

Implementación en la Unidad de Medicina Interna de la guía de cuidados de enfermería para vías venosas

F. Luquin, R. Jiménez, E. Berrade

Unidad Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción. La canalización de vías venosas, su cuidado y mantenimiento es una actividad muy frecuente en la práctica diaria de enfermería. El garantizar la calidad de estos cuidados supone una responsabilidad para el personal de enfermería. Para conseguirlo es fundamental unificar criterios de actuación y registrarlos. Con este fin se elaboró en nuestro hospital una guía de actuación basada en la evidencia científica que facilitara la actividad de enfermería en este tema.

Objetivo. Unificar criterios de actuación implementando la guía elaborada en el Hospital Virgen del Camino, para mejorar la calidad de cuidados disminuyendo las complicaciones relacionadas con el uso de catéteres venosos.

Material y métodos

- Participación activa de un representante de la Unidad en la elaboración de la guía, siendo ésta la persona referente.
- Presentación general de la guía en el Hospital con invitación al personal de la Unidad.
- Desde mayo del 2006 se realizaron 10 sesiones informativas para las enfermeras de la Unidad presentando la guía, su uso, manejo y forma de registro.

- Con el objetivo de facilitar la implementación en la Unidad, se creó un grupo de apoyo.
- Dejar registros modelo en lugares visibles de la Unidad y la guía en papel en control.
- Informar de la ubicación de la guía en Intranet, dejando acceso directo en el ordenador.

Resultados

- Accesibilidad total para el personal de enfermería a la guía.
- El 100% de enfermeras asistió a alguna de las sesiones informativas.
- Los registros se van cumplimentando progresivamente.
- Todos los pacientes con vías venosas tienen abierto el registro de vías actualizado.

Conclusión. Unificar criterios de actuación en el cuidado y mantenimiento de vías venosas, mejora la comunicación entre los profesionales de la Unidad revertiendo en una mejor calidad de cuidados.

Sin embargo, a pesar del interés mostrado por el personal de enfermería, el registrar correctamente todos los parámetros establecidos en la guía sigue siendo un punto débil a mejorar. (*II Congreso ETI. Barcelona, mayo de 2007*).

Valoración de la implementación de un registro para vías venosas centrales en una unidad de Cirugía General

F. Luquin¹, E. Burgos¹, B. Jiménez¹, C. Andión²

1. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

2. Clínica Ubarmin. Elcano. Navarra.

Introducción. La implantación de un catéter venoso central permite un buen acceso vascular para administrar grandes aportes parenterales, soluciones hiperosmolares, NPT, etc.

Las complicaciones potenciales tienen una importante repercusión en la evolución del paciente, siendo

la mayoría de ellas evitables con la realización de unos cuidados enfermeros de calidad.

Objetivos. Unificar criterios de actuación ante la implantación del registro específico en junio de 2006. Mejorar la cumplimentación de los registros.

Material y métodos. Estudio descriptivo de 37 casos seleccionados de forma aleatoria en una unidad de Cirugía General del Hospital Virgen del Camino, en el periodo comprendido entre octubre de 2006 y febrero de 2007. Análisis estadístico mediante hoja de cálculo E7.0.

Resultados. Según la localización de la vía el 32% se encuentra en subclavía, mientras que el 38% lo tendríamos en inserción yugular; el 16% lo encontramos con CVC de inserción periférica, no encontrando registro en un 14%.

En cuanto a la duración en el tiempo el 22% se mantendría en menos de 5 días; entre 6-10 días nos encontramos con un 59%; de 11-15 días un 13,5% y el 5,5% duración superior a 15 días.

En los CVC nos muestra una diferencia en cuanto al uso único (FDT continua) un 67,5% frente al doble uso (FDT + NPT) con un 32,5%.

Conclusiones. Cumplimentación aceptable en función del periodo de implementación de los registros. La existencia de un registro específico es necesaria para la realización de unos buenos cuidados de calidad. (*II Congreso ETI. Barcelona, mayo de 2007*).

Actuación ante una exposición accidental con material biológico

F. Sola, A. Martín, J. M. Ollo, C. Arenaz, M. N. Erdozain

Dirección de Enfermería. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción. El Hospital Virgen del Camino de Pamplona es uno de los dos Hospitales terciarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Hay un equipo de cinco Jefas de Guardia que dependen jerárquicamente de la Dirección de Enfermería y son las responsables de la atención global durante el correspondiente turno de guardia.

Objetivo. Informar al trabajador de los pasos a seguir ante un Accidente con Riesgo Biológico, ofreciéndole los recursos que se disponen.

Material y métodos. Cuando en el centro, por parte del trabajador se produce un Accidente con Riesgo Biológico (A.R.B.) el cumplimiento del protocolo establecido en el Hospital se canaliza a través de la Jefa de Guardia.

En el Hospital existe un médico de guardia en laboratorio y es el que realiza la serología urgente del VIH y HB (previo consentimiento informado de la fuente), con el resultado obtenido se hace una valoración individual del accidentado, dando quimioprofilaxis si fuera necesario. La posterior valoración, declaración y seguimiento del mismo se realiza en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (S.P.R.L.).

Resultados. Presentamos los datos recogidos años 2005 y 2006.

Año 2005. Hay 62 accidentes, el 39% son producidos en el horario que las Jefas de Guardia cubrimos.

Año 2006. Hay 78 accidentes, el 51% se producen en nuestra jornada laboral.

Por estamentos. El mayor número de accidentes se producen en enfermeras, seguido de médicos, auxiliares de enfermería, alumnos y otros.

Por descripción del accidente. Recogida de material usado, encapsulando, suturando, inyectando...

Conclusiones

- Es necesario continuar con el recurso de actuación urgente, por la cantidad de A.R.B., fuera del horario del S.P.R.L. y conlleva a disminuir la ansiedad del trabajador.
- Se evita tomar quimioprofilaxis inadecuadamente con la valoración individualizada de cada accidente.
- Dado los resultados de la descripción de los accidentes, se debe insistir en la buena praxis de actuación. (*Jornadas Nacionales de Supervisión de Enfermería. Santander, 18 al 20 de abril de 2007*).

Adaptación del módulo de planes de cuidados de enfermería de OMI en la "Guía de atención a las personas con EPOC"

A. Sergio, A. Eugui, M. Almirantearena, A. Salaberri, G. Marí, A. Legarra

Centro de Salud de Cizur Mayor. Navarra.

Introducción. En 2005 se implantó en Navarra la "Guía de atención a personas con EPOC". Uno de sus apartados es la descripción de la atención de enfermería a las personas con EPOC según la valoración por patrones de M. Gordon, diagnósticos NANDA más prevalentes, NOC, NIC y actividades. La Atención Primaria se ha informatizado con el programa OMI. En 2006 comienza el pilotaje algunos del Módulo de Planes de Cuidados (versión 6 OMI).

Material y métodos. Enfermeras expertas en EPOC (participantes en la elaboración de la guía), en metodología enfermera y en OMI. Revisión de la guía de actuación del proceso de la EPOC, búsqueda bibliográfica, revisión del módulo de Planes de Cuidados de OMI. Se adapta la guía de atención a programa informático para estructurar la parte de la atención de enfermería según

terminología NANDA NIC NOC, tal y como la propone el módulo de planes de cuidados y para realizar la formación y extensión a todos los centros.

Resultados. Se presentan los resultados de la revisión de dicha guía y se definen: datos de los diferentes patrones que es imprescindible valorar en las personas con EPOC (tanto en el inicio de la enfermedad como en el seguimiento de la misma), diagnósticos NANDA de aparición más frecuente y propuesta de NOCs, NICs y actividades para los mismo.

Conclusiones. Proceder a la implantación y extensión del módulo, facilitando desde la formación la atención a los diferentes procesos, favorece la utilización de la metodología por parte de las enfermeras. (6º Congreso de la AEC. Valencia, 8 al 11 de noviembre de 2006).

Grado de cumplimiento de los registros de vías venosas periféricas en las Unidades de Medicina Interna y especialidades

E. Burgos¹, F. Luquin¹, C. Andión², B. Jiménez¹

1. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

2. Clínica Ubarmin. Elcano. Navarra.

Introducción. La canalización de una vía venosa periférica es uno de los procedimientos más comunes en la mayoría de los pacientes hospitalizados, con el fin de administrar tratamiento endovenoso.

Los problemas derivados de la inserción y mantenimiento de un catéter son múltiples. La incidencia de complicaciones podría disminuir mediante técnicas asépticas de inserción, la valoración continua de la vía canalizada y la unificación de criterios profesionales.

Objetivos. Conseguir que el personal de enfermería conozca las normas del registro específico de vías venosas periféricas que se ha implantado.

Valorar la cumplimentación con el fin de mejorar la calidad de los cuidados y reducir la incidencia de complicaciones.

Material y métodos. Estudio descriptivo de 117 individuos seleccionados de forma aleatoria en las unidades de MI y especialidades del Hospital Virgen del

Camino, en el periodo de noviembre de 2006. Análisis estadístico mediante hoja de cálculo E7.0.

Resultados. En relación con el calibre del catéter corresponde un 30% a un calibre 18G; un 39% a 20G; un 28% a 22G; y un 3% sin registrar el calibre.

En cuanto la duración de la vía, el 38% fue de 1-2 días; un 34% 3-4 días; un 11% 5-6 días; superior a 7 días un 8%; y sin registrar duración un 9%.

Respecto a los motivos de retirada un 27 % corresponde a finalización del tratamiento; un 31% a flebitis y/o extravasación; un 9% salida accidental; un 6% por dolor; otros 3,5% y sin registrar un 28%.

Conclusiones. Déficit de cumplimentación del registro en un 30% de los casos estudiados. Aplicar medidas correctoras para conseguir una buena cumplimentación. Evaluación periódica para valorar nuevos resultados. (II Congreso ETI. Barcelona, mayo de 2007).

Los mayores que viven en instituciones. Estándares éticos de gestión

M.T. Pérez¹, L.C. Miji²

1. Centro Gerontológico Amma Oblatas. Pamplona.
2. Centro Psicogeriátrico "San Francisco Javier" Pamplona.

Introducción. Según todos los datos oficiales, en España viven más de 7 millones de personas ancianas (7.301.009), lo que representa un 17% de la población. Las proyecciones demográficas prevén que en los próximos 25 años las personas mayores de 65 años representarán un 23,3% (11.684.570 personas). Este aumento de la expectativa de vida ha traído consigo un incremento de enfermedades crónicas en la población anciana que se ha convertido, según la OMS, en el tercer problema de salud pública en muchos países del viejo continente, entre ellos España. De hecho, el Libro Blanco, publicado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, sobre la Dependencia en España calcula que un 32% de las personas mayores padece alguna discapacidad. Un 4,24% de éstos viven y/o son atendidos en estructuras socio-sanitarias: 3.709 en Centros de Día (0,46%) y 266.392 en Residencias (3,66%). Estas estructuras socio-sanitarias, según varios estudios realizados en España, carecen en su mayoría de estándares éticos de gestión. Este trabajo propone desde la Bioética, los estándares éticos que deben estar presentes en la gestión de las organizaciones socio-sanitarias que atienden a personas mayores.

Objetivos. 1. Definir las áreas de responsabilidad ética en las organizaciones socio-sanitarias; 2. Proponer estándares éticos de gestión.

Desarrollo. Reflexión documentada desde la perspectiva de la Bioética Clínica y de la Ética de las Organizaciones. Definición de las áreas de responsabilidad ética de las organizaciones socio-sanitarias en base a los principios morales. Propuesta de estándares y normas éticas.

Conclusiones. Las organizaciones socio-sanitarias que atienden a personas mayores están obligadas a definir un marco ético cuyo eje de acción es la persona mayor. Están también obligadas a crear una cultura organizativa segura, con un modelo de gestión de riesgos que incremente la calidad de la asistencia. Es imprescindible que se establezcan estándares éticos de gestión en las diferentes áreas de responsabilidad clínica, profesional y de gestión. (*I Congreso Internacional de Gerontología 2006. Lisboa, 23, 24 y 25 de octubre de 2006*).

Randomized restorative laparoscopic low anterior resection of the rectum in the pig: J-Pouch vs Coloplasty

E. Balén, J. Suárez, D. Guerrero, B. Oronoz, J. Ariceta, J. M. Lera

Unidad de Investigación Biomédica. Hospital de Navarra. Pamplona.

Objectives. Feasibility of laparoscopic-assisted low anterior resection of the rectum in the pig. To compare the results (surgical complications and grading of adhesions) of laparoscopic restoration with either a J colonic pouch or a transverse coloplasty.

Methods. 28 female pigs (30 kg) were randomized to receive Esther a 5-cm-long J-pouch or a coloplasty, following a laparoscopic low anterior resection of the rectum. Using 4 trocars, the rectal artery was ligated in the sigmoid mesentery, and the rectum was dissected free of pelvic surrounding organs to the levators, divided with roticulating 45 mm staplers, and delivered through a suprapubic midline laparotomy. The sigmoid colon was divided at the level of the promontory, and a 5-cm-long J-pouch or a coloplasty was constructed. A colorectal anastomosis was performed laparoscopically with a

circular 25 mm transanal circular stapler. The animal was given water and its normal feeding after 6 hours. Survival was allowed for 4 weeks. Necropsy was performed after euthanasia with IV penthotal.

Results. The procedure required a permanent transparietal cystostomy, to avoid postoperative obstructive renal failure due to bladder retention. There were no differences in complications or survival: 2 cases of intraoperative death and urionoma at the 6th day in each group and 1 case each of abdominal abscess. 86% of the animals survived the operation and 70% had no complication.

Conclusion. The procedure is feasible. There are no differences between both groups. (*2^o International Congress of Laparoscopic Colorectal Surgery. Florida (Estados Unidos), 13 y 14 de febrero de 2007*).

Colelitiasis con colecistitis en el neonato ¿esperamos o actuamos?

J. Pisón¹, A. Pérez¹, J. Sánchez², J. Conde¹, M. A. Martínez¹, L. Bento¹

1. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
2. Centro de Salud de Buñuel. Navarra.

Introducción. Las colelitiasis del neonato presentan unas características particulares que las diferencian de las del adulto. Su etiología es idiopática en casi el 70% de los casos. El diagnóstico suele ser casual y se resuelve con frecuencia espontáneamente, por disolución del cálculo o por expulsión a duodeno si las piedras son pequeñas.

Material y métodos. Presentamos un neonato de un mes con crisis de dolor abdominal inespecífico y fiebre alta, que justificó la solicitud, desde Atención Primaria de una ecografía. Se confirmó ecografía y analíticamente la presencia de colecistitis por colelitiasis sin anomalías ductales y sin vías dilatadas. Presentó alteraciones enzimáticas con coléstatas. No existían ingresos, ni enfermedades, ni otros antecedentes predisponentes. Remitido a nuestro hospital, se trató médicamente con resolución del cuadro. Ante la existencia de clínica, decidimos realizar una cirugía programada por lo que entró en lista de espera para cole-

cistectomía y se remitió a su domicilio con profilaxis antibiótica. A los 10 días volvió a presentar cuadro de dolor abdominal y acolia. En una nueva ecografía, no se apreciaron cálculos, sino una gran dilatación de la vía biliar extrahepática sugestiva de quiste de colédoco. Al día siguiente el paciente comenzó la expulsión de 5 cálculos de 2 a 5 mm. Repetida la ecografía, la vía biliar no presentaba ninguna alteración.

Conclusiones. Este caso nos permite discutir la actitud más adecuada frente a un neonato con colelitiasis sintomática. La presencia de colecistitis en el menor de un mes con coledocolitiasis y expulsión de las piedras es una evolución infrecuente. La actitud expectante con protección antibiótica a pesar de la clínica es una actitud a tener en cuenta en el tratamiento de estos pacientes, ¿o no?. (*XLVI Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. La Coruña, 23 al 26 de mayo de 2007*).

Valoración de los factores de riesgo de la fragilidad en la atención a las personas mayores ¿quién la realiza?

R. García, A. Sergio, A. Salaberri, A. Egüen, E. Yanguas, L. Aragón

Centro de Salud de Cizur Mayor. Navarra.

Introducción. En la comunidad de Navarra, a lo largo del año 2005-2006 se ha procedido a la implantación de la Guía de atención a las personas mayores en los EAP de la comunidad. Una parte importante de dicha guía de atención es la captación de personas frágiles para realizar las intervenciones oportunas en cada caso, según la causa de la fragilidad.

Material y métodos. Personas mayores de 75 años que han sido valorados en el último año en el centro de salud. Los datos son recogidos en el programa informático OMI a través del protocolo de valoración de las personas mayores de 75 años y plan personal correspondiente. La explotación de datos se realiza a través de consultas de SQL server directamente sobre la base de datos. Se hace un estudio descriptivo de la población mayor de 75 años que ha sido vista en el último

año en el centro de salud de Cizur y a la que se le han valorado al menos uno de los siguientes factores de riesgo de la fragilidad: indicios de deterioro cognitivo, incontinencia urinaria, malnutrición, polimedicación, riesgo de caídas y profesional que ha realizado la valoración (enfermera, médico o trabajadora social).

Resultados. El 49,9% de las personas >75 años que hay en la población se le ha valorado por lo menos 1 de los FR. El 57,8% han sido valorados por enfermeras.

Conclusiones. Es necesario potenciar la valoración de los factores de riesgo de la fragilidad por parte del EAP. Son mayoritariamente las enfermeras las que realizan dicha valoración. (*6º Congreso de la AEC. Valencia, 8 al 11 de noviembre de 2006*).

Infecciones nosocomiales y comunitarias con aislamiento de *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina en pacientes hospitalizados

M. Guevara, A. Bacaicoca, J. Chamorro, M. J. Espatolero, P. Artajo, P. Arina, E. Toledo

Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción. El objetivo fue describir las características de las infecciones en las que se aisló *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (SARM), en pacientes ingresados en el Hospital Virgen del Camino, Pamplona, durante 2004 a 2006.

Material y métodos. Se incluyeron los casos que cumplieran criterios de infección y en los que se aisló SARM, identificados a partir de los informes de microbiología. Se siguieron las definiciones de los Centros de Control de Enfermedades, CDC, y los datos fueron recogidos prospectivamente por personal entrenado. En el análisis se utilizó Chi-cuadrado.

Resultados. Se identificaron 128 infecciones en 104 pacientes, 14 pacientes (13%) reingresaron con reinfección, 11 de ellos con neumonías recurrentes. Las infecciones se presentaron mayoritariamente en los mayores de 64 años (73%), en los hombres (68%) y en los servicios de medicina interna (41%) y neumología (20%), seguidos de cirugía colo-rectal (9%), UCI (6%) y traumatología (6%). Las infecciones más frecuentes fueron las neumonías, 53%, y las de piel y partes blandas (PPB), 16%. Globalmente fueron nosocomiales el 38% de las infecciones, proporción que se mantuvo estable durante los tres años del estudio, pero que mostró una amplia variación entre servicios, siendo nosocomiales el 4% en neumología,

26% en medicina interna, 62% en UCI, 73% en cirugía colo-rectal y 86% en traumatología. Según localización de la infección fueron nosocomiales: el 100% de las bacteriemias, 95% de las del sitio quirúrgico, 44% de las urinarias, 22% de las respiratorias y 19% de las de PPB. Las infecciones recurrentes fueron todas comunitarias. Se realizó estudio de portador nasal en 105 casos, siendo positivos 58 (55%), entre los cuales 9 (16%) tenían SARM resistente también a mupirocina. En 37 portadores se hizo seguimiento posterior al tratamiento de descolonización (con mupirocina o ácido fúcido según el caso) obteniéndose negativización en el 76%.

Conclusiones. Entre las infecciones por SARM, la proporción de nosocomiales fue más baja en nuestro hospital que la descrita en otros estudios, sin embargo, desconocemos el papel que puede estar jugando el hospital en la transmisión de SARM por colonización de pacientes. Fueron frecuentes los reingresos por infecciones recurrentes, posiblemente en relación con persistencia del estado de portador, siendo frecuente también el fracaso del tratamiento de descolonización. Resulta conveniente mejorar el seguimiento de los pacientes colonizados. (XIV Congreso Nacional y III Internacional de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. La Coruña, 30 de mayo al 2 de junio de 2007).

Cirugía laparoscópica del varicocele con dos puertos y bisturí armónico

A. Pérez, J. Píson, M. A. Martínez, J. Conde, L. Bento

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción. Las dos opciones existentes en el tratamiento del varicocele son la embolización endovascular percutánea y la sección de los vasos espermatícos por vía abierta o laparoscópica.

Material y métodos. La técnica quirúrgica empleada es la sección de los vasos espermatícos mediante laparoscopia de dos puertos de 5 mm (umbilical y en fosa iliaca derecha o hipogastrio). El puerto umbilical es el utilizado para la colocación de la óptica y el restante se utiliza para introducir una pinza con la que se disecciona el cordón, que posteriormente se liga y secciona con el bisturí armónico.

Resultados. Hemos intervenido 16 enfermos con esta técnica. No ha habido recidivas, ni atrofias testiculares, pero han aparecido hidroceles postoperatorios en 3 casos. Todos se resolvieron espontáneamente. No hubo ninguna otra complicación y los pacientes fueron dados de alta entre 24 y 72 horas tras el procedimiento.

Conclusiones. La técnica propuesta supone un coste mayor (166,04 €) que el de la laparoscopia convencional, con tres puertos y endograpadora, pero presenta la ventaja de su rapidez, seguridad y no dejar cuerpos extraños intraabdominales (grapas metálicas). (XLVI Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. La Coruña, 23 al 26 de mayo de 2007).