sido afectada por una enfermedad o lesión.

Cuando el ejercicio dinámico aerobio se realiza a un nivel de intensidad que dé lugar a una frecuencia cardíaca del orden del 70% de la frecuencia cardíaca máxima

se produce el efecto entrenamiento, el cual se traduce en un aumento de la forma física y se obtienen los beneficios para la salud.

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de los FR cardiovascular y que en España la puerta de entrada del usuario al sistema sanitario público es la atención primaria; donde - dada su accesibilidad - tendría también lugar preferentemente el diagnóstico, tratamiento y seguimiento

Siendo conscientes del cambio que representan las condiciones crónicas sobre todo en la atención primaria, desde diversos foros se ha propuesto que la calidad de vida sea tenida en cuenta como el objetivo esencial de los cuidados médicos y enfermeros.

JUSTIFICACIÓN

La relación entre la actividad física y la salud, se basa en la evidencia, que proporcionan los cada vez mas numerosos estudios que han demostrado, una influencia positiva del estilo de vida físicamente activo de los individuos, sobre el desarrollo de las enfermedades más prevalentes en la sociedad moderna.

El personal sanitario de atención primaria, tiene un gran potencial para desempeñar un papel significativo en la promoción de la actividad física regular.

Con el objetivo de proteger, mejorar y potenciar la salud de nuestros usuarios, algunos miembros del equipo de enfermería del centro de salud de Babel, junto con el fisioterapeuta, enfocamos una intervención de fomento de ejercicio físico que va más allá del consejo, facilitando para que se produzca la modificación de hábitos, el lugar, el tiempo y el control sanitario.

Antes de incluirlo cómo programa dentro de la cartera de servicios del centro, quisimos realizar un estudio experimental sobre nuestra intervención, y así evaluar la eficacia, efectividad y eficiencia del programa y valorar si su inclusión era o no pertinente.

En nuestro estudio experimental intervenimos con pacientes de nuestro centro, para evaluar los benéficos sobre su salud -, midiendo cuantitativamente el riesgo cardiovascular -en pacientes que ya presentan factores de riesgo cardiovasculares, como HTA, obesidad y/ o dislipemias, así como en la calidad de vida de los mismos.

Con nuestro estudio examinamos el efecto del ejercicio físico (variable explicativa) sobre el riesgo cardiovascular y la calidad de vida (variables resultado).

OBJETIVOS

Generales

1. Desarrollar e impulsar estrategias encaminadas a la producción de la salud y actuar como dinamizador de actividades de educación sanitaria en los pacientes que acuden a consulta de enfermería de nuestro centro.

2. Proponer métodos y/o estrategias de enseñanza-aprendizaje tendentes a fomentar hábitos saludables en las personas y/o colectivos de riesgo, determinando la secuencia correcta de aplicación.

3. Inclusión en la Cartera de Servicios de nuestro Centro de Salud la actividad programada de ejercicio físico dirigidas a pacientes con factores de riesgo cardiovasculares

Intermedios:

1. Evaluación de la idoneidad de elaborar un programa de ejercicio físico aeróbico dirigido a pacientes de nuestro centro que presenten algún factor de riesgo cardiovascular, su eficiencia y posibilidad de mejorar su nivel de salud, reduciendo el riesgo cardiovascular y/o aumentando la calidad de vida percibida..

2. la justificación de los riesgos y molestias previsibles, ponderadas en función de los beneficios esperados para los sujetos.

3.. Inclusión en la Cartera de Servicios del Centros de Salud y de nuestro Equipo de Atención Primaria de actividades programadas dirigidas a pacientes con riesgo cardiovascular.

Específicos:

Examinar los efectos de la realización, durante dos días a la semana, hora y media cada día y durante un periodo de año (Desde febrero 2003 a Febrero 2004) de un programa de ejercicios aeróbicos, sobre el riesgo cardiovascular de una muestra de pacientes que acuden al programa del crónico del centro de salud de Babel y sobre su calidad de vida, en forma que pueda ser expresada cuantitativamente.

MATERIAL Y MÉTODO.

Diseño

Estudio experimental de intervención.

Emplazamiento

Centro de salud de Babel , y Polideportivo municipal de Babel.

Criterios de inclusión

Pacientes de ambos sexos con edad inferior a 72 años

Pacientes incluidos en el programa de atención al adulto de nuestro centro, que presentaran sedentarismo y uno o más de los siguientes factores de riesgo cardiovascular(.1*), HTA, Obesidad, dislipemia, tabaquismo y/o sedentarismo.

Compromiso en el seguimiento del programa por parte del paciente.

Criterios de exclusión.

Edad superior a 72 años.

Sufrir alguna patología que le imposibilite la realización de ejercicio físico.

Haber sufrido algún episodio de enfermedad cardiovascular mayor.

Sufrir alteraciones psiquiátricas no controladas, que impidan al paciente el trabajo en grupo.

Obesidad mórbida

Pacientes que por su situación personal y laboral, no puedan participar en el estudio.

Se excluirán del estudio aquellos pacientes que no asistan a las sesiones regularmente. (Ausencias de más de cuatro sesiones al mes)

Método de selección de los sujetos

Criterios de muestreo: aleatorio sistemático

De los pacientes citados durante tres días en consultas de enfermería del adulto y medicina en nuestro centro, seleccionamos uno de cada cinco, y se revisaron las historias de todos ellos hasta alcanzar un total de treinta, que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión.

A continuación un miembro del equipo investigador se ocupó de la captación activa de quince de ellos hasta para formar el grupo de intervención.

Definiciones y métodos de medida de las variables

- Variables explicativa.

La realización de un programa de ejercicio físico aeróbico, dirigido y controlado por sanitarios: enfermería y fisioterapeuta.

Para su realización el patronato municipal de deportes nos cedió una sala del pabellón municipal de Babel, dos días por semana, durante hora y media, con una periodicidad de un año, y renovable.

Los ejercicios eran establecidos por el fisioterapeuta, y revisados y modificados por él, cada treinta días, y un enfermero dirigía las sesiones, con el grupo. Anexo (1)

-Variables resultado

Medición de la mejora en la salud de los pacientes, mediante el cálculo cuantitativo del riesgo cardiovascular y de su calidad de vida.

para ello se utilizó las escalas de Framingham y el perfil de salud de Nottingham, respectivamente

Definición de las variables:

-Valoración del riesgo cardiovascular.

El cálculo del riesgo cardiovascular es, a pesar de sus limitaciones, la herramienta más útil de la que actualmente se dispone en la clínica para establecer las prioridades en prevención primaria y decidir sobre la intensidad de las intervenciones. Por lo tanto, el cálculo y estratificación del riesgo cardiovascular es un elemento de gran utilidad en el manejo de aquellos pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular.

El riesgo cardiovascular: Es la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular en un determinado período, generalmente 5 años o más, frecuentemente 10 años. Las enfermedades cardiovasculares comprendidas dentro de este concepto son la cerebrovascular y la cardiopatía isquémica; la claudicación intermitente no se suele incluir

El riesgo cardiovascular sólo se debe calcular cuando no exista una enfermedad cardiovascular, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o claudicación intermitente; la presencia de una de estas afecciones ya lleva aparejado por definición un riesgo elevado.

Utilizamos la tabla de Framingham calibradas para la población española .Anexo (2)

- Calidad de vida.

Calidad de vida

En líneas generales, para Schallock (1996), la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Quality revolution" que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad.

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad

La medida del nivel de salud y de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) tiene una creciente importancia como estimador del resultado de los programas e intervenciones en el ámbito sanitario. Su uso ha crecido exponencialmente, junto con otras medidas como la satisfacción, en lo que podríamos denominar medidas centradas en el paciente

La autopercepción de la propia calidad de vida incorpora factores como los valores y creencias del individuo, su experiencia vital previa, etc. a la presencia de limitaciones para el desarrollo de las actividades de su vida diaria. Se trata, por tanto, de una variable compleja con un gran peso en el estado de salud de la persona. Podríamos afirmar que lo importante no es tanto «estar bien» como «sentirse bien».

Nottingham health Profile Autoadministrado 10-15 minutos 0-100 Cuanto más alto peor funcionamiento Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health Status: A new tool for clinicians and epidemiologists. J. R. Coll. Gen. Pract. 1985;35:185-188. Anexo (3)

Estrategia de análisis

- Seguimiento de los sujetos

Variables que se estudiaron en cada sujeto, con su escala de medida y calendario de recogida, fueron las siguientes:

Al inicio del programa se recogieron los datos analíticos de Colesterol total, HDL, y además el IMC, la tensión arterial, Si era o no fumador, Edad, y se valoró su riesgo cardiovascular mediante el teste de Framingham.

La tensiones se controlaban semanalmente a todos los participantes, mensualmente los pesos, y al semestre los valores analíticos.

Antes de iniciar el programa, se autoadministraron el test del perfil de Nottingham para la valoración de su calidad de vida.

Al finalizar el programa, al año, se volvieron a medir las dos escalas.

- Criterios de retirada y análisis previsto de las retiradas y los abandonos

Si algún paciente abandonaba el estudio, se incorporaban nuevos durante los dos primeros meses del programa, más tarde no se permitieron nuevas incorporaciones, por considerar que ya no era pertinente, pues el grupo ya llevaba un nivel de entrenamiento, que no podían alcanzar los nuevos.

(1*) Las personas con algún factor de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus y obesidad) deberán ser adecuadamente identificadas, según los criterios de la SEMFYC, registrándose dicha información en su historia clínica

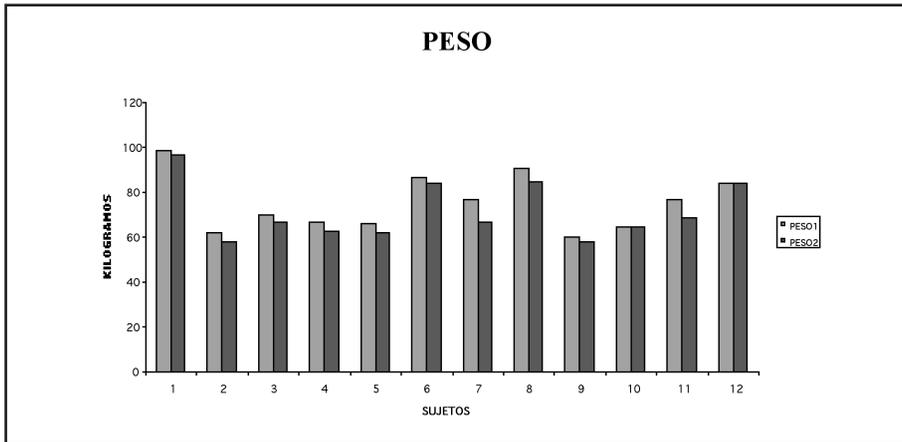


Gráfico 1.

En este gráfico podemos observar; que en la mayoría de todos los sujetos, excepto en el caso 10 y 12 se ha producido un descenso de peso. En el 10,12 se ha mantenido, no produciéndose un incremento en ninguno de los sujetos.

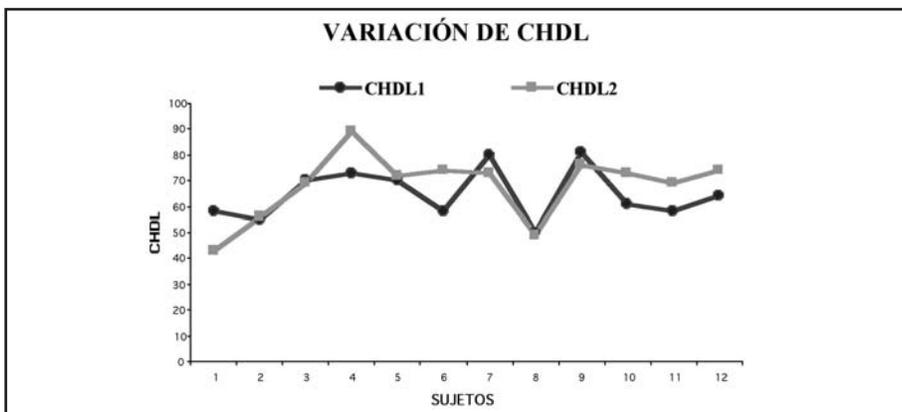


Gráfico 2.

En casi la mitad de los casos se observa un incremento de CHDL después de la intervención.

En el número 1 se observa un descenso de 58mg/dl a 43 mg/dl de CHDL.

Tabla 1.

	CHDL 1 mg/dl	CHDL2 mg/dl
1	58	43
2	55	56
3	70	69
4	73	89
5	70	72
6	58	74
7	80	73
8	50	49
9	81	76
10	61	73
11	58	69
12	64	74

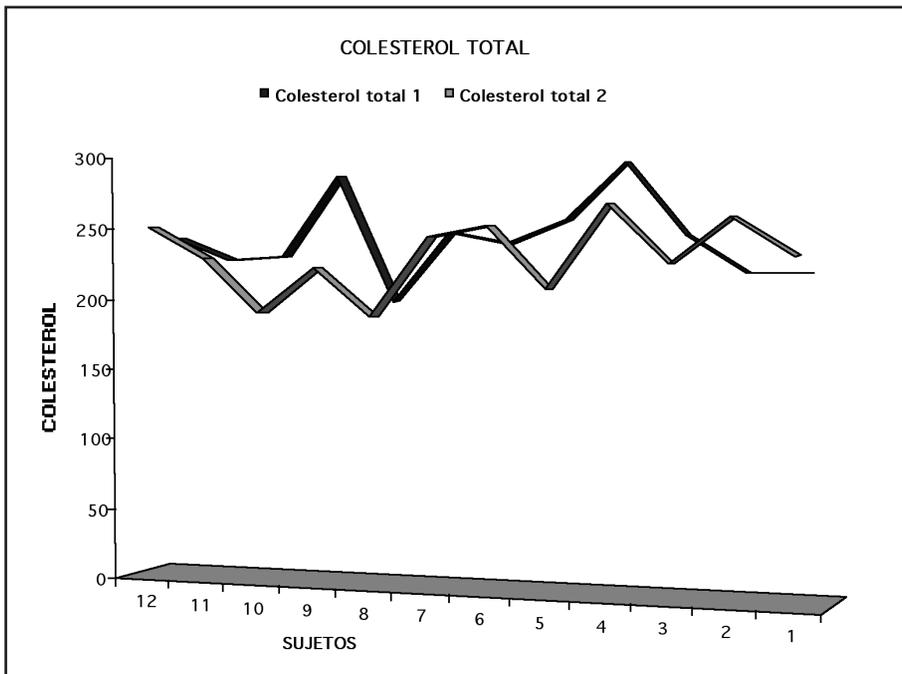


Gráfico 3.

Únicamente en dos de los sujetos se produce un incremento en las cifras de colesterol, en los diez sujetos restantes, el colesterol disminuye en siete de ellos, y se mantiene igual en tres.

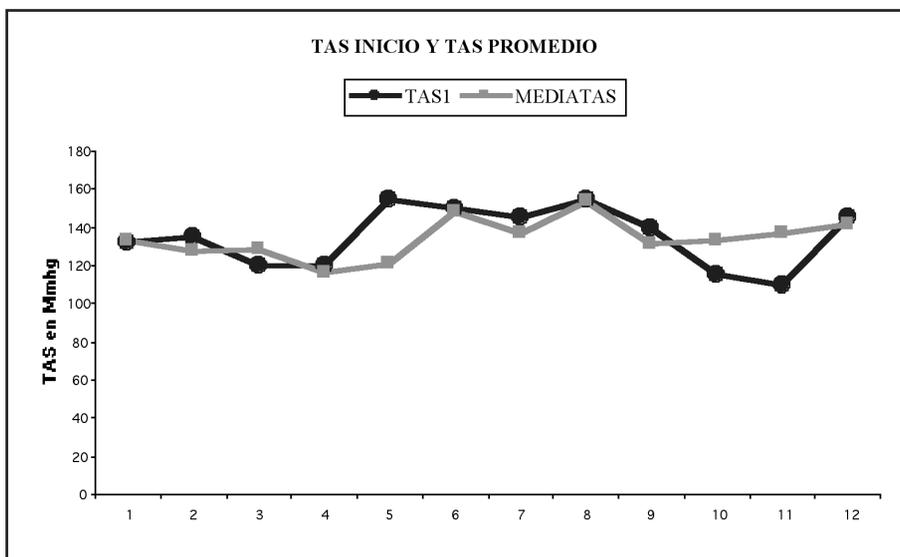


Gráfico 4.

Se ha producido un descenso de la TAS en nueve de los doce sujetos. El descenso más acentuado se ha producido en el sujeto

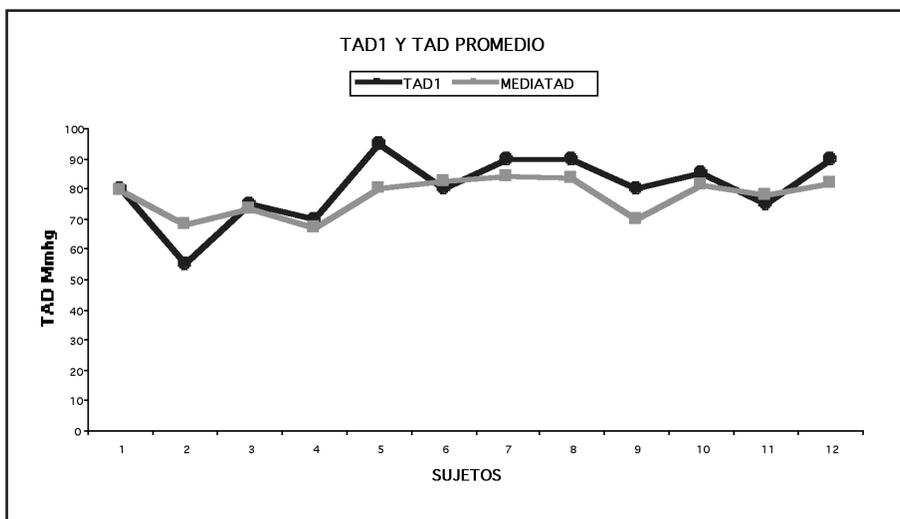


Gráfico 5.

En general se produce una disminución de la TAD. Como se puede observar en el gráfico en los sujetos cinco y nueve es donde este descenso es más acusado. Los datos del sujeto dos se deben a una primera medición en la que la TAD fue muy baja.

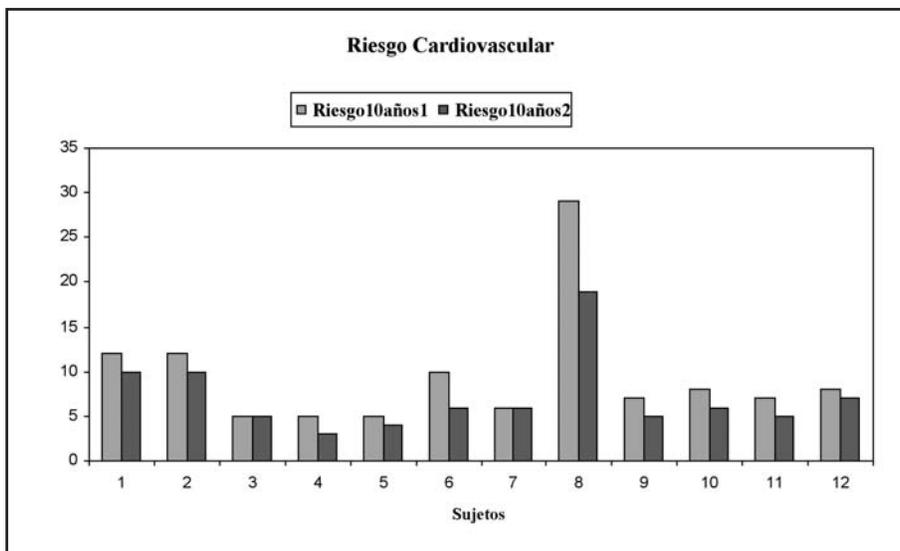
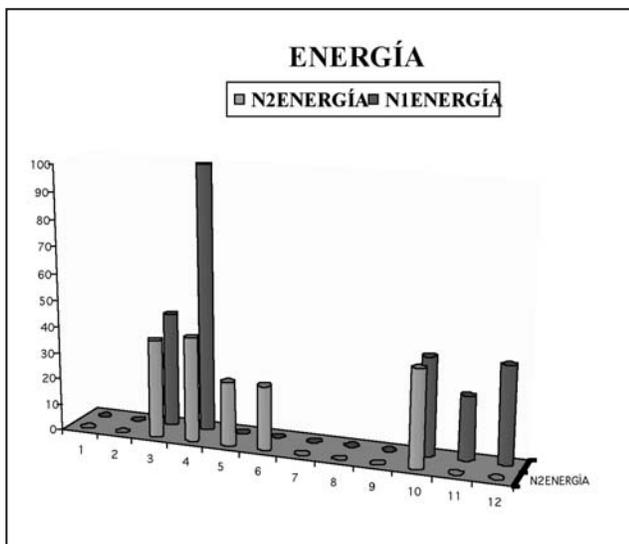


Gráfico 6.

En todos los sujetos menos en dos disminuye el riesgo cardiovascular calculado a partir de la escala de Framingham.



A continuación vamos a ver los resultados extraídos del Perfil de Salud de Nottingham.

Gráfico 7.

En todos los casos se observa una mejora en los niveles de energía, siendo el caso más llamativo el número cuatro, debemos tener en cuenta que a la hora de valorar el PSN el peor resultado es el que más se acerca a 100, de ahí que haya numerosos casos en los que ni siquiera se haya puntuado.

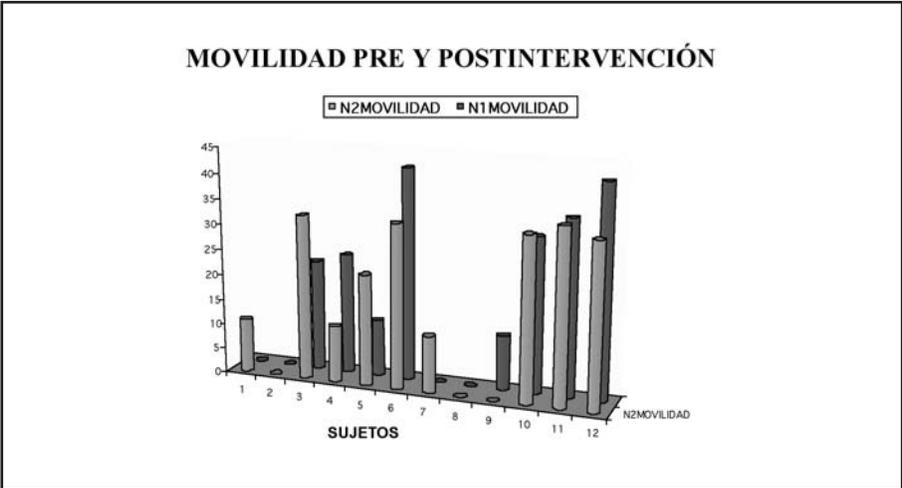


Gráfico 8.

Tan solo mejora la movilidad en los sujetos 12,9 y 6 mientras que en los demás o bien se mantiene constante o bien disminuye.

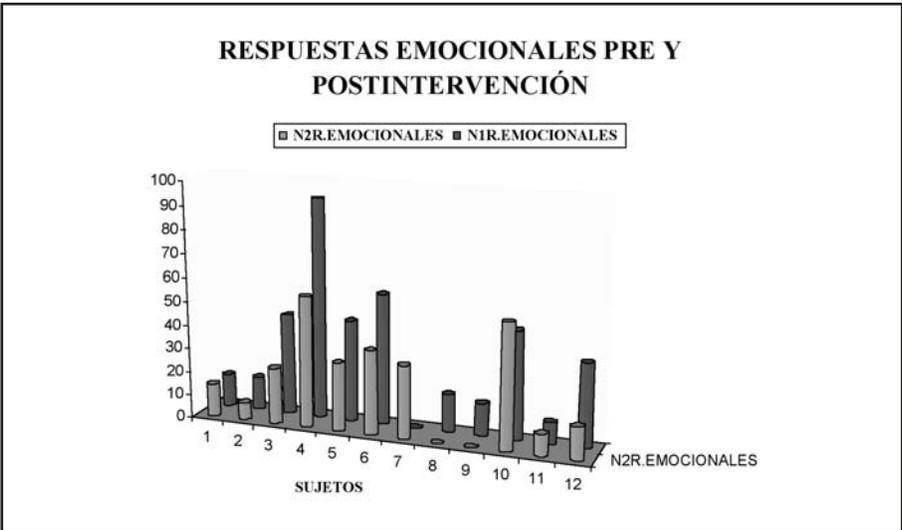


Gráfico 9.

En el gráfico de respuestas emocionales podemos observar como en la gran mayoría de los sujetos se produce una notable mejoría, siendo una vez más el caso número 4 en el que más se nota esta mejoría.

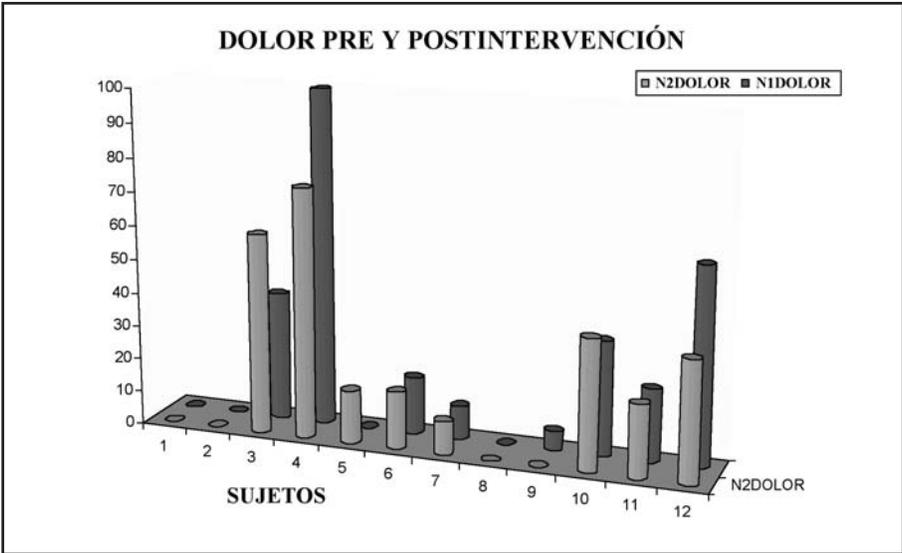


Gráfico 10.

En el gráfico del dolor podemos observar como en los casos 4, 6, 9, 12 hay una disminución del grado de dolor, mientras que en los casos 3 y 5 pasa todo lo contrario, siendo el resto de casos de muy idéntico resultado entre la primera medición y la segunda.

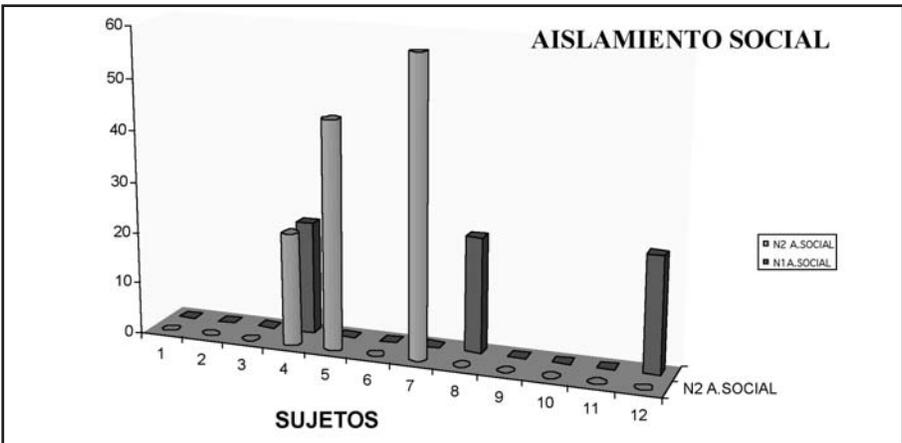


Gráfico 11.

En el gráfico de aislamiento social vemos como en los casos en los que en la primera medida se habían contestado afirmaciones positivas mejoran en la segunda siendo el caso número 7 el único que empeora su resultado.

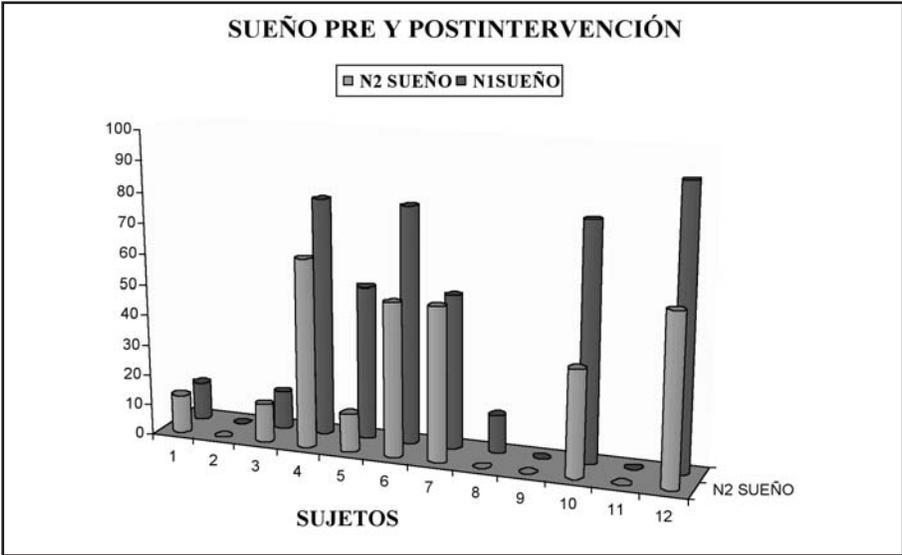


Gráfico 12.

En el apartado que se refiere al sueño podemos ver como o hay una mejoría en todos los casos o bien se mantiene igual, siendo en los casos en los que el valor se mantiene en igualdad los que menor valor tienen y por lo tanto los menos afectados.

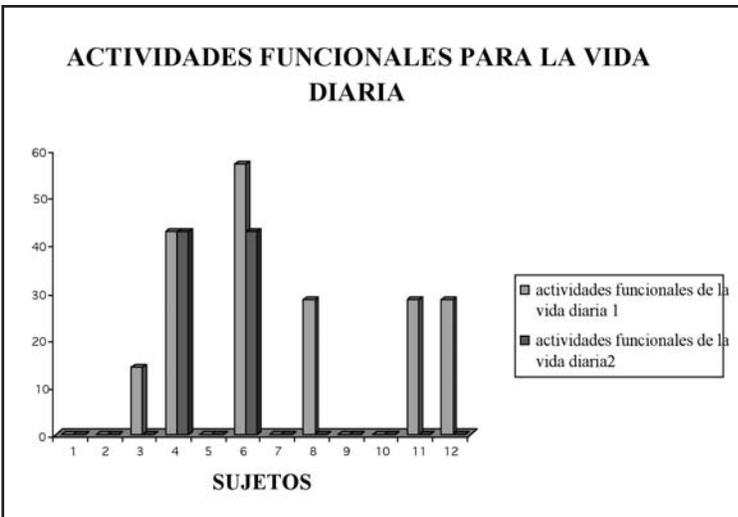


Gráfico 13.

En este gráfico podemos observar como los siete ítems que miden las actividades funcionales de la vida diaria tienen poca relevancia en nuestro grupo de sujetos, ya que hay un predominio del no, y en los casos en los que la respuesta ha sido positiva hay mejoría en los sujetos 3, 8, 11 y 12, sin apenas percibir cambios en los individuos 4, 6.

CONCLUSIONES

A la vista del análisis de los datos podemos observar que el riesgo cardiovascular ha disminuido en la mayoría de los casos, debiéndose esto en gran parte al aumento de las cifras de CHDL, y a la disminución del colesterol total; no ha tenido tanto impacto la disminución de las cifras de TAS. En este punto también hay que decir que la mayoría de los usuarios partían con un riesgo cardiovascular bajo, pero aún siendo así este ha disminuido todavía más.

El perfil de salud de Nottingham nos muestra también buenos resultados sobre todo en las áreas de sueño y respuesta emocional.

Hay que decir también que a lo largo de la puesta en marcha del programa se detectó un caso de HTA no controlada, y que en la actualidad el grupo de usuarios ha crecido recientemente con cuatro sujetos más, y estamos a la espera de en breve contar con un segundo grupo que funcionará a la par del primero dada la buena aceptación y dedicación que tienen los usuarios hacia el programa.

RESULTADOS

A la vista del análisis de los datos podemos observar que el riesgo cardiovascular ha disminuido en la mayoría de los casos, debiéndose esto en gran parte al aumento de las cifras de CHDL, y a la disminución del colesterol total; no ha tenido tanto impacto la disminución de las cifras de TAS. En este punto también hay que decir que la mayoría de los usuarios partían con un riesgo cardiovascular bajo, pero aún siendo así este ha disminuido todavía más.

El perfil de salud de Nottingham nos muestra también buenos resultados sobre todo en las áreas de sueño y respuesta emocional.

Hay que decir también que a lo largo de la puesta en marcha del programa se diagnosticó un caso de HTA .

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio nos justifica la necesidad de incluir en nuestra cartera de servicios, un programa dirigido de ejercicio físico.

En la actualidad el grupo de usuarios ha crecido recientemente con cuatro sujetos más, y estamos a la espera de en breve formar un segundo grupo, que funcionará a la par del primero dada la buena aceptación y dedicación que tienen los usuarios hacia el programa.

Es destacable el alto nivel de satisfacción por los profesionales que participamos en el programa , así como el de los usuarios.

Iniciativas como ésta, nos ayudan a participar más activa y eficazmente en la modificación de hábitos de vida.

AGRADECIMIENTOS

A Jose Antonio Morante, nuestro fisioterapeuta, que gracias a su ayuda ha sido posible la realización de un programa de ejercicios físico adaptado al grupo.

Al patronato municipal de deportes, por la cesión de sus instalaciones con exención de tasas y además de forma indefinida.

BIBLIOGRAFÍA

- La práctica deportiva mejora el perfil lipídico plasmático, pero ¿a cualquier intensidad?
Araceli Boraita.
Rev Esp Cardiol. 2004;57:495-8.
- Mejora de la forma física como terapia antienvjecimiento
Manuel J Castillo Garzón. Francisco B Ortega Porcel. Jonatan Ruiz Ruiz.
Med Clin (Barc). 2005;124:146-55.
- Ejercicio físico en un programa de adelgazamiento para personas con un sobrepeso moderado
A Tinajas Ruiz.
Jano. 2002;63:56-9.
- Pautas y requerimientos para la realización de ejercicio físico. Detección de riesgo, consejos y limitaciones
A Martín Pastor.
Medicine. 2002;08:4563-8.
- Influencia del ejercicio físico moderado sobre el metabolismo lipídico posprandial en pacientes diabéticos tipo 2 no obesos
C Sánchez Juan. A Cucó Alberola. JF Ascaso.
Clin Invest Arterioscl. 2001;13:139-47.
- Ejercicio físico y obesidad
G de Teresa Romero. JL Carretero Ares. AA Álvarez Hurtado.
FMC. Form Med Contin Aten Prim. 2003;10:667.
- Efectos del ejercicio sobre la masa ósea y la osteoporosis
A Peña Arrebola.
Rehabilitación (Madr). 2003;37:339-53.
- Ejercicio físico y salud
J Oromí Durich.
Med Integr. 2003;41:115-7.
- Encuesta sobre tabaquismo en estudiantes universitarios en relación con la práctica de ejercicio físico
I Nerín. A Crucelaegui. P Novella. P Ramón y Cajal. N Sobradie. R Gericó.
Arch Bronconeumol. 2004;40:5-9.
- Efectos de la intensidad del ejercicio físico sobre el peso corporal y la obesidad central
J Segura.
Hipertensión. 2004;21:92-3.
- Ejercicio físico: terapia no tradicional para personas con cáncer
J Moncada Jiménez.
Rehabilitación (Madr). 2004;38:86-91.
- Ejercicio y rehabilitación
A Peña Arrebola.
Rehabilitación (Madr). 2003;37:303-6.
- Cervicalgia crónica y ejercicio
D Vázquez Riveiro.
Rehabilitación (Madr). 2003;37:333-8.
- Molé PA, et al. Exercise reverses depressed metabolic rate produced by severe caloric restriction. Med. Sci. Sports Exerc 1989;21:29-3.

- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Clinical preventive health care. Ottawa: Canada Communications Group; 1994. US Preventive Task Force. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
- Hamlin C, Sheard S .Revolutions in public health: 1848, and 1998? BMJ 1998 Aug 29;317(7158):587-91
- Hamlin C, Could you starve to death in England in 1839? The Chadwick-Farr controversy and the loss of the "social" in public health. Am J Public Health 1995 Jun;85(6):856-66
- Alvarez-Dardet C. ¿Que es lo novedoso en la Nueva Salud Publica? JANO 1996 Vol XLVI:39-42 Revista Española e Iberoamericana de Medicina de la Educación Física y el Deporte N°3/2003. Volumen 12, año XII. Páginas 145-150
- Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud: guía de escalas de medición en español. 3.ª ed. Barcelona: Edimac, 2002.
- Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patients outcomes. JAMA 1995;273:59-65

ANEXO (1)

Actividad aeróbica dirigida para un grupo.

Se dividen en:

- Carreras de intervalos de 200 mts.

Estas, consisten en realizar alguna actividad física previa (ejercicios de flexibilidad y calentamiento), de manera que la frecuencia cardiaca alcance progresivamente el 70 % de la máxima aproximadamente. Se inicia realizando una rutina de calentamiento de los principales grupos musculares que preparan al cuerpo y la mente para el ejercicio. Desde 3 carreras de 400 mts, se incrementarán progresivamente hasta llegar a 6 carreras según avance el programa de entrenamiento .

- Circuito de repeticiones fijas

Consisten 6 estaciones o ejercicios diferentes para brazos, piernas, abdomen y espalda. Cada ejercicio se llama Estación. Es igual al circuito de tiempo fijo, la única diferencia sería que al finalizar cada estación se descansa 60 segundos. Se realiza una tabla con cada uno de los ejercicios realizados a lo largo de las semanas de entrenamiento. así se trabaja de forma metódica todos los grupos musculares principales, y la elasticidad de los ligamentos y articulaciones.

- Enfriamiento y relajación

Es un regreso al estado cardio-respiratorio normal, de forma gradual con una rutina especialmente diseñada con respiraciones abdominales y torácicas combinadas. Así se preparan los músculos para su regreso al estado de reposo, a través de estiramientos estáticos.

***PASADO, PRESENTE Y ¿FUTURO?
DE LAS ESPECIALIDADES
DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA. UNA VISIÓN
DESDE LA PERSPECTIVA DEL PODER***

A Ernest Lluch: Un político y un demócrata que el terrorismo no pudo tolerar.

Roberto Galao Malo
*Diplomado en Enfermería. Titulado Superior en Enfermería. Enfermero
“Especialista” en Salud Mental. Unidad Cuidados Críticos Clínica Vistahermosa,
Alicante.*

RESUMEN

Introducción: A pesar de que la evidencia demuestra que las especialidades de enfermería son rentables, nuestro país sufren un claro subdesarrollo con respecto a un gran número de países occidentales. Un análisis de las profesiones y de sus intenciones corporativas últimas: el poder y el privilegio, podrían ayudar a comprender este fenómeno.

Material y Métodos: Se trata de un estudio histórico del desarrollo de las especialidades de enfermería, durante el periodo democrático. El análisis se ha realizado mediante la óptica del filósofo Michel Foucault.

Resultados y Discusión: El corporativismo médico intentó ejercer una gran influencia durante el desarrollo de la LGS del año 1986, que le hacía perder poder. La Ley de las Especialidades de Enfermería del 87, consiguió acabar con ellas en un momento de nuevo entendimiento entre la administración y la corporación médica. La nueva ley de especialidades de 2005, cumple el mismo propósito.

Conclusiones: El corporativismo médico y su influencia en la política (con independencia del color del partido que se encuentre) han supuesto un claro freno para las especialidades enfermeras. La implantación de estas supondría ceder parcelas de poder-saber, que pondrían en peligro su régimen de verdad y por consiguiente su monopolio y hegemonía en el mercado sanitario. En este contexto también se puede interpretar la no implantación de la licenciatura de enfermería. Antes que ceder poder-saber, se prefiere dejar a un gran número de médicos en el paro, al finalizar sus estudios.

SUMMARY

Introduction: Despite the evidence that shows that nursing specialties are cost-effective, Spain is clearly underdeveloped when compared with a big number of western countries. An analysis of professions and their lately corporative intentions: power and privilege, could help to understand this phenomena.

Methods: This is an historical research about the evolution of nursing specialties, during the Spanish democratic period. This analysis has been performed under the scope of the philosopher Michel Foucault.

Results and Discussion: Medical corporativism has tried to exert a big influence during the development of the Health General Law (LGS) in 1986, as this made them lose power. The Nursing Specialties Law in 1987, actually served to finish with them in a moment when mutual understanding between the politicians and the medi-

cal corporation was established again. The brand, new 2005 Specialties Law will serve more or less for the same goal.

Conclusions: Medical corporativism and its influence in politics (with independence of the political party in power) has been a clear obstacle for the development of nursing specialties. If they were put in practice, this would mean the given of a part of power-knowledge, that would put in danger their truth régime and as a consequence their monopoly in the health market. The deleting for the approval of the Bachelors Degree in Nursing in Spain, can be interpreted from this point of view too. Instead of giving a part of power-knowledge, letting a lot of medical doctors unemployed when they finish their studies, is preferred by politicians and medical corporations.

Palabras Clave: Historia de la enfermería, enfermería, especialidades, salud mental, Foucault, corporativismo, psiquiatría, postmodernismo, política sanitaria, poder-saber

Key words: Nursing history, nursing, specialties, mental health, Foucault, corporativism, psychiatry, postmodernism, health politics, power-knowledge

“Estamos en crisis porque no sabemos explicar lo que nos pasa, pero lo que nos pasa es precisamente eso: que no sabemos explicárnoslo”

Ortega y Gasset

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la enfermería española vive situaciones contradictorias y que difícilmente se pueden justificar de manera racional u objetiva. Una de ellas es la falta de desarrollo de las especialidades en el trascurso de casi 20 años, desde la ley de especialidades de 1987 y la reinvencción de esta misma en 2005. Otro punto de complicada interpretación es el estado en que se encuentra la Especialidad de Enfermería en Salud Mental, que se puede estudiar mediante una titulación estatal oficial, pero no se permite que se practique en el sistema público.

Con el fin de poder abordar esta cuestión se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos CUIDEN, MEDLINE, CINALH, Índice Médico Español, el Índice Español de Ciencias Sociales y Humanidades y el buscador de Internet Google. Algunas de las palabras claves consultadas tanto en español como en inglés han sido: política sanitaria, política médica, legislación sanitaria, indicadores de calidad, medición de resultados, poder, poder-saber, Foucault, postmodernismo, enfermería de salud mental, enfermería psiquiátrica, historia enfermería salud mental.

PERSONAL, ENFERMERÍA Y ESPECIALIDADES EN ESPAÑA

El modelo de formación y de gestión del personal sanitario que se viene desarrollando en España en los último 30 años se diferencia sustancialmente del resto de los países industrializados. Se ha caracterizado por una sobreproducción de médicos,

especialmente intensa en los años 80 (European Observatory on Health Care Systems, 2000; González, 2000) y que se ha mantenido hasta la actualidad, lo que nos ha llevado a ser uno de los países con mayor número de médicos por habitante del mundo. Por el contrario, España cuenta con el menor número de puestos de enfermería por habitante de todos los países industrializados y de todos los países europeos con excepción de Grecia y Turquía (Tabla 1). Apenas somos una cuarta parte del número medio en Europa. Se puede afirmar a partir de este hecho, que los pacientes de nuestro país deben correr un riesgo de padecer resultados adversos, una vez hospitalizados, considerablemente superior al de nuestros vecinos. A pesar de las

Tabla 1: Número de enfermeras y médicos por 1000 habitantes en la Región Europea de la OMS (2000)

	Enfermeras	Médicos
Finlandia	21,7	3,1
Irlanda	16,8	2,4
Mónaco	16,2	6,6
Dinamarca	13,5	3,2
Holanda	13,3	3,3
Bélgica	10,8	4,2
Alemania	9,5	3,6
Noruega	9,5	3,6
R. Checa	9,4	3,4
Islandia	8,7	3,5
Suecia	8,4	2,9
Lituania	8	4
Suiza	7,8	3,5
Luxemburgo	7,7	2,5
Eslovaquia	7,5	3,3
Eslovenia	7,2	2,2
Francia	6,7	3,3
Estonia	6,2	3,1
Israel	5,9	3,7
Austria	5,8	3,2
Polonia	5,3	2,2
Macedonia	5,2	2,2
San Marino	5,1	2,5
Letonia	5,1	2,9
Reino Unido	5	1,6
Croacia	5	2,4
Bulgaria	4,5	3,4
Bosnia Herz.	4,4	1,4
Rumania	4	1,9
Portugal	3,7	3,2
Malta	3,7	2,9
Albania	3,7	1,4
Andorra	3,1	2,6
Italia	3	5,5
España	2,8	3,3
Hungría	2,8	3,6
Grecia	2,6	4,4
Turquía	2,4	1,2

grandes dificultades que se tienen en España para realizar un estudio de este tipo, un trabajo reciente muestra cómo las Comunidades con un número de enfermeras mayor, y las que proporcionalmente tienen más enfermeras que auxiliares, tienen menos infecciones nosocomiales (Galao et al, 2005b). En este mismo estudio se estima que en España se podrían estar produciendo del orden de 30.000 muertes en los hospitales, debido a un número considerablemente inadecuado de enfermeras.

La enfermería española también sufre un retraso alarmante en cuanto a desarrollo profesional, desarrollo de las especialidades, implantación de la licenciatura y programas de doctorado en enfermería. Tan sólo contamos con dos especialidades. La de enfermería obstétrico-ginecológica, las matronas, que es la que se encuentra más avanzada; y la de salud mental, que se puede estudiar, pero para la que no se han creado puestos de trabajo. Y por último contamos con una serie de especialidades satélite que se exigen para poder trabajar, pero cuyo acceso a la formación no es tan transparente como sería de desear, en ocasiones. Esto ocurre con las enfermeras de empresa, y las trabajan en ambulancias tales como el SAMU, aunque esperamos que con las primeras la situación se corrija con la nueva legislación de 2005. En consecuencia, el desarrollo científico de nuestra profesión es casi anecdótico como demuestra el casi nulo impacto que tienen nuestras publicaciones a nivel internacional (Cabrero y Richard, 2001). En resumen, se podría afirmar que cada enfermera de este país puede sentirse tan buena como su formación, experiencia y condiciones laborales le permitan, pero que la enfermería española sufre graves deficiencias, al ser comparada con nuestro entorno.

COSTE-EFECTIVIDAD DE LA ENFERMERÍA ESPECIALIZADA A NIVEL INTERNACIONAL

En estos tiempos que corren, una de las preguntas que de forma prioritaria se plantean, es si las especialidades de enfermería realmente valen la pena. Parece ser que sí. De forma especial durante los últimos diez años, la enfermería ha vivido una auténtica batalla a nivel internacional de la que ha sabido salir airosa. El aumento de los gastos de los sistemas sanitarios y la consiguiente presión para disminuir los costes y maximizar los resultados, puso sobre la mesa la idea de sustituir enfermeras por otro tipo de personal más barato. Por ejemplo, a mediados de los noventa en España, vivimos propuestas de ampliación de funciones para las auxiliares de enfermería, o propuestas de creación de nuevos tipos de profesionales como los técnicos de enfermería, que finalmente no prosperaron. En los EE.UU. estas cuestiones se libraron con especial intensidad. Sin embargo, nuestras colegas consiguieron dar un auténtico giro a este problema. Bajo el liderazgo de la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), que hay que recordar que tiene más de 100 años de trayectoria, el buen hacer de equipos de investigación encabezados en la mayoría de las ocasiones por enfermeras a las que allí sí se les permite obtener la máxima capacitación en lo que al conocimiento se refiere, esto es el doctorado, y el apoyo económico de varias agencias del gobierno; han conseguido demostrar en trabajos realizados a gran escala, que un número reducido de enfermeras, la sustitución de estas por auxiliares, o unas

malas condiciones laborales, suponen un empeoramiento de indicadores de calidad tales como las infecciones nosocomiales o el tiempo del ingreso hospitalario (Needleman et al. 2002). Existen evidencias sólidas de que estos factores pueden aumentar la mortalidad hospitalaria (Aiken et al. 1994; Aiken et al 2002) y no sólo no reducen los costes, sino que a medio plazo, la disminución de enfermeras supone un incremento del gasto sanitario (Cho et al. 2003). Debido a esto, en EE.UU. no sólo no se ha disminuido el número de enfermeras, sino que se han establecido leyes que regulan los ratios mínimos enfermera/ paciente que deben existir en los centros geriátricos de todo el país, y en los hospitales de algunos estados como el de California. Organizaciones como el International Council of Nurses (ICN, 2002) y la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2001), están haciendo llamamientos sobre los riesgos que suponen para los pacientes un número inadecuado de enfermeras. La OMS ha ido más allá y ha establecido unos objetivos para las enfermeras y las matronas entre el 2002 y el 2008, que incluyen mejoras formativas, laborales o de acceso a los puestos de gestión, entre otros (WHO, 2002). Por desgracia, no se ha podido encontrar información sobre ninguna institución u organización que esté trabajando en nuestro país para la consecución de estos objetivos que ha planteado la OMS.

Un fenómeno similar ha ocurrido con las especialidades de enfermería, en esta fiebre por la medición de resultados. Se está demostrando con creces que las enfermeras especialistas son eficaces y eficientes en prácticamente todas las áreas (Voolman y Stewart, 1996; Borbasi, 1999; Are specialist nurses cost-effective?, 1995; Urden, 1999; Prevost, 2002; Rafferty y Elborn, 2002; Heitkemper y Bond, 2004). Otro tanto ocurre con la otra gran rama de la Enfermería Avanzada. Las denominadas Nurse Practitioner (enfermeras practicantes), tienen capacidad para prescribir medicación en varios países. Este tipo de práctica que se comenzó a desarrollar en los Estados Unidos en los años sesenta, recuerda en cierta forma a la que realizaron los practicantes en nuestro país durante casi 100 años y que se eliminó en 1952 con la unificación de enfermeras, matronas y practicantes en Ayudantes Técnicos Sanitarios. Esta labor, que realizan las “Nurse Practitioners” está respaldada por la OMS (World Health Organization, 2002; World Health Organization, 2003) y obedece a la necesidad de prestar atención de salud especializada en lugares en los que no hay un número suficiente de personal. Varios estudios avalan que la calidad de estas enfermeras es igual o superior a la de los médicos en áreas tan diversas como la atención a la familia (Buchan y Calman, 2004; Munding, 1994) o la enfermería de anestesia (Pine et al. 2003) y que disminuyen el gasto sanitario al disminuir los costes laborales y de formación. Hay que recalcar de nuevo que estas enfermeras, que poseen un título de master, además de proporcionar cuidados de enfermería avanzados, están capacitadas para explorar y valorar al paciente, solicitar pruebas complementarias e interpretarlas, diagnosticar y tratar, incluyendo la medicación, a sus pacientes.

En el campo concreto de la enfermería de salud mental avanzada, también se encuentran evidencias de eficacia y eficiencia tanto de las enfermeras especialistas como de las Nurse Practitioners de esta rama (Cornwell y Chiverton, 1997; Baradell,

1995; Mervin y Mauck, 1995; Saur y Ford 1995), aunque se sigue enfatizando en la necesidad de seguir midiendo resultados que promuevan una práctica basada en la evidencia (Zauszniewski y Suresky, 2003).

Con todo lo anterior parece lógico pensar, que las razones por las que no se desarrollan las especialidades de enfermería en España, deben ser diferentes a las puramente economicistas. Por esto, es interesante revisar el propio concepto y desarrollo de las profesiones de forma genérica.

PROFESIONES, CORPORATIVISMO Y LEGISLACIÓN

Uno de los aspectos decisivos en el desarrollo de las profesiones y de su capacidad para hacerse con áreas de trabajo particulares es el corporativismo.

Las profesiones son objeto de estudio de diversas disciplinas como la sociología o la historia, fundamentalmente las clásicas como la medicina o el derecho. El desarrollo de las profesiones es una de las características principales del pasado siglo XX. Los avances en el conocimiento y la creciente complejidad de la sociedad han favorecido el desarrollo de las profesiones clásicas y la profesionalización de la sociedad. La importancia de las profesiones y expertos en la estructura y dinámica de nuestra sociedad indican la capacidad de los sistemas de conocimiento profesional para la definición de viejos y nuevos problemas. Los nuevos teóricos se centran en la función que desempeña la profesionalización, más que su forma. En este sentido, las profesiones están explícitamente orientadas hacia el mercado. Son organizaciones que intentan el dominio intelectual y organizativo de áreas de preocupación social. En las sociedades en las que las profesiones dependen del mercado, el nacimiento de las profesiones toma forma de proyecto que tiene como objetivo el control del mercado de servicios profesionales (Rodríguez y Guillén, 1992). En ese proyecto se utiliza la ideología del profesionalismo para la acción colectiva, buscando el apoyo del Estado para conseguir un refugio en el mercado y la protección ante la competencia (Larson, 1977). El poder por lo tanto es la pieza clave en los nuevos estudios sobre profesiones (Rodríguez y Guillén, 1992).

La otra pieza fundamental de las profesiones es el conocimiento abstracto. El conocimiento abstracto permite el mantenimiento de la autonomía profesional y las posiciones de poder y privilegio en la sociedad y la organización. La abstracción asegura la supervivencia en un sistema de profesiones competitivo (Rodríguez y Guillén, 1992).

Los estudios actuales tienden a analizar la relación de las profesiones con la estructura social, las organizaciones y la política. El tema central es el poder y el privilegio. Se analizan los procesos y mecanismos políticos con los cuales las profesiones conquistan y mantienen posiciones de poder y privilegio en la sociedad, en el mercado y en las organizaciones. Si bien el conocimiento abstracto es un ingrediente necesario, la articulación de proyectos políticos que utilizan ese conocimiento para la definición de los problemas sociales y sus soluciones, es el elemento imprescindible para la ampliación de sus jurisdicciones y el mantenimiento de sus posiciones de poder y privilegio. Estos estudios se centran en la relación política de las profesiones

con el estado, su papel en el proceso político, su dinámica y estructura política y el análisis de sus redes de influencia y acción colectiva (Rodríguez y Guillén, 1992).

Con el fin de poder ejercer esta influencia en el Estado, las profesiones se agrupan en organizaciones corporativas, tales como los colegios profesionales o los sindicatos. Esta influencia se ejerce a través de circuitos paralelos al parlamento para la toma de decisiones y en ocasiones puede plantear problemas, fundamentalmente cuando se actúa persiguiendo intereses gremiales o sectoriales perdiendo de vista los de la colectividad, o cuando abusan de su posición para aumentar sus privilegios, agravando comparativamente a otros (Pérez y Giner, 1988). De esta manera lo que más importa en política es la capacidad de persuasión y no quién tiene razón (Subirats, 2001).

Como consecuencia de todo lo anterior, se puede inferir que el Derecho, la legislación e incluso la objetividad de los propios jueces, pueden estar influidos por intereses particulares o en este caso gremialistas. De hecho, estos temas traen en muchas ocasiones de cabeza a los estudiosos de la sociología y la filosofía del derecho (Fariñas, 1994; Bolaños y Pérez, 1999; Bunge, 2000; Redondo, 1997; Sunstein, 2002). Aunque esto también puede ser visto, tal y como apuntan algunos de ellos de forma positiva: las leyes no son algo estático; las leyes pueden cambiar y por lo tanto la sociedad también.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Las preguntas que vamos a intentar dar respuesta mediante el presente trabajo, son las siguientes:

- ¿Cuál es el contexto en el que se redacta la legislación de las Especialidades de Enfermería en España de 1987?
- ¿Qué aspectos de la configuración de las profesiones sanitarias han influido negativamente en el desarrollo de las Especialidades Enfermeras?
- ¿Qué aspectos culturales y organizacionales del sistema sanitario español han influido negativamente en el desarrollo de las Especialidades de Enfermería?
- ¿Por qué no se han desarrollado las Especialidades de Enfermería desde 1987?
- ¿Qué consecuencia puede traer la nueva legislación de 2005?

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

El trabajo se puede enmarcar dentro de la investigación histórica. El objeto histórico a estudio es el desarrollo de las especialidades de enfermería en España, desde la ley de especialidades de 1987 hasta la de 2005.

La investigación histórica trata de dar un sentido a los acontecimientos (Leedy y Ormrod, 2001). La utilidad de la historia está lejos de toda duda: sin un pasado, no se puede comprender el presente, ni se puede desarrollar un sentido de nosotros mismos como individuos y como miembros de grupos (Kruman, 1985). De la misma manera debemos comprender el pasado para conocer el presente.

El centro del método histórico no es la acumulación de hechos, sino más bien la interpretación de los mismos. Por esto, la tarea del investigador histórico no es mera-

mente describir los acontecimientos que ocurrieron sino el presentar un razonamiento apoyado por hechos que expliquen por qué ocurrieron (Leedy y Ormrod, 2001; Matejski, 1986).

Se ha revisado la legislación más importante del sistema sanitario español así como la que afecta a la enfermería como profesión tanto en España como en la Unión Europea.

Se han consultado los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) relativos a la evolución de las profesiones sanitarias.

También se ha hecho un repaso de la prensa del periodo comprendido entre los años 1982 a 1990, a través de la hemeroteca del periódico El País, que se puede consultar on-line, sobre los artículos publicados concernientes a la profesión enfermera. El que sea un periódico y no por ejemplo las noticias de la televisión, no es algo casual. La televisión siempre ha tendido a idealizar más a la profesión médica. Para esto basta con observar las múltiples series en las que aparecen. La prensa, sin embargo, se ha convertido en uno de los canales de control de esta profesión, y ha contribuido a alterar el imaginario colectivo sobre los galenos (Llovet, 1992).

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Tal y como apuntábamos anteriormente, la Historia es una disciplina fundamentalmente interpretativa. por esto se suele decir que se trata de una actividad hermenéutica. El mundo no viene dado sino que es interpretado y construido desde algún punto de vista fijo localizable, un mundo que sólo se nos puede “aparecer” si sabemos como “cogerlo”, como construirlo, como darle un significado (Ceci, 2000).

Sobre estos principios, es necesario clarificar, que el análisis y la interpretación de los datos obtenidos se ha realizado en base al filósofo francés de la segunda mitad del siglo pasado Michel Foucault. De forma general, Foucault es un filósofo que utiliza la historia para proporcionar un nuevo punto de vista de las experiencias humanas y las interacciones sociales con miras a invitar a las personas a cambiar el statu quo en el que se encuentran (Allen, 2004). Se le define como un filósofo postmodernista y postestructuralista, aunque a él no le gustaba definirse así. A pesar del prefijo, el movimiento postmodernista convive junto al modernismo en vez de sustituirlo, tiene una relación con el modernismo más crítica que temporal. En definitiva trata de mirar la verdad desde la distancia más que desde dentro (Rolfe, 2001). Simplificándolo al máximo lo que se plantean es ¿La verdad que nos viene dada, es verdad? ¿De dónde procede la verdad?. Por esto a este grupo de filósofos también se les conoce como los filósofos de la sospecha. Mantienen una posición escéptica, que no hay que confundir con nihilista. Escepticismo hacia la autoridad, la sabiduría recibida y las normas culturales y políticas (Sim, 1998). El postmodernismo se está estableciendo como una herramienta práctica para analizar y mejorar la teoría, la investigación y la práctica enfermera.

Este filósofo está siendo cada vez más utilizado por las enfermeras y puede tener un profundo impacto en la manera en que concebimos a la enfermería como una disciplina y una profesión (Gastaldo y Holmes, 1999). Estos trabajos abordan los temas

más diversos: el propio concepto de cuidar (Paley, 2001), las especialidades de enfermería (Coton, 1997), la vigilancia de los pacientes en psiquiatría mediante cámaras (Holmes, 2001), la enfermería de quirófano (Riley y Manias, 2002) o los cuidados críticos (Henderson, 1994)

Varios de los aspectos centrales de la obra de Foucault son los discursos de verdad, el poder, el saber y la articulación de todos ellos. Para Foucault, cada sociedad posee su régimen de verdad. Define los discursos que hace funcionar como verdaderos o falsos, los mecanismos para sancionar a unos o a otros, las técnicas y procedimientos valorados para obtener la verdad y asigna en fin, una posición a quienes se encargan de decir qué es lo verdadero. En nuestras sociedades la economía política de la verdad tiene unas características propias. Existe un debate en torno a la verdad, en torno al conjunto de reglas en función de las cuales, se distingue lo verdadero de lo falso y se ligán efectos políticos de poder a lo verdadero. No se trata de un combate a favor de la verdad, sino en torno al estatuto de verdad y al papel económico-político que juega (Varela y Álvarez-Uría, 1999). Por “verdad” hay que entender un conjunto de procedimientos reglados por la producción, la ley, la repartición, la puesta en circulación, y el funcionamiento de los enunciados. La verdad está ligada circularmente a los sistemas de poder y a los efectos de poder, al “régimen” de verdad (Foucault, 1999).

La interpretación del poder de Foucault difiere de las tradicionales en varios aspectos. Fundamentalmente el poder no se posee sino que se ejerce. Al prestar atención en las relaciones de poder en sí mismas, Foucault se concentró en cómo los individuos están afectados por las relaciones de poder, por ello, las relaciones se convierten en no igualitarias y móviles (Manias y Street, 1999).

En el análisis de Foucault (Foucault, 1999), el poder y el saber están íntimamente conectados y se expresan como uno: poder-saber (término acuñado por el filósofo). Por esto, para Foucault, el conocimiento es una importante técnica de poder. El conocimiento refuerza y apoya a los regímenes de verdad. Además, el poder se genera y modifica con cambios en el saber. De esta forma, el poder genera saber (conocimiento) y el saber (conocimiento) genera poder: “El poder produce saber (no sólo simplemente para generar poder o para aplicarlo porque sea útil); ese poder y ese saber implica directamente al uno con el otro; no puede haber una relación de poder sin la constitución correlativa de un campo de saber, ni tampoco ningún saber que no presuponga ni constituya relaciones de poder al mismo tiempo. Estas son “relaciones de poder-saber” (Foucault, 1999).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CONFUSIÓN EN LOS CONCEPTOS DE EXPERTO Y ESPECIALISTA

El Consejo Internacional de Enfermería (ICN, 1992) define la especialización como: “un nivel de conocimiento y habilidades en un aspecto particular de la enfermería que es mayor que aquel que se adquiere durante el trascurso de la educación enfermera básica”, y a una enfermera especialista como: “a una enfermera preparada más allá del nivel de una enfermera generalista y autorizada a trabajar como una

especialista con experiencia avanzada (advanced expertise) en una rama del campo de la enfermería. La práctica especializada incluye la clínica, la enseñanza, la administración, la investigación y los roles consultivos. La formación postbásica para la práctica especializada es un programa formalmente reconocido de estudio construido sobre la formación general de la enfermera y que proporciona los contenidos y la experiencia que aseguran la competencia en la práctica especializada”. Definiciones similares han realizado la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2003b) o la Red Europea de Asociaciones de Enfermería (European Network of Nursing Organizations, 2000).

A partir de aquí podemos establecer que para ser una enfermera especialista son necesarios conocimientos y habilidades avanzadas y que se deben adquirir mediante algún tipo de programa de formación.

En nuestra opinión, en el imaginario colectivo de la enfermería española, uno de los problemas habituales que podemos encontrar en los últimos tiempos, es la confusión entre los conceptos de experto y de especialista.

En cualquier caso el punto que más confusión genera es el de las competencias. Cuando se habla de “práctica avanzada” (advanced practice), en el contexto anglosajón y tal y como se recoge en la definición del ICN, se refiere a funciones, habilidades o destrezas diferentes a las que realiza una enfermera generalista, y por lo tanto no es sólo una cuestión de conocimientos. Por lo tanto una enfermera especialista tiene unos conocimientos avanzados sobre una rama, que una institución acredita, pero sobre todo realiza una serie de funciones y puede hacer una serie de cosas que no desempeña una generalista.

El reconocimiento de una experiencia avanzada se debería realizar mediante la carrera profesional. Experiencia avanzada, no es exactamente lo mismo que mayor experiencia, ya que como afirma Patricia Benner (2001), la experiencia no es algo que viene dado con el tiempo sino que se debe realizar de forma activa. La obra de Benner “From Novice to Expert” es un claro ejemplo de la construcción de la disciplina enfermera desde una perspectiva postmoderna, de abajo a arriba, de la práctica a la teoría.

El reconocimiento de la capacidad para la práctica avanzada en una determinada área se debe realizar mediante la especialización. De esta forma la especialización no es del todo garantía de experticidad. Puede haber una generalista experta así como una mala especialista y al revés.

En nuestra opinión, lo que muchas enfermeras reclaman en España es el ser reconocidas como expertas por su experiencia y por lo tanto no las especialidades.

TRANSICIÓN ESPAÑOLA HASTA 1987

La influencia que la profesión médica ha ejercido en el terreno de la salud no es algo nuevo. Su capacidad de presión sobre las élites políticas y económicas a lo largo de la historia le ha proporcionado la situación hegemónica que disfruta en la actualidad. De esta manera se ha conseguido hacer con saberes desarrollados por otros profesionales (Ehrenreich, 1988) y ha practicado un cierto control social, junto a grupos de poder (Foucault, 1991, Gálvez, 2002).

La influencia de este colectivo en las políticas sanitarias contemporáneas, son patentes en un gran número de países (van der Bussche, 1990; Frenk, 1990; Maynard, 1990; Ginzberg, 1990; Shuval, 1990; Iglehart, 2000). España no ha sido un caso diferente. Este tema ha sido estudiado por diversos autores, pero de forma amplia, profunda y brillante por Josep A. Rodríguez y Jesús M. de Miguel (Rodríguez y de Miguel, 1988; Rodríguez y de Miguel, 1990; Rodríguez, 1992a; Rodríguez, 1992b). Nuestra contribución en este punto no es más que un complemento, de la perspectiva enfermera, del trabajo realizado por estos autores, quienes se han centrado más en aspectos relacionados con el poder que con el monopolio.

Como vimos en la introducción las profesiones clásicas buscan el poder y la exclusividad. En el caso del poder, la corporación médica, liderada por su Colegio Profesional, vivió una auténtica batalla entre los años 1982 y 1986, con el primer gobierno socialista, encabezado por Ernest Lluch, como Ministro de Sanidad. El motivo fue la elaboración de la Ley General de Sanidad, que finalmente se aprobó en 1986, y que costó 14 borradores y cuatro años de conflictos, huelgas y disputas; que se prolongaron aunque con menor intensidad durante 1987. El Consejo General de Colegios de Médicos de España, se crea en 1925 (aunque ya posee antecedentes de mediados del siglo XIX) y es regulado por el régimen franquista en 1945 mediante el Reglamento de la Organización Médica Colegial, para tener una herramienta para el control político de un colectivo conocido por su capacidad de influencia y manobra política, además de sus relaciones con las clases altas. Durante la dictadura, las sucesivas reformas sanitarias marcan la progresiva dependencia de la profesión frente al Estado (y su mercado sanitario) que transforma las características del ejercicio de su profesión, que se asalariza y funcionariza progresivamente, y reduce su poder último sobre la organización de su trabajo y sobre la determinación del lugar donde son tratados los pacientes. La profesión pierde parte de su autonomía profesional pero en cambio asegura el monopolio legal sobre el amplio y difuso mundo de lo sanitario. Las reformas sanitarias intentadas desde 1976 reducen progresivamente parte de los privilegios heredados del franquismo: su poder en la organización y dirección de las organizaciones sanitarias y su amplio monopolio sobre lo sanitario. La herencia franquista para la profesión médica supone precisamente su debilidad política y su dependencia prácticamente total del Estado. La medicina pasó de ejercerse de forma liberal o en asociación sobre la población, a una sanidad que es el producto de organizaciones complejas que integran los servicios de varios profesionales. La organización del sistema sanitario hizo que pasase a ser un empleado. A cambio obtuvo el monopolio profesional, emplear a la casi totalidad de la profesión, el poder organizar su trabajo (combinando su ejercicio público con el privado), el aumento de la demanda sanitaria y además mantener a una gran parte del sector privado que vive de las deficiencias e insuficiencias del sector público. La primera década de la democracia se caracterizó por los intentos de la profesión para fortalecerse políticamente e independizarse del Estado, a través de una profesión médica ya más democrática, beligerante, organizada y gremialista. Se tenía que proteger de los intentos del Estado de introducir políticas y criterios de racionalidad en el sistema sanitario, del recorte de sus "libertades" a través de medidas como la ley de incompatibilidades (en un

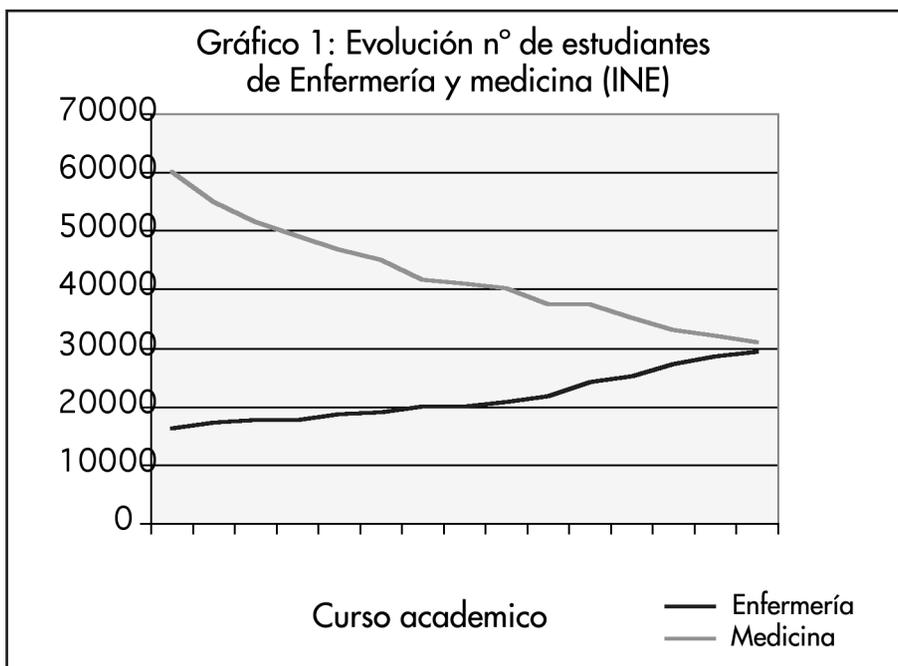
momento en que el paro entre los médicos empezó a ser un problema importante), o el cambio de un paradigma curativo a otro preventivo en el que otras profesiones cobran protagonismo mediante la reforma de la atención primaria.

Finalmente la LGS vio la luz en 1986. Su principal característica fue que no convenció a nadie, salvo a la CESM. La Confederación Española de Sindicatos Médicos, coalición conservadora pero no tan radical como el Colegio de Médicos, sí parece estar satisfecha con la presión prestada. De hecho su acceso e influencia política, aumenta progresivamente con los gobiernos socialistas.

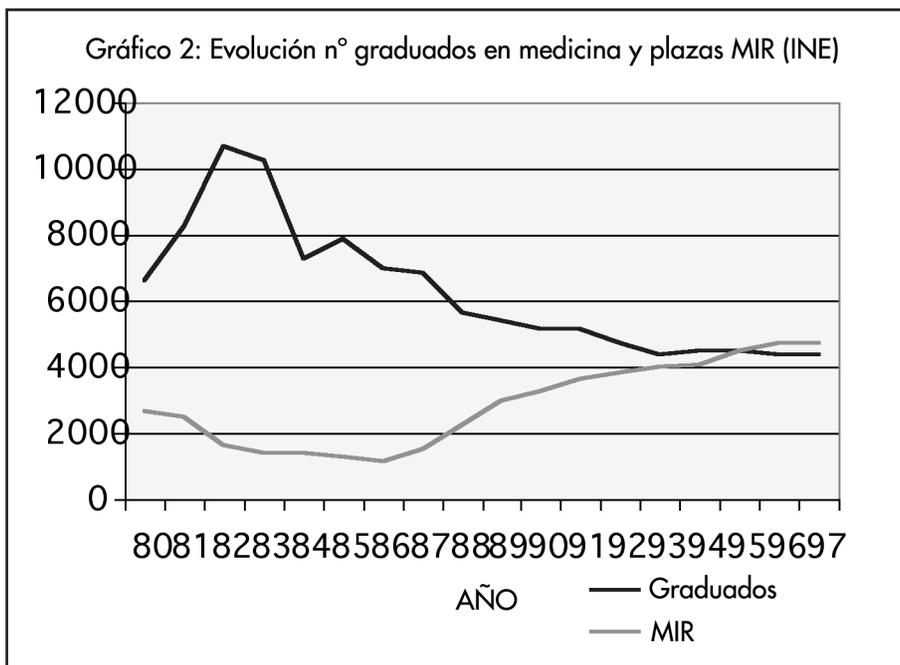
Tras las elecciones de 1986, el PSOE vuelve a conseguir la mayoría absoluta. Sin embargo, Ernest Lluch es uno de los pocos ministros que no renueva cartera. El primer gobierno socialista se diferencia del segundo por el alto nivel de proyecto ideológico, frente a un mayor pragmatismo y economicismo del segundo gobierno. La Organización Médico Colegial también renueva sus líderes.

CONDICIONES SOCIO-LABORALES DE LAS PROFESIONES SANITARIAS ESPAÑOLAS

Desde los años 70, el mercado sanitario español se ha caracterizado por una sobreproducción de médicos que fue especialmente intensa a principios de los 80 (González, 2000; European Observatory on Health Care Systems, 2000). A pesar de que se ha intentado corregir esta tendencia mediante una disminución paulatina del número de estudiantes de medicina (Gráfico 1), en la actualidad, España es uno de los países con un mayor número de médicos por habitante de todo el mundo.



Ocurre justamente lo contrario en la enfermería con respecto a Europa, como ya vimos en la introducción, a pesar del aumento del número de estudiantes de la diplomatura, que desde los años noventa no ha tenido un reflejo en el aumento de puestos de enfermería para estos profesionales. Además la oferta de plazas en formación como médico residente fue deficiente hasta finales de los ochenta (González, 2000), lo que originó una gran bolsa de licenciados que no pudo acceder a la especialidad (Gráfico 2), cuyas repercusiones son patentes incluso hoy en día. Todo esto como es lógico ha originado diferentes problemas.



El primero es el paro que afecta a ambas profesiones. En la medicina desde los 80 y en la enfermería desde mediados de los 90. En el caso de los diplomados, el desempleo en algún momento del año afecta a un 47% de los profesionales (SATSE, 1999), lo que está originando la migración forzosa a otros países. Algo similar ocurre con los médicos. Una consecuencia clara de esto es el aumento de la precariedad laboral del sector, al tener que conformarse un gran número de personas con lo que haya. Esta precariedad afecta a un 35% del personal de enfermería. En los médicos han sido famosas las contrataciones por guardia trabajada. Las desigualdades dentro de las propias disciplinas entre trabajadores con una misma titulación y que tan sólo se diferencian en la edad y en el tipo de contrato laboral (fijo o temporal) a dado pie a un auténtico sistema de castas dentro de ellas, con un grupo de profesionales que tiene que hacer frente a multitud de guardias, festivos o sustituciones, so pena de

padecer represalias tales como quedarse fuera del sistema, sabiendo que al día siguiente se va encontrar a otro trabajador dispuesto a ocupar el puesto del anterior.

Estas condiciones de precariedad han ayudado también a mantener bajo control a unos profesionales que están más preocupados por sobrevivir que por mejorar.

El aumento de las plazas de médicos interinos residentes, no solucionó el problema del paro, tan sólo lo alargó durante cinco años a estos profesionales, que al concluir la especialidad tienen el mismo final. El Sistema de Salud sin embargo obtiene otros beneficios. Tiene unos profesionales, eventuales, flexibles con un alto grado de sumisión que ante el aumento de la presión asistencial que ha experimentado el sistema en los últimos 25 años, se va a encargar de algunas de las tareas menos queridas, como por ejemplo las guardias. Es normal por tanto que a pesar de la disminución de camas hospitalarias que ha experimentado el sistema sanitario (Esteban et al., 1995), debido al aumento de la presión asistencial, el número de estos profesionales aumentase de forma regular.

Este aumento de residentes es otro de los factores importantes que explican el que no se desarrollen las especialidades de enfermería. El trabajo que realizan los MIR de los primeros años, son precisamente los que realizan las enfermeras especialistas en otros países (González, 2000; Mundinger, 1994). Es curioso observar como es el año de la creación de la ley de las especialidades enfermeras, 1987, el momento en que las plazas de MIR empiezan a aumentar de forma especial.

CONTEXTO DE LA LEY DE ESPECIALIDADES DE 1987

Históricamente, es difícil entender cómo pudo promulgarse la ley de especialidades de enfermería en 1987. Por supuesto la Organización Colegial Enfermera también intentó influir, así como los diferentes sindicatos. Aunque como hemos visto anteriormente, el monopolio fue uno de los principales objetivos de los médicos y su capacidad de presión mucho mayor. Los conflictos por las competencias entre médicos y enfermeras estuvieron a la orden del día y tuvieron una especial intensidad con la creación de las consultas de enfermería. Hemos podido contabilizar hasta 24 artículos en el periódico "El País", que recogen este problema, así como las opiniones de los distintos interesados entre los años 85 y 88. El Colegio de Médicos llegó a sancionar a facultativos que se mostraron partidarios de estas consultas (Expediente a dos médicos, 1986; Valenzuela, 1986). Tras la ley de especialidades, los médicos también mostraron su preocupación a perder competencias (Mercado, 1988) o lo que es lo mismo, el monopolio. Esto da una idea del ambiente que se vivía.

Por otra parte, como contábamos anteriormente, las posturas de los interlocutores médicos y políticos se flexibilizaron, con el cambio de los líderes de ambas esferas. De esta forma el gobierno estuvo más abierto a los intereses sectoriales (especialmente los más conservadores) y como resultado, la efectividad política de la Organización Médico Colegial, la Organización de Centros Sanitarios Privados y los Colegios Provinciales aumenta. Especialmente la CESM, en el terreno administrativo (Rodríguez, 1992). A partir del 86 se empezó a construir una nueva política de acomodación de la clase médica, siendo la negociación el nuevo vehículo político.

No se trataba de derrotar al contrario, sino de acumular poder y legitimidad para reestablecer las bases de la estructura sanitaria del país (Rodríguez y de Miguel, 1988). Por lo tanto es extraño que se crease esta ley de especialidades de enfermería, en un momento de buen entendimiento entre médicos y administración, cuando esta podía ir contra sus intereses gremialistas y su monopolio.

1987. EL FIN DE LAS ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA

Desde que se aprobó la ley de especialidades de 1987 hasta la actualidad, sorprendentemente hemos podido observar como tan sólo se han desarrollado dos: la de enfermería obstétrico ginecológica y la de la enfermería de salud mental. Además estas salen a la luz tras varias sanciones de la Comunidad Económica Europea por su falta de desarrollo (Pacheco, 1999; European Commission, 1998). Lo que viene a demostrar una clara falta de interés por parte de la administración.

El caso particular de la especialidad de salud mental merece un capítulo aparte. La situación en que se encuentra se puede calificar de ionesca por lo absurda y tan sólo es posible en un país con tantos exponentes sobresalientes en las artes surrealistas como es el nuestro. En primer lugar está fuera de toda lógica que se desarrolle una especialidad y no se permita que al concluirla se pueda ejercer en el sistema público o que se haya tardado más de cinco años para que unas pocas autonomías la empiecen a tener en cuenta a la hora de cubrir puestos de generalista en el campo de la salud mental. Siguen quedando ambiguas las funciones, lo que origina que una interpretación conservadora del plan de estudios permita realizar a una generalista, las mismas funciones que una especialista. Intencionadamente o no, se confunde especialista con experto.

A partir de todo esto, con el tiempo se ha podido comprobar, como la parte más importante de la ley de 87 y que más repercusiones ha tenido sobre la práctica ha sido la última, la Disposición Derogatoria en la que se anulaban las especialidades anteriores. En definitiva, la utilidad de la ley de las especialidades de enfermería del 87 fue acabar con ellas, lo que le ha otorgado el monopolio del campo de actuación a la profesión médica. Esto sí tiene un sentido, dado el contexto histórico en el que se desarrolla.

2005. MÁS DE LO MISMO

Ante todo hay que recalcar que este nuevo Real Decreto nace con la unificación de planes de estudio en Europa a la vuelta de la esquina, y por lo tanto, con la obligación impuesta, de que cualquier enfermera especialista de la Unión, pueda convalidar su título en España. Se trata por tanto de una ley paraguas que permitirá a las especialistas de otros países convalidar el título, aunque si se sigue como en Salud Mental, no podrán trabajar como especialistas o realizarán muchas menos funciones que en sus países de origen. También hay que tener presente el compromiso de los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud, para potenciar y fortalecer el papel de las enfermeras en los Sistemas de Salud de Europa a través de la Declaración de Munich (WHO, 2000b) y la 24ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud de 2001.

Si la directriz en 1987 era “nadie va a ser enfermero especialista”, con el Real Decreto 450/ 2005 sobre especialidades de enfermería, la consigna es todos van a ser enfermeros especialistas, con algunas matizaciones como veremos más adelante, con lo que las especialidades siguen quedando heridas de muerte desde su comienzo.

Sobre el Real Decreto se puede decir en general que lo que realmente hacía falta era poner en práctica el anterior y no uno nuevo. Este consigue corregir algunos “fallos” que aparecían en el anterior.

El Real Decreto comienza “pidiendo disculpas” en su introducción por no tener en cuenta las recomendaciones de la Unión Europea en esta materia, y sí las previsiones constitucionales y las competencias autonómicas, sin que se aclare dónde estaban las incompatibilidades entre la primera y las segundas y sin que exista justificación científica para no hacer caso a tales recomendaciones. La consecuencia es alejarnos una vez más de la enfermería avanzada que existe a nuestro alrededor, con las consecuencias sobre la salud de los ciudadanos, sobre el sostenimiento del sistema sanitario y sobre la profesión enfermera.

Sobre las especialidades que se establecen hay que tener en cuenta los siguientes puntos. Algo positivo es que se reconozca la especialidad de enfermería del trabajo. Sin embargo ha caído con respecto a la ley del 87 la de gestión, lo que es indicativo de la calidad y eficiencia que se pretende dar al Sistema de Salud, y que cronifica nuevamente el enchufismo y el politiqueo generalizado. También se hace una especialidad de algo general como son los Cuidados Médico-Quirúrgicos, lo cual supone ya de base un sinsentido (sin entrar a analizar el propio nombre en sí). Posiblemente haberla llamado Enfermería Clínica Avanzada, hubiese podido traer problemas a nivel Europeo ya que esta es la que realizan las “Nurse Practitioners”. También Cuidados Médico-Quirúrgicos es un cajón “desastre”, que permitirá convalidar prácticamente cualquier especialidad de fuera, aunque la de origen quede completamente desnaturalizada. Con lo cual llegamos al punto clave: no es tanto el nombre, como las funciones que se les pretenda dar a cada una de las especialidades y que deberán quedar claramente establecidas, tal y como establece el artículo 7 sobre los programas de formación.

A este nivel conviene recordar que en España se viene trabajando en el proyecto internacional NIPE, mediante la colaboración del Consejo de Enfermería de España y el Ministerio de Sanidad, para el desarrollo de los famosos NIC y NOC (intervenciones y resultados enfermeros) en contacto con enfermeras estadounidenses. Este es el enésimo intento por importar la metodología que utilizan al otro lado del Atlántico (y que defendemos en algunos de sus puntos), a nuestro país, donde el contexto socio-profesional y socio-sanitario es radicalmente diferente. Baste con recordar de nuevo que allí hay casi cuatro veces más enfermeras que aquí y por lo tanto los ratios enfermera-paciente, también son muy diferentes. La tecnología que disminuye la burocracia, allí es un hecho, mientras que aquí se está comenzando a implantar. Por todo esto hay que reflexionar sobre la validez y fiabilidad de los hallazgos que aquí se obtengan en este proyecto internacional. Por otro lado, si las especialidades que se desarrollen no contemplan las funciones recogidas en el NIC (entre otras intubar,

prescribir medicación o realizar psicoterapia), habrá que plantearse el papel de la Organización Colegial Enfermera de España en el citado proyecto.

En cualquier caso, si se está trabajando a nivel del Consejo y Ministerio en intervenciones enfermeras (funciones) y resultados, parece lógico pensar que las especialidades deberían recoger estas funciones, con el fin de desarrollar una política sanitaria basada en la evidencia. De lo contrario, estos trabajos en los que se está invirtiendo tanto esfuerzo y dinero, pueden quedarse en pura entelequia y no servir más que para dar una imagen interna y externa que no se corresponde con la realidad.

Con todo esto, las funciones que se debería dar a estas especialidades, no deberían ser otras más que las que se recogen y están siendo validadas por este proyecto, en el libro *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (McCloskey y Bulecher, 2005), en el apartado, Intervenciones centrales según especialidades de enfermería. Hay que recordar, por poner ejemplos que en el campo de la salud mental se recogen funciones independientes como la terapia de grupos, la terapia cognitivo- conductual, o la terapia familiar- sistémica o en el terreno de la enfermería familiar la prescripción de medicación, o la intubación en la enfermería de anestesia (especialidad que inexplicablemente no está presente en el nuevo real Decreto).

La forma de convalidación de los títulos antiguos, pero sobre todo la forma de acceder a la especialidad de las enfermeras que trabajan en los diferentes servicios deja claro que se sigue confundiendo especialista con experto. ¿Es suficiente haber trabajado cuatro años en una unidad y pasar una prueba para ser especialista?. Además este tipo de titulación podría estar en contradicción con lo que promueve el Consejo Internacional de Enfermería (ICN), y que es una formación reglada.

Ante la avalancha de enfermeras “especialistas” que previsiblemente se va a producir en los próximos años, el Real Decreto recalca un punto que parece obvio, en la Disposición Adicional Tercera, para que no quepa ninguna duda: el que se posea la especialidad no implica el ocupar un puesto como tal de forma automática. Esto vuelve a plantear la incógnita sobre las salidas profesionales tal y como ocurre con la Especialidad de Salud Mental, que se puede estudiar pero no se puede practicar. También plantea situaciones como el que una unidad se beneficie de tener “enfermeros especialistas” sin que a estos les suponga nada.

Esperamos también, que el número de enfermeras por habitante, que en estos últimos años debido a la inmigración ha empeorado notablemente, no se intente mejorar mediante el empleo de mano de obra barata (residentes de enfermería), sin ninguna salida profesional. También habrá que estar atentos sobre quienes organizan los cursillos de convalidación y qué obtienen de ellos.

En definitiva el Real Decreto, puede contentar a muchas enfermeras al ver que poseen un papel más que dice que son especialista, pero que de nada servirá si no se dejan bien claras cuáles son las funciones y las salidas profesionales. Pan para hoy, y hambre para mañana. Aunque hay que reconocer, que de cara al exterior, la enfermería española en las estadísticas, quedará muy bien al decir que se ha aumentado el número de enfermeras (residentes) y el número de enfermeras con el título de especialista (esto ya se hizo con los médicos), aunque ninguna trabaje como tal ni ejerza las funciones específicas.

FOUCAULT PODRÍA HABER SIDO UNA ENFERMERA ESPECIALISTA ESPAÑOLA

A partir de todo lo anterior se puede constatar cómo cada vez que la enfermería española ha vivido un momento social óptimo para su desarrollo, que además suele coincidir con cesiones de poder por parte de la profesión médica sobre el mercado de la salud, el corporativismo médico ha pasado como un rodillo para hacerse con el poder del sistema sanitario y con la exclusividad del campo de actuación. Por esto o se destruyen a los especialistas de enfermería anteriores (como eran los practicantes), o se cambian o modifican las funciones de los que quedan (como con la ley del 55, la del 87 o la del 2005), o el desarrollo es incompleto o desde una perspectiva más de experto que de especialista (como ocurre con la especialidad actual de salud mental).

Pero no se trata únicamente de conseguir la exclusividad. Se trata de que perdure el “régimen de verdad”, que mantiene en su hegemonía a los médicos españoles. Discurso que dice básicamente que las ciencias de la salud son la medicina, y que la medicina sólo la practican los médicos. En este sentido, cualquier aumento en el saber enfermero nos otorgaría poder, con el peligro que esto conlleva para el mantenimiento de su discurso. Se entiende en este sentido que de igual forma, no se haya permitido la salida a la luz de la Licenciatura en Enfermería, que no tiene a priori ninguna repercusión sobre la práctica clínica, pero que abre las puertas de la investigación a las enfermeras de este país, con el riesgo nuevamente de producir nuevos saberes.

En el caso de las especialidades, se prefiere mandar a miles de médicos al paro, tras concluir su especialidad (a los que se les necesita para que realicen fundamentalmente las guardias) en lugar de ceder en este poder-saber, reduciendo el número de estudiantes de las facultades de medicina y desarrollando las especialidades de enfermería. Las especialidades de enfermería también podrían tener ventajas para los médicos como acortar las especialidades, al no tener que pasar por servicios para hacer guardias que no tienen nada que ver con su especialidad. El acortamiento de la carrera también haría más fácil la planificación de los recursos humanos del sistema sanitario, que en la actualidad se debe hacer prácticamente a diez años vista.

Como veíamos, Foucault está interesado en la microfísica del poder, en cómo se ejerce. En este sentido la falta de una legislación clara sobre las competencias de cada uno, así como la falta de capacidad en la toma de decisiones de los puestos de dirección y supervisión de enfermería (que son de libre elección con lo que todo esto conlleva), ha hecho que la enfermería siga siendo una profesión supeditada a la voluntad de los médicos. En todo este periodo pueden haber cambiado las formas pero no el fondo. Desde la cultura organizacional este es un hecho bien estudiado. Como dice Schein (1985), la falta de unas normas claras en las instituciones hace que prevalezcan las del pasado o las de la costumbre. Siguiendo con su analogía, las hojas nos impiden ver el tronco y las raíces. Según en qué unidad se esté, gracias a este vacío y ambigüedad de la legislación, según qué médico trabaje se podrán oír cosas como ¿quién eres tú para...? o habrá que seguir poniéndole el café por la mañana a algún psiquiatra de Valencia.

Este cambio sin cambio también es visible en la propia enfermería, dejando al descubierto las estructuras pasadas. El paradigma imperante sigue siendo el tecnológico, que era más propio de los ATS. Una buena enfermera es aquella que es un buen técnico. Esto ha estado motivado en gran medida por la educación práctica que siguen recibiendo los estudiantes de enfermería de pregrado en régimen de residente, como antaño, más que en un verdadero proceso de enseñanza aprendizaje. De esta forma las enfermeras de ahora, han aprendido en su proceso de enculturación profesional, a través de sucesivas generaciones, el “discurso de verdad” de los ATS que es el que sigue prevaleciendo. Lógicamente defendieron, sin que a penas nadie mostrase oposición, su poder-saber. No es de extrañar por tanto que entre nosotros y a través de los circuitos oficiales se nos siga denominando ATS. La defensa de este “régimen de verdad tecnológico enfermero” es el que en ocasiones nos lleva a afirmar con rotundidad que “somos las mejores enfermeras de Europa”, sin apenas presentar criterios de comparación. En cierta manera esto se podría interpretar como un auténtico trastorno de la personalidad narcisista colectivo. Pero también lleva implícita una pregunta de difícil contestación y que ayuda a perpetuar las estructuras y el poder-saber actual: si somos tan buenos, ¿para qué cambiar?.

También se está creando una imagen del país en le exterior que no se corresponde a la realidad, a través de una serie de errores, que empiezan a costar creer que son casuales. En el campo concreto de la enfermería hemos encontrado varios. En la encuesta sobre profesiones sanitarias que realizó la OMS en 1997 (WHO, 1998), el número de profesionales de enfermería que se facilitó fue el de colegiados, y no el de los puestos de trabajo de enfermería, que eran en realidad casi la mitad. En otro trabajo de la OMS (García-Barbero y Goicoechea, 2002) se afirma que las enfermeras especialistas españolas trabajan en las áreas de salud mental, pediatría, salud comunitaria, matronas, cuidados especiales, geriatría, así como en gestión y administración. En el estudio internacional realizado por la OCDE sobre las especialidades de enfermería, y en concreto las Family Nurse Practitioner, la persona que contestó la encuesta de nuestro país afirmó que las enfermeras especialistas de España pueden prescribir medicación (Buchan y Calman, 2004). En otro trabajo sobre especialidades, este realizado por la Unión Europea (European Comisión, 2000) se afirma que las enfermeras interinas residentes cobran aproximadamente el 80% de salario de una enfermera corriente. No es de extrañar que hace unos años el sistema sanitario español fuese calificado como uno de los mejores del mundo, en un estudio de la OMS (WHO, 2000) que recibió diferentes críticas a nivel internacional por la dificultad para establecer parámetros de comparación entre sistemas de diferentes países (Blendon et al., 2001), así como su precisión en cuanto a la posición adelantada que ocupó nuestro país (Navarro, 2001; Belenes, 2003).

En cualquier caso, el hecho de ignorar el discurso enfermero así como su capacidad clínica, es un mal endémico en muchos lugares del mundo. De esta manera las contribuciones que realizan muchas enfermeras en el campo de la investigación, es pasada por alto en multitud de ocasiones, por el resto del colectivo de profesionales de la salud (Galao et al, 2005). El no reconocer el discurso de la enfermería como

válido, en ocasiones puede costar caro. Un ejemplo de esto lo aporta Ceci (2004), quien relata un caso que se saldó con la muerte de 12 niños al no ser atendidas las quejas de un grupo de enfermeras sobre la competencia de un cirujano pediátrico, al no considerarlas capacitadas para emitir este tipo de juicios o valoraciones.

Tras un primer enfoque radical que se plasma en esta microfísica del poder y que le lleva a afirmar que las libertades y los derechos del hombre se fundamentan más en la acción de hombres dispuestos a reivindicarlos y defenderlos que en el imperativo kantiano (Sauquillo, 2001), Foucault comienza a desarrollar el concepto de gubernamentalidad. Aquí empieza a prestar más atención en los aspectos “macro” del poder. La gubernamentalidad implica algo más que el gobierno, tiene que ver con los mecanismos de gobernanza de la sociedad. Se compone de dominación (soberanía), poder disciplinario (disciplina) y el gobierno de los otros y de uno mismo (gobierno). En resumen, el gobierno se refiere a conducir a los otros y a uno mismo, y gubernamentalidad a cómo hacerlo (Holmes y Gastaldo, 2002). Una forma de poder disciplinario se ejerce sobre aquellas enfermeras que se intentan alejar del régimen de verdad de la enfermería o la medicina. Este se sustenta sobre la inestabilidad laboral que se ha propiciado al no crear más empleos de enfermería, saturar el mercado de profesionales y disminuir la calidad del empleo al no convocar oposiciones. En este contexto el enchufismo es algo que tiene lugar con demasiada frecuencia. El salirse de la norma supone el que a uno no le llamen, o no lo vuelvan a hacer para trabajar o cubrir una baja. Muchos de los puestos de dirección puestos a dedo tienen como principal misión el hacer que esta cultura organizacional que determina lo que es bueno y lo que no, y las formas correctas de comportamiento, se mantenga. Tan sólo variarán las formas, pero el resultado será el mismo. Tal y como apunta Curtis (1995): “El poder opera dentro de diminutos, sutiles y complejas ramificaciones establecidas por autoridades competentes. En la era de la gubernamentalidad, el poder está extendido y se confía a agentes que pueden asegurar el óptimo funcionamiento de este nuevo arte de gobierno”. Por esto se comprende, que la profesionalización de los cargos de dirección y supervisión, no sea una prioridad entre nuestros políticos, sean del color que sean.

Tal y como apunta Foucault, allí donde hay poder, hay resistencia. En este sentido, tal y como apunta O’Farrell, recogido por Allen (2004): “A través del examen riguroso de la historia podemos ver que la presente situación en cualquier dominio no es una estructura inamovible y que no es más que el producto de una completa colección de acciones y decisiones hechas por muchas personas durante un largo periodo de tiempo. Las cosas no han sido siempre como son ahora y pueden ser cambiadas incluso en el más mundano y aparentemente insignificante de los niveles por lo que finalmente llegarán a ser diferentes mañana”

CONCLUSIONES

- La evidencia científica demuestra cada día con más firmeza, que las especialidades de enfermería son rentables desde un punto de vista económico, y que las funciones y actividades que desempeñan, tienen la misma calidad o más que si las hicie-

se un médico. Por lo tanto la eficacia y la eficiencia no son las razones que impiden la implantación de las especialidades en España.

- La Ley de Especialidades de Enfermería del año 1987, se aprueba tras una ardua batalla por el poder entre las asociaciones corporativas médicas y la administración, en la que los médicos pierden cuota de poder. Sin embargo, a partir del año anterior, el 86, con el cambio de los representantes, las posiciones se suavizan notablemente, llegando a un nuevo clima de entendimiento y negociación.
- La Ley de Especialidades de Enfermería del año 1987, sirve realmente para acabar con ellas. Esto le otorga el monopolio del mercado a la profesión médica. Así también se entiende la sospechosa falta de voluntad política por desarrollarlas en los últimos años.
- El Real Decreto de Especialidades de 2005 sale a la luz nuevamente por presiones europeas y para contentar a corto plazo a un buen número de enfermeras.
- A menos que el desarrollo del Real Decreto de 2005 no sea el correcto, podría servir tal sólo para aumentar el número de enfermeras por habitante con mano de obra barata (residentes) y para crear una imagen exterior que no se corresponde con la realidad.
- La configuración de las profesiones sanitarias de nuestro país es radicalmente diferente a la del resto de países de Occidente, con un número muy alto de médicos y un número muy bajo de enfermeras. Esto conlleva que el número de facultativos formándose como especialistas sea también muy alto. Sin embargo el paro y la precariedad laboral son preocupantes en ambas profesiones.
- El paro y la precariedad laboral han hecho perder fuerza a los movimientos corporativos desde las bases, tanto en la medicina como en la enfermería, al estar los profesionales más preocupados por subsistir que por avanzar profesionalmente. El sistema, con cargos directivos a dedo y el enchufismo a la orden del día, propicia que los profesionales no tengan más remedio que adaptarse a lo que hay o correr el riesgo de padecer represalias, que les dejaría fuera del mercado.
- El desarrollo de las especialidades de enfermería deberían estar acompañadas por reformas en el sistema sanitario, que se debería transformar para acoger a estos profesionales. También deberían acompañarse de cambios en el sistema de formación, con un aumento de estudiantes de enfermería, una disminución del número de estudiantes de medicina, y una disminución de plazas MIR. Para poder implantar estas reformas se necesitaría un mínimo de 10 años, lo cual es complicado si se tiene en cuenta que las políticas sanitarias de España (si es que las hay), se realizan a 4 años vista.
- El corporativismo médico y su influencia en la política (con independencia del color del partido que se encuentre en el poder) han supuesto un claro freno para las especialidades de enfermería. La implantación de estas supondría ceder parcelas de poder-saber, que pondrían en peligro su régimen de verdad y por consiguiente su monopolio y hegemonía en el mercado sanitario. En este contexto también se puede interpretar la no implantación de la licenciatura de enfermería. Antes que ceder, se prefiere dejar a un gran número de médicos en el paro, al finalizar sus estudios.

- El escaso desarrollo que tiene nuestra profesión en la actualidad se debe en gran medida a las presiones y sanciones de la Unión Europea. Sin estas sería aún menor.
- La especialidad de Enfermería en Salud Mental es un claro ejemplo de esto. Su plan de estudios tiene un perfil más de experto que de especialista y está plagado de ambigüedades. El que se pueda estudiar pero no aplicar a la práctica, no tiene sentido más que en el contexto de las luchas de poder y privilegio.
- La enfermería española padece una auténtica censura del saber, en el contexto de una dictadura del conocimiento.
- El desarrollo del Real Decreto de Especialidades de 2005 alargará el periodo “negro” sufrido por la enfermería y la población, entre 1987 y 2005. Algunos puntos del Real Decreto, en especial el proceso extraordinario, hacen pensar que las cosas vuelvan a cambiar en las formas, pero no en el fondo.
- Vistas las recomendaciones de las asociaciones europeas de enfermería y la Organización Mundial de la Salud, y sobre todo las normas de regulación del Consejo Internacional de Enfermeras, las especialidades de enfermería del decreto de 2005, no son especialidades de enfermería.
- No se puede entender el papel jugado por la Organización Colegial Enfermera de España como máximo órgano regulador de la profesión y representante internacional, en el desarrollo del decreto de especialidades de 2005, a menos que existan intereses particulares, económicos o al margen de la profesión.

NOTAS

¹ Una versión inicial de este estudio fue presentado como proyecto de investigación de la Especialidad de Salud Mental en la Unidad Docente de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, durante el periodo de residencia de 2004-2005, bajo el título: “Poder, corporativismos y el freno a la enfermería: el caso de la salud mental”

² Ministerio de Sanidad (2003)

BIBLIOGRAFÍA

- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH (1994) Lower mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(8), 771-787
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH (2002a) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 288(16), 1987-93.
- Allen, D (2004) Fishing for Foucault. *Nursing Standards*. 38(18): 20-21 Are specialist nurses cost-effective? (1995) *British Journal of Nursing*. 22(4):1320 [Carta al editor]
- B.O. (1970) Decreto 3193/ 70 de 22 de Octubre de 1970 por el que se crea la Especialidad de “Psiquiatría” en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios. *Boletín Oficial* de 9 de Noviembre.
- B.O.E. (2004) Ley 44/ 2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *BOE* nº 280
- Baradell, JG (1995) Clinical outcomes and satisfaction of patients of clinical nurse specialists in psychiatric-mental health nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*. 43(8):240-250
- Beaumont, JF (1986, 8 noviembre) Los expedientes a médicos por delitos de opinión ponen en tela de juicio la actual ley de Colegios. *El País*.
- Belenes, R (2003) Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*. 17(2): 150-6
- Benner, P (2001) *From Novice to Expert*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Blendon, RB; Kim, M; Benon, JM (2001) The public versus the World Health Organization on health systems performance. *Health Affairs*. 20:10-20
- Bolaños, B; Pérez, AR (1999) La sociología del conocimiento y el problema de la objetividad del derecho. *ISONOMÍA*. 10: 1-14

- Borbasi, S (1999) Advanced Practice/ Expert Nurses: Hospital can't live without them. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 3(16):21-29
- Buchan, J y Calman, L (2004) Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. OCDE Health Working Papers NO. 17. París: OCDE
- Bunge, M (2000) El derecho como técnica social de control y de reforma. *ISONOMÍA*. 13: 121-137
- Cabrero, J; Richard, M (2001) Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. San Vicente de Raspeig: Publicaciones de la Universidad de Alicante
- Ceci, C (2000) Not innocent: the relationship between knowers and knowledge. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2(32): 57-73
- Ceci, C (2004) Nursing, knowledge and power: A case analysis. *Social Science Medicine*. 59: 1879-1889.
- Cho, SH; Ketefian S, Barkaukas V, Smith DG (2003) The effect of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical cost. *Nursing Research*. March/ April, 52(2): 71-79
- Cornwell, C; Chiverton, P (1997) The Psychiatric Advanced Practice. Nurse with prescriptive authority: Role development, practice issues, and outcomes measurement. *Archives of psychiatric nursing*. 2(11):57-65
- Cotton, AH (1997) Power, Knowledge, and the Discourse of Specialization in Nursing. *Clinical Nurse Specialist*. 1(11): 25-29
- Crockerham, WC (2002) Sociología de la medicina. Prentice-Hall, Madrid. ¿¿??
- Curtis, B (1995) Taking the state back out: Rose and Miller on political power. *British Journal of Sociology*. 46: 575-589
- Ehrenreich, B. (1988) Brujas, comadronas y enfermeras: historia de las sanadoras. La Sal, Barcelona.
- European Commission (1998, 27 Julio) Diplomas: infringement proceedings against France, Portugal, Greece, Italy, Belgium, Germany and Spain. Consulta 31 octubre, 2004, de la world wide web http://europa.eu.int/comm/internal_market/en/people/infr/707
- European Commission. Internal Market Directorate (2000) Study of Specialist Nurses in Europe. Spain. Consulta 31 octubre, 2004, de la world wide web http://europa.eu.int/comm/internal_market/qualifications/nurses/nurses-study-2000_en.htm
- European Network of Nursing Organizations (2000) Recommendations for a European Framework for Specialist Nursing Education: within which are cited European Directives 89/48/CEE and 92/51/EEC as amended in 1997. European Network of Nursing Organizations, París.
- European Observatory on Health Care Systems (2000) Health Care Systems in Transition: Spain. Ginebra :WHO European Region. Consulta 13 mayo 2004 de la world wide web <http://www.euro.who.int/document/e70504.pdf>
- Expediente a dos médicos favorables a las consultas de enfermería (1986, 16 octubre) El País. Copia editor.
- Fariñas, MJ (1994) Sociología del derecho versus análisis sociológico del derecho. *DOXA*. 15-16: 1013-1023
- Foucault, M (1991) Microfísica del poder. Madrid, Piqueta.
- Foucault, M (1999) Estrategias de poder. Barcelona, Paidós.
- Frenk, J (1990) The political economy of medical underemployment in Mexico: corporativism, economic crisis and reform. *Health Policy*. 15(2-3): 143-62
- Galao, R; Lillo, M; Casabona, I; Mora, MD (2005) ¿Qué es la enfermería transcultural? *Evidentia*. ene-abr 2(3)
- Galao, R; Lillo, M; Casabona, I; Mora, MD (2005b) Menos enfermeras igual a peores resultados y mayor mortalidad: Una aproximación a la realidad española. En prensa
- Gálvez, J (2002) La medicina bajo sospecha. Granada: Fundación Índex.
- García-Barbero, M; Goicoechea, J (2002) Health Care Delivery Profiles and Innovations in Selected European Counties. Valencia: WHO-Europe y Generalitat Valenciana
- Gastaldo, D; Holmes, D (1999) Foucault and Nursing: a history of the present. *Nursing Inquiry*. 6: 231-240
- Ginzberg, E (1990) The politics of the U.S. physician supply. *Health Policy*. 15(2-3): 233-46
- González, B (2000) Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de los desequilibrios. *Gaceta Sanitaria*. 14(3): 237-246
- Heitkemper, M; Bond, E (2004) Clinical Nurse Specialists: State of the profession and Challenges Ahead. *Clinical Nurse Specialist*. 3(8): 135-140

- Henderson, A (1994) Power and Knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault. 20: 935-939
- Hernández, JJ Ed. (1998) Legislación valenciana básica en materia de prevención de las drogodependencias. Valencia, Generalitat Valenciana- Conselleria de Benestar Social.
- Holmes, D (2001) From the iron gaze to nursing care: mental health nursing in the era of panopticism. *Journal of Psychosocial and Mental Health Nursing*. 8: 7-15
- Holmes, D; Gastaldo, D (2002) Nursing as means of governmentality. *Journal Of Advanced Nursing*. 38(6):557-565
- Iglehart, JK (2000) revising the Canadian Health Care System. *New England Journal of Medicine*. 342(26): 2007-12
- International Council of Nursing (1992) Guidelines on specialization in nursing. Ginebra, ICN.
- International Council of Nursing (2002) Patient safety. International Council of Nurses Press. Consulta 3 febrero, 2003, de la world wide web http://www.icn.ch/PR23_02.htm
- Kruman, MW (1985) Historical Method: Implications for nursing research. En Leininger, M Ed. *Qualitative Research Methods in Nursing*. Orlando: Grune & Stratton.
- Larson, MS (1977) The rise of professionalism. Berkeley, California: University of California Press citada por Rodríguez, J; Guillén, M (1992) Organizaciones profesionales en la sociedad contemporánea. *Revista Española de Investigación Sociológica*. 59: 9-18
- Leedy, PD; Ormrod, JE (2001) Practical research. Planing and design. New Jersey: Prentice Hall.
- Llovet, JJ (1992) El control de la prensa sobre la profesión médica: el caso de El País. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 59: 261-285
- Manias, E y Street, A (1999) Possibilities for social theory and Foucault's work: a toolbox approach. *Nursing Inquiry*. 7: 50-60
- Matejski, M (1986) Historical research: The method en Munhall, P; Oiler, CJ. *Nursing Research*. A qualitative perspective. Norwalk, Appleton-Century-Crofts.
- Maynard, A. (1990) The political dynamics of physician manpower policy. The case of Britain. *Health Policy*. 15(2-3): 93-104
- McCloskey, J y Bulechek, GM (2005) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Madrid: Elsevier
- Mercado, F (1988, 26 de Abril) Los médicos temen perder competencias ante los enfermeros. El País.
- Mervin, E; Mauck, A (1995) Psychiatric nursing outcome research: The state of the science. *Archives of Psychiatric Nursing*. 9(6):311-331
- Ministerio de Sanidad. Instituto de Información Sanitaria (2003) Datos básicos de la salud y los servicios sanitarios en España 2003. Consultado 13 de Mayo de 2004 en la [www](http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm)
- Mundinger M, (1994) Advanced-Practice Nursing- Good medicine for physicians?. *New England Journal of Medicine*. 3(330):211-214
- Navarro V (2001) Crítica a la sabiduría convencional. El informe de la OMS "WHO Health Systems: improving performance" y su relevancia en España. *Gaceta Sanitaria*. 15(5):461-466
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K (2002) Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*. 346(22),1715-22
- Pacheco, G (1999, 18 Junio) Informe sobre las especialidades de enfermería. Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental.
- Paley, J (2001) An archeology of caring knowledge. *Journal of Advanced Nursing*. 36(2): 188-198
- Pérez, M Ed.; Giner S (1988) El corporativismo en España. Barcelona: Ariel.
- Pine M, Hold K, Lou, Y (2003) Surgical mortality and type of anaesthesia provider. *AANA Journal*. 2 (71): 109-116
- Prevost, S (2002) Clinical Nurse Specialist Outcomes: Vision, voice, and value. *Clinical Nurse Specialist*. 3 (16):119-124
- Rafferty S, Elborn JS (2002) Do nurses do it better?. *Thorax*. 57: 659-660 [Carta al editor]
- Real Academia Española (2001) Diccionario de la Lengua Española. 22ª Edición. Madrid: Espasa-Calpe.
- Redondo, MC (1997) Teorías del derecho e indeterminación normativa. *DOXA*. 20: 177-196
- Riley, R; Manias, E (2002) Foucault could have been an operating room nurse. *Journal of Advanced Nursing*. 39(4): 316-324
- Rodríguez, JA (1992a) La política de las organizaciones de intereses médicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 59: 121-160

- Rodríguez, JA (1992b) Struggle and revolt in the Spanish health policy process: the changing role of the medical profession. *International Journal of Health Services*. 22(1):19-44
- Rodríguez, JA; de Miguel, JM (1988) Del poder de la corporación: el caso de la profesión médica española en Pérez, M Ed.; Giner S (1988) El corporativismo en España. Barcelona: Ariel.
- Rodríguez, JA; de Miguel, JM (1990) Salud y poder. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas-Siglo XXI.
- Rodríguez, JA; Guillén, M (1992) Organizaciones profesionales en la sociedad contemporánea. *Revista Española de Investigación Sociológica*. 59: 9-18
- Rolfe, G (2001) Postmodernism for health care workers in 13 easy steps. *Nurse Education Today*. 21: 38-47.
- SATSE (1999) Análisis del empleo en enfermería. Madrid: Sindicato de Enfermería
- SATSE (2004) Nueva legislación del sistema sanitario, análisis y comentarios. Sindicato de Enfermería, Madrid.
- Sauquillo, J (2001) Para leer a Foucault. Madrid: Alianza Editorial
- Saur, CD; Ford, SM (1995) Quality, cost-effective psychiatric treatment: a CNS-MD collaborative practice model. *Archives of Psychiatric Nursing*. 9(6):332-337
- Schein, EH (1985) Organizational culture and leadership. California: Jossey Bass.
- Shuval, JT (1990) Medical manpower in Israel: political processes and constraints. *Health policy*. 15(2-3): 189-214
- Siles, J (1996a) Pasado, presente y futuro de la enfermería en España. Alicante: CECOVA.
- Siles, J (1996b) Origen Histórico de la profesionalización de los cuidados mentales: practicantes, enfermeras y visitadoras psiquiátricas. *Enfermería Científica*. 174-175: 49-59
- Sim, S Ed. (1998) Postmodern thought. Cambridge: Icon Book. En Huntington, A y Gilmour, A. (2001) Re-thinking representations, re-writing nursing texts: possibilities through feminism and Foucauldian thought. *Journal of Advanced Nursing*. 35(6): 902-908
- Smoyak, S y Rouslin, S Ed.(1982) A collection of classics in Psychiatric Nursing Literature. New Jersey: Charles B. Slack.
- Subirats, J (2001) El análisis de las políticas públicas. *Gaceta Sanitaria*. 15(3):259-264
- Sunstein, C (2002) Las funciones de las normas regulativas. *ISONOMÍA*. 17: 43- 78
- Trovo, AM; Olivares, O; Oñorbe, JA (1995) Evolución del sector hospitalario español 1972-1991. *Gestión Hospitalaria*. 5(4):5-19
- Urden, L (1999) Outcome Evaluation: An essential component for CNS practice. *Clinical Nurse Specialist*, 1(13): 39-46
- Valenzuela, A (1986, 14 febrero) El Colegio de Médicos de Cádiz abre diligencias contra dos colegiados por defender las consultas de enfermería. *El País*.
- van der Bussche, H (1990) The history and future of physicians manpower development in the Federal Republic of Germany. *Health Policy*. 15(2-3): 215-31
- Varela, J y Álvarez-Uria, F. Introducción a un modo de vista no fascista en Foucault, M (1999) Estrategias de poder. Barcelona: Paidós.
- Vollman, K; Stewart, K (1996) Can we afford not have Clinical Nurse Specialists? *AACN Clinical Issues*. 7(2): 315-323
- World Health Organization (1998) WHO estimates of health personnel. Ginebra: WHO
- World Health Organization (2000) The World Health Report 2000- Health Systems: Improving Performance. Ginebra :WHO
- World Health Organization (2000b) Munich Declaration Nurses and Midwives- a Force for Health. WHO: Copenhagen.
- World Health Organization (2001) Quality of care: patient safety. World Health Organization Executive Board EB109/9. Consultado 14 septiembre, 2004, en la world wide web http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/EB109/eeb1099.pdf
- World Health Organization (2002) Orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2002.
- World Health Organization (2003) The World Health Report 2003- Shaping the future. Ginebra: WHO. Consultado 23 enero ,2004, en la world wide web <http://www.who.int/whr/2003/en/>
- World Health Organization (2003b) Nurses and Midwives: A force for health. WHO European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives. Ginebra, WHO.
- Zauszniewski, J; Suresky, J (2003) Evidencia for Psychiatric nursing practice: an analysis of three years of published research. *Online journal of issues in nursing*. Consultado 5 de octubre, 2004, en la world wide web http://nursingworld.org/ojin/hirsh/topic4/tpc4_1.htm

***INTRODUCCIÓN DE UN PROGRAMA
DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
EN OSTEOPOROSIS***

Garrigós Gordo, Isabel
*Enfermera. Consulta Externa Reumatología
Hospital General Universitario de Alicante*

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis es, según el manual de la Sociedad Española de las Enfermedades Reumáticas, “un trastorno esquelético caracterizado por un compromiso de la resistencia ósea que hace que una persona sea más propensa a sufrir fracturas”. Esta definición introduce un nuevo término: la resistencia ósea, remitiéndose no sólo a la densidad mineral ósea, sino también a la calidad del hueso, que se hacen porosos, se debilitan y, en consecuencia, pueden romperse con facilidad.

La masa ósea va aumentando a lo largo de la vida hasta alcanzar su pico máximo alrededor de los 30-35 años. A partir de esa edad, hay una pérdida progresiva de masa ósea de forma natural que puede verse acelerada por factores como la menopausia precoz, ser mujer de raza blanca o asiática, consumo excesivo de alcohol, cafeína o tabaco, dieta pobre en calcio, vida sedentaria, consumo prolongado de ciertos medicamentos, problemas que bloquean la absorción del calcio y ciertas enfermedades como diabetes, hipertiroidismo, artritis reumatoide.

Siendo la osteoporosis el proceso metabólico óseo más frecuente y, dado que las expectativas de vida son cada vez mayores, se ha convertido en una enfermedad de gran repercusión socio – sanitaria condicionando, de manera importante, el estilo de vida de las personas que la padecen. Afecta al 30-40% de mujeres postmenopáusicas y a casi el 50% de las personas mayores de 76 años. La proporción es de ocho mujeres por cada hombre afectadas.

Es una enfermedad que se instaura de manera silenciosa, hasta que un día, con un movimiento simple aparecen las fracturas que, además de dolorosas, pueden ser deformantes e incapacitantes. Otra complicación es el encovamiento de la espalda y la pérdida de estatura debido a la deformación de las vértebras. Es difícil dar datos sobre su prevalencia en la población general ya que los datos de que disponemos se basan en indicadores indirectos, como las fracturas.

El principal tratamiento de la osteoporosis es la prevención. Existen muchos factores sobre los que podemos intervenir para intentar evitar o al menos retrasar la aparición de todas estas complicaciones. Como profesionales de la salud, el personal de enfermería, debe desempeñar un papel fundamental en la educación, seguimiento y control de estos pacientes. El proceso educativo debe formar parte del tratamiento, desarrollarse de forma continua y adaptarse a las condiciones personales y sociales del individuo para tener un adecuado control sobre los factores de riesgo.

Ningún programa de salud se puede considerar completo si no incluye programas de educación sanitaria, en los que la mayor parte del tiempo de trabajo, en las diferentes etapas planteadas, corre a cargo del personal de enfermería

OBJETIVOS

El objetivo general es introducir un programa de educación para la salud en pacientes diagnosticados de osteoporosis atendidos en la Consulta de Reumatología. Nos proponemos conseguir que el paciente obtenga el mayor grado de autonomía mediante procesos de autocuidado y autocontrol.

Como objetivos específicos nos planteamos:

1. Conocer los factores de riesgo que pueden dar lugar a las complicaciones y actuar sobre ellos de manera preventiva.
2. Mejorar la calidad de vida de los pacientes y esto va a venir determinado por la evolución de las complicaciones.
3. Evitar el incumplimiento terapéutico. Los tratamientos de la osteoporosis son de larga duración y sus eficacia no siempre se percibe de forma inmediata.
4. Atender la demanda de los pacientes de mayor calidad asistencial y garantizar su participación en la toma de decisiones.

Una vez puesto en marcha este programa de educación sanitaria y, después de un periodo de 6 a 12 meses, diseñaremos las encuestas que nos ayudaran a evaluar si el paciente modifica o no sus comportamientos y actitudes de acuerdo a las recomendaciones recibidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Revisión sistemática de bibliografía sobre planes de cuidados.
- Búsqueda en Internet (enfermería, osteoporosis, menopausia.)
- Revisión sistemática de bibliografía para seleccionar los diagnósticos de enfermería más prevalentes en los pacientes diagnosticados de osteoporosis.
- Revisión de guías informativas de la SER.
- Búsqueda de artículos en revistas de enfermería sobre planes de cuidados.

RESULTADOS

Hemos seleccionado los diagnósticos de enfermería más prevalentes enmarcados en los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon ya que consideramos que se concede gran importancia a los aspectos biológicos de la persona junto a los psicológicos y, además, a los sociales.

CONTROL DE LOS DESEQUILIBRIOS NUTRICIONALES

En el tratamiento de la osteoporosis el seguimiento de una dieta adecuada nos va a permitir conseguir un aporte de calcio óptimo con el que conseguir masa ósea y prevenir la pérdida de mineral óseo. En un primer momento identificaremos los factores que impiden o dificultan el aporte de calcio necesarios para reducir o eliminar el riesgo de fracturas. Posteriormente analizaremos los aspectos que tenemos que tener en cuenta a la hora de introducir cambios en la dieta de un paciente .

Nuestras actividades seran:

- Conocer los habitos dieteticos del paciente y modificar solo los no adecuados.
- Explicar los cambios y, si es posible consensuarlos, para que sean lo menos traumatico y, ademas, facilitaremos su cumplimiento.
- Hacerlos extensibles, siempre que sea posible a los otros familiares.
- Control de peso.
- Restringir, o mejor suprimir, bebidas alcoholicas, cafeina y tabaco.
- Educación dietética: La ingesta diaria de calcio ha de ser de 1000 mg en adultos y de 1200 a 1500mg durante la adolescencia, embarazo, lactancia y menopausia. Las personas ancianas, con escasa exposición solar presentan , con frecuencia, deficit de vitamina D esencial para el desarrollo de nuestro esqueleto y para mantener la homeostasis del calcio y el hueso. Necesitamos entre 400y800 UI de vitamina D/dia que pueden obtenerse de la exposición solar.

PATRÓN ACTIVIDAD/ EJERCICIO

Uno de los aspectos más importantes es conocer el grado de actividad fisica del paciente, por si fuera este uno de los aspectos a modificar. El ejercicio fisico regular ayuda a mantener la masa ósea, incluso a reforzar los huesos, independientemente de la edad. Es necesario recomendar que se realice algún tipo de ejercicio, aunque su intensidad debe ser diferente dependiendo de la edad.

En personas mayores el ejercicio diario incrementa la masa muscular y la coordinación motora reduciendo el riesgo de caidas hasta un 25%

Nuestras actividades iran encaminadas a :

- Conocer el grado de actividad del paciente.
- Adecuar el ejercicio recomendado a la edad y estado fisico del paciente.
- Evitar la actitud sedentaria y fomentar la actividad fisica moderada.
- En los ancianos, sobre todo con masa ósea muy disminuida, hay que evitar los ejercicios de flexión de columna porque facilitan los aplastamientos vertebrales. Los ejercicios en extensión son recomendables, pero deben ser sencillos.
- Caminar regularmente, salir a bailar.... permite conservar la estructura osea.
- Utilizar un calzado adecuado a la actividad a realizar.

RIESGO DE LESIONES

La osteoporosis produce un debilitamiento del esqueleto y un riesgo importante de fracturas. Cuando afectan a vértebras dorsales o lumbares, hay pérdida de estatura y dolor. Hay perdida de movilidad si la fractura se produce en huesos de extremidades inferiores, en particular el cuello del fémur.

Nuestra actividades iran dirigidas a :

- Medidas preventivas para evitar las caidas, sobre todo en personas mayores.
- Vigilancia de factores ambientales : iluminación, superficies resbaladizas,
- Recomendaciones sobre revisiones visuales.
- Advertir sobre el uso de benzodiazepinas.
- En personas mayores con caidas frecuentes, recomendar el uso de protectores de cadera que pueden reducir hasta un 50% el riesgo de fractura de cadera.

CONCLUSIONES

Podemos definir la educación sanitaria como la “intervención social que tiende a modificar consciente y permanentemente el comportamiento relacionado con los problemas de la salud. Según Alessandro Lepilli, presupone el conocimiento del patrimonio cultural del grupo en cuestión y la determinación de sus intereses subjetivos, a la vez que exige el cambio de las resistencias que el propio grupo opone a la intervención”.

Para llevar a cabo este programa necesitamos la implicación del paciente. La enseñanza en el ámbito de la salud necesita de su participación activa en todo el proceso no sólo como factor motivador importante sino también como demostración de respeto hacia la persona capaz de tomar decisiones.

La enfermera, respecto al momento de iniciar esta educación, debe escoger el mejor momento para el paciente y, además, comenzar la enseñanza lo más pronto posible.

El contenido del programa debe servir para alcanzar los objetivos propuestos, adaptado a las características del grupo al que va dirigido y, además debe seguir la secuencia lógica de lo más sencillo a lo más complejo.

Los recursos disponibles, aparte del mobiliario de la consulta, serán documentos escritos y material informático y audiovisual. Facilitar la comunicación con enfermería a través del teléfono.

Respecto al método utilizado para la educación sanitaria será la Entrevista. Esta técnica nos va a permitir conocer al individuo y su medio, reflexionar acerca de sus problemas y ofrecerle soluciones prácticas.

Primera consulta

- Revisar la historia clínica.
- Después de la presentación realizaremos una entrevista-conversación que nos dará, en primer lugar, un perfil del paciente, información acerca de sus necesidades y expectativas y, además, estableceremos las estrategias que utilizaremos con posterioridad.
- Realizar una exploración física: peso, talla, T.A.....
- Iniciar la educación sanitaria teniendo en cuenta, siempre, el principio pedagógico de comenzar la enseñanza a partir de lo que el paciente ya sabe.
- Lenguaje claro y asequible.

Consultas de seguimiento y evaluación

Los objetivos de esta visita de seguimiento son comprobar que hay un manejo adecuado del régimen terapéutico, que se han corregido los déficits nutricionales y que se cumple el programa de ejercicio físico. Nuestras actividades serán:

- Comprobar que no se ha producido una desmotivación por incumplimiento de expectativas no realistas.
- Revisión de analítica hecha previamente.
- Peso y talla

- Comprobar el cumplimiento del tratamiento dietético, farmacológico, ejercicio físico. Detectar los incumplimientos y comprobar la motivación y la responsabilidad respecto a su enfermedad. Potenciar el autocuidado.
- Prevenir las complicaciones y detectarlas precozmente.
- Pedir nueva analítica para dentro de seis meses.

BIBLIOGRAFÍA

- NANDA. Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificaciones 2001-2002. Madrid : Harcourt, 2001.
- Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación. 3ª edición. Barcelona: Mosby/Doyma, 1996.
- Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Barcelona : Doyma, 1995.
- Riopelle, L. Grondin, L. Phaneuf, M. Ed. Interamericana. McGraw – Hill, 1993
- Novales, M V. Bellver A. Monton, J. Fernández, M. Juan, A. Dominguez, JM. Garibó, A. Rodrigo D. Agulló, P. Soler, MD. Cuidados de Enfermería. Analisis y Aplicación Práctica. Generalitat Valenciana, 1993,
- Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. Editorial Panamericana, 2004.
- Roig Escofet. Osteoporosis en la Práctica Clínica. Ediciones Mayo, 2005.
- Enciclopedia práctica de Enfermería. Editorial planeta, 1985.
- Revista de Enfermería Rol. Varios numeros.
- Revista Metas de Enfermería. Varios numeros.
- La enfermería basada en la evidencia científica. Mª Teresa Icart Isern. UB Virtual, 2003
- Enfermería Científica. Tomo I. Edit CIRDE SA, 1983
- Medicina Interna. Farreras, Rozman. Edit. Marin, SA. 1979

***APORTACIÓN ENFERMERA
EN LAS PREVENTIVAS DEL ADULTO***

García Giner, Bárbara Pilar. Alonso Gallegos, Adela. Sabater Oliva, María.
Espinosa Escrig, Marta. Poveda Arenas, Paloma. de Lizaur Gutierrez,
Sofia. Sabater Oliva, Irene
Centro Salud Florida de Alicante

Rosalinda Alfaro en su definición de proceso de atención de enfermería, nos recuerda que “Es un método sistemático y organizado de brindar cuidados de enfermería individualizados, se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del usuario (individuo, familia, grupo) a procesos vitales/ alteraciones de la salud reales o potenciales”.

En esta definición observamos que los cuidados de enfermería se orientan a las respuestas humanas de los usuarios en las distintas etapas del ciclo de la vida.

La madurez, es el periodo de la vida del adulto, comprendido entre la juventud y la vejez, después de haber alcanzado la plenitud vital, el individuo se mantiene en un alto nivel de sus funciones, pudiendo desarrollar todos los conocimientos, valores y actitudes adquiridos hasta ese momento. Es una etapa de estabilidad física, psicológica y social, condicionando que el usuario acuda de forma ocasional al sistema sanitario, por lo que mantener y potenciar la salud en cada uno de estos contactos es uno de los objetivos fundamentales de los profesionales de la salud para ayudarles a alcanzar una ancianidad con buena calidad de vida.

Por tanto, el objetivo principal de los cuidados de enfermería en el adulto en Atención Primaria es favorecer conductas saludables en los usuarios y las intervenciones de enfermería irán encaminadas a fomentar estas conductas mediante educación, motivación, asesoramiento, enseñanza y comunicación.

¿A quien irán dirigidos nuestros cuidados en Atención Primaria?

- A usuarios que soliciten un Examen de Salud del Adulto.
- Mediante consulta oportunista derivado de la consulta médica.
- Mediante captación activa de los profesionales de enfermería de las distintas consultas de asistenciales, cuidadores del programa de atención domiciliaria.
- A pacientes crónicos que acuden regularmente a las consultas de enfermería.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración, primer paso del proceso de enfermería, es la recogida deliberada y sistemática de datos, para determinar los estados de salud y funcional, actuales y pasados, de un usuario y evaluar sus patrones de afrontamiento actuales y pasados.

Los datos los obtendremos mediante entrevista, exploración física, observación y revisión de registros e informes, para identificar:

- Estado de salud presente y pasado.
- Patrones de afrontamiento presentes y pasados (capacidades y limitaciones).

- Estado funcional presente y pasado.
- Respuesta al tratamiento de enfermería o médico.
- Riesgo de problemas potenciales.
- Deseo de un mayor nivel de bienestar.

Para guiar a la enfermera en la recogida de datos que determinen el estado de salud del usuario M. Gordon desarrolló un sistema para organizar la valoración de enfermería basada en la función. Una vez finalizada la recogida de datos, la enfermera y el usuario pueden determinar un funcionamiento positivo o alterado, o una situación de riesgo de alteración del funcionamiento. Esta valoración sirve como herramienta para “estrechar el universo de posibilidades” (Gordon, 1994)

Los patrones funcionales de salud de M. Gordon, fueron elaborados a mediados de los setenta para enseñar la valoración y el diagnóstico en la Escuela de Enfermería de Boston:

1. Patrón de percepción de salud-control de la salud:
 - Patrón percibido de salud y bienestar.
 - Conocimiento de los hábitos y su relación con la salud.
 - Conocimiento de prácticas de salud preventivas.
 - Cumplimiento de las prescripciones médicas y de enfermería.
2. Patrón nutricional metabólico:
 - Describe el patrón habitual de alimentación, ingestión de líquidos.
 - Tipos de alimentos.
 - Peso actual, pérdida o ganancia de peso.
 - Apetito y preferencias.
 - Estado de piel y mucosas.
3. Patrón de eliminación:
 - Describe los patrones de función excretora de intestino, vejiga y piel.
 - Empleo de dispositivos de ayuda.
4. Patrón de actividad y ejercicio:
 - Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y recreo.
 - Capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (autocuidado, mantenimiento doméstico, trabajo, alimentación, compras, cocina).
5. Patrón de sueño y reposo:
 - Describe los patrones de sueño, descanso y relax.
 - Percepción de calidad y cantidad.
6. Patrón cognoscitivo-perceptivo:
 - Visión, gusto, tacto y olfato.
 - Aprendizaje.
 - Idoneidad del lenguaje.
 - Memoria.
 - Capacidad de tomar decisiones.
 - Quejas de malestar.
7. Patrón de autopercepción-autoconcepto:
 - Describe las actitudes respecto a uno mismo, sensación de valía.

- Percepción de capacidades.
 - Patrones emocionales.
 - Imagen corporal, identidad.
8. Patrones de rol-relaciones:
 - Describe los patrones de relaciones.
 - Responsabilidades del rol.
 - Satisfacción con las relaciones y responsabilidades.
 9. Patrón de sexualidad-reproducción:
 - Historia menstrual y reproductiva.
 - Satisfacción con las relaciones sexuales identidad sexual.
 - Problemas pre o posmenopáusicos.
 - Precisión de la educación sexual.
 10. Patrones de afrontamiento-tolerancia al estrés:
 - Capacidad para combatir el estrés.
 - Conocimiento de la tolerancia al estrés.
 - Fuentes de apoyo.
 - Número de acontecimientos vitales estresantes en el último año.
 11. Patrón de valores-creencias:
 - Describe los patrones de valores, creencias (incluidas las espirituales) y objetivos que guían las elecciones o decisiones del cliente.

Estos patrones funcionales de salud están interrelacionados, son interactivos e interdependientes. Cuando se valora el estado funcional de salud, la enfermera debe animar al usuario para que comparta con ella sus patrones actuales y pasados.

La valoración de un usuario que desea aumentar o mantener su nivel de salud ira encaminada a recoger datos en relación a su estilo de vida, factores de riesgo, actividades preventivas, enfermedades... En el cuadro I proponemos los patrones y preguntas que utilizamos en la valoración del adulto sano.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

En la segunda fase del proceso de enfermería, este profesional analiza los datos recogidos durante la valoración y evalúa el estado de salud del usuario. Algunas de las conclusiones extraídas del análisis de los datos conducirá a diagnósticos de enfermería y otras no. Es importante comprender que el resultado de este proceso puede abarcar tanto problemas tratados principalmente por el personal de enfermería, como problemas que necesitan tratamiento multidisciplinar.

En 1973 tuvo lugar el primer congreso sobre diagnósticos de enfermería, cuya finalidad era establecer el ámbito de los conocimientos de enfermería, pero fue en marzo de 1990, la asamblea General del noveno Congreso de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) la que aprobó una definición oficial del diagnóstico de enfermería:

“ El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a los procesos vitales. El diagnóstico de enfermería proporciona los fundamentos para la

selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras”.

Cuando la respuesta humana de una persona es la búsqueda de educación, información para mantener y aumentar su nivel de salud y bienestar, nos estamos refiriendo al diagnóstico de Enfermería NANDA 00084 "Conductas generadoras de salud"

Se define como "Estado en el que una persona que tiene una salud estable, busca activamente métodos para cambiar los hábitos higiénicos propios o el entorno, o ambas cosas, con el fin de alcanzar un nivel superior de bienestar".

Entendiendo salud estable como el cumplimiento de las medidas de prevención de la enfermedad adecuadas para la edad, la afirmación por parte del cliente de que tiene una salud buena o excelente, y el control de los signos y síntomas de la enfermedad, si existen.

Características definitorias:

- Principales: Deseo expreso o manifiesto de buscar información sobre el fomento de la salud.
- Secundarias: Deseo expreso o manifiesto de aumentar el control sobre la salud. Expresión de preocupación por el efecto de las condiciones ambientales actuales sobre la salud. Desconocimiento expreso o manifiesto de los recursos de la comunidad que promueven el bienestar. Desconocimiento expreso o manifiesto de las conductas saludables.

Factores relacionados:

- Cambios de rol previstos.
- Matrimonio
- Paternidad o maternidad
- Síndrome del nido vacío.
- Falta de conocimientos sobre: Conductas preventivas de enfermedades. Prácticas de reconocimiento adecuadas a la edad y el riesgo. Nutrición óptima y control de peso. Programa habitual de ejercicios. Control constructivo del estrés. Sistemas sociales de apoyo.

Cuando detectamos que la respuesta humana de un usuario es su deseo de cambiar un estilo insano de vida, como insatisfacción laboral excesiva, el sedentarismo, la falta de un descanso reparador, una dieta rica en grasas, sal o hidratos de carbono simples, el tabaquismo, la obesidad, el consumo excesivo de alcohol y un apoyo social insuficiente estamos hablando del Diagnóstico de Enfermería NANDA 00099: Mantenimiento inefectivo de la salud:

Su definición es la siguiente: “estado en el que una persona o grupo experimenta, o está en riesgo de experimentar, un trastorno en la salud debido a un estilo de vida insano o a la falta de conocimientos para manejar una situación”.

Características definatorias:

- Principales: Manifestación o demostraciones de hábitos o estilos de vida insanos, como:
 - Conducción temeraria de vehículo.
 - Toxicomanía.
 - Tabaquismo.
 - Sobrealimentación
 - Dieta rica en grasas
- Secundarias: Manifestaciones o demostraciones de:
 - Alteración de piel y uñas
 - Aparato respiratorio: Infecciones frecuentes, disnea de esfuerzo, tos crónica.
 - Cavidad oral: Lesiones frecuentes.
 - Aparato digestivo y nutrición: Obesidad, anorexia, caquexia.
 - Aparato locomotor: Dolor de espalda, de cuello, disminución de la fuerza.
 - Aparato genitourinario: Lesiones e infecciones venéreas frecuentes. Uso frecuente de productos farmacéuticos sin recetas perjudiciales (productos vaginales perfumados...).
 - Constitucionales: Fatiga crónica, malestar, apatía.
 - Neurosensoriales: Presencia de tics faciales (n convulsivos).
 - Psicoemocionales: Labilidad emocional, trastornos de conducta (compulsión, beligerancia). Sentimientos frecuentes de agobio.

Factores relacionados:

- Cambios de rol previstos.
- Interpretación errónea de la información.
- Desmotivación
- Falta de formación o disposición
- Falta de acceso a los servicios sanitarios adecuados.
- Educación sanitaria insuficiente
- Alteración de la capacidad para comprender secundaria a (especificar).
- Falta de información sobre los factores de riesgos que dependen de la edad.

PLAN DE CUIDADOS:

El plan de cuidados describe:

1. Priorización de los diagnósticos:

Ayudara a la enfermera a dirigir mejor sus recursos hacia el logro de objetivos.

2. Designar criterios de resultado y objetivos de enfermería:

Los objetivos del usuario y los objetivos de enfermería, son medidas utilizadas para evaluar el progreso (resultados) del usuario o la actuación de la enfermera (proceso). Según Alfaro (1994), “los objetivos del usuario son enunciados que describen

una conducta mensurable del cliente, familia o grupo, que denotan un estado favorable (modificado o mantenido) después de haber llevado a cabo un cuidado de enfermería”. Por otra parte, los objetivos de enfermería son enunciados que describen intervenciones mensurables que denotan la responsabilidad de la enfermera hacia la situación o diagnóstico. Los diagnósticos de enfermería tienen objetivos del usuario y los problemas interdisciplinarios tienen objetivos de enfermería.

Los objetivos del usuario sirven como criterios para medir la eficacia de un plan de cuidados. Puesto que estos criterios de resultado para los diagnósticos de enfermería representan estados favorables que se pueden alcanzar o mantener mediante intervenciones de enfermería prescritas (independientes), pueden servir para diferenciar los diagnósticos de enfermería de los problemas interdisciplinarios.

3. Prescribir intervenciones de enfermería:

Bulechek y McCloskey (1989) definieron las intervenciones de enfermería como “cualquier tratamiento directo de cuidados que realiza una enfermera en beneficio del usuario. Estos tratamientos abarcan los iniciados por la enfermera como resultado de los diagnósticos de enfermería, los iniciados por el médico como resultado del diagnóstico médico, y el desempeño de las actividades cotidianas esenciales del cliente que éste no pueda realizar”.

El objetivo principal de los cuidados de enfermería en las personas con la respuesta humana de Conductas Generadoras de Salud o Mantenimiento Inefectivo de la Salud es favorecer las conductas saludables. Las actividades de enfermería que fomentan estas conductas abarcan la educación, la motivación, la enseñanza, la comunicación y la provisión de medios.

Según Nyamathi (1989), “los objetivos de salud del usuario y los objetivos que desea la enfermera coinciden en el propósito de favorecer la motivación de la persona para alcanzar y mantener la salud y la función, evitar la enfermedad y la discapacidad, y lograr o conservar el máximo grado posible de salud, función o productividad”.

Utilizaremos la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC y elegiremos las actividades que estén basadas en las Recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud (PAPPS) del adulto de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. En el Cuadro I expone-mos las intervenciones y actividades elegidas.

EVALUACIÓN:

La evaluación abarca tres consideraciones distintas:

- Evaluación del estado del cliente.
- Evaluación del progreso del cliente hacia el logro del objetivo.
- Evaluación del estado y la vigencia del plan de cuidados.

La enfermera es responsable de la evaluación periódica del estado del cliente, para ello puede utilizar la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, que se

desarrollo para medir el cambio en el estado del usuario con el propósito de evaluar los efectos de intervenciones de enfermería. En el caso de nuestro usuario adulto sano tenemos un resultado que nos ayudará a reconocer los progresos hacia un mayor nivel de bienestar:

- 1602: Conducta de fomento de la salud:
- 1602.01: Utiliza conductas para evitar los riesgos.
- 1602.04: Busca un equilibrio entre ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición.
- 160205: Utiliza conductas efectivas de disminución de estrés.
- 1602.12: Obtiene inmunizaciones recomendadas.
- 1602.13: Obtiene screenings de salud recomendables
- 1602.14: Sigue una dieta sana.
- 160216: Utiliza un programa de ejercicio eficaz.
- 1602.18: Evita el mal uso del alcohol
- 1602.19: Evita el uso del tabaco.
- 1602.20: Evita el uso de drogas.

BIBLIOGRAFÍA:

- Gordon, M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Ed. Mosby, Madrid, 1996.
- North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2001-2002. Ed . Harcourt. Madrid, 2001.
- McCloskey, J.C; Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC). 4ª ed. Harcourt, Madrid 2005.
- Johnson, M; Maas, M; Moorhead, S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC). 3ª ed. Harcourt, Madrid 2005.
- Carpenito, L. Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª edición McGraw-Hill Interamericana, Madrid 2003.
- Recomendaciones Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria.. Barcelona 2003.
- Calendario Vacunal del Adulto 2004. Grupo de trabajo de Vacunas de la sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona 2004.

TABLA 1: Propuesta de Patrones y preguntas a utilizar en la valoración del adulto sano.

VALORACIÓN	INTERVENCIÓN ENFERMERÍA	ACTIVIDADES Y PERIODICIDAD
<p>1. Patrón percepción control de la salud: Valoración del hábito tabáquico. Test de Fagerström</p>	<p>4490: Ayuda para dejar de fumar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro c/ 2 años. No es necesario en mayores de 25 años que nunca han fumado, ni en personas que llevan muchos años sin fumar. • 4490.04: Aconsejar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar.
<p>1. Patrón percepción control de la salud: Valoración hábito de alcohol (cuantificación del consumo de alcohol en gr/semana) y otras drogas</p>	<p>4500: Prevención del consumo de sustancias nocivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro c/ 2 años. • 4500.99: Aconsejar al individuo a no consumir alcohol, tabaco y/o drogas eligiendo un estilo de vida saludables.
<p>1. Patrón percepción control de la salud: Valoración del estado vacunal.</p>	<p>6530: Manejo de inmunización/vacunación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir el Programa de Vacunación del Adulto en la Comunidad Valenciana (Orden de 13 de abril de 2005) y el CAVA 2004 • 6530.25: Determinar el estado de inmunización en cada visita realizada en un Centro de Atención Sanitaria y proporcionar las inmunizaciones si se precisa.

<p>2. Patrón nutricional-metabólico: Valoración del consumo de alimentos.</p>	<p>1100: Manejo de la nutrición. 1260: Manejo del peso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1100.04: Fomentar la ingesta de calorías adecuada al tipo corporal y estilo de vida. • 1100.09: Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. • Control del peso cada 4 años • 1260.01: Tratar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso. • 1260.04: Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso. • 1260.06: Determinar el peso corporal ideal del individuo.
<p>2. Patrón nutricional-metabólico. Valoración de constantes y parámetros clínicos para prevención cardiovascular.</p>	<p>6520: Análisis de la situación sanitaria. 4040: Cuidados Cardiacos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación del colesterol c/ 5 años hasta los 75 años, después sólo una vez si no hay ninguna previa. • Toma Presión arterial c/ 2 años. • 6520.14: Medir la presión sanguínea, peso, talla, IMC, niveles de colesterol. • 4040.06: Monitorizar el estado cardiovascular.

<p>3. Patrón actividad ejercicio: Valoración del ejercicio y actividad</p>	<p>0200: Fomento del ejercicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Periodicidad no inferior a 3 meses ni superior a 2 años. • 0200.10: Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicio en su rutina semanal. • 0200.13: Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. • 0200.13: Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuada para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio.
<p>Patrón sexualidad reproducción: Valoración sexualidad. Prevención del riesgo de enfermedades de transmisión sexual y del embarazo no deseado.</p>	<p>5622: Enseñanza: sexo seguro. 7160: Preservación de la fertilidad. 6522: Exploración de la mama.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 5622.02: Instruir al paciente sobre el uso de métodos de control de natalidad efectivo, según cada caso. • 5622.09: Fomentar el uso de preservativos, si procede. • Cáncer de cervix: En mujeres de 35-65 años, realizar dos con periodicidad anual, y si son normales cada tres años. • 7160.06: Obtener muestras para realizar cultivos de cerviz uterino, cuando procede. • Cáncer de mama: Mamografía cada 2 años. • 6522.24: Aconsejar la realización de mamografías regulares, según corresponda a la edad, el estado y el riesgo. • Cáncer de endometrio: Consejo para que consulte ante cualquier hemorragia vaginal.

<p>Patrón adaptación</p> <p>Tolerancia al estrés:</p> <p>Valorar el afrontamiento pasado y presente.</p>	<p>5230: Aumentar el afrontamiento.</p> <p>5820: Disminución de la ansiedad.</p> <p>6040: Terapia de relajación simple.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 5230.08: Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. • 5230.09: Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese tener. • 5820.23: Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • 6040.01: Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, meditación y relajación muscular progresiva).
--	--	---



15. MESA DE TRABAJO N.º 4

Moderada por: **Dña. Manuela Domingo Pozo**, *Enfermera Planes de Cuidados del Hospital General Universitario de Alicante.*

“Retos ante las nuevas demandas investigadoras”

JUSTIFICACIÓN:

La investigación en enfermería hoy por hoy es una realidad, si bien hace unos años se dudaba a veces de la capacidad y del objeto de investigación de la enfermera. Hoy en el siglo XXI ese debate es historia. La producción científica y la cantidad de publicaciones científicas, los eventos y congresos que todos los años se realizan y como no estas Jornadas de Enfermería que van por su onceava edición son muestra de que las enfermeras investigamos aunque no lo hemos tenido fácil y todavía hoy hay muchos escollos que salvar. Pero el tan antiguo discurso de que tenemos que investigar, que la enfermería no investiga... es un mito, bien es cierto que necesitamos un cambio en la Investigación en Enfermería para adaptarnos a las demandas sociales y a las nuevas competencias que se nos exige desde Europa.

Ese cambio hace ya unos años que viene produciéndose en nuestro país. Los estudios superiores en enfermería y el acceso a programas de doctorado está permitiendo a los enfermeros poder acceder a financiaciones y equipos de investigación antes sólo accesibles a otras ciencias. La reforma universitaria con los estudios de grado y postgrado van a facilitar el camino hacia esa nueva investigación en enfermería.

Para poder hacer visible ese cambio en la investigación enfermera he pensado que mejor forma que analizar los trabajos presentados en las diez jornadas de enfermería que se han celebrado. He realizado un análisis de contenido sobre los temas más investigados, los diseños de investigación predominantes, los métodos más usados, los paradigmas dentro de los que se enmarcan los trabajos, los hitos dentro de estas 10 Jornadas como el primer estudio multicéntrico, el primer estudio cualitativo, etc. Espero que este análisis vislumbre el cambio que en los últimos años ha vivido la Enfermería no sólo la alicantina sino la nacional. Pero como la mesa trata de retos, no podía concluir sin enunciar al menos los que a mi criterio son prioritarios.

Entre los nuevos retos que se nos presentan a las enfermeras:

1. Investigación dentro de grupos consolidados con líneas de trabajo abiertas. Redes de investigación. Ya no interesan investigaciones aisladas que no se asegura unos resultados y una continuidad. La administración financian grupos de investigadores de prestigio que sean de diferentes centros y que trabajen en red.

2. Investigación en áreas prioritarias. Estas áreas vienen marcadas en el Plan Nacional de I+D+I para 2004-2007.

• Programa nacional de Biomedicina: Las líneas de investigación se agrupan en torno a tres subprogramas:

a. Investigación básica en mecanismos de enfermedad y nuevas estrategias y modelos terapéuticos:

- i. Cáncer
- ii. Enfermedades cardiovasculares.
- iii. Enfermedades infecciosas y SIDA.
- iv. Enfermedades genéticas.
- v. Modelos de enfermedad y terapia.
- vi. Otras enfermedades crónicas e inflamación.
- vii. Investigación farmacéutica.

b. Investigación clínica en enfermedades, ensayos clínicos, epidemiología, salud pública y servicios de salud.

- i. Cáncer
- ii. Enfermedades cardiovasculares.
- iii. Enfermedades infecciosas y SIDA.
- iv. Enfermedades genéticas, Modelos de enfermedad y terapia.
- v. Otras enfermedades crónicas e inflamación.
- vi. Investigación farmacéutica.
- vii. Salud pública.
- viii. Investigación en servicios de salud.

c. Investigación farmacéutica en descubrimiento, desarrollo y evaluación de medicamentos:

- i. Cáncer
- ii. Enfermedades cardiovasculares.
- iii. Enfermedades infecciosas y SIDA.
- iv. Enfermedades genéticas, Modelos de enfermedad y terapia.
- v. Otras enfermedades crónicas e inflamación.
- vi. Investigación farmacéutica.
- vii. Salud pública.
- viii. Investigación en servicios de salud.

• Programa nacional de tecnologías para la salud y el bienestar:

a. Subprograma nacional de tecnologías sanitarias e investigación en productos sanitarios.

b. Subprograma nacional de tecnologías de seguridad y salud en el trabajo.

La relación completa de objetivos de cada uno de los epígrafes se puede consultar en la página Web del Instituto de salud Carlos III.

3. Investigación en resultados en mejora de la salud de la población. Atrás debe quedar la justificación de la enfermería en este u otro espacio. ¿Los cuidados de enfermería mejoran la salud de las personas? En la última convocatoria de ayudas del Ministerio de Sanidad y Consumo dentro del programa de promoción de la investigación Biomédica y en ciencias de la salud, marcan los temas que dan prioridad para su financiación, entre los muchos que cita, hay una cuestión en común, los resultados de tal procedimiento, impacto de los cuidados en tal o tal aspecto, efectividad de

..., estudios de investigación de resultados en la atención a determinados pacientes... Estas ayudas puede solicitarlas una enfermera aunque no sea Licenciada.

4. Disminuir la cantidad de trabajos de investigación para aumentar la calidad de los mismos. Ya no vale la promoción de la investigación, investiguemos todos que algo bueno saldrá. Se financia la excelencia y la solidez en el diseño de la investigación y su adecuación a los temas prioritarios.

5. La difusión de la investigación debe hacerse en los medios donde vaya a influir en la comunidad científica. De nada sirve una investigación excelente que no se difunde en los medios pertinentes. Para ello se ha de publicar en revistas con un buen índice de impacto. El factor de impacto es un indicador de la repercusión de una revista. De manera indirecta informa a los autores sobre la posibilidad de que un artículo publicado en una revista fuente sea leído y citado. Para conocer cuál es el factor de impacto de una revista existen varias fuentes que consultar:

a. Cuiden Citation de la Fundación Index: El Grupo de estudios documentales calcula los índices de repercusión inmediata e histórica de las revistas españolas de enfermería.

b. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero : El estudio "Factor de impacto potencial de las revistas médicas españolas" es un proyecto elaborado por el Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero y financiado por Subdirección General de Estudios y Análisis del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (Proyectos EA2003-0045 y EA2004-0148). Su objetivo principal es determinar el Factor Impacto Nacional e Internacional de las revistas biomédicas españolas. Calcula el factor de impacto y el índice de inmediatez de 100 revistas biomédicas nacionales. Dentro de estas 100 revistas sólo se encuentran 5 revistas de enfermería: Index de enfermería, Enfermería Clínica, Enfermería Científica, Enfermería Intensiva y Rol de Enfermería. El criterio de selección de las revistas es su inclusión en la base de datos del IME (Índice médico español) y en alguna otras bases de datos internacionales como Medline, Embase y Science Citation Index.

Para calcular el factor de impacto de una determinada revista se han sumado todas las citas que ha recibido en los dos años anteriores al del cálculo y se han dividido por el número total de artículos publicados en esos dos años. Para calcular el Índice de Inmediatez se ha establecido la relación entre las citas que han recibido en el año del cálculo y los artículos que han publicado ese año. Solamente se han analizado las citas de los artículos citables: los de investigación en un sentido estricto, revisiones y notas. Se excluyen, por lo tanto, los editoriales, cartas, comunicaciones a congresos y ponencias.

Para obtener el Factor de Impacto Internacional de las revistas españolas ha sido necesario sumar, en el numerador, dos tipos de citas de distinta procedencia. Por una parte, las citas procedentes del análisis anterior y, por otra, las citas que las revistas fuente han recibido en el SCI.

Tabla I: Listado de las 10 revistas españolas de biomedicina con mayor índice de impacto.

ISSN	Título Abreviado	Total de 2001 - 2003		Factor de Impacto	Índice de Inmediatez
		Citas	Artículos		
<u>0025-7753</u>	Medicina Clínica	633	660	1,21	0,4
<u>0300-8932</u>	Revista Española de Cardiología	285	385	0,848	0,404
<u>1132-1296</u>	Index de Enfermería	27	51	0,741	0,2
<u>0300-2896</u>	Archivos de Bronconeumología	150	277	0,7	0,195
<u>0212-6567</u>	Atención Primaria	202	373	0,61	0,215
<u>0213-9111</u>	Gaceta Sanitaria	66	186	0,562	0,04
<u>1576-9887</u>	Vacunas. Investigación y Práctica	29	70	0,562	0,09
<u>0302-4342</u>	Anales Españoles de Pediatría	209	506	0,56	0,109
<u>0213-005X</u>	Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica	108	231	0,522	0,347
<u>1575-0973</u>	Trastornos Adictivos	22	66	0,477	0,045

6. Programas de doctorado en Enfermería: con el desarrollo de los estudios superiores en Enfermería y gracias a los convenios europeos de convergencia educativa superior, muchos enfermeros están accediendo a programas de doctorado de enfermería sin tener que recurrir a cursar otros estudios de otras disciplinas. Pero todavía existen grandes problemas, por ejemplo la clasificación de la UNESCO de las áreas de ciencia y tecnología no contempla a Nuestra Disciplina como un área propia de investigación, los dos epígrafes más relacionados con los Cuidados: Ciencias de la vida y Ciencias médicas (ver tabla I) no incluyen ningún apartado donde por ejemplo, en la defensa de una tesis doctoral de Enfermería, poder clasificar una tesis dentro del área a la que aporta nuevos conocimientos.

Tabla II: Extraído de la Clasificación UNESCO.

24 CIENCIAS DE VIDA

- 2401 Biología animal (Zoología)
- 2402 Antropología (Física) (ver 51)
- 2403 Bioquímica (ver 2302)
- 2404 Biomatemáticas
- 2405 Biometría
- 2406 Biofísica
- 2407 Biología celular
- 2408 Etología

32 CIENCIAS MEDICAS

(ver 2302, 2410, 2411 y 5101.13)

- 3201 Ciencias clínicas
- 3202 Epidemiología (ver 2414 y 2420)
- 3203 Medicina Forense (ver 2402.03)
- 3204 Medicina del trabajo
- 3205 Medicina interna
- 3206 Ciencias de la Nutrición (ver 3309)
- 3207 Patología
- 3208 Farmacodinámica

- 2409 Genética (ver 2407.02, 2410.07 y 3201.02)
- 2410 Biología humana (ver 32)
- 2411 Fisiología humana (ver 2410.10)
- 2412 Inmunología (ver 2302.16, 3109.03, 3207.10 y 3208.05)
- 2413 Biología de insectos (Entomología) (ver 2408.03 y 3101.07)
- 2414 Microbiología (ver 3109.05, 3201.03 y 3302.03)
- 2415 Biología molecular (ver 2302.21)
- 2416 Paleontología
- 2417 Biología Vegetal (Botánica) (ver 3103)
- 2418 Radiobiología (ver 3201.12, 3204.01 y 3207.15)
- 2419 Simbiosis
- 2420 Virología (ver 3108.09 y 3109.11)
- 2490 Neurociencias
- 2499 Otras especialidades biológicas (especificar)
- 3209 Farmacología (ver 2302.22)
- 3210 Medicina preventiva
- 3211 Psiquiatría (ver 3201.05, 6103.06 y 6103.07)
- 3212 Salud pública
- 3213 Cirugía
- 3214 Toxicología
- 3299 Otras especialidades médicas (especificar)

COMUNICACIONES DE LA MESA

1ª. Revisión Bibliográfica: La utilización de solución heparinizada versus solución fisiológica en el mantenimiento de la permeabilidad de catéteres de acceso periférico en los hospitales

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *Dña. Mª Angeles Gómez Valiente*

Autores: *Castells Molina, Miguel. Picazo Mollá, Mª Teresa. Gómez Valiente, Mª Angeles*

2ª. Estudio sobre el empleo de los nuevos apósitos de plata nanocrystalina en heridas infectadas y/o contaminadas

(Centro de Salud San Miguel de Salinas)

Expone: *D. José Luis Giménez Tebar*

Autores: *Giménez Tebar, José Luis. Mas Pla, Mª Jesús*

3ª. Variación de peso en exfumadores

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *Dña. Vanesa Sevilla Bellido*

Autores: *Sevilla Bellido, Vanesa. Lassaletta Goñi, Inmaculada. Alvarez González, Mercedes. Asensio Sanchez, Santos. Romero Candela, Santiago*

4ª. Stress en el personal de enfermería

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *Dña. Isabel Asín Llorca*

Autores: *Asín Llorca, Isabel. Gozalves Manzanera, Mª Carmen. Ibañez Santamaria, Serafina. Montoyo Antón, Rosana. Peña Zurdo, Elena*

5ª. Hoja de enfermería radiológica

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone: *D. José Vicente Bertomeu Ruiz*

Autores: *Bertomeu Ruiz, José Vicente. Such Martínez, Miguel Angel. Cantos Venturini, Cristina. Alcaraz El Busto, Mª José. Bonmatí Giner, Antonio. Calderón Reig, Rafael*

***REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:
LA UTILIZACIÓN DE SOLUCIÓN
HEPARINIZADA VERSUS SOLUCIÓN
FISIOLÓGICA EN EL MANTENIMIENTO
DE LA PERMEABILIDAD DE CATÉTERES DE
ACCESO PERIFÉRICO EN LOS
HOSPITALES***

Miguel Castells Molina (a), M^a Teresa Picazo Mollá (b)
y M^a Angeles Gómez Valiente (c).
*H.G.U.A. Servicio de Neumología (a); Servicio de Cirugía Cardiorácica (b),
Servicio de Neumología, eventual (c)*

INTRODUCCIÓN.

Es frecuente que la mayoría de pacientes hospitalarios necesiten un catéter intravenoso de acceso periférico para la administración de diversos fármacos y/o fluidos. (1)

Por consiguiente, la canalización de vías venosas es una de las técnicas de mayor incidencia realizadas por el personal de enfermería en los ámbitos hospitalarios, haciéndose necesario un buen cuidado y manejo de dichos accesos periféricos.

En cuanto al mantenimiento de su permeabilidad se han establecido distintas estrategias(2). La más usada tradicionalmente era la perfusión continua de suero a ritmo lento. Sin embargo, diversos estudios(2,3) indican que a pesar de que pudiera parecer imprescindible, ya que muchos pacientes precisan una vía venosa para la administración de fármacos intravenosos (IV), conlleva unos riegos claves como desconocimiento de aporte de líquido que se infunde(3), lo cual puede dar lugar a patologías iatrogénicas en determinados pacientes (hiperhidratación, edema agudo de pulmón...). También aparecen asociadas reacciones adversas como flebitis, infección sistémica (2),... Además de que dicho procedimiento aumenta el tiempo y la atención del personal de enfermería y que podría dedicar a otras actividades así como el aumento de los costes para el sistema sanitario.

Frente a ello aparece la posibilidad del uso intermitente del catéter venoso entre las distintas dosis de medicación IV que sin necesidad de infundir gran cantidad de fluidos al paciente presenta diversas ventajas como mayor confort al paciente, menor riesgo de las citadas reacciones adversas pero que sin embargo presenta mayor índice de obstrucciones (4,5). Actualmente la alternativa más utilizada es la administración de una sustancia que impida su oclusión trombótica.

OBJETIVO

El objetivo del estudio es la revisión sistemática y la actualización de la evidencia científica sobre la utilización de suero fisiológico o suero heparinizado para el lavado y mantenimiento de los catéteres venosos de acceso periférico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de Internet en las siguientes bases de datos informatizadas en inglés: COCHRANE y Medline utilizando las palabras clave “heparin”, “Sodium Chloride”, “peripheral venous catéter”, “cost” y “intravenous infusions”.

También se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en español en las bases de datos CUIDEN, BIDIE y Cuidatge utilizando las palabras clave “heparina sódica”, “cloruro sódico”, “catéter venoso periférico”, “costes” y “fluidoterapia”.

Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los estudios realizados en el ámbito nacional e internacional donde se comparaba la utilización de suero salino o suero heparinizado para el lavado y permeabilización de catéteres venosos de acceso periférico. Asimismo se incluyó todas las revisiones bibliográficas encontradas al respecto.

La búsqueda se limitó al idioma español e inglés.

El periodo de revisión se realizó los meses de octubre y noviembre del 2004

Criterios de exclusión

Se excluyeron diversos artículos por las siguientes razones:

- De niños por ser portadores de catéteres de pequeños calibre.
- De pacientes portadores de catéteres arteriales y/o centrales.
- De idioma diferente al español y/o inglés.
- De las bases de datos bibliográficos de acceso previo pago.

RESULTADOS

Diversos estudios comparan la utilización de suero fisiológico y suero fisiológico heparinizado para la permeabilización de catéteres venosos de acceso periférico (CVP) (2,5,6,7,8,9) expresando las desventajas de la utilización de suero fisiológico heparinizado (5). Asimismo, se compara la administración de 5 ml de suero fisiológico cada doce horas sin no se suministra medicación o después de cada administración de fármacos frente a la utilización de suero fisiológico heparinizado en las mismas condiciones y no observando diferencias significativas (5).

Otro estudio (6) recomienda para la administración de medicación intermitente la limpieza con suero fisiológico después de cada uso y heparinizar con suero fisiológico heparinizado (20UI/ml) por turno.

Se ha encontrado varias revisiones bibliográficas (1,2,11,12,13) sobre esta temática. Algunas comparan diversos factores condicionantes en el mantenimiento de los CVP (9,10,11) e incluyen la comparativa de suero fisiológico frente a suero fisiológico heparinizado como uno de dichos factores.

Otras de ellas (1,9) refieren no hallar diferencias significativas en los estudios que utilizaban una concentración de 10UI/ml de suero fisiológico heparinizado frente al suero fisiológico en la incidencia de flebitis y obstrucción. Incluso la utilización de suero fisiológico aumentaba la duración del catéter si se comparaba con concentraciones de 100UI/ml de suero heparinizado(9).

La recomendación de la ASHP (American Society of Hospital Pharmacists) (14) apoya la utilización de suero fisiológico frente al suero fisiológico heparinizado por tener la misma eficacia, menos efectos adversos, no-incompatibilidad con otros fármacos y ser menos costoso. Sin embargo esta recomendación no la considera aplica-

ble para niños menores de doce años, pacientes domiciliarios, catéteres venosos centrales y catéteres arteriales.

Diversos estudios y revisiones bibliográficas (2,3,7) apoyan la administración intermitente frente al suero continuo de mantenimiento. Además (2) compara y encuentra costes mayores en la administración de suero fisiológico heparinizado que en suero fisiológico para el mantenimiento de los CVP.

DISCUSIÓN

En líneas generales, los diversos estudios no encuentran diferencias significativas que justifiquen la utilización de suero fisiológico heparinizado frente al suero fisiológico para el mantenimiento de CVP por lo que en la gran mayoría de las situaciones se recomienda la utilización de suero fisiológico al tener la misma eficacia y no conllevar efectos adversos como en el caso de la utilización de suero fisiológico heparinizado.

Asimismo la utilización de suero fisiológico disminuye los costes para el sistema sanitario así como el tiempo que destina el personal de enfermería en su preparación.

Sin embargo, diferentes estudios (1,5,9) apuntan a que las concentración, frecuencia y volumen de solución utilizada (heparina sódica y/o suero fisiológico) no están bien establecidas en la práctica diaria.

Por tanto, recomendamos la realización de nuevos estudios científicos que confirmen y potencien, ante igualdad de situaciones, la utilización de suero fisiológico frente a suero fisiológico heparinizado para el mantenimiento de CVP.

BIBLIOGRAFÍA

- Randolph Adrienne G, Cook Deborah J, Gonzales Calle A, Andrew Maureen. Benefit of heparin in peripheral venous and arterial catheters: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 1998;316 (28):969-975.
- Oliva Cantero Juan Pedro, De Tovar Fernández M. Magdalena, Cárdenas Rodríguez Manuel, Valero Linares Concepción, Pérez Polainos Eva. Repercusión económica del mantenimiento permeable de catéteres venosos periféricos en un servicio de urgencias. *Enf Clin* 2003;13(2):87-93.
- Arnáiz Betolaza Laura, Novoa Vences Estrella. Vías venosas heparinizadas. *Rev ROL Enf* 1996;213: 64-65.
- Sterba KG. Controversial issues in the care and maintenance of vascular access devices in the long-term/subacute care client. *J Infus Nurs* 2001;24: 249-54.
- Mendarte L, Aguas M, Pons M, Torres M.D. Utilización de heparina sódica “versus” suero fisiológico en la permeabilización de las vías periféricas. *Farm Hosp.* 1997;21(4):222-226.
- Cuidados intraluminales de accesos venosos. Procedimiento de permeabilidad. Recomendación científica 03/02/07 de 9 de octubre de 2003 de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias.
- Epperson EL. Efficacy of 0.9% sodium chloride injection with and without heparin for maintaining indwelling intermittent injection sites. *Clin Pharm* 1984;3: 626-629.
- Hamilton RA. Heparin sodium versus 0.9% sodium chloride injection for maintaining patency of intermittent infusion devices. *Pharm* 1988;7:439-443.
- Lozano Pascual, Besalduch Joan, Ventayol Pere, Comas Francesca. Mantenimiento de catéteres: ¿Cuándo emplear heparina?. *Boletín de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del HUSD* 1997;6,17:12. Actualizado Marzo 2002.
- Garay Rubio Teresa, Urruela Oliván Mercedes, Hernando Uzkudun Amaia, Asensio Bermejo Begoña, Cossío Díaz Carmen. Efectividad en la utilización de suero salino frente a suero salino heparinizado para el lavado de catéteres periféricos obturados. *Enf Clin* 2001;11(6):283-288.

- Juvé Udina Maria Eulalia, Carbonell Ribalta Maria Dolors, Soldevila Casas Rosa María, Campa Pulido Isabel, Juárez Vives Montserrat. Mantenimiento de catéteres venosos periféricos durante más de 4 días. En busca de la mejor evidencia. *Enf Clin* 2003;13(4):208-216.
- Garitano Tellería Begoña, Barberena Iriarte Consuelo, Alonso Vallejo Milagros, Gistau Torres Carmen. Revisión sistemática: efectividad de los cuidados en el mantenimiento de catéteres de inserción periférica. *Enf Clin* 2002; 12(4):164-172.
- Fernández RS, Griffiths RD, Murie P. Peripheral venous catheters: a review of current practices. *J Infus Nurs.*2003; 26(6): 388-392.
- American Society of Hospital Pharmacists. ASHP therapeutic position statement on the institutional use of 0.9% sodium chloride injection to maintain patency of peripheral indwelling intermittent infusion devices. *Am J Hosp Pharm.*1994;51: 1372-1374.

ESTUDIO SOBRE EL EMPLEO DE
LOS NUEVOS APÓSITOS DE
PLATA NANOCRISTALINA
EN HERIDAS INFECTADAS Y/O
CONTAMINADAS



AUTORES:

José Luis Giménez Tébar.
Enfermero. C.S. San Miguel de Salinas.

Sábado 19-10-2005

INTRODUCCIÓN

ANTIBIÓTICOS TÓPICOS.

Problemas de los antibióticos tópicos:

1. No está justificado su uso rutinario para el tratamiento de heridas colonizadas o infectadas.
2. Existen dudas acerca de su eficacia (úlceras venosas).

2

INTRODUCCIÓN

ANTIBIÓTICOS TÓPICOS.

Pueden provocar:

1. Reacciones de sensibilidad retardada.
2. Sobreinfecciones (infecciones por gérmenes resistentes)
3. Y generar resistencias, sobre todo cruzadas con antibióticos sistémicos.

White RJ, Cooper R, Kingsley A. Wound colonization and infection: the role of topical antimicrobials. BJN 2001; 10(9): 563-578

3

INTRODUCCIÓN

Nitrofurazona



INCONVENIENTES:

1. Puede macerar la piel perilesional.
2. Requiere de curas cada 12 horas.
3. Se han descrito resistencias.
4. Pacientes con función renal deteriorada.
5. La aparición de erupción o irritación obliga a suspender el tratamiento.
6. Alergia a la nitrofurazona.

4

INTRODUCCIÓN

Tripsina

Quimotripsina



INCONVENIENTES:

1. No es un antibiótico tópico.
2. Es un desbridante enzimático.
3. Curas cada 8 horas.

5

INTRODUCCIÓN		
Povidona Iodada 	Antiséptico	Yodo (Povidona yodada 10%)
	Espectro de acción	Bacterias: Gram + (MARSA), Gram -, Hongos, virus
	Inicio de actividad	3 minutos
	Efecto residual	3 horas
	Acción frente a materia orgánica: sangre, pus, exudado, ...	Inactivo
	Seguridad	Retrasa el crecimiento del tejido de granulación
	Toxicidad	Irritación cutánea. Absorción del yodo a nivel sistémico
Contraindicaciones	Embarazo, recién nacidos, (cordón umbilical), Lactantes, personas con alteración tiroidal	

INTRODUCCIÓN

Sulfadiacina argéntica



Ventajas:

1. Barrera en quemaduras
2. Activa frente a gram – y gram +
3. No presenta los problemas del nitrato de plata
4. No muchas resistencias, excepto gram + sulfonamida resistentes (actualmente en incremento).

7

INTRODUCCIÓN

Sulfadiacina argéntica

En un estudio “in vitro” ante cepas resistentes se pudo establecer:

Menor efectividad

Antibacteriana

Mayor efectividad

Antibacteriana

NITRATO DE PLATA



Sulfadiacina argéntica



NUEVOS APÓSITOS CON
PLATA.

8

INTRODUCCIÓN

Sulfadiacina argéntica

INCONVENIENTES:

Aunque alcanza buenos niveles de plata, requiere de curas cada 12 horas.

1. Puede macerar la piel perilesional.
2. Problemas relacionados con la fracción sulfadiacina.
3. Puede producir una “seudocostra” y retardar la epitelización, disminuye autólisis en escaras.
4. Se han descrito resistencias.
5. Puede producir leucopenias transitorias y generalmente no severas.
6. Pacientes con función hepática y renal deterioradas.

9

Apósito de plata nanocrystalizada

Se caracteriza por un sistema de liberación a través de agua estéril, que permite una continua y controlada liberación de iones plata (la forma más poderosa y segura del metal) durante al menos 72 horas, a diferencia de otros sistemas que requieren ácidos fuertes o formulaciones de crema para activar y disolver la plata.

Reduce la inflamación, así como la actividad de las metaloproteinasas dependientes del Zn, e incrementa la cantidad de Ca en el ámbito de la lesión lo cual favorece la epitelización.

Agente biocida de eficacia contrastada (Ag).

10

Apósito de plata nanocrystalizada

-MECANISMO

Con la aplicación de agua estéril se liberan iones de plata iniciando una acción antimicrobiana que incluye un bloqueo en la respiración celular microbiana, inhibición de síntesis de proteínas y de la replicación del ADN bacteriano.

Debido a este mecanismo de acción no existen resistencias a la plata, y su velocidad de acción depende de la cantidad de Ag. en contacto con los agentes patógenos.

11

Apósito de plata nanocristalizada

-PROPIEDADES ANTIMICROBIANAS.

Tiene un amplio espectro de acción sobre más de 156 patógenos:

- Gram -: *P. aeruginosa*, *P. stutzeri*, *Enterobacter aerogenes*, *E. coli*, *Klebsella pneumoniae*, *Burkholderia cepacia*.
- Gram +: *S. aureus*, *S. epidermidis*, *Enterococcus faecium*, *Enterococcus faecalis*.

Su acción es más rápida y prolongada que los tratamientos convencionales.

- Actúa frente a organismos methicilin resistentes (MRSA) o vancomycin resistentes (VRE).
- También presenta propiedades antifúngicas en pequeños espacios de tiempo (30 min.) frente a SSD (sulfadiazina argéntica) que necesita 60 min. para conseguir la misma reducción o 120 min. en el caso del nitrato de plata. Actúa frente a *Cándida albicans*, *Cándida tropicalis*, *Saccharomyces cerevisiae*.

12

Apósito de plata nanocristalizada

-SEGURIDAD.

No se han encontrado reacciones alérgicas en ningún paciente tratado con este apósito, pero se debe evitar su uso en personas con conocida sensibilidad a la plata.

La plata no es tóxica para las células humanas.

Su citotoxicidad es menor, así en el caso de nitrato de plata se absorbe 38.400 mg//día y con este nuevo apósito de plata nanocristalizada se absorbe 800 mg//día.

Además disminuye el riesgo de irritación, maceración, abrasión y adherencia a la herida.

Puede producir picor, en heridas en las que se ha quitado la ampolla recientemente, o bien en las producidas por calor seco.

13

Apósito de plata nanocristalizada

-USO CON OTROS PRODUCTOS.

Es compatible con otros agentes limpiadores que no contengan base oleosa o dejen residuos que impidan el contacto directo de la plata del apósito.

Con productos como la SSD, Biobrane... aplicados previamente, se han de eliminar todo tipo de residuos antes de aplicarlo.

Puede ser usado después de haber tratado al paciente con gasas empapadas con epinefrina (usado como hemostático y potente isquemante).

No se puede utilizar con productos enzimáticos (colagenasa) ya que la plata inhibe esta acción de la enzima.

Con la luz del sol puede cambiar de color pero no afecta a su eficacia.

Electrocardiogramas, radiografías no son afectadas por el uso de este apósito.

Apósito de plata nanocristalizada

-APLICACIÓN.

Limpieza:

Limpie la herida con agua estéril, evitando agentes limpiadores con base oleosa. Seque la herida con una gasa quitando cualquier resto de suero fisiológico ya que el ión Cloro puede inhibir la disponibilidad de la plata.

Activación:

Use sólo agua estéril o del grifo para activar la liberación de la plata del apósito.

Aplique el apósito sobre la herida superponiendo si es necesario sin que esté saturado, ya que puede macerar la zona alrededor de la herida. En el caso de que se quede seco deja de actuar, pues no se libera plata. Puede pegarse, pero humedeciéndolo se retira.

Apósito de plata nanocristalizada

-APLICACIÓN.

Cubrimiento y Humedad:

Para mantener la humedad de la malla, se cubre con una gasa con hidrogel, un apósito que mantenga la cura en ambiente húmedo o, en caso necesario, un sistema que puede ser un catéter perforado y encima un vedaje (malla, red) que por un lado minimiza la evaporación de la humedad y por otro ayuda a mantener la temperatura corporal.

Revisar para asegurarse la humedad, añadir agua estéril si es necesario. Esta revisión depende de si la herida es o no exudativa y de las condiciones ambientales. El exudado puede o no ser suficiente para la liberación sostenida de la plata

16

Apósito de plata nanocristalizada

-APLICACIÓN.

Cambio:

El cambio se realizará **cada 3 / 4 días**. La herida puede aparecer más rosada, ligeramente más oscura, gris, negruzca...

A veces se forma un film de color amarillento, dando el aspecto de estar infectada por pseudomonas, no es así, esto aparece porque no ha estado húmedo el apósito.

17

Apósito de plata nanocristalizada

-VENTAJAS:

-COSTE-EFECTIVIDAD: Con este apósito se reduce el número de cambios, cada 3 o 4 días a diferencia de otros tratamientos que son cambios diarios. Disminuye el tiempo de Enfermería y el material de curas.

-La malla se recorta al tamaño de la herida, lo cual hace que pueda utilizarse para varias curas, incluso en diferentes pacientes, no importa el tiempo que permanezca abierto el envase.

-No es necesaria una cura estéril. Una vez abierto el envase, la posibilidad de contaminación es nula, pues el apósito una vez húmedo destruiría los propios patógenos que hubieran dentro de la malla.

18

Apósito de plata nanocristalizada

-VENTAJAS:

-No produce resistencias, consecuencia de su mecanismo de acción, por lo que puede emplearse durante el tiempo necesario.

-En muchos casos, evita el consumo de antibioterapia oral o intramuscular por el paciente, consiguiendo un ahorro considerable de fármacos.

-Mejora la calidad de vida del paciente.

-Se usa menos del 50% de tiempo para la cura que con otros agentes tópicos.

-Se usa menos del 50% de analgésicos ya que disminuye el dolor.

-Disminuye el exceso de exudado y la inflamación acelerando la cicatrización

19

Primer caso

El primer caso clínico; MCC, es el de un varón de 72 años de edad, diagnosticado de insuficiencia venosa y de diabetes Mellitus tipo 2.

Tras llevar curando la úlcera en el Primer dedo del pie izquierdo durante 46 días con Dertrase® pomada, se observan signos de infección (color rojizo de bordes de la herida y supuración purulenta). Se opta en ese momento por iniciar cura con apósito de plata nanocristalizada cada 4 días.

Al noveno día los bordes y la supuración mejoran enormemente y al 16 día la herida casi no presenta signos de infección.

Se continúan las curas con Iruxol® pomada cada 24 horas para eliminar tejido necrótico.

20

Primer caso



Inicio del estudio

21

Primer caso



Inicio del estudio

22

Primer caso



Inicio del estudio

23

Primer caso



A los 9 días

24

Primer caso



A los 16 días

25

Segundo caso

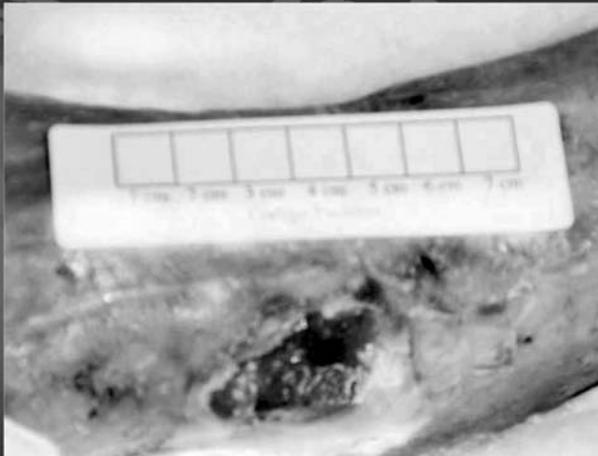
El segundo caso clínico; RME, es el de una mujer de 84 años de edad, diagnosticada de demencia senil.

Tras llevar curando la úlcera en el empeine del pie derecho durante 28 días con Furancin[®] pomada, se observan signos de infección (color rojizo de bordes de la herida y supuración purulenta). Se opta en ese momento por iniciar cura con apósito de plata nanocristalizada cada 4 días.

Al octavo días se observa la curación total de la herida, no haciendo falta más curas.

26

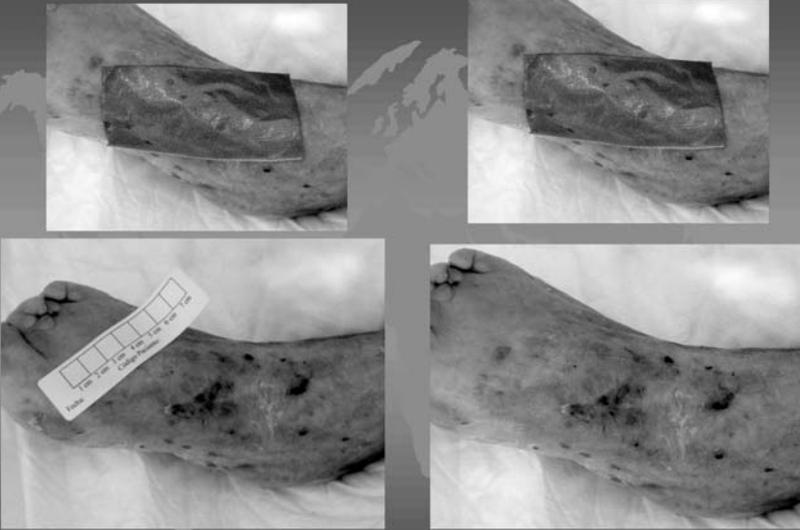
Segundo caso



Inicio del estudio

27

Segundo caso



A los 8 días

28

Tercer caso

El tercer caso clínico; ESC, mujer de 86 años de edad, diagnosticado de diabetes Mellitus tipo 2.

Tras llevar curando la úlcera en pierna izquierda durante 96 días con Furancin[®] pomada, se observan signos de infección (color rojizo de bordes de la herida y supuración purulenta). Se opta en ese momento por iniciar cura con apósito de plata nanocristalizada cada 4 días.

29

Tercer caso

El tercer caso clínico; ESC, mujer de 86 años de edad, diagnosticado de diabetes Mellitus tipo 2.

Al décimo día se observa disminución de la supuración de la úlcera.

Al 21 día la infección ha remitido considerablemente, así como el dolor que dicha paciente nos venia refiriendo con anterioridad.

Al 31 día la úlcera esta prácticamente sin signos de supuración ni de infección.

Al 41 día la úlcera presenta un aspecto con abundante tejido de granulación, tal y como se puede apreciar en la imagen.

30

Tercer caso



Inicio del estudio

31

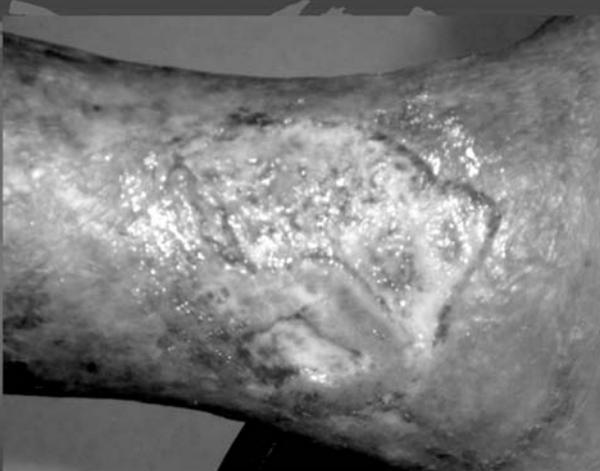
Tercer caso



Inicio del estudio

32

Tercer caso



A los 10 días

33

Tercer caso



A los 21 días

34

Tercer caso



A los 31 días

35

Tercer caso



A los 41 días

36

Tercer caso



A los 55 días

37

CONCLUSIONES

Como conclusión se comprobó la eficacia biocida de la plata nanocristalizada en heridas infectadas y/o contaminadas y la no existencia de resistencias a la plata de dichos apósitos.

38



José Luis Giménez Tébar
Enfermero del
C.S. San Miguel de Salinas

Teléfono: 965720025

Correo electrónico:
gimenez_josteb@gva.es

MUCHAS GRACIAS POR LA
ATENCIÓN PRESTADA.

39

VARIACIÓN DE PESO EN EXFUMADORES

Sevila Bellido, Vanesa. Lassaletta Goñi, Inmaculada. Alvarez González,
Mercedes. Asensio Sanchez, Santos. Romero Candela, Santiago
Unidad de Tabaquismo del Servicio de Neumología del HGUA.

INTRODUCCIÓN.

En las unidades especializadas en tabaquismo es importante determinar las características de cada fumador para pautar el tratamiento más adecuado y conseguir así un mayor éxito terapéutico. Entre otros datos a tener en cuenta es de gran importancia conocer los motivos por los que cada paciente podría tener un alto riesgo de recaída.

Como ya es sabido la ganancia de peso puede representar para algunos fumadores un factor de riesgo importante para volver a fumar. Incluso existen fumadores en fase de contemplación que utilizan este motivo para racionalizar su conducta, utilizando el tabaco como una forma de controlar su peso.

OBJETIVO:

Los objetivos de nuestro estudio fueron los siguientes:

- Determinar la variación de peso en pacientes de nuestra unidad que abandonan el hábito tabáquico.
- Determinar la influencia del sexo y la edad en el cambio de peso de estos sujetos.
- Valorar que influencia tiene el tratamiento pautado en el cambio ponderal.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio retrospectivo donde se incluyó a todos los pacientes, tratados en la Unidad de Tabaquismo del Servicio de Neumología del HGUA, que presentaron una abstinencia tabáquica de 6 meses o superior. Un total de 91 pacientes cumplieron las características del estudio. A todos ellos se les pesó, talló, determinó la tensión arterial y se les realizó espirometría y cooximetría, tanto en la primera consulta como en las sucesivas. Los datos se recogieron en una hoja protocolizada donde se incluyó: edad, sexo, cigarrillos fumados al día, años/paquete, tratamiento pautado, peso inicial, peso a los seis meses de dejar de fumar y al año de dejar de fumar, además de si era o no personal sanitario y si había realizado algún tipo de dieta, ejercicio o ambos para controlar la ganancia de peso.

Las pruebas se realizaron en el laboratorio de pruebas funcionales respiratorias del servicio de Neumología del Hospital General de Alicante. Las espirometrías fueron realizadas en el espirómetro Vmax22 Sanro® en la primera visita y posteriormente a los 6 meses y al año de dejar de fumar. Las cooximetrías fueron realizadas en el cooxímetro Smokerlyser® en cada visita del paciente para comprobar la abstinencia al tabaco.

Tanto las cooximetrías como el peso y la tensión arterial fueron realizadas y registradas por la enfermera de la unidad para posterior comparación y análisis.

Todos los datos fueron analizados por el programa estadístico SPSS 9.0.

RESULTADOS.

Los pacientes evaluados tenían una edad media de 48 ± 10 años, el 45% eran hombres y el 55% mujeres. El 23% de los pacientes eran personal sanitario (9% enfermeras, 13% auxiliares de enfermería y 1% médicos). Se dividió a los pacientes en tres grupos según el tratamiento recibido: 48 pacientes (53%) bupropion, 12 (13%) tratamiento sustitutivo con nicotina, 8 pacientes (9%) bupropion a dosis bajas, y 23 (25%) no recibieron ningún tratamiento farmacológico.

Durante la abstinencia en los seis meses un 59 pacientes (66%) no adoptaron ninguna medida para controlar el peso, 20 (23%) realizaron algún tipo de dieta y 10 pacientes (11%) siguieron dieta y realizaron ejercicio de forma regular.

La media de la ganancia de peso a los seis meses de abstinencia en nuestros pacientes fue de 3.43 ± 0.33 kg. Siendo la media en los hombres de 3.6 ± 0.58 kg y en las mujeres 3.2 ± 0.36 kg, no existiendo diferencia estadística entre ambos ($p=0.60$).

No se encontró diferencias significativas en la ganancia de peso entre los pacientes de menos de 40 años y los que superaban esta edad (3.31 ± 0.73 kg y 3.46 ± 0.37 kg respectivamente; $p=0.84$).

La ganancia de peso en aquellos pacientes que no tomaron tratamiento (2.86 ± 0.67 kg) fue menor que aquellos que sí tomaron algún tipo de tratamiento (3.62 ± 0.37 kg) aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0.31$). Aquellos pacientes que tomaron bupropion ganaron una media de 3.61 ± 0.40 kg a los seis meses, mientras que los que tomaron algún tipo de nicotina ganaron 4.13 ± 0.87 kg, sin que esta diferencia fuese significativa ($p=0.57$).

En aquellos pacientes que habían realizado algún tipo de medida dietética para controlar el peso, la media fue de 3.77 ± 0.59 kg de ganancia ponderal a los seis meses, mientras que en los pacientes que además de dieta realizaron algún tipo de ejercicio regular el aumento de peso fue de 0.58 ± 1.04 kg, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.00$).

Se realizó seguimiento durante un año a 56 exfumadores. La media en la ganancia de peso en aquellos pacientes que llegaron al año de abstinencia fue de 3.45 ± 0.53 kg. La diferencia de peso al año con respecto a los 6 meses de abstinencia tabáquica fue de 0.07 ± 0.41 kg.

DISCUSIÓN.

Los resultados obtenidos en nuestro grupo de pacientes son similares a otros estudios realizados en otras unidades, aunque con algunas variaciones.

En primer lugar la ganancia media de peso a los seis meses en la bibliografía es de 2.8 kg en el hombre y de 3.8 en la mujer apareciendo ya en las primeras semanas (1,2,3). Existen otros autores que indican que la ganancia ponderal a los seis meses es de 4 kg de media (4).

Aunque hay evidencia científica de la ganancia de peso después de abandonar el hábito tabáquico, no parece estar del todo claro los procesos moleculares que lo provocan. Hay autores que determinan algunos factores predisponentes como: el nivel socio-económico bajo, grandes fumadores, fumadores jóvenes (5), incluso que la ganancia de peso estuviera influenciada por factores genéticos (6).

Nuestros resultados muestran que la edad no es un factor predisponente, ya que no encontramos diferencias significativas entre los jóvenes fumadores y los de edad más avanzada.

Con respecto al tratamiento pautado a los pacientes, existen autores que relacionan menor ganancia de peso de manera significativa en pacientes tratados con bupropion respecto a los que no siguieron tratamiento (5). En nuestros pacientes la ganancia de peso fue mayor en el grupo que no tomaron ningún tipo de tratamiento farmacológico que en aquellos que sí lo tomaron, aunque esta diferencia no fue significativa.

También se ha sugerido que los tratamientos, tanto el bupropion como los que contienen nicotina, retrasan la ganancia de peso (5,8,7) e incluso que los que administran la nicotina mediante chicles puede disminuir la ganancia de peso en un año (9).

Nuestros resultados muestran que la ganancia de peso en pacientes tratados con nicotina aumenta más que los que no se tratan o los tratados con bupropion. Con respecto al retraso en la ganancia de peso, nuestros pacientes aumentaron su peso en los primeros meses independientemente del tratamiento, siendo la ganancia ponderal al año de abstinencia muy pequeña con respecto a lo que pesaban a los seis meses de dejar de fumar, por lo tanto la ganancia fue temprana y no se modificó prácticamente en los seis meses hasta el año en todos los pacientes.

Es sabido que el peso se puede controlar con dieta y ejercicio. En nuestros pacientes sólo los que se preocupaban más seriamente de su peso, realizando algún control dietético y añadiendo ejercicio regular, controlaban su peso a los seis meses engordando sólo en torno a $_$ kg, siendo significativo incluso al compararlo con aquellos pacientes que adoptaron sólo alguna medida dietética.

CONCLUSIÓN.

- La ganancia de peso de media en nuestros pacientes exfumadores a los seis meses de abstinencia fue similar a la descrita en estudios previos.
- Los tratamientos de deshabitación tabáquica, el sexo y la edad de los pacientes no influyen en la cantidad de peso ganado.
- El aumento de peso se produce en los primeros 6 meses de abstinencia.
- El único factor que puede prevenir la ganancia ponderal en pacientes que dejan de fumar es la realización de ejercicio regular junto a un control en la dieta.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1- US.Department of Health and Humnan Services.The Health Benefits of Smoking Cessation. Public Health Service. Rockville, MD. 1990.
- 2- Grunberg NE. Smoking cessation and weight gain. NEJM.1991, 324: 768-9.

- 3- O'Hara P, Connet JE et al. Early and late weight gain following smoking cessation in the Lung Health Study. *Am J Epidemiol.* 1998, 148: 821-30.
- 4- Richmond RL, et al. Weight change after smoking cessation in general practice. *Med. J. Aust.* 1993. Jun. 21; 158(12): 821-2.
- 5- Filozof C, Fernandez Pinilla MC, Fernandez Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obes.Rev.*2004.May; 5(2):95-103.
- 6- Swan GE, Carmelli D. Characteristics associated with excessive weight gain after smoking cessation in men. *Am.J.Public Health.* 1995 Jan; 85(1):73-7.
- 7- Nides M, et al. Weight gain as a function of smoking cessation and 2mg nicotine gum use among middle-aged smokers with mild lung impairment in the first 2 years of the Lung Health Study. *Health Psychol.* 1994 Jul; 13(4):354-61.
- 8- Dale LC, et al. Weight change after smoking cessation using variable doses of transdermal nicotine replacement. *J Gen. Intern.Med.*1998 Jan;13(1):55-7.
- 9- Nordstrom BL,et al. Long-term effects of nicotine gum on weight gain after smoking cessation. *Nicotine Tob. Res.*1999 Sep;1(3):259-68.

Stress en el personal de enfermería

Enfermera D^a. Isabel Asim Llorca.

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario. Alicante.

ESTRÉS LABORAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA

- Sección de Oncología Hospital General Universitario de Alicante
- Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante

“BOURNOUT” (Síndrome de Estrés Laboral)

- Cansancio emocional
- Despersonalización
- Falta de realización personal

OBJETIVOS

- 1.- Nivel Estrés profesionales oncología**
- 2.- Estrés Laboral Variables Sociodemográficas**
- 3.- Situaciones laborales específicas**

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA I

N = 25.

- El 83% del personal responde a la encuesta.**
- Edad: 38.1 (Dt= 7.8) años**
- Género: 64 % Mujeres**

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA II

- Enfermería: 52 %
 - Auxiliar de Enfermería: 28 %
 - Medicina: 20 %
- Tiempo total: 13.6 años (Dt:9.6)
- Tiempo unidad actual: 5.9 años (Dt: 5.6)

INSTRUMENTOS

•M.B.I. (Maslach Burnout Inventory)

✓ *Con las dimensiones de:*

- Cansancio emocional
- Despersonalización
- Falta de realización personal

Escala evaluación

✓ *Estresores Laborales Específicos*

- 67 ítems distribuidos en 4 áreas:
- Tratamiento y cuidados físicos de los enfermos
- Tratamiento y atención a los enfermos y familiares
- Trabajo y relación con compañeros de su grupo profesional

Nº 1

Las listas que le presentamos incluyen problemas o situaciones en cuatro áreas, identificados por Ud. y/o por otros profesionales de su unidad.

Le pedimos que valore con qué frecuencia y con qué intensidad ha experimentado Ud. cada uno de estos problemas durante el último mes.

Puntúe de 0 a 3 cada problema o situación para expresar la frecuencia (F) con que se ha producido ese problema durante el mes pasado, siendo:

- 0 = En ningún momento.
- 1 = Algunas veces.
- 2 = Con bastante frecuencia.
- 3 = Casi siempre.

En segundo lugar, valore la intensidad (I) puntuando cada problema o situación de 0 a 10, para expresar en qué grado le ha producido estrés, tensión o preocupación durante el mes pasado, siendo:

- 0 = Ningún estrés, tensión o preocupación, y
- 10 = El máximo grado de estrés, tensión o preocupación.

ÁREA 1: TRATAMIENTO Y CUIDADOS FÍSICOS DE LOS ENFERMOS.

Problema

	F (0 - 3)	I (0 - 10)
1. La falta de recursos materiales para atender mejor a los pacientes.		
2. Ver que un enfermo no mejora, a pesar de estar aplicando cuidados físicos.		
3. Complicaciones graves del estado del enfermo, como una parada respiratoria.		
4. Estar solo/a en un turno de noche para atender a varios enfermos que requieren dedicación especial.		
5. Prescribir o administrar tratamientos agresivos y/o practicar técnicas agresivas en enfermos muy deteriorados, en situación terminal.		
6. No poder dedicar más tiempo a cada paciente para los cuidados de su enfermedad.		
7. Tener que poner la quimioterapia.		
8. El sonido de las alarmas de las máquinas de infusión.		
9. Prescribir o aplicar tratamientos agresivos que van a producir efectos secundarios.		
10. El alto índice de mortalidad que conlleva la patología que tratamos en este servicio.		
11. Pensar que podría cometer un error en la prescripción o administración de tratamientos.		

Problema

	F (0 - 3)	I (0 - 10)
12. Un exceso de demandas de atención y/o de llamadas telefónicas de enfermos y familiares.		
13. El sufrimiento en pacientes terminales no controlado con fármacos.		
14. Que la falta de coordinación en la asistencia intra y extra hospitalaria repercuta en el servicio al paciente.		
15. Tener pacientes con dolor incontrolable.		
16. Tener que administrar quimioterapia por las noches y/o los fines de semana.		
17. Que se altere el ritmo de trabajo ante cualquier complicación.		
18. El cansancio por el esfuerzo físico en el trabajo.		
19. Que el paciente se resista a ponerse la medicación.		
20. La falta de espacio físico para realizar el trabajo en condiciones.		
21. El exceso de trabajo que conlleva esta patología.		
22. No conocer con certeza el estado de su enfermedad.		
23. Complicaciones durante la administración de quimioterapia, como la extravasación de una vía.		
24. Otros (indicar):		

ÁREA 2: TRATO Y ATENCIÓN A LOS ENFERMOS Y FAMILIARES.

RECUERDE:

Frecuencia (F):

- 0 = En ningún momento.
- 1 = Algunas veces.
- 2 = Con bastante frecuencia.
- 3 = Casi siempre.

Intensidad (I):

- 0 = Ningún estrés, tensión o preocupación, y
- 10 = El máximo grado de estrés, tensión o preocupación.

Problema

	F (0 - 3)	I (0 - 10)
1. Saber que el paciente tiene falta de medios materiales para pasar su fase terminal en casa.		
2. No saber cómo consolar a los familiares o pacientes.		
3. Percibir la angustia de los familiares.		
4. Tratar con familiares que se muestran exigentes.		
5. Saber que el paciente tiene problemas económicos que se han acuado a raíz de su enfermedad y su tratamiento.		
6. No saber la información que tiene el paciente acerca de su enfermedad.		
7. Tratar enfermos de mi edad o más jóvenes.		
8. La poca colaboración de los familiares para atender al enfermo.		
9. Que el paciente sea algún compañero/a del hospital.		
10. Ver llorar al paciente.		
11. La relación con los pacientes en su fase previa a la muerte.		
12. Tratar a un paciente durante un periodo de tiempo y que acabe muriendo en la unidad.		
13. No tener tiempo suficiente para escuchar a los familiares.		
14. Que los pacientes me hagan preguntas acerca de su enfermedad.		

Problema

	F (0 - 3)	I (0 - 10)
15. El exceso de visitas, familiares, amigos en las habitaciones o pasillos.		
16. Percibir que el paciente está solo.		
17. En la fase final, que la familia se comporte como si el enfermo no fuera a morir.		
18. Que el enfermo sea hablador de su vida y/o de su enfermedad y me haga sentir participe de ello.		
19. En distintas situaciones, no saber manejar en la comunicación con el paciente.		
20. No poder dedicar más tiempo a cada paciente cuando desea hablar conmigo.		
21. Que los familiares se "carguen" de la situación del enfermo, a pesar de estar actuando bien.		
22. Que a un enfermo "no le parezca bien nada" de lo que haces.		
23. La interacción con los familiares de un paciente en fase terminal.		
24. Percibir la angustia del enfermo.		
25. Otros (indicar):		

ÁREA 4: TRABAJO Y RELACIÓN CON MIEMBROS DE OTROS GRUPOS PROFESIONALES.

RECUERDE:

Frecuencia (F):

- 0 = En ningún momento.
- 1 = Algunas veces.
- 2 = Con bastante frecuencia.
- 3 = Casi siempre.

Intensidad (I):

- 0 = Ningún estrés, tensión o preocupación.
- 10 = El máximo grado de estrés, tensión o preocupación.

Problema	F (0 - 3)	I (0 - 10)
1. Que la falta de celadores altere el funcionamiento normal de la planta.		
2. Que otros profesionales consideren como secundarios problemas personales de los enfermos.		
3. Que personas de otros grupos reclamen mi atención, teniendo que "dejar a medias" a un enfermo.		
4. Que la falta de coordinación en la asistencia intra y extra hospitalaria conlleve un aumento de trabajo.		
5. Tener que tomar decisiones sin la seguridad de que sean acertadas, sin que haya criterios de actuación claros.		
6. Tener que solucionar problemas o realizar tareas de otros grupos profesionales, que no entran dentro de mis funciones.		
7. Problemas de comunicación con personal de otros grupos profesionales.		
8. Que los problemas entre profesionales de otros grupos repercutan en el resto de personal.		
9. El trato despectivo de personas de otros grupos profesionales.		
10. Falta de trabajo en equipo entre personal de los distintos grupos profesionales.		
11. Otros (indicar):		

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos tal como Ud. lo siente.

	Algunas veces al / a la				
	Nunca	Año	Mes	Semana	Día
1. Me siento emocionalmente defraudado/a de mi trabajo.					
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado/a.					
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada me siento fatigado/a.					
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.					
5. Siento que estoy tratando a algunas de las personas que atiendo como si fuesen objetos impersonales.					
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.					
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.					
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.					
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.					
10. Siento que me hecho más duro/a con la gente.					
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.					
12. Me siento muy enérgico/a en mi trabajo.					
13. Me siento frustrado/a por mi trabajo.					
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.					
15. Siento que realmente no me preocupa lo que les ocurra a las personas que atiendo profesionalmente.					
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.					
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.					
18. Me siento estimulado/a después de haber trabajado intensamente con quienes tengo que atender.					
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.					

RESULTADOS

	M	D.T.	Rango
Cansancio Emocional	17'9	(6,3)	0-30
Realización Personal	21'9	(5'1)	0.32
Despersonalización	7'1	(4'2)	0.20

RESULTADOS

(Diferencias en Bornout)

• **Realización Personal:**

✓ Hombres = 17'2 (DT – 3'5 / N= 9)

✓ Mujeres = 24'6 (DT – 3'9 / N = 16)

• **No diferencias según E.C. y profesión**

• **No relación con edad y tiempo trabajado**

RESULTADOS

(Estresores Laborales Específicos)

AREA I: Tratamiento y cuidados físicos de los enfermos.

	X	DT
Alto índice de mortalidad que conlleva la patología que estamos en el servicio.	18'3	8'5
Tener que administrar quimioterapia por las noches y/o fines de semana	17'5	8'1
No poder dedicar más tiempo a cada paciente para los cuidados de su enfermedad	17'5	8'2
El exceso de trabajo que conlleva esta patología	17'4	9'2
Un exceso de demandas de atención y/o de llamadas telefónicas de enfermos y familiares	15'2	8'3
El sonido de alarmas de las máquinas de infusión	14'8	9'7
Rango obtenido: 5'9 → 18'3		
Rango teórico: 0 → 30		

RESULTADOS

(Estresores Laborales Específicos)

AREA II: Tratamiento y atención a los enfermos y familiares

	X	DT
Percibir la angustia de los familiares	16'8	7'9
Percibir la angustia del enfermo	15'4	6'9
No tener tiempo suficiente para escuchar a los familiares	14'9	7'7
No saber como consolar a los familiares del paciente	14'7	8'5
No poder dedicar más tiempo a cada paciente cuando desea hablar conmigo	14'4	7'8
Rango obtenido: 7'2 → 16'8 Rango teórico: 0 → 30		

RESULTADOS

(Estresores Laborales Específicos)

AREA III: Trabajo y relación con compañeros de su grupo profesional.

Destacan:

	X	DT
No poder tomar días libres por falta de personal°	17'2	10'8
Que algún compañero se tome días libres o esté de baja y no sea sustituido	11'4	9'3
Rango obtenido: 5'2 → 17'2 Rango teórico: 0 → 30		

RESULTADOS

(Estresores Laborales Específicos)

AREA VI: Trabajo y relación con compañeros de otros grupos profesionales.

	X	DT
Que la falta de coordinación en la asistencia intra y extra hospitalaria conlleve un aumento de trabajo	13'6	7'3
Que la falta de celadores altere el funcionamiento normal de la planta	10'4	8'1
Rango obtenido: 6 → 13'6 Rango teórico: 0 → 30		

RESULTADOS

Impacto global de las diferentes áreas

	Media	Desviación típica
AREA 1	11'8348	5'01
AREA 2	11'4767	5'39
AREA 3	8'55	3'98
AREA 4	9'01	5'46
Rango: 6 → 13'6 para todas las áreas F: 5'26 (P = .007)		

RESULTADOS

Relación Burnout – Estresores Laborales

AREA 1: Tratamiento y Cuidados	Cansancio Emocional	Despersonalización
Ver que el enfermo no mejora a pesar de estar aplicando cuidados físicos	F = 8.475 / B= .52 / P= .008	
El sufrimiento en pacientes terminales no controlado por fármacos	.401 (*)	.482 (*)
El cansancio por el esfuerzo físico del trabajo	.452 (*)	
Falta de espacio físico para realizar el trabajo en condiciones	.473 (*)	.504 (*) - F= 7.83 / B=.50 / P= .01
El exceso de trabajo que conlleva esta patología	.409 (*)	.450 (*)

(*) La correlación es significativa al nivel 0'05 (bilateral)

F, B, P = Parámetros de la predicción

a = Predicción junto a ítem 6

RESULTADOS

Relación Burnout – Estresores Laborales

AREA 3: Trabajo y relación compañeros	Cansancio Emocional	Despersonalización
Que se deje parte del trabajo sin hacer, sabiendo que alguien entonces lo tendrá que terminar	483 (*)	F= 9.53 / B= .54 / P=.005
Falta de comunicación entre el personal de enfermería de los distintos turnos	430 (*)	426 (*)
Que haya compañeros que no trabajan y perjudican a otros	F= 7.249 / B=.49 / P=.000)(a)	
Que algún compañero libre o esté de baja sin ser sustituido	474 (*)	478 (+)

(*) La correlación es significativa al nivel 0'05 (bilateral)

F, B, P = Parámetros de la predicción

a = Predicción junto a ítem 6

RESULTADOS

Relación Burnout – Estresores Laborales

AREA 4: Trabajo y relación compañeros	Cansancio Emocional	Despersonalización
Que la falta de celadores altere el funcionamiento de la planta		.44 (*)
Que la falta de coordinación en la asistencia intra y extra hospitalaria, conlleva un aumento de trabajo	400 (*)	

(*) La correlación es significativa al nivel 0'05 (bilateral)
 F, B, P = Parámetros de la predicción
 a = Predicción junto a ítem 6

RESULTADOS

Relación Burnout – Estresores Laborales

AREA 2: Trato y atención a los enfermos y familiares	Despersonalización
Saber que el paciente tiene problemas económicos y que se han acusado a raíz de su enfermedad y tratamiento	.458 (*)
Tratar enfermos de mi edad y más jóvenes	.666 (**) F=18.33 / B=.67 / P=.000
Que los pacientes me hagan preguntas acerca de su enfermedad	.412 (*)
Que el enfermo hab le de su vida y/o de su enfermedad y me haga sentir participe de ello	.443 (*)
En distintas situaciones, no saber manejarse en la comunicación con el paciente	.443 (*)
No poder dedicar más tiempo a cada paciente cuando desea hablar conmigo	.507 (**)

(*) La correlación es significativa al nivel 0'05 (bilateral)
 F, B, P = Parámetros de la predicción
 a = Predicción junto a ítem 6

CONCLUSIONES

Los profesionales de la Unidad de Oncología no presentan perfil de Burnout conforme a lo esperado en las situaciones de las 3 subescalas, pues presentan:

- Alta Realización Personal
- Baja Despersonalización
- Medio agotamiento emocional

CONCLUSIONES II

Las situaciones estresantes de mayor impacto tienen que ver con el tratamiento y cuidados físicos de los enfermos y con el trato y cuidados a enfermos y familiares

CONCLUSIONES III

El cansancio emocional y la despersonalización se relacionan fundamentalmente con estresores del cuidado físico a los enfermos y de la relación con compañeros del grupo profesional.

CONCLUSIONES VI

La realización personal aparece como un resultado del cuidado y atención al enfermo y familiares a pesar del impacto que a los profesionales les producen estas situaciones.

***HOJA DE ENFERMERÍA
RADIOLÓGICA***

Bertomeu Ruiz, José Vicente. Such Martínez, Miguel Angel.
Cantos Venturini, Cristina. Alcaraz El Busto, M^a José.
Bonmatí Giner, Antonio. Calderón Reig, Rafael
Enfermeros Radiología. (Hospital General Universitario de Alicante)

OBJETIVOS

Dar a conocer la actividad de Enfermería en el Servicio de Rx, al resto del hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Elaboración de una hoja de registros de Enfermería, consensuada por todo el personal del servicio de Rx, en cada uno de los departamentos.

Anotación y reflejo de parámetros tanto del paciente, como del propio servicio.

RESULTADOS

Hoja de Enfermería radiológica como instrumento de intercambio de información intrahospitalaria.

DISCUSIÓN

Reuniones periódicas a fin de simplificar y mejorar los registros de enfermería.

Interconexión con el resto de unidades hospitalarias.

OBJETIVOS

Reflejar la actuación de Enfermería en el Servicio de Radiología.

Utilizar la hoja de Enfermería como elemento de intercambio intrahospitalario..

MATERIAL Y METODO

Teníamos pues una serie de parámetros, los cuales habíamos observado que se repetían en la mayoría de los pacientes.

Otra serie de parámetros podíamos añadirlos, ya que de forma habitual y repetitiva lo veníamos haciendo, pero sin dejar constancia de ello.

Aplicábamos una serie de cuidados de Enfermería diariamente, de forma pautada e individualizada, los cuales no trascendían fuera de nuestro servicio, y que eran muy importantes para el seguimiento en planta del paciente.

Habíamos recabado información de diferentes congresos, referentes a la plasmación en diferentes formatos, de la actividad de la Enfermería Radiológica.

Metodo.-

Tras una serie de reuniones de todo el personal de Enfermería del Servicio de Rx, y recogiendo las inquietudes profesionales de todos, se optó por elaborar una

Hoja de Enfermería en donde se recogiesen aquellos datos mas importantes, tanto de la situación del paciente, como de su estancia en el Servicio de Rx, y de las consecuencias y cuidados del paciente a realizar en planta tras su paso por nuestro Servicio.

- Fuimos elaborando un listado de parámetros que se repitiesen en todas las unidades.
- Definición de cada uno de ellos.
- Incidencia para el paciente.
- Importancia para el personal e enfermería de rx.
- Importancia para la unidad de origen del paciente.
- Grado de importancia de cada parámetro a reflejar.

Con todo ello se confecciono una hoja de enfermería común para toda la unidad, con los siguientes fines:

- 1) -Intercambio de información intrahospitalaria del tiempo que el paciente permanece en le servicio de rx.
- 2) -Que no existiese un vacío en los registros de enfermería, ya que el paciente seguía estando recibiendo cuidados,y vigilancia en todo momento.
- 3) -Que el servicio de procedencia del paciente recibiese lo más claro y rápido de la situación hemodinámica de su paciente, fuera de su unidad.
- 4) -Responsabilidad en todo momento por parte del personal de enfermería.
- 5) -Información exacta de la exploración a la que ha sido sometido el paciente.

CONCLUSIÓN

La Enfermería también existe en el Servicio de Radiología, y cada vez más es imprescindible dado el gran aumento que están experimentando las pruebas radiológicas.

Cada día son más las técnicas que se realizan en las diferentes unidades.

Existen cada vez más pruebas de radiología intervencionista, en donde la necesidad de los cuidados enfermería son necesarios.

Los pacientes que acuden a nuestro Servicio, cada vez requieren más cuidados de Enfermería.

La hoja de enfermería sirve de vehiculo de transmisión de información de ida y vuelta.

Acerca la radiología al resto del personal hospitalario y ampliando nuestra formación e información.

Responsabiliza al enfermero como activo importante e individual en el procedimiento radiológico.

RESULTADOS

HOJA DE ENFERMERIA SERVICIO DE RADIOLOGÍA

SECCION:

FECHA:

Etiqueta de Paciente

RECEPCIÓN PACIENTE:

T.A. : F.C. :

PORTADOR DE:

Vía Central Vía periférica S.N.G. Sonda vesical Intubación C. Informado Preoperatorio

NIVEL DE CONCIENCIA:

Normal Obnubilado Desorientado Agitado Colaborador

MEDICO / SERVICIO PETICIONARIO

EXPLORACIÓN

DIAGNOSTICA TERAPEUTICA IMPLANTE

VIA ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE:

Central

I.V. Periférica I. A. Oral Renal Rectal

Reservorio

TIPO DE CONTRASTE:

Parenteral

Oral

Rectal

CANTIDAD:

FLUIDOTERAPIA EN RADIOLOGÍA:

TOTAL FLUIDOS

MEDICACIÓN DURANTE LA EXPLORACION:

SI

NO

ANESTESIA DURANTE LA EXPLORACION: SI

NO

CONSTANTES FINAL DE LA EXPLORACION:

T.A. : F.C. : SO₂ :

INCIDENCIAS DURANTE LA EXPLORACION:



16. MESA REDONDA

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

“Profesiones sanitarias: Nuevo contexto”

La presente mesa redonda recoge de pleno uno de los objetivos generales planteados en estas XI Jornadas de Enfermería organizadas por la división de Enfermería del Departamento 19, como es el debate acerca de las nuevas demandas a las que la Enfermería debe hacer frente, tanto desde el punto de vista asistencial y organizativo como formativo e investigador.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias publicada recientemente (Ley 44/2003) establece que son <Profesiones Sanitarias> aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos, tal y como sucede con Enfermería.

Este importante texto legal junto a la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003) y del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (Ley 55/2003), han venido a conformar un contexto normativo del que se deriva un nuevo contexto sociosanitario y profesional en donde Enfermería tiene como reto hacer frente a las nuevas y crecientes demandas sanitarias de la sociedad, desarrollando su trabajo dentro de unas organizaciones multidisciplinarias en donde se conjugan crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente con los espacios específicos de cada profesión.

El futuro de la Enfermería se está conformando en torno a unos escenarios (docentes, asistenciales, gestores e investigadores), en donde se están produciendo, y se van a producir en los próximos años, unos importantes cambios que mantienen en actitud expectante tanto al colectivo de Enfermería como a sus organizaciones representativas, pues no en vano se está configurando un nuevo contexto socioprofesional que va a marcar el futuro de la profesión enfermera. En este sentido me parece oportuno hacer las siguientes referencias:

DOCENCIA

El Consejo de Universidades ya no admite a trámite nuevos planes de estudios enfermeros basados en el Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a su obtención.

El nuevo Espacio Europeo de Enseñanza Superior marca los horarios para la obtención de titulaciones universitarias: desde 180 créditos hasta 240. Con independencia de la idoneidad de una u otra, cualquier organización que represente a una

profesión debe exigir para ésta el mayor número de créditos posibles justificándose en la necesidad de adquirir el mayor número de conocimientos posibles para prestar a la comunidad servicios de mayor calidad.

El tránsito a la licenciatura supondrá una revolución en el modelo organizativo académico. Se crearán facultades de enfermería, con decanos y catedráticos y, por otro lado, se cerrarán Escuelas Universitarias de Enfermería, probablemente todas las adscritas.

También sería interesante reivindicar que la formación de las Auxiliares de Enfermería (Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en Formación Profesional de Grado Medio) recayera en los profesionales enfermeros, sobre todo su organización diseño y la gran parte de sus enseñanzas.

ASISTENCIA

El que las intervenciones enfermeras están basadas en los principios científicos, humanísticos y éticos. (R.D. 1231/2001 Art. 53.1), y que el enfermero generalista sea el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello de los medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna. (R.D. 1231/2001 Art. 53.2), tienen una trascendencia tremenda para la profesión de Enfermería.

Esto es así porque las enfermeras y los enfermeros ya no tenemos más techo que nuestro criterio científico técnico, con lo que ello supone de crecimiento profesional y de responsabilidad civil, penal y patrimonial.

El incremento del nivel adquisitivo de la sociedad española en su conjunto y, el desarrollo científico técnico de la sanidad española ha propiciado, fundamentalmente, el incremento de la esperanza de vida al nacer. La enfermería debe ser la responsable de los cuidados de las personas mayores y, cuando digo la responsable, no me refiero a que sea la responsable de la aplicación de las prescripciones médicas, sino que tome la iniciativa en la construcción, gerencia y diseño del plan de cuidados de las futuras residencias asistenciales.

Al igual que es impensable que se diseñe la construcción de un hospital sin la participación de los médicos en el diseño de las habitaciones, quirófanos o urgencias no debe ser imaginable la construcción de una residencia asistencial si la participación de una enfermera en el diseño de las habitaciones, camas, medidas protectoras, comedores, enfermería, etc.

El previsible incremento de la inmigración, fundamentalmente de países sudamericanos, del este de Europa y subsaharianos, nos abre también un importante campo de actuación fundamentalmente en atención primaria.

Se hace preciso que la enfermería disponga de un lenguaje común y de ámbito internacional. En este sentido, en los próximos años tendrá un gran desarrollo todas aquellas iniciativas tendentes a buscar nomenclaturas comunes, NIC y NOC (intervenciones y diagnósticos).

La protocolización de la práctica enfermera será otro de los campos de gran desarrollo fundamentalmente por la presión de las demandas judiciales. Aquí jugarán un papel fundamental las sociedades científicas, que serán las que deban conducirlos, realizando las correspondientes recomendaciones. Los Colegios deberían propiciar que las Sociedades Científicas realizaran recomendaciones concretas dándole los Colegios el formato legal que avalara esta práctica, sirviendo además como referente para la judicatura.

Se abre la puerta al desarrollo de las especialidades si bien existen ciertas indefiniciones cuya claridad debe darla el colectivo enfermero y no la Administración.

GESTIÓN

Los objetivos básicos de la gestión no han variado a lo largo de los tiempos: obtener un producto que dé el mayor beneficio posible (político, económico, social, empresarial) con la menor utilización de recursos y por tanto con los costes mas bajos posibles. Lo que sí ha variado a lo largo de los tiempos son las herramientas utilizadas para la consecución de esos objetivos, pero no los objetivos. Así, en el ámbito sanitario se ha pasado, en los últimos años de la administración de servicios al gerencialismo, posteriormente a la planificación, la contención de costes, la gestión por objetivos, la gestión clínica o, actualmente, la gestión por competencias, pero en todos los casos el objetivo no ha variado, la máxima producción al menor coste posible, ya sean servicios o productos.

INVESTIGACIÓN

Al ser los enfermeros los responsables de todas nuestras actuaciones profesionales ante el ciudadano y por tanto ante la ley, debemos, no sólo aplicar nuestros cuidados, sino medirlos, valorarlos y evaluarlos, observar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándonos para ello de los medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados.

La investigación es algo inherente a los profesionales y, con la nueva titulación de Grado, estamos en igualdad de condiciones que el resto de las titulaciones para el acceso a las becas y ayudas institucionales, tanto publicas como privadas.

José Antonio Ávila Olivares

PARTICIPAN:

Dña. Cecilia Meliá Beigbeder, Coordinadora de Enfermería del Centro de Especialidades Babel.

Dña. M^a Carmen Gozalves Manzanera, Supervisora de Oncología del Hospital General Universitario de Alicante.

D. Fernando Fernández Candela, Adjunto de Enfermería del Centro de Especialidades de Elche.

Dña. Manuela Domingo Pozo, Enfermera Planes de Cuidados del Hospital General Universitario de Alicante.

17. MEMORIA DE LAS X JORNADAS “Las etapas de la vida y sus cuidados”



FECHAS: 19 y 20 de noviembre de 2004

LUGAR: Alicante

SEDE: Salón de Actos del Hospital General Universitario de Alicante



Las X Jornadas de Enfermería de trabajos científicos, fueron organizados por profesionales del Hospital General Universitario de Alicante y Centro de Especialidades Babel.

Fueron declaradas de interés Científico-Sanitario por la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, de interés Profesional por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), reconocidas por la Comisión de Cursos

Especiales y Créditos de Libre Elección Curricular (CECLEC) de la Universidad de Alicante, y reconocidas por la Comisión Nacional de Formación Continuada.

OBJETIVOS GENERALES

- Conocer los últimos avances en los cuidados en cada etapa específica del ciclo vital humano.
- Divulgar la producción científica de los profesionales de Enfermería de la Provincia de Alicante.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. ACTUALIZAR el conocimiento enfermero sobre patologías asociadas a la edad
2. INCORPORAR modelos y planes de cuidados adaptadas a las necesidades de los pacientes según su etapa de desarrollo
3. EVALUAR las repercusiones sociodemográficas en los niveles asistenciales
4. DEBATIR nuevas técnicas que influyen sobre la calidad de vida de los pacientes según el ciclo vital

PROGRAMA CIENTIFICO:



La Conferencia Inaugural la pronunció Dña. Nieves Cremades Hernández, Bióloga de la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital General Universitario de Alicante, en la cual nos hizo un repaso sobre el ciclo biológico de la pareja, nos describió el funcionamiento de la unidad y nos presentó los resultados desde su inauguración.



MESAS DE TRABAJO:

El Comité Científico aceptó 24 trabajos que se expusieron en forma de comunicación y 7 póster científicos. Durante los 2 días se celebraron 5 Mesas de trabajo.

Las mesas de trabajo han girado en torno al lema de las Jornadas "Las etapas de la vida", cada moderador nos ha presentado una comunicación según el ciclo vital en el cual se desarrollaba su mesa, haciendo referencia a la necesidad de fomentar actividades y conductas saludables en los usuarios, con programas de salud, así como a contribuir a que sus necesidades sean cubiertas, dando a conocer las distintas entidades públicas competentes con las recomendaciones en cuanto a formación por parte de los profesionales sanitarios.

Las mesas de Trabajo y sus lemas fueron:

Mesa de Trabajo 1. Moderada por, **Dña. Encarna Mateo López**, *Supervisora de Pediatría/Lactantes del H.G.U.A.*

“Cuidados en la Infancia”

Mesa de Trabajo 2. Moderada por **D. Alfonso Navarro Atienza**, *Director del Centro de Recepción de Menores de Alicante.*

“Cuidados en la Adolescencia”

Mesa de Trabajo 3. Moderada por, **D. Carlos Clavijo Fernández-Golfín**, *Centro de Transfusiones de Alicante.*

“Cuidados en la Juventud”

Mesa de Trabajo 4. Moderada por, **Dña. Adela Alonso Gallegos**, *Coordinadora del Centro de Salud de Florida.*

“Cuidados en la Madurez”

Mesa de Trabajo 5. Moderada por, **D. Francisco Martínez Pastor**, *Coordinador de Enfermería Residencia La Florida.*

“Cuidados en la Ancianidad”

Una mayoría de los trabajos expuestos han estado orientados hacia la realización de guías y programas, no sólo con la finalidad de conocerlos en estas Jornadas, sino que además, son una vía de perfeccionamiento y continuidad en las propias unidades que sirva tanto para los profesionales como para los cuidadores, destacando también que su elaboración no ha sido realizada de forma individual sino que en ella ha intervenido un grupo de profesionales e incluso de distintos Hospitales de otras comunidades llegando a estudios multicéntricos.

TALLERES DE ENFERMERIA:

Para contribuir a la divulgación del trabajo que realiza la Enfermería en su ámbito de actuación y siguiendo la línea satisfactoria de los talleres iniciados en las 5ª Jornadas, se organizaron paralelamente 3 Talleres de Enfermería que sirvieron de motivación para que la participación fuera más numerosa, en cuanto a los profesionales que quisieron confeccionarlos y dárnoslos a conocer.



A la hora de diseñar nuestros talleres, nuestra preocupación siempre es la de que su aportación sea novedosa y de interés general para todo el colectivo, tratándolos de forma dinámica, siendo interactivos y contando con la gran colaboración de todos los componentes que han visto altamente compensado su esfuerzo con la importante aceptación entre los asistentes.

Los lemas de los talleres fueron:

Coordina: Mercedes Albaladejo Tello.

PRUEBAS FUNCIONALES DE CARDIOLOGÍA

Coordina: Dña. Amparo Herrero Belmonte, Supervisora de Cardiología del H.G.U.A.

Taller interactivo para conocer las nuevas tecnologías aplicadas en las alteraciones cardiológicas



LIBRE DE HUMO

Coordina: Dña. Nieves Izquierdo García, Supervisora de Neurología del H.G.U.A.

Taller interactivo para dar a conocer las herramientas de ayuda para dejar de fumar.



MANEJO DE RESERVORIOS

Coordina: Dña. M^a Carmen Gozalves Manzanera, Supervisora de Oncología del H.G.U.A.

Taller interactivo que dará a conocer las ventajas del manejo correcto del reservorio en beneficio del paciente infantil y adulto.



ACTIVIDADES PARALELAS:

Las actividades de los stands comerciales se realizaron simultáneamente, en el Lucernario que precede la entrada al Salón de Actos, al resto de las actividades programadas en las Jornadas. Ofrecieron al visitante la oportunidad de conocer de cerca determinados procedimientos y técnicas.

Como novedad este año las casas comerciales han impartido 16 seminarios en los que nos han mostrado sus productos con una aplicabilidad actualizada, haciendo foro de debate con los asistentes.

La totalidad de los Actos fueron de carácter gratuito y estuvo representada la práctica totalidad de los Hospitales y Centros de Atención Primaria de la Provincia de Alicante.



EQUIPO ORGANIZATIVO:

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

PRESIDENCIA

D. Miguel Ángel Fernández Molina
Director de Enfermería del H.G.U.A.



COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

D^a Mercedes Albaladejo Tello

VOCALES:

D^a Nieves Izquierdo García
D^a Pilar Toboso González

D^a Asunción Sempere Quesada
D^a Josefa Martínez Gil de Arana

D^a Mercedes Segura Cuenca
D^a M^a Angeles Lillo Hernández
D^a Inés González Sanchez
D^a Julia López Arenas
D^a Dolores Saavedra Llobregat

Dña. Asunción Pérez Andreu
D^a Ascensión Marroquí Rodríguez
D^a Esther Moncho Domenech
D. Francisco Ballesta López
D^a Alica Muñoz Moll

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE

D. Ginés A. Rodríguez Aguilar

VOCALES:

D. Pedro Hernández Bermudez
D. Francisco Blanes Compañ
D^a Isabel Aznar Martínez
D^a Manuela Domingo Pozo
D. Javier Gómez Robles
D^a María Torres Figueiras
D^a Isabel Chaves Muñoz-Alcón
D^a M^a José Muñoz Reig

D. José Borrell Climent
D. Fidel Climent Aragó
D. Héctor Terol Royo
D^a Catalina Pardo López
D^a Victoria Burguera Anguiano
D. Francisco Pérez Useros
D^a Francisca Milán Navarro
D^a Rosa Gómez García

SECRETARIAS:

D^a M^a Dolores Más Planelles *Secretaria Subdirec. de Enfermería*
D^a Fernanda Fernández Gil *Secretaria Direcc. de Enfermería*
D^a M^a José Jaén Garrido *Secretaria Subdirec. de Enfermería*

DIVULGACIÓN INFORMATIVA:

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

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

INSCRIPCIONES:

En la 10^a edición el número de inscripciones fue de 1.112. Continuando además con el carácter gratuito de las Jornadas.

Junto a toda la documentación entregada, se adjuntó una encuesta que fue contes-



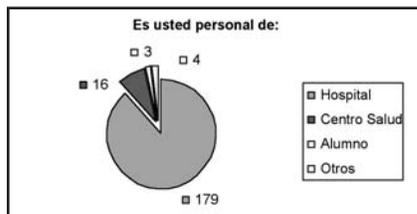
tada por los profesionales, y en la que por medio de los 12 ítems de que constaba, se pudo evaluar las X Jornadas.

VALORACION ENCUESTAS:

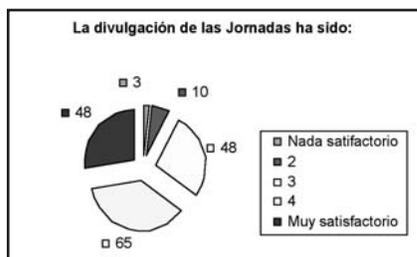
Nº Encuestas contestadas: 202

Como años anteriores la organización confeccionó una encuesta para recoger opinión sobre el contenido, desarrollo así como nuevos temas de interés para próximas ediciones entre los asistentes.

Para esta edición el 89 % de los asistentes procedían de Hospitales de toda la provincia, el 1 % fueron alumnos de ciencias de la salud, y un 8 % procedían de Centros de Salud.



Un 28 % de los encuestados valoró la divulgación de las Jornadas como muy buena, frente a un 2 % que lo hizo como mala.



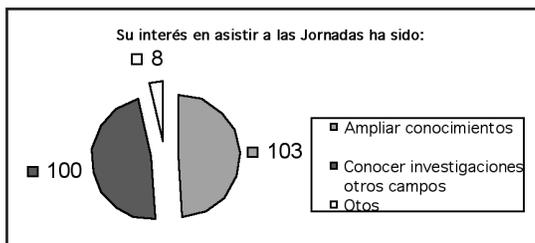
El esfuerzo realizado por la organización ha sido gratamente valorado con un 32 % manifestó ser muy buena.



Tan sólo un 4 % consideró la calidad global de la formación recibida como mala frente a un 28 % que lo consideró buena.



El interés por asistir a las Jornadas ha sido el de ampliar conocimientos en un 60 %, dato interesante ya que en ediciones anteriores este ítem no había sido valorado tan altamente.



En el apartado de posters, sólo un 7 % los han considerado de mala calidad frente al 47 % que los consideró como buena en cuanto a calidad científica aplicabilidad o un 27 % que consideró muy buena la presentación.

Con el fin de conocer temas de interés para próximas Jornadas y poder así adaptar las expectativas que nuestros profesionales demandan, en el apartado que hace referencia al mismo, se recogió:

- Lactancia materna.
- Vendajes.
- Terapias alternativas.
- Urgencias.

DOCUMENTACIÓN ASISTENTES:

- 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
- Gastos de viaje y alojamiento
- Libros de ediciones limitadas

DOCUMENTACIÓN PONENTES:

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

DOCUMENTACIÓN EQUIPO ORGANIZATIVO:

- Documentación Asistentes

- Certificado de Comités
- Set de bolígrafo y pluma grabado
- 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 y Centro de Especialidades Babel

RELACIÓN DE CASAS COMERCIALES COLABORADORAS:

- 3M España, S.A
- Abbott Laboratories, S.A.
- Aldimesa
- Analyzer, S.A.
- B. Braun Aesculap
- B. Braun División Cirugía
- B. Braun División Farmacia
- B. Braun División OPM
- BANCAJA
- Becton Dickinson, SA
- Carbueros Médica
- Coloplast
- Convatec, S.A.
- El Corte Inglés. División Comercial
- Elite Bags, S.L.
- Pharma-Tex, Grupo L.M.
- I.D. Médica
- Indas
- Johnson & Johnson.P.P. Medical
- K.C.I.
- Laboratorios Bama-Geve, SA
- Laboratorios Farmaceuticos Rovi, SL
- Laboratorios Lauclar
- Laboratorios Salvat. División Médica
- Lorca Marin
- M.B.A.
- Medex Medical, S.L.
- Medilevel
- Menarini
- Mölnlycke Health Care
- Novartis
- Novartis Nutrición, SA

- Nutricia
- Ortopedia O'Donell
- Palex Medical, S.A.
- Prim, SA
- Puleva
- Revista "Metas de Enfermería"
- Revista Rol
- Roche Diagnóstics, S.L.
- Smith & Nephew, SA
- Textil Planas Oliveras, S.A.
- Tyco Autosuture España
- Tyco Healthcare Spain, SL
- Uργο- Openfar
- Vygon

ACTOS SOCIALES:

El Acto Inaugural lo presidió el Ilmo. Sr. D. Juan Prefaci Cruz -Subsecretario para los Recursos de Sanidad, a quién acompañaba, Ilmo. Sr. D. José Antonio Ávila Olivares –Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; Ilma. Sra. Dña. Loreto Macia Soler -Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante, Dr. D. Rafael Díaz Bonmatí -Director del Hospital General Universitario de Alicante, y D. Miguel Ángel Fernández Molina -Director de Enfermería y Presidente de las Jornadas,.

A continuación se procedió a la Conferencia Inaugural a cargo de Dña. Nieves Cremades Hernández, y con el título: “El origen de la vida”.

La Conferencia de Clausura corrió a cargo del Profesor D. Jaime Miquel Calatayud, Ex Jefe de Patología experimental NASA (EEUU). Profesor del Departamento de Biotecnología de la Universidad de Alicante.



La Mesa de Clausura estuvo compuesta por la Ilma. Dña. Belén Payá Pérez -Presidenta del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante-, Ilmo. Sr. D. José Antonio Ávila Olivares –Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, D. Miguel Ángel Fernández Molina –Director de Enfermería del H.G.U.A. y Presidente de estas IX Jornadas de Enfermería-, D. Ginés A. Rodríguez Aguilar –Subdirector de Enfermería del H.G.U.A. y Presidente del Comité Organizador de las IX Jornadas de Enfermería-, y Dña. Mercedes Albaladejo Tello –Adjunta de Enfermería del H.G.U.A. y Presidenta del Comité



Científico de las IX Jornadas de Enfermería -. En ella se leyeron las Conclusiones de esta Jornadas y se dieron a conocer los Trabajos Premiados que fueron:

1^{er}. PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN

Estudio multicéntrico nacional de prevalencia en el uso de terapias complementarias y alternativas por el paciente oncológico

2^o PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN

Estoy en “off”: Gestión de un caso de cuidados

3^{er}. PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN

Evaluación del proceso de implantación y cumplimentación del nuevo registro de enfermería del Hospital Polivalente

4^o PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN

Evaluación de una consulta de Enfermería en el Instituto de Mutxamel

1^o PREMIO AL MEJOR CARTEL CIENTIFICO

Calidad de vida de nuestros mayores confinados en su domicilio: Láminas de Coop/Wonca

2^o PREMIO AL MEJOR CARTEL CIENTIFICO

Nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el Hospital de Día

PREMIO POR VOTACION POPULAR:

Estoy en “off”: Gestión de un caso de cuidados

PREMIO EXTRAORDINARIO BANCAJA

Evaluación de una consulta de Enfermería en el Instituto de Mutxamel

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

EL PRESIDENTE DE LAS JORNADAS

Miguel Ángel Fernández Molina

DIRECTOR DE ENFERMERIA DEL H.G.U.A.