"Noticias del 12"

Hospital Universitario 12 de Octubre
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

Periódico Informativo del Área 11
de Atención Especializada

Nº 41 • Diciembre 2005-Enero 2006

Segundo de los edificios que formarán el Nuevo 12 de Octubre

Aprobado el presupuesto para la construcción del Policlínico

El Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid aprobó el pasado 12 de enero el presupuesto para la contratación, por concurso abierto, de las obras del Policlínico que formará parte del nuevo 12 de Octubre y que en un futuro supondrá la renovación de nuestras instalaciones. Para la construcción de este edificio se ha previsto una inversión de más de 90 millones de euros, con un plazo de ejecución de 36 meses.

Primer boceto del nuevo edificio.

El Policlínico albergará toda la actividad ambulatoria del Hospital. Dispondrá de área de rehabilitación, radiología, hemodiálisis, hospital de día médico, quirúrgico y de hematología y litotricia, entre otros. Además, contará con 280 consultas y gabinetes de exploración, así como laboratorios y servicio de toma de muestras, un área de investigación, despachos médicos, archivo de historias clínicas y cafetería.

63.000 M² CONSTRUIDOS

Destaca también la enorme amplitud de las futuras instalaciones, ya que tendrán 63.000 metros cuadrados, a los que deben sumarse otros 25.000 destinados a aparcamiento subterráneo, dónde podrán estacionar alrededor de 1.000 vehículos.

Esta decisión supone el inicio de la fase 1 del proyecto de renovación del Hospital, que se desarrollará en varias etapas y que se inició con la construcción el edificio técnico para instalaciones, que proporcionará el suministro de agua, electricidad, y energía térmica y frigorífica al futuro Hospital. Previsiblemente, este edi- ficio entrará en funcionamiento durante la próxima primavera.

El Gobierno de la Comunidad de Madrid ha vuelto a reiterar su intención de continuar con el proceso de cambio, de modo que a la fase 1 seguirán una segunda y tercera etapa, en las que se construirán un bloque técnico de hospitalización y servicios centrales –más otras 1.000 plazas de aparcamiento–, se reformarán los servicios de oncología radioterápica y médica, y se habilitará un nuevo hospital materno-infantil.

Plan de Futuro del Hospital

Paralelamente a la realización de estas dos grandes obras, el Hospital ha comenzado a trabajar en el desarrollo de un Plan de Futuro, que contendrá las líneas de actuación que tendremos que seguir a partir de ahora, para adaptarnos a los cambios de nuestro entorno más inmediato, pero sin perder la posición de prestigio que hoy ocupamos. El Plan nace con siete objetivos principales, entre los que se encuentran conocer nuestra situación de partida, los posibles escenarios que tendremos que afrontar en el futuro, nuestras necesidades y expectativas, y la forma y estructura del Nuevo 12 de Octubre (ver cuadro adjunto).

De antemano, se pretende que el documento final sea fruto de la participación del mayor número posible de profesionales. Para ello, se prevé utilizar diferentes herramientas que permitan canalizar sugerencias y recibir información, como grupos focales, talleres o entrevistas individuales, entre otras.

BUZÓN DE SUGERENCIAS

Una de las novedades del plan, diseñada con este mismo objetivo, consiste en la creación de un buzón de sugerencias, al que se puede acceder desde la página principal de la Intranet del Hospital (icono específico en margen superior).

En este mismo acceso se encuentra otra sección, denominada Quick Wins, en la que se recogen las decisiones adoptadas a partir de posibles sugerencias, cuyo plazo de ejecución sea corto. Además, ahí mismo puede localizarse cualquier documento relacionado con el plan que haya sido ya generado o que pueda redactarse en el futuro.

Objetivos

1. Conocer mejor el Hospital. Sus puntos fuertes y sus debilidades. Redefinir nuestra área de influencia, tanto básica como de referencia (con la Consejería de Sanidad y Consumo).
2. Definir los posibles escenarios futuros deseables para el nuevo Hospital Universitario 12 de Octubre.
3. Fomentar la participación e implicación de los profesionales, buscando consenso y compromiso.
4. Facilitar la adaptación del Hospital a un entorno en continuo cambio.
5. Identificar las expectativas y necesidades de los diferentes grupos interesados en el óptimo funcionamiento del Hospital: ciudadanos, pacientes, profesionales, instituciones públicas y autoridades sanitarias.
6. Definir las grandes líneas estratégicas y los planes de actuación.
7. Dimensionar la estructura de hospitalización necesaria para el nuevo escenario.

Primer puesto en Madrid y segundo en España

El Hospital bate su récord en donación y trasplante de órganos

(Página 3)

El Centro de Especialidades de Pontones renueva su mobiliario

El pasado mes de diciembre se han llevado a cabo las primeras acciones de mejora y renovación del mobiliario y equipamiento del Centro de Especialidades de Pontones, que previsiblemente tendrán continuidad y finalizarán durante este año, ya que las dimensiones del edificio y de las diferentes salas que contiene dificultan su abordaje en un único ejercicio. En esta primera fase se han pintado y renovado las consultas de la primera planta, así como de la zona de Admisión de Salud Mental y los despachos de Atención al Paciente y de Secretaría.

La inversión destinada a este proyecto ha ascendido a 160.000 euros, a la que debe añadirse el coste de la pintura y del resto de equipamiento clínico incluido en el Plan de Inversiones de 2005. Todo ello ha supuesto la renovación de bancadas en las salas de espera, mesas, sillas, sillones, cajoneras, camillas –algunas de ellas adaptadas al tipo de asistencia que deben prestar, como las hidráulicas para las salas de cirugía y traumatología–, armarios, taquillas, archivadores, cortinas y lavabos con sus encimeras correspondientes. Además, se está sustituyendo la señalización interior del centro, conforme a la imagen corporativa del Servicio Madrileño de Salud y del Área 11 de Atención Especializada.

Esta acción tiene como objetivo renovar el aspecto de uno de nuestros centros más antiguos, dotándolo de muebles funcionales y modernos, lo que al mismo tiempo permite conseguir un mayor rendimiento de los espacios y una mayor accesibilidad en las salas de consulta.

PRÓXIMAS FASES

En las sucesivas fases se pretende finalizar la renovación de las consultas (2ª planta), los espacios ocupados por los Servicios de Admisión y Radiodiagnóstico y el vestíbulo principal de acceso, además de completar el pintado del centro. Así se mejorará la imagen, calidad y confort del Centro de Especialidades, lo que beneficiará tanto a profesionales como a usuarios.

Entre las mejoras figura la renovación de las bancadas y sillas de las salas de espera de las consultas de la primera planta.

Experiencia sobre corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

Dra. Susana de la Rosa y Dr. Felipe Villacampa
Servicio de Urología

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es la pérdida involuntaria de orina con el esfuerzo o el ejercicio, o bien al toser o estornudar. Es un trastorno de salud que ocasiona graves problemas sociales y emocionales, además de un elevado coste sanitario.

Aunque históricamente la vergüenza y la ignorancia hacían que las mujeres no acudiesen al médico por este síntoma, actualmente y gracias a las campañas de difusión e información y al nuevo arsenal terapéutico que ofrece soluciones eficaces, la demanda de asistencia por este tema ha aumentado espectacularmente.

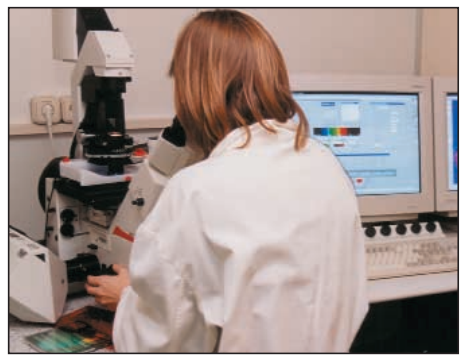
La fisioterapia y las técnicas quirúrgicas pueden solucionar hasta el 95 por ciento de los casos. Desde hace 10 años la cirugía de la IUE se viene realizando por bandas suburetrales libres de tensión. Esta técnica quirúrgica mínimamente invasiva consiste en la colocación de una malla de polipropileno debajo de la uretra por vía vaginal. Esta cirugía presenta además una tasa de complicaciones muy baja y un postoperatorio que cursa prácticamente sin dolor y que permite a la paciente reincorporarse a su actividad normal a la semana.

Esos aspectos positivos de la técnica nos hicieron pensar en la posibilidad de realizar la intervención, sin ingreso previo y posterior, en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) de nuestro Hospital. Tras un análisis detallado y el desarrollo de una vía clínica específica, comenzamos a intervenir a las mujeres con IUE en el verano de 2005. Seguimos estrictamente la referida vía clínica y contamos con un equipo de enfermeras y auxiliares muy profesionales. Utilizamos anestesia general con mascarilla laríngea que implica una mayor tolerancia por las pacientes y que éstas puedan deambular precozmente.

En la actualidad, nuestro Servicio de Urología ha intervenido a 30 pacientes de IUE en la unidad de CMA desde septiembre de 2005 a la actualidad, precisando ingreso sólo una paciente por sangrado y otra por dolor; el resto, no necesitaron dicho ingreso y fueron dadas de alta a las dos o tres horas de finalizada la cirugía. Las encuestas de satisfacción que cumplimentan las pacientes al finalizar su estancia en la CMA son muy positivas y sólo en tres de las veinticuatro respuestas analizadas se señala que el tiempo que han estado ingresadas no ha sido el correcto.

Como conclusión, podemos resaltar los aspectos positivos de esta técnica quirúrgica, tanto desde la óptica de la prestación asistencial, como desde el punto de vista de la gestión hospitalaria, ya que se consigue la curación del paciente con plena satisfacción por su parte, con un menor coste y prácticamente sin ocupación de cama. La corrección de IUE en la mujer ha pasado de requerir una intervención por vía abdominal (Burch) que cursaba con un postoperatorio doloroso y que precisaba de cinco a siete días de ingreso, a ser una intervención por vía vaginal mínimamente invasiva y que se realiza en CMA y sin ingreso, con lo que todo ello supone en cuanto a mejora en la eficiencia en el uso y ocupación de las camas del Hospital, reducción de gastos, mayor organización en la rutina de los pacientes y disminución de los riesgos relacionados con la hospitalización.

Objetivos de la Fundación de Investigación para 2006



La Fundación de Investigación Biomédica del Hospital afronta este nuevo año con un ambicioso objetivo: pretende complementar la financiación de actividades de investigación biomédica procedente de convocatorias externas, con un programa propio. Este plan tendrá como fines principales potenciar los recursos humanos en investigación, promover la convergencia entre investigación y docencia y la divulgación de los resultados de la investigación biomédica, y facilitar la adquisición de equipos de alta tecnología, permitiendo un alineamiento estratégico con las expectativas de las agencias financiadoras para el desarrollo de proyectos de investigación complejos.

BECAS POSTMIR

Entre las iniciativas del programa figura la convocatoria de tres Becas de Formación postMIR, dirigidas a profesionales sanitarios que hayan finalizado el periodo de Formación Sanitaria Especializada en nuestro Hospital. Con ellas se pretende su incorporación a grupos de investigación básica o preclínica, clínica o epidemiológica, con algún proyecto financiado en convocatorias externas durante el periodo de duración de la beca. En 2005 se convocaron dos becas de estas características. Este año se prevé incrementar un 4% su dotación económica.

También incluye la convocatoria de Becas de Formación en Investigación –previsiblemente dos–. Su objeto es desarrollar la formación de investigadores predoctorales que sirvan de nexo de unión entre la investigación básica, clínica y epidemiológica.

El programa también prevé una serie de acciones especiales para favorecer la elaboración y difusión de los resultados científicos que se obtengan a partir de una investigación. En este sentido, se quiere contribuir a la financiación de publicaciones científicas, tesis doctorales y otros trabajos de investigación en diferentes soportes, y a la asistencia a reuniones científicas relevantes.

Otra de las iniciativas previstas es la organización de un Curso de Formación en Urgencias Médico-Quirúrgicas, con el objetivo de familiarizar a los MIR recién incorporados con la organización, el funcionamiento, la responsabilidad, la comunicación con el paciente y familiares, y la actitud diagnóstico-terapéutica en el Servicio de Urgencias, desde una perspectiva eminentemente práctica. Pretende mejorar las competencias del MIR (conocimientos, habilidades, actitudes y valores) para el futuro desarrollo de su actividad en la urgencia.

Asimismo, la Fundación ha incluido dentro de este programa la mejora de instalaciones y adquisición de equipos de alta tecnología de uso comunitario o compartido. Su objeto es cofinanciar infraestructuras de investigación procedentes de la convocatoria del Fondo de Investigación Sanitaria. En el año 2006, se pretende solicitar un secuenciador multicanal.

Aprobada una norma sobre buena práctica científica

A propuesta de la Comisión de Investigación, el Hospital acaba de elaborar una normativa interna que regula los principios para la realización de una práctica científica rigurosa, eficiente y ética por los investigadores que trabajan en el Centro, iniciativa pionera en la Comunidad de Madrid. La nueva norma recoge los criterios que debe cumplir cualquier actividad que se realice en este ámbito de actuación, en lo relativo a requerimientos normativos y legales, responsabilidad de los profesionales implicados y publicación de resultados, entre otros aspectos.

En primer término, la norma recuerda la conveniencia de emprender las actividades de investigación, cuando se den las mejores condiciones, encauzarlas en el conjunto de actividades de la institución y realizarlas de manera reconocida y respetuosa. Además, define que toda actividad de investigación debe contar con un documento o protocolo donde se especifique claramente el propósito u objetivo que debe perseguir cualquier proyecto, fijando los antecedentes de la propuesta, los fines concretos, la metodología a seguir, el plan de trabajo, el calendario previsto, los recursos disponibles y el equipo participante. Asimismo, en el caso de que el estudio afecte a personas o animales, incluirá los aspectos de seguridad, éticos, jurídicos, legales y científicos vigentes.

El proyecto de investigación, que deberá tener siempre una versión escrita en español, será valorado de forma independiente por terceras personas cualificadas y, en el caso de que durante su ejecución surja alguna modificación o pregunta imprevista o adicional, se redactará un nuevo documento.

La norma pone especial énfasis en los proyectos de investigación que afecten a seres humanos. Así, especifica una serie de requerimientos legales, como que en estos casos deberán contar con el visto bueno del Comité Ético de Investigación Clínica antes de su comienzo. Además, deberán incluir el procedimiento de información a las personas afectadas y tratamiento de la información que se obtenga, solicitándoles además su consentimiento expreso.

En el supuesto de utilización de muestras biológicas de estos pacientes, fija la ineludible obtención de otro consentimiento informado, independiente del solicitado para el protocolo. Se deberá facilitar información sobre las medidas que se van a adoptar para que los datos sean anónimos, el tipo de análisis a realizar, su finalidad y la posibilidad de conocer o no el resultado de dicho examen.

También debe existir un compromiso de mantenimiento de la confidencialidad de los datos de estas muestras y de las personas participantes.

La normativa también pone el acento en los proyectos de investigación que afecten a animales, estableciendo que no podrán ponerse en práctica sin la autorización de un Comité Ético de Experimentación Animal.

Otro de los puntos de interés del texto es el que hace mención a la responsabilidad de los investigadores. En este caso, se resalta la obligación de comprobar la veracidad de la información y hacer buen uso de los recursos que estén comprometidos en el estudio, y de que sean los responsables firmantes del proyecto quienes realicen los procedimientos con los pacientes. Esta última función sólo podrá ser delegada en ayudantes o becarios, una vez sean reconocidos por la institución, y siempre que esté especificado expresamente en el documento.

Se fija también la ineludible publicación de los resultados, aunque éstos sean negativos o distintos a las expectativas previstas en un principio, y el depósito de una copia en la Biblioteca del Hospital.

Por último, se especifican las responsabilidades de los tutores respecto al personal investigador contratado o en formación.

XV CURSO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Por otra parte, en enero se inició en el Hospital la XV edición del Curso de Metodología de la Investigación Clínica, con el que se pretende no sólo aportar métodos y técnicas de trabajo a los investigadores, sino también estimular y hacer más eficiente la capacidad creativa del médico, enriquecer y favorecer la información científica y sanitaria disponible y adiestrar en la reutilización y aplicación del conocimiento derivado de los estudios o proyectos. En definitiva, el desarrollo de una práctica clínica sobre bases más eficaces, autónomas y científicas.

El hecho de que el curso continúe celebrándose y este año se organice una nueva edición, es prueba del éxito y acogida que tiene entre los profesionales que en nuestro Centro apuestan por la investigación.

En 2005 ocupamos el primer puesto de la Comunidad de Madrid y el segundo nacional en este tipo de intervenciones

El Hospital supera de nuevo su récord en donación y trasplante de órganos

El pasado año volvió a ser excelente en lo que a trasplantes se refiere. Batimos nuestro récord en donación y trasplante de órganos sólidos, con la realización de casi 300 intervenciones de este tipo. Concretamente, se trasplantaron en ese periodo 284 órganos –54 más que en 2004–, cifra que nos permitió situarnos como primer hospital trasplantador de la Comunidad de Madrid y segundo en toda España.

En lo que se refiere al trasplante renal, en 2005 ocupamos el primer puesto nacional en número de órganos trasplantados. Se hicieron 159 intervenciones de este tipo –tres de ellas dobles–, lo que supone un incremento de 18 respecto al año anterior. Además, los profesionales que participan en este programa realizaron también el pasado año 80 trasplantes hepáticos –seis procedentes de órganos de donante vivo–, 20 cardiacos, 19 de páncreas y otras combinaciones, y 4 intestinales.

DONANTES

Dentro del programa de trasplantes, hay que destacar también el importante número de donantes en situación de muerte encefálica que tuvo nuestro Centro. Fueron 32, cifra que nos permitió también situarnos en el primer lugar de la Comunidad de Madrid en cuanto a este tipo de donaciones se refiere.

Iniciado un programa de donación y trasplante de órganos de pacientes en asistolia

El Hospital ha comenzado con éxito un nuevo programa de donación de órganos y tejidos procedentes de pacientes que sufren una parada cardiorrespiratoria irreversible fuera del centro sanitario. El programa, más conocido como donación a corazón parado o en asistolia, va a permitir incrementar la oferta de riñones, pulmones, hígados y tejidos a potenciales receptores que estén en lista de espera para un trasplante.

Este programa cuenta con la participación del SUMMA 112, que coordina el dispositivo hasta la llegada del donante al Hospital. Como elemento diferenciador respecto al Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, que ya realiza este procedimiento, nuestro Centro cuenta con dos helipuertos que hacen posible la donación de órganos procedentes de personas fallecidas a muchos kilómetros de distancia. El Hospital dispone actualmente de dos helisuperficies, una de ellas inaugurada hace un año y medio y que cuenta con las últimas novedades en cuanto a seguridad y garantía en el aterrizaje.

A diferencia del Hospital Clínico San Carlos, que ya realiza este procedimiento, el 12 de Octubre cuenta con dos helipuertos, lo que nos permite recibir órganos procedentes de donantes fallecidos a muchos kilómetros.

COORDINACIÓN EXTRAHOSPITALARIA

Con esta nueva iniciativa, cualquier persona que fallezca por un fallo cardiaco irreversible en su domicilio o en la calle, puede convertirse en donante de órganos. Para ello, deben cumplirse algunos requisitos indispensables, que incluyen el inicio de técnicas de resucitación cardiopulmonar en un máximo de 15 minutos por los equipos de emergencia extrahospitalarios, el traslado al hospital en un tiempo inferior a los 90 minutos y realizando en el paciente maniobras de reanimación avanzada y, por supuesto, el consentimiento familiar y judicial para la extracción de órganos.

Además, se tendrá en cuenta otra serie de premisas, como la disponibilidad del hospital para asumir el posible donante y el menor tiempo de traslado en las mejores condiciones para la realización del masaje cardiaco. En cualquier caso, no se realizará ningún procedimiento de donación de órganos hasta que no esté certificada la defunción por el médico que lleva a cabo la reanimación y hasta que no se envíe por fax al Juez de Guardia la solicitud de permiso para iniciar maniobras de preservación de órganos y tejidos.

El fallecimiento se diagnosticará por el cese irreversible de la función cardiaca, manifestado por la ausencia de latido del corazón y de pulso central o por electrocardiograma, así como por ausencia de respiración espontánea, todo ello por un periodo no inferior a cinco minutos.

Uno de los puntos prioritarios del programa es la garantía del derecho de la familia del donante a estar informada en todo momento del procedimiento, con el máximo respeto a su voluntad y a la manifestada por el paciente antes de su muerte. Para ello, y si fuese necesario, se prevé su localización con la ayuda de las Fuerzas de Seguridad del Estado o la Policía Local, en el caso de que no tuvieran conocimiento de la asistencia y traslado del paciente al hospital.

El donante en asistolia debe cumplir las mismas condiciones generales sobre enfermedades neoplásicas, sistémicas o transmisibles que los donantes en muerte cerebral, tener entre 18 y 55 años y presentar un aspecto externo sano. Tiene que conocerse también la hora en la que ha sufrido la parada cardiorrespiratoria, el intervalo de tiempo desde que ha tenido lugar hasta que se inician las maniobras de resucitación pulmonar avanzada –siempre inferior a 15 minutos– y la causa de la muerte –descartándose las agresiones–. Además, no son válidos los donantes que presenten lesiones sangrantes en abdomen y tórax.

Los órganos procedentes de un donante en asistolia son tan útiles como los de donante en muerte cerebral. Incluso en algunos casos, como los riñones, está demostrado que los primeros tiene una supervivencia a largo plazo similar o incluso superior al de los segundos.

PRIMEROS RESULTADOS

Tras un periodo de pilotaje del programa, el Hospital 12 de Octubre ha realizado recientemente dos procesos de este tipo, que han permitido la implantación de diversos órganos en pacientes que estaban a la espera de un trasplante; concretamente, cuatro riñones, dos hígados y dos córneas. En este programa participan alrededor de 60 profesionales del Hospital, pertenecientes a la Coordinación de Trasplantes, Cuidados Intensivos, Servicios Médicos y Quirúrgicos, Anestesia, Enfermería y Auxiliares de Enfermería, y Celadores, entre otros.

Según los datos de una reciente encuesta

Los pacientes, satisfechos con la alimentación que reciben

Servicios Generales ha realizado recientemente una encuesta de satisfacción, para conocer de primera mano la opinión de los pacientes respecto a la comida que les proporcionamos. Según los resultados de este sondeo, la mayoría consideran que el servicio que reciben es satisfactorio.

Se repartieron 396 encuestas, a las que contestaron 293 pacientes, en las que se planteaban preguntas sobre el tiempo de ingreso en el Hospital, la información sobre la dieta, el menú y cuestiones relacionadas con la limpieza, presentación y variedad, entre otras.

Del análisis de los resultados se desprende que el 40 por ciento de los entrevistados permaneció menos de una semana en el Hospital, un criterio importante a tener en cuenta a la hora de valorar otras cuestiones. Entre ellas, se preguntó a los pacientes sobre si recibieron información adecuada respecto a la dieta. En este caso, el 70 por ciento de los ingresados en la Residencia General y el 43 por ciento de los del Materno-Infantil respondieron afirmativamente. También se les preguntó acerca de si se les había servido el menú elegido. En respuesta a esta cuestión, el 62 por ciento de los pacientes de la Residencia General y el 68 por ciento del Materno-Infantil dijeron que sí.

El sondeo pretendía recoger también la opinión de los entrevistados sobre otras cuestiones directamente relacionadas con la alimentación, como limpieza de la vajilla, presentación de los platos, variedad de los menús, calidad de los productos, y cantidad, temperatura y elaboración de los alimentos. Respecto a estos temas, los encuestados debían escoger entre varias opciones que iban del muy bien, al mal, o no contesta; la mayoría las calificó como bien.

Además, se les ofreció la posibilidad de hacernos llegar sus propias observaciones e incluso plantear sugerencias. En este sentido, algunos de los entrevistados plantearon mejorar los desayunos y meriendas, y la dotación de bandejas y cubiertos, y el que se incrementase la oferta gastronómica, entre otras cuestiones.

MEJORAS

Una vez analizados estos resultados, Servicios Generales está trabajando para introducir algunas iniciativas, con las que se mejore aún más la calidad del servicio que ofrecemos. Entre ellas están el incrementar la temperatura de los alimentos, ampliar la variedad de recetas gastronómicas y renovar la dotación de bandejas y cubiertos.

Enfermería organiza varios congresos

Dos grupos de enfermeros del Hospital van a organizar este año congresos y reuniones relevantes. El primero de ellos está formando por profesionales del Servicio de Nefrología, encargados de dar vida a la 35 reunión de la Asociación Europea de Enfermería de Diálisis y Trasplantes (EDTNA), que se celebrará en Madrid del 8 al 11 de septiembre y que estará dedicada a la prevención, cuidados y manejo de las enfermedades del riñón. María Luz Casal, de este servicio, es enfermera y presidenta del comité organizador. Los interesados pueden consultar más información en la página web: www.edtna-erca.org.

Por otra parte, el Grupo de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular (EHRICA), fundando en el año 2002 por cuatro de nuestras enfermeras, está organizando la quinta reunión de este grupo que tendrá lugar en marzo de 2006, y en el que se presentarán los resultados del proyecto AMPASOFT II: *Efectividad de un programa educativo por parte del personal de enfermería para mejorar la medida domiciliaria de la presión arterial*. Quienes deseen formar parte de este grupo o participar en futuros proyectos, pueden ponerse en contacto con los integrantes en la dirección de correo electrónico: unidadhta@hotmail.com

FE DE ERRORES

En el número 39 de Noticias del 12 se incluyó un reportaje sobre el Servicio de Radiología del Hospital. En la información sobre su plantilla, se omitió por error el número de celadores que trabajan allí. Son en total 15: siete en el turno de mañana y ocho en el de tarde.

Recursos Humanos

NOMBRAMIENTO

El doctor **Carmelo Serrano Hernández,** médico adjunto del Servicio de Radiología Infantil del Materno-Infantil, es el nuevo Presidente de la Comisión de Docencia y Jefe de Estudios del Hospital. Sustituye en el cargo al doctor Gregorio Castellano.

Conociéndonos mejor

Grupo de dolor agudo postquirúrgico del Servicio de Anestesia y Reanimación de la Residencia General

La batalla contra el sufrimiento tras una intervención

Un grupo de médicos del Servicio de Anestesia y Reanimación creó hace casi dos años una nueva unidad en la Residencia General, cuyo objetivo era conseguir que el dolor agudo tras una intervención quirúrgica fuese el menor posible. Comenzaron a trabajar con Traumatología y Cirugía de Tórax y poco a poco se han ido incorporando otros servicios a su cartera de clientes. El doctor Antonio Carrascosa nos ha contado algunos detalles sobre su funcinamiento.

–¿Desde cuándo existe como tal la Unidad de Dolor Agudo Postquirúrgico de la Residencia General (UDAG)?

–La idea surge de la iniciativa planteada por anestesistas de determinados quirófanos que, conscientes de la necesidad de controlar el dolor agudo postquirúrgico, pusieron en marcha una serie de técnicas y formas de trabajo dirigidas a este fin. La iniciativa, liderada fundamentalmente por Cirugía de Tórax y Urología, constituyó el germen del proyecto en el que hoy estamos inmersos.

Uno de los primeros pasos consistió en la revisión de un borrador del año 2001 en el que se incluían los requisitos para su implantación. Posteriormente, este documento se entregó a otros profesionales directamente implicados, para su evaluación y modificación.

Antes de empezar a funcionar, se creó un grupo de trabajo encargado de consensuar y coordinar las medidas necesarias para su desarrollo, dada la complejidad del proyecto y la implicación de diferentes servicios. Finalmente, en marzo de 2004 iniciamos nuestra actividad. Comenzamos a trabajar con Traumatología y Tórax y poco a poco hemos empezado a hacerlo con otros servicios quirúrgicos. En julio de 2005 el proyecto fue aprobado por la Comisión de Dirección.

–¿Por qué surge la idea?

–El Servicio de Anestesiología y Reanimación tiene muy claro que el dolor agudo postquirúrgico puede y debe evitarse, pues se asocia a una serie de efectos indeseables que aumentan la morbilidad y la mortalidad, así como la estancia hospitalaria.

–¿Cuántos médicos integran la Unidad?

–La UDAG está formada por cinco médicos anestesiólogos, además de un residente que rota periódicamente. Entre nuestras funciones está la de coordinarnos con el anestesiólogo de quirófano y el equipo quirúrgico, a fin de conseguir un buen control del paciente en la convalecencia y homogeneizar las pautas analgésicas a establecer.

–¿Cómo es un día de trabajo habitual?

–Por la mañana, el anestesiólogo recoge en la Reanimación el busca de localización de la Unidad y las incidencias de la guardia. Seguidamente, imprime los datos sobre la evolución de los pacientes del día anterior que están a su cargo. Después, visita, junto con la enfermera de turno de la planta de hospitalización, a todos los pacientes ingresados durante las 48-72 horas postoperatorias. En ese momento, instaura un tratamiento analgésico y, si es necesario, se retiran los catéteres nerviosos. La jornada termina actualizando la hoja de datos de los pacientes dados de alta por la UDAG y entregando el busca de localización al residente de la Reanimación.

Los criterios de admisión de un paciente para diagnóstico y tratamiento del dolor severo son los que marca el anestesiólogo de quirófano. Él conoce mejor que nadie el comportamiento del paciente durante la intervención y decide, en función de la técnica anestésica utilizada, la pauta más adecuada. Una vez admitido el paciente, pasa al control de la UDAG. La cobertura es de 24 horas al día. Se responde a las consultas que nos realizan, se visita a los pacientes y se solucionan problemas de medicación o técnicos.

La Enfermería de la planta es la encargada de seguir el tratamiento. Recogen diariamente la información sobre evolución y terapéutica de cada paciente, en la hoja de seguimiento, a fin de valorar la eficacia de las medidas adoptadas.

–¿Qué aporta a los pacientes esta forma de manejo del dolor?

–La evaluación, tratamiento y seguimiento continuo de los pacientes con un dolor agudo postoperatorio de intensidad severa implica la posibilidad de ofrecer un mayor abanico de posibilidades terapéuticas y, sobre todo, más agresivas. Específicamente, el paciente tiene la posibilidad de obtener una analgesia controlada por el mismo, a través de unas bombas especiales (PCA), programadas por los anestesiólogos, así como infusiones perineurales de anestésicos locales. Gracias a ello, se beneficia de una mejor calidad analgésica y, potencialmente, de un menor riesgo de complicaciones, al favorecer la movilización.

Por otra parte, nuestra experiencia corrobora un mayor grado de satisfacción en cuanto al alivio del dolor. Así lo demuestran, por ejemplo, los resultados de una encuesta realizada en Traumatología, en la que le 90 por ciento de los 121 pacientes entrevistados afirmaba que sentía un alivio del dolor postquirúrgico con las nuevas técnicas y procedimiento de trabajo. Hasta el momento han sido tratados cerca de 2.000 pacientes.

–¿Qué ha supuesto la introducción de este método de trabajo en el Hospital?

–La planificación, protocolización de los procedimientos y preparación del personal médico y de enfermería ha implicado una mayor demanda en el control analgésico y un cambio progresivo en la estrategia terapéutica, a favor de PCA-iv de morfina e infusiones perineurales de anestésicos locales. Asimismo, se ha constatado un mayor grado de satisfacción en una población cada vez más informada y exigente. Por último, ha permitido realizar un abordaje seguro y eficaz del dolor tras la intervención quirúrgica, prestando atención a las recomendaciones de las sociedades científicas y a la experiencia de los centros en los que ya existen programas de este tipo.

En la UDAG trabajan los doctores Antonio Carrascosa, Alejandro Orts, Nuria Bouzó, Raquel Saldaña y José Valín. En la foto, algunos de ellos, junto al residente Fernando Gómez.

Este trabajo no sería posible sin la colaboración de la Enfermería de planta, que son los profesionales que pasan más tiempo junto al paciente. Su aportación es fundamental para el buen funcionamiento del programa.

–¿En qué momento de desarrollo del proyecto estamos?

–La creación de archivos y bases de datos propias y la elaboración de estadísticas para el estudio de la epidemiología del dolor y la aplicación de estrategias terapéuticas son básicos para nuestro crecimiento. En esto precisamente estamos trabajando ahora, junto con el Servicio de Informática.

Además, estamos participando en la realización de trabajos científicos, en ensayos clínicos y en proyectos de investigación, para seguir mejorando. Por ejemplo, ahora tenemos en marcha un estudio sobre la eficacia analgésica del dexketoprofeno intravenoso en prótesis totales de cadera.

Desde la creación de la Unidad se ha establecido un programa de formación, para conseguir que se valore el grado de dolor postoperatorio, se introduzcan nuevas estrategias terapéuticas y se conozcan los efectos secundarios al tratamiento instaurado. Esta formación se ha impartido a los profesionales de Enfermería y también a médicos residentes de Reanimación, Traumatología y Cirugía de Tórax.

Asimismo, se ha generado una documentación dirigida al paciente sobre los objetivos realistas en el alivio del dolor, en la que se informa sobre los diferentes métodos de tratamiento y sus posibles efectos adversos.

Además, se ha introducido una modificación en las hojas de evolución, para controlar la eficacia del tratamiento, que incluyen variables relacionadas con el dolor, así como hojas de tratamiento analgésico específicas, todas ellas controladas por Enfermería de las plantas de hospitalización.

También se han diseñado hojas de evolución del dolor compatibles con el programa Gacela, ya que se pretende que esta información, recogida por Enfermería, esté disponible en breve en la Intranet del Hospital. Esto nos permitirá una evaluación de la casuística y la implantación de mejoras.

PRÓXIMOS OBJETIVOS

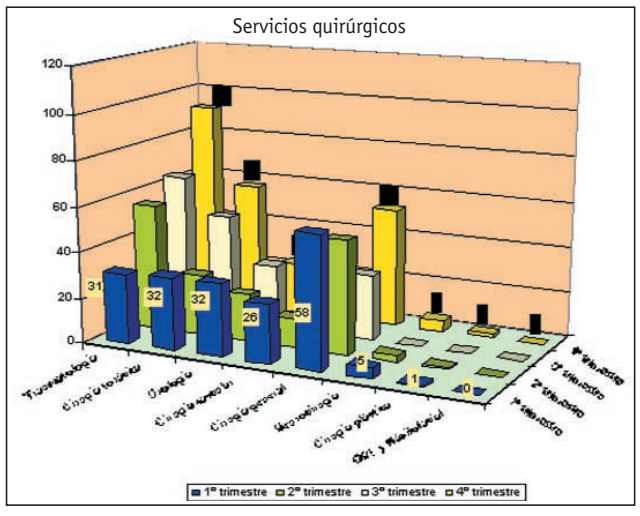
–¿Cuáles son sus próximos objetivos?

–Uno de ellos es continuar con la implantación de la UDAG de una manera gradual y en un plazo de tiempo razonable. Además, tenemos previsto desarrollar programas informáticos adaptados a nuestras necesidades, que nos permitan la recogida de datos relacionados con el dolor. Así, podremos gestionar las variables obtenidas, realizar un informe diario accesible a través de la Intranet y generar otro informe diario con los pacientes vistos por la UDAG que permita responder a las incidencias surgidas durante la guardia.

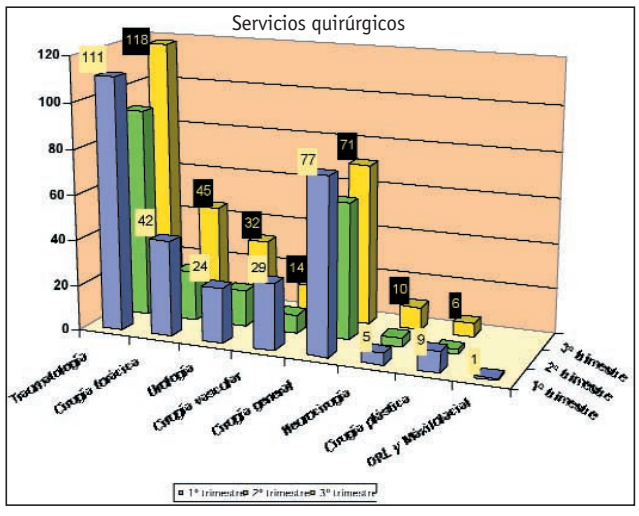
Tenemos que seguir trabajando para que el Servicio de Farmacia elabore todos los tratamientos solicitados, lo que supondrá una seguridad adicional, tanto desde el punto de vista de la asepsia como de la cantidad administrada.

Y, por último, pensamos poner en marcha una página web externa, que incluya procedimientos, guías de tratamiento analgésico, protocolos y cualquier otra información de interés.

PACIENTES VISTOS POR LA UDAG (MARZO 2004-FEBRERO 2005)



PACIENTES VISTOS POR LA UDAG (ABRIL-DICIEMBRE 2005)



"Noticias del 12" - Periódico informativo del Área 11 de Atención Especializada
Avda. de Córdoba, s/n - 28041 Madrid - Telf. 91 390 80 00
Coordinación: Pilar Notario, Gabinete de Comunicación - Telf.: 91 390 83 81 - E-mail: pnotario.hdoc@salud.madrid.org
Preimpresión y edición: Ibáñez&Plaza Asociados, S.L. - Bravo Murillo, 81 - 28003 Madrid - Telf.: 915537462 - Fax: 915532762 - E-mail: ediciones@ibanezyplaza.com - Web: www.ibanezyplaza.com
www.h12o.es