

# Guía de Cuidados en Cirugía Mayor Ambulatoria

Coordinadora: Ana M<sup>a</sup> Laza Alonso



*Guía de Cuidados en  
Cirugía Mayor  
Ambulatoria*





# *Guía de Cuidados en Cirugía Mayor Ambulatoria*

---

*Ana M<sup>a</sup> Laza Alonso*

*Begoña Ayerdi Núñez de Prado*

*Amparo Carbonell Miret*

*Eugenia Vidal Villacampa*

*Emilia Chirveches Pérez*

*Emilia Blay Curiel*

*Montserrat Santa-Olalla Bergua*

*M<sup>a</sup> Mar Caballero Algarín*



© Copyright 2009. Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria ASECMA  
Maquetación, realización y diseño



Castelló, 128, 1º - 28006 Madrid  
e-mail: libros@grupoaran.com  
<http://www.grupoaran.com>

Reservados todos los derechos

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, por cualquier medio, electrónico o mecánico, ni por fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de información sin el permiso por escrito de los titulares del Copyright.

El contenido de este libro  
es responsabilidad exclusiva de los autores.  
La Editorial declina toda responsabilidad sobre el mismo.

Con el patrocinio de Sanofi Aventis



ISBN: 978-84-96881-72-3  
Depósito Legal: M-00000-2009

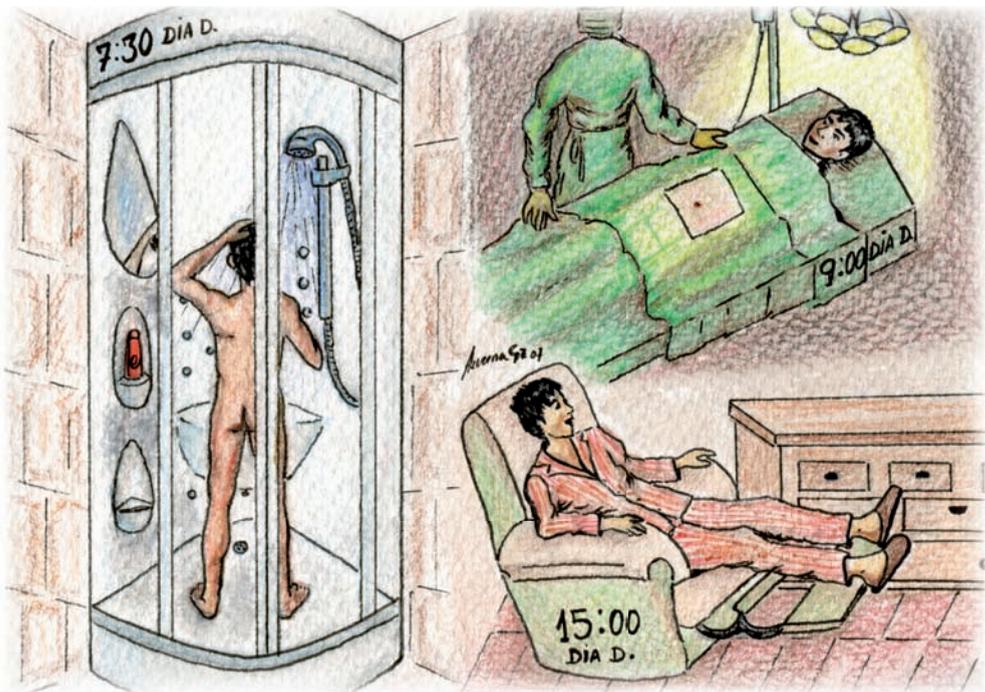
Impreso en España  
Printed in Spain

## Ilustraciones

**Azucena Gómez Gómez**

*Enfermera-Supervisora de Hospitalización desde 2003  
Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo*





Ya en 1867 Florence Nightingale opinaba que el destino último de la Enfermería era el cuidado de los pacientes en sus propias casas



## Prólogo

El continuo progreso de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en nuestro país, con porcentajes crecientes de intervenciones quirúrgicas realizadas en este marco, con procedimientos más complejos y sobre pacientes con mayor morbilidad, nos coloca a todos los profesionales implicados frente a un desafío: hacer nuestro trabajo mejor y más eficiente.

Este reto ha sido perfectamente asumido por los profesionales de Enfermería que desarrollan su trabajo en las unidades de CMA. Se han adaptado a los numerosos procedimientos quirúrgicos, han protocolizado los cuidados para mejorar los resultados, y de forma progresiva han ido asumiendo el peso de las distintas etapas de la Cirugía Mayor Ambulatoria; preoperatorio, perioperatorio y postoperatorio (inmediato, intermedio y tardío). Todo ello lo han llevado a cabo ofreciendo al paciente unos cuidados muy humanos y de calidad.

Con la idea de estandarizar esas actividades de los Cuidados de Enfermería, Ana Laza propuso a la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA), el proyecto de realizar una guía con esos contenidos. Una vez buscado un espónsor, el grupo coordinador inició el trabajo que a lo largo de estos dos años ha llevado a cabo, y cuyo excelente resultado tenemos ahora en nuestras manos. A las diversas actividades e intervenciones enfermeras en la CMA se añaden otros temas de gran interés para los profesionales de Enfermería, como la búsqueda de la calidad, la excelencia y la gestión de las unidades de CMA, un directorio de unidades y procedimientos realizados dentro de la CMA, así como la necesidad de autocuidarnos para así poder cuidar a otros.

Desde ASECMA queremos agradecer a todos los autores, al grupo coordinador y al resto de colaboradores, la dedicación y el esfuerzo realizado, y de forma especial la labor de Ana Laza, que con gran entusiasmo y dedicación ha coordinado las diversas aportaciones dando lugar a esta magnífica guía.

Por último agradecer a Sanofi-Aventis la esponsorización de este proyecto, así como su continuo apoyo a ASECMA y a la Cirugía Ambulatoria.



*Filadelfo Bustos Molina  
Ex Presidente de ASECMA.  
Presidente del Comité Científico de ASECMA*



## Introducción

En el comienzo de la década de los noventa se inicia en España la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), y los profesionales de la Salud se enfrentan a un nuevo concepto del usuario quirúrgico del siglo XXI.

Así mismo, la Enfermería en España hace casi treinta años que intenta adoptar un lenguaje enfermero que normalice sus intervenciones y que haga más fácil el entendimiento y la comunicación de Enfermería, en los distintos niveles de atención, con un lenguaje común.

Siempre con la máxima de que los conocimientos adquiridos deben ponerse al servicio de los demás, hace varios años empecé a madurar la idea de elaborar una "obra" sobre Cirugía Mayor Ambulatoria, en la que confluyeran varias vertientes relacionadas con los cuidados.

Recogiendo la oportunidad que brindó la Sociedad Española de CMA (ASECMA) en el Simposium de Madrid, en 2006 puse en conocimiento de su Presidente la intención de coordinar una guía, que ahora es una realidad. Esta obra ha imbricado los conocimientos de un nutrido número de profesionales de Enfermería de las Unidades de CMA del país (UCMA), haciendo un recorrido por distintos aspectos de Enfermería en esta modalidad de cirugía; así como la estandarización de Cuidados a los usuarios quirúrgicos con las patologías de las distintas especialidades que engloban la cartera de servicios de la misma.

Para ello nos reunimos profesionales con reconocida experiencia, constituyendo un grupo coordinador, llamado BEMAEMAE, que diera forma y contenido a la obra. Por otra parte, y para recoger los conocimientos del mayor número de profesionales especializados, se contactó con casi 140 hospitales de todo el territorio nacional para saber si contaban o no con Unidades especializadas en CMA.

Los conocimientos y la experiencia de los profesionales, vertidos en estas páginas, pretenden actuar a modo de *hilo conductor*, dejando un legado a las generaciones venideras, que podrán evaluarlo y corregirlo posteriormente en aras de una mejora continua en la prestación de Cuidados.

Además, para evitar variabilidad y diversificación en las técnicas enfermeras, pretendemos elaborar más adelante un manual de procedimientos.

Gracias a todos los profesionales que confiados decidieron colaborar; sin esta *gran ayuda*, hubiera sido imposible llegar hasta aquí.

Agradecimiento especial a ASECMA (a su Presidente hasta 2007, Filadelfo Bustos Molina) y a Sanofi-Aventis por la confianza en el proyecto. Muchas gracias también a Juan Carlos Monroy Escalona, por su gran ayuda.

Gracias a todos/as, y sobre todo a ti, lector/a.

*Ana M<sup>a</sup> Laza Alonso. UCMA de Toledo  
Enfermera Colegiada en Toledo con el n<sup>o</sup> 1000. Coordinadora del grupo BEMAEMAE*



# Índice de Autores

## *Grupo coordinador BEMAEMAE*

**B**egoña Ayerdi Núñez de Prado  
Enfermera-Supervisora de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) Hospital de Galdakao-Usansolo (Vizcaya) desde 1992.

**E**milia Blay Curiel  
Enfermera de la UCMA del Hospital El Tomillar. Área hospitalaria de Valme, Dos Hermanas (Sevilla) desde 1992 hasta 2003. Actualmente en Atención Primaria de Sevilla.

**M**<sup>a</sup> Mar Caballero Algarín  
Enfermera de la UCMA del Hospital El Tomillar, Área hospitalaria de Valme, Dos Hermanas (Sevilla) desde 1992 hasta 2003. Asesora Técnica de Cuidados en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) desde 2003 hasta 2007. Actualmente adscrita a la Unidad de Gestión Clínica de Neumología en el Hospital de Valme.

**A**mparo Carbonell Miret  
Enfermera del Área Quirúrgica/UCSI desde 1992 hasta 2003. Directora de Enfermería del Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva (Valencia) desde 2004 hasta 2007. Directora de Enfermería del Departamento 14 en 2008 (Valencia).

**E**milia Chirveches Pérez  
Enfermera del Área Quirúrgica/UCSI desde 1997 hasta 2002. Enfermera de la Unidad de Epidemiología Clínica desde 2002 hasta 2008. Hospital General de Vic. Consorci Hospitalari de Vic. Barcelona.

**M**ontserrat Santa-Olalla Bergua  
Enfermera del Área Quirúrgica/UCSI desde 1988 hasta 1993. Enfermera-Supervisora Área Quirúrgica/UCSI desde 1993 hasta 2008. Adjunta de Enfermería del Proceso Quirúrgico y Esterilización en 2008 Hospital de Viladecans. Barcelona.

**A**na M<sup>a</sup> Laza Alonso  
Enfermera de la UCMA del Complejo Hospitalario de Toledo desde 1992-2000 y desde 2005. **Coordinadora del grupo.**

**E**ugenia Vidal Villacampa  
Enfermera de Hospitalización en distintos hospitales de Madrid desde 1978 hasta 1996. Gerente de la Unidad de Servicios Profesionales Coloplast-Productos Médicos S.A., desde 1996 hasta 2001. Gerente de Dirección de Fabula Congress desde 2002 hasta 2008.

## COLABORADORES

M<sup>a</sup> Carmen Aceña Rubio  
Fidel Delgado Mateos  
Concepción Garcés Ruiz  
Magdalena García Aceña  
M<sup>a</sup> Cruz Isar Santamaría  
M<sup>a</sup> Ángeles Lara Villar  
M<sup>a</sup> Carmen Manchón Sánchez  
Elena Núñez Royo  
Carmen Parada Rua



Águeda García San Segundo y Fernando Cócera Godoy  
Anna Sánchez Zambrano  
Ana Berta Montero Lapresa





# Índice

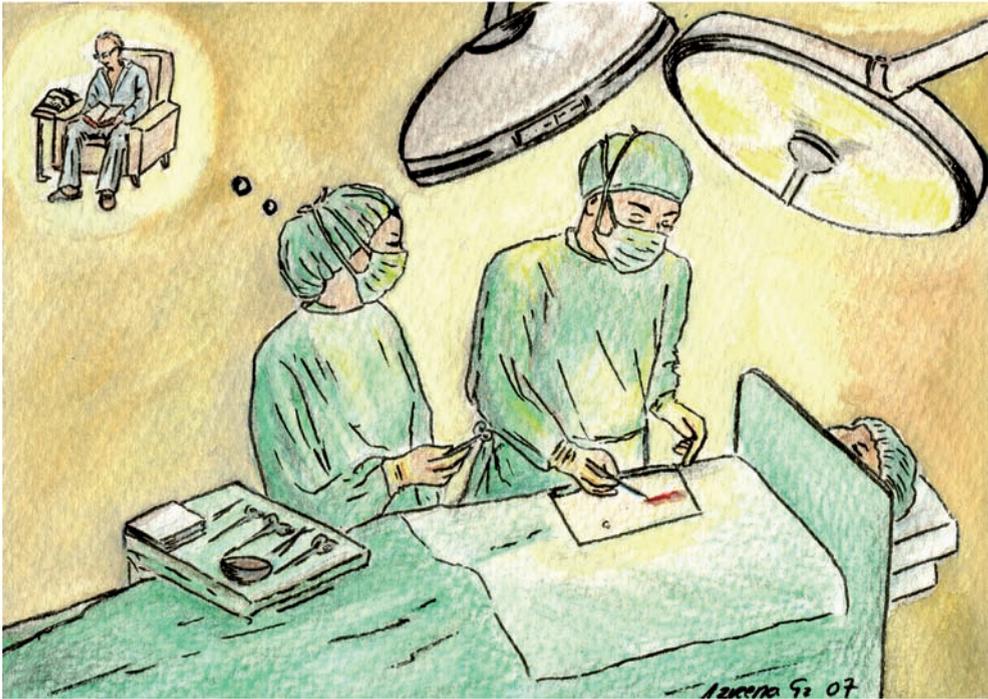
1. ¿Cómo fueron los inicios? .....	17
2. Evolución de los Cuidados de Enfermería en CMA .....	23
3. Filosofía de nuestro papel en esta modalidad de cirugía.....	29
4. Estructura de una UCMA/Cuidados en las distintas áreas .....	35
4.1. Área de Consultas .....	45
4.2. Área del Preoperatorio/Postoperatorio Inmediato .....	51
4.3. Área de Quirófano .....	57
4.4. Área Postoperatorio Intermedio o Readaptación al medio .....	63
5. ¿Por qué estandarizar el lenguaje enfermero? .....	69
6. Proceso de Atención de Enfermería en UCMA. Metodología del Trabajo Enfermero. Competencia Profesional .....	75
7. Adentrándonos en la Codificación Clínica.....	87
7.1. Hacer visible el producto enfermero.....	102
7.2. Codificación Clínica en el Consorci Hospitalari de Vic.....	108
7.3. Codificación Clínica en el Hospital de Galdakao-Usansolo .....	110
7.4. Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria: Diraya.....	111
8. Gestión de una Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI).....	115
9. Indicadores de calidad enfermeros en CMA.....	123
9.1. Norma ISO .....	125
9.2. Modelo EFQM .....	129
10. La excelencia en los Cuidados de Enfermería. Actividades de investigación, desarrollo tecnológico e innovación (I+D+I) .....	135
11. Saber cuidarse para poder cuidar .....	141
12. Intervenciones enfermeras en CMA.....	149

13. Unidades de CMA en España .....	167
14. Procedimientos Quirúrgicos, Diagnósticos y Terapéuticos más comunes .....	197
14.1 Cirugía Dermatológica/Plástica-Reparadora .....	198
14.2 Terapia del Dolor.....	199
14.3 Cirugía General .....	200
14.4 Cirugía Ginecológica .....	201
14.5 Cirugía Oftalmológica .....	202
14.6 Cirugía Otorrinolaringológica y Maxilofacial.....	203
14.7 Cirugía Pediátrica .....	204
14.8 Cirugía Ortopédica y Traumatológica .....	205
14.9. Cirugía Urológica.....	206
14.10 Cirugía Vasculat .....	207
15. Y para concluir.....	209

# 1

*¿Cómo fueron los inicios?*

---





### Montserrat Santa-Olalla Bergua

*Enfermera del Área Quirúrgica/UCSI desde 1988 hasta 1993.  
Enfermera-Supervisora Área Quirúrgica/UCSI desde 1993 hasta 2008. Adjunta de Enfermería del Proceso Quirúrgico y Esterilización en 2008. Hospital de Viladecans. Barcelona.*

#### FORMACIÓN ACADÉMICA

- 2007-2008: Màster d'Infermeria Quirúrgica. Universitat de Barcelona
- 2001-2003: Màster en Gestió de Serveis d'Infermeria. Proyecto final: Gestión de los Cuidados de Enfermería en Cirugía Mayor Ambulatoria. Universitat de Barcelona
- 1983: Título de DUE por la UNED
- 1979: Título de ATS por la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona

#### EXPERIENCIA PROFESIONAL

- 1993 hasta la actualidad: Enfermera-Supervisora del Área Quirúrgica (UCSI) del Hospital de Viladecans
- 1988 a 1993: Enfermera del Área Quirúrgica (UCSI) del Hospital de Viladecans

#### EXPERIENCIA DOCENTE (\*)

- 2006-2008: Colaboración como docente en la Universitat de Barcelona. Màster "Infermeria Quirúrgica". Enfermería en Cirugía Mayor Ambulatoria. Barcelona
- 1998-2006: Colaboración como docente en la Universitat de Barcelona. Postgrau "Infermeria Quirúrgica". Enfermería en Cirugía Mayor Ambulatoria. Barcelona
- 2002-2006: Colaboración como docente en la Escola Universitaria d'Infermeria, Fisioteràpia i Nutrició Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Postgrau d'Infermeria en cirurgia general i d'especialitats. "Organització i paper d'infermeria en una unitat de cirurgia ambulatoria". Barcelona
- 2002: Colaboración como docente en la Universitat de Lleida. Màster "Infermeria de Quiròfan". Model de gestió de quiròfan i unitat de cirurgia sense ingrés. Lleida
- 1999: Colaboración como docente con el Consultori i Gestió S.A. Curso de Cirugía Ambulatoria. Unidades de Cirugía Ambulatoria: Aspectos técnicos y organizativos. Cuidados de Enfermería. Barcelona
- 1997-1998: Colaboración como docente con el Consorci Hospitalari de Catalunya. Curso de Cirugía Ambulatoria. Unidades de Cirugía Ambulatoria: Aspectos técnicos y organizativos. Cuidados de Enfermería. Barcelona

#### CONTRIBUCIONES RELEVANTES EN CURSOS, CONGRESOS, JORNADAS (\*)

- Invitación como moderadora en 3 congresos nacionales
- Invitación como ponente en 16 congresos nacionales sobre CMA
- Invitación como ponente en 1 congreso internacional sobre CMA
- Presentación de comunicaciones orales y póster en congresos nacionales (2 como primera autora y 6 como segunda autora)
- Presentación de comunicaciones orales y póster en congresos internacionales (1 como primera autora y 2 como segunda autora)

#### OTRAS ACTIVIDADES

- Miembro de la ASECMA

(\*) Relacionados con Cirugía Mayor Ambulatoria

## ¿Cómo fueron los inicios?

Para poder situar los inicios en nuestro país de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), o Cirugía Sin Ingreso (CSI), deberemos conocer en primer lugar, el significado de ambos términos, utilizados indistintamente, y las formas diferentes de unidades de CMA.

### **CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA O CIRUGÍA SIN INGRESO**

Con esta denominación es considerada la atención a procesos subsidiarios de cirugía, previamente seleccionados, realizada mediante anestesia general, local, regional o sedación, que requieren atención postoperatoria de poca intensidad y de corta recuperación, por lo que no es necesario el ingreso hospitalario y los pacientes pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento.

### **Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria o Cirugía Sin Ingreso**

La unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria es la organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos mediante CMA, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia, para realizar esta actividad.

### **Tipos de unidad**

- *No integradas*: comparten recursos del centro hospitalario, tienen estructura propia, elementos quirúrgicos a tiempo completo, zona de readaptación al medio, organización independiente, pero los miembros del equipo multidisciplinario son comunes a los servicios del resto del hospital.
- *Integradas*: tienen funcionamiento autónomo, pero comparten recursos generales y de bloque quirúrgico. Los técnicos son de los diferentes servicios y dependen de ellos.

- *Free standing*: de carácter autónomo, ubicadas en un centro asistencial extrahospitalario y que disponen de recepción, quirófano, área de reanimación y recuperación propias. Ligadas a un hospital o cadena de hospitales.

## HOSPITAL DE VILADECANS

Fue el pionero en el estado español en la implantación de la Cirugía Sin Ingreso, procedimiento que ya se venía utilizando en otros países como Estados Unidos desde mediados de los años setenta. En los ochenta se extendió a diversos países europeos.

El Hospital de Viladecans está localizado en el municipio del mismo nombre, situado en la zona sur del área metropolitana de Barcelona, en la comarca del *Baix Llobregat*, a unos 14 km de dicha ciudad y a 5 km tan sólo del mar Mediterráneo.



Región sanitaria de más de un millón de habitantes, su área de influencia es de más de 173.000 (más 100.000 de oftalmología), con una pirámide poblacional moderadamente expansiva, ya que gran parte de la población se encuentra en los grupos de edad más jóvenes.

Con una capacidad de 108 camas en la actualidad, (en fase de expansión) es un centro de titularidad pública gestionado por el *Institut Català de la Salut (ICS)*, e integrado en la *Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP)* como hospital de nivel básico.

En el año 1990 se puso en marcha la unidad de Cirugía Sin Ingreso, que fue la primera como tal, tanto en el sector sanitario privado como en el público. Esta unidad, surge ante la necesidad de dar una salida urgente a las crecientes listas de espera, dada la escasa capacidad de ingreso en el hospital.

Esta unidad sirvió de ejemplo y orientación a las que se han ido poniendo en marcha posteriormente.

Los avances tecnológicos que a partir de los años ochenta han surgido tanto en las técnicas quirúrgicas, como en anestias más precisas, control de la analgesia, introducción de la fibra óptica (laparoscopia, artroscopia, etc.) han permitido ampliar las posibilidades de la cirugía, tanto en los procedimientos sencillos como en los complejos.

Todas estas nuevas técnicas han reemplazado en muchos casos la cirugía mayor abierta por procedimientos menos invasivos, más simples, con menos morbilidad y mortalidad.

Los que tuvimos la oportunidad de ver o participar, tanto en la fase previa, como en la implantación y posterior consolidación, hemos podido comprobar cómo gran número de estos procedimientos, inmersos en largas listas de espera, pueden actualmente realizarse con carácter ambulatorio y convertir una estancia de 7 días en el hospital, en una de sólo unas horas.

La creación de protocolos y la aceptación y participación de los profesionales ha sido fundamental para su funcionamiento y continuo crecimiento.

La unidad, que en un principio permanecía abierta de 8 h a 17 h de lunes a viernes, ha ampliado su horario hasta las 22 h. Esto es debido al considerable aumento de actividad que se realiza actualmente, dado el incremento de patologías que anteriormente obligaban a hospitalizar al paciente y que en la actualidad son tratadas de forma ambulatoria y a programas especiales. Sus objetivos son:

1. Realizar determinados procedimientos quirúrgicos con cualquier tipo de anestesia (general, regional, local, etc.).
2. Reducir las listas de espera quirúrgicas y las estancias hospitalarias innecesarias.
3. Garantizar la asistencia con la misma calidad, eficacia y seguridad que en la cirugía con ingreso.
4. Remitir al paciente a su domicilio el mismo día de la intervención.

## **ENFERMERÍA Y CMA**

La aparición de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso en nuestro hospital supuso para las enfermeras del Área Quirúrgica un desafío importante, ante la falta de información existente en aquel momento sobre este tipo de actividad.

Nada hacía suponer la trascendencia que iba a tener para Enfermería, pues resultaba impactante un cambio tan inesperado. La idea de remitir al paciente una vez intervenido directamente al domicilio en un breve espacio de tiempo, realizar la gestión de la consulta preoperatoria, controles telefónicos y visitas domiciliarias, es decir, un cuidado integral en el que el personal de Enfermería se convierte en el referente para el paciente, la familia, el equipo multidisciplinar y para el resto de servicios del hospital durante todo el proceso. Pero ha sido en la cirugía ambulatoria donde las enfermeras/os hemos podido demostrar que se puede asumir cualquier

proyecto si desde el principio existe una buena organización por parte del sistema y una buena planificación dentro del estamento de Enfermería.

Requirió de esfuerzo y profesionalidad para poder:

- Aportar experiencia; imprescindible para poder realizar una buena valoración del paciente durante el proceso.
- Aceptar nuevas responsabilidades; al tener que identificar cualquier problema o duda que pueda surgir, tanto por parte del paciente como de su entorno.
- Superar temores derivados del desconocimiento ante la innovación que supone cualquier cambio.
- Conseguir la experiencia actual.

El objetivo principal de Enfermería es lograr la satisfacción del paciente, sólo así se consigue su participación, imprescindible para lograr el éxito de la cirugía.

Para el equipo de Enfermería del Área Quirúrgica ha supuesto y supone una gran satisfacción haber logrado ante este nuevo reto el respeto profesional a nivel interno de nuestro hospital, de nuestro entorno y de otras unidades del territorio español, que en su momento consideraron nuestro hospital como punto de referencia, y poder así participar en la formación de profesionales de Enfermería y en la puesta en marcha de nuevas unidades.

El equipo de Enfermería de la UCSI, con su dedicación constante, su participación activa y su integración total en el equipo multidisciplinar de la unidad, ha conseguido que su figura sea respetada, establecer sus propios criterios y tener *identidad propia*.

## **Bibliografía**

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social Criteris tècnics d'autorització administrativa dels centres assistencials en l'àmbit de la cirurgia ambulatoria i de les exploracions i proves diagnosticoterapèutiques, fora de l'àrea quirúrgica. Barcelona; 2002.
2. Memorias 2006, 2001, 1999. Hospital de Viladecans. Institut Català de la Salut (ICS).
3. Santa-Olalla M. Rasgos y caracteres que definen a enfermería en Cirugía Mayor Ambulatoria. Forum de CMA. Viladecans: Hospital de Viladecans; 1998.

# 2

## *Evolución de los Cuidados de Enfermería en CMA*

---





### Emilia Blay Curiel

*Enfermera de la UCMA El Hospital del Tomillar. Área hospitalaria de Valme, Dos Hermanas (Sevilla) desde 1992 hasta 2003. Actualmente en Atención Primaria de Sevilla.*

#### FORMACIÓN ACADÉMICA

- 2007: Experto Universitario en Dirección Estratégica de Profesionales Sanitarios por la Universidad de Granada
- 1982: Título de DUE por la UNED
- 1980: Diploma de Radiología y Electrología por la Universidad de Sevilla
- 1978: Título de ATS por la Escuela ATS de la Universidad de Sevilla

#### EXPERIENCIA PROFESIONAL

- 2007: Centro de Salud La Campana. Distrito Sanitario de Sevilla
- 2004-2006: Supervisora y Jefe de Bloque de Recursos Humanos del Hospital de Valme. Sevilla
- 2003-2004: Supervisora del Centro Periférico de Especialidades de Morón de la Frontera. Sevilla
- 1992-2003: Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Hospital del Tomillar de Sevilla

#### EXPERIENCIA DOCENTE

- Cinco conferencias en cursos sobre CMA

#### CONTRIBUCIONES RELEVANTES EN CURSOS, CONGRESOS, JORNADAS

- Invitación como moderadora en 6 congresos nacionales
- Invitación como ponente en 6 congresos nacionales sobre CMA
- Presentación de 10 comunicaciones orales y 1 póster (como primera autora)

#### PUBLICACIONES

- Capítulo en CD sobre CMA
- Capítulo en libro *Anestesia para la Cirugía Ambulatoria*

#### PREMIOS

- Una comunicación sobre CMA como primera autora

#### OTRAS ACTIVIDADES

- Miembro de ASECOMA desde 1994
- Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Cirugía Mayor Ambulatoria en calidad de Vocal de Enfermería desde 1993 hasta 2001 y de la Junta Permanente en calidad de Tesorera desde 2001 hasta 2005

## *Evolución de los Cuidados de Enfermería en CMA*

Cuando a principios de los años noventa en España se empiezan a instaurar los programas de CMA inaugurándose unidades para este fin, la Enfermería que se introduce en ellas proviene de otros servicios vinculados o no a los departamentos de cirugía tradicional.

Nos encontramos con un sistema totalmente novedoso en el que no sólo las técnicas a realizar eran de alguna manera diferentes, sino que también teníamos que asumir como responsabilidad enfermera algunos conceptos poco utilizados hasta entonces en nuestra relación con los pacientes y que no estaban desarrollados sistemáticamente.

La información, educación sanitaria, que ahora denominamos *educación para la salud*, y el autocuidado, como actividades de Enfermería, son relevantes para conseguir que ellos sean capaces de aceptar este nuevo sistema y de asumir su cuidado, algo que les producía un aumento de ansiedad y a nosotros cierta preocupación.

El primer paso que dimos fue realizar protocolos de actuación, con todas las actividades a realizar en el pre-, peri- y postoperatorio, incluyendo ya la información, educación para la salud y el autocuidado dentro de ellos. Por primera vez, o quizás de una manera más consciente, la familia o los cuidadores asumían un papel destacado en este proceso y las enfermeras de estas unidades les dimos su protagonismo.

Mientras todo esto ocurría dentro las unidades, fuera de ellas se formó la Sociedad Española de Cirugía Ambulatoria (ASECMA) aunando a todas las unidades creadas en nuestro país en un esfuerzo por reunir experiencias y estudios; y se hizo contemplando la participación de todos los profesionales implicados, es decir, una sociedad multidisciplinar.

Enfermería formó parte en su creación con el cargo de Vocal de Enfermería en un primer momento y llegó con el tiempo a tener en su Junta Directiva, además de esta, un puesto en la Junta Permanente en el cargo de Tesorería, actividades para las que fui elegida y que han supuesto una gran experiencia, un reto y una gran responsabilidad, al tener que representar y hacer llegar las opiniones del colectivo, al que orgullosamente pertenezco, a esta organización científica.

A la par de la formación de la ASECMA, empezaron las organizaciones de congresos nacionales e internacionales, que suponen un espacio donde contrastar las experiencias adquiridas y en los que Enfermería ha tenido siempre un papel relevante, tanto en el número de profesionales que asisten, como en la calidad de los trabajos presentados.

Fue importante para el desarrollo de nuestro trabajo el estudio de distintos modelos de teorías y teóricos; Dorotea Orem para enseñar autocuidados, Hildegard Peplau nos mostró a la enfermera como herramienta educativa, y Pendleton, psicólogo de la salud, nos guió en cómo dar una información efectiva.

Se realizaron rutas quirúrgicas, vías clínicas o trayectorias, en el que estaban incluidas las visitas domiciliarias, ya que la valoración del postoperatorio y los cuidados en el domicilio eran nuestra responsabilidad, comenzando así a dar continuidad de cuidados.

Atención Primaria empezaba a tener más auge y se comenzaron a reforzar los servicios prestados a los usuarios; los cuidados postoperatorios en los domicilios pasaron a ser responsabilidad de ellos.

En la Comunidad de Andalucía, y también en otras Comunidades, se realizaron reuniones entre Atención Primaria y las unidades de CMA, desde donde se coordinaron los cuidados a prestar a estos pacientes, creándose un circuito de comunicación constante y abierta. Siendo los principios en los que se basaron las posteriores vías de comunicación entre Atención Primaria y Especializada, que después desembocaron en la creación de comisiones de continuidad de cuidados de áreas.

Además de los cuidados a pacientes intervenidos en CMA, en Atención Primaria se empieza a realizar de forma sistemática Cirugía Menor Ambulatoria con procedimientos que pretenden dar respuestas rápidas y seguras a las necesidades de nuestros usuarios; técnicas que sin duda alguna pueden resolver los enfermeros y que de hecho ya se vienen realizando en algunos de estos centros.

De los protocolos de actuación, pasamos a la estandarización de protocolos y procedimientos, tanto quirúrgicos como anestésicos de todos los profesionales implicados, conformándonos en equipo multidisciplinar.

Los diplomados de Enfermería necesitábamos planificar los cuidados con un lenguaje propio dentro de un marco conceptual y un modelo enfermero. Atendiendo al tipo de pacientes que son intervenidos en CMA, aplicamos el proceso enfermero, realizando la valoración de estos pacientes, mediante los patrones funcionales de Gordon o las 14 necesidades de Virginia Henderson, utilizándolos indistintamente, o ambos a la vez. Para determinar los diagnósticos más prevalentes de estos pacientes usamos la NANDA.

Todos los registros enfermeros se plasman en lo que hemos denominado *rutas quirúrgicas, vías clínicas o trayectorias* y que contienen básicamente los siguientes pasos:

1. Ruta quirúrgica preoperatoria: en ella se recoge el tipo de intervención con fecha y tipo de ingreso, entrevista con el paciente, valoración psíquica enfermera y el diagnóstico de Enfermería más prevalente con sus indicadores y las actividades a realizar y la escala de Linkert para la valoración de la ansiedad.
2. Ruta quirúrgica intraoperatoria: recogemos la identificación verbal del paciente, la información que se da sobre la intervención, y como parte esencial, los diagnósticos de Enfermería, tanto independientes como interdependientes, indicadores y actividades para cada diagnóstico.
3. Ruta quirúrgica postoperatorio inmediato en la URPA-UDAP: consta esta ruta de dos partes, en una de ellas está el registro de constantes, medicación, fluidoterapia, pérdidas, analíticas, el test de Aldrete y un espacio para las observaciones; el plan de cuidados constituye la segunda parte, donde se describen los diagnósticos enfermeros de colaboración con sus intervenciones y resultados y un informe de transferencia de ambas rutas.
4. Ruta quirúrgica postoperatorio tardío/hospitalización: en este último recorrido, además de los datos técnicos, estado de conciencia y diagnósticos prevalentes, encontramos la hoja de valoración de alta enfermera en la que se registran los signos vitales, la hora del alta, el retraso de la hora o las causas de ingreso si lo hubiere.

Ya una vez realizados todos los procedimientos y el paciente es dado de alta de nuestras unidades, se les entrega un informe de continuidad de cuidados personalizado, donde se registran cada uno de los diagnósticos, resultados y actividades realizadas, más un informe específico para la patología tratada, con sus recomendaciones. Estos informes de continuidad de cuidados serán entregados por el paciente a su enfermera de familia en Atención Primaria recibiendo esta toda la información necesaria.

En un futuro inmediato la informatización de las rutas quirúrgicas y de los informes de continuidad de cuidados hará posible una comunicación *on-line* vía intranet de las UCMA con Atención Primaria, mejorándose la atención continua.

Mucho ha sido el camino recorrido por las enfermeras en este tiempo, y mucho nos queda por hacer y aprender en el venidero.

La investigación, la docencia en CMA, los registros de Enfermería con sus diagnósticos y sus planes de cuidados, la planificación de cuidados a inmigrantes, la inclusión del cuidador como elemento importante en los cuidados, las nuevas técnicas que surgirán, la relación cada vez más estrecha con los profesionales de Atención

Primaria; son elementos que nos ayudarán a la mejora continua en la prestación de cuidados y que nos harán modificar los planteamientos de los mismos, logrando mejorar la calidad de la asistencia a los usuarios, que son el eje de todos los planes de salud de nuestro país y, por ende, de nuestras unidades.

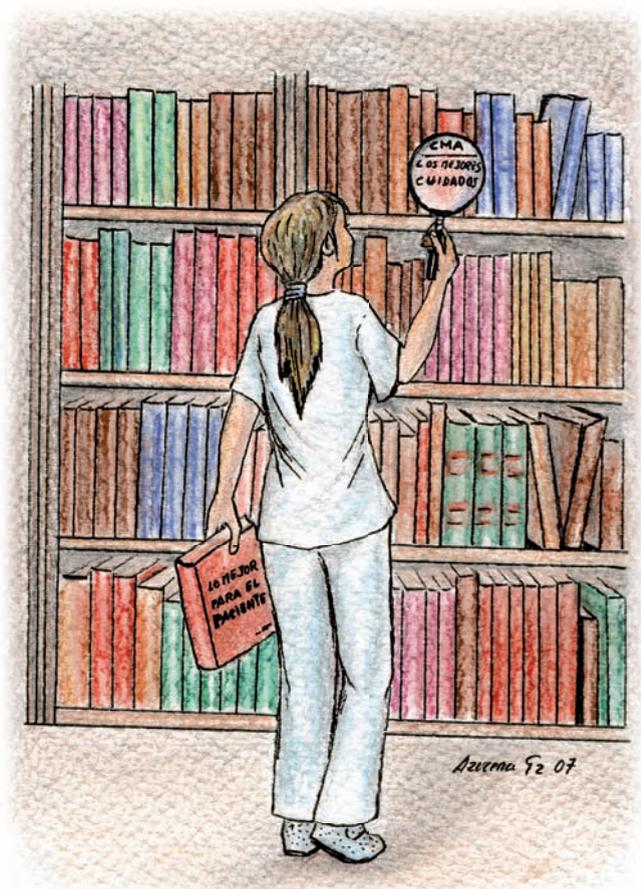
## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Cavanagh SJ. Modelo de Orem. Masson-Salvat Enfermería; 1993.
2. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Intervention Classification (NIC). 3ª edición. Madrid: Harcourt; 2002.
3. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 3ª edición. Barcelona: Masson; 2004.
4. Peplau H. Relaciones interpersonales Enfermería. Masson-Salvat. Enfermería; 1990.



*Filosofía de nuestro papel  
en esta modalidad de cirugía*

---





**Elena Nuñez Royo**

*Enfermera de la UCMA desde 1993 hasta 1998. Hospital Clínico de Zaragoza. Actualmente en la Unidad de Medicina Interna.*

### **FORMACIÓN ACADÉMICA**

- 1988: Diplomada Universitaria de Enfermería. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza
- Asistencia a 56 cursos (1.429 horas lectivas) varios sobre el tema de CMA

### **EXPERIENCIA PROFESIONAL**

- Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Servicio de Urgencias Unida de Hemodiálisis. Servicio de Cirugía B. UCMA. Unidad Polivalente. Unidad de Medicina Interna R
- Instituto Nacional de la Salud. Servicio Especial de Urgencias
- Hospital Real y Provincial de Nuestra Señora de Gracia. Urgencias y Cirugía

### **EXPERIENCIA DOCENTE**

- Dieciocho conferencias impartidas, algunas sobre CMA y organizativos
- Cuidados de Enfermería. Barcelona. 1997-1998
- Participación en Programas de Docencia de la EU de Ciencias de la Salud
- Colaboración impartiendo docencia (clases prácticas) a los estudiantes de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia
- Profesora en los 3 cursos de Reciclaje para Auxiliares de Clínica, impartiendo la asignatura de Tecnología Sanitaria

### **CONTRIBUCIONES RELEVANTES EN CURSOS, CONGRESOS, JORNADAS**

- Ponente en 7 jornadas, de las que hacen referencia a CMA

### **PUBLICACIONES Y COMUNICACIONES**

- Un total de 47, de las cuales 16 tratan sobre diferentes aspectos de CMA

### **PREMIOS**

- Once premios, 2 de ellos relacionados con CMA

### **OTRAS ACTIVIDADES**

- Vocal de la Comisión de Historias Clínicas del HCU de Zaragoza
- Vocal por Enfermería de la Comisión de Calidad del Servicio de Cirugía B del HCU de Zaragoza
- Miembro del Comité Organizador del IV Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias. 1991
- Coordinadora del Curso "Actualización en el Área Quirúrgica". 1992
- Colaboradora en la Organización de la Conferencia-Coloquio: "El papel de la Enfermería en Cirugía Mayor Ambulatoria y de Corta Estancia". 1994
- Codirectora del Curso "Cirugía Mayor Ambulatoria. Un nuevo campo para Enfermería". 1996
- Miembro del Comité Organizador del III Congreso Nacional de la Sociedad Española de CMA. 1997

## *Filosofía de nuestro papel en esta modalidad de cirugía*

La Enfermería es una profesión que se rige por unos modelos, pero independientemente del modelo elegido en cada unidad, lo que es común a todos ellos es lograr *ofrecer al paciente unos cuidados de calidad*.

*Florence Nightingale*, considerada la madre de la Enfermería moderna, desarrolló el primer modelo conceptual de Enfermería basado en la acción que la naturaleza ejerce sobre los individuos.

*Virginia Henderson* identifica catorce necesidades humanas básicas introduciendo el concepto de *independencia del paciente* en la valoración de la salud.

*Dorothea Orem* basa su modelo de Enfermería en la teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

*Hildegarde Peplau* centró su fuente teórica en la biología y en las ciencias conductuales, evolucionando en la teoría de las relaciones interpersonales.

*Callista Roig* desarrolló la teoría de la adaptación y las bases teóricas que utilizó fueron teoría de los sistemas y teoría evolucionista.

*Marta Rogers* define la Enfermería como una ciencia humanitaria y un arte.

La filosofía de la enfermera que cuida a los pacientes en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria debe ser, en mi opinión, una prolongación de la filosofía de la vida, dependiendo la elección del modelo de las personas que rigen el centro sanitario y de las que forman parte de la Unidad.

¿Qué es aquello que más anhela y desea el ser humano? Sin duda, la libertad. Pues bien, la enfermera /o debería formar parte de la UCMA con *libertad*; no valen las imposiciones. Deberíamos acudir allí porque deseamos hacerlo y somos conscientes de lo que ello significa. Las direcciones de Enfermería deberían tener siempre presente este principio o requisito de libertad de elección. Debemos ser libres para elegir y hacerlo con sensatez.

Podemos ser libres por lo tanto para elegir formar parte del equipo de la UCMA, pero también es necesaria la *motivación*. Las UCMA tienen una peculiar forma de asistencia al paciente y sentirnos motivados por este tipo de asistencia sanitaria es un requisito a valorar.

No encontraríamos ningún puesto de trabajo que no precise una cualificación, pero me atrevo a decir que en este caso la *experiencia profesional* es indispensable. La enfermera/o es un soporte fundamental en las UCMA, tiene *autonomía* y es quien da cohesión y continuidad a la asistencia que se ofrece al paciente; es necesario resolver problemas, detectar precozmente complicaciones y adelantarse a algunas situaciones, que únicamente puede lograrse si la enfermera posee una sólida formación académica y experiencia en el trato con los pacientes, a ser posible habiendo prestado servicio en unidades quirúrgicas para un mejor control del paciente en el postoperatorio.

A todo lo expuesto anteriormente hay que añadir la necesidad de ofrecer al paciente un trato respetuoso. Como personas, podrán influirnos el aspecto del paciente, nivel cultural, ideología religiosa o política, pero debe existir siempre un ambiente de *respeto mutuo*; no caben excepciones.

Y si en algún sitio deseamos todos que se *respete nuestra intimidad* es en el hospital, donde nuestro papel como enfermeras es fundamental. La realización de los protocolos de valoración y determinadas curas precisan de un ambiente de intimidad al que el paciente tiene derecho.

Otra cualidad de la enfermera/o de la UCMA es que debe ser *diligente*. El paciente sólo permanece en la Unidad unas pocas horas, durante las cuales debemos atender a sus necesidades físicas, a sus preguntas, a sus miedos y celos y enseñarle lo que debe saber para atender un postoperatorio en su domicilio.

Ser ordenadas es otra cualidad. El *orden* nos ahorra tiempo y nervios. En definitiva, nos facilita nuestro trabajo, que redundará en una mejor y más eficaz asistencia al paciente.

Cada vez más las enfermeras nos damos cuenta de la necesidad de unos *buenos registros* porque facilitan la comunicación entre los profesionales, ayudan a mejorar de forma inmediata la asistencia y a largo plazo permiten, tras la revisión de los mismos, investigar la forma de ofrecer mejores cuidados. Ahora contamos con la ventaja de programas informáticos que facilitan la labor.

La asistencia en la UCMA está *protocolizada* y esto protege tanto al paciente como al personal que trabaja en la Unidad. La enfermera conoce los protocolos, los sigue y el resultado es beneficioso para el paciente y para los profesionales.

Las enfermeras debemos *proteger* al paciente ofreciendo un ambiente de seguridad. Esto tiene una especial relevancia cuando se trata de niños o ancianos. Extremar la atención a posibles riesgos sí que es nuestra obligación.

Debemos involucrarnos en el proceso de *recuperación del paciente* y, con la complicidad de la familia o de los acompañantes, animaremos al paciente a lograr una mejor y más rápida *readaptación al medio* tras la intervención quirúrgica. No se ocultarán al paciente las posibles complicaciones, pero además debemos inculcarle el ánimo de que pueden ser superadas y enseñarle la forma de hacerlo, como es nuestro deber.

Se trata también de actualizar los conocimientos mediante una *formación continuada* que nos permite ofrecer una mejor calidad asistencial. Es necesario aprender de los errores que otros cometieron para que no vuelvan a repetirse. Hay que tener ilusión por aprender todos los días y que el fin de todo esto sea obtener mejores cuidados.

Y llegará un momento en que sentiremos la *necesidad de enseñar* a los que están comenzando su andadura en la Enfermería. La actividad docente, integrada en el quehacer diario, permite la formación de nuevos profesionales y a la vez nos exige a nosotros mismos una puesta al día de nuestros conocimientos.

Igualmente debemos *evaluar nuestro trabajo* mediante los *indicadores de calidad* para asegurarnos de que nuestro nivel asistencial es el óptimo y detectar dónde estamos teniendo lagunas o fallos para intentar mejorar.

La labor de Enfermería debe caracterizarse por su actuación con pensamiento crítico y responsabilidad.

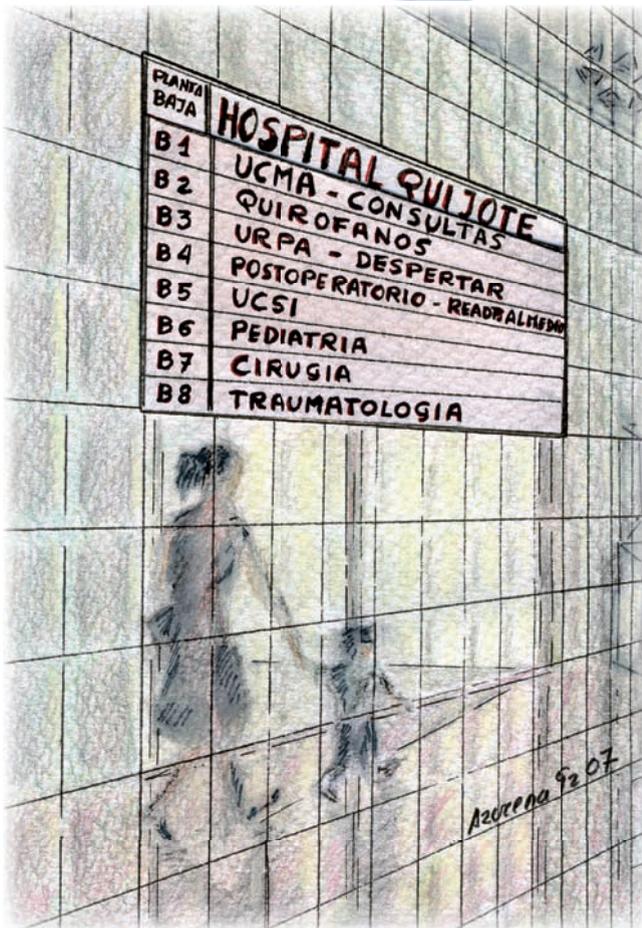
## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Cahill H, Jackson I. Day surgery. Principles and nursing practice 1997; (6): 75-88.
2. Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. Ed. McGraw-Hill-Interamericana; 1995.



# 4

## *Estructura de una UCMA Cuidados en las distintas áreas*





### Ana Mª Laza Alonso

*Enfermera de la UCMA del Complejo Hospitalario de Toledo desde 1992-2000 y desde 2005.*

*Coordinadora del grupo **BEMAEMAE***

#### FORMACIÓN ACADÉMICA

- 1982: Título de DUE por la UNED y 1978: Título de ATS por la Escuela ATSF de Toledo

#### EXPERIENCIA PROFESIONAL

- 1992-2000 y desde 2005: UCMA de Toledo
- 2000-2004: Supervisora de Docencia, Formación y Calidad del Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo
- 1992-2000: Área de Consultas de UCMA de Toledo
- 1979-2000: Sección de Neurología del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo
- 1978-1979: Geriatría. Unidad de Hospitalización del Hospital Virgen de la Salud. Toledo

#### EXPERIENCIA DOCENTE

- Docente en 5 cursos de CMA (2 de 40 h, 3 de 8 h) y en 5 como colaboradora
- Colaboración como docente: 12 cursos de lesiones medulares espinales (LME)
- Participación en Programa de Colaboración AP y UCMA. Toledo (2005-2007)
- Colaboración con la Universidad de CLM como tutora de prácticas (1993-2000)
- Diez Conferencias en universidades y colegios de Enfermería sobre LME y CMA
- Colaboración en 6 charlas de salud escolar en Programa de Prevención de LME

#### CONTRIBUCIONES RELEVANTES EN CURSOS, CONGRESOS, JORNADAS

- Moderadora en 7 congresos nacionales y ponente en 14 congresos nacionales
- Treinta y tres comunicaciones orales y 13 póster y en 6 conferencias internacionales.
- Presidenta del Comité Científico del X Simposium de ASELME en 2004

#### PUBLICACIONES

- Coordinadora de la obra *Enfermería y LME*
- Nueve publicaciones (6 en revistas nacionales y 3 capítulos en libros)
- Capítulo en CD sobre CMA

#### PREMIOS

- Tres pósters y una comunicación oral en congresos nacionales sobre CMA
- Tres comunicaciones, 1 sobre CMA y 2 de LME (como primera autora)
- Mención especial para comunicación oral en congreso nacional

#### OTRAS ACTIVIDADES

- Colaboración en 3 comités de valoración de trabajos científicos en congresos nacionales
- Presidenta del Comité Científico I Foro Internacional de la LME en 2004
- Miembro Comité Redacción Revista ASECOMA desde su fundación 1996 a 2003
- Miembro de ASELME desde 2000 hasta la actualidad
- Colaboración en el Proyecto NIPE
- Miembro del grupo para la elaboración del Manual de Acreditación de las UCMA
- Miembro Fundador de la ASECOMA-Toledo desde 1994 hasta la actualidad

## *Estructura de una UCMA/Cuidados en las distintas áreas*

Desde el inicio de la década de los noventa, en que se inició en España la Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital de Viladecans hasta la actualidad, junio de 2008, se han creado numerosas Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, Unidades de Cirugía Sin Ingreso, Hospitales de día Quirúrgico, o como cada uno llamamos a lo que hacemos; pero siempre bajo el mismo denominador común de esta modalidad de Cirugía y que según la definición: «Son las intervenciones que se realizan con anestesia general, regional o local más sedación, que pasan un corto periodo postoperatorio hospitalario y que una vez dado de alta, tiene un estricto control desde la unidad de CMA de base».

Al igual que en la denominación, hay también diversidad en las estructuras organizativas de estas unidades. Por esto para poder tener referencias de todas las áreas que pueden confluir en estas unidades, presentamos una unidad-tipo, con todas las áreas integradas en la misma, como es la UCMA de Toledo que tiene cuatro áreas diferenciadas: Área de Consultas, Área del Preoperatorio Inmediato, que es también del Postoperatorio Inmediato, Área de Quirófano y Área del Postoperatorio Intermedio o de Readaptación al Medio.

Así podremos repasar sus características principales y los planes de cuidados que pueden establecerse en cada una de ellas.

Antes de entrar de lleno en cada una de las áreas, se presenta un documento que se entrega a los profesionales de nueva incorporación, alumnos o profesionales en rotación por la unidad, con el fin de que tengan referencias teóricas de la misma, con objetivos y planteamientos; así evitaremos lo que plasma *Séneca* en la siguiente frase: «Cuando un hombre ignora hacia dónde navega, ningún viento le es favorable».

*a ti ...  
que vienes por primera  
vez a esta unidad*



*Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria  
de Toledo*

*Equipo Profesionales UCMA – Toledo*

---



Hola .....

Bienvenid@ a la UCMA.

Queremos que el tiempo que estés entre nosotros te sientas integrad@ en nuestro equipo y que posteriormente los recuerdos y la experiencia que te queden sean positivos.

Por esto, y para evitar estrés y experiencias traumáticas iniciales, vamos a intentar teorizar la práctica de cada día, para que te sirva de guía inicial y te integres en el menor tiempo y de la mejor manera; máxime cuando nuestra Unidad tiene unas características propias muy específicas.

Por nuestra parte vamos a poner todo lo posible para que así sea; porque nos creemos la frase de Lair Rivero:

**«NUNCA TENDREMOS UNA SEGUNDA OPORTUNIDAD PARA CAUSAR UNA PRIMERA BUENA IMPRESIÓN.»**

Como bien sabes, la comunicación es cosa de dos, por lo que te pedimos que tú también pongas todo tu interés, tus ganas de trabajar y lo mejor de tu persona para que el feedback funcione.

Ya nos hemos presentado... y ahora te vamos a presentar la Unidad.

Antes definiremos Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Según definición en monografía publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1992 es «la atención a procesos subsidiarios de Cirugía, realizada con anestesia general, o local más sedación, que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento».

Siempre con un control telefónico desde la Unidad de base (UCMA).

Siglas para designar el concepto de Cirugía Ambulatoria:

- CA: Cirugía Ambulatoria.
- UCA: Unidad de Cirugía Ambulatoria.
- UCMA: Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- UCSI: Unidad de Cirugía Sin Ingreso.



*En la UCMA de Toledo empezamos a funcionar, sin ninguna superstición, el martes 13 de octubre de 1992 (el año de los grandes acontecimientos en España), gracias al empeño del cirujano José Ramón Gutiérrez Romero. Desde entonces, el equipo de profesionales de esta Unidad ha intentado que el trabajo desarrollado en ella se encuentre en unos elevados niveles de calidad en "el cuidar", en la técnica, en los buenos modos y el respeto a los pacientes y, cómo no, en el buen humor.*

*Recuerda cuando te vayas a enfadar que:*

*«Una buena carcajada,  
ventila los pulmones,  
aumenta la circulación,  
aclara las secreciones bronquiales  
y ayuda a liberar tensiones.»*

*Intenta sonreír o reír al menos 10 veces al día, cuanto más practiques, mejor te sentirás.*

*\* \* \**

*La Unidad tiene cuatro áreas bien diferenciadas pero interrelacionadas entre sí y basadas en unos protocolos comunes.*

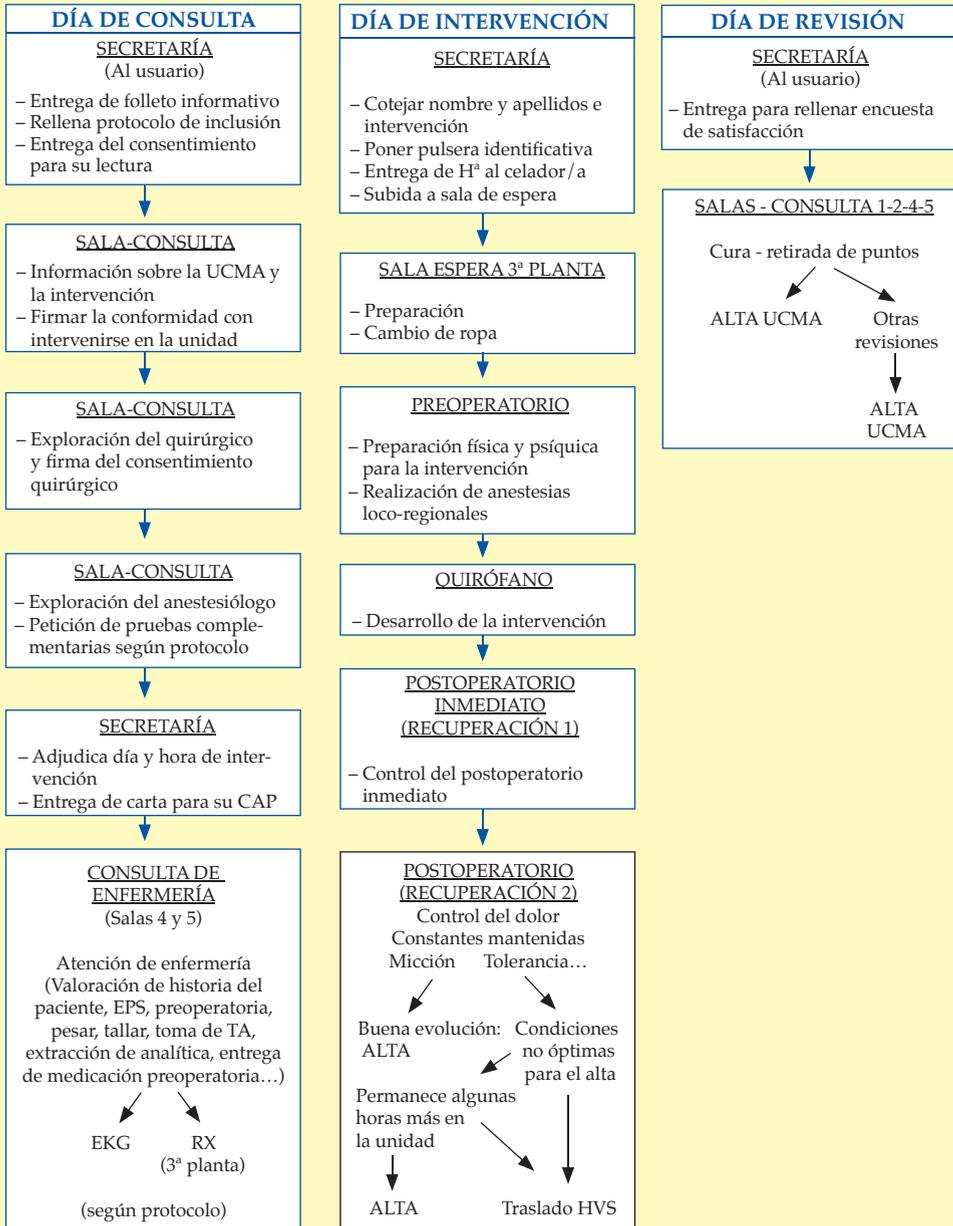
- 1. Área de Consultas: se explica la situación, estructura, recursos humanos, días y horas de funcionamiento.*
- 2. Área del preoperatorio o Postoperatorio Inmediato: conocido como despertar (aunque no sea lo correcto). Se explica situación, estructura, recursos humanos, días y horas de funcionamiento.*
- 3. Área de Quirófano: se explica situación, estructura, recursos humanos, días y horas de funcionamiento.*
- 4. Área del Postoperatorio Inmediato o área de Readaptación al medio (más conocido como postoperatorio): se explica situación, estructura, recursos humanos, días y horas de funcionamiento.*

*El usuario quirúrgico acude a la Unidad tres días: día de consulta, día de intervención y día de revisión.*

*Las historias las componen varios documentos en los que se recogen de manera cronológica la evolución de todo el proceso, son cumplimentados por distintos profesionales. Las dos primeras hojas las rellena el propio paciente.*

**DÍAS QUE ACUDE EL PACIENTE BÁSICAMENTE A LA UCMA**

**RECORRIDO DEL PACIENTE**





*Las historias las identificamos por códigos de colores según la especialidad. Por ejemplo:*

- Cirugía General (rojo), Colicistectomía (naranja)*
- Traumatología (verde)*
- Otorrinolaringología (azul claro)*
- Oftalmología (marrón)*
- Urología (amarillo)*
- Ginecología (rosa)*
- Cirugía Pediátrica (azul medio)*

*Todas las historias van identificadas en la esquina superior derecha con unas letras identificando la patología, así:*

- Historias de color rojo con una H: Hernia/Hm: Hemorroides/Fist/Fis: Fístula/Fisura.*
- Historias de color amarillo con una F: Fimosis/H: Hidrocele/C: Criptorquidia.*
- Historias de color verde con una A/Artroscopias/HV/Hallux valgus*

*\* \* \**

*Ahora ya tienes una base para aprender poco a poco, siempre basándote en los protocolos específicos del área por la que estés rotando.*

*Las intervenciones de Enfermería van encaminadas a solventar necesidades, en base a planteamientos de objetivos previamente fijados para resolver diagnósticos de Enfermería, tales como:*

- Ansiedad en relación a distintas situaciones derivadas e inherentes a la Cirugía Ambulatoria.*
- Conocimientos deficientes en relación al funcionamiento de la Unidad, procedimientos quirúrgicos, etc.*
- Temor en relación a estímulos como pruebas diagnósticas, cirugía y sus resultados, incapacidad laboral, etc.*
- Alteración del bienestar en relación a varios factores: dolor en pruebas diagnósticas, preoperatorio, postoperatorio, etc.*

*Lo que pretendemos es el cuidado integral del usuario quirúrgico.*



*Lo primordial en estas unidades es:*

- 1. La información detallada y el trato personalizado al paciente y familiares.*
- 2. Educación para la salud a usuarios quirúrgicos y familiares, en el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.*
- 3. Protocolos revisados y abiertos que aseguran la calidad, destreza y seguridad en la atención con una mejor planificación de los cuidados.*
- 4. El trabajo del equipo multidisciplinar unifica criterios y aúna esfuerzos.*

*Todos los que trabajamos en la Unidad tenemos nuestra parcela de responsabilidad, aprende siempre de los que lo hacen mejor y sé consciente de la importancia de tu trabajo.*

*«Un grano no hace el granero, pero ayuda al compañero.»*

*Actúa con amabilidad y con respeto preservando la mayor intimidad posible para la persona que cuidas.*

*Por último, hemos de pedirte que tu creatividad, tus ideas y tus conocimientos los pongas en común con todos nosotros, porque «una buena enseñanza es el arte no de meter ideas en la cabeza, sino de ayudar a que fluyan».*

*Desde octubre de 1992 hasta la actualidad se han realizado... intervenciones (se especifican el número de intervenciones de cada especialidad, por lo que se actualiza cada año).*

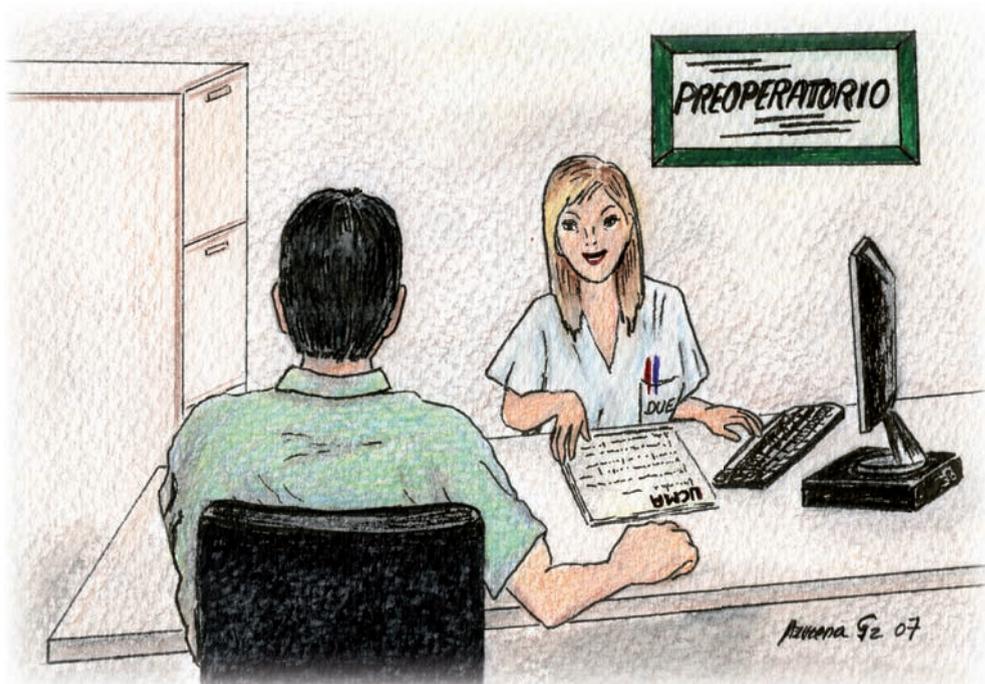
*Gracias por la lectura y mucha suerte  
ADELANTE, Y A TRABAJAR...*



# 4.1

## Área de Consultas

---



# Área de Consultas de una Unidad de CMA

Ana M<sup>a</sup> Laza Alonso

## ÁREA DE CONSULTAS

Esta área es la primera toma de contacto que tiene el usuario quirúrgico con la unidad donde van a dar solución a su patología quirúrgica, y también es la última, una vez ya se ha solucionado.

El área también tiene un gran papel de coordinación tanto interna (entre todas las demás áreas de la unidad), como externa, entre dos niveles de Atención (Especializada y Primaria).

Es indudable que toda intervención quirúrgica desencadena en la mayoría de los individuos una secuencia de emociones de mayor o menor intensidad, que se manifiesta por cambios psicológicos con más o menos síntomas aparentes. Si estas intervenciones son programadas, el cambio es aún más palpable debido a que se pasa de una situación de normalidad, aunque algo mermada por la patología causante, a una situación de aparente enfermedad. De aquí la gran importancia de la información y de la educación, tanto al usuario quirúrgico como a su familia, para mejorar los resultados de salud, ayudando a adquirir conocimientos y habilidades necesarias para hacer frente a las necesidades que se planteen.

Se hará un enfoque integral del proceso quirúrgico; para ello empezaremos por presentar en este capítulo una síntesis de las intervenciones y actividades de Enfermería que se llevan a cabo en esta área (es importante revisar el recorrido teórico del usuario quirúrgico en el día de consulta que aparece en el capítulo anterior).

El Área de Consultas de la UCMA de Toledo, consta de:

- Secretaría y sala de espera, para una capacidad de aproximadamente 50 personas.
- Consulta para dar la información global inicial.
- Consulta para el especialista quirúrgico.
- Consulta para el anestesiólogo.

- Dos consultas de Enfermería.
- Dependencias de mantenimiento (aseos, almacenes...).

Ateniéndonos al primer párrafo, vamos a diferenciar la planificación de los cuidados en dos vertientes:

- En el día de consulta.
- Al alta hospitalaria:
  - Control telefónico.
  - En el día de revisión.

## EN EL DÍA DE CONSULTA

- Se registrarán los datos del usuario quirúrgico.
- Se hará una valoración global de las características del usuario y su patología, asegurando así un buen criterio de selección que disminuya complicaciones e ingresos.
- Se dará información personalizada, oral y escrita (entrega de documentos que la refuercen).
- Se informará de las condiciones para operarse en la UCMA.
- Se realizará un estudio teórico de los antecedentes y del medio familiar y social, que nos ponga alerta *a priori* de posibles complicaciones.
- Se informará del recorrido teórico de ese día de consulta (exploraciones de quirúrgico y anestesiólogo, pruebas complementarias y del tiempo aproximado en el área en este día).
- Se darán recomendaciones de cómo debe presentarse en la Unidad el día de intervención: ropa más adecuada y preparación de útiles necesarios en el postoperatorio (bastones...).
- Se informará del recorrido teórico del día de la intervención.
- Se proporcionará información de los teléfonos de ayuda.
- Se realizará preoperatorio básico (peso, talla, toma de tensión arterial, extracción sanguínea para determinaciones analíticas, evaluación de la anamnesis, para valorar si entregamos medicación previa a la intervención (ansiolítico, protector gástrico, heparinas...) establecidas en los protocolos de la Unidad.

- Se formalizarán otras peticiones complementarias.
- Se cuidará en todo momento el respeto a la intimidad y pudor.
- Se transmitirá una educación para la salud (Eps) preoperatoria.
- Se hará una valoración orientada a los problemas.
- Se detectarán los problemas de salud para realizar cuidados preventivos (físicos, emocionales, psicológicos, familiares, laborales o escolares).
- Se hará una preparación psicológica al usuario quirúrgico y familiares, estos últimos sobre todo en cirugía pediátrica.
- Se establecerá una comunicación con su Área Básica de Salud.
- Se efectuará un registro de las actividades realizadas.

## **AL ALTA HOSPITALARIA**

Una vez que el paciente ha sido dado de alta, de nuevo son los profesionales del área de consulta los encargados de:

### **El control telefónico**

- Se realiza una llamada a los intervenidos el día anterior.
- También se lleva a cabo seguimiento telefónico de pacientes con observaciones (febrícula, dolor, u otras manifestaciones: «es preferible un “por si acaso” que dos “pensé que”...»).
- Se reciben llamadas de pacientes con problemas potenciales y se intenta dar solución o canalizarlos.
- Nos presentaremos dando nuestro nombre y procedencia.
- Si no hablamos con el paciente, identificaremos al interlocutor (parentesco y nombre).
- Anotaremos procedimiento, día en que se ha realizado, así como día y hora a la que realicemos la llamada.
- Valoraremos de preguntas básicas para recabar información precisa del postoperatorio domiciliario.

- Valorar por las respuestas indicios de complicaciones.
- Recomendar mecanismos necesarios para solucionarlas.
- Crear relación de confianza, de tranquilidad y sosiego, evaluando y cuidando alteraciones emocionales y psicológicas.
- Valorar intensidad del dolor y aconsejar seguir pauta analgésica.
- Reforzar educación para la salud postoperatoria.
- Recordar recomendaciones postoperatorias y el día y hora que volverá a revisión, así como el lugar de la misma (CAP, CDET, o la propia UCMA desde donde se les habla).
- Comunicación con su Área Básica de Salud.
- Registraremos las actividades realizadas.

### El día de revisión

- Entrega de encuesta de valoración de la unidad.
- Evaluación de las heridas quirúrgicas, curas de las mismas.
- Retirada de sutura si así fuera necesario.
- Recomendaciones de seguimiento de la herida quirúrgica.
- EPS postoperatoria (dietética, recuperación de hábitos saludables, actividades de la vida diaria, vuelta al trabajo...).
- Comunicación con su Área Básica de Salud.
- Registro de actividades realizadas.

Es importante recordar la necesidad de un manual de técnicas y procedimientos, que será revisado de manera periódica y estará abierto a los cambios, basados en la evidencia para una mejora continua en la calidad de cuidados; será una herramienta básica para evitar la variabilidad y minimizará la posibilidad de errores.

Para finalizar, y sin dejar de lado cada uno de los puntos revisados y teniendo como base el conocimiento y las destrezas personales, no hemos de olvidar que desde el comienzo del proceso hasta el final *la comunicación*, verbal y no verbal, es la

piedra angular de toda relación. Es primordial ofrecer una información personalizada (evitando «aquí radio información»). No se ha de olvidar que la manera en que se “enseña” algo es tan importante como lo que se “enseña”, tanto en las UCMA como en cualquier área de salud.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. IAAS-ASECMA. Ambulatory surgery definitions. Definiciones en CMA 2000; 5(1): 13-5.
2. Laza Alonso AM. Atención de Enfermería en el área de Consultas de la UCMA de Toledo. VI Curso de actualización de Enfermería Quirúrgica. Teruel: Hospital General de Teruel Obispo Polanco; 1996.
3. Laza Alonso AM. Enfermería en las UCMA “cuidar en todo el proceso quirúrgico”. Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual Práctico (13): 151-162. Editor: José Luis Porrero Carro. Madrid; 2000.
4. Lemos P, Jarret P, Philip B. Day Surgery. Development and practiques. London; 2006.
5. Sánchez-Cabezudo Díaz-Guerra C, Porrero Carro JL. Diseño y estructura de las UCMA. 1998; 3(3): 195-8.
6. Villacorta J, Fereres F. Cirugía Mayor Ambulatoria. Madrid; 1996.

# 4.2

## *Área del Preoperatorio/Postoperatorio Inmediato*

---





### Mª Carmen Manchón Sánchez

*Enfermera de la UCMA desde 1992. Complejo Hospitalario de Toledo*

#### FORMACIÓN ACADÉMICA

- 2007: Título de DUE por la Universidad Complutense de Madrid
- 1970: Título de ATS por la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca

#### EXPERIENCIA PROFESIONAL

- 1992 hasta la actualidad: Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria de Toledo
- 1985-1992: Enfermera de UVI en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo
- 1976-1984: Enfermera del Centro de la Tercera Edad de San Rafael de Onteniente. Valencia
- 1970-1974: Enfermera de la Unidad de Cirugía Plástica y Unidad de Parapléjicos del Hospital de la Paz de Madrid

#### EXPERIENCIA DOCENTE

- Colaboración como enfermera en el desarrollo y evaluación de las prácticas clínicas de los alumnos de la escuela de Enfermería de Toledo

#### CONTRIBUCIONES RELEVANTES EN CURSOS, CONGRESOS, JORNADAS

- Invitación como ponente en 4 congresos nacionales sobre UCMA
- Asistente a 19 congresos y simposium

#### PREMIOS

- Dos pósters en congresos nacionales sobre CMA como coautora

#### OTRAS ACTIVIDADES

- Miembro de ASECMMA desde 1994 hasta la actualidad

## *Área del Preoperatorio/Postoperatorio Inmediato*

Esta área aúna el preoperatorio inmediato, despertar y URPA, ofreciendo esta circunstancia una gran posibilidad de conocimiento, buen manejo y seguimiento del paciente en toda su estancia perioperatoria.

El paso del paciente por el área hace posible que, aplicando cuidados integrales y de calidad, consigamos contar con su confiada colaboración, para así llegar a la meta común que tanto el paciente como el personal comparten «culminar el proceso con eficacia, calidad y éxito».

### **PREOPERATORIO/DESPERTAR**

El objetivo en el preoperatorio es la preparación física y psíquica del paciente que va a ser intervenido.

Para llevar a cabo este objetivo de forma eficaz nos serviremos de protocolos de trabajo que nos aseguren la calidad de nuestra actuación y la excelencia en los cuidados. Para un mejor entendimiento, lo plantearemos de la siguiente forma: a) admisión del paciente; b) preparación física; c) preparación psíquica; y d) preparación anaestésica.

### **Admisión del paciente**

- Identificaremos al paciente comprobando que coincide su nombre y apellido con la pegatina informatizada de la historia clínica.
- Es imprescindible presentarnos al paciente para personalizar e individualizar el trato, así como facilitar que se pueda dirigir a nosotros en cualquier momento.
- Confirmaremos que el paciente haya seguido las recomendaciones y que está en ayunas (incluido el agua). Es importante observar que no lleve objetos metálicos, que en ocasiones haya sido imposible de retirar al paciente. También deberán estar retiradas las prótesis dentales y/o auditivas. Se darán algunas variables con las auditivas para mantener la conexión con el medio.

- Se asignará cama al paciente dependiendo de patología, edad, tipo de anestesia, etc.
- Preguntaremos al paciente sobre posibles alergias o patologías importantes que se deban tomar en cuenta en algún momento del proceso.
- Con la información sobre el proceso a realizar así como de las técnicas o procedimientos que le vayamos realizando, conseguiremos la tranquilidad y colaboración del paciente.
- Se revisará la historia, poniendo etiquetas identificativas en las distintas hojas que la componen y anotando en la hoja de anestesia datos como edad, peso, sexo y cualquier dato de interés como alergias o determinadas patologías (diabetes, hipertensión, etc.).
- Es importante preguntar al paciente si dejó de tomar la aspirina u otros antiagregantes desde el día en que se le indicó.

### Preparación psíquica

- Nuestra Unidad tiene el privilegio de tener luz natural, lo que facilita que el ambiente sea más amplio y claro. Es necesario, por supuesto, que nuestro objetivo sea mantener a través de distintos medios un ambiente tranquilizador y acogedor.
- Intentaremos proyectar tranquilidad, dando confianza y seguridad para conseguir disminuir sus temores y tensiones.
- Nuestra actitud y aptitud deben ir encaminadas a comunicar al paciente, a través del lenguaje verbal y no verbal, que está en buenas manos; que sabemos, podemos y queremos que su problema sea resuelto de forma completa y eficaz.

### Preparación física

- Simultáneamente a la preparación psíquica nos ocuparemos de su adecuación y preparación física para la intervención que le vayamos a realizar.
- Es imprescindible la toma de constantes vitales/monitorización completa.
- Dispondremos la adecuada preparación de la piel con lavado y rasurado si procede y protección aséptica de la zona a intervenir.
- Nos aseguraremos de contar con acceso venoso que permita la aplicación de líquidos i.v. y premedicación según patología y protocolo.

- En ocasiones es necesario el vendaje de MMII para asegurar el buen retorno venoso.
- Es importante mantener la temperatura corporal; es fácil que la temperatura ambiental sea fría, provocando esto gran sensación de disconfort y que la hipotermia postanestésica aumente haciendo el despertar del paciente poco grato.

### Preparación anestésica

El tipo de anestesia utilizada dependerá del paciente y del procedimiento a realizar. Es fundamental la aceptación por parte del paciente de la técnica anestésica que vayamos a utilizar para así evitar efectos secundarios provocados por la ansiedad.

Los tipos que se aplicarán en estas unidades serán local, intradural, regional, intravenosa, bloqueo plexo y retrobulbar.

### POSTOPERATORIO INMEDIATO/DESPERTAR

- Intervenido ya el paciente, pasa al postoperatorio inmediato o despertar. A su entrada en el área haremos valoración de coloración, respiración y conciencia. La toma de constantes y la monitorización es imprescindible para el buen control postquirúrgico.
- Valoraremos la movilidad y sensibilidad de MMII.
- Prestaremos especial atención en mantener al paciente abrigado.
- El aporte de O<sub>2</sub> vendrá indicado según el tipo de anestesia.
- Para mejorar la recuperación respiratoria instaremos al paciente a realizar inspiraciones profundas.
- Confirmaremos la ausencia de sangrado revisando los apósitos quirúrgicos, drenajes, etc.
- Es importante mantener un nivel óptimo de analgesia y confort con la aplicación de medicación pautada.
- El alta a la sala de recuperación intermedia se dará cuando la valoración definitiva sea igual o semejante a la previa.

## **BIBLIOGRAFÍA**

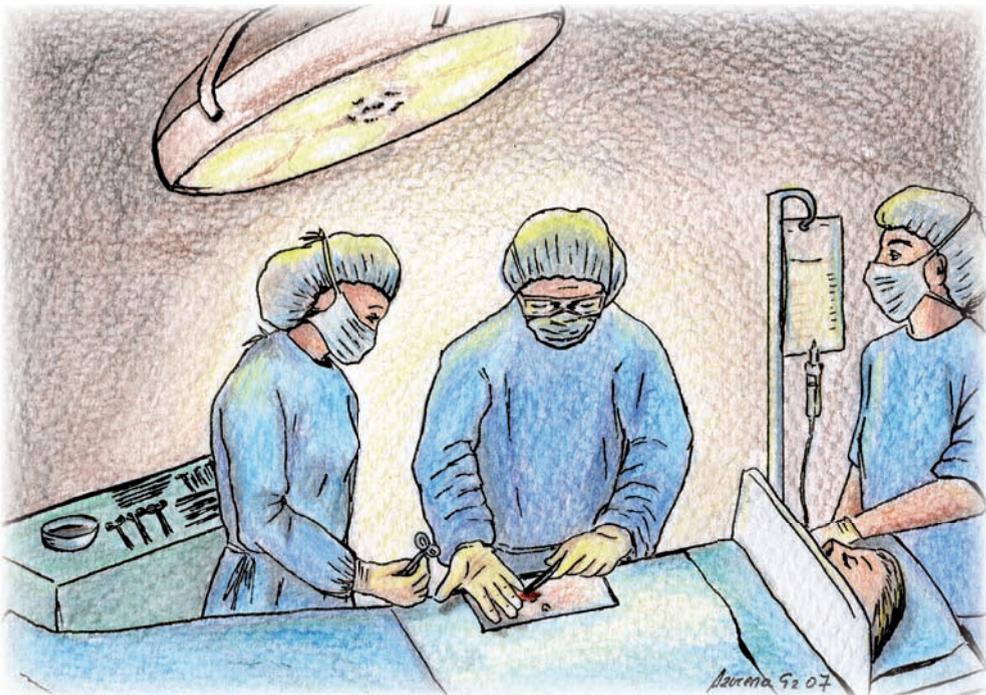
1. Aldrete JA. The post anaesthesia recovery score revisited (letter). *Clin Anesth* 1995; 7: 89-91.
2. Aldrete JA, Kroulik D. Postanesthesia recovery score. *Anest Analg* 1970; 49: 924-34.
3. Bustos Molina F. Fast Track o vía rápida en CMA. *Asecma* 2000; 5(2).
4. White PF. *Ambulatory Anesthesia. Past, Present and Future in Ambulatory Anesthesia and Surgery.* London: WB Sanders; 1997. p. 1-34.

Agradecimiento especial a *Magdalena García Aceña* por su colaboración.

# 4.3

## Área de Quirófano

---





### Concepción Garcés Ruiz

*Enfermera de Quirófano. Complejo Hospitalario de Toledo.*

#### FORMACIÓN ACADÉMICA

- 1984: Título DUE por la UNED y 1977: Título ATS en Escuela ATSF La Fe. Valencia

#### EXPERIENCIA PROFESIONAL

- 1999 hasta la actualidad: Quirófano de la UCMA de Toledo
- 1996 hasta la actualidad: Quirófano Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo
- 1981-1984: Supervisora de Unidad de Hospitalización de Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo
- 1976 -1984: Supervisora de noches del Hospital Nacional Parapléjicos de Toledo

#### EXPERIENCIA DOCENTE

- Colaboración como docente en 3 jornadas sobre CMA y en 3 cursos sobre LME

#### PUBLICACIONES

- Tres artículos en revistas de enfermería nacionales



### Magdalena García Aceña

*Enfermera de Quirófano. Complejo Hospitalario de Toledo.*

#### FORMACIÓN ACADÉMICA

- 1982: Título DUE por la UNED y 1978: Título de ATS por la Escuela ATSF de Toledo

#### EXPERIENCIA PROFESIONAL

- 2004 hasta la actualidad: UCMA y Qx del Hospital Nacional de Parapléjicos. Toledo
- 1994-2004: Enfermera de UVI del Hospital Nacional de Parapléjicos. Toledo
- 1991-1994: Supervisora de Área del Hospital Nacional de Parapléjicos. Toledo
- 1986-1992: Supervisora de UVI de Hospital Nacional de Parapléjicos. Toledo
- 1981-1986: Enfermera de UVI
- 1979-1981: Enfermera de Radiología

#### EXPERIENCIA DOCENTE

- Colaboración como docente en 23 cursos. Conferencias en 5 ocasiones

#### CONTRIBUCIONES RELEVANTES EN CURSOS, CONGRESOS Y JORNADAS

- Moderadora en 1 congreso nacional y ponente en 15

#### PUBLICACIONES

- Coautora de dos capítulos del libro *Humanización de cuidados y Cuidados psicológicos en el paciente crítico*

#### OTRAS ACTIVIDADES

- 2004 hasta la actualidad: Miembro de ASECMa
- 2000 hasta la actualidad: Miembro de ASELME
- 1982 hasta la actualidad: Miembro de la SEEIUC
- 2004-2005: Profesora asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería

## Área de Quirófano

Parecería *a priori* que es el quirófano el lugar más importante de todo el recorrido que el paciente realiza en este eficaz y dinámico engranaje que son las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA); esto no está muy cerca de la realidad puesto que sin el buen hacer, buena interconexión, comunicación eficaz y fluida, etc. entre las distintas áreas de la Unidad, no sería posible llegar a conseguir el objetivo de eficacia hacia la excelencia.

Es el paciente el centro de nuestros cuidados y el sujeto más importante de todo el proceso.

Nuestra actitud y aptitud deben ir encaminadas a cubrir sus necesidades en todo momento, con procedimientos y protocolos que favorezcan que la calidad y eficacia ofrecida consiga el objetivo que nos propusimos en origen. Este objetivo se podría resumir en: «solucionar un problema al paciente de manera segura, eficaz, sin demora y sin ingreso hospitalario que le separe de su entorno y familia».

El Área de Quirófano representa para el paciente y familia un cúmulo de sensaciones nuevas, en principio desconocidas, pero dependiendo de nuestra intervención, la vivencia puede ser facilitadora, confiada y colaboradora, o por el contrario llena de miedos o celos. Debemos tener en cuenta que es la única área en que el paciente está sin acompañante, por tanto es imprescindible que ofrezcamos apertura y aptitud de servicio para bajar en lo posible los niveles de miedo y ansiedad.

El quirófano nunca debería ser como una isla, algo único, impersonal y desconectado del resto de las áreas. Debe ser un espacio interconectado y que no produzca en ningún momento sensación de abandono.

Aunque físicamente el quirófano es un espacio poco cálido y bastante adverso, tenemos que conseguir por todos los medios controlar, con nuestros cuidados y atención, los factores negativos que el paciente piensa que se va a encontrar.

La información completa, tranquilizadora y abierta, dada desde la llegada del paciente a la Unidad, y mantenida eficazmente en cada momento de su estancia en

las distintas áreas, es el mejor antídoto y solución para combatir la ansiedad, inseguridad, etc., y así poder conseguir un clima de confianza recíproca entre familia, paciente y personal.

Es importante conocer y estar en conexión y comunicación continua con el preoperatorio, con el área de postoperatorio inmediato y con la readaptación al medio para que la coordinación sea la adecuada y funcional para el paciente y la Unidad.

El saludo acogedor, nuestra presentación, así como dirigirnos a él por su nombre y conocer su problema, personalizará e individualizará nuestro trato hacia el paciente.

Vamos a plantear nuestra actuación dependiendo del tipo de anestesia aplicada, básicamente haciendo la diferencia entre paciente despierto y dormido. En ambos casos cuidaremos con esmero la seguridad del paciente.

En el caso del paciente dormido pondremos especial interés en:

- La buena coordinación en las transferencias evitando estiramientos incontrolados.
- Cuidar el tratamiento postural manteniendo posiciones anatómicas y funcionales.
- Evitar apoyos indeseables que provoquen UPP, compresiones musculoesqueléticas, oculares, etc.
- Buen control de la placa de bisturí, de la toma de tierra de la mesa quirúrgica para evitar quemaduras, decúbitos de la conexión en la piel, etc.
- Intentaremos mantener seca la ropa y paños de campo que estén en contacto con el paciente para evitar que la humedad macere la piel y aumente la pérdida de calor.
- Mantendremos la temperatura del paciente con convector de aire caliente que evite la hipotermia.

En el caso del paciente despierto nos ocuparemos de:

- Ofrecer atención individualizada y humanizada, procuraremos que el ambiente esté relajado con música ambiental, evitando tensiones y tonos altisonantes y no haciendo comentarios sobre la marcha de la intervención que puedan preocupar o angustiar al paciente.
- Utilizar recursos diversos para disminuir su temor y ansiedad.

- Hacer evidente que nos tiene a su disposición y, a través del mensaje verbal y no verbal, manifestar nuestro control para asegurar su bienestar.
- Facilitar información sobre lo que vamos haciendo adelantándole sensaciones que puede que sienta; calor, presión, etc., adecuándonos a su aceptación y asimilación.
- Es imprescindible preservar adecuadamente su intimidad, así como asegurar su comodidad y confort.

Deberemos preparar eficazmente y con esmero el quirófano en relación con la especialidad quirúrgica programada, edad del paciente, tipo de anestesia, etc. Hacemos hincapié en este punto porque en nuestra Unidad la edad varía de meses de vida hasta los 90 años aproximadamente, y tratamos 8 especialidades quirúrgicas.

El conocimiento del procedimiento quirúrgico, junto con el buen manejo del instrumental y la previsión de posibles necesidades facilitará que todo fluya con segura calidad.

En caso de situación urgente, nuestra actuación debe ser ordenada con una secuencia consensuada y conocida por todos, con buena previsión de la medicación y materiales necesarios para el evento que nos ocupe.

La buena transcripción de los datos que en su paso por el quirófano se deban reflejar en la historia del paciente, facilitará el manejo de esta en las distintas áreas de la Unidad.

El trabajo en equipo es crucial para que el proceso culmine con éxito porque todos y todo cuenta a la hora de dar calidad.

Acompañaremos siempre al paciente hasta el área de la unidad que precise según el tipo de anestesia y su situación individual, despidiéndonos de él cordial y respetuosamente.

Comentaremos si es necesario al compañero o responsable del área, cuidados o peculiaridades que no estén reflejados en la historia, o que a pesar de estarlo, sea necesario tenerlos en cuenta de manera prioritaria.

En la mayoría de los casos es habitual que tengamos controlada la parte técnica y estructural, pero debemos poner especial interés en el trato personalizado y humanizado porque será lo que consiga mayor satisfacción en el paciente y en nosotros mismos.

No debemos pensar que el trato personal y humano es algo que podamos dejar de lado para ahorrar tiempo y aumentar el número de casos.

Nuestro trabajo no conseguiría entonces su principal objetivo: asegurar la continuidad en la calidad de los cuidados integrales durante el tiempo que el paciente permanezca entre nosotros, haciéndolo extensivo a la atención y seguimiento en su domicilio y en Atención Primaria.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Guía de actuación en Cirugía Mayor Ambulatoria. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanidad.
2. Heluy de Castro C, Efigenia de Faria T, Felipe Cabanero R, Castelló Cabo M. Humanización de la atención de enfermería en el quirófano. *Index Enferm* 2004; 44-45: 18-20.
3. Munuera Gómez P, Martínez Guitart C. Paciente terminal. En: *Profesiones sanitarias más allá de la técnica*. Madrid: Humprosan; 2000. p. 215-8.
4. Paterson J, Zderard L. *Enfermería humanística*. México: Limusa; 1993.
5. Santos A, Backes V, Vasconcelos MA. *Asistencia humanizada a los clientes en centros quirúrgicos: una experiencia apoyada en lateoría humanística*. México: Limusa; 1993.

# 4.4

## *Área del Postoperatorio Intermedio o Readaptación al medio*





### Mª Cruz Isar Santamaría

*Enfermera de la UCMA desde 1992  
Complejo Hospitalario de Toledo*

#### FORMACIÓN ACADÉMICA

– 1983: Título de DUE por la UNED y 1979: Título de ATS

#### EXPERIENCIA PROFESIONAL

– Desde 1992 hasta la actualidad en la UCMA de Toledo  
– Ocho años en Cuidados Intensivos y Cardiología del Hospital Virgen de la Salud. Toledo

#### EXPERIENCIA DOCENTE

– Colaboración docente como profesora en 4 cursos de CMA.

#### CONTRIBUCIONES RELEVANTES EN CURSOS, CONGRESOS Y JORNADAS

– Siete ponencias, 3 comunicaciones orales y 2 pósters

#### PUBLICACIONES

– Artículos: "Formación y Educación en CMA". Revista ASECMA y *Ambulatory Surgery*. 2000

#### OTRAS ACTIVIDADES

– Miembro fundador de ASECMA desde 1994 y vocal de Enfermería desde 2005  
– Vicepresidenta del II Symposium de CMA en Toledo 1998



### Mª Carmen Aceña Rubio

*Enfermera de la UCMA desde 1993 hasta 1997. Complejo Hospitalario de Toledo*

#### FORMACIÓN ACADÉMICA

– 1998: Curso de Aptitud pedagógica por la Universidad de Granada  
– 1997: Curso de Metodología Didáctica  
– 1983: Título de DUE por la Universidad de Castilla la Mancha

#### EXPERIENCIA PROFESIONAL

– 2003-2004: Radiología Hospital Militar de Ceuta. 2001: Residencia Ntra. Sra. de África  
– 2001: Residencia de Mayores Nuestra Señora de África de Ceuta  
– 1992-1997: UCMA Toledo y 1992 UCI Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo

#### EXPERIENCIA DOCENTE

– Colaboración como docente en 2 cursos de CMA y en 1 charla coloquio  
– Profesora titular de centro de estudios Premier y academia ECOS de Ceuta

#### CONTRIBUCIONES RELEVANTES EN CURSOS, CONGRESOS Y JORNADAS

– Presentación de 3 comunicaciones orales y 2 pósters

#### PUBLICACIONES

– Colaboradora en un capítulo de CMA

## Área del Postoperatorio Intermedio o Readaptación al medio

Llamamos *postoperatorio intermedio* al periodo de recuperación que comprende desde que el paciente sale de la sala del postoperatorio inmediato o directamente desde quirófano (*Fast-Track*) a la sala de readaptación al medio donde evolucionará de manera progresiva de su intervención y podrá ser dado de alta a su domicilio, donde continuará, bajo la supervisión de un adulto responsable, su convalecencia o postoperatorio tardío.

En el proceso de recuperación/postoperatorio diferenciaremos 3 fases:

1. *Postoperatorio inmediato/recuperación inmediata*: se realiza en la URPA (Unidad de Recuperación Postanestésica) o despertar. Su función es la de restablecer las funciones vitales hasta conseguir un nivel de vigilia y de constantes que permita el traslado del paciente a la zona de readaptación al medio.
2. *Postoperatorio intermedio/recuperación intermedia*: tiene lugar en la sala de readaptación al medio. En esta área el paciente debe recuperar sus funciones fisiológicas. Se deben dar las premisas de confortabilidad, seguridad y contacto con la familia. Los cuidados postoperatorios que aplicaremos serán: "poco intensivos" y de "corta duración".
3. *Postoperatorio/tardío o convalecencia*: periodo de tiempo que transcurre en el domicilio del paciente; en el que se prepara la reincorporación a su actividad habitual.

El paso de pacientes desde quirófano a la sala de readaptación al medio por la vía rápida, denominado *Fast-Track* es hoy muy utilizado debido al uso de técnicas y fármacos anestésicos de acción más corta y predecible junto con técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas. Estos factores anestésico-quirúrgicos y una enfermería eficiente, permiten acortar tiempo de estancia postoperatoria.

### ESTRUCTURA Y DISEÑO

Es muy importante la distribución arquitectónica de esta área. El entorno de esta zona será diáfano y la iluminación conviene que sea natural. Deberá permitir la aten-

ción a pacientes muy diversos con un buen control visual por Enfermería, creando un área agradable que preserve la intimidad para cada paciente y familiar y al mismo tiempo aportar seguridad y confort.

Deberá estar equipado de todo el material preciso para curas, monitorización, medicación, instalación de oxígeno y vacío en los puestos de cada cama. Zonas de limpio, de sucio, lencería y alimentación; contando además con área de vestuarios y aseos de pacientes.

El paciente estará acompañado en todo momento por un familiar o dos en niños. De esta manera se les hará partícipes de su recuperación y al mismo tiempo se les implicará como "futuro cuidador para su domicilio".

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Desde el momento que el paciente es recibido por el personal de Enfermería estableceremos un plan de actuación que se definirá en un *plan de cuidados* "específico y concreto" para cada paciente, que dependerá de: a) procedimiento quirúrgico; b) el tipo de anestesia; y c) los factores propios de cada paciente (edad, patología asociada, nivel psicosocial, etc.).

La existencia de protocolos específicos para cada procedimiento hará que trabajemos de una manera segura y eficaz, tanto para los profesionales como para el paciente. Los cuidados tendrán como objetivos:

1. El control del dolor, que, como variable principal, será uno de los parámetros para que el paciente valore su recuperación como satisfactoria.
2. Control de constantes vitales, retirada de sueroterapia, control de ingesta, deambulación, relación con el entorno y revisión de herida.

En el desarrollo de nuestro trabajo son tan importantes los cuidados que aportamos como las formas, utilizando la amabilidad y serenidad, así como la asertividad y empatía con el paciente y familiar.

Pero además hay que tener en cuenta la *detección precoz de posibles complicaciones*: durante este tiempo el paciente intervenido vive una situación lábil y cambiante, tanto desde el punto de vista físico como emocional, lo cual le hace susceptible de sufrir complicaciones o efectos colaterales adversos, por lo que no debemos disminuir nuestra atención; de ahí que debemos convertirnos en *observador activo*, debido a que las complicaciones potenciales pueden aparecer aun siendo adecuados los cuidados de Enfermería, ya que dependen de variables no controlables.

La Enfermería debe estar preparada para detectar precozmente los problemas y/o controlar su evolución, para lo cual precisa conocerlos, evitarlos y resolverlos.

El objetivo global de nuestra función es conseguir los *criterios de alta*: a) paciente consciente y orientado; b) constantes estables; c) dolor controlado; d) ausencia de náuseas; e) herida quirúrgica en buen estado; f) deambulación; g) tolerancia líquida; y h) micción espontánea conseguida. Estos dos últimos criterios son prescindibles en algunas Unidades dependiendo del proceso y del paciente del que se trate.

Se debe considerar la comunicación constante con el resto de las áreas de la Unidad, ya que cualquier aspecto o anomalía que debamos saber es importante en la evolución postoperatoria.

Conseguida la evolución que hemos mencionado, procederemos a firmar el *alta*: equipo que ha intervenido, facultativo especialista y anestesiólogo junto con la enfermera responsable del paciente y área.

## **EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE FAMILIAR**

Al dar las instrucciones y documentos al alta, lo haremos de una forma privada, afectiva y particular (verbal y por escrito), haciendo hincapié en la comunicación.

Con respecto a la comunicación verbal, se ha de mostrar claridad, con un mensaje directo y sencillo, evitando tecnicismos y utilizando frases cortas.

En la comunicación no verbal hemos de cuidar la postura corporal, la expresión facial y la proximidad.

La enseñanza a pacientes y a su entorno familiar será fundamental para:

1. Mejorar su autocuidado.
2. Controlar los problemas que puedan surgir en su domicilio.
3. Comprender los efectos de los medicamentos pautados.
4. Adquirir conocimientos que aumenten su capacidad de toma de decisiones.

Para concluir nuestra actuación, resaltaremos las posibles complicaciones (signos de alerta) que puedan aparecer en su domicilio; dando pautas concretas, además de los teléfonos de contactos, desde donde se intentará dar soluciones, o si no fuera posible, se derivará a Atención Primaria, a la Unidad de referencia o a Urgencias.

Así como en los tratamientos médicos, se darán recomendaciones en cada caso: analgésicos, sabiendo que el dolor es uno de los principales problemas en la evolución y mayor motivo de consulta telefónica; administración de heparina de bajo peso molecular (adiestrando al familiar) y toma de antibióticos si precisara.

Hemos de señalar el día y la hora de la próxima revisión y el lugar: Unidad o consultas de referencia.

Finalmente haremos entrega de documentación: informe oficial (dos copias), instrucciones postoperatorias específicas y recetas de medicación. No hemos de olvidar que los informes dados deben estar debidamente firmados y revisados pues tienen valor legal.

## CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO ASISTENCIAL

Los profesionales de Enfermería para trabajar en CMA deberán estar instruidos en esta disciplina, que no es difícil, pero sí distinta. No sólo han de conocer un área concreta, sino todo lo que implica la selección, circuito, organigrama y cuidados de Enfermería de otras áreas. Con todo esto deberá ser capaz de *evaluar* la recuperación postoperatoria de los pacientes de una manera sistemática, y cuando fuera necesario, consultar a los médicos; sin embargo, debido al nivel elevado de pacientes, a la diversidad en cuanto a patologías, tipos de pacientes diferentes, complejidad de estos, etc., la Enfermería debe estar entrenada y formada para aportar y garantizar la asistencia adecuada al paciente participando activamente en la planificación y mejora de esta, aportando *cuidados de calidad* y transmitiendo *confianza y seguridad* al paciente-familiar.

Se debe recordar que la aplicación de unos protocolos y criterios de alta deben incluir además "sentido común" y "juicio clínico", pues el *alta* es un acto fundamental para el desarrollo y éxito del la CMA.

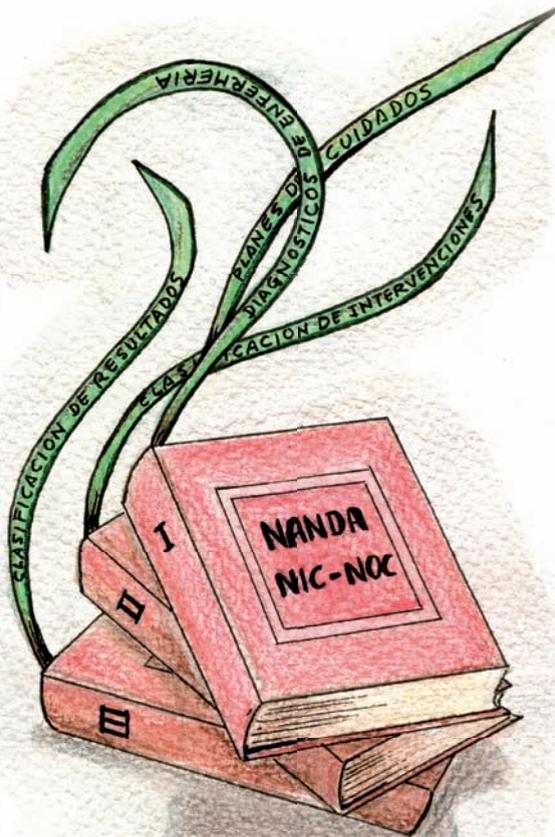
## BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer Vals JV. Guía de actuación en CMA. Generalitat Valenciana; 2002
2. Jiménez Bernadó A (coordinador). Guía de manejo del paciente quirúrgico ambulatorio en Atención Primaria; 2006.
3. Moro Blázquez B. Criterios de alta en CMA. Curso teórico-práctico CMA; 1996.
4. Planes básicos de cuidados. Atención en el postoperatorio. Profesoras de Enfermería medicoquirúrgica; 1994.

# 5

*¿Por qué estandarizar el lenguaje enfermero?*

---



*Aravena G. 07*



### Mª Mar Caballero Algarín

*Enfermera de la UCMA del Hospital El Tomillar, Área hospitalaria de Valme, Dos Hermanas (Sevilla) desde 1992 hasta 2003. Asesora Técnica de Cuidados en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) desde 2003 hasta 2007. Actualmente adscrita a la Unidad de Gestión Clínica de Neumología en el Hospital de Valme.*

#### FORMACIÓN ACADÉMICA

- 2007: Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Alicante
- 1998: Diplomada Universitaria en Ciencias de la Educación por la UNED
- 1993: Experto en Salud Comunitaria por la Universidad de Sevilla
- 1985: Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad de Sevilla

#### EXPERIENCIA PROFESIONAL

- 2003 hasta la actualidad: Asesora técnica en la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados en los Servicios Centrales del SAS
- 1999-2003: Enfermera de Enlace en la Unidad de Continuidad Asistencial en el Hospital El Tomillar dependiente del Hospital Universidad de Valme
- 1992-1999: Hospital El Tomillar en la UCMA, compatibilizando tareas de quirófano con hospitalización domiciliaria de pacientes quirúrgicos
- 1989-1992: Neurología-Traumatología en el Hospital Virgen del Rocío. Sevilla
- 1986-1989: Servicios de Medicina Interna, Cuidados Intensivos, Neonatología, Radiología y Urgencias. Hospital Universitario de Valme
- 1985-1986: Servicio de Pediatría, Cuidados Intensivos y Urgencias en el Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

#### EXPERIENCIA DOCENTE

- Colaboración como docente en cursos de formación en CMA y en cursos de estandarización y mejora de los cuidados enfermeros y gestión de casos

#### CONTRIBUCIONES RELEVANTES CURSOS, CONGRESOS Y JORNADAS

- Ponente en 9 congresos nacionales sobre CMA, calidad y continuidad Asistencial
- Invitación como moderadora en 3 congresos nacionales en los mismos ámbitos

#### PUBLICACIONES

- Participación en la obra Anestesia para la Cirugía Ambulatoria con el capítulo compartido "Enfermería y Cuidados preoperatorios y postoperatorios en Cirugía Ambulatoria" (ISBN 84-7877-226-X)
- Capítulo "Cuidados" en cd-rom sobre Cirugía Mayor Ambulatoria

#### OTRAS ACTIVIDADES

- Miembro de Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria
- Miembro de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial
- Miembro de la Sociedad Andaluza de Enfermería Hospitalaria

## ¿Por qué estandarizar el lenguaje enfermero?

La complejidad de la prestación de cuidados se ha puesto en evidencia a raíz de la profusión de modelos teóricos que durante la segunda mitad del siglo XX han proliferado, intentando encuadrar los fenómenos que les son propios a la Enfermería. Estos modelos conceptuales que suscitaron opiniones controvertidas en torno a su aplicación a la práctica clínica, sin embargo han permitido dar estructura a nuevos desarrollos de la práctica que la profesión acomete en la actualidad ayudando a sistematizar el pensamiento enfermero.

Así, puede afirmarse que los modelos enfermeros son la base para el razonamiento sistemático de la clínica, posibilitando el desarrollo de lenguajes comunes. Estos lenguajes comunes empiezan a emerger a partir de los años setenta del pasado siglo, dando lugar a la creación de los *sistemas estandarizados de lenguaje enfermero*, que han creado un marco, según Blegen, que puede acelerar la construcción definitiva del soporte teórico para la práctica. Los lenguajes estandarizados o taxonomías poseen una gran capacidad descriptiva que debe saberse conjugar con los modelos.

Esta capacidad descriptiva es la que ha permitido su instauración y desarrollo dando lugar a avances notables en los servicios enfermeros. El establecimiento de una terminología común para designar el proceso de atención de Enfermería trata de aumentar la calidad de los cuidados, así como la visibilidad del mismo a través de una documentación que proporcione información confiable sobre la práctica enfermera.

Son muchos los avances conseguidos hasta ahora en cuanto a etiquetar y categorizar los fenómenos enfermeros. Los sistemas estandarizados de lenguaje permiten identificar, aplicar términos y medidas comunes para nombrar los problemas de salud diagnosticados y tratados por las enfermeras, los resultados que se espera que consiga el paciente y las intervenciones que hay que realizar para resolver esos problemas. En definitiva estos lenguajes ayudan a elaborar el *juicio clínico*, compuesto por el *juicio diagnóstico* y el *juicio terapéutico*.

La *valoración* sería el primer paso para la formación del juicio clínico: una recogida de datos ordenada y sistemática facilita el llamado *juicio diagnóstico*, mediante el

cual una enfermera clasifica una respuesta humana y su relación con otros factores reduciendo los errores si hay consistencia entre la organización de los datos de la valoración y el agrupamiento de las categorías diagnósticas. La valoración propuesta por Marjory Gordon basada en los patrones funcionales permite dicha recogida de datos sistemática, pudiéndose utilizar bajo el modelo conceptual que se considere más apropiado.

El juicio diagnóstico propiamente dicho llega con la selección del diagnóstico enfermero más adecuado. La *taxonomía de diagnósticos enfermeros NANDA* facilita la labor, ya que ordena y clasifica las respuestas humanas de persona, familia o comunidad en distintas situaciones de Salud. A pesar de sus limitaciones (ausencia de validación clínica de la mayoría de los diagnósticos, dificultad de encuadre en el marco enfermero de otros, inespecificidad de las características definitorias, etc.) es la más extendida en la comunidad enfermera a nivel mundial y parece razonable no invertir esfuerzos en crear nuevas taxonomías, sino en perfeccionar las ya existentes.

El juicio clínico se completa con la formulación del *juicio terapéutico* al que nos va a ayudar la *taxonomía de intervenciones enfermeras NIC*. Podríamos decir que es la taxonomía más elaborada, ya que parte de un extenso estudio de los registros enfermeros utilizados en todos los campos analizados cualitativamente por un amplio grupo de expertos. Es la taxonomía mejor asimilada por los clínicos y permite la selección de las intervenciones más oportunas al problema clínico, presentado entre un amplísimo catálogo de las mismas desglosado en actividades concretas a realizar para alcanzar los objetivos esperados.

La tercera taxonomía más utilizada y de más reciente creación es la *taxonomía de criterios de resultado NOC*. Dicha taxonomía clasifica los resultados esperados de las intervenciones enfermeras, gradando su consecución a través de una serie de indicadores que son medidos a través de una escala de Lickert. Estos criterios de resultados son utilizados en dos momentos del proceso enfermero: en primer lugar serían formulados como objetivos a conseguir (la medición de los indicadores oportunos antes de la realización de las intervenciones pertinentes nos facilita información sobre el estado de la cuestión). Su medición tras la intervención nos dará la medida de la consecución del objetivo. El potencial de algunos de sus indicadores como factores determinantes para el establecimiento de diagnósticos diferenciales es un valor aún por desarrollar.

Muchos son los beneficios que aporta la formulación del juicio clínico apoyado en las taxonomías enfermeras ya que:

1. *Facilitan la comunicación entre los profesionales enfermeros, con otros profesionales y con la población.* La utilización de lenguajes estandarizados permite el uso de una terminología propia y exclusiva que unifica los mensajes transmitidos entre profesionales respecto a los pacientes que tratan. Esta característica es bási-

ca para la continuidad de cuidados. Cuando la comunicación se establece con otros profesionales, los lenguajes propios permiten el reconocimiento del origen del mensaje ayudando a ubicarlos en el ámbito de los cuidados.

2. *Permiten la recogida y el análisis de la información, documentando la contribución enfermera al cuidado del paciente.* Las taxonomías enfermeras permiten encuadrar los fenómenos que les son propios en categorías que permiten el análisis y cuantificación de los mismos contribuyendo a hacer visible el trabajo enfermero.
3. *Permiten el desarrollo de sistemas informatizados de información clínica.* El manejo de las interrelaciones entre los sistemas estandarizados de lenguaje enfermero permite la creación de programas informáticos que registren todo el proceso. Su explotación estadística podría permitir la creación de un CMBD enfermero que aportara información relevante sobre la actividad de las enfermeras.
4. *Facilitan la evaluación para mejorar los cuidados.* La taxonomía NOC establece unos indicadores de resultados que, sin ser todavía un instrumento sensible de medida, permiten en la actualidad evaluar en cierta medida los resultados obtenidos con las intervenciones seleccionadas para la resolución de los problemas de los pacientes.
5. *Favorecen el desarrollo del conocimiento enfermero.* Facilitan enormemente el trabajo de investigación enfermera. La variabilidad en los registros y en la formulación de las valoraciones, diagnósticos, actividades y resultados enfermeros hacía muy difícil la investigación en Enfermería. Los lenguajes estandarizados permiten la homogenización de los registros permitiendo al investigador el uso de los mismos para abrir nuevas vías de conocimiento.
6. *Proporcionan información para formular políticas sanitarias.* La estandarización en los lenguajes enfermeros facilita la determinación de los costes ayudando a los gestores a establecer unas más racionales políticas sanitarias.
7. *Facilitan la enseñanza en la toma de decisiones clínicas.* Las taxonomías obligan al estudiante a la elección según criterios bien argumentados que forman el juicio clínico. La multiplicidad de opciones obligará a la correcta formulación de estos criterios, lo que redundará en la sólida formación de los nuevos profesionales.

La unificación del lenguaje enfermero, la normalización de la práctica y su aplicación, junto con un sistema de registro, permitirá mostrar el alcance de la actividad enfermera y desarrollar un sistema de mejora continua de calidad que permita conocer el impacto de los cuidados en la salud de la población y que haga posible establecer la efectividad de la práctica clínica enfermera en función de las respuestas humanas y la posición de la disciplina en los cuidados.

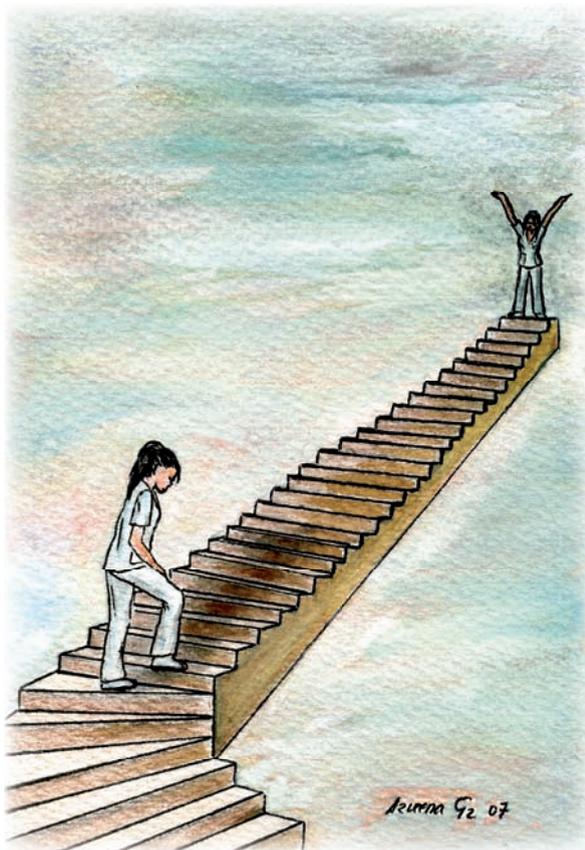
## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bulechek GM, Mcloskey JC. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). 3ª edición. Edición en español. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000.
2. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Harcourt; 2001.
3. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. Mosby. NANDA; 2003.
4. Jhonson M, et al. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 2ª edición. Edición en español. Madrid: Ediciones Harcourt; 2001.
5. Jhonson M, et al. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA NOC NIC. Edición en español. Madrid: Ediciones Harcourt; 2002.
6. Morales Asensio JM. Ponencia. URL disponible en: [http://www.asanec.org/Congreso/Evaluacion\\_Morales.htm](http://www.asanec.org/Congreso/Evaluacion_Morales.htm)
7. Morilla Herrera JC. Ponencia. II Congreso de Enfermería Comunitaria. Málaga 2000. URL disponible en: <http://www.asanec.org/Congreso/Instrumentos.htm>
8. Morilla Herrera JC, et al. El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. *Metas de Enfermería* 2005-2006; 8(10): 58-62.

# 6

## *Proceso de Atención de Enfermería en UCMA. Metodología del trabajo enfermero. Competencia profesional*

---





### Eugenia Vidal Villacampa

*Enfermera de Hospitalización en distintos hospitales de Madrid desde 1978 hasta 1996. Gerente de la Unidad de Servicios Profesionales Coloplast-Productos Médicos S.A., desde 1996 hasta 2001. Gerente de Dirección de Fabula Congress desde 2001 hasta 2008.*

#### FORMACIÓN ACADÉMICA

- 1983: Título de DUE por la UNED. II Convocatoria y 1978: ATS Escuela de Enfermería Virgen del Prado de Talavera. Toledo

#### EXPERIENCIA PROFESIONAL

- 2002-2008: Gerente de Dirección de Fabula Congress
- 1996-2001: Gerente de la Unidad de Servicios Profesionales Coloplast-Productos Médicos S.A.
- 1978-1996: Actividad Asistencial.

#### EXPERIENCIA DOCENTE

- 2001-2008: Docencia en Fabula Congress. Lenguajes Enfermero en la práctica asistencial. Calidad Cuidados de Enfermería. Investigación y Enfermería Asistencial. Gestión de mandos intermedios. Habilidades de Comunicación. Relaciones interpersonales. Formador de formadores. Terapia intravenosa. Cuidados Enfermeros
- 1996-2001: Cursos Fundación Procavida. "Cuidado de las Ostomías". "Cuidado de las Heridas". "El Lenguaje de las Heridas". Cursos Postgrado-Ortopedia para Farmacéuticos. Alcalá, Sevilla y Valencia

#### ACTIVIDAD INVESTIGADORA

- Diseño y coordinación nacional. Estudio multicéntrico. Cuidado de los Accesos Venosos. Primera fase: marzo-septiembre 2003. Segunda fase: marzo 2004-junio 2006

#### CONTRIBUCIONES RELEVANTES EN CURSOS, CONGRESOS, JORNADAS

- Ponente en 9 congresos nacionales

#### PUBLICACIONES

- Artículos en 5 revistas nacionales
- Coautora de 6 libros
- Coautora de 2 recomendaciones científicas

#### PREMIOS

- V Premio-Video: V premio en el Certamen Videomed
- Accésit en Certamen Internacional de Vídeo Médico
- Premio al mejor póster expositivo en congreso nacional

#### OTRAS ACTIVIDADES

- Asesoramiento científico-técnico para Enfermería. Apoyo metodológico a autores de trabajos para congresos
- Gestión Cartera de formación Fabula Congress
- Gestión de 12 encuentros profesionales asociaciones científicas

## *Proceso de Atención de Enfermería en UCMA. Metodología de trabajo enfermero. Competencia profesional*

Las necesidades de nuestros usuarios cambian y el sistema de salud debe adaptarse a estos cambios. Esta reorientación del sistema exige una participación activa de los profesionales de Enfermería.

Estamos convencidos de que la revisión sistemática y lectura crítica de nuestra realidad ha de llevarnos, a través del uso de una metodología estandarizada, a evidenciar las aportaciones que los profesionales de Enfermería podemos realizar a la hora de gestionar los recursos asistenciales, minimizando las complicaciones y optimizando los resultados, gracias a la perspectiva que da el contacto continuado con el paciente y familia.

La estandarización de cuidados con criterios de calidad asistencial contribuye a la equidad, seguridad y aporta una herramienta para la evaluación de los procesos.

La implementación de los planes estandarizados pasa por la individualización de los procesos, para lo cual el profesional de Enfermería necesita una adecuación continua de su competencia profesional, consiguiendo así optimizar los resultados, dicha competencia se convierte en el elemento diferenciador, "el valor añadido del producto enfermero".

### **METODOLOGÍA DE TRABAJO ENFERMERO**

Los pasos previos a la descripción del proceso de atención de Enfermería para cada intervención (*procedimiento quirúrgico*) serán:

1. Introducción a la intervención del *procedimiento quirúrgico*.
2. Cuadro de indicación GDR (*grupos de diagnósticos relacionados*).
3. Descripción de los *procedimientos anestésicos utilizados r/c/ procedimiento quirúrgico*.
4. *Conocimiento y manejo de las diferentes escalas de valoración de riesgo*.

El propósito de estos pasos iniciales es aproximar al conocimiento del proceso asistencial al profesional de Enfermería que llega por primera vez a la UCMA.

Este resumen tiene como objeto *garantizar que podamos a través de su revisión periódica, incorporar cuantas variaciones se produzcan en dicho proceso derivadas de los avances tecnológicos y de los nuevos recursos asistenciales.*

Con el fin de facilitar la aplicación práctica del proceso de atención de Enfermería en UCMA, siguiendo el modelo conceptual de Virginia Henderson os presentamos, a modo de resumen, los problemas de salud que pueden ser resueltos mediante actuación de Enfermería de forma independiente, enunciados en formato diagnóstico de Enfermería siguiendo la codificación taxonómica propuesta por la NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), problemas que, como mencionamos, podremos resolver de forma independiente a través de intervenciones propias de Enfermería y que hemos seleccionado del catálogo propuesto en la NIC (*Nursing Interventions Classification*) y que nos han de permitir dar una respuesta efectiva a los objetivos previamente pactados con el paciente/familia receptor de nuestros cuidados, extraídos de los criterios de resultados NOC (*Nursing Outcomes Classification*).

9. Seguridad		
NANDA	NOC	NIC
00043 Protección inefectiva	2000 Calidad de vida	<i>Cuidados: Consulta, preoperatorios perioperatorio –intraoperatorio– postoperatorio inmediato (24 h) y revisión:</i> <b>6654 Vigilancia: seguridad</b> – 6486 Manejo ambiental: Seguridad – 6550 Protección contra las infecciones
00004 Riesgo de infección	3010 Satisfacción: paciente usuario-seguridad	
00087 Riesgo de lesión perioperatoria	1908 Detección del riesgo	
	1902 Control del riesgo	
00010 Retraso en la recuperación postquirúrgica	3001 Satisfacción usuario/familia: Cuidados	<b>Cuidados quirúrgicos</b> – 2900 Asistencia quirúrgicas – 5610: Enseñanza: prequirúrgica – 2930 Preparación quirúrgica <b>2260 Manejo sedación (anestesia)</b> – 2870 Cuidados postanestésicas – Vigilancia-cuidados complicaciones

*Continúa en la pág. siguiente.*

9. Seguridad		
NANDA	NOC	NIC
*00126 Conocimientos deficientes	3312 Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza 1824 Conocimientos: cuidados enfermedad (de su proceso) *3003 Satisfacción del paciente/usuario: continuidad de cuidados	<b>2930 Preparación quirúrgica</b> – 2880: Coordinación preoperatorio – 5610: Enseñanza: prequirúrgica
00146 Ansiedad 00153 Baja autoestima situacional 00118 Trastorno de la imagen corporal 00040 Riesgo de síndrome de desuso 00145 Riesgo de síndrome postraumático	1402 Autocontrol de la ansiedad 2002 Bienestar personal 1308 Adaptación a la discapacidad física 1205 Autoestima	<b>5400 Potenciación de la autoestima</b>
00132 Dolor agudo 00133 Dolor crónico	1605 Control del dolor	1400 Manejo del dolor. Cuidados
*00031 Limpieza ineficaz vía aérea	1918: Prevención aspiración	<b>3140 Manejo de las vías aéreas. Alt. Patrón respiratorio</b> – 0410 Permeabilidad vías respiratorias – 1918 Prevención de la aspiración – 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales. Alteración del Patrón respiratorio – 3300 “Ventilación mecánica: invasiva”
*00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1101 Integridad tisular	<b>3660 Cuidado de las heridas-drenajes. Piel</b> – 3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado – 3540 Prevención de las UPP (seguridad) – 3500 Manejo de presiones – 3590 Vigilancia de la piel

Continúa en la pág. siguiente.

9. Seguridad		
NANDA	NOC	NIC
*00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido	0407 Perfusión tisular. Periférica 1902 Control del riesgo	<b>2870: Cuidados postanestesia</b> – 6680 Monitorización de signos vitales  <b>4200 Terapia intravenosa. Cuidados</b>  <b>*0025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido</b>
*00016 Deterioro de la eliminación urinaria (postcirugía)	0502 Eliminación urinaria	<b>Cuidados del catéteres y sondas</b> – 0590 Manejo eliminación urinaria (cuidados) – 0580 Sondaje vesical – 1876 Cuidados del catéter urinario
*00000 Deterioro de la eliminación intestinal 00134 Náuseas	0501 Eliminación intestinal 1618 Control de nauseas y vómitos	<b>0430 Manejo intestinal cuidados</b> – 1450: Manejo de las náuseas – 1570 Manejo del vómito – 6650 Vigilancia (despertar-recuperación anestésica-movilidad) – 1080 Sondaje gastrointestinal. Eliminación
*00078 Manejo inefectivo régimen terapéutico	0313 Nivel autocuidados 1813 Conocimiento: régimen terapéutico	<b>5612 Enseñanza actividad/ ejercicio prescrito</b> – 4240 Asesoramiento – 5310 Educación sanitaria (EpS)

\* Responder a la Necesidad de Seguridad, por este motivo pensamos que puede incluirse en este apartado

**1. Respiración**

NANDA	NOC	NIC
*00031 Limpieza ineficaz vía aérea	0410 Permeabilidad vías respiratorias 1918 Prevención de la aspiración	*3140 Manejo de las vías aéreas. Alt. patrón respiratorio *0410 Permeabilidad vías respiratorias *1918 Prevención de la aspiración *3180 Manejo de las vías aéreas artificiales. Alt. patrón respiratorio *3300 Ventilación mecánica: invasiva.

**2. Alimentación. Hidratación**

NANDA	NOC	NIC
00001 Desequilibrio nutricional por exceso 00002 Desequilibrio nutricional por defecto 00102 Déficit de autocuidado alimentación (post-cirugía)	0303 Autocuidados: comer	1050 Alimentación-cuidados

3.1. Eliminación urinaria		
NANDA	NOC	NIC
00016 Deterioro de la eliminación urinaria (post-cirugía)	0502 Continencia urinaria 0502 Eliminación urinaria	*0590 Manejo eliminación urinaria (cuidados) *1450 Manejo de las náuseas *1570 Manejo del vómito *0025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido

3.2. Eliminación intestinal		
NANDA	NOC	NIC
00000 Deterioro de la eliminación intestinal 00011 Estreñimiento 00013 Diarrea 00014 Incontinencia fecal	0501 Eliminación intestinal 0500 Continencia intestinal	*0430 Manejo intestinal. Cuidados

3.3. Eliminación gastroduodenal		
NANDA	NOC	NIC
00134 Náuseas	1618 Control de náuseas y vómitos	*1450 Manejo de las náuseas* *1570 Manejo del vómito* *0025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido

3.4. Drenaje		
NANDA	NOC	NIC
*00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido	1902 Control del riesgo	*1870 Cuidado de drenaje

3.5. Disfunción sudoración		
NANDA	NOC	NIC
*00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido	*1902 Control del riesgo	*2080 Manejo de los líquidos/electrolitos

**4. Movilidad**

NANDA	NOC	NIC
00085 Deterioro de la movilidad física	0200 Deambular 0210 Realización de transferencias	4310 Terapia de actividad 0840 Cambio de posición 0940 Cuidados de tracción-inmovilización 1806 Ayuda con los autocuidados transferencias

**5. Reposo-sueño**

NANDA	NOC	NIC
00095 Deterioro del patrón del sueño	0003 Descanso	1850 Mejorar el sueño

**6. Vestido**

NANDA	NOC	NIC
00109 Déficit de autocuidados Vestido-acicalamiento	0302 Autocuidado. Vestir	1802 Ayuda autocuidados: vestir arreglo personal

**7. Temperatura**

NANDA	NOC	NIC
00008 Termorregulación ineficaz 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	0800 Termorregulación	3900 Regulación de la temperatura 6482 Manejo ambiental. Confort

**8. Higiene-piel**

NANDA	NOC	NIC
00108 Déficit de autocuidados: Baño/higiene	1101 Integridad tisular: piel membranas y mucosas	0740 Cuidado del paciente encamado
00110 Déficit de autocuidados: Uso WC		1804 Ayuda autocuidados: aseo (WC) 1801 Ayuda autocuidados: baño/higiene

**10. Comunicación-relaciones sociales**

NANDA	NOC	NIC
00051 Deterioro de la comunicación verbal	0902 Comunicación	4920 Escucha activa
00060 Interrupción de los procesos familiares		4976 Fomento de la comunicación. Déficit del habla
00062 Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador		5340 Presencia
00054 Riesgo de soledad		7110 Fomentar la implicación familiar
		7040 Apoyo al cuidador principal
	7370 Planificación del alta	

**11. Religión. Creencias**

NANDA	NOC	NIC
00083 conflicto de decisiones rc/valores creencias	2001 Salud espiritual	5250 Apoyo en la toma de decisiones
00067 Riesgo de sufrimiento espiritual		

**12. Trabajar. Realizarse**

NANDA	NOC	NIC
00055 Desempeño inefectivo del rol	1501 Ejecución del rol	5370 Potenciación del rol

**13. Actividades lúdicas**

NANDA	NOC	NIC
00097 Déficit de actividades recreativas	1604 Participación en actividades de ocio	Desarrollar programas ocio

**14. Aprender**

NANDA	NOC	NIC
*00126 Conocimientos deficientes	*3312 Satisfacción del paciente/ usuario: enseñanza	*5612 Enseñanza actividad/ejercicio prescrito
*00010 Retraso en la recuperación post-quirúrgica	*1824 Conocimientos : cuidados enfermería (de su proceso)	*5240 Asesoramiento
*00078 Manejo inefectivo régimen terapéutico	*3003 Satisfacción del paciente/ usuario: continuidad de cuidados	*5310 Educación sanitaria (EpS)
	*1813 Conocimiento: régimen terapéutico	

**BIBLIOGRAFÍA**

1. McCloskey Dochterman J, Bulechrk GM. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª edición. Madrid: Editorial Elsevier-Mosby; 2005.
2. NANDA. Diagnósticos de Enfermería: definiciones y clasificación. 2003- 2004. Madrid: Editorial Elsevier-Mosby; 2005
3. Proyecto de Resultados Iowa. Clasificación de Resultados (NOC). 3ª edición. Madrid: Editorial Elsevier-Mosby; 2005.
4. Vázquez Chozas JM, Muñoz González A. El proceso de atención de Enfermería. Teoría y práctica. Sevilla: Editorial MAD; 2007.

**WEBGRAFÍA**

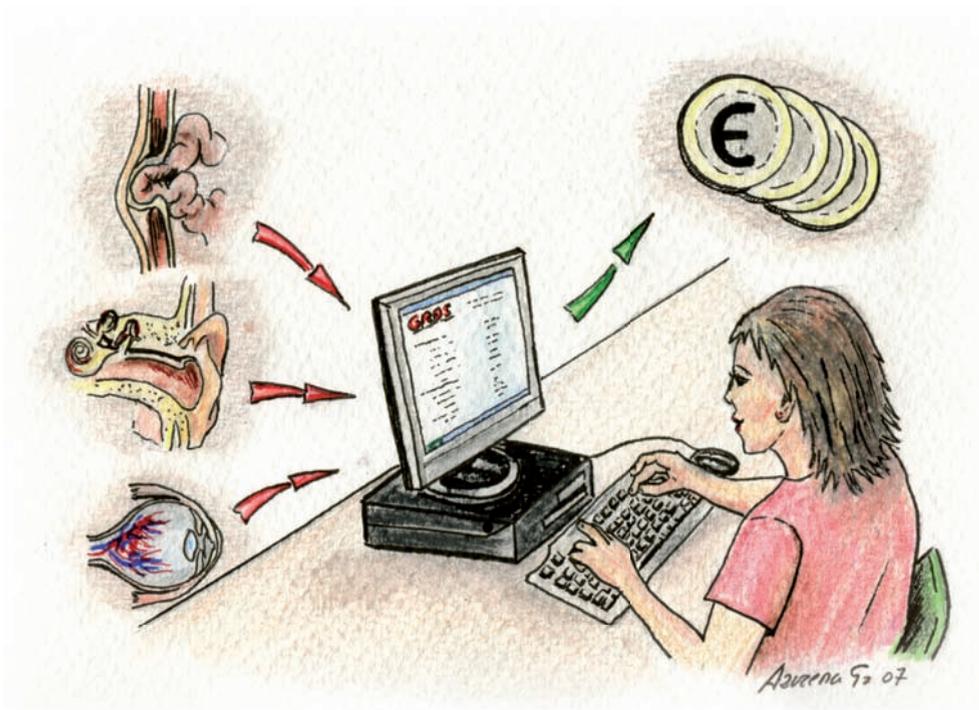
1. <http://www.aentde.com/>
2. <http://www.enfermeria-actual.com/>
3. <http://www.taxonomaenfermera.com/index.html>



# 7

## *Adentrándonos en la Codificación Clínica*

---





**Ángeles Lara Villar**

*Auxiliar Administrativa de Codificación. Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo.*

### FORMACIÓN ACADÉMICA

- 1976: Oposición de Auxiliar Administrativa del INSALUD
- 1974: Bachillerato Superior

### EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Desde 1996 hasta la actualidad: Servicio de Admisión y Documentación Clínica, fecha desde la que lleva codificando y colaborando con Archivo de Historias Clínicas y documentación clínica
- Desde 1976: Auxiliar Administrativa en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo. Desarrollando su actividad por distintos Servicios del Hospital como Suministros, Microbiología, Neurología y Urología

### ASISTENCIA A CURSOS

- 2007: Curso sobre GRD. "Medición del producto hospitalario", organizado por el Servicio de Salud de Castilla la Mancha, en Toledo el 27 y 28 de marzo. Impartido por D. Luis Ruiz de la Prada, Responsable del HIS en 3M en España y D. Agustín Albarracín, Dirección General de Planificación Sanitaria, Innovación tecnológicas y Sistemas de Información. Comunidad de Madrid
- 2003-2006: Taller de formación continuada en codificación clínica con la CIE-9-MC, en Talavera de la Reina. Impartido por el Instituto de Ciencias de la Salud. Conserjería de Sanidad de Castilla la Mancha
- 2000: Taller de formación continuada en codificación clínica con la CIE-9-MC, durante el 6 y 7 de noviembre en Madrid. Impartido por la Subdirección de Planificación e Información Sanitaria. INSALUD. Coordinado por D<sup>a</sup>. Julia Rubio Flores
- 2000: Curso de GRD. "Los grupos relacionados por el diagnóstico como herramienta de gestión clínica", el 17 de febrero. Impartido por D. A. Albarracín Serra. Subdirección General de Organización y Planificación Sanitaria, INSALUD
- 1999: Curso de Codificación Avanzada (1<sup>a</sup> edición), del 5 al 6 de octubre en Madrid. Impartido por la Subdirección de Planificación e Información Sanitaria. INSALUD. Coordinado por D<sup>a</sup>. Julia Rubio Flores
- 1998: Curso de Iniciación a la Codificación Diagnóstica con la CIE-9-MC, del 13 al 22 de abril en Madrid. Impartido por la Subdirección de Planificación e Información Sanitaria. INSALUD. Coordinado por D<sup>a</sup>. Julia Rubio Flores

# *Adentrándonos en la Codificación Clínica*

No hablaríamos de Codificación Clínica si no tuviera una utilidad dentro del Sistema Nacional de Información de Salud; esta información clínica junto con la administrativa, es recogida, analizada y se puede utilizar con fines de gestión, financiación hospitalaria o para estudios clínicos y de calidad asistencial.

La información sobre la salud pasa por las siguientes fases:

1. Fase de recopilación de datos.
  - 1.1. Recopilación de datos administrativos.
  - 1.2. Recopilación de datos clínicos (codificación).
    - 1.2.1. Herramienta utilizada para la codificación (CIE-9-MC).
2. Fase de validación de los datos clínicos y administrativos.
3. Fase de agrupación y/o relación de los diagnósticos, formando los GRD (grupos relacionados por el diagnóstico)

Así se podría introducir la Codificación preguntando «¿Qué es?, ¿Cómo funciona dentro del sistema de información? ¿Qué utilidad tiene o para qué sirve?»

## **1. FASE DE RECOPIACIÓN DE DATOS**

Como en todo sistema de información, el de la salud comienza creando una base de datos, administrativos y clínicos para poderse estudiar y llegar al objetivo final, el análisis y la estadística. No todas las Autonomías recogen el mismo número de datos, pero el Ministerio de Sanidad y Consumo obliga a tener 14 datos o ítems comunes en todas ellas.

### **1.1. Recopilación de datos administrativos**

Comienza la fase de recogida de datos en el Servicio de Admisión de Pacientes, para formar el conjunto mínimo básicos de datos (CMBD) recogiendo los datos o ítems administrativos:

- 1.1.1. Código del centro hospitalario.
- 1.1.2. Unidad o Servicio responsable.
- 1.1.3. Número de Historia Clínica.
- 1.1.4. Código identificación persona.l
- 1.1.5. Fecha de nacimiento.
- 1.1.6. Sexo.
- 1.1.7. Domicilio habitual.
- 1.1.8. Código del episodio.
- 1.1.9. Tipo de asistencia.
- 1.1.10. Circunstancias de asistencia.
- 1.1.11. Financiación.
- 1.1.12. Fecha de ingreso.
- 1.1.13. Fecha de intervención.
- 1.1.14. Fecha de alta hospitalaria.
- 1.1.15. Circunstancias al alta.
- 1.1.16. Código centro traslado.

## 1.2. Recopilación de datos clínicos (Codificación)

Al final del proceso hospitalario, documentándonos en los informes médicos y en otros registros de la historia clínica, se seleccionará la información más relevante del episodio clínico, comenzando el proceso de codificación. Por lo que retomamos las preguntas que se hacen en la introducción sobre *qué es genéricamente la Codificación de diagnósticos y procedimientos médicos*: convertir un lenguaje natural utilizado en la práctica clínica a un lenguaje normalizado, seleccionando o indizando la información más relevante del episodio clínico.

El CMBD de Castilla la Mancha está compuesto por los 16 datos administrativos, ya apuntados anteriormente, más los datos clínicos: a) un diagnóstico principal; b) hasta trece diagnósticos secundarios; c) procedimientos quirúrgicos u obstétricos; d) otros procedimientos; e) médicos responsables; y c) códigos *M* (códigos empleados para identificar la morfología de las neoplasias).

*¿Para que nos sirve?* Convertidos los diagnósticos y procedimientos en códigos numéricos y alfanuméricos, muchos sistemas informáticos como hojas o bases de datos (Excel, Access...) pueden agrupar o asociar las enfermedades por sus complicaciones, para posteriormente explotar la información, ya sea con fines de gestión, de estudios clínicos o docentes.

### 1.2.1. Herramienta utilizada en la codificación (CIE-9-MC)

La Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica 9ª revisión 2006 (CIE-9-MC) va a clasificar las enfermedades por categorías y subcategorías,

relacionándolas entre sí en capítulos, convirtiendo los diagnósticos del lenguaje natural y datos clínicos en códigos numéricos y alfanuméricos. Estos códigos CIE-9-MC los divide:

- *Para los diagnósticos:*
  - Códigos numéricos para las enfermedades (desde el 001 hasta 999.9) con un máximo de 5 dígitos numéricos.
  - Códigos alfanuméricos para:
    - Factores que influyen en el estado de salud y contactos con los servicios sanitarios, estos son llamados *códigos V* (Cód. V01-V84).
    - Causas externas de lesiones e intoxicaciones, llamados *códigos E* (Cód. E800-E999).
    - Morfología de las neoplasias, llamados *códigos M*.
- *Para los procedimientos:* todos los códigos son numéricos, diferenciándose de los diagnósticos en el número de dígitos, que tienen un máximo de 4 dígitos (desde 00.01 hasta 99.99).

## **2. FASE DE VALIDACIÓN DE LOS DATOS CLÍNICOS Y ADMINISTRATIVOS**

En esta fase van a ser preparados y validados todos los datos, tanto los administrativos como los clínicos, detectándose todos los posibles fallos, como datos o ítems no cumplimentados, códigos duplicados o erróneos; formándose así el CMBD –datos administrativos y clínicos– ya depurado.

## **3. FASE DE AGRUPACIÓN Y RELACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS, FORMANDO LOS GRD (GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO)**

Partiendo de los datos recogidos en el CMBD, un sistema de clasificación va a agrupar a los pacientes, influyendo en el algoritmo del agrupador, el diagnóstico principal, procedimiento principal, sexo, edad y las complicaciones, etc.

*En el caso de Cirugía Ambulatoria, la variable inicial de clasificación es el procedimiento principal, siendo el sistema de clasificación el Internacional Refined GRD (IR-GRD).*

A cada grupo, en función del consumo de recursos, se le va a atribuir un valor, llamado *peso* y a dichos pesos relativos se les imputará un coste económico.

El GRD junto con el peso, nos va a proporcionar información clínica de cada paciente, con un consumo de recursos y un coste relativo.

Grupos y medidas que serán utilizados en contabilidad analítica para obtener la unidad de complejidad hospitalaria (UCH). Unidad de medida de la actividad de hospitalización, que permite medir y ponderar en términos relativos la complejidad de la patología en pacientes hospitalizados.

#### **4. ¿PARA QUÉ NOS SIRVE LA CODIFICACIÓN Y LA RECOPIACIÓN DE DATOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD?**

El fin con el que se gestó el CMBD es económico y de análisis estadístico, que en un engranaje mucho más complejo en contabilidad analítica, añadiéndole los costes de personal, suministros, etc., ajusta a los diagnósticos el consumo de recursos y es donde se pueden observar los resultados o producción de un centro sanitario. Pero su utilidad es mucho más extensa, desde estudios clínicos hasta control de calidad.

Con los CMBD y los GRD se pueden hacer comparaciones entre hospitales y controlar la eficacia y/o la calidad entre ellos.

Es la medida de intercambio utilizada en el Fondo de Cohesión entre Autonomías y requisito imprescindible para el abono de la actividad concertada por prestaciones de servicios a la Seguridad Social con las compañías aseguradoras, mutuas...

Nos permite monitorizar los problemas de salud de la población, predecir las necesidades de esta y definir los presupuestos de los centros.

También hay una utilidad interna del hospital, donde se puede comparar la eficacia entre servicios, estudiar el coste por proceso y coste del paciente.

Se puede hacer estudios para control de calidad, como mortalidad, infecciones nosocomiales e indicadores susceptibles de los tratamientos ambulatorios, etc.

Y nos puede proporcionar información clínica y epidemiológica.

#### **5. BREVE SÍNTESIS DE CODIFICACIÓN EN LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE CMA**

Se ha intentado realizar unos cuadros con una visión completa de la codificación, pero ante la limitación del espacio, al no ser una guía específica de codificación, hemos preferido que quedaran reflejados todos los procedimientos de las distintas especialidades que se intervienen en las UCMA.

1	ESPECIALIDAD	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA/PLÁSTICA-REPARADORA	
DIAGNOSTICOS			<i>Procedimientos</i>
<b>Tumor</b>	Tumor sin especificar	QUISTE de piel	Escisión de lesión en piel
CARA	239.2	706.2	86.3
BRAZO	239.2	706.2	86.3
PÁRPADO	239.2	374.84	08.22
NARIZ	239.2	706.2	21.32
<b>TUMORES BASOCELULARES:</b> asociar el código M, de Neoplasia de piel Con comportamiento incierto M8090/1			
<b>TUMOR:</b> Neoplasia, por sitio, de naturaleza no especificada. M8000/1			

2	ESPECIALIDAD	TERAPIA DEL DOLOR	
Diagnósticos	<i>Procedimientos</i>		
Dorsalgias 724.5	<b>ELECTRODOS</b>		<i>Médula espinal</i>
Dolor en raíz espinal: 729.2	<i>Colocación o sustitución</i>		<i>Nervios Periféricos</i>
	<i>Codificar también neuro-estimulador</i>		
	<i>Extracción</i>		
	RIZOTOMÍA ESPINAL	Denervación pecutánea Faceta	RIZOLISIS N. PERIFÉRICOS
	03.1	03.96	04.2
	BLOQUEOS	GANGLIO estrellado	05.31

3	ESPECIALIDAD	CIRUGÍA GENERAL			
Diagnósticos			Procedimientos		
<b>HERNIAS ABDOMINALES</b>	Con gangrena	Con obstrucc.	Sin Gangrena Ni obstrucción	HERNIOPLASTIA	
				NEOM	Con prótesis o injerto
Umbilical	551.1	552.1	553.1	53.49	53.41
Epigástrica	551.29	552.29	553.29	53.59	53.69
Inguinal (neom)	550.0x	550.1x	550.9x	53.00	53.05
<b>COLELITIASIS</b>	Sin obstruc.	Con obstru.	<b>COLECISTECTOMÍA</b>		
NEOM	574.20	574.21		PARCIAL	TOTAL
Con colecistitis aguda	574.00	574.01	Colecistectomía	51.21	51.22
Otra colecistitis	574.10	574.11	C. laparoscopia	51.24	51.23
<b>HEMORROIDES</b>	INTERNAS	EXTERNAS	NO ESPECIFICADAS	HEMORROIDECTOMÍA	
Sin complicaciones	<b>455.0</b>	<b>455.3</b>	455.6	<b>49.46</b>	
<b>FÍSTULAS</b>	Infecciosa Recurrente	Absceso y/o celulitis	Congénitas	<i>Fistulectomía</i>	
Anal	565.1	566	751.5	49.12	
Rectal	565.1	566		48.73	
<b>FISURAS</b>	No traumát.	Traumática, no abierto abd.	Traumática abierto abdomen	Congénita	Sutura de desgarro
Ano y posanal	565.0	863.89	863.99	751.5	49.71
Recto	565.0	863.45	863.55		48.71
<b>SINUS PILONIDALES</b>	Recto	Infectado	Con absceso	<i>Procedimientos</i>	
	685.1	685.1	685.0	<i>Incisión de quiste: 86.03</i>	
Maligno	173.5 (M9084/3)			<i>Extirpación: 86.21</i>	

Continúa en la pág. siguiente.

Diagnósticos: NEOPLASIAS				DISPLASIAS BENIGNA	
<b>MAMAS</b>	Mama femenina	Mama Masculina	Piel de mama Piel, sitio de mastectomía	Quiste solitario	610.0
				Bulto en pecho	786.6
				Bulto en mama	611.72
Primaria	174.X	175.X	173.5	Mama quística fibroquística	610.1
Secundaria	198.81	198.81	198.2	Fibroadenosis	610.2
<i>In situ</i>	233.0	233.0	232.5	Fibrosclerosis	610.3
Benigna	217	217	216.5	Ectasia de conducto-mastitis	610.4
Evolución incierta	238.3	238.3	238.2	Quiste sebáceo otras displasias	610.8
Sin especificar	239.3	239.3	239.2	Displasia benigna no especificado	610.9
Parte no especificada	174.9	175.9		Trastornos no especificados	611.9
Procedimientos	Escisión de pezón: 85.25		mama: 85.41	Piel-masa de grasa: 85.21	

TRASTORNOS DE LA GLÁNDULA TIROIDEA	TIROIDECTOMÍA			
		PARCIAL	TOTAL	Extirpación o Neom
NCOC	06.39	06.4	06.31	
RETROESTERNAL	06.51	06.52	06.50	
LOBECTOMÍA UNILATERAL	06.2			
Tiroides lingual				06.6
240.X/246.X	Conducto tirogloso			06.7

4	ESPECIALIDAD	CIRUGÍA GINECOLÓGICA		
	Diagnósticos	<i>Procedimientos</i>		
		HISTEROSCOPIA		
TRASTORNOS DEL TRACTO GENITAL FEMENINO	NEOM	CON BIOPSIA	ENDOMETRIAL	
	68.12	68.16	68.23	
	LEGRADOS:	ÚTERO dilatación	ASPIRAC. DIAGNÓSTICA	
617-629		69.09	69.59	
ESTERILIZACIÓN FEMENINA (estado)	LIGADURA DE TROMPAS (BILATERAL)			
		Aplastamiento	División	Otra
V26.51	Endoscopia	66.31	66.32	66.39
		66.21	66.22	66.29

5	ESPECIALIDAD	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA		
	Diagnósticos	<i>Procedimientos</i>		
CATARATA NEOM	366.xx	Extracción por Aspiración		13.3
INFANTIL NEOM Juvenil/presenil	366.00	Fragmentación aspiración		13.42
SENIL NEOM	366.10	Facoemulsión aspiración		13.41
TRAUMÁTICA NEOM	366.20	Otra lineal		13.59
DACRIOCISTITIS NEOM	375.30	<i>Escisión</i>		09.6
Aguda	375.32	<i>Reparación</i>		09.7x
Crónica	375.42	<i>Fistulización</i>		09.8x
TRASTORNOS DEL CUERPO VÍTREO	VITRECTOMÍA Vía anterior		14.73	
	Mecánica ,Vía posterior		14.74	
379.2X	Con hebilla escleral		14.49	

Continúa en la pág. siguiente.

ESTRABISMO		<i>Operaciones que modifican la acción muscular</i>	DEBILITAN	REFUERZAN
NEOM	378.9	Operaciones	15.11	15.13
<b>CONCOMITANTE</b>		Alargamiento	15.21	
Convergente	378.0X	Acortamiento		15.22
Divergente	378.1X	Avance		15.12
<b>VERTICAL</b>		Transposición		15.5
Hipotropía 378.32	Hipertropía 378.31	Reparación de lesión músculo extraocular		15.7

6	ESPECIALIDAD	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLÓGICA Y MAXILOFACIAL				
	Diagnósticos	Aguda	Crónica	Hipertrofia	Procedimientos	
	Amigdalitis	463	474.00	474.11	Amigdalectomía	28.2
	Adenoiditis	463	474.01	474.12	Adenoidectomía	28.6
	Amígdalas + Adenoid.	463	474.02	474.10	Amígdalas + Adenos	28.3
	<b>OTITIS NEOM</b>	AGUDA		CRÓNICA	Escisión o resección	
	Externa	380.10		380.23	18.29	
	Media	382.9		382.9	20.51	
	Interna	386.30			20.79	
	<b>PÓLIPOS</b>			Adenomatosos	POLIPECTOMÍA	
	Cuerdas vocales o laringe	478.4		212.1	30.09	
	Nasales	471.9		212.0	21.31	
	<b>DESVIACIÓN SEPTAL</b>	Adquirido		Congénito	RINOPLASTIA 21.84	
	Tabique nasal desviado	470		754.0	SEPTOPLASTIA 21.5/21.88	
	Perforación tabique nasal	478.1		748.1		

7	ESPECIALIDAD		CIRUGÍA PEDIÁTRICA		
Diagnósticos	NEOM	Congénita	Por infección	Chancroidea	Procedimientos
FIMOSIS	605	605	605	099.0	Circuncisión
Circuncisión con fines religiosos: V15.89					64.0

8	ESPECIALIDAD		CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA			
Diagnósticos			<i>Procedimientos</i>			
HALLUX	adquirido	congénito	<i>BUNIONECTOMÍA</i>			
Varum	735.1	755.66	<i>Con corrección de tejido blando y artrodesis</i>		77.52	
Valgus	735.0	755.66	<i>Otra con corrección de tejido blando</i>		77.53	
JUANETE	727.1		<i>Escisión de juanete</i>		77.59	
TRAS-TORNOS ARTICULACIÓN	Luxación	Crónico/ antiguo	Desgarro	Esquince ruptura	ARTROSCOPIAS	
Hombro	831.x	718.01	840.x	840.x	Hombro	80.21
Rodilla	836.x	717.X	844.x	844.x	Rodilla	80.26
Tobillo	837.x	718.07	845.0x	845.0x	Tobillo	80.27
SÍNDROME TÚNEL CARPIANO		354.0	NEUROLISIS NERVIO MEDIANO		04.43	
SÍNDROME TÚNEL TARSIANO		355.5	NERVIO MEDIANO		04.44	
CONTRACTURA DE DUPUYTREN		728.6	<i>Liberación de contractura de Dupuytren</i>		82.35	

9	ESPECIALIDAD			CIRUGÍA UROLÓGICA		
Diagnósticos				<i>Procedimientos</i>		
CRIPTORQUIDIA		752.51		ORQUIDOPEXIA		
Testículos retráctiles		752.52		62.5		
QUISTE DE CORDÓN		608.89		Escisión de lesión	63.3	
HIDROCELE					HIDROCELECTOMÍA	
NEOM	Enquistado	Infectado	Especificado	Congénito		
603.9	603.0	603.1	603.8	778.6	63.1	
VARICOCELE		456.4		VARICOCELECTOMÍA		63.1
CARÚNCULA URETRAL		599.3		Escisión uretral	58.39	Endoscopia 58.31
ESTADO DE VASECTOMÍA			VASECTOMÍA			63.73
V26.52			ESTERILIZACIÓN MASCULINA			63.70

10	ESPECIALIDAD			CIRUGÍA VASCULAR			
VARICES	NEOM	Con úlcera	Inflamación	Úlcera + inflama.	Congénitas	LIGADURAS/ O EXTIRPAR	
MMII	454.9	454.0	454.1	454.2	747.64	MMII: 38.59	
MMSS	456.8				747.63	MMSS: 38.53	

Continúa en la pág. siguiente.

FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS (Creada quirúrgicamente para diálisis)					
Creación Quirúrgica Fístula arterio-venosa para diálisis. Estado de diálisis renal	V56.1 V56.2 V45.1		Formación	Revisión, reparación sustitución	Extracción
Complicaciones	996,X 996.1 996.62	Fístula (periférica) para diálisis renal	39.27	39.42	39.43
Adquirida	447.0	Otra derivación V.	39.29	39.49	
ARTERIA Rotura, úlcera	447.2	Cánula de vaso a vaso	Inserción 39.93	39.94	
HIPERHIDROSIS FOCAL	Primaria	Secundaria	SIMPATECTOMÍA		05.29
	705.21	705.22	ASISTIDO RADIOSCOPIA		00.33

*NCOC: No clasificable para otro concepto;  
NEOM: No determinado; X: sinónimo de dígito numérico.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boletines de Codificación Clínica de la CIE-9-MC editados por el Ministerio de Sanidad y Consumo hasta el 2007.
2. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión
3. Manual de Usuario. Normativa de Codificación con la CIE-9MC. 4ª edición. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.
4. Modificación Clínica. CIE.9.MC. 5ª edición. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

# Codificación y Enfermería





**Águeda García San Segundo**

*Diplomada en Enfermería y Licenciada en Ciencias de la Información.*

*Desde 2001 en el Servicio de Documentación Clínica y Archivos.*

*Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila*



**Fernando Cócera Godoy**

*Diplomado en Enfermería*

*Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila*

## *7.1. Hacer visible el producto enfermero*

Las enfermeras trabajamos con planes de cuidados, en los que identificamos diagnósticos enfermeros, basados en el juicio clínico enfermero, criterios de resultados a conseguir por el paciente, e intervenciones de Enfermería para ayudarle a conseguir los objetivos.

Trabajamos con un sistema informatizado que favorece la recogida de datos y su almacenamiento.

Disponemos, por tanto, de información fundamental sobre el proceso del enfermo, los cuidados que se le realizan durante su proceso, pero no podemos identificar ni medir los resultados conseguidos con los pacientes que han sido influenciados por los cuidados enfermeros, debido a que el sistema empleado de recogida de datos, la CIE-9-MC, no permite codificar esa parte del proceso del enfermo.

Por consiguiente, en este momento, solamente se quedan reflejadas en la codificación, las actividades delegadas que realizan los enfermeros.

Para poder recoger la información codificada en una base de datos, necesitamos documentar los cuidados con una metodología científica y un lenguaje común que nos permita realizar este proceso.

Actualmente, existen en el contexto internacional sistemas de clasificación que nos permiten y nos facilitan este método de trabajo, como son la clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA, la clasificación de criterios de resultados (NOC) y la clasificación de intervenciones (NIC).

Pero hemos de adaptar estas clasificaciones a nuestro contexto social, para ello los profesionales han de implicarse definiendo la actuación que realiza en cada uno de sus ámbitos de trabajo.

En este contexto surgió el Proyecto de Normalización de la Práctica Enfermera (NIPE), desarrollado en el marco de un convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, el INSALUD y el Consejo General de Enfermería. Este proyecto se enmarca en el análisis y desarrollo de los grupos de diagnósticos relacionados (GDR) del Sistema Nacional de Salud.

Dos ejes definen al proyecto NIPE:

1. Establecer un lenguaje común para la práctica de la Enfermería, mediante la elaboración de normas.
2. Demostrar la aportación de las enfermeras al sistema sanitario, que justifique los costes que ello genera para su control.

Como proyecto de normalización en el campo de la gestión, su desarrollo está directamente vinculado a la identificación y definición de los indicadores de calidad de la prestación de atención de Enfermería, a la cualificación y medición de los costes inherentes al sistema de agrupación de pacientes.

Los sistemas de clasificación que se han adoptado en el proyecto NIPE han sido la Clasificación Internacional de Enfermería CIPE, desarrollada por el Consejo Internacional de Enfermería, con objeto de instaurar un lenguaje común de la práctica enfermera a nivel internacional.

Los diagnósticos enfermeros identificados en las normas NIPE están nombrados y clasificados según taxonomía NANDA, las intervenciones relacionadas están nombradas y clasificadas según la taxonomía NIC y los criterios de resultados siguiendo la clasificación NOC.

El proyecto NIPE toma como punto de partida los GDR, que ya están identificados en el Sistema Sanitario. A partir de cada GDR se definen las intervenciones enfermeras que se realizarán a un paciente tipo.

Este producto identifica el aporte enfermero a la atención global del paciente, completando el producto hospitalario.

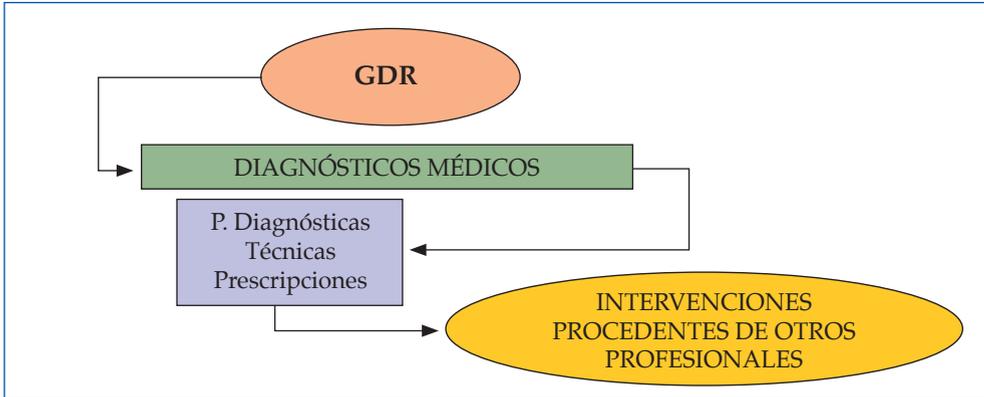
Por tanto a partir de un GDR se tendría el siguiente esquema:

GDR: \*Diagnósticos médicos \*Diagnóstico enfermero

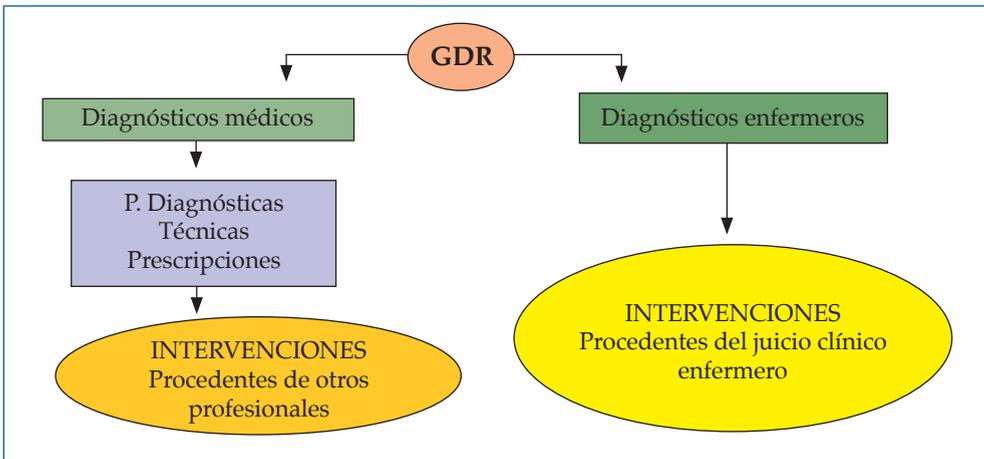
Junto con el proyecto NIPE se encuentra el Proyecto NUBINE, núcleo básico de información para Enfermería, cuyo fin es precisamente la determinación del conjunto mínimo básico de datos de enfermería (CMBDE), que define el sistema de agrupación de pacientes en base a los cuidados enfermeros, estableciendo los diagnósticos las intervenciones y los criterios de resultados para un paciente en un determinado grupo. El proyecto NUBINE recogería la codificación establecida en las clasificaciones NANDA, NIC y NOC.

*Si conseguimos que la codificación sobre la aportación enfermera sea una realidad, su repercusión la podríamos plantear desde los siguientes ámbitos:*

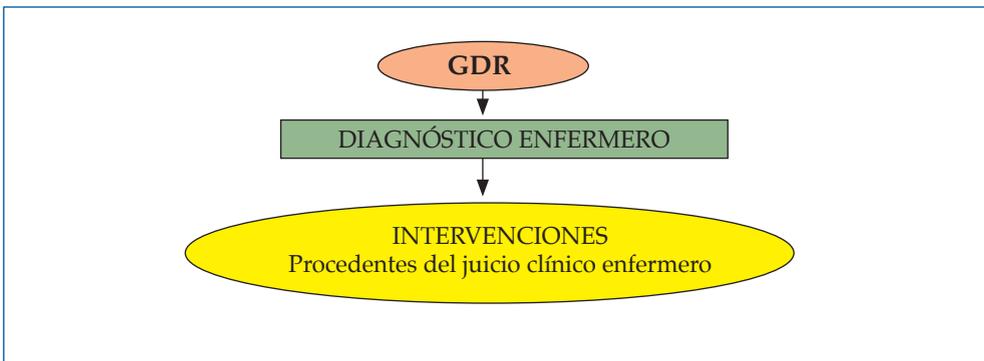
- *Controlar la calidad de los cuidados.* Hoy en día nadie cuestiona que la información es el eje para cualquier proceso de mejora de la calidad. Si esta información está codificada en una base de datos, las enfermeras podremos realizar estudios que nos permitan evaluar, controlar y mejorar los cuidados que prestamos.
- *Gestionar con eficacia.* La necesidad de información sobre los resultados de los pacientes que dependen de los cuidados enfermeros ha aumentado a medida que las organizaciones se estructuran para demostrar su eficacia. La información permitirá tanto a los profesionales como a los responsables de la gestión del sistema sanitario, tomar decisiones para adecuar los recursos a las cargas de trabajo.
- *Realizar investigación y docencia.* Para que las enfermeras puedan investigar sobre su actividad principal, los cuidados, es necesario que exista una base de datos, como fuente de información en la que basar sus estudios y progresar en su base de conocimientos.
- *Formación en la Universidad.* Por otra parte, se necesita formar en las escuelas a nuestros profesionales, con un enfoque de cuidados enfermeros basado en un conocimiento científico, obtenido de investigaciones sobre datos fiables y validados.
- *Base legal.* Desde la responsabilidad legal, quedaría mejor reflejada nuestra actuación.



Codificación CIE-9. MC.



Codificación del proceso completo del paciente.



Proyecto NIPE.

## CASO PRÁCTICO

### *Codificación con la CIE.9.MC*

#### **GDR: 160**

- Diagnóstico de ingreso: 550.90. Hernia inguinal unilateral
- Diagnóstico principal: 550.90. Hernia inguinal unilateral
- Diagnósticos secundarios: 305.1 Fumador
- Procedimientos: herniorrafia. 53.00

#### **CODIFICACIÓN PENDIENTE DE REALIZAR**

##### **Plan de cuidados realizados al paciente**

##### *Diagnósticos enfermeros*

- 00146. Ansiedad
- 00126. Conocimientos deficientes: proceso quirúrgico
- 00004. Riesgo de infección
- 00102. Déficit autocuidado: alimentación
- 00108. Déficit de autocuidado: baño/higiene
- 00110. Déficit de autocuidados: uso de WC
- 00109. Déficit de autocuidados: vestido/acicalamiento

##### *Intervenciones comunes a todos los planes de cuidados*

- 7310. Cuidados del enfermo al ingreso
- 7920. Documentación
- 8060. Transcripción de órdenes
- 8140. Información de turnos
- 7370. Planificación del alta
- 7460. Protección de los derechos del paciente
- 6680. Vigilancia periódica de signos vitales

##### *Intervenciones específicas*

- 5610. Enseñanza prequirúrgica
- 2930. Preparación quirúrgica
- 2920. Precauciones quirúrgicas

3902. Regulación de la temperatura: intraoperatoria  
2870. Cuidados postanestesia  
3440. Cuidados del sitio de incisión  
4010. Precauciones con la hemorragia  
2210. Administración de analgésicos  
1803. Ayuda al autocuidado: alimentación  
1804. Ayuda con autocuidados del aseo  
4200. Terapia intravenosa  
5270. Apoyo emocional  
6550. Protección contra la infección  
6650. Vigilancia  
5340. Presencia  
1870. Cuidados del catéter  
7140. Apoyo a la familia  
8180. Consulta por teléfono

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. CIE-9-MC. Clasificación internacional de enfermedades. 9ª revisión. Modificación clínica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2001.
2. Johnson M, Maas M, Moorhead S (editores). Clasificación de Resultados de enfermería (CRE). Madrid: Harcourt; 2002.
3. McCloskey JC, Bulechek GM (editores). Clasificación internacional de enfermería (CIE). Proyecto de Intervenciones de IOWA. 2ª edición. Madrid: Síntesis; 1996.
4. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y clasificación. 1999-2000. Madrid: Harcourt; 2000.
5. Rivero Cuadrado A, et al. Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
6. Rivero Cuadrado A, et al. Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
7. Sistemas de Información del Complejo Hospitalario de Ávila; 2003.



**Anna Sánchez Zambrano**

*Enfermera. Técnica de Codificación.  
Consorci Hospitalari de Vic. Barcelona.*

## **7. 2. CODIFICACIÓN CLÍNICA (VIC)**

Hace poco más de 20 años, el aumento del gasto sanitario en los países desarrollados hizo que los gestores sanitarios plantearan la hipótesis de mejorar la eficiencia y la eficacia de los sistemas de salud. Para ello determinaron la necesidad de disponer de datos fiables sobre los usuarios atendidos en las instituciones sanitarias. Para obtenerlos utilizaron como instrumento la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC), cuyos orígenes datan del siglo XVII, cuando Grant realizó el primer estudio estadístico de enfermedades, usando como fuente de información los certificados de muerte de Londres. La primera clasificación internacional se publicó a finales del siglo XIX, como “Lista internacional de causas de defunción”, por el Instituto Internacional de Estadística en Viena. Esta iniciativa recibió el apoyo de la Sociedad de Naciones, y en 1946, en su 6ª Revisión, pasó a ser responsabilidad de la Organización Mundial de la Salud. A partir de aquí y durante el 1956, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Americana de Récords Médicos hicieron un estudio para determinar la viabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) como registro de las enfermedades en los centros hospitalarios. El estudio reflejó que podría ser válida siempre y cuando se adaptara con propósitos clínicos.

En 1977 se formó un Comité Directivo en el que estaban representadas diferentes organizaciones americanas interesadas en el desarrollo de esta clasificación clínica y nació la ICD-9-Modificación Clínica (MC). El término *clínico* se utiliza para remarcar el propósito de la modificación: el de servir tanto como herramienta útil en el campo de la clasificación de los datos de morbilidad, para la indización de las historias clínicas, las revisiones de los cuidados médicos y los programas de asistencia ambulatoria y otros cuidados médicos, así como las estadísticas básicas de salud.

En 1987, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó como Sistema de Codificación la ICD-9-CM.

En el año 1989, el Ministerio de Sanidad y Consumo, editó la versión en castellano de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª. Revisión, Modificación Clínica (ICD-9-CM) como CIE-9-MC con el objetivo de que fuera un estándar de informa-

ción sanitaria básica que normalizara el sistema de información sanitaria, y dotara las bases de datos médico-administrativas de contenido clínico preciso, normalizado y comunicable. Las clasificaciones que esta contiene permiten representar las enfermedades, las lesiones, los problemas de salud, las causas externas, la morfología de neoplasias y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Su aplicación es importante y efectiva para llevar a cabo actividades de análisis de demanda y actividad, garantía de la calidad, eficiencia, investigación, innovación, gestión de costes, planificación, epidemiología y gestión clínica.

Su papel como determinante en la financiación de servicios sanitarios públicos y privados es cada vez más decisivo como consecuencia de la implantación de sistemas de agrupación de pacientes como los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) en los que los códigos de la CIE-9-MC son la principal materia prima.

En la actualidad es la clasificación que utiliza el sistema sanitario español, para todas las actividades ya citadas anteriormente y permite la comparación entre los diferentes centros sanitarios de todo el estado.

Esta metodología requiere un aprendizaje en metodología común de codificación, puesto que aparte de conocer la metodología que utiliza la CIE-9-MC, se necesita conocer también la normativa estatal de codificación de las variables clínicas del conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria (CMBDAH) del Ministerio de Sanidad y Consumo, que además dependiendo de la comunidad autónoma sufre alguna modificación. Para ser lo más exhaustivos y precisos en la codificación clínica también se requiere conocimientos de fisiología, patología del cuerpo humano, de los procedimientos diagnósticos, quirúrgicos, etc.

Habitualmente, los médicos realizaban la tarea de codificar las asistencias, pero en los últimos años Enfermería ha sido capacitada para ello y cada vez son más los que las realizan. Este nuevo enfoque nos permite como profesionales plantearnos una nueva metodología de trabajo en la cual basarnos para establecer un anexo interdisciplinar de codificación entre la clasificación clínica CIE-9-MC, la taxonomía de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), las taxonomías de la *Nursing Interventions Classification* (NIC) y la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) permitiendo con ello avanzar en el desarrollo, la verificación y el perfeccionamiento del lenguaje sanitario.



**Ana Berta Montero Lapresa**

*Supervisora del Servicio de Documentación Clínica.  
Hospital de Galdakao-Usansolo. Vizcaya.*

### **7.3. CODIFICACIÓN CLÍNICA (GALDAKAO-USANSOLO)**

Para la sanidad de un país, una de las fuentes de información clave son las altas hospitalarias. Primero en Estados Unidos, después en Europa y desde 1987 en España se crea el CMBD (conjunto mínimo básico de datos), para conocer y procesar esta información.

El CMBD se confecciona con datos clínico-administrativos extraídos de las historias clínicas de los pacientes. De las variables que lo forman, las clínicas aportan información que identifica el motivo de ingreso en el hospital. Diagnóstico principal y secundarios, los procedimientos quirúrgicos, obstétricos, diagnóstico-terapéuticos.

Estas variables clínicas se codifican con la CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión, Modificación Clínica). Todos los hospitales utilizan esta clasificación para la codificación de los diagnósticos y los procedimientos, hablando así todos el mismo idioma.

El CMBD permite conocer la actividad de los servicios médicos y tiene múltiples utilidades, como son la gestión, financiación, investigación, evaluación de costes, estudios epidemiológicos y comparativos entre servicios y hospitales... Es obligatorio y con una periodicidad mensual.

Las actividades de Enfermería no se codifican de la misma manera y no forman parte del CMBD. Cada hospital o Comunidad Autónoma decide si codifica y con qué lo hace, pues existen varias clasificaciones para los cuidados de Enfermería. Esta variable no está contemplada en la confección del CMBD actual.



Mª Mar Caballero Algarín

#### **7. 4. SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN E INFORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN SANITARIA: DIRAYA**

*Diraya* es el sistema informático que el Sistema Sanitario Público Andaluz utiliza como soporte de la información y gestión de la atención sanitaria.

Tres pueden considerarse los objetivos que pretende alcanzar este sistema de información:

1. El primer objetivo de *Diraya* es integrar toda la información de cada usuario, con independencia del profesional o ámbito asistencial que la genere, en una Historia de Salud única, disponible donde y cuando sea precisa para su atención.
2. El segundo objetivo de *Diraya* es facilitar la accesibilidad a los servicios y prestaciones del sistema sanitario. Permite controlar el flujo de los pacientes para coordinar eficientemente todas las actuaciones requeridas en el diagnóstico y tratamiento de cada proceso.
3. El tercer objetivo es lograr que toda la información relevante esté estructurada.

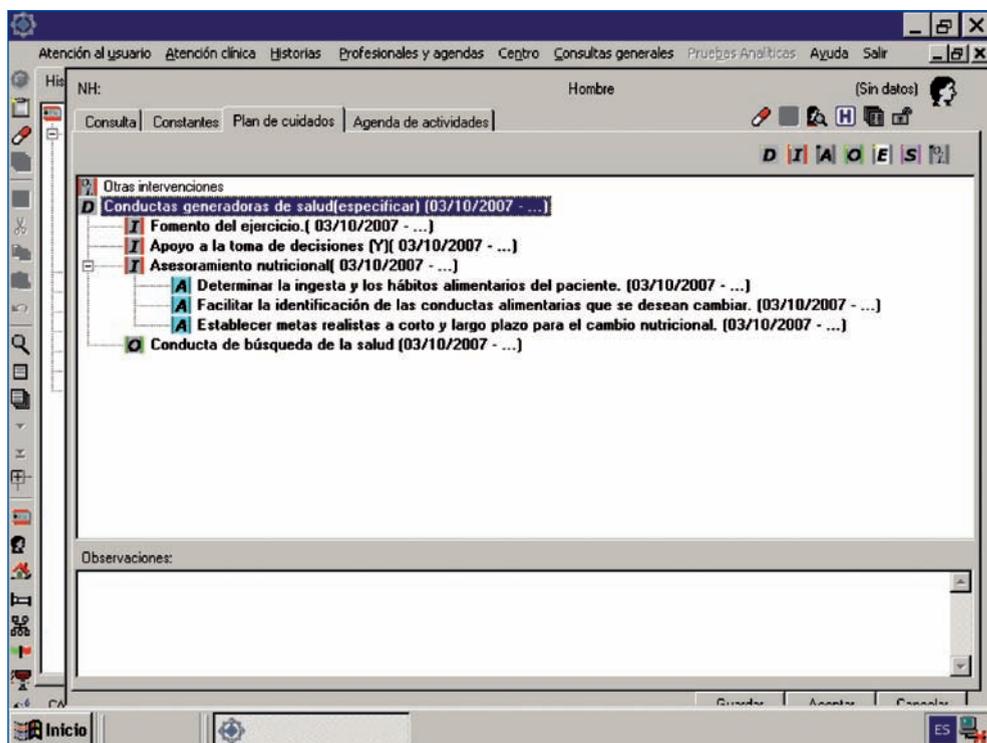
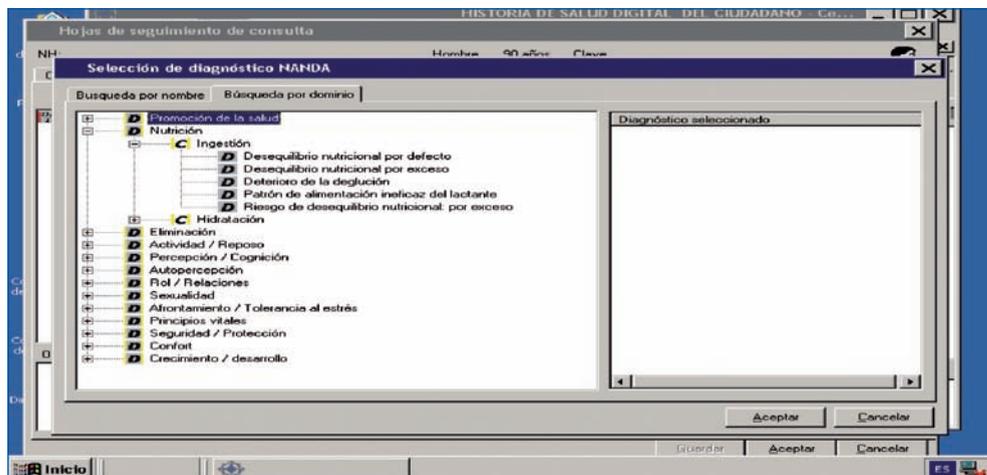
En el área de la asistencia sanitaria un sistema de información corporativo como *Diraya* se hace muy necesario por la creciente movilidad de los ciudadanos y por la participación de muchos profesionales en la atención a los procesos. Todo ello, unido al concepto integral de la salud y al protagonismo del ciudadano en las sociedades democráticas, conduce al concepto de Historia de Salud Única y a la utilización de procedimientos unificados de acceso a servicios y prestaciones. Se pretende superar la situación previa en la que existían sistemas de información fragmentarios y no relacionados, que en muchos casos no rebasaban el ámbito departamental o de centro. Esto suponía multiplicar esfuerzos y recursos para abordar problemas muy parecidos, llegando frecuentemente a soluciones similares pero no compatibles entre sí.

*Diraya* consta de un conjunto de módulos relacionados que comparten información. Sus componentes están interconectados e intercambian datos entre sí. Los componentes básicos son:

1. El primero de ellos es la base de datos de usuarios (BDU), cuya función principal es dotar a cada ciudadano de un número único de Historia de Salud de Andalucía (NUHSA) al que se vincula toda su información sanitaria. BDU es la tabla de pacientes común de todos los centros sanitarios y la tarjeta sanitaria es la llave que permite acceder a la información del usuario. La BDU contiene además los datos administrativos del ciudadano.
2. En segundo lugar, el módulo de acceso centralizado de operadores (MACO) es la puerta de entrada a *Diraya*. Cuando un profesional va a utilizarlo, este módulo identifica su clave de acceso y le permite utilizar las funciones de los diferentes módulos para las que está autorizado.
3. Por último, el módulo de estructura, incluye los Servicios y Unidades Funcionales, así como las ubicaciones físicas, de Atención Primaria y Especializada. Este módulo permite identificar cada servicio hospitalario, cada centro de Atención Primaria, cada Dispositivo de Urgencias... es decir, la organización funcional de la asistencia. También permite identificar las ubicaciones físicas de los centros: plantas, camas, bóxes, consultas... Además, establece la relación entre los dos niveles asistenciales para la ordenación de las interconsultas, la realización de pruebas diagnósticas, la continuidad asistencial en definitiva.

En este nivel de la estructura nos encontramos la Historia de Salud y dentro de ella el *Módulo de Cuidados*. Dicho módulo ha introducido la interrelación entre las tres taxonomías enfermeras (NANDA, NIC y NOC) de forma que permita la elaboración de planes de cuidados basados en el lenguaje enfermero estandarizado. También se han incluido dos cuestionarios de valoración inicial, uno basado en las catorce necesidades de Virginia Henderson y otro basado en los patrones funcionales de Gordon de manera que quede estandarizada también la recogida de información para la elaboración de los planes de cada paciente. La información registrada está codificada de manera que puede ser explotada a través de los módulos de explotación de la información clínica.

A continuación podemos ver algunas de las pantallas de registro donde puede observarse cómo el programa permite la selección de diagnósticos, intervenciones y criterios de resultados que posteriormente formarán parte del plan de cuidados del paciente. *Diraya* es, en este momento, un sistema de información plenamente integrado en la actividad asistencial del SAS, dando soporte a las iniciativas de mejora de la calidad que implican la utilización de tecnologías de la información, registro y evaluación de resultados.





# 8

## *Gestión de una Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI)*





**Begoña Ayerdi Núñez de Prado**

*Enfermera-Supervisora de la UCSI.  
Hospital de Galdakao-Usansolo. Galdakao. Vizcaya .*

### FORMACIÓN ACADÉMICA

- 1982: Título de DUE por la Universidad del País Vasco

### EXPERIENCIA PROFESIONAL

- 1999: Responsable de la Unidad de Gestión Clínica de Hospital de Día médico quirúrgico
- 1989-1990: Supervisora de la Unidad de Hospital de Cirugía General
- 1982-1989: Enfermera en plantas de hospitalización

### EXPERIENCIA DOCENTE

- 1992 hasta la actualidad: Tutor de Prácticas pregrado de DUE de la Universidad del País Vasco
- 2001-2002: Profesora colaboradora del curso "La gestión de los Servicios Sanitarios"
- 1991: Docente en el curso "Metodología para la planificación de cuidados de Enfermería y soporte documental" (10 horas)

### CONTRIBUCIONES EN CURSOS Y CONGRESOS Y JORNADAS

- Ponente en 12 congresos nacionales y 1 internacional
- Moderadora en 3 congresos nacionales de CMA y 1 internacional

### PUBLICACIONES

- Editorial en la revista de la ASECEMA
- Colaboradora en el "Manual de procedimientos de Enfermería" del Hospital de Galdakao editado en 1999

### INVESTIGACIÓN

- Colaboradora como investigadora en un proyecto FIS en 1997
- Colaboradora como investigadora en un proyecto financiado por el Departamento de Sanidad de Osakidetza

### OTRAS ACTIVIDADES

- Vocal de la comisión de Infecciones y Política Antibiótica del Hospital
- Vocal del Consejo Técnico del Hospital de Galdakao durante 6 años
- Colaboradora en el II Plan Estratégico (2005-2009) del Hospital de Galdakao
- Vocal de Enfermería en la Junta Directiva de la ASECEMA (2001-2005)

## *Gestión de una Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI)*

### INTRODUCCIÓN

El 13 de octubre de 1992 comenzó la andadura de nuestra unidad de hospital de día médico-quirúrgico (UCA) en el Hospital de Galdakao.

La unidad contaba con 24 puestos y se situaba junto al área quirúrgica. Se constituyó como Unidad de Enfermería y, dentro del proceso, nuestra atención se centraba en la recepción de pacientes prequirúrgicos y en su cuidado durante el postoperatorio, hasta su alta el mismo día. Posteriormente se realizaba seguimiento telefónico al día siguiente.

En 1994 se realizó la primera ampliación a 36 puestos y en 1999 la segunda a 42 puestos. Actualmente continúa nuestro crecimiento (5197 intervenciones de cirugía mayor en el año 2006) y la unidad va a pasar a ser exclusivamente quirúrgica.

Las especialidades implicadas en nuestros procesos son: Oftalmología, Cirugía general, Urología, Ginecología, Otorrinolaringología, Traumatología, Cirugía Vascular, Dermatología y Unidad del Dolor.

En 1999 firmamos un Contrato de Gestión Clínica con el gerente del hospital, que nos dio un importante respaldo en nuestro trabajo y nos permitió gestionar los recursos con los que contábamos. Para nosotras ha sido una buena experiencia.

En el momento de constituirse la Unidad de Gestión Clínica, la plantilla estaba compuesta por 5 enfermeras, 3 auxiliares de enfermería, 1 auxiliar administrativa y 1 supervisora.

Quiero exponer los términos del contrato que firmamos y hacer una valoración tras su puesta en marcha.

### PRINCIPIOS ESTRATÉGICOS

Se entiende la Gestión Clínica como otra forma de organizar las unidades asistenciales, con una mayor implicación de los profesionales en la gestión diaria de la

unidad y con el objetivo de incrementar la eficiencia y calidad de las prestaciones sanitarias dispensadas.

## **CONSTITUCIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA**

La supervisora de la Unidad asume el liderazgo de la misma, en relación con los compromisos adquiridos.

Se transfiere a la responsable de la Unidad la plena autonomía con relación a la gestión de recursos humanos y materiales pactados dentro del marco de la legislación vigente.

Asimismo será la responsable de organizar la actividad asistencial de la Unidad en función de la planificación establecida en acuerdos entre los diferentes responsables médicos, Dirección y la responsable de la Unidad.

## **OBJETIVOS**

### **Generales**

1. Incrementar la eficiencia y la calidad de las prestaciones sanitarias dispensadas en la Unidad.
2. Organizar una Unidad de Enfermería funcional integrada en la actividad del hospital capaz de ofrecer una cartera de servicios a cada una de las especialidades médicas y quirúrgicas para la óptima atención a los pacientes.

### **Específicos**

1. Implicar a los profesionales en la gestión de los recursos de la Unidad.
2. Impulsar una nueva forma de trabajo.
3. Identificar y gestionar los procesos más frecuentes e importantes atendidos en la Unidad.
4. Incorporar una cultura de autoevaluación, cimentada sobre un sistema de información sólido, que nos permita detectar numerosas oportunidades de mejora.
5. Elaborar la cartera de servicios para cada proceso candidato a la cirugía ambulatoria.

6. Organizar los recursos humanos y materiales en relación con la actividad programada.
7. Adecuar los indicadores de actividad y calidad de la Unidad.
8. Conocer y gestionar el coste global y el de cada proceso asistencial del hospital de día.

### **ACTIVIDAD DOCENTE**

- Docencia pregrado. Programa de estudiantes de Enfermería de la Universidad del País Vasco.
- Formación continuada del personal de Enfermería de la Unidad.
- Presentación de comunicaciones en foros profesionales.

### **ACTIVIDAD INVESTIGADORA**

- Participación en proyectos de investigación global del hospital.
- Participación en proyectos de Enfermería.

### **OTRAS ACTIVIDADES**

- Realización de encuestas de satisfacción dirigidas a pacientes.
- Participación en grupos de mejora.
- Elaboración de hoja informativa para pacientes quirúrgicos.

### **CALIDAD**

La atención prestada a los pacientes que ingresan en la Unidad se realizará con la máxima calidad que los recursos disponibles permitan:

- Cumplimentación del “Plan de Cuidados Estandarizado” al ingreso en el 100% de los pacientes.
- Entrega de recomendaciones, por escrito, al alta en el 100% de los casos.

- Utilización y evaluación de los protocolos establecidos.
- Indicadores de satisfacción de clientes con resultados de la encuesta de satisfacción a pacientes ingresados en UCA, por encima de la media del hospital.
- Indicadores indirectos de Enfermería:
  - N° de caídas: menor de 0,1%.
  - Errores de medicación: menor de 0,1%.
- Realización de un registro mensual sobre:
  - Porcentaje de cancelaciones quirúrgicas de CMA.
  - Motivo de cancelaciones.
  - Porcentajes de cancelaciones de ingresos.

## RECURSOS ECONÓMICOS

En el presupuesto se incluye:

- El capítulo de personal fijo y sustituto.
- El correspondiente a Farmacia y Almacén General.
- El incremento salarial, mediante *adendas*.

El desempeño de distintas prestaciones a las que figuren en la Cartera de Servicios implicará, con carácter previo, que las partes suscriban una addenda al contrato.

## APOYOS DE GESTIÓN

- Soporte informático necesario para poder disponer de la información asistencial básica para la gestión de la Unidad.
- Asimismo, dispondrá del apoyo del Equipo Directivo en su papel de facilitador del cumplimiento de los compromisos adquiridos.
- La Gerencia y el Director de Enfermería delegarán en la responsable de la Unidad:
  - Pactar con la Dirección Médica la actividad derivada de los distintos Servicios Médicos.
  - Participar activamente en la planificación del programa de autoconcertación (menús quirúrgicos, número de días, número de pacientes...).
  - Realizar la gestión integral del personal adscrito a la Unidad.

## **EVALUACIÓN**

La Unidad de Gestión, además de llevar a cabo una autoevaluación con periodicidad mensual, establecerá con Gerencia una evaluación cuatrimestral donde se cumplimentarán los objetivos y metas conseguidos. De los resultados de las evaluaciones sobre la consecución de objetivos de actividades, calidad y eficiencia en el uso de recursos, control económico, etc., podrán derivarse modificaciones aplicables al presente contrato.

## **INCENTIVACIÓN**

Para que existan incentivos han de darse las siguientes premisas: a) cumplimiento de objetivos y metas pactadas; y b) cierre del presupuesto acorde a la actividad desarrollada.

El sistema de incentivos quedará establecido en: a) asistencia a cursos y congresos; b) refuerzos de personal derivados de aumentos puntuales de actividad; y c) permisos y vacaciones.

## **VALORACIÓN**

1. Ha sido un reto que hemos sabido afrontar y llevar adelante.
2. Hemos dado un impulso a ideas que teníamos sobre nuestro trabajo y nuestros pacientes nos lo han valorado.
3. Estamos cambiando la mentalidad: no sólo hacemos lo que se nos dice, sino que tenemos mucho que aportar.
4. Hay más dinamismo y nos implicamos en la toma de decisiones.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Contrato de Gestión Clínica. Dirección del Hospital de Galdakao-Usansolo; 1999
2. Jiménez Jiménez J. Manual de gestión para jefes de servicios clínicos. Ediciones Díaz de Santos; 2000.



# 9

## *Indicadores de calidad enfermeros en CMA*





**Carmen Parada Rúa**

*Siete años en UCSI. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.  
Actualmente en Quirófano.*

#### **FORMACIÓN ACADÉMICA**

- 1984: Título de Diplomada en Enfermería en la Escuela de A Coruña

#### **EXPERIENCIA PROFESIONAL**

- Actualmente enfermera de quirófano del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo
- Siete años en la UCSI del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo
- Seis años como supervisora de área de Hospitalización del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo
- En Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla; y Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol

#### **CONTRIBUCIONES RELEVANTES EN CURSOS Y CONGRESOS**

- Miembro del comité científico en congresos del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo
- Presentación de 4 pósters y 3 comunicaciones orales
- Invitación 2 ponencias en congresos nacionales

#### **PUBLICACIONES**

- Dos publicaciones

## 9.1. NORMA ISO

Cuando queremos decir *calidad* nos referimos a la perfección de diferentes aspectos, la mayor parte subjetivos de la misma. Si nos referimos a aspectos materiales, *ser de buena calidad* quiere decir que:

- La materia prima que los compone sea excelente.
- Tengan larga duración en el tiempo.
- Que sea exclusivo, que se fijen en él.
- Que sea demandado por los usuarios...

Otras definiciones también son:

- Llegar a un estándar más alto en lugar de conformarse con algo que se encuentre por debajo de lo que se espera.
- La capacidad de satisfacer los deseos de los consumidores.
- Ofrecer unas condiciones o servicios superiores a los que el cliente espera recibir.

Según la Real Academia de la Lengua Española: «Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie».

Según la Norma ISO 9000: «grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos»

Es el conjunto de acciones planificadas y sistemáticas que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto satisfará los requisitos dados sobre calidad. La Norma ISO aporta las reglas básicas para desarrollar un sistema de calidad totalmente independiente del producto o servicio que proporcione. Incorpora la prevención como forma de vida, un sistema que sirve para anticipar los errores antes de que estos se produzcan. Se centra en garantizar que lo que ofrece una

organización cumple con las especificaciones establecidas, asegurando una calidad continua a lo largo del tiempo.

La primera UCMA certificada según la Norma ISO en España es la del Hospital de Bidasoa en 1997, realizándose auditorías cada año.

Se llevaron a cabo un conjunto de acciones planificadas y sistemáticas que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada definiendo tres líneas de producto principales:

- Intervenciones realizadas en Quirófano 4.Q4.
- Intervenciones realizadas en Quirófano 5.Q5.
- Consulta preanestesia.
- P.751 A: operativa interna de la UCSI (UCMA).
- P.751 B: perfil del paciente.
- P.751 C: criterios de selección de pacientes.
- P.751 D: circuito de pacientes en UCSI.
- P.751 E : criterios de alta de los pacientes.
- P.751 F: seguimiento de los pacientes.
- P.751 G: recomendaciones al paciente de CMA.
- Cartera: línea de productos y componentes.
- Manual de protocolos.

Las UCMA tienen el inconveniente de que en poco tiempo prestan un servicio que en otras unidades se dilata en el tiempo. En los inicios era difícil hacer entender al usuario que la intervención quirúrgica que antes requería el ingreso de unos cuantos días, ahora se realizaba y después la recuperación era en el domicilio. De ahí que lo más valorado fuera una buena información de lo que era la CMA y de los mecanismos que contaba si surgían complicaciones en su domicilio.

Al hablar de calidad los profesionales de Enfermería no se deben olvidar de las manos y los ojos, ya que es lo que más nos acerca a los usuarios cuando el *temor* los acompaña por los pasillos de los hospitales. No olvidemos que el usuario no siempre es capaz de evaluar los buenos cuidados de Enfermería, pero sí una mirada de apoyo o el calor de unas manos. No olvidemos que el otro es como nosotros mismos.

*«La historia no es el resultado de leyes objetivas  
o fuerzas ocultas, sino de personas.»*

*A. Muñoz Molina*

Todo mi agradecimiento a Ana Laza por confiarme esta laboriosa tarea, a Matxalen Espadero, Supervisora de Quirófano del Hospital del Bidasoa, por su colaboración y no quiero olvidarme de todos los profesionales de Enfermería por el *gran trabajo* que realizan todos los días, *muy especialmente* a mis compañeras del Quirófano del Hospital Teresa Herrera, a mis “compas” de la UCSI y a Sagri y Mariluz.

*«Es una desgracia no tener bastante talento para hablar  
ni bastante juicio para callarse.»*

*Jean de la Brujére*



### Amparo Carbonell Miret

*De 1992 a 2003 en UCSI. Hospital Lluís Alcanyís.  
Xàtiva, Valencia.*

*Actualmente Directora de Enfermería*

#### FORMACIÓN ACADÉMICA

- 1982: Título de DUE por la UNED
- 1979: Título de ATS por la Universidad de Valencia

#### EXPERIENCIA PROFESIONAL

- 2007: Dirección de Enfermería. Departamento 14. Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana
- 2004: Dirección de Enfermería del Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva, Valencia
- 2003: Adjunta de Enfermería del Centro de Especialidades y del Área Quirúrgica
- 1984: Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva, Valencia. Área Quirúrgica. Desde 1992, en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso
- 1979-1984: C.S. La Fe y el Hospital Doctor Peset de Valencia. Qx, Hospitalización y UCI

#### CONTRIBUCIONES RELEVANTES EN CURSOS Y CONGRESOS

- Diez comunicaciones de CMA y 3 comunicaciones de otros ámbitos.
- Invitación como ponente en 4 congresos nacionales de CMA.
- Moderadora en I Jornada de Enfermería en alternativas a la Hospitalización Tradicional
- Profesora en diversos cursos de Anestesia, en el temario relativo a CMA
- Premio mejor comunicación en el V Congreso Nacional de ASECCMA 2001

#### PUBLICACIONES

- Capítulo de Enfermería en la *Guía de Actuación en CMA* de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana

#### OTRAS ACTIVIDADES

- Integrante de la comisión de UCSI desde su constitución en el año 1997

## 9. 2. *MODELO EFQM*

### INTRODUCCIÓN

Existe la tendencia y no sólo en el sector sanitario, a evitar la tarea de definir un término que parece tan exclusivo como el de calidad, debido a los múltiples y a veces contradictorios atributos que se le adjudican, pero a pesar de esta dificultad, nos vemos obligados a mejorar la calidad de nuestras unidades de forma continuada, de hecho la calidad y la acreditación de las unidades deben de marcar el desarrollo de la misma.

En la CMA, los términos *control de calidad*, *garantía de calidad*, *calidad asistencial*, *gestión de la calidad*, *calidad total*, *mejora continua* y *cualquier otro*, han sido empleados indistintamente.

De los modelos existentes, el más utilizado en nuestro entorno es el de la Fundación Europea para la Gestión de calidad (*European Foundation for Quality Management-EFQM*). *El modelo EFQM de excelencia es un marco de trabajo no prescriptivo que reconoce que la excelencia de una organización se puede lograr de una manera sostenida mediante distintos enfoques.*

Está formado por nueve elementos, de los cuales cinco de ellos son agentes facilitadores y los cuatro restantes son agentes de resultados.

### **Agentes facilitadores**

- *Liderazgo*: se define como el comportamiento y las actuaciones del equipo directivo y de los demás líderes de la organización, estimulan apoyan y fomentan una cultura de gestión de la calidad total.
- *Política y estrategia*: se define como la organización, que formula, despliega y revisa su política y estrategia y la convierte en planes y acciones.
- *Gestión de personal*: se define como la parovechación por parte de la organización todo el potencial de su plantilla.

- *Recursos*: se define como la gestión de la organización sus recursos de manera eficaz.
- *Procesos*: se define como la organización, identificación, gestión, revisión y mejora de sus procesos.

### Agentes de resultados

- *Satisfacción del cliente*: define qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de los pacientes.
- *Satisfacción del personal*: define qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de los empleados.
- *Impacto en la sociedad*: define qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de las necesidades y las expectativas de la comunidad.
- *Resultados empresariales*: define qué logros se están alcanzando con relación a los objetivos de la empresa.

La utilización y adaptación del modelo pueden servir de marco idóneo para abordar estrategias de evaluación y mejora de la calidad en el ámbito de la Enfermería CMA.

## OBJETIVOS GENERALES

1. Describir el modelo europeo para la gestión de la calidad total
2. adaptar y validar el modelo europeo de gestión de la calidad total aplicado al área de enfermería en el ámbito de la CMA.

Es importante para la enfermería de la CMA disponer de un modelo, que desde la óptica de la calidad total, explicita y aborde qué prestaciones deben ser medidas, cómo y qué nivel de exigencia deben tener, para conocer la calidad de los cuidados de enfermería en la CMA.

## ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE CALIDAD

El sistema de valoración de la calidad asistencial tiene su base en la comparación de la situación “real” que se produce en la estructura, con una situación “ideal”, que se establece en el modelo de atención de calidad que se desea alcanzar.

La calidad de atención esperada se expresa por la fijación de “estándares”, los cuales determinan la definición de los servicios que se prestan.

Un estándar es una determinación escrita de las reglas, condiciones y acciones sobre un usuario o sobre el sistema organizativo.

Los estándares, tras una discusión participativa, son fijados de forma consensuada por profesionales que trabajan en cada ámbito que se pretende evaluar. En resumen, los estándares explican lo que el cliente va a recibir como atención, cómo funciona la organización o cómo actúan los trabajadores en los aspectos de estructura, proceso y resultado.

Un indicador de calidad se define como una característica, un parámetro. Dichos indicadores de calidad de los cuidados de Enfermería son variables y pueden identificarse de diferente forma, según sean los enfoques de valoración de la calidad dados:

- Indicadores de estructura: normas, protocolo, registros, personal.
- Indicadores de proceso: tipo de pacientes atendidos, técnicas realizadas, cuidados específicos.
- Indicadores de resultados: beneficios definidos y producidos por la aplicación de cuidados enfermeros, cambios observados en pacientes, opinión de los mismos.

Por otra parte, los criterios son variables, dependen de una determinada situación, por lo tanto, están referidos a un indicador conocido y establecido, y dan información sobre el grado en que se cumple el indicador de la calidad obtenida.

La finalidad de los criterios es la medición, con lo cual, debemos cumplir las siguientes condiciones:

1. *Validez*: facilitan una definición exacta de lo que se pretende.
2. *Pertinencia*: están relacionados con la situación y con los objetivos generales.
3. *Medición*: presentan valores claramente medibles.
4. *Objetividad*: perteneciente al objeto en sí y no sujeto a las interpretaciones del observador.
5. *Practicidad*: deben ser situaciones fáciles de observar.
6. *Sensibilidad*: son capaces de detectar desviaciones de la práctica observada.
7. *Economía*: están adaptados a los recursos existentes y a la realización habitual de la práctica del cuidado, por lo tanto, no requieren gastos.

Dentro de la gestión de la calidad, los valores se pueden clasificar en *valores de resultados* o *valores de procesos*; los primeros son aquellos que otorgan gran importancia a los resultados a obtener, mientras que los segundos reciben la importancia de los elementos que posibilitan que la calidad emerja.

Entre los *valores de resultados* encontramos algunos como la satisfacción del usuario, el reconocimiento social por lo bien hecho, optimización del tiempo, empatía, buena comunicación y la integración.

Entre los *valores de procesos* están la eficiencia, disciplina, información, mejora, control, planificación, creatividad, enfoque del sistema...

En la medida que el personal valore y permita que estos valores regulen su conducta, las probabilidades de la mejora de la calidad serán mucho mayores. «*La satisfacción de los usuarios: un determinante en la calidad asistencial*».

Ya que la asistencia se realiza para el usuario, es necesario saber qué piensa con respecto a la asistencia recibida y su grado de satisfacción al respecto para ajustar en todo lo posible el servicio a sus necesidades.

La satisfacción del usuario ha cobrado mayor importancia desde que el enfoque de la asistencia sanitaria se hace en lo que denominamos “cuidados centrados en el paciente”, esto quiere decir que los profesionales que atendemos, conozcamos, entendamos y asumamos su punto de vista.

## **CONCLUSIONES**

Como en cualquier actividad asistencial, y más aún cuando es una actividad relativamente nueva como son las UCMA, es imprescindible desarrollar unos sistemas de control de calidad y de evaluación continuada que nos permitan detectar los puntos susceptibles de mejora y, en nuestro caso, las posibilidades de exportación a las unidades de hospitalización “clásicas” de técnicas y métodos útiles en ellas son los que siguen.

### **Análisis de la calidad de la estructura**

La sala ha de ser suficientemente espaciosa para poder trabajar con comodidad y permitir la máxima intimidad de los pacientes; es deseable la existencia de medios físicos de aislamiento y separación entre las camas o camillas.

El control de Enfermería debe de estar situado de forma que permita la visión de todos los pacientes.

La unidad estará situada cerca de los quirófanos.

Las camas deben permitir el traslado del paciente con las mínimas movilizaciones (con ruedas). Es conveniente que dispongan de sistema eléctrico de elevación y puesta a plano para incorporarlo progresivamente sin molestias.

Debe haber un espacio dedicado a los niños; puede ser una sala aparte si el volumen es suficiente o de un rincón dedicado a ellos, con camas y decoración adecuadas.

El personal de Enfermería debe de estar capacitado para el trabajo en la unidad, para ello, se debe programar una etapa de aprendizaje a cada persona que se incorpora a la unidad con otra más experta que actúe como tutor durante este periodo.

### **Analizar la calidad de los procesos**

Mediante sesiones clínicas semanales internas del personal de Enfermería de la unidad, donde se analicen los problemas encontrados durante la semana, y se evalúen los sistemas de control que se utilizan. En ellas se realizan:

- *Análisis de complicaciones de Enfermería*, donde se debaten las posibles causas y se proponen métodos para evitarlas y paliarlas.
- *Análisis de ingresos*: se evalúan todos los pacientes que han tenido que ingresar, y se consideran inicialmente como fracaso del sistema, revisando las actuaciones de Enfermería que podrían haber evitado ese ingreso, o por mala indicación de CMA.

Es muy importante la existencia de una comisión de CMA, compuesta por un facultativo de cada especialidad quirúrgica, un anesesiólogo, una enfermera de la unidad, un facultativo del servicio de admisión y el coordinador de la CMA.

Evaluar la calidad de los cuidados enfermeros ofrece la oportunidad de confirmar si se contribuye a mejorar las Unidades de CMA. El control post-alta (llamada telefónica a las 24 horas) nos permite la recuperación de la información mediante cuestionarios; no sólo muestra al paciente la preocupación que tenemos por su opinión, sino que nos ayuda a detectar errores y conocer la necesidad de implantar estrategias de mejora.

Es conveniente realizar análisis del impacto de la CMA en los familiares, detectar errores en la elección de familias que pueden cuidar a sus familiares, cómo les afecta y qué mejoras podemos introducir para aumentar el grado de éxito y de satisfacción del paciente y sus familias.

Periódicamente se realizarán encuestas de satisfacción de nuestros usuarios, y sería conveniente que fueran realizados por un órgano externo e independiente de la UCMA.

El análisis continuado de cómo realizamos la atención de Enfermería, de cómo esta repercute en la mejora de los estándares clínicos y sociales junto con la evaluación de satisfacción de los pacientes y sus familiares es imprescindible para la mejora continuada de nuestro trabajo en las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria

Una buena atención de Enfermería, conceptualmente diferente de la que se realiza en las unidades de hospitalización, orientada a la reintegración precoz y segura del paciente a su medio social habitual, es imprescindible para el éxito de las UCSI y, por tanto, de la utilización de la CMA en nuestros hospitales.

La calidad y la acreditación deben ser los patrones que guíen el camino y desarrollo de esta práctica.

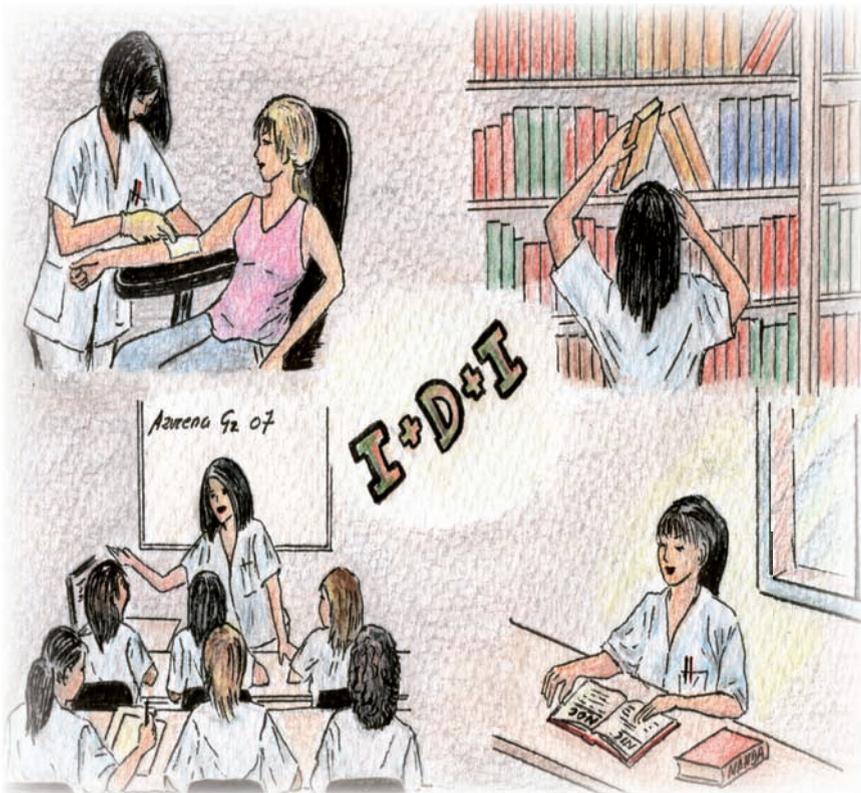
## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Carbonell Miret A, Tirado JJ. Papel clave de los profesionales de enfermería en la organización y humanización de la cma. En: Ferrer Valls JV. Guía de actuación en CMA. 62-72: Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat; València; 2002. p. 67-72.
2. European Foundation for Quality Management. European Excellence Model. Brussels 2.000. <http://www.efqm.org>
3. Garay M, Almonacid J, Carbonell A, Herrero C, Sauco MD, Zafrilla R. Resultados de un modelo de encuesta de control de calidad en una unidad de cirugía sin ingreso. Cirugía Mayor Ambulatoria 1997; 2.
4. Giner M. Modelos de acreditación y garantía de calidad en cirugía mayor ambulatoria. En: Carrasco MS (editor). Anestesia para la cirugía ambulatoria. Barcelona: Edika Med., 1999; 17-29.
5. Maestre JM. Control de calidad en cirugía mayor ambulatoria. Rev Esp Anestesiol Reanim 2000; 47: 99-100.
6. Programa de Acreditación de Centros. Manual de Estándares. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de salud; 2002.

# 10

*La excelencia en los Cuidados  
de Enfermería. Actividades  
de investigación, desarrollo tecnológico  
e innovación (I+D+I)*

---





### Emilia Chirveches Pérez

*Enfermera del Área Quirúrgica/UCSI desde 1997 hasta 2002.  
Enfermera de la Unidad de Epidemiología Clínica desde 2002 hasta 2008. Hospital General de Vic. Consorci Hospitalari de Vic. Barcelona.*

#### FORMACIÓN ACADÉMICA

- 2001: Postgrado Gestión de Cuidados de Enfermería. Escuela de Ciencias Salud. Universidad de Vic
- 1996: Postgrado en Enfermería Quirúrgica. Escuela de Vall d'Hebron. UAB.
- 1993: Postgrado en Metodología de Investigación. Esc. Vall d'Hebron. UAB
- 1988: DUE. Escuela Enfermería de Vic. Universidad Autónoma de Barcelona

#### EXPERIENCIA PROFESIONAL

- 2005-actualidad: Enfermera de Investigación de la Unidad de Epidemiología clínica del Hospital General de Vic. Barcelona. Coordinadora de ensayos clínicos
- 1991-actualidad: Enfermera quirúrgica Clínica San José de Vic. Barcelona
- 2001-2005: Enfermera de Investigación de la Unidad de Epidemiología clínica del Hospital General de Vic. Barcelona. Beca con ayuda FIS 01/A079
- 1988-2001: Enfermera Área Quirúrgica/UCSI del Hospital General de Vic. Barcelona

#### CONTRIBUCIONES RELEVANTES EN CURSOS, CONGRESOS Y JORNADAS

- Miembro del comité organizador de I, II y III Jornadas de Enfermería de Osona. Barcelona. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Actualmente organizando las IV.
- Dos sesiones en el Hospital General de Vic en 2003 y en el día de la Enfermería. Universidad de Vic: "Resultados del ensayo clínico sobre la eficacia de la visita preoperatoria de Enfermería en la recuperación del paciente quirúrgico" (FIS exp. 00/0167).
- Ponente de la mesa la voz de los profesionales, VIII curso de Geriátría. 2003
- Una sesión en la Universidad de Vic. Barcelona. 2004
- Una sesión en Delegación de Osona del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

#### PUBLICACIONES

- 2006: Artículo en la revista *Enfermería Clínica*, como primera autora
- 2003 y 2006: Dos artículos en la revista *Enfermería Quirúrgica* (2003: primera autora; 2006: segunda autora)
- 2000, 2003 y 2006: 3 artículos en la revista de ASECM *Cirugía Mayor Ambulatoria*

#### PREMIOS

- 2005 y 2006: Dos al mejor póster en congreso nacional y otro en regional
- 2004: Mención especial a la relevancia por su aportación a la profesión Premios COIB. 2004
- 2003 y 2004: Dos a la mejor comunicación de enfermería Hospital General de Vic
- 2001: Al mejor proyecto de investigación de enfermería. Primera Convocatoria del Hospital General de Vic

#### OTRAS ACTIVIDADES

- 2005-actualidad: Delegada de Osona del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB)

# *La excelencia de los Cuidados en Enfermería. Actividades de investigación, desarrollo tecnológico e innovación (I+D+I)*

## INTRODUCCIÓN

Como profesionales de Enfermería tenemos que prestar los mejores cuidados que son la excelencia de nuestra profesión y profundizar en el concepto de cuidar.

La investigación en Enfermería es de importancia crítica para una atención de calidad y eficiencia de costos, que trata de aportar nuevos conocimientos en beneficio de los pacientes y de su entorno. Abarca todos los aspectos de salud que son de interés para la comunidad enfermera, entre ellos la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el cuidado de las personas de todas las edades durante la enfermedad y la recuperación o, dado el caso, para una muerte pacífica y digna. La investigación aplica el método científico y es necesaria para generar nuevos conocimientos, evaluar la práctica y los servicios actuales, y aportar pruebas que configuren la formación, la práctica, la investigación y la gestión de Enfermería.

Es un medio para responder a preguntas sobre intervenciones de atención de salud y su objetivo principal es mejorar los resultados de los cuidados, avanzando en los conocimientos y la práctica de la profesión.

Las prioridades de la investigación en Enfermería se concretan en dos bloques: *la salud y la enfermedad y la prestación de los servicios de atención de salud.*

La Enfermería, junto a otras disciplinas (Medicina, Psicología...) constituye una de las denominadas *Ciencias del campo de la Salud*. Todas ellas tienen como elemento común al ser humano, desde todas sus perspectivas y con toda su complejidad y diversidad.

Las enfermeras/os hasta hace poco tiempo teníamos la idea de que la investigación sólo se realizaba en laboratorios, y que esta era realizada por otros profesionales. Sin embargo en nuestro trabajo diario existen cuestiones sin resolver que se pueden transformar en preguntas de investigación.

¿Por qué las enfermeras/os debemos investigar? Sin lugar a dudas, porque la meta de toda profesión es mejorar su práctica para así alcanzar mayor eficacia, eficiencia

y efectividad; todos los profesionales de Enfermería deben luchar por el desarrollo y aplicación del conocimiento alcanzado.

Para investigar no hay que estar particularmente dotado, sino simplemente tener un ánimo despierto, mucho empuje y la ayuda de conocimientos básicos de bibliografía, epidemiología, sociología, estadística, lingüística e inglés, pero sobre todo: *sentido común crítico*.

## PROCESO DE INVESTIGACIÓN

Cualquier estudio o proceso de investigación requiere de la correcta formulación de un problema y, el planteamiento del problema debe ser crítico, susceptible de ser investigado, interesante y significativo, para que produzca una discusión que pueda ser difundida. Para analizar correctamente un problema lo primero que debe hacerse es identificarlo y conocer el estado actual del mismo.

Centrado el problema, se plantea una pregunta que se transformará en la hipótesis de trabajo. Debe ser simple, clara, concreta, pertinente y ética. Para poder confirmarla o rechazarla, es necesario plantear una serie de objetivos de trabajo, que serán concretos, factibles, congruentes, relevantes, evaluables y limitados.

Posteriormente se procederá a diseñar el estudio, para ello es preciso definir los pacientes/sujetos y los métodos. Estos describen qué se hace con los sujetos de estudio, qué instrumental se emplea y cómo se utiliza. Primero se describen qué parámetros se van a considerar, las actuaciones que se van a realizar, método de recogida de datos, así como la metodología y herramientas empleadas para el manejo de los datos.

La interpretación de los resultados sirve para redactar las conclusiones finales del trabajo, claras y dirigidas a la aceptación o rechazo de la hipótesis, su utilidad en la práctica clínica o el desarrollo de la teoría. Es importante comentar siempre las limitaciones del estudio, puesto que la perfección en investigación no existe.

## INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

En la metodología cualitativa el elemento de estudio no son los hechos sino los discursos, y su herramienta no es la cuantificación sino el análisis y la interpretación del lenguaje. Las ventajas destacables en investigación cualitativa son: bajo costo, flexibilidad, vínculo directo con el público beneficiario y no precisar de instalaciones técnicas. Las técnicas habitualmente utilizadas son: la observación participante, la entrevista, los grupos de discusión (grupo focal, grupo nominal) y el análisis de la documentación existente.

## **INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA**

Está sujeta a estricta disciplina, donde las condiciones de trabajo se controlarán para evitar sesgos y maximizar la precisión y validez. Por ello goza de gran prestigio y su uso es generalizado para el desarrollo de la ciencia médica. A pesar de que está limitada para resolver cuestiones psiquiátricas, morales o éticas vinculadas con la atención de la salud.

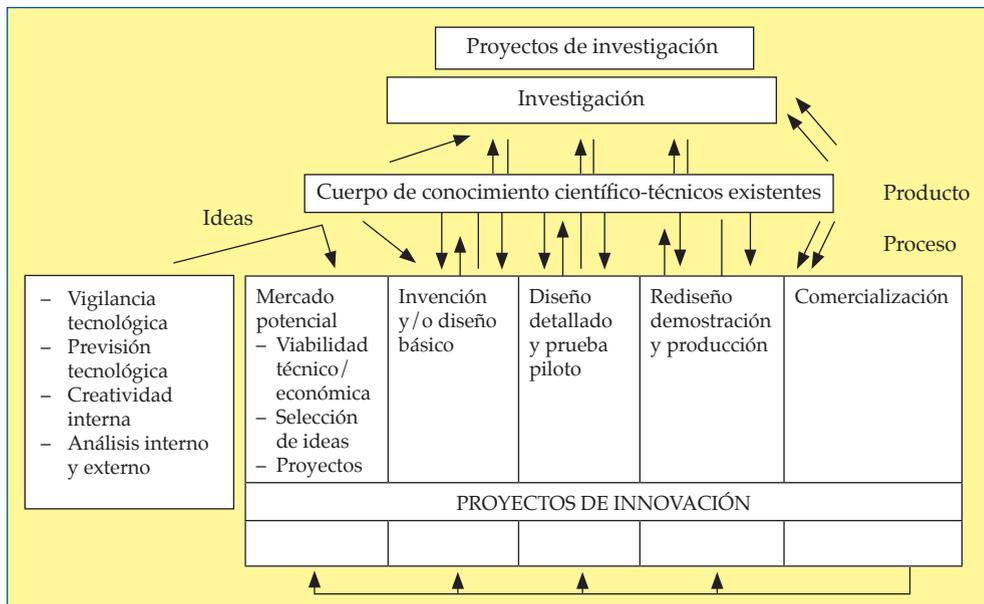
El diseño de un estudio debe responder a las siguientes cuestiones: ¿qué se espera conseguir? ¿qué datos necesitamos encontrar? ¿de quién y dónde se va a recopilar la información necesaria? ¿cómo se recopilan los datos? ¿cuál será la estrategia de análisis de datos? Además hay que tener en cuenta las consideraciones éticas y morales.

Los diseños pueden clasificarse según una serie de características y pueden ser: descriptivos, analíticos, de intervención o experimentales, casos clínicos y transversales.

La investigación en Enfermería es un instrumento útil para transformar nuestra realidad y el contexto de los cuidados de la salud. Mejorar los cuidados prestados es posible con la motivación, pero también es necesario estudiar, investigar y utilizar los hallazgos de la investigación en el quehacer cotidiano. Ante una sanidad pública cada vez más costosa y con recursos limitados, modelos novedosos (como la Cirugía Ambulatoria) y el modelo de la evidencia científica promueve la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente.

## **INVESTIGACIÓN + DESARROLLO + INNOVACIÓN (I+D+I)**

La innovación tecnológica que se realiza en un país constituye un factor crítico para determinar su crecimiento económico, los niveles de bienestar y su competitividad internacional. Dada su compleja naturaleza y sus interacciones, la gestión de la innovación tecnológica y la I+D precisan de un marco normativo que la sistematice y apoye la optimización de estas actividades. El proceso de I+D+I en las organizaciones tiene unas características propias y diferenciales que deben tenerse en cuenta y a las que se debe prestar especial anterior atención.



Modelo del proceso de I + D + I.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo internacional de Enfermeras. Guía práctica para la investigación de enfermería. Ginebra: W.L. Holzemer. CIE; 1998.
2. Gálvez Toro A. Enfermería basada en la evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación INDEX; 2001.
3. JBI. Management of the Day Surgery Patient. Best Practice 2003; Supplement 1: 1-4.
4. Norma Española experimental UNE 166001 EX. Ed: AENOR. Depósito legal: M 17267:2002.
5. Organización Colegial de Enfermería. Desarrollo de la profesión enfermera. Bloque temático 2. Cursos de nivelación. Ed: Escuela de Ciencias de la Salud de la Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española, capítulo XI, artículos 74 y 75.

11

Saber Cuidarse  
para  
Poder Cuidar

---

Fidel Delgado.



## Fidel Delgado.

Desde hace 35 años Psicólogo Clínico  
Especialista en Psicología Hospitalaria.  
Experto en Formación Continuada de  
Profesionales de La Salud....

Al evocar años de trabajo intenso y creativo  
evoco más que currículum académico  
los rostros innumerables de quienes fueron  
mis maestros. Al confiarme sus logros  
y desencantos, sus problemas y sustos  
he podido aprender en cabeza ajena y palpitar  
con su corazón para ensalzar el mío.

La formación académica dio paso a una  
transformación que aún continúa  
y que agradezco cada día a cada uno.

De tantas vivencias se extraen evidencias.

Algunas las comparto a continuación.

Lo resume en el título de mi libro: Saber Cuidarse  
para Poder cuidar.

La excelencia de los AutoCuidados culmina  
en el Servicio que fluye del Amor Maduro.

GRACIAS!

## Síntesis para apresurad@s

Las siguientes afirmaciones resumen evidencias destiladas de Vivencias por quienes vivimos íntegramente la profesión y el Arte de Cuidar en el Campo de la Salud.

Si a quien lee no le resulta igual de evidente, puede deberse a los distintos modos de vivenciar y diferentes estados de consciencia que integran la BIODIVERSIDAD.

- ★ Cuidamos según somos.
- ★ La calidad de los Cuidados depende del estado integral del profesional.
- ★ Inevitablemente comunicamos la forma de Ser que estamos viviendo.
- ★ Creer en Auto Conocimiento mejora los cuidados que se dan.
- ★ Es más efectivo ser afectivo.
- ★ La información es medicación.
- ★ Cuidando de ti ya cuidas de otros.

Por el Bien de todos cuidadeli GRACIAS.

## Cuidado con "Cuidate"

al animar a los auto Cuidados se impone aplicar lucidez para discernir que "motivados" se emplea.

Si no aceptas una transfusión y menos un trasplante sin previo análisis que verifique si es compatible contigo, menos incorporar un ¡cuidate! sin conocer sus componentes.

Hemos detectado tóxicas motivaciones.

en los aparentes bien intencionados ¡cuidate!  
¡Cuidate y aló tuyo: Note impliques, ni te metas en ellos!

Produce encogimiento del vivir por miedo al compromiso  
Fomenta el escaqueo, la insolidaridad, la soledad.  
La semilla que no se abre se pudre sin dar fruto.

¡Cuidate y que note exploten! Para lo que te pagan, demasiado haces!

El temor a los otros, vividos como amenaza lleva a una paranoia que cristaliza en estar de "minimos crónicos" resentidos.

Degenera en cirrosis sindical o fertilización parasita.

Si están sanos tus auto Cuidados lo notarás mejorando en todos los Sentidos:

mejora tu vista al ver más allá de las cataratas de los prejuicios.

mejora el tacto haciéndote capaz de acercarte con ternura a lo ingrato y a lo duro.

mejora tu comprensión al saber que el bienestar de otros es a la vez el tuyo.

Quizá afectados por el NO·DA\* creciente muchos profesionales han perdido la evidencia de que el sufrimiento que conlleva toda enfermedad también necesita atención. La confusión, angustia, desconfianza, soledad, desesperación, miedos, están desatendidas en busca de la efectividad, justificado por las prisas y mil presiones, como si no fuese vital darles solución.

La evidencia dice: **es más efectivo ser afectivo.**

Una atención empática, afectuosa, reduce dolores y demandas de analgésicos, diluye angustias, evita denuncias, suaviza voces.

Quien sabe acercarse respetuosamente obtiene colaboración del enfermo y la familia.

La implicación emocional con "humanos semejantes" que sufren evita deslizarse hacia la prepotencia con que se camufla a veces la minusvalía miedosa.

Cuidar de otros afectuosamente "complica" a veces pero **DA·DE·SI** La Vida que hemos recibido destinada a que florezca y de frutos.

\* NO·DA. Pandemia profesional Afecta al 73% de los Profesionales del Salud.

Como reacción pendular a la temida SIDA (falta de defensas) el NO·DA cursa con incremento incontrolado de defensas manifestadas en toda la gama de

**NO DAR**: NO implicarse, NO confiar, NO colaborar, NO empatizar, NO autenticar. Muy contagioso el virus portador: MDTT ⇒ Me lo Deben Todos. Todo.

## Siempre soy i n f o r m a c i ó n

Por muchas puertas entro en tu vida:  
 Cuando te digo palabras que aclaran lo que te pasa  
 cuando te toco con tacto te digo "me importas",  
 te digo que "te valoro" al mirarte con atención.  
 "te respeto" queda claro al llamarte por tu nombre...

Siempre mi acción se introduce en tu forma  
 de pensar, sentir, vivir y produce reacción.

Si es saludable, ha resultado ser medicación.  
 Si contiene tóxicos, miedos, prejuicios, prisas,  
 inconsciencia producirá angustia, confusión,  
 baja estima, ni medicación.

No resulta evidente a muchos en la praxis diaria  
 que **la información es medicación.**

Vamos extendiendo al manejo de la información  
 la responsabilidad y esmero que ponemos con la medicación.

Sabemos buscar vías de entrada con la ventaja  
 de poder usar simultáneamente vista, oído, tacto...

Según el paciente y su estado, cultura, edad  
 adecuamos qué decir o hacer... o no decir y  
 dejar de hacer para darle confianza, calma, et.

Verificamos por los resultados si comprende, colabora...  
 Dejamos constancia a los compañeros y la  
 familia de la evolución.

Todo un arte aber i n f o r m a r.

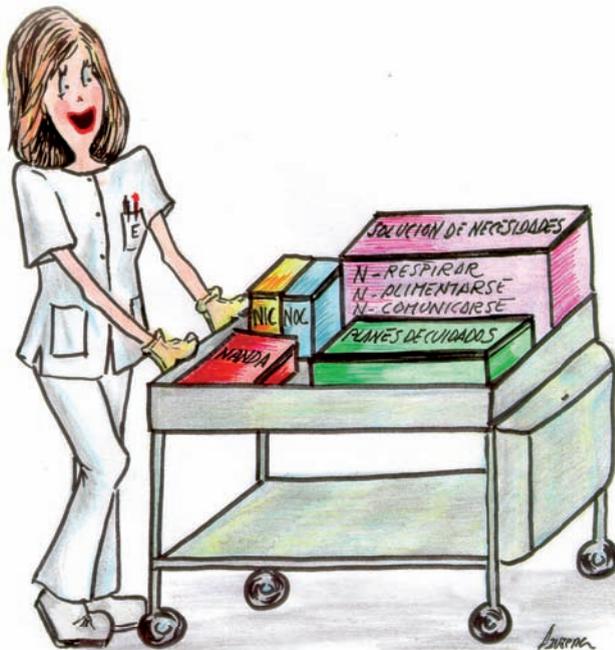




# 12

## Intervenciones enfermeras en CMA

---



## *Intervenciones enfermeras en CMA*

*Grupo BEMAEMAE*

La Cirugía Mayor Ambulatoria es una modalidad asistencial que comprende un concepto organizativo, terapéutico y económico en la asistencia quirúrgica diferente a la hospitalización tradicional. No intenta competir con esta, sino decidir el óptimo nivel asistencial para determinados pacientes. La utilización de nuevas técnicas quirúrgicas y anestésicas que permiten reducir el tiempo de estancia en las unidades, impone cambios importantes en la forma de abordar los cuidados por parte de las enfermeras.

Muchos son los cambios producidos en el colectivo enfermero español en las últimas décadas pero el más decisivo que ha permitido desarrollar cuidados de calidad en las Unidades de Cirugía Ambulatoria ha sido la modificación del objetivo del trabajo enfermero, dejando este de girar alrededor de la ayuda a otro profesional o en torno a la patología para pasar a estructurarse en relación a la persona a la que se atiende, a sus requerimientos de cuidados.

El cuidado que las enfermeras ofrecen en CMA como acto relacional tiene un requisito previo imprescindible: conocer y comprender el acto quirúrgico tal y como el paciente lo percibe. Los datos objetivos aportan una información necesaria pero lo que se debe trabajar en el marco de la relación asistencial es la subjetividad con la que el individuo vive la intervención a que va a ser sometido. Según Kérouac, las enfermeras en su práctica realizan un cuidado que utiliza la reflexión, el pensamiento crítico y la integración de creencias y valores de las personas que en interacción con su entorno viven experiencias de salud.

El análisis histórico y filosófico de la Enfermería desde la etapa vocacional inicial hasta la etapa profesional actual pone de manifiesto una serie de referentes éticos que orientan las actitudes y determinan las acciones. Estos referentes éticos pueden organizarse en tres niveles:

1. *Valores y principios en relación con el paciente y su familia:* actitud vocacional entendida como tendencia natural a ejercer la profesión (imprescindible para relacionarse con personas que demandan cuidados), responsabilidad profesional como respuesta a la salud y bienestar del paciente teniendo en cuenta los va-

lores de la persona cuidada, integridad moral, capacidad de comprensión del sufrimiento, empatía, confidencialidad y confianza.

2. *Valores y principios en relación con la profesión y el trabajo en equipo:* actitud guiada por el desarrollo intelectual para adaptarse al constante avance científico técnico, capacidad reflexiva para la toma de decisiones autónomamente o dentro del equipo lo que implica capacidad de discernimiento y prudencia además de una alta competencia técnica, necesaria pero no suficiente para ser un buen profesional.
3. *Valores y principios en relación con la sociedad y derechos humanos:* aunque no son exclusivos de la enfermera, la posición de esta al lado del paciente en momentos de vulnerabilidad la sitúa de forma privilegiada en la defensa de la calidad de vida, la dignidad de la persona y su autonomía para decidir sobre su proceso.

A todos estos valores que constituyen el marco ético de referencia hay que añadir el valor *cuidado*, entendiendo este como «una especial sensibilidad e interés para reconocer y atender las necesidades de las personas de acuerdo a su propia formulación, es decir, según cómo las perciben y las expresan» (Alberdi, Arriaga y Zabala, 2005).

En cuanto al marco conceptual, los cuidados en CMA han girado en torno a dos modelos teóricos fundamentalmente: *teoría del autocuidado* de Dorothea E. Orem, y *teoría de las necesidades* de Virginia Henderson. En realidad son los modelos explicativos más utilizados en la Enfermería española.

En cuanto a la *teoría del déficit de autocuidado* en Enfermería, el marco conceptual está basado en el autocuidado, entendiéndose como la práctica de actividades que el individuo realiza a favor de sí mismo para mantener la salud y el bienestar. El modelo explica que cuando el individuo pierde su capacidad de autocuidado, aumenta la demanda de autocuidado terapéutico y la enfermera es la encargada de compensar el sistema.

Los conceptos fundamentales que desarrolla Orem son el *autocuidado* (anteriormente descrito), *la agencia de autocuidado* (capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado), *déficit de autocuidado* (relación entre la agencia de autocuidado y la demanda de autocuidados terapéuticos), *agencia de Enfermería* (habilidades especializadas que compensan el déficit de autocuidado) y *sistemas de Enfermería* (se forman cuando las enfermeras utilizan su capacidad para prescribir, planificar y proporcionar cuidados dirigidos a afrontar los requisitos del autocuidado terapéutico)

Esta teoría ha sido bastante aceptada entre la comunidad enfermera en CMA por su carácter explicativo de los fenómenos enfermeros en general y de las relaciones enfermera/paciente en cirugía ambulatoria en particular: los cuidados enfermeros van dirigidos a obtener el mayor nivel posible de autocuidado en el individuo sometido a intervención quirúrgica.

Se trata de una teoría prescriptiva, normativa y de valores que explica todas las relaciones existentes o potenciales.

Virginia Henderson en su modelo no desarrolla afirmaciones teóricas o definiciones operativas para generar hipótesis de trabajo, pero ha resultado muy útil en el trabajo enfermero por su practicidad.

Los conceptos fundamentales que desarrolla son:

- *Enfermería*: consiste en asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o su recuperación, que realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, voluntad o conocimiento necesario.
- *Salud*: habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería.
- *Entorno*: condiciones externas e influencias que afectan a la vida y desarrollo de un organismo.
- *Paciente*: individuo que requiere asistencia para alcanzar la salud y la independencia. El paciente y su familia son considerados como una unidad.
- *Necesidad*: no es definida, tan sólo se identifican 14 necesidades básicas que comprenden los componentes de los cuidados de Enfermería:
  1. Respirar normalmente.
  2. Comer y beber adecuadamente.
  3. Eliminar los residuos corporales.
  4. Moverse y mantener una postura conveniente.
  5. Dormir y descansar.
  6. Seleccionar ropas apropiadas: vestirse y desvestirse.
  7. Mantener la temperatura del cuerpo adaptando la ropa y modificando el ambiente.
  8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado.
  9. Seguridad.
  10. Comunicarse con otros.
  11. Rendir culto de acuerdo con la propia fe.
  12. Trabajar de tal manera que exista un sentido del logro.
  13. Jugar o participar en actividades recreativas.
  14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud.

El concepto de *necesidad* de Virginia Henderson, aun faltando su definición, ha sido ampliamente aceptado por la comunidad enfermera: su exploración permite conocer los problemas del paciente que pueden ser resueltos por las enfermeras y aquellos que necesitan colaboración con otros profesionales.

Con estas premisas, hemos de decir que la práctica profesional enfermera en CMA se desarrolla fundamentalmente en estos tres aspectos:

1. Orientación y guía de los pacientes antes y después del acto quirúrgico.
2. Ayuda o suplencia durante la intervención y en el postoperatorio inmediato.
3. Colaboración con las actuaciones de otros profesionales.

A pesar de la evolución de la Enfermería en los últimos años y la instauración del concepto de *cuidado integral al individuo*, el modelo sanitario imperante en nuestro entorno está orientado fundamentalmente a la enfermedad y se desarrolla desde el punto de vista biologicista, muy alejado de la concepción holística de la persona que permita la prestación integral de cuidados enfermeros. Si bien hay un reconocimiento claro de la importancia de los cuidados, a la hora de proporcionar atención sanitaria de calidad existen barreras conceptuales, estructurales y organizativas que dificultan dentro del sistema la práctica enfermera en su totalidad.

Estas líneas generales tienen un desarrollo muy desigual en el territorio español. El grupo encargado de la elaboración de esta guía se planteó delimitar que *intervenciones y actividades enfermeras* eran más prevalentes en las Unidades que funcionaban en España con el fin de establecer unos mínimos comunes que ayudaran a definir los cuidados específicos prestados en CMA.

Para ello se seleccionó la metodología *Delphi modificada* por considerar que es el método que aporta el consenso prospectivo que se pretendía alcanzar para conocer la actividad real de los profesionales de Enfermería de CMA.

El periodo de estudio comprende entre febrero de 2007 y mayo de 2008.

Se utiliza como fuente de datos inicial, para establecer los contactos con las diferentes UCMA la página de ASECOMA (Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria), obteniéndose 134 Unidades.

En un primer momento se diseñó una hoja de actividad con preguntas abiertas que recogía información sobre las diferentes etapas del proceso asistencial. Esta ficha inicial fue enviada por la coordinadora a 22 Unidades, pudiendo ser extraídas las actividades más prevalentes que aparecen en *Registros 1* y que posteriormente fue enviado otras 104 unidades acompañado de:

- Carta de presentación (explicando el proyecto y a modo de guía de pasos guiados).
- Solicitud de síntesis de la Unidad, con el fin de obtener un reflejo de las características de cada una de las unidades colaboradoras.

**REGISTROS 1**

1. PREPARACIÓN -PREOPERATORIO. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
1. CUIDADOS PREOPERATORIOS -CONSULTA ENFERMERÍA PRECIRUGÍA
Verificar identidad del paciente. Revisar Historia Clínica y pruebas diagnósticas, consentimiento informado. Identificar: Intolerancias ..... Alergias .....
Valorar ansiedad y/o estrés.
Programa de acogida. Presentación para disminuir ansiedad y/o estrés. (información sobre el proceso y sus fases)
Valorar presencia acompañante-cuidador
Revisar Conocimiento sobre su proceso. Complementar información
Comprobación mediante llamada telefónica y/o <i>in situ</i> el estado general verificar la No Existencia de ningún factor que impida la realización de la intervención
Valorar terapias coadyuvantes. Avisar si procede para modificar pauta y vía administración
Información oral y escrita sobre premedicación anestésica: Ansiolíticos <input type="checkbox"/> Protector gástrico <input type="checkbox"/> Premedicación específica .....
Control constantes vitales T° .....T.A..... FC..... FR.....Saturación O <sub>2</sub> .....
Anotar peso:....., Talla:.....
Recomendaciones preparación piel higiene/ ducha y preparación campo Qx. Rasurado
Recomendaciones sobre ropa-calzado
Recomendaciones : No joyas, prótesis móviles y revisión de uñas
Recomendación deshabitación tabáquica NO FUMAR <input type="checkbox"/>
Pruebas cruzadas -valorar capital venoso

**2. DÍA INTERVENCIÓN. PREOPERATORIO. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA****2.1. CUIDADOS PREOPERATORIOS**

Verificar identidad del paciente. Revisar Historia Clínica y pruebas diagnósticas, consentimiento informado. Identificar:

Intolerancias ..... Alergias .....

Valorar ansiedad y/o estrés.

Programa de acogida. Presentación para disminuir ansiedad y/o estrés.  
Información sobre el proceso y sus fases

Valorar presencia acompañante-cuidador

Revisar conocimiento sobre su proceso. Complementar información

Comprobar ayunas

Valorar terapias coadyuvantes. Avisar si procede para modificar pauta y vía administración

Valorar y comprobar toma premedicación anestésica:  
Ansiolíticos; Protector gástrico; Premedicación específica

Control constantes vitales: T<sup>a</sup> ..... T.A..... FC..... FR..... Saturación O<sub>2</sub>....

Identificación paciente-colocación pulsera

Valoración de campo quirúrgico. Higiene y rasurado

Comprobar: no joyas, prótesis móviles y revisión de uñas, no maquillaje

Preparación paciente: electrodos; gorro; polainas; otro

Seleccionar e insertar catéter venoso-Previa valoración capital venoso-Terapia intravenosa  
DVP (dispositivo venoso periférico) Localización: .....  
DVC (dispositivo venoso central) Localización: .....

Administración segura de fármacos

Explicar procedimiento anestésico al paciente/familia

## 2. DÍA INTERVENCIÓN. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

## 2.2. CUIDADOS INTRAOPERATORIOS

Verificar identidad del paciente. Revisar Hª Clínica y pruebas diagnósticas, consentimiento informado.

Identificar: Intolerancias ..... Alergias .....

Valorar ansiedad y/o estrés.

Programa de acogida. Presentación para disminuir ansiedad y/o estrés. Información sobre el proceso y sus fases)

Traslado-colocación del paciente posición:.....en la mesa quirúrgica

Según: procedimiento anestésico/procedimiento quirúrgico.

Preparar material y utillaje necesario/procedimiento anestésico

Preparar material y utillaje necesario/procedimiento Qx.....

Instrumentación y apoyo en el procedimiento Qx. Mantenimiento del campo estéril y técnica aséptica

Mantener intimidad del paciente

Monitorización de constantes y valoración durante el proceso Qx anotar en gráfica

Valoración de pérdidas/quirúrgicas. Anotar en gráfica

Valorar aportes Qx. Anotar en gráfica

Mantener y controlar temperatura ambiental. Evitar hipotermia

Vigilar presencia de complicaciones relacionadas con el proceso quirúrgico y anestésico

Seleccionar e insertar catéter vesical si está indicado

Administración segura de medicación. Firmar y anotar en gráfica:

Control del material punzantes. Recuento de gasas.....

Preparación y control de pruebas intraoperatorias: biopsia, etc.

Selección y colocación apósito herida

quirúrgica:.....

## 2. DÍA INTERVENCIÓN. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

## 2.3. REA. CUIDADOS POSTOPERATORIO. CUIDADOS AL ALTA

Verificar identidad del paciente. Revisar Historia Clínica Identificar: Tolerancias.....Alergias .....
Valoración nivel de consciencia y/o orientación. Uso de escala.....
Valorar dolor. Uso de escalas
Valorar ansiedad y/o estrés
Cuidados permeabilidad vía DVP (dispositivo venoso periférico) <input type="checkbox"/> ; DVP uso intermitente <input type="checkbox"/> ; DVP uso continuo <input type="checkbox"/> DVC (dispositivo venoso central) <input type="checkbox"/> ; DVC uso intermitente <input type="checkbox"/> ; DVC uso continuo <input type="checkbox"/> Retirada vía previa alta y anotar en gráfica
Control constantes vitales: T° .....T.A..... FC..... FR.....Saturación O <sub>2</sub> ....
Valoración presencia complicaciones
Administración segura de medicación
Tolerancia a líquidos
Recuperación movilidad
Recomendación deshabitación tabáquica S/P. NO FUMAR
Recomendaciones cuidados específicos r/c. Procedimiento quirúrgico
Recomendaciones régimen terapéutico. Analgésica...vía:..... C/ .....Horas
Recomendaciones sobre dieta: Reanudar la habitual transcurridas...horas de la intervención Ingesta de líquidos y realización de actividad para favorecer el tránsito intestinal
Avisar al Tlfn..... en caso de .....
Ponerse en contacto con enfermera de referencia a la mañana siguiente de la intervención Tlfn..... día..... Hora aproximada .....
Se recomienda higiene mediante ducha. No inmersión hasta .....semanas/ postintervención Motivo:.....
Recomendación cuidados herida quirúrgica: Limpieza:.....Tipo apósito:.....Pauta cambio de apósito: n°..... veces/día. <b>¡Y siempre que esté sucio o mojado!</b> Anotar motivo del cambio:.....
Registro Alta: Día .....hora..... Responsable de Enfermería .....

3. REVISIÓN INTERVENCIÓN. POSTOPERATORIO. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
CUIDADOS ENFERMERÍA-CONSULTA ENFERMERÍA POSTCIRUGÍA
Valorar dolor. Revisar analgésica y vendajes
Recomendaciones seguimiento régimen terapéutico. Analgésica..... vía:..... C/ ..... Horas .....
Control constantes vitales Tª ..... T.A ..... mmHg
Valoración presencia complicaciones ..... .....
Información oral y escrita. Recomendaciones cuidados específicos r/c procedimiento quirúrgico ..... ..... Avisar al Tlfn ..... en caso de .....
Valorar recuperación hábitos eliminación Recuperación eliminación urinaria Recomendación ..... Recuperación patrón eliminación intestinal. Recomendación .....
Recomendaciones higiene mediante ducha No inmersión hasta ..... días/postintervención
Recomendación de cuidados herida quirúrgica: Limpieza:..... Tipo apósito:..... Pauta cambio de apósito: nº ..... veces/día. <b>¡Y siempre que esté sucio o mojado!</b> Anotar motivo de cambio: .....
Pautar retirada de puntos/grapas..... Enfermera /o de referencia ..... Tlfn ..... día.....
Recomendaciones reanudar actividad habitual: Pasados .....días de la cirugía No realizar esfuerzos físicos. Si Tª > 38 °C, Llamar al Tlfn. facilitado por UCMA
Avisar al Tlfn ..... En caso de .....

Tras varios contactos contabilizamos como CMA en el territorio español 108 Unidades, y se comprometen con el proyecto 104, de las cuales finalmente colaboran 72 (69,23%), aunque son 65 (90,27%) las que nos envían cumplimentados todos los documentos.

Conforme la metodología Delphi establece, podemos decir que hemos hallado el consenso esperado, ya que alrededor de 90% de los registros cumplimentados señalan el 100% de las actividades planteadas en los mismos.

A su vez con el propósito de poner en evidencia el rol que los profesionales de Enfermería tenemos como garantes de la seguridad del usuario de CMA, hemos agrupado las intervenciones de Enfermería en dicha necesidad de seguridad.

Os proponemos el documento *Registros 2*, que recoge la actividad realizada a lo largo del proceso asistencial por los profesionales de CMA agrupados por intervenciones de Enfermería, como propuesta de mejora para la actividad asistencial.

## REGISTROS 2

1. PREPARACIÓN -PREOPERATORIO. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA		
1. CUIDADOS PREOPERATORIOS -CONSULTA ENFERMERÍA PRECIRUGÍA		
Actividades independientes	<b>2880: Coordinación preoperatoria. Control de pruebas</b>	
	Verificar identidad del paciente. Revisar Historia Clínica y pruebas diagnósticas, consentimiento informado. Identificar: Intolerancias ..... Alergias .....	
	Valorar terapias coadyuvantes ..... Avisar si procede para modificar pauta y vía administración.	
	Pruebas cruzadas-valorar capital venoso	
	Comprobación mediante llamada telefónica y/o <i>in situ</i> el estado general. Verificar la No Existencia de factores que impida la realización de la intervención.	
	<b>5820: Disminución ansiedad</b>	
	Valorar ansiedad y/o estrés.	
	Programa de acogida.	
	Revisar conocimiento sobre su proceso. Complementar información.	
	Valorar presencia acompañante-cuidador.	
6654 Vigilancia: seguridad	<b>6680: Monitorización de signos vitales</b>	
	Control constantes vitales Tº .....T.A..... FC..... FR.....Saturación O <sub>2</sub> .....	
	Anotar peso:....., Talla:.....	
	5240: Asesoramiento	Información oral y escrita sobre premedicación anestésica: ansiolíticos; protector gástricos, premedicación específica .....
		Recomendaciones preparación piel higiene/ ducha y preparación campo Qx. Rasurado
		Recomendaciones sobre ropa/ calzado
		Recomendación no joyas, prótesis móviles y revisión de uñas
		Recomendación deshabituación tabáquica. NO FUMAR

<b>2. DÍA INTERVENCIÓN. PREOPERATORIO. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA</b>	
<b>2.1. CUIDADOS PREOPERATORIOS</b>	
<b>Actividades Independientes</b>	<b>2880: Coordinación proceso preoperatoria. Control de pruebas</b>
	Verificar identidad del paciente . Revisar Historia Clínica y pruebas diagnósticas, consentimiento informado. Identificar: Intolerancias ..... Alergias .....
	Valorar terapias coadyuvantes. Avisar si procede para modificar pauta y vía administración.....
	Pruebas cruzadas-valorar capital venoso
	Comprobación mediante llamada telefónica y /o <i>in situ</i> el estado general. Verificar la No Existencia de ningún factor que impida la realización de la intervención
	<b>5820: Disminución ansiedad</b>
	Valorar ansiedad y /o estrés.
	Programa de acogida.
	Revisar conocimiento sobre su proceso. Complementar información
	Valorar presencia acompañante-Cuidador
	<b>6680: Monitorización de signos vitales</b>
	Control constantes vitales Tª .....T.A..... FC..... FR.....Saturación O <sub>2</sub> .....
	Anotar peso: ....., Talla:.....
	Valorar y comprobar toma premedicación anestésica ansiolíticos; protector gástricos premedicación específica: .....
	<b>2930: Preparación quirúrgica</b>
	Comprobar ayunas
	Identificación paciente. Colocación pulsera
	Valoración de campo quirúrgico. Higiene y rasurado
Comprobar: no joyas, prótesis móviles y revisión de uñas. No maquillaje	
Preparación paciente: electrodos; gorro; polainas; otro .....	
Seleccionar e insertar catéter venoso. Previa valoración capital venoso. Terapia intravenosa: DVP (dispositivo venoso periférico) Localización: ..... DVC (dispositivo venoso central) Localización: .....	
Administración segura de fármacos	

2. DÍA INTERVENCIÓN. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA		
2.2. CUIDADOS INTRAOPERATORIOS		
Actividades independientes	Seguridad	<b>2880: Coordinación proceso-perioperatoria</b>
		Verificar identidad del paciente. Revisar Historia Clínica y pruebas diagnósticas, consentimiento informado. Identificar: Intolerancias. .... Alergias .....
		Valorar terapias coadyuvantes
		Pruebas cruzadas-valorar capital venoso
		<b>2900: Asistencia quirúrgica</b>
		Traslado y colocación del paciente mesa quirúrgica posición .....
		Según: procedimiento anestésico/procedimiento quirúrgico.
		Preparar material y utillaje necesario/procedimiento anestésico
		Preparar material y utillaje necesario/procedimiento quirúrgico
		Instrumentación y apoyo en el procedimiento quirúrgico. Mantenimiento del campo estéril y técnica aséptica
		Mantener intimidad del paciente
		Selección y colocación apósito y dispositivo adecuado cierre quirúrgico
		<b>5820: Disminución ansiedad</b>
		Valorar ansiedad y/o estrés.
		Programa de acogida.
		<b>6680: Monitorización de signos vitales</b>
		Control constantes vitales Tª ...T.A... FC .FR.....Saturación O <sub>2</sub> ...
		Anotar peso:..... Talla:.....
		6486 Manejo ambiental: seguridad
		Control de circuitos
		<b>6654: Vigilancia: seguridad</b>
		Verificar preparación piel higiene. Rasurado-preparación campo
		Verificar: no joyas, prótesis móviles y revisión de uñas.....
		Comprobar premedicación anestésica
		Comprobar ayunas
		Identificación paciente-colocación pulsera
		Valoración de campo quirúrgico. Higiene y rasurado
		Comprobar: no joyas, prótesis móviles. Revisión de uñas. No maquillaje
		Revisar-preparación paciente: electrodos; gorro; polainas; otro...

(Continúa en la página siguiente)

2. DÍA INTERVENCIÓN. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA (continuación)	
2.2. CUIDADOS INTRAOPERATORIOS	
Actividades independientes	Terapia intravenosa: DVP (dispositivo venoso periférico). Localización DVC (dispositivo venoso central). Localización: .....
	Administración segura de fármacos
	Valoración de pérdidas/ quirúrgicas. Anotar en gráfica
	Valorar aportes Qx. Anotar en gráfica
	Mantener y controlar temperatura ambiental-Evitar hipotermia
	Vigilar presencia de complicaciones relacionadas con el proceso quirúrgico y anestésico
	Seleccionar e insertar catéter vesical si está indicado
	Administración segura de medicación. Firmar y anotar en gráfica
	Control del material punzante. Recuento gasas
	Preparación y control de pruebas intraoperatorias: biopsia, etc.
	Acompañamiento traslado Unidad-Continuidad de Cuidados

2. DÍA INTERVENCIÓN. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	
2.3. REA .CUIDADOS POSTOPERATORIO.CUIDADOS AL ALTA	
Actividades Independientes	6654: Vigilancia: seguridad
	<b>2880: Coordinación proceso-postoperatoria. Control de pruebas</b>
	Verificar identidad del paciente. Revisar Historia Clínica Identificar: Intolerancias ..... Alergias .....
	Valorar terapias coadyuvantes Avisar si procede para modificar pauta y vía administración
	<b>5820: Disminución ansiedad.</b>
	Valorar ansiedad y/o estrés.
	Programa de acogida.
	<b>2870: Cuidados postanestesia.</b>
	Valorar dolor. Uso de escalas.
	Valoración nivel de consciencia y/o orientación. Uso de escala
	Cuidados permeabilidad: vía DVP (dispositivo venoso periférico) DVP uso intermitente; DVP uso continuo DVC (Dispositivo Venoso central) DVC uso intermitente; DVC uso continuo Retirada vía previa alta y anotar en gráfica .....
	Control constantes vitales Tª .....T.A..... FC..... FR.....Saturación O <sub>2</sub> ....
	Valoración presencia complicaciones:
	Administración segura de mediación
Tolerancia a líquidos	
Recuperación movilidad	
5240: Asesoramiento	Actividades Independientes
Recomendación deshabituación tabáquica S/P. NO FUMAR	
Recomendaciones cuidados específicos r/c Procedimiento quirúrgico	
Recomendaciones régimen terapéutico. Analgésica ..... vía: ..... C/Horas	
Transcurridas ..... Horas de la intervención ingesta de líquidos Recomendaciones sobre dieta y tiempo para reanudar dieta habitual y realización de actividad para favorecer el tránsito intestinal	
Se recomienda higiene mediante ducha: No inmersión hasta ..... días/post-inter.	
Recomendación cuidados herida quirúrgica: Limpieza: ..... Tipo apósito: ..... Pauta de cambio: nº veces/día. <b>¡Y siempre que esté sucio o mojado!</b> Anotar motivo de cambio	
Avisar al Tlfn ..... en caso de .....	
Cita revisión .....	
Registro hora alta ..... Fecha de alta ..... Responsable de Enfermería.....	

3. REVISIÓN INTERVENCIÓN. POSTOPERATORIO. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	
CUIDADOS ENFERMERÍA-CONSULTA ENFERMERÍA POSTCIRUGÍA	
Actividades Independientes	6654: Vigilancia Seguridad
	Valorar dolor
	Recomendaciones régimen terapéutico. Analgésico..... vía:..... C/ Horas
	Control constantes vitales T <sup>a</sup> .....T.A.....
	Valoración presencia complicaciones.....
	5240: Asesoramiento
	Información oral y escrita. Recomendaciones Cuidados específicos r/c procedimiento quirúrgico:.....
	Avisar al Tlfn. .... en caso de .....
	Valorar recuperación hábitos eliminación Recuperación eliminación urinaria. Recomendación.....
	Recuperación patrón eliminación intestinal Recomendación.....
	Se recomienda higiene ducha (no inmersión) hasta días ..... post intervención
	Recomendación de cuidados herida quirúrgica: Limpieza: ..... Tipo apósito ..... Pauta cambio de apósito: n <sup>o</sup> .....veces/ día <b>¡Y siempre que esté sucio o mojado!</b> Anotar motivo de cambio: .....
	Retirada puntos/grapas día ..... Enfermera/o de referencia ..... Tlfn .....
	Recomendaciones reanudar actividad habitual: Pasados ..... días de la cirugía. No realizar esfuerzos físicos Si T <sup>a</sup> > 38 °C. llamar al Tlfn ..... facilitado por UCMA En caso de .....

A modo de discusión, y con el propósito de seguir en la línea de normalizar el proceso de atención de Enfermería en CMA, nos gustaría validar el nuevo registro mediante un nuevo estudio abierto a la participación de todos aquellos profesionales que comparten el mismo interés profesional, siendo conscientes de que la normalización pasa por el desarrollo de un proyecto aún más ambicioso: la creación de la base documental necesaria para el apoyar la práctica profesional en una guía de Procedimientos Enfermeros.

Hemos intentado a través de esta primera parte tener una mayor aproximación a la realidad gracias a las imágenes que los registros cumplimentados nos han proyectado de las diferentes Unidades que han participado en el estudio, así como sus características.

Es indudable que este arduo trabajo no hubiera obtenido frutos sin la colaboración de los profesionales de cada una de las unidades y a los que agradecemos sinceramente sus aportaciones.

Como resumen de este trabajo, el grupo BEMAEMAE envió al Congreso de AENTDE 2008 el siguiente póster que recoge las intervenciones más prevalentes de las enfermeras en las Unidades de CMA.

**INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES ENFERMERAS MÁS PREVALENTES EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. ESTUDIO DELPHI MODIFICADO**



**AUTORÍA GRUPO**

B egoña Ayerdi Nuñez de Prado, H. de Galdakao-Usansolo, Galdakao (Vizcaya)  
E milia Bay Cuneil, Atención Primaria Sevilla (Sevilla)  
Mª Mar Caballero Aguirre, Área Hospitalaria de Valme, Dos Hermanas (Sevilla)  
A maparo Carbonell Miral, H. Luis Alcayáiz de Xátiva, Xátiva (Valencia)  
M.ª Milva Chiribch Pérez, H. General de Vic- Consorci Hospitalari de Vic, Vic (Barcelona)  
M ontserrat Santa-Olalla Bergua, H. de Viladecans, Viladecans (Barcelona)  
A na M.ª Laza Alonso, Complejo Hospitalario de Toledo (Toledo)  
E ugenia Vidi Vilacampa, Fábula Congress (Madrid)

**INTRODUCCIÓN**  
 > La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es una modalidad asistencial que comprende un concepto diferente a la hospitalización tradicional.  
 > Si bien hay un reconocimiento claro de la importancia de los cuidados a la hora de proporcionar atención sanitaria de calidad, existen barreras que dificultan dentro del sistema la práctica enfermera en su totalidad.

**OBJETIVOS**  
 Identificar Intervenciones y Actividades Enfermeras más prevalentes, en CMA

**METODOLOGÍA**  
 > Estudio Delphi Modificado Prospectivo.  
 > La fuente de datos inicial, con los expertos de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) del Estado Español, se obtuvo de la página de la Sociedad Española de Cirugía Mayor Ambulatoria.  
 > Estaban registradas 138 unidades.  
 > Se identificaron como UCMA a 108.  
 > Se comprometieron a participar 104.  
 > Período de estudio: de Febrero del 2007 a Mayo del 2008.  
 > Se creó un grupo coordinador que diseñó una primera hoja de registro estructurado, según las etapas del proceso asistencial quirúrgico de CMA, con preguntas abiertas.  
 > Se utilizó el modelo conceptual de Virginia Henderson.  
 > Como pilotaje, la primera hoja de registro fue enviada a 22 UCMA.  
 > De los registros recibidos se extrajeron las actividades enfermeras más prevalentes  
 > Y se diseñó una segunda hoja (con preguntas cerradas), de intervenciones y actividades enfermeras, que fue enviado de nuevo las UCMA.

1. DÍA CONSULTA PREQUIRÚRGICA	2. DÍA INTERVENCIÓN	2. DÍA INTERVENCIÓN	2. DÍA INTERVENCIÓN
<b>PREOPERATORIO- ACTIVIDADES DE ENFERMERIA</b> Verificar identidad del paciente. Revisar Hª clínica y pruebas diagnósticas, consentimiento informado. Identificar: Intolerancias y Alergias. Valorar ansiedad y/o estrés. Programa de acogida. Presentación para disminuir ansiedad y/o estrés. (información sobre el proceso y sus fases) Valorar presencia acompañante- Cuidador. Revisar Conocimiento sobre su proceso. Complementar información. Comprobación mediante llamada telefónica y/o estado al estado general. Verificar la No Existencia de ningún factor que impida la realización de la intervención. Valorar terapias coadyuvantes. Avisar si procede para modificar pauta y vía administración. Información oral y escrita sobre premedicación anestésica: ansiolíticos, protector gástrico. Premedicación específica. Control constantes vitales: T°, T.A., FC, FR, Saturación O <sub>2</sub> . Valoración de campo quirúrgico- higiene y rasurado. Anotar peso y talla. Recomendaciones preparación piel higiene y/duo y preparación campo O <sub>2</sub> rasurado. Recomendaciones sobre ropa-cubajo. Recomendaciones: No joyas, prótesis móviles y revisión de uñas. Recomendación deshabituación tabáquica - NO FUMAR. Pruebas cruzadas - valorar capital venoso.	<b>2.1. PREOPERATORIO- ACTIVIDADES DE ENFERMERIA</b> Verificar identidad del paciente: Revisar Hª clínica y pruebas diagnósticas, consentimiento informado. Identificar: Intolerancias y Alergias. Valorar ansiedad y/o estrés. Programa de acogida. Presentación para disminuir ansiedad y/o estrés. Información sobre el proceso y sus fases. Valorar presencia acompañante- Cuidador. Identificación paciente - colocación sueters. Revisar Conocimiento sobre su proceso. Complementar información. Comprobar ayunas. Valorar terapias coadyuvantes. Avisar si procede para modificar pauta y vía administración. Valorar y comprobar toma premedicación anestésica: ansiolíticos, protector gástrico. Premedicación específica. Control constantes vitales: T°, T.A., FC, FR, Saturación O <sub>2</sub> . Valoración de campo quirúrgico- higiene y rasurado. Comprobar: No joyas, prótesis móviles, revisión de uñas, no maquillaje. Preparación paciente: electrolitos (Soro, potasio, etc). Seleccionar e insertar catéter venoso - Previa valoración capital venoso - Terapia intravenosa DVP (dispositivo venoso periférico) Localización DVP (dispositivo venoso central). Localización. Administración segura de Fármacos. Explicar procedimiento anestésico al paciente / familia.	<b>2.2. INTRAOPERATORIO- ACTIVIDADES DE ENFERMERIA</b> Verificar identidad del paciente: Revisar Hª clínica y pruebas diagnósticas, consentimiento informado. Identificar: Intolerancias y Alergias. Valorar ansiedad y/o estrés. Programa de acogida. Presentación para disminuir ansiedad y/o estrés. Información sobre el proceso y sus fases. Traslado y colocación del paciente en la mesa quirúrgica según procedimiento anestésico y procedimiento quirúrgico. Preparar material y utillaje necesario / procedimiento anestésico y procedimiento quirúrgico. Instrumentación y apoyo en el procedimiento O <sub>2</sub> . Mantenimiento del campo estéril y técnica aséptica. Mantener intimidad del paciente. Monitorización de constantes y valoración durante el proceso O <sub>2</sub> . Anotar en gráfica. Valoración de pérdidas / quirúrgicas. Anotar en gráfica. Valorar aportes O <sub>2</sub> . Anotar en gráfica. Mantener y controlar temperatura ambiental - Evitar hipotermia. Vigilar presencia de complicaciones relacionadas con el Proceso quirúrgico y anestésico. Seleccionar e insertar catéter vesical si está indicado. Administración segura de medicación. Firmar y anotar en gráfica. Control del material punzantes. Recuento gases. Preparación y control de pruebas intraoperatorias (biopsias). Selección y Colocación apósito herida quirúrgico.	<b>2.3. REA- CUIDADOS POSTOPERATORIO- ALTA ACTIVIDADES DE ENFERMERIA</b> Verificar identidad del paciente: Revisar Hª clínica y pruebas diagnósticas y consentimiento informado. Identificar: Tolerancias y Alergias. Valoración nivel de consciencia y/o orientación. Uso de escalas. Valorar dolor. Uso de escalas. Valorar ansiedad y/o estrés. Cuidados permeabilidad vía DVP (dispositivo venoso periférico), DVP uso intermitente, DVP uso continuo, DVC. Vía central, DVC uso intermitente, DVC uso continuo. Retirada vía previa alta. Anotar en gráfica. Control constantes vitales: T°, T.A., C, FR, Saturación O <sub>2</sub> . Valoración presencia complicaciones. Administración segura de medicación. Tolerancia a Líquidos. Recuperación movilidad. Recomendación deshabituación tabáquica S/P NO FUMAR. Recomendaciones cuidados específicos r/c Procedimiento Quirúrgico. Recomendaciones régimen mediante Analgésica vía. Horas. Recomendaciones sobre Dieta, Ingesta de líquidos y realización de actividad para favorecer el tránsito intestinal. Avisar al TFN ..... en caso de ..... Ponerse en contacto con enfermera de referencia a la mañana siguiente de la intervención. Se recomienda higiene mediante ducha: No inmersión hasta ..... sesiones / post intervención. Recomendación Cuidados Herida Quirúrgica: Limpieza, tipo apósito, pauta cambio de apósito. Si T° >38° llamar al Teléfono Asistido por UCMA. Recomendación Cuidados Herida Quirúrgica: Limpieza, tipo apósito, pauta cambio de apósito. Si T° >38° llamar al Teléfono Asistido por UCMA. Registro hora. Alta. Responsable de Enfermería.
<b>3. DÍA REVISIÓN INTERVENCIÓN POSTOPERATORIO- ACTIVIDADES DE ENFERMERIA</b> Valorar dolor. Revisar analgésica y seguimiento régimen terapéutico, analgésica, vía. Control constantes vitales: T°, T.A. Valoración presencia complicaciones. Información oral y escrita. Recomendaciones Cuidados específicos r/c Procedimiento Quirúrgico. Avisar al TFN ..... en caso de ..... Valorar recuperación hábitos eliminación. Recuperación eliminación urinaria y recomendación. Recuperación paulina eliminación intestinal y recomendación. Recomendaciones higiene mediante ducha. Recomendación de Cuidados Herida Quirúrgica: Limpieza, tipo apósito, pauta cambio de apósito. Si T° >38° llamar al Teléfono Asistido por UCMA. Pautar Retirada, puntas/grapas, enfermero de referencia, teléfono, día. Recomendaciones reanudar actividad habitual. No realizar esfuerzos físicos. Si T° >38° llamar al Teléfono Asistido por UCMA. Avisar al TFN ..... en caso de .....			

**RESULTADOS**

Se vincularon al proyecto 104 UCMA, colaboraron 72 (69,23%) y enviaron cumplimentados todos los registros 65 (90,27%). Conforme establece la metodología Delphi, se halló el consenso esperado.

Alrededor del 90% de los registros cumplimentados, identificaban al 100% de las actividades planteadas, como actividades que realizaban habitualmente.



Intervenciones (NIC)

- 6654. Vigilancia: seguridad
- 2880. Coordinación preoperatoria
- 5820. Disminución Ansiedad
- 6680. Monitorización de signos vitales
- 2900. Asistencia Quirúrgica
- 5240. Asesoramiento



**CONCLUSIONES**

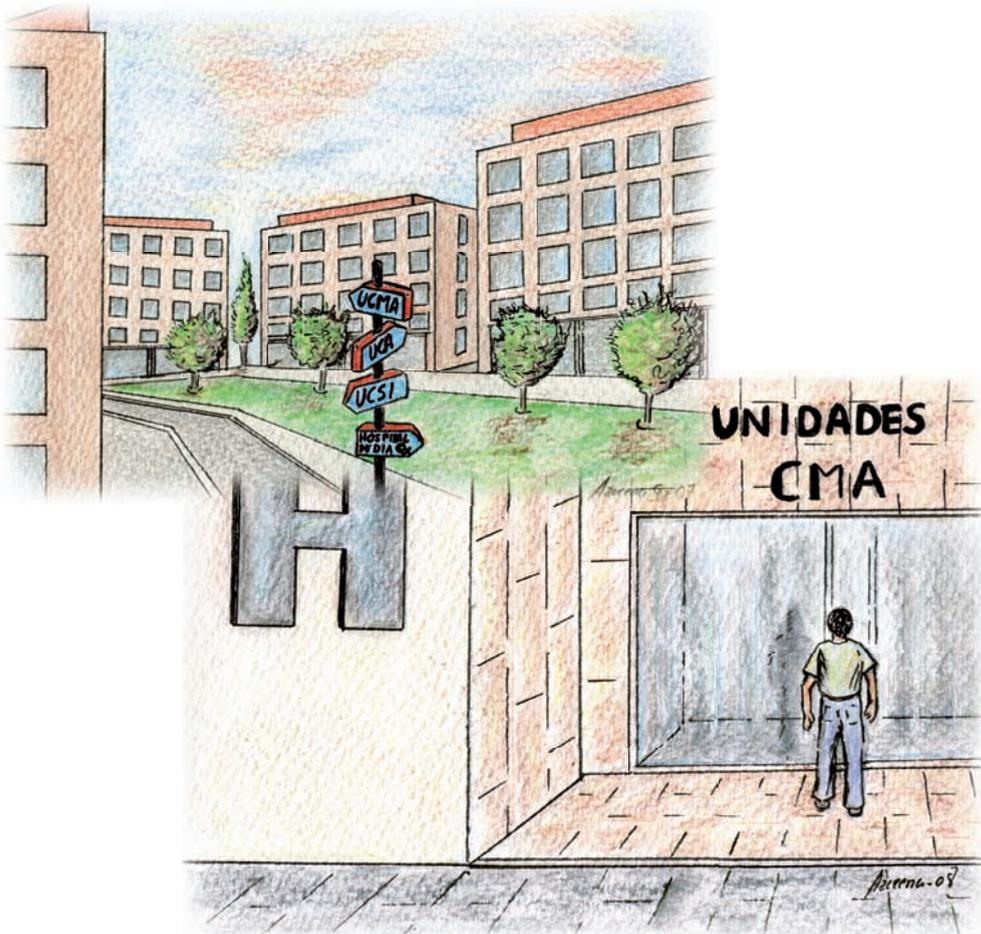
Han sido identificadas las intervenciones y las actividades enfermeras más prevalentes que se desarrollan en las UCMA's del Estado Español

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alberdi Castell RM, Cuxart Ainaud N. Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Presencia* 2005; 1(2).
2. Bulechek GM, Mcloskey JC. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). 3ª edición. Edición en español. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000.
3. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Harcourt; 2001.
4. Falcó Pegueroles A. Cuidar siguiendo los valores y principios éticos de la enfermería. *Enfermería Clínica* 2005; 15(5): 287-90.
5. Ferrer Vals JV. Guía de actuación en CMA. Generalitat Valenciana; 2002.
6. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. Mosby. NANDA; 2003.
7. Jhonson M, et al. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 2ª edición. Edición en español. Madrid: Ediciones Harcourt; 2001.
8. Jhonson M, et al. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA NOC NIC. Edición en español. Madrid: Ediciones Harcourt; 2002.
9. Jiménez Bernadó A (coordinador). Guía de manejo del paciente quirúrgico ambulatorio en Atención Primaria; 2006.
10. Morales Asensio JM. Ponencia. URL disponible en: [http://www.asanec.org/Congreso/Evaluacion\\_Morales.htm](http://www.asanec.org/Congreso/Evaluacion_Morales.htm)
11. Morilla Herrera JC. Ponencia. II Congreso de Enfermería Comunitaria. Málaga 2000. URL disponible en: <http://www.asanec.org/Congreso/Instrumentos.htm>
12. Morilla Herrera JC, et al. El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. *Metas de Enfermería* 2005-2006; 8(10): 58-62.
13. Moro Blázquez B. Criterios de alta en CMA. Curso teórico-práctico CMA; 1996.
14. Planes básicos de cuidados. Atención en el postoperatorio. Profesoras de Enfermería medicoquirúrgica; 1994.
15. Raile Alligood M, Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Ed. Elsevier. 6ª edición; 2007.
16. Torralba Roselló F. Constructos éticos del cuidar. Conferencia pronunciada en el XXVI Congreso Nacional de la SEEIUC. Barcelona, 24-27 de junio de 2000.

# 13

## *Unidades de CMA en España*



A continuación se presenta una relación de Hospitales y Unidades de CMA, en España.

Antes de pasar a la misma conviene tener en cuenta las siguientes puntualizaciones:

- En febrero de 2007 se extrae de la página web de ASECCMA una relación de las Unidades que están recogidas en la misma como de CMA.
- Contactamos telefónicamente con cada una de ellas, desde febrero de 2007 hasta marzo de 2008 (algunas aparecen dos veces en la relación, con distintos nombres).
- Se observa que no aparecen hospitales de los que previamente teníamos constancia de que contaban con CMA, así como provincias o Comunidades Autónomas que no estaban representadas; por ejemplo la Rioja o las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.
- Finalmente se elabora una relación con 134 hospitales, ordenándose por orden alfabético de las Comunidades Autónomas a las que pertenecen.
- Cada Comunidad aparece en la relación con el fondo del color con el que se representa en el siguiente mapa.



- Seguro que en estos momentos existen en nuestro país unidades que no están representadas en esta relación, por lo que animamos a los profesionales de las que no aparezcan a ponerse en contacto con ASECEMA, para poder tener un registro lo más fiable posible de *¿Cuántos somos? Gracias por la colaboración.*
- Claves para interpretar las tablas que aparecen a continuación:
  - En la casilla N<sup>o</sup> aparece el número de hospitales con los que se ha contactado telefónicamente.
  - En la misma casilla, el asterisco representa las unidades que no estaban registradas en la página web de ASECEMA.
  - En la columna *Tiene unidad* aparecen las Unidades que hemos contabilizado. Si aparece *¿?*, significa que no hemos podido saber si hay o no unidad.
  - En la columna de colaboraciones aparece el número de unidades que de una u otra manera han colaborado en esta guía.
  - En la última columna, la que registra los procedimientos, aparecen las Unidades que enviaron cumplimentados los procedimientos para identificar las actividades y las intervenciones de Enfermería más prevalentes en CMA.

## *Hospitales, Unidades CMA y colaboraciones*

<i>N<sup>o</sup></i>	<i>Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura</i>	<i>¿Tiene Unidad?</i>	<i>Colaboradores/as</i>	<i>Procedi- mientos en los que colaboran</i>
1	(Andalucía) Hospital Torrecárdenas (Almería) 2003	Sí (1)	(1) 1. M <sup>a</sup> Rosa Góngora Abab	-----

*Continúa en la página siguiente*

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
2	(Andalucía) Hospital de Poniente (El Egido, Almería)  1996	Sí (2)	(2) 1. Josefa P. Santaella Santaella 2. Salomé Pinilla López 3. Isabel Villoslada González 4. Susana Clavero Maldonado 5. Carmen Ruiz Hernández 6. Otilia Hernández Rodríguez	(1) Estrabismo  Dacriocistorriomotía
3	(Andalucía) Hospital de Pascual Virgen del Camino (Cádiz)	Sí (3)	-----	-----
4	(Andalucía) Hospital Clínico de Puerto Real (Puerto Real, Cádiz)  1994	Sí (4)	(3) 1. M <sup>a</sup> Carmen Claudio Carrillo 2. M <sup>a</sup> Isabel Selma García 3. M <sup>a</sup> Antonia Sánchez Relinque 4. Francisca Almagro Henry 5. Javier Agudo Domínguez 6. Carmen Rodríguez Andrés	-----
5	(Andalucía) Hospital SAS de Jerez (Jerez, Cádiz)  1993	Sí (5)	(4) 1. Antonio Rodríguez González 2. Magdalena Urcola Andrés 3. Elisa Terol Bono 4. Sagrario Rodríguez Fuentes 5. M <sup>a</sup> José Campos Arévalo	(2) Vitrectomía  Histeroscopia

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
6	(Andalucía) Hospital de día Los Morales (Córdoba)	Sí (6)	-----	-----
7	(Andalucía) Hospital Infanta Margarita (Cabra, Córdoba)  1999	Sí (7)	(5) 1. Vicente Moreno Arroyo 2. Mariola Granados Roldán 3. Francisco Calero Gallegos 4. Ana Corrales Crespo 5. Leonardo Lladó Salas 6. Juan Liñeiro Bullón	-----
8 (*)	(Andalucía) Hospital de Pozoblanco Valle de los Pedroches (Pozoblanco, Córdoba)	Sí (8)	-----	-----
9	(Andalucía) Hospital UEMA de Palma del Río (Palma del Río, Córdoba)	No UCMA es un CAP	-----	-----
10	(Andalucía) Hospital San Juan de Dios Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) 1993	Sí (9)	(6) 1. Fco. Emilio Vacas Sánchez 2. Sebastián Alcalá Peñas 3. Cristina Herrera López 4. M <sup>a</sup> Angustias Herrera López 5. M <sup>a</sup> José Bueno Galán	(3) Hernioplastia abdominal  Ligamentoplastia de rodilla

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
11	(Andalucía) Hospital Neurotraumatológico del Complejo Hospitalario (Jaén) 2006	Sí (10)	(7) 1. M <sup>a</sup> Luisa Bellido Castro 2. Inmaculada Peinado Peinado 3. Rosa M <sup>a</sup> García Ureña 4. M <sup>a</sup> Dolores Molina Martínez 5. Francisco Torres Quesada 6. José M <sup>a</sup> Capitán Vallvey	(4) Colecistectomía (por laparoscopia)  Hemorroidectomía
12	(Andalucía) Hospital Alto Guadalquivir (Andújar, Jaén)	Sí (11)	-----	-----
13	(Andalucía) Hospital San Agustín (Linares, Jaén ) 2002	Sí (12)	(8) 1. Juan Díaz Oller 2. Motserrat Benitez García 3. M <sup>a</sup> Luz Hervás García 4. Manuela Díaz Carrasco 5. Antonio López Rodrigo 6. Rita Reca Barea	(5) Hernioplastia abdominal  Colecistectomía (por laparoscopia)
14	(Andalucía) Hospital San Juan de la Cruz (Úbeda – Jaén ) 2001	Sí (13)	(9) 1. Soledad López Martínez 2. Antonia Sánchez Jiménez 3. Victoria Méndez Martínez 4. Concepción Luque Rama 5. M <sup>a</sup> Isabel Beltrán Rama 6. Natividad Martínez Catena	(6) Quistectomía vulvar  Cirugía de mama (nódulo)

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
15	(Andalucía) Hospital Carlos Haya (Málaga)	Sí (14)	-----	-----
16	(Andalucía) Hospital Costa del Sol (Marbella, Málaga)  2005	Sí (15)	(10) 1. Ángeles Morales Fernández 2. Cristina Castillo Portillo 3. Adriana Román Alcalde 4. Francisca Ramírez Menacho 5. M <sup>a</sup> Dolores Olmedo Gómez 6. Manuel Vergara Romero	(7) Cirugía de Mohs
17	(Andalucía) Hospital Axarquía (Vélez-Málaga, Málaga)	Sí (16)	-----	-----
18	(Andalucía) Hospital Virgen de la Macarena (Sevilla)	UCMA en proyecto	-----	-----
19	(Andalucía) Hospital Duques del Infantado Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla) 1995	Sí (17)	(11) 1. Alfredo Fernández Revilla 2. Yolanda Galafate Andrades 3. Eva Romero Cabeza 4. Antonia Campos Letrán 5. Virtudes Navarro García	(8) Artroscopia de rodilla  Artroscopia de hombro

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
20	(Andalucía) Hospital El Tomillar (Área Hospitalaria de Valme) (Dos Hermanas, Sevilla) 1992	Sí (18)	(12) 1. Pilar Sánchez Fornelino 2. Mercedes Molguero Gómez 3. David Piña Sánchez 4. Adelina del Valle Camino 5. Pasión Gómez Muñiz 6. Arturo del Tarno Manteca	(9) Colecistectomía (por laparoscopia)  Acceso vascular Fístula-arteriovenosa
21	(Andalucía) Hospital de Alta Resolución San Sebastián (Écija - Sevilla) 2007	Sí (19)	(13) 1. Antonio Álvarez Martín 2. José A. Paredes Atenciano 3. Remedios Jiménez Mesa 4. Pilar Sáez Blanco 5. M <sup>a</sup> Valle Montero Rodríguez 6. Manuel Pinta Melero	(10) Fistulectomía  Histeroscopia
22	(Andalucía) Hospital La Milagrosa (Morón de la Frontera, Sevilla) 1999	Sí (20)	(14) 1. Juan Pastor Roldán Aviña 2. M <sup>a</sup> Jesús Pérez de la Fuente 3. M <sup>a</sup> Dolores Zamudio Rodríguez 4. Rosa M <sup>a</sup> Guijo Pérez 5. M <sup>a</sup> Carmen López Porras 6. Encarnación Díaz Benítez	(11) Quistectomía sacrocóxigea  Hemorroidectomía
23	(Andalucía) Hospital de la Merced (Osuna, Sevilla)	Sí (21)	-----	-----

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
24	(Aragón) Hospital Miguel Servet (Zaragoza)	No hay UCMA	-----	-----
25	(Aragón) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) 1995	Sí (22)	(15) 1. Cristina García Cisneros 2. Rosa González Tejero 3. Carmen Algora Monforte 4. M <sup>a</sup> Jesús Pemán Frago 5. Blanca Soriano Gracia	(12) Tiroidectomía  Colecistectomía (por laparoscopia)
26	(Asturias) Centro Hospitalario Fundación Jove (Gijón)	Sí (23)	-----	-----
27	(Asturias) Hospital de Cabueñes (Gijón)	Sí (24)	-----	-----
28	(Asturias) Hospital Monte Naranco (Oviedo)  2002	Sí (25)	(16) 1. Carmen Suárez Colmenero 2. Zoila Regidor Martínez 3. Carmen Moreno Planillo 4. Eloína Campa Fernández 5. M <sup>a</sup> Teresa Murias González 6. Ana Rosa Prado Álvarez	(13) Corrección percutánea de <i>Hallux valgus</i>  Dupuytren
29	(Canarias) Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín (Gran Canaria)	Sí (26)	-----	-----

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
30	(Canarias) Hospital General de Lanzarote (Lanzarote)	No hay UCMA Es Corta Estancia	-----	-----
31	(Canarias) Hospital Universitario de Canarias (Tenerife)	Sí (27)	-----	-----
32	(Cantabria) Hospital Sierrallana (Torrelavega, Santander)  1994	Sí (28)	(17) 1. M <sup>a</sup> Nela Fernández Ruiz 2. M <sup>a</sup> Amparo Flores Pereiras 3. Carmen Bouzán Martínez 4. Florinda Expósito Jerez 5. Mónica Gómez Cagigas 6. Patricia Escobio González	(14) Septoplastia  Dupuytren
33	(Castilla-La Mancha) Hospital del Perpetuo Socorro (Albacete)  1997	Sí (29)	(18) 1. Consuelo Pedrosa Cano 2. Pilar Velasco-Espejo Sánchez 3. Pilar Molina Martínez	(15) Hernioplastia inguinal
34	(Castilla-La Mancha) Hospital General de Ciudad Real (Ciudad Real)  1995	Sí (30)	(19) 1. M <sup>a</sup> Isabel Gómez Zambudio 2. Rafael Ángel Muñoz Arenas 3. M <sup>a</sup> Anunciación Mora Fernández 4. Modesta Montes Fernández 5. Nuria Díaz Baraja 6. Patricia Gómez Martín	(16) Amigdalectomía  Acceso vascular-fístula arterio-venosa

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
35	(Castilla-La Mancha) Hospital Virgen de la Luz (Cuenca) 2003	Sí (31)	(20) 1. M <sup>a</sup> José Alegria Portilla 2. Olga Cano Real 3. Isabel Hernando Hernández 4. Adelina Arcos García 5. Angustias Cañas del Hoyo 6. M <sup>a</sup> José Esteban Parra	-----
36	(Castilla-La Mancha) Hospital de Guadalajara (Guadalajara) 2002	Sí (32)	(21) 1. Pilar Revilla Revilla 2. Teresa Robledo Esteban 3. Reyes González Monge 4. Julio Hernando Alonso 5. Elena Inés de la Hoz 6. Esther Ruiz Calvo	(17) <i>Sinus pilonidal</i>  <i>Lipoma gigante</i>
37	(Castilla-La Mancha) Hospital Nuestra Señora del Prado (Talavera de la Reina, Toledo) 1999	Sí (33)	(22) 1. M <sup>a</sup> Carmen Iglesias García 2. Sonia Plasencia Orduñez 3. M <sup>a</sup> Carmen Martín Recio 4. Cristina Gómez Martín 5. Inmaculada García Cuadrado 6. Sagrario Martínez Cortijo	(18) <i>Microcirugía laríngea</i>  <i>Colecistectomía</i>
38	(Castilla-La Mancha) Hospital Virgen de la Salud (Toledo) 1992	Sí (34)	(23) 1. Concepción Buitrago Martínez 2. Concepción Morilla Quero 3. M <sup>a</sup> Carmen Martín Roldán 4. Nuria Domínguez Martín-Maestro 5. Pilar Nombela Vallejo 6. Salomé Martínez de la Casa Alonso	(19) <i>Simpantectomía endoscópica torácica</i>  <i>Procedimientos de la Unidad del Dolor</i>

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
39	(Castilla León) Hospital Clínico de Salamanca (Salamanca) 2001	Sí (35)	(24) 1. M <sup>a</sup> Ángeles Vicente Barahona 2. M <sup>a</sup> José Gómez Jiménez 3. M <sup>a</sup> Isabel Vicente Barahona	(20) Pie triangular (corrección de <i>hallux valgus</i> y dedos en garra)
40	(Castilla León) Hospital Virgen de la Vega (Salamanca) 2001	Sí (36)	4. Amalia García Ramos 5. Inmaculada Martín García 6. Ana Durán Olleros	Cirugía de mama (nódulo)
41	(Castilla León) UCSI Europa S.L. (Salamanca)	Actualmente cerrada	-----	-----
42	(Cataluña) Hospital Dos de Maig (CSI) (Barcelona)	Sí (37)	-----	-----
43	(Cataluña) Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona) 2004	Sí (38)	(25) 1. Montserrat Vilas Moreno 2. Victoria Martínez Pérez 3. Anna Colmenar Meliz 4. Gloria Marruedo Perona 5. Gloria Monfort Martínez 6. M <sup>a</sup> Teresa Anglada	(21) Simpsectomía endoscópica torácica
44	(Cataluña) Hospital de L'Esperança (Barcelona)	Sí (39)	-----	-----

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
45	(Cataluña) Hospital del Mar (Barcelona)  1999	Sí (40)	(26) 1. Rosa Pujol Pegulla 2. Silvia Llopis Expósito 3. Jesica Aspás Jiménez 4. Lepa Lepalele Cepa 5. Cristian Capdevilla Sánchez	(22) Cirugía de mama (nódulo)  Cirugía pediátrica
46	(Cataluña) Clínica Quirón (Barcelona)	UCMA en proyecto	-----	-----
47	(Cataluña) SAP Sant Andreu (Barcelona)	No hay UCMA	-----	-----
48	(Cataluña) Hospital General San Rafael (Barcelona) 2005	Sí (41)	(27) 1. Ana Fagil Piñeiro 2. Pilar del Olmo Gómez	-----
49	(Cataluña) Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)	Sí (42)	-----	-----
50	(Cataluña) Hospital Vall d'Hebron (Barcelona)  2001	Sí (43)	(28) 1. Pilar Moreno Carrillo 2. Marta Rofes Capó 3. Teresa Martín Benito 4. Ana Herrera Cantero 5. Julia Andrés Pérez 6. María Carrascosa Jiménez	(23) Hernioplastia inguinal  Extirpación carcinoma basocelular
51	(Cataluña) Hospital Universitario Germans i Trias i Pujol (Badalona, Barcelona)  1996	Sí (44)	(29) 1. M <sup>a</sup> Mar Pérez Amor 2. Maribel Palacios Macarro 3. Eugenia Medrano Esteban 4. Juanjo Pomarol Márquez 5. Juan Fernández González 6. Fernando Cobano Escobar	(24) Glaucoma  Transplante de córnea

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
52	(Cataluña) Hospital de Bellvitge (Bellvitge, Barcelona)  2004	Sí (45)	(30) 1. M <sup>a</sup> José Madrid Cabané 2. Mercedes Núñez Tardáliga 3. Julia Tortajada Aguilar 4. Elena Carballé Masforroll 5. Lourdes Lozano Aparicio 6. M <sup>o</sup> Dolores Igarrete Berdonces	(25) Varicocelelectomía  Cistoscopia
53	(Cataluña) Hospital Sant Jaume (Calella, Barcelona)  1996	Sí (46)	(31) 1. Ester Juanola Vivancos 2. Irene Ortega Pérez 3. Elena Álvarez Planas	(26) Anexectomía laparoscópica Cirugía de mama (nódulo) (BSGC)
54	(Cataluña) Hospital General de Granollers (Granollers, Barcelona)  1995	Sí (47)	(32) 1. Carmen Fortuny Feliú 2. María Raurell Farrás	-----
55	(Cataluña) Hospital de L'Hospitalet (L'Hospitalet, Barcelona)  1997	Sí (48)	(33) 1. Carmen Martos Martínez 2. Lidia Ruiz Balada 3. Juana Sánchez Clemente 4. Iolanda Bial Mula 5. Laura Adan Alcántara 6. Esperanza Villalba Vinagre	(27) Microcirugía laríngea  Extracción cordal

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
56	(Cataluña) Fundación Sanitaria d'Igualada (Igualada, Barcelona) 1997	Sí (49)	(34) 1. Anna Niubò Madorell 2. Janina Marsol Ferrer	(28) Biopsia de vejiga  Cistoscopia
57	(Cataluña) Hospital General San Joan de Deu Althaia (Manresa - Barcelona) 1993	Sí (50)	(35) 1. Judit Casellas de Miguel 2. Dolors Codinach Folrr 3. Anna Font Calafell 4. Roser Puig Meix 5. Encarna Subirana Casas	(29) Hernia inguinal  Fleboextracción
58	(Cataluña) Hospital de Mataró (Mataró, Barcelona)	Sí (51)	-----	-----
59	(Cataluña) Coporació Parc Taulí (Sabadell, Barcelona)	Sí (52)	-----	-----
60	(Cataluña) Hospital L'Espirit Sant (Santa Coloma de Gramanet, Barcelona) 1998	Sí (53)	(36) 1. María Teresa Casals Baulés	(30) Adenoidectomía Extirpación sinus pilonidal Marsupialización
61	(Cataluña) Consorti Hospitalari de Vic (Vic, Barcelona) 1996	Sí (54)	(37) 1. Emilia Chirveches Pérez 2. Gemma Clotet Argemí 3. Rosa Barniol Llimós 4. Montse Soley Bach 5. Fina Baraldés Parés 6. Lurdes Bigas Cunill	(31) Hernioplastia  Catarata

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
62	(Cataluña) Hospital de Viladecans (Viladecans, Barcelona)  1990	Sí (55)	(38) 1. Montse Santa-Olalla Bergua 2. Mar Noguera Sopena 3. Mónica Parellada Capdevila 4. Carme Ruiz Mora 5. Ángela Navarro Alarcón 6. Montserrat Godayol Arpal	(32) Ligamentoplastia  Histeroscopia
63	(Cataluña) Hospital Doctor Trueta (Girona)	Sí (56)	-----	-----
64	(Cataluña) Hospital Comarcal la Selva (Blanes, Girona)	No hay UCMA	-----	-----
65	(Cataluña) Hospital de Campdevanó (Repolles, Girona)  2002	Sí (57)	(39) 1. Amparo Selles Moreno 2. Carme García Vila 3. Elizabet Morera Rey 4. Leonor Retortillo Hermoso 5. Rita Roqué Morera	(33) Hernioplastia inguinales  Histeroscopias
66	(Cataluña) Hospital de Terres de Ponent (Lleida)  1998	Sí (58)	(40) 1. Monste Casadellà Quer 2. Isabel Garrido Santiago 3. Iolanda Buixadera Escarp 4. Marta Agustí Font	(34) Biopsia marcada de mama  <i>Hallux valgus</i> por vía percutánea
67	(Cataluña) Hospital Universitario Joan XXIII (Tarragona)	Sí (59)	-----	-----

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
68	(Cataluña) Hospital San Pau i Santa Tecla (Tarragona)	Sí (60)	-----	-----
69	(Cataluña) Hospital Virgen de la Cinta (Tortosa, Tarragona) 2002	Sí (61)	(41) 1. Ángeles Donado-Mazarón Romero 2. Estíbaliz San Juan López	(35) Ligamentoplastia  Trabeculectomía
70	(Extremadura) Hospital Infanta Cristina (Badajoz)	No hay UCMA, es la del Hospital del Perpetuo Socorro	-----	-----
71	(Extremadura) Hospital del Perpetuo Socorro (Badajoz)  2002	Sí (62)	(42) 1. M <sup>a</sup> Angeles Aspano Gamero 2. Isabel Méndez González 3. M <sup>a</sup> Luisa Cordero García 4. Sara Calle Pérez 5. Dolores Vélez Saavedra 6. Marina García Nieto	(36) Colecistectomía (por laparoscopia)  Hernioplastia
72	(Extremadura) Centro Sanitario Oliva de la Frontera (Badajoz)	No hay UCMA	-----	-----
73	(Galicia) Hospital Abente y Lago (Complejo Juan Canalejo) (A Coruña) 1993	Sí (63)	(43) 1. M <sup>a</sup> Carmen González Nisarre 2. Manuela Nieto Nieto 3. Luisa González Feliz	(37) Nódulo de mama  Ligamentoplastia de hombro

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
74	(Galicia) Hospital Clínico Universitario de Santiago (A Coruña) 2000	Sí (64)	(44) 1. Pilar Vieites Iglesias 2. M <sup>a</sup> Dolores Otero Fernández 3. Isabel Cajide Hervés 4. Rosa Carriba López 5. Ángeles Fernández Arnoso 6. Carmen Pérez Abella	(38) Histeroscopia  Túnel carpiano
75	(Galicia) Hospital Provincial San José (Lugo)  1993	Sí (65)	(45) 1. Gloria Enríquez Sanjurjo 2. Julia Bran Mosquera 3. María Luisa Freire Couceiro 4. Aurora Dosil Iglesias 5. Estela Mata Bastos 6. Marta Sanjurjo Yañez	(39) <i>Pterigium</i>  Artroscopia de rodilla
76	(Galicia) Hospital Xeral de Lugo (Lugo)	No hay UCMA	-----	-----
77	(Galicia) Complejo Hospitalario de Ourense	¿?	-----	-----
78	(Galicia) Fundación Pública Hospital Do Salnés Pontevedra 2002	Sí (66)	(46) 1. Mercedes Ballesta Saeta 2. Yolanda García Freijeiro	(40) Biopsia de próstata  Conización
79	(Illes Balears) Hospital Son Llazer (Palma de Mallorca)  2002	Sí (67)	(47) 1. Isabel Domingo Espigares 2. Juana M <sup>a</sup> Santamaría Villalonga 3. Juana M <sup>a</sup> Moll Pons 4. Juana Marqués Marqués 5. M <sup>a</sup> del Mar Moya González 6. María Bibiloni Pons	(41)  Punción folicular

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
80	(Illes Balears) Fundación Hospital Manacor (Manacor)  (Palma de Mallorca)  1997	Sí (68)	(48) 1. Inmaculada Alvarez-Ossorio Ferrer 2. María Nicolau Rosselló 3. Isabelle Villette Lerat 4. M <sup>a</sup> Isabel Corbacho Romero 5. Miguel A. Mendiola Asensio 6. Fco Javier Agüera Ortiz	-----
81	(Madrid)  Hospital Clínico San Carlos  (Madrid) 1998	Sí (69)	(49) 1. Amor Cabezuelo García 2. Mercedes Ibarzo Ibarzo 3. Estibaliz Fernandez Carrasco 4. Julia Normand Barrón 5. M <sup>a</sup> Angeles Durán García 6. Victoria García Arenas	(42) Artroscopia de hombro  Artroscopia de tobillo
82	(Madrid)  Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid) 2005	Sí (70)	(50) 1. Eva Maria Arribas Muñoz 2. Mónica Casanueva Polvorosa 3. Alicia Bacas Ojeda 4. Beatriz González Ayesa 5. Belén Luque Teba 6. Carmen Riego de la Puente	(43) Implantación de reservorios  Colocación de malla (incontinencia urinaria)
83	(Madrid) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla (Madrid)	No hay UCMA	-----	-----

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
84	(Madrid) Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid) 2002	Sí (71)	(51) 1. Silvia Orozco García 2. Miguel Ángel García Mencía 3. Dolores Rodríguez García 4. M <sup>a</sup> Teresa Valle Vicente 5. Carmen López Fresneña 6. Nuria Palmero Hernández	(44) Tiroidectomía  Biopsia prostática (guiada por ecografía transrectal)
85	(Madrid) Fundación Jiménez Díaz (Madrid) 1996	Sí (72)	(52) 1. M <sup>a</sup> del Mar Lobato Torre 2. Ana García Reche 3. Teresa Bermejillo Muñoz 4. Milagros Fdez. Rodríguez 5. Clara Montes Paniagua 6. Verónica Pérez Abadía	(45) Implante de Baha (para hipoacusia)  Timpanoplastia
86	(Madrid) Hospital Universitario La Paz (Madrid)	No hay UCMA	-----	-----
87	(Madrid) Hospital de la Princesa (Madrid)	No hay UCMA	-----	-----
88	(Madrid) Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid)	Sí (73)	-----	-----
89	Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid)	No hay UCMA	-----	-----

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
90	(Madrid) Hospital Ramón y Cajal (Madrid) 1997	Sí (74)	(53) 1. Pilar Díez Gómez 2. M <sup>a</sup> Ángeles Martín Cámara 3. Natalia Sanz Moreno 4. Amparo García García 5. Eloisa Carrasco García 6. Carmen Fernández Arce	(46) Laringoscopia directa  Glaucoma
91	(Madrid) Sanatorio La Milagrosa (Madrid)	¿?	-----	-----
92 (*)	(Madrid) Hospital Universitario Santa Cristina (Madrid) 2000	Sí (75)	(54) 1. Paloma Pérez- Serrano Liaño 2. Julia Gimeno Olmo 3. Ana Molina Claudio	(47) Pterigión  Hernia inguinal
93	(Murcia) Hospital Mesa del Castillo (Murcia)	No hay UCMA	-----	-----
94	(Murcia) Hospital General Morales Meseguer (Murcia) 1994	Sí (76)	(55) 1. Agustina Abellaneda Abellaneda 2. Yolanda Martínez Albaladejo 3. Pilar Bastida Vaamonde 4. Magdalena Arranz Nuñez 5. Inmaculada Chacón Moreno 6. Remedios Pérez Rico	(48) Descompresión síndrome subacromial (DSA)  Glaucoma/trabeculectomía
95	(Murcia) Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia)	Sí (77)	-----	-----

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
96	(Navarra) Clínica Universitaria Navarra (Pamplona, Navarra)	Sí (78)	-----	-----
97	(Navarra) Hospital de Navarra (Pamplona, Navarra)	Sí (79)	-----	-----
98	(Navarra) Hospital San Juan de Dios (Pamplona, Navarra)  2002	Sí (80)	(56) 1. Mari Sol de la Cruz Lozano 2. Ana Echeverría Gorospe 3. Elena Martínez Legal 4. Cristina Paradela Elcarte 5. M <sup>a</sup> Jesús Barbería Santamaría 6. Pilar Elizalde Urdaniz	(49) Hernia inguinal
99	(Navarra) Hospital Virgen del Camino (Pamplona, Navarra)	Sí (81)	-----	-----
100	(Navarra) Hospital García Orcoyen (Estella, Navarra)	No hay UCMA	-----	-----
101	(País Vasco) Hospital Santiago Apóstol (Vitoria-Gasteiz, Álava)  1993	Sí (82)	(57) 1. M <sup>a</sup> Angeles Cidoncha Moreno 2. Camino Campo Martínez 3. M <sup>a</sup> Eugenia Calvar Hermosilla 4. Luisa Murga Saenz de Ormijana 5. M <sup>a</sup> Jose Galárraga Galarraga 6. M <sup>a</sup> Teresa Peplau Fernández	(50) Microcirugía de laringe  Varices

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
102	(País Vasco) Hospital Txagorritxu (Vitoria-Gasteiz, Álava)	Sí (83)	-----	-----
103	(País Vasco) Hospital de Donostia (San Sebastián, Guipúzcoa)	No hay UCMA	-----	-----
104	(País Vasco) Hospital del Bidasoa (Hondarribia, Guipúzcoa) 1993	Sí (84)	(58) 1. Matxalen Espadero Ramírez 2. Cristina Herrera Martínez 3. Carmen Espadero Ramírez	(51) Artroscopia de rodilla  Varices
105	(País Vasco) Hospital de Mendaro Mendaro, Guipúzcoa 1993	Sí (85)	(59) 1. Karmele Samper Formoso 2. Inmaculada Hermosilla 3. Socorro Jiménez Iraundegi 4. Itziar Egurbide Arrieta 5. Pilar García Moya	(52) Ade-noamigdalectomía  Drenajes timpánicos
106	(País Vasco) Hospital de Cruces (Barakaldo, Vizcaya)	Sí (86)	-----	-----
107	(País Vasco) Hospital de San Eloy (Baracaldo, Vizcaya) 1993	Sí (87)	(60) 1. Angeles Amatriain Duvreuil 2. Begoña Barquin Lozano 3. M <sup>a</sup> Mar Pereira Ruiz 4. Carmen Ortega González 5. Carmen Sánchez Freire 6. Teresa Larrea Villanueva	(53) Catarata  Glaucoma

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
108 (*)	(País Vasco) Hospital de Basurto (Bilbao, Vizcaya) 1994	Sí (88)	(61) 1. Ana Cuesta Susilla 2. Maite Axpe Fernández	(54) Extracción de cordales incluidos Artroscopia de rodilla
109 (*)	(País Vasco) Hospital de Galdakao -Usansolo (Galdakao, Vizcaya) 1992	Sí (89)	(62) 1. Arrate del Arco Ojeda 2. Begoña Etxeberria Irigoyen 3. M <sup>a</sup> Mar Quintanilla Ángulo 4. Joaquina Sánchez Domínguez 5. M <sup>a</sup> Begoña Sánchez Molano 6. Yolanda Velasco Bengoa	(55) Varicocele Biopsia prostática
110 (*)	(La Rioja) Hospital de San Pedro (Logroño) 2000	Sí (90)	(63) 1. Ana Isabel Pérez Sáenz 2. Irene Martínez Larios 3. Josefina Martínez Angulo	(56) Legrado uterino Artroscopia de rodilla
111	(Comunidad Valenciana) Hospital Universitario San Juan (Alicante)	Sí (91)	-----	-----
112	(Comunidad Valenciana) Hospital de Los Lirios (Alcoy, Alicante) 2003	Sí (92)	(64) 1. Marisa José Ballester 2. Clotilde Marina Sanjuan 3. Irene Llopis Pedregosa 4. Teresa Blasco Climent 5. M <sup>a</sup> José Esteve Pérez 6. Raquel Silvestre Almodóvar	(57) LLETZ (biopsia cuello cervical previa tinción de ácido acético y lugol) Hernioplastia

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
113	(Comunidad Valenciana) Hospital Marina Alta (Denia, Alicante) 1997	Sí (93)	(65) 1. Elena Server Morera 2. Cristina Morell Sapena	(58) Exéresis de sinus pilonidal  Herniorrafia
114	(Comunidad Valenciana) Hospital General de Elche (Elche, Alicante)	Sí (94)	-----	-----
115	(Comunidad Valenciana) Hospital de Elda (Elda, Alicante)	Sí (95)	-----	-----
116	(Comunidad Valenciana) Hospital Vega Baja (Orihuela, Alicante)	¿?	-----	-----
117	(Comunidad Valenciana) Consortio Hospitalario Provincial de Castellón (Castellón) 2002	Sí (96)	(66) 1. Raquel Millán Fernández 2. Marta Sandra Tobarra Luján 3. Beatriz Tobarra Lujan 4. Amparo Aznar Nacher 5. Elena Lanzas Mateo	(59) Hernioplastia laparotómica  Carcinoma basocelular
118	(Comunidad Valenciana) Hospital de la Plana (Villarreal, Castellón)	Sí (97)	-----	-----
119	(Comunidad Valenciana) Casa de Salva (Valencia)	¿?	-----	-----

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
120	(Comunidad Valenciana) ICAD–Instituto de Cirugía (Valencia)	No hay UCMA	-----	-----
121	(Comunidad Valenciana) Hospital Doctor Peset (Valencia) 1998	Sí (98)	(67) 1. Marisa Sanchez Martinez 2. Angeles Olabarrieta Masdeu 3. Nany Lis Galiana 4. Francisca Moreno Martí 5. Julia Rodríguez Herraiz 6. Carmen Gil Maqueda	(60) Tratamiento estomatólógico en discapacitados  Hernioplastia laparoscópica
122	(Comunidad Valenciana) Hospital Universitario La Fe (Valencia) 2000	Sí (99)	(68) 1. M <sup>a</sup> Ángeles Galiana Llopis 2. M <sup>a</sup> Dolores Soriano Pascual	(61) Legrado obstétrico  Artroscopia de rodilla
123	(Comunidad Valenciana) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (Valencia) 1998	Sí (100)	(69) 1. M <sup>a</sup> Ángeles Hinstrosa Membila 2. Carmen Soler Tamurejo 3. Natalia Cortes García 4. Elena Castillo Gascón 5. Juana M <sup>a</sup> García Solbes 6. Vicente García Rodríguez	(62) Resección transuretral prostática (RTUP)  Extirpación de sinus pilonidal
124	(Comunidad Valenciana) Hospital de la Malvarrosa (Valencia)	Sí (101)	-----	-----

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
125	(Comunidad Valenciana) Hospital Arnau Vilanova (Valencia)	¿?	-----	-----
126	(Comunidad Valenciana) Hospital de la Ribera (Valencia)	Sí (102)	-----	-----
127	(Comunidad Valenciana) Hospital Francisco de Borja (Gandía, Valencia)	Sí (103)	-----	-----
128	(Comunidad Valenciana) Hospital General d'Ontinyent (Ontinyent, Valencia)	Sí (104)	-----	-----
129	(Comunidad Valenciana) Hospital General de Requena (Valencia)	No hay UCMA	-----	-----
130	Hospital de Sagunto y CE (Valencia)	Sí (105)	-----	-----
131	(Comunidad Valenciana) Residencia Geriátrica de la Tercera Edad de Silla (Valencia)	No hay UCMA	-----	-----

Continúa en la página siguiente

Nº	Comunidad Autónoma Hospital Provincia Año de apertura	¿Tiene Unidad?	Colaboradores/as	Procedimientos en los que colaboran
132	(Comunidad Valenciana) Hospital Lluís Alcanyis (Xàtiva, Valencia) 1992	Sí (106)	(70) 1. Concepción Herrero Gracia 2. Adela Jorques Oliver 3. Ana José Calabuig Ferrero 4. Vicenta J. Ferragud Caballero 5. Rosalina Zafrilla Garcerán 6. Inmaculada Fornés Revert	(63) Safenectomía + ligadura perforantes
133 (*)	(CA de Ceuta) Hospital de la Cruz Roja INGESA (Ceuta) 1998	Sí (107)	(71) 1. Concepción Díaz Jiménez 2. M <sup>a</sup> Isabel Gómez Crespo 3. Inmaculada Dalmira Sánchez-Ocón 4. Manuela Pérez Gallardo 5. José Miguel Fernández Domínguez 6. Javier Álvarez Vega	(64) Infiltración con esteroides (dolor)  Extracción de piezas dentarias en discapacitados
134 (*)	(CA de Melilla) Hospital Comarcal de Melilla (Melilla) 1998	Sí (108)	(72) 1. Concepción Cortés Criado 2. Elena Escarvajal López 3. Dolores Quesada Martínez 4. Fatma Ismael Mohamed 5. José A. Ruiz Ortega 6. Pilar Guerrero Molino	(65)  Interrupción tubárica por endoscopia  Circuncisión en menores de 17 años

- De las 134 se contabilizan 108 Unidades de CMA, se compromete con el proyecto 104 y obtenemos colaboración de 72 de ellas, lo que representa un 69,23%.
- Cumplimentan todos los documentos que se envían 65 unidades lo que representa un 90,27%.
- De las respuestas obtenidas del documento "Síntesis de la Unidad" obtenemos datos que, aun a pesar de los sesgos, queremos exponer de manera global.
- A las preguntas:
  - 1) *¿Cómo se denomina la Unidad?, responden:*
    - UCMA: 50,7%.
    - UCSI: 39,2%.
    - Hospital de día Qx: 10,1%.
  - 2) *Año de inicio de las unidades:*
    - 1990: 1 (1,38%).
    - 1992-1993: 12 (16,66%).
    - 1994-1997: 22 (30,55%).
    - 1998-2000: 14 (19,44%).
    - 2001-2006: 12 (30,55%).
    - 2007: 1 (1,38%).
  - 3) *¿Son públicos o privados?*
    - Todos son públicos, excepto 3 que son privados concertados.
  - 4) *¿Qué áreas componen la estructura de las UCMA?*
    - Una vez revisados los resultados, se llama a varias de las unidades y, analizando las respuestas y contrastándolas, se observa que realmente no disponen de todas las áreas que subrayan en el documento enviado. Así pueden tener área de consultas preoperatorias pero no dependen de la Unidad. Esto ocurre también con otras áreas.
    - Por esto, y aunque es difícil llegar a una media en esta pregunta, aparentemente no llega al 20% las Unidades que tienen área de consultas, área del preoperatorio, área de quirófanos y área del post-intermedio o readaptación al medio, dentro de la unidad misma.
  - 5) *Número de quirófanos:*
    - Es muy variable, sobre todo porque muchas de las unidades tienen quirófanos compartidos con la cirugía convencional.
    - Para las unidades que tienen quirófanos exclusivos de CMA (que representan un 44,4%), el número oscila entre 2 y 4.

- 6) *El número de enfermeras y auxiliares de enfermería:*
- También es muy variable, existiendo discordancia entre el número de profesionales y el número de quirófanos y de las intervenciones que se realizan en las mismas.
  - No obstante, si ponemos de ejemplo una Unidad tipo que tenga 4 quirófanos, exclusivamente de CMA, además del área de consulta, del área del preoperatorio y el de readaptación al medio; y que funcione ininterrumpidamente de lunes a viernes, e incluso el sábado hasta las 15 horas podríamos hablar de aproximadamente unas 28 enfermeras y 18 auxiliares de enfermería.
- 7) *Los horarios:*
- Los más comunes son de 8 a 22 h de lunes a viernes. Hay unidades que tienen horario ininterrumpido de lunes a viernes, e incluso los sábados hasta las 15 horas.
- 8) *En número de especialidades y patologías:*
- Como media, 8 especialidades y 39 patologías.
- 9) La media de intervenciones que se ha llevado a cabo en las Unidades durante el año pasado, es de 6.746, con una media aproximada de 92,3 a la semana.

*Con esto se ha intentado hacer un retrato gráfico de las características de las unidades que han colaborado en esta guía.*

## **A MODO DE CONCLUSIÓN...**

Después de casi dos décadas desde que se inició la CMA en España, aún no existe uniformidad, existiendo Unidades muy dispares entre sí.

Así mismo hay también una gran diversificación entre los planteamientos del trabajo de Enfermería y de sus registros; desde algunas Unidades que lo tienen prácticamente todo informatizado, a otras que siguen la trayectoria tradicional, en formato papel, y otras en las que los registros son muy rudimentarios.

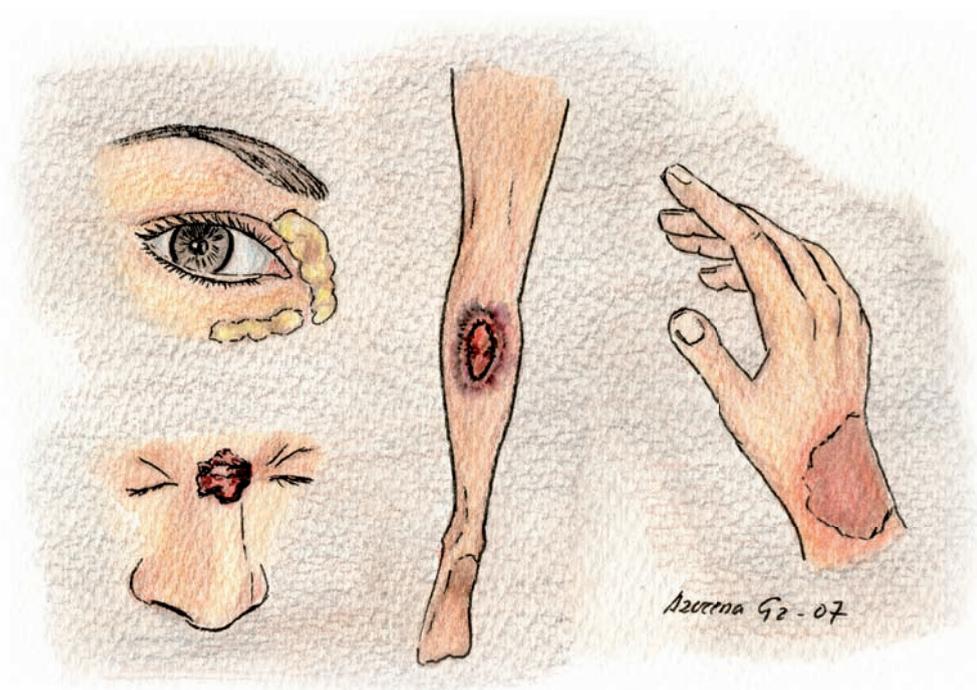
# 14

*Procedimientos Quirúrgicos,  
Diagnósticos y Terapéuticos  
más comunes en CMA  
(por especialidades)*

---

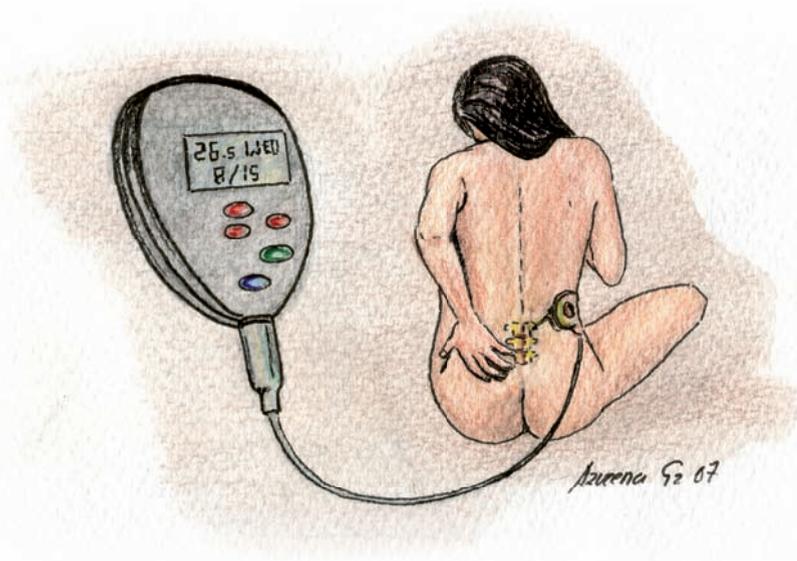


## 14.1. Cirugía Dermatológica/ Plástica-reparadora



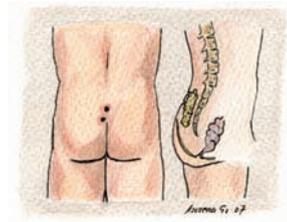
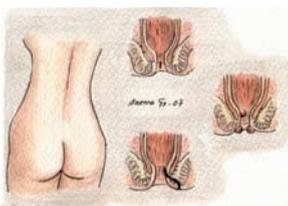
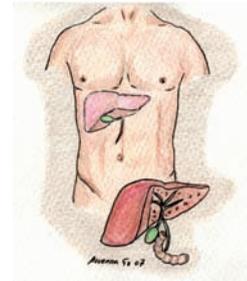
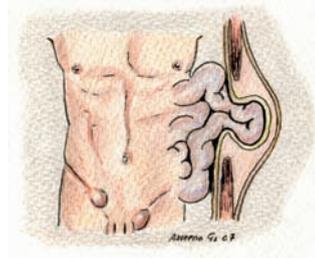
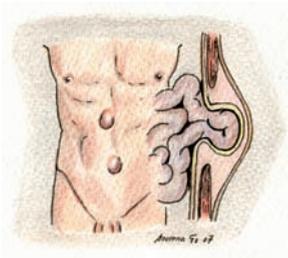
1. Carcinomas basocelulares. Cirugía de Mohs.
2. Cirugía tumores pequeños.
3. Pérdida de sustancia con injerto/colgajo.
4. Reconstrucción areola pezón.
5. Reconstrucción de cicatrices.
6. Xantelasmas.

## 14.2. Terapia del Dolor



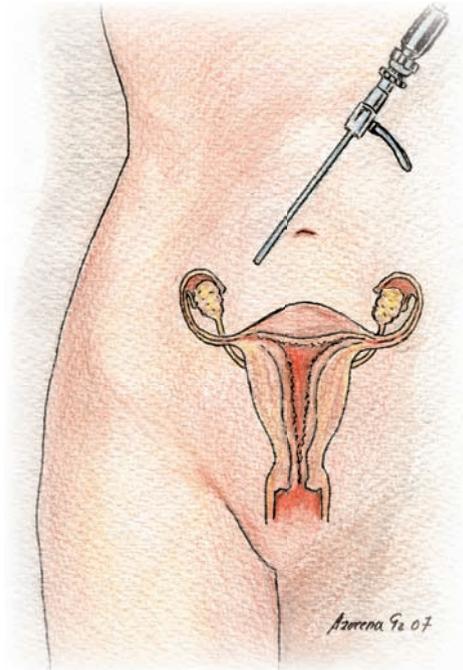
1. Bloqueo de la articulación sacroilíaca.
2. Bloqueo epidural cervical.
3. Bloqueo epidural sacro-caudal.
4. Bloqueo facetario cervical.
5. Bloqueo facetario lumbar.
6. Bloqueo ganglio caudal.
7. Bloqueo ganglio estrellado.
8. Bloqueo ganglio simpático IV.
9. Bloqueo ganglio piramidal.
10. Bloqueo intraarticular del hombro.
11. Bloqueo intraarticular de rodilla.
12. Bloqueo de nervio occipital.
13. Bloqueo de músculo piriforme.
14. Bloqueo del nervio supraescapular.
15. Bloqueo de nervio occipital.
16. Bloqueo del nervio trigémino.
17. Bloqueo de plexo braquial.
18. Bloqueo neurolítico simpático lumbar (simpatectomía).
19. Bloqueo neurolítico simpático torácico (simpatectomía).
20. Bloqueo neurolítico del ganglio celiaco.
21. Bloqueo nervioso periférico (femorocutáneo)
22. Bloqueo radicular selectivo (BRS),
23. Bomba intradural.
24. Colocar electrodos epidurales o cambio de generador.
25. Epidurolisis.
26. Generador ECP.
27. Inyección de puntos dolorosos gatillo (*trigger points*).
28. Inyección epidural lumbar (esteroides epidurales).
29. Radiofrecuencia de la articulación sacroilíaca.
30. Radiofrecuencia de nervio supraescapular.
31. Radiofrecuencia de facetas cervicales.
32. Reservorio intravenoso.

## 14.3. Cirugía General



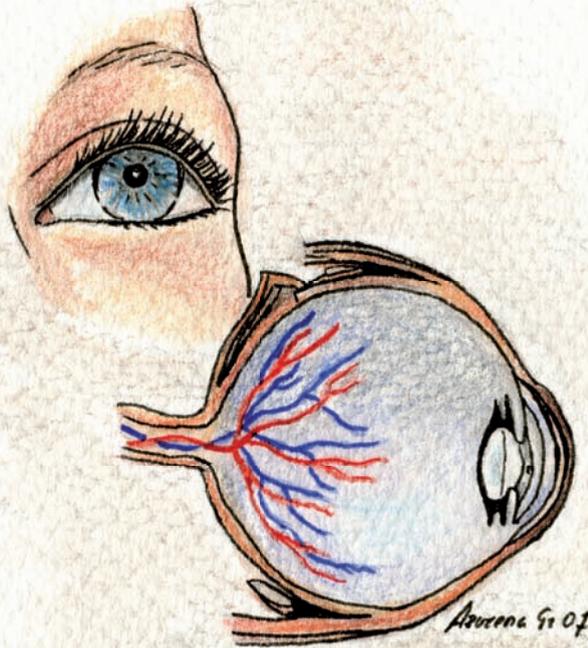
1. Colelitiasis.
2. Colocación y retirada de reservorios.
3. Hernia crural, inguinal, umbilical, epigástrica.
4. Fibroadenoma de mama y ganglio centinela.
5. Ginecomastia.
6. Hidrosadenitis.
7. Lipomas (grandes).
8. Patología tiroidea (unilateral).
9. Proctología.
  - Hemorroides.
  - Fístula anal.
  - Fisura anal (esfinterotomía lateral interna).
  - Pólipo anal.
10. Quiste sacrocóxigeo/pilonidal.
11. Tumoraciones de partes blandas.

## 14.4. Cirugía Ginecológica



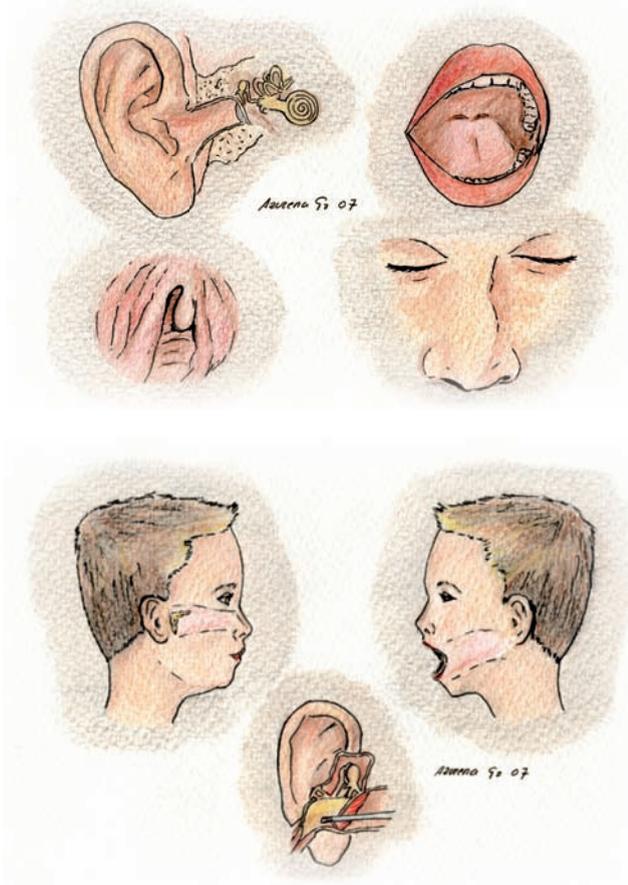
1. Histeroscopias diagnósticas y quirúrgicas.
2. Oclusión tubárica/ligadura de trompas/esterilización por laparoscopia.
3. Pólipos endometriales.
4. Quiste de Bartholino.
5. Quiste de ovario.
6. Fibroadenoma de mama y ganglio centinela

## 14.5. Cirugía Oftalmológica



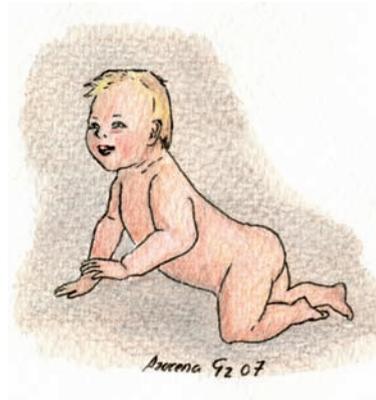
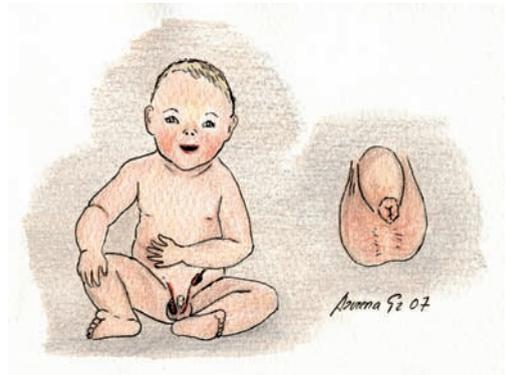
1. Cataratas (facoemulsificación).
2. Glaucoma (trabeculectomía).
3. Estrabismo.
4. Ectropión y entropión.
5. Patología vitrea/retiniana (vitrectomía).
6. Evisceración/enucleación.
7. Queratoplastia.

## 14.6. Cirugía Otorrinolaringológica y Maxilofacial



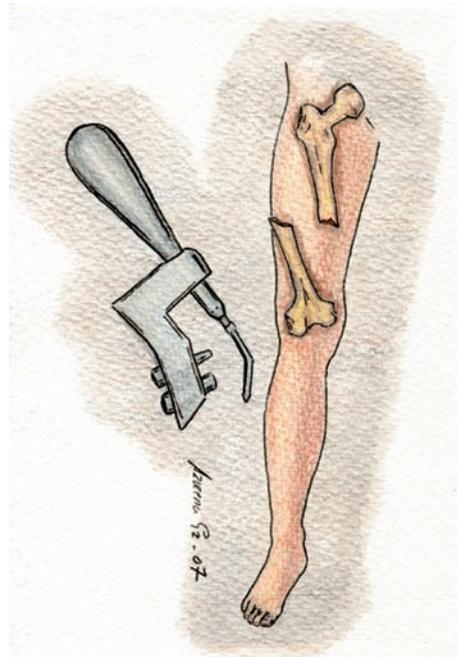
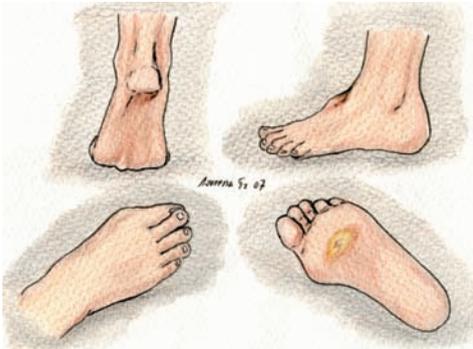
1. Adenoamigdalitis.
2. Cirugía del oído medio.
3. Desviación septal (septoplastia).
4. Microcirugía de laringe.
5. Miringotomía y drenajes tubáricos.
6. Cordales incluidos.
7. Quistes maxilares.
8. Secuelas oncológicas (implantes).
9. Tumores salivares.

## 14.7. Cirugía Pediátrica



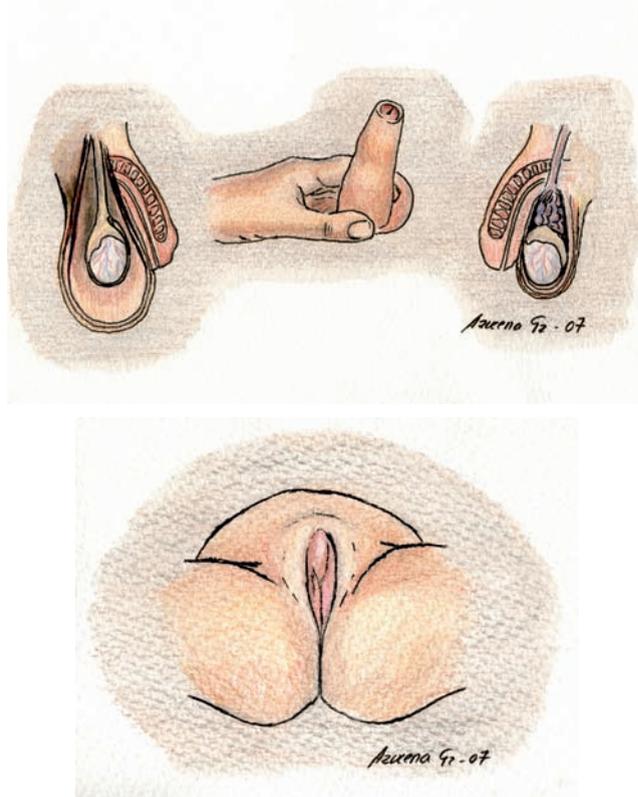
1. Anquiloglosia.
2. Criptorquidia/orquidopexia
3. Fibrocondroma.
4. Fibroma.
5. Fimosis/circuncisión o prepucioplastia.
6. Frenillo sublingual.
7. Frenillo prepucial.
8. Hernia epigástrica.
9. Hernia inguinal.
10. Hernia umbilical.
11. Hidrocele/PCPV (persistencia del conducto peritoneo vaginal).
12. Hipospadias.
13. Moluscos contagiosos.
14. Nevus melanocíticos.
15. Pene palmeado.
16. Pilomatrixoma.
17. Quiste de tejidos y tumoraciones.
18. Sinequia vulvar.
19. Torsión testicular.
20. Uña encarnada.
21. Varicocele.

## 14.8. Cirugía Ortopédica y Traumatológica



1. Extracción de material de osteosíntesis.
2. Artroscopias (rodilla, hombro, tobillo).
3. Cirugía de la mano.
  - Ganglión.
  - Quervain.
  - Dedos en resorte.
  - Dupuytren.
  - Túnel carpiano.
4. Cirugía del pie.
  - Dedos en martillo.
  - Ganglión.
  - *Hallux valgus*.
  - Metatarsalgia.
5. Rizolisis vertebral percutánea.
6. Vertebroplastia percutánea.

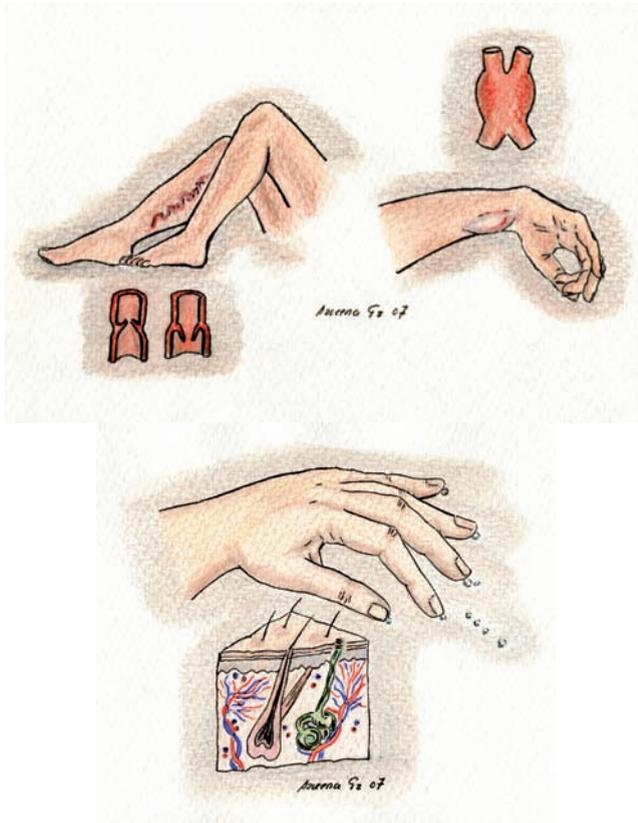
## 14.9. Cirugía Urológica



1. Biopsia de próstata.
2. Carúncula uretral.
3. Criptorquidia (orquidopexia).
4. Hidrocele/quiste de cordón.
5. Fimosis adultos/esclerosis de prepucio/frenillo.
6. Varicocele.

*Nota:* la vasectomía no se considera procedimiento de Cirugía Mayor.

## 14.10. Cirugía Vascular



1. Amputaciones menores.
2. Biopsias arteriales.
3. Fístulas arteriovenosas.
4. Hiperhidrosis (Simpatectomía Torácica Endoscópica).
5. Síndrome del desfiladero torácico.
6. Varices.



# 15

*Y para concluir...*

---



Qué mejor final que el principio de otra guía, elaborada para dar respuesta a la toma de decisiones en los Cuidados de Enfermería, en procedimientos enfermeros, basados en la mejor evidencia posible.

Queremos animaros a todas/os compañeras/os de profesión a trabajar en esta línea y para ello hemos creado un grupo Google® en el que podrás entrar y ponerte en contacto con las coordinadoras de la guía, mediante correo electrónico.

La dirección de correo electrónico actual es:  
[grupo-para-guia-de-cuidados-en-cma@googlegroups.com](mailto:grupo-para-guia-de-cuidados-en-cma@googlegroups.com)

La dirección web actual es:  
<http://groups.google.es/group/grupo-para-guia-de-cuidados-en-cma>

*Gracias por tu atención, a ti lector/a,  
y a todos los colaboradores/as directos e indirectos:  
todos/as habéis contribuido a que esta guía sea como es.*

*Madrid, 6 de diciembre de 2008  
Ana M<sup>a</sup> Laza Alonso*



Grupo BEMAEMAE.

# Manual de Procedimientos Enfermeros

