



Hospital Universitario
Ramón y Cajal
Comunidad de Madrid
DIRECCIÓN ENFERMERA

BOLETÍN

IDEA

Investigación
Docencia
Enfermera
Avanzada

Nº 15 Mayo 2007



EDITORIAL



LECTURA CRÍTICA



ACTIVIDADES CIENTÍFICAS



NUESTROS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS



HERRAMIENTAS PARA LA INVESTIGACIÓN



FOROS DE ENCUENTRO



ACTIVIDADES DOCENTES



EL FIP INFORMA



SUGERENCIAS



Área de Formación Investigación y Procesos
Unidad de Investigación Enfermera

ÍNDICE

| | |
|---|------------------------|
| EDITORIAL: Importancia de los Ensayos Clínicos | Pág.3 |
| LECTURA CRÍTICA: "Ensayo Clínico Aleatorizado de tres pautas de quimioprofilaxis para prevenir la tuberculosis en pacientes infectados por el VIH con anergia cutánea" .. | Pág.5 |
| ACTIVIDADES CIENTÍFICAS: | Pág.6 |
| Proyectos de Investigación | Pág.6 |
| Publicaciones | Pág.7 |
| Participación en Congresos y Jornadas | Pág.7 |
| Actos Científicos Organizados en el H.RyC | Pág.9 |
| Próximas Actividades | Pág.10 |
| NUESTRO ARTÍCULO CIENTÍFICO <i>"18 Jornadas Nacionales de Supervisión de Enfermeras Gestoras"</i> | Pág.11 |
| Comunicaciones | Pág.11 |
| Póster | Pág.18 |
| HERRAMIENTAS PARA LA INVESTIGACIÓN: | Pág.22 |
| Revistas Enfermería | Pág.22 |
| Bases de Datos | Pág.23 |
| Recursos en Internet | Pág.23 |
| Sociedades Científicas de Enfermería | Pág.24 |
| Lecturas de Apoyo a la Metodología de Investigación | Pág.26 |
| FOROS DE ENCUENTRO: | Pág.28 |
| Jornadas y Congresos | Pág.28 |
| Premios, Becas y Certámenes | Pág.29 |
| ACTIVIDADES DOCENTES: | Pág.30 |
| Actividades Formativas | Pág.30 |
| EL TERMÓMETRO | Pág.32 |
| SUGERENCIAS | Pág.37 |

Comité de Redacción: Jose Luis García González, Azucena Marzo Martínez, M^a Jesús Muñoz Lobo, Ruth Prieto Aguilar y Ana Rodríguez Gonzalo.

EDITORIAL: Importancia de los Ensayos Clínicos

El ensayo clínico (EC) es el estudio clínico que posee el nivel de evidencia más alto, para demostrar, que el procedimiento médico que se realiza es el más adecuado con los conocimientos científicos que existen en ese momento.

Su principal característica, lo que lo diferencia del estudio observacional es su condición experimental, es decir, el investigador interviene en el curso normal del acontecimiento, ya que asigna a los sujetos del estudio a uno de los grupos de la intervención (normalmente diferente del tratamiento habitual).

Son siempre prospectivos, es decir, se planifican y luego se realizan, siguiendo la evolución del sujeto a lo largo del tiempo.

Un EC es por tanto un estudio experimental, analítico, prospectivo, aleatorizado (asignación al azar del tratamiento que va a recibir el paciente) y controlado (a menudo con placebo) y si es posible doble ciego (es decir ni el investigador ni el paciente conocen cual es el tratamiento que recibe el paciente).

La mayoría de los EC requieren gran número de participantes y algunas veces es necesario organizar ensayos clínicos multicéntricos, es decir, que participen varios centros de investigación u hospitales que pueden ser incluso de diferentes países.

Es importante destacar que el EC es el último eslabón en el plan de investigación de un nuevo producto en fase de investigación y puede ocurrir que en la fase preclínica (modelos de laboratorio, animales), se descubran posibilidades terapéuticas que posteriormente no demuestren ningún beneficio en un EC.

Por otra parte, hoy en día también se realizan actividades médicas cuya utilidad no ha sido demostrada mediante un EC y no podemos saber con certeza si estamos llevando a cabo la mejor práctica posible.

El EC es por lo tanto la mejor herramienta que tenemos en este momento para valorar la relación beneficio/riesgo de los tratamientos que utilizamos.

La mayoría de los EC que se llevan a cabo, evalúan nuevos fármacos o tratamientos médicos con un protocolo de investigación estrictamente controlado. Hay Áreas Terapéuticas donde la realización de EC es mayor, debido a la gravedad de las patologías y a la necesidad de nuevos tratamientos eficaces. La Oncología constituye un claro ejemplo, ya que en muchas ocasiones los EC son la única opción terapéutica para determinados pacientes. A estos y otros muchos pacientes se les debe facilitar el acceso a la información sobre los EC e incluso ofrecerles la posibilidad de participar en los mismos.

Hoy en día se está trabajando para que cualquiera pueda consultar a través de internet los EC que se realizan. Existen Bases de datos internacionales, como por ejemplo “ClinicalTrials.gov: Registro de ensayos clínicos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (NLM), parte del National Institutes of Health (NIH)”. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados hasta el momento, aún no podemos conocer todos los EC que están en marcha en nuestro medio.

Por otra parte, es importante destacar que existe un mecanismo de evaluación y control de los EC. En nuestro país, ningún ensayo clínico puede ser realizado sin informe previo de un Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) debidamente acreditado por la autoridad sanitaria competente. Este comité es un organismo independiente, constituido por profesionales sanitarios y miembros no sanitarios, encargado de la revisión de los aspectos éticos, metodológicos y económicos. Realiza un dictamen sobre el protocolo del ensayo, la idoneidad de los investigadores y la adecuación de las instalaciones, así como los métodos y los documentos que vayan a utilizarse para informar a los sujetos del ensayo con el fin de obtener su consentimiento informado.

Además de la aprobación del CEIC, antes de iniciar un ensayo clínico, éste debe haber sido autorizado por la Dirección del Hospital /

Gerencia de Área y por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

En nuestro hospital, en los últimos años se ha producido un incremento importante en el número de estudios, fundamentalmente de ensayos clínicos que se realizan. De 78 ensayos clínicos evaluados por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) en el año 2003, hemos pasado a 134 en el 2006. En la base de datos del CEIC tenemos registrados un total de 818 ensayos clínicos (incluidos desde 1999) de los cuales se han aprobado el 87%.

En resumen, destacar que los EC surgen como la respuesta científica a la necesidad ética de garantizar la eficacia y la seguridad de los tratamientos que reciben los pacientes; y proporcionan un método controlado, objetivo y reproducible para medir los efectos de un tratamiento sobre la salud. Además, en la actualidad hay patologías para las que no disponemos de un tratamiento eficaz y los EC constituyen la mejor herramienta disponible para la evaluación de los nuevos medicamentos o estrategias terapéuticas.

Creemos que se debe apoyar e impulsar la realización de EC en el Hospital, tal y como se está haciendo en los últimos años, ya que es la forma de ofrecer a los pacientes los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos existentes y disponibles

D^a Itziar de Pablo López de Abechuco
D^a M^a Ángeles Gálvez Múgica
Farmacólogas Clínicas
Agencia de Ensayos Clínicos



LECTURA CRÍTICA DE UN ARTÍCULO CIENTÍFICO

 **LECTURA CRÍTICA, COMENTARIO Y DISCUSIÓN SOBRE UN ARTÍCULO SELECCIONADO.** Se realizará el **26 de Junio de 2007**, a las **14:30h** en la Unidad de **Enfermedades Infecciosas, 4C/B.**

Autores: Antonio Rivero^a, Luis López-Cortés^b, Rafael Castillo^c, Fernando Lozano^d, Miguel Ángel García^e, Felipe Díez^f, José Carlos Escribano^g, Jesús Canueto^h, Juan Pasquauⁱ, Juan José Hernández^j, Rosa Polo^k, Francisco Javier Martínez-Marcos^b, José María Kindelán^l, Rafael Rey^k y Grupo Andaluz para el estudio de las Enfermedades Infecciosas (GAEI) Servicios de Enfermedades Infecciosas. Hospitales ^aVirgen de la Victoria (Málaga), ^bVirgen del Rocío (Sevilla), ^cClínico Universitario San Cecilio (Granada), Nuestra Señora de Valme (Sevilla), ^eCarlos Haya (Málaga), ^fTorrecedenas (Almería), ^gPuerta del Mar (Cádiz), ^hPunta Europa de Algeciras (Cádiz), ⁱVirgen de las Nieves (Granada), ^jCiudad de Jaén (Jaén), ^kInstituto Nacional Carlos III (Madrid), ^lUniversitario Reina Sofía (Córdoba). España.

El artículo a debatir será: **“Ensayo Clínico Aleatorizado de tres pautas de quimioprofilaxis para prevenir la tuberculosis en pacientes infectados por el VIH con anergia cutánea”**

Pese a que diversos estudios han puesto de manifiesto el alto riesgo de desarrollar enfermedad tuberculosa que tienen los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con anergia cutánea, los diversos ensayos clínicos realizados, no han servido para demostrar de forma concluyente el beneficio de instaurar quimioprofilaxis antituberculosas en esta población.

Este ensayo clínico, tiene por objetivo, determinar la eficacia en la prevención de la tuberculosis y evalúa la eficacia de tres pautas de quimioprofilaxis antituberculosa en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con anergia cutánea. La anergia cutánea se definió por la ausencia de reactividad a 3 antígenos aplicados por la técnica de Mantoux.

Es un ensayo clínico prospectivo, multicéntrico, aleatorizado, comparativo y abierto.

Los pacientes se distribuyen de forma aleatoria a uno de los siguientes grupos de tratamiento:

- Grupo 6H: tratados con isoniacida durante 6 meses
- Grupo 3RH: tratados con rifampicina más isoniacida durante 3 meses
- Grupo 2RZ: tratados con rifampicina más piracinamida durante 2 meses.
- Grupo NT: sin tratamiento

El seguimiento de los pacientes se hizo por un periodo de 2 años.

Se incluyeron en el estudio 319 pacientes en total. Se produjeron 11 casos de tuberculosis durante el seguimiento. Fallecieron 29 personas, ninguno de ellos por tuberculosis.

Este estudio no demuestra una reducción significativa del riesgo de tuberculosis en ninguna de las pautas evaluadas, y por tanto, no apoya el empleo de quimioprofilaxis antituberculosa en pacientes con anergia cutánea.

Estamos a vuestra entera disposición, para que nos hagáis las sugerencias que os parezcan oportunas e interesantes. En este caso la petición surge de la Unidad de E. Infecciosas, 4C/B, que invitan a todos los profesionales del Hospital que deseen asistir.

El trabajo lo podéis encontrar en la Intranet del Hospital y también en el Departamento FIP, Planta 6ª Centro, y en la Unidad de E.Infecciosas, donde se efectuará la lectura.

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

CONVOCATORIA A ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS E INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD (ETES). INSTITUTO DE SALUD CARLOS III.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto de Salud Carlos III, convoca ayudas para Promocionar la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud, recientemente, el 3 de Abril, se abrió esta convocatoria ETES de proyectos de investigación, de 1 o 2 años de duración. Esta convocatoria prioriza fomentar la investigación en enfermería. Es una oportunidad para todos nosotros, dado que no solo tenemos la posibilidad de obtener financiación, sino también de obtener prestigio profesional.

Es la primera vez desde hace 20 años que enfermeros de este hospital se presentan como investigadores principales a esta convocatoria. Algo que sin duda llena de prestigio a nuestro hospital. Dos de los proyectos son de enfermeras y dos de fisioterapeutas. Desde aquí os doy la enhorabuena por el esfuerzo. Se presentan los siguientes proyectos:

- *"Estudio piloto de la eficacia de la terapia láser de Baja Intensidad en la Cicatrización de las Úlceras en Pie Diabético"*. IP: **D^a Gema Prieto Merchán**. Enfermera y Fisioterapeuta. H R y C. IC: **D^a Nuria García Moriche, D^a Cristina Martínez Chamorro**. Enfermeras H R y C
- *"Experiencia del trasplante hepático. Profundizando en el proceso. Un diseño mixto de investigación"* IP: **D^a Cristina Martín Martín**. Supervisora H R y C. IC: **D^a Alejandra Cano, D^a Nuria Martínez, D^a M^a Sol Arevalillo, D^a Agustín Albillos**. Enfermeros H. R y C
- *"Perspectiva cualitativa de la percepción de la obesidad e instrumentalización de la comida en mujeres obesas"* IP: **D^a Concepción Medina Ruiz**. Enfermera H R y C. IC: **D^a Fátima Carabaña**. Supervisora H y C. **D^a Francisca Alcaráz, D^a Carmen Zaballos, D^a Lourdes Moreno**. Enfermeras H R y C.
- *"Eficacia de la terapia ultrasónica interferencial en el tratamiento del dolor y la limitación funcional en las enfermedades osteomusculares del hombro"*. IP: **D. Ramón Montes Molina**. Fisioterapeuta. IC: **D^a Ana Romojaro Rodríguez, D^a Susana Rodríguez**. Adjunta de Rehabilitación. Fisioterapeuta. H R y C
- *"Efecto de la terapia láser interferencial en el tratamiento del dolor y la inflamación en la patología de la rodilla"* IP: **D. Fildel Martínez Ruíz**. Fisioterapeuta. IC: **D^a María Antonia Madroño**. Fisioterapeuta. H R y C

PROYECTOS ACTIVOS

- Proyecto de investigación financiado por la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Ramón y Cajal. *"Una mirada etnográfica al dolor desde el contexto del centro hospitalario"* IP: **D^a Ena Barroso Pérez**. SU Oftalmología
- Proyecto de investigación financiado por la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Ramón y Cajal. *"Efecto de la terapia láser interferencial en el tratamiento del dolor y la inflamación en la patología de la rodilla"* IP: **D. Ramón Montes Molina**. Fisioterapeuta. IC: **D^a María Antonia Madroño**. Fisioterapeuta. H R y C

- Proyecto de Investigación aprobado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias FIS con el título de *“Nivel de evidencia en las técnicas y procedimientos de enfermería”*. IP: D^a Montserrat Solís Muñoz. Enfermera Hospital Puerta de Hierro. IC: **D. Luis Manuel Torres León, D^a Cristina Martín Martín, D^a Nuria Martínez Jareño**, Enfermeros H R y C.
- Proyecto de Investigación aprobado por la Universidad Alcalá de Henares *“La mediación intercultural en atención sanitaria a la población inmigrante. Análisis de la problemática comunicativa inter-lingüística y propuesta de formación”*. IC: **D^a Ena Barroso Pérez** SU Oftalmología.
- Proyecto de Investigación desde la unidad de hipertensión arterial; *“Conocimiento del paciente de su Riesgo Cardiovascular evaluado por Enfermería”*. IC: **D^a M^a Ángeles Prieto Rodríguez**. Enfermera C.E. San Blas.

PROYECTOS SOLICITADOS

- Proyecto de investigación, presentado a convocatoria FIS *“Efecto de la terapia láser interferencial en el tratamiento del dolor y la inflamación en la patología traumática de hombro”* IP: **D. Ramón Montes Molina**. Fisioterapeuta

PUBLICACIONES

D^a Eugenia Barrio Martín. Supervisora de Urología. Autora del artículo *“Heridas y Contusiones”* publicado en la revista internacional *“Fitness Republic”*. Nº13. Marzo 2007.

D. Ramón Molina Montes. Fisioterapeuta. Autor de la Publicación *“Aparato de Terapia Láser de Baja Intensidad mediante entrelazamiento cuántico fotónico”*. Ed. Oficina Española de Patentes. Marzo 2007

PARTICIPACIÓN EN CONGRESOS Y JORNADAS.

CONGRESO INTERNACIONAL ITALIANO DE ENFERMERÍA EN TRASPLANTES. Realizado en Padua (Italia) el 1 y 2 de Febrero

Ponencia: *“MODELO ESPAÑOL DE ENFERMERÍA EN TRASPLANTES”*. **Concepción Mosácula María**.

18 JORNADAS NACIONALES DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA, ENFERMERAS GESTORAS. Realizado en Santander del 18 al 20 de Abril

Comunicaciones:

- *“LA EDUCACIÓN COMO HERRAMIENTA PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES”*. **Sonia González González, José Frutos Pérez Muñoz, Luz Erdozain Campo, Rosario Gómez Jiménez, M^a Teresa García del Real Basterra, Roser Antillach Camarasa**.
- *“LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LOS CUIDADOS”*. **Azucena Marzo Martínez, Rosa M^a Blanco Prieto, Fidel López Espuela, Ana Rodríguez Gonzalo, M^a Jesús Muñoz Lobo**.
- *“GESTIONAR PARA INCREMENTAR LA INVESTIGACIÓN”*. **M^a Jesús Muñoz Lobo, Jose Luis García González, Ana Rodríguez Gonzalo, Azucena Marzo Martínez, Hugo Navares**

- “ESTUDIO PROBESCI: LA EDUCACIÓN SANITARIA COMO HERRAMIENTA DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA OBESIDAD Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS”. Fátima Fátima Carabaña Pérez, Francisca Alcaraz Cebrian, Patrocinio Berreales Llanas, Concepción Medina Ruiz, Carmen Zaballos Bautista.
- “NUEVAS HERRAMIENTAS EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS: TORACOSTOMÍAS”. Susana Moreno Regidor, Concepción Martínez Lavilla, Francisca Cardete Mateo.
- “SONRISAS Y LÁGRIMAS DE UN SUPERVISOR: MENTORING”. Clementina Monte Carreño, Susana Moreno Regidor, Yolanda Villarón García, Ángeles Sánchez-Rey López de la Vieja, Eugenia Barrio-Martín, Dolores Alonso Hernández, Andión Goñi Olagua, Ascensión Ocaña Colorado, M^a José Baquera de Micheo, Isabel Gómez García.
- “EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y USO DE LOS ESTÁNDARES DE BUENA PRÁCTICA”. Nuria García Moriche, Ana Rodríguez Gonzalo, Nuria Martínez Jareño, M^a Jesús Muñoz Lobo, Azucena Marzo Martínez.
- “PLANIFICACIÓN LABORAL MOTIVADORA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL. Andión Goñi Olangua, Rosa M^a Blanco Prieto, Sonia Chamorro Rubio, Isabel Gómez García.
- “COORDINACIÓN ESPECIALIZADA/PRIMARIA: EN LOS SERVICIOS CENTRALES”. Francisco Heredia Martínez, Begoña Guerrero Pérez, Eloy Hernández Martín, Rocío Heredia Revuelto, M^a José Pérez García, Esther Recio García.
- “PLANIFICACIÓN LABORAL MOTIVADORA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL”. Andión Goñi Olangua, Rosa M^a Blanco Prieto, Sonia Chamorro Rubio, Isabel Gómez García.
- “COORDINACIÓN ESPECIALIZADA/PRIMARIA: EN LOS SERVICIOS CENTRALES”. Francisco Heredia Martínez, Begoña Guerrero Pérez, Eloy Hernández Martín, Rocío Heredia Revuelto, M^a José Pérez García, Esther Recio García.

Póster:

- “SEGURIDAD ESTRUCTURAL EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO CON YODO 131”. Pilar Moreno Trilles, Carmen de la Torre García, Raimunda Gutiérrez Alguacil, Esther Martín Blanes, Jose Frutos Pérez Muñoz, Jose Villalba Santos.
- “SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS”. Elvira Suero Zamora, Charo Vaquero Ruiperez, Francisco Heredia Martínez, Rocío Carrasco Quiralte, Montserrat Gallego Pérez, M^aÁngeles Recio García Begoña Guerrero Pérez.
- “IDENTIFICACIÓN SEGURA DE EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS CONVENCIONALES”. Jose Villalba Santos, Sonia González González, Jose Frutos Pérez Muñoz.
- “RECURSOS EN RED. HERRAMIENTAS DE APOYO ASISTENCIAL”. Jose Frutos Pérez Muñoz, M^a Belén de Opazo Olano, M^a Asunción Chinchilla Nevado, Lourdes Moreno del Toro, M^a Sol Pelegrín Valero.
- “SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS”. Elvira Suero Zamora, Charo Vaquero Ruiperez, Francisco Heredia Martínez, Rocío Carrasco Quiralte, Montserrat Gallego Pérez, M^aÁngeles Recio García Begoña Guerrero Pérez.

ACTOS CIENTÍFICOS ORGANIZADOS EN EL H. R Y C.

“LA COOPERACIÓN ENFERMERA EN LA AYUDA HUMANITARIA. UNA LABOR EFICAZ, SILENCIOSA Y SATISFACTORIA”.

Celebrada el 22 de Febrero de 2007 en el Aula de Docencia Médica del H R y C

Moderadora: **D^a Nuria Martínez Jareño**. Enfermera H R y C. Miembro del grupo GIERyC

- “Planificación de un Proyecto de Ayuda Humanitaria: AKUMI”. **D^a Virginia Cuenca Nieto-Márquez**. Enfermera UVI Médica. H R y C
- “Ayuda Quirúrgica en Turkana”. **D^a Margarita Bassy Guerrero**. Enfermera Quirófano Urgencias. H R y C
- “Experiencia tras intervención de ayuda humanitaria”. **D^a Concepción Sánchez Fernández**. Enfermera Infecciosas. H R y C

Conclusiones:

Con un aforo de 70 enfermeras, tres enfermeras de nuestro hospital cooperantes internacionales, han compartido con nosotros su experiencia en ayuda humanitaria.

Comenzaron hablando de lo que representan las ONG, de su configuración, composición y gestión de recursos. En España se destina un 0,42% de renta nacional bruta al desarrollo del tercer mundo. ¿Podemos asumir tener menos para que otros tengan más? Salvando barreras gubernamentales, hemos visto como nuestras actuaciones enfermeras en los proyectos de solidaridad y cooperación con el tercer mundo intervienen en la consecución de la salud, trascendiendo la barrera de la aportación individual y retándonos a la actuación como colectivo profesional.

A través del programa de ayuda quirúrgica en Turkana, podemos constatar que tras un periodo prolongado de intervención y a pesar de las dificultades, es posible la consecución de logros. Teniendo siempre como meta última educar, para conseguir la independencia en la ejecución de sus cuidados.

Ponerle nombre y cara a la pobreza nos hace cuestionarnos nuestro papel como usuarios dentro de un sistema capitalista. Con gran entusiasmo nos han sabido transmitir su experiencia personal; describiéndola como dura, pero a la vez satisfactoria, contribuyendo al aumento de la tolerancia personal y siendo un medio de aprendizaje a la hora de relativizar problemas.

Podríamos resumir el perfil del cooperante en 4 características: Motivación Personal, Capacidad Física, Estabilidad Emocional y Capacidad de Trabajo en Equipo. Elementos básicos a la hora de plantearnos nuestra posible intervención internacional.

“NUEVOS RETOS, NUEVAS OPORTUNIDADES. CARRERA PROFESIONAL, LICENCIATURA, ESPECIALIDADES, POSTGRADOS”.

Celebrada el 20 de Marzo de 2007 en el Salón de Actos del H. R y C

Moderadora: **D^a M^a Jesús Muñoz Lobo**. SAF. Formación, investigación y Procesos. H R y C

- “Carrera Profesional”. **D. Carlos Calvo Martín**. Asesor Dirección General de RRHH. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid
- “Especialidades Enfermeras”. **D. Jerónimo Romero-Nieva Lozano**. Presidente de la Unión Española de las Sociedades Científicas de Enfermería
- “Licenciatura”. **D. Ángel Asenjo Esteve**. Director Escuela de Enfermería de Alcalá. Profesor Titular de Médico-Quirúrgica
- “Postgrados”. **Dr. D. Epifanio Fernández Collado**. Director de la Escuela de Enfermería de la Universidad Europea. Catedrático de Enfermería

Conclusiones:

Con un aforo de 200 enfermeras, de diferentes centros de nuestra comunidad, compartieron con nosotros sus conocimientos en los nuevos retos profesionales, los mejores expertos en el tema.

D. Carlos Calvo, Asesor de la Dirección General de RRHH de la Consejería de Madrid; nos habló de la Carrera Profesional recientemente regulada por la Comunidad de Madrid, especificando los diferentes niveles y las capacitaciones de acceso a los mismos.

Posteriormente D. Jerónimo Romero, Presidente de la Unión española de las sociedades científicas de enfermería; profundizó en el estado actual de desarrollo del Real Decreto 405/2005 de 22 de Abril, que regula las especialidades enfermeras. Las comisiones nacionales que reglamentan el proceso de acceso a las mismas tendrán que definir las competencias, el perfil y el programa formativo, estando aún el establecimiento de las mismas en vías de desarrollo.

D. Ángel Asenjo, Director de la escuela universitaria de enfermería de Alcalá; nos situó en cuanto a la licenciatura, en la realidad académica actual; teniendo que estar para el 2010 totalmente desarrollado el modelo del Espacio Europeo de Educación Superior, grados, máster y doctorados; después de mucho empuje y esfuerzo por parte de todos los profesionales, conseguimos que para la formación enfermera no se discuta la necesidad de un título de grado, con 240 créditos europeos. Los nuevos planes de estudio, comenzarían a implantarse paulatinamente el próximo año, asegurándose el 75% de los contenidos comunes a todas las universidades.

D. Epifanio Fernández, Director de la escuela universitaria de enfermería de la Universidad Europea y catedrático de enfermería; nos estructuró con mucha claridad los postgrados en Enfermería, constituyendo en este momento la posesión de 300 créditos el acceso al doctorado. Pudiendo acceder al mismo a través de un master con reconocimiento investigador.

La mesa concluyó con un participativo e interesante debate, donde quedó reflejado por la alta participación de los asistentes, como los temas desarrollados en esta mesa redonda, están en plena actualidad y representan un gran reto para los enfermeros, estamos en un magnífico momento de profundos cambios y oportunidades para potenciar nuestro crecimiento profesional.

PRÓXIMAS ACTIVIDADES

SESIONES GENERALES DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL.

El próximo 8 de Mayo se celebrará en el Salón de Actos del Hospital Ramón y Cajal

- **“Día Internacional de la Enfermera. La importancia de la Comunicación en Situaciones Críticas. Figura de la Enfermera en el cine de Almodóvar”**

Ponente: D^a Carmen Segovia Gómez. Enfermera de Coordinación de la Organización Nacional de Trasplante. Experta Proyecto EDHED: European Donor Hospital Education Programme

Salón de Actos

El próximo 21 de Junio se celebrará en el Hospital Ramón y Cajal

- **“Necesidad de Respiración: Valoración y Cuidados”**

Aula de Docencia Médica

SESIONES GRATUITAS Investen-isciii:

La Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería: Investen-isciii ofrece con periodicidad sesiones formativas sobre contenido temático de investigación.

Las sesiones se celebran un jueves al mes, de 16 a 18 horas y no se necesita inscripción.

El próximo 17 de Mayo se impartiría la siguiente:

- **“Lectura Crítica de artículos científicos”**

NUESTRO ARTÍCULO CIENTÍFICO

 Los días 18,19 y 20 de Abril se celebraron las “18 Jornadas Nacionales de Supervisión de Enfermería, Enfermeras Gestoras” en Santander, la alta participación de los profesionales de este hospital y la calidad de los trabajos presentados, nos ha animado a presentaros en esta sección los resúmenes de las comunicaciones y póster presentados.

COMUNICACIONES

 “LA EDUCACIÓN COMO HERRAMIENTA PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES”.
Sonia González González, José Frutos Pérez Muñoz, Luz Erdozain Campo, Rosario Gómez Jiménez, M^a Teresa García del Real Basterra, Roser Antillach Camarasa.

INTRODUCCIÓN

A partir de la conferencia de Alma Ata se prioriza la promoción y protección de la salud y en la misma línea continúan el RD 137/84 y la LGS del año 86. Fundamentalmente, los pacientes deben adquirir conocimientos, desarrollar hábitos y actitudes favorables y modificar los hábitos negativos.

OBJETIVOS

Nuestro principal objetivo es conocer el alcance de nuestras consultas enfermeras y su relación con la seguridad del paciente en cuanto a la modificación de hábitos saludables

METODOLOGÍA

Para ello se diseñó un cuestionario simple con preguntas cerradas, en el que se recogieron datos sobre conocimiento de su enfermedad, adquisición de hábitos, habilidades para la administración, control del tratamiento y frecuentación de urgencias. Dicho cuestionario se pasó en las consultas de enfermería de nuestro ambulatorio y en un grupo control formado por consultas típicas, es decir tandem enfermera- médico de las mismas especialidades, salvo Nefrología que al ser única se sustituyó por Cardiología por tener semejantes características.

RESULTADOS

Los resultados principales demuestran que los pacientes que acuden a una consulta enfermera tienen más conocimientos sobre la medicación que utilizan y las indicaciones de las mismas, así como manejan éstos de forma más segura evitando así errores en su administración y han modificado en mayor medida sus hábitos.

CONCLUSIONES

En conclusión las consultas enfermeras inciden directamente en la seguridad con la que los pacientes hacen frente a los problemas de salud.

 “LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LOS CUIDADOS”. **Azucena Marzo Martínez, Rosa M^a Blanco Prieto, Fidel López Espuela, Ana Rodríguez Gonzalo, M^a Jesús Muñoz Lobo.**

INTRODUCCIÓN

Es difícil precisar el origen del concepto de seguridad ligado al cuidado, pero si hemos podido interpretar la representación social de la seguridad del mismo, hasta su conceptualización en el siglo XX.

La concepción holística del cuidado, da una ampliación al concepto de seguridad convirtiendo la práctica del cuidado en una tarea de riesgo y con riesgo ya que en ella confluyen procesos, tecnología e interacciones humanas.

OBJETIVO

Revisar y analizar las distintas intervenciones en la práctica de la enfermería a lo largo de los tiempos, en relación a la seguridad en el cuidado.

METODOLOGÍA

1. Revisión bibliográfica de textos y publicaciones
2. Análisis de problemas e intervenciones según la Taxonomía NANDA, NIC sobre la necesidad de la seguridad.
3. Descripción del marco regulador ético-legal en torno a la seguridad

RESULTADOS

A través del recorrido histórico hemos obtenido una visión sobre la transmisión de la seguridad en el cuidado a través de los tiempos. El uso de una metodología es indispensable para la seguridad del paciente. La seguridad del paciente implica responsabilidad legal y ética.

CONCLUSIONES

La finalidad y el objetivo de nuestra práctica está centrada en el cuidado del paciente añadiendo el valor intrínseco que aporta la propia esencia de la enfermería. La seguridad debe convertirse en el punto crítico de la actuación en la atención.

 **“GESTIONAR PARA INCREMENTAR LA INVESTIGACIÓN”**. M^a Jesús Muñoz Lobo, Jose Luis García González, Ana Rodríguez Gonzalo, Azucena Marzo Martínez, Hugo Navares Muñoz.

INTRODUCCIÓN

Para la Dirección enfermera del Hospital Ramón y Cajal, dentro de la gestión del conocimiento, está como línea prioritaria, la investigación enfermera. Esto conlleva, planificar, organizar y dirigir las herramientas necesarias para conseguir los objetivos de generar y potenciar la investigación, así como incrementar el desarrollo profesional.

OBJETIVOS

Describir la creación de una unidad administrativa de investigación. Evidenciar el incremento de la actividad científica, realizada por los enfermeros en el hospital, como consecuencia de la unidad de investigación.

METODOLOGÍA

Elaboración del proyecto de la unidad de investigación enfermera y dotación de supervisión de unidad. Identificación y utilización de los apoyos ofertados por el hospital
Creación del grupo de trabajo GIERyC. Elaboración del boletín IDEA.
Incremento de la formación en investigación. Alianzas intrahospitalarias, extrahospitalarias

RESULTADOS

Difusión de 14 IDEA. Sesiones generales: 1500 asistentes y 80 ponentes.
Lecturas críticas: realizadas, 13 con 120 asistentes
Dos becas de la fundación de investigación del H R y C para dos proyectos
Formación específica en investigación: 18 cursos y 370 asistentes
Incremento ponencias y comunicaciones. Creación de tres líneas de investigación

CONCLUSIONES

Impulsar la investigación en enfermería es un proyecto a largo plazo, el compromiso de la Dirección juega un papel fundamental en su desarrollo, la figura del supervisor es la pieza clave para el éxito

-  “ESTUDIO PROBESCI: LA EDUCACIÓN SANITARIA COMO HERRAMIENTA DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA OBESIDAD Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS”. Fátima Carabaña Pérez, Francisca Alcaraz Cebrian, Patrocinio Berreales Llanas, Concepción Medina Ruiz, Carmen Zaballos Bautista.

INTRODUCCIÓN

En los países desarrollados la obesidad se ha convertido en una epidemia cuya creciente prevalencia¹ supone un problema personal y sanitario agravado por las comorbilidades asociadas²: Diabetes, HTA, DL.. Enfermedades crónicas que requieren un cambio de hábitos y de estilos de vida, donde la Educación Sanitaria es la herramienta imprescindible de las Políticas Sanitarias³ los enfermeros, como agentes de Educación para la Salud⁴ son fundamentales en todos los niveles de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.

La Estrategia Probesci⁵, nueva modalidad de consulta inicial grupal, ha demostrado eficacia en sus objetivos: recogida de datos clínicos y educación sanitaria enfocada al aprendizaje en la forma de alimentarse. Enfermería es fundamental en su ejecución.

OBJETIVO

Transmitir a la población obesa la importancia de adquirir de hábitos saludables.

METODOLOGÍA

Se realizó antropometría: peso, talla, IMC, GEB, PA y contorno cintura.

Los datos clínicos se recogieron mediante cuestionarios autoadministrados.

El adiestramiento dietético se realizó con material audiovisual y participación activa de los pacientes.

RESULTADOS

Los datos se presentan como media±DS para variables continuas y % en cualitativas. Se analizaron con el programa SPSS para windows, versión 12.0.

Se estudiaron 333 pacientes: 93 (27,9%) hombres y 240 (72;1%) mujeres, cuya edad era de 49,91±15,56 en el total, 46,63±13,47 en los hombres y 51,18±16,14 en las mujeres.

El IMC era de 37,62±6,57 en el total, 37,48±6,70 en hombres y 37,67±6,53 en mujeres.

Los datos de comorbilidades se presentan en la tabla I.

Tabla I

| | TOTAL | HOMBRES | MUJERES | p |
|----------------------|--------------|----------------|----------------|----------|
| Diabetes | 12,7% | 8,6% | 14,6% | 0,145 |
| Hipercolesterolemia | 24,3% | 32,3% | 21,3% | 0,036 |
| Hipertrigliceridemia | 15,6% | 25,8% | 11,7% | 0,001 |
| HTA | 38,1% | 35,5% | 39,2% | 0,536 |

CONCLUSIONES

La obesidad se sitúa en un conjunto de enfermedades crónicas interrelacionadas. La educación sanitaria es una herramienta fundamental en su manejo. Enfermería, dada su situación en el Sistema Sanitario, es un buen agente de salud

-  “NUEVAS HERRAMIENTAS EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS: TORACOSTOMÍAS”. Susana Moreno Regidor, Concepción Martínez Lavilla, Francisca Cardete Mateo.

INTRODUCCIÓN

La Continuidad de Cuidados es uno de los retos que debe superar la asistencia sanitaria, debiendo existir un hilo conductor único en la atención al paciente independientemente del nivel asistencial en el que se encuentre, además de generar instrumentos que faciliten esa continuidad. Procesos como las toracostomías, requieren intervenciones enfermeras muy especializadas, desconocidas para la mayoría de profesionales, que precisan planes específicos de actuación conjunta entre los niveles de atención, permita a los profesionales organizar su práctica y garantice la continuidad de cuidados. Las nuevas tecnologías aplicadas a nuestro campo pueden reforzar los sistemas tradicionalmente utilizados en la atención de procesos.

OBJETIVO

Evidenciar los logros alcanzados con la unificación del proceso toracostomía y el sistema de comunicación

MÉTODOLOGÍA

Constitución del grupo de trabajo integrado por los enfermeros/as del Área de Salud responsables del cuidado de estos pacientes, que analiza la situación de partida ante el proceso, identifica las necesidades de cuidado de los pacientes y propone la elaboración de una sistemática de trabajo dirigida a proporcionar y organizar la información que precisan los profesionales, orientada a mejorar los canales de comunicación entre ambos niveles de atención.

RESULTADOS

Los Cuidados de los pacientes se han definido, estructurado y estandarizado para cada etapa del proceso. Los recursos humanos y materiales necesarios se han identificado.

Mejora de la comprensión de las toracostomías a través de la inclusión de fotografías que permiten visualizar de forma clara el procedimiento.

Simplificación del registro, mediante un documento que recoge los datos imprescindibles de manejo diario.

La inicial complejidad y dificultad de atención de enfermería se ha superado mediante la edición de un video que acerca el procedimiento a los profesionales.

Creación de un circuito de comunicación, mediante la informatización de informes al alta, estimulando un sistema directo y eficaz de información a través del correo electrónico.

CONCLUSIONES

Avance en la coordinación asistencial, precisando evaluar su desarrollo.

- 📖 “SONRISAS Y LÁGRIMAS DE UN SUPERVISOR: MENTORING”. Clementina Monte Carreño, Susana Moreno Regidor, Yolanda Villarón García, Ángeles Sánchez-Rey López de la Vieja, Eugenia Barrio Martín, Dolores Alonso Hernández, Andión Goñi Olagua, Ascensión Ocaña Colorado, M^{ra} José Baquera de Micheo, Isabel Gómez García.

INTRODUCCIÓN

La presencia de nuevos supervisores pone en evidencia la necesidad de proporcionar herramientas que faciliten al nuevo gestor la transición desde su puesto tradicional de enfermero/a al de supervisor. Una de las más habituales es el Mentoring: Persona con sabiduría y experiencia en la organización que ayuda y orienta a otro.

OBJETIVO

Proporcionar al nuevo gestor los medios necesarios para conseguir el perfil de competencias que requiere su puesto a través de la figura del mentor.

METODOLOGÍA

Seleccionamos supervisores con experiencia menor de dos años. Realizamos un panel de expertos, clasificamos la información recogida en bloques temáticos según las necesidades de los nuevos gestores. Seleccionamos los mentores y presentación del perfil que debe tener un supervisor de unidad, según el diccionario de competencias del Hospital.

RESULTADOS

Elaboración de un programa de Mentoring para supervisores de nueva incorporación.

CONCLUSIONES

La implantación del Mentor implica un trabajo en equipo de los mandos intermedios.

El profesional más adecuado para un puesto de supervisión de unidad es aquel que tiene los conocimientos, habilidades y actitudes compatibles con el perfil requerido.

Al contar con el perfil de exigencias del puesto de supervisor, las mediciones a la hora de selección de tutores / tutorizados son más seguras, validas y fiables para los resultados.

Se hace necesario realizar evaluación a los 6 meses de la implantación del Programa, evaluando objetivos.

Si bien nos encontramos en la fase preliminar del Programa de Mentoring, los nuevos supervisores se han mostrado subjetivamente más seguros en el desempeño profesional y han resuelto con más celeridad las tareas en las que tenían más dificultades.

La aceptación y puesta en marcha del programa gracias a nuestra Dirección de Enfermería ha supuesto una enorme satisfacción para el grupo de trabajo, sometiendo todo cuestionamiento con visión crítica, trabajando en equipo, ampliando la visión sobre la propia supervisión y viendo recompensado sus esfuerzos al poder llevar del papel a la práctica algo tan importante como ayudar a nuestros compañeros, los nuevos supervisores.

- 🖨️ **“EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y USO DE LOS ESTÁNDARES DE BUENA PRÁCTICA”.** Nuria García Moriche, Ana Rodríguez Gonzalo, Nuria Martínez Jareño, M^a Jesús Muñoz Lobo, Azucena Marzo Martínez.

INTRODUCCIÓN

La mejora de la práctica asistencial obliga a incorporar los hallazgos de la investigación en la aplicación y normalización de los cuidados. Estas estrategias, están orientadas, a mejorar la práctica asistencial y la seguridad del paciente, ofreciéndole unos cuidados de calidad, basados en la enfermería basada en la evidencia.

En nuestro hospital en el año 2006, se actualizó una edición de protocolos, planes de cuidados, altas estandarizadas y guías de autocuidado, dando lugar a los estándares de práctica enfermera.

OBJETIVOS

- General: Analizar el nivel de conocimiento y utilización de los estándares de práctica enfermera
- Específicos:
 1. Identificar las enfermeras/os que conocen la carpeta
 2. Identificar el nivel de utilización de las mismas
 3. Identificar la utilidad percibida de cada estándar de buena práctica
 4. Describir si ha habido cambios desde su implantación
 5. Analizar los motivos de uso/no uso
 6. Identificar propuestas de mejora en el conocimiento y utilización de los EBP

METODOLOGÍA

Estudio Descriptivo sobre la Utilización de los estándares de buena práctica en enfermeras/os de unidades de hospitalización del Hospital Ramón y Cajal. Se emplean cuestionarios diseñados y validados por un grupo de 10 enfermeros, elaborados en base a los objetivos específicos del estudio. Se pasa a una muestra representativa de la población objeto de estudio.

RESULTADOS

Analizando con detenimiento los resultados, destacamos que existe un conocimiento masivo de los EBP. Sin embargo, en más de la mitad de los casos, el uso de los mismos es ocasional, a pesar de reconocer que la información consultada mejora la práctica asistencial.

Los motivos a los que nuestros compañeros aluden, para no utilizarlos de forma sistemática, son en la mayoría de los encuestados la falta de costumbre.

Los porcentajes también reflejan que hay algún tipo de EBP más conocido que otros, como los Planes de Cuidados y los Protocolos, frente a Guías de Autocuidado, Informes de Alta y Cartera de Servicios.

CONCLUSIONES

Analizando con detenimiento los resultados, destacamos que existe un conocimiento masivo de los EBP. Sin embargo, en más de la mitad de los casos, el uso de los mismos es ocasional, a pesar de reconocer que la información consultada mejora la práctica asistencial.

Los motivos a los que nuestros compañeros aluden, para no utilizarlos de forma sistemática, son en la mayoría de los encuestados la falta de costumbre.

Los planes de cuidados y los protocolos son los estándares más conocidos. Para mejorar su uso es necesaria mayor información y entrenamiento sobre su uso.

Entre las áreas de mejora en la difusión y utilización de los mismos se contempla:

- La modificación del contenido y estructuración de la Intranet del hospital, para facilitar el acceso a las herramientas de ayuda asistencial.
- Generar sesiones dentro de las unidades para hacer una puesta en común de los contenidos de interés específicos de cada servicio que se incluyen en los EBP, fomentando la participación activa de los enfermeros, dado que las acciones formativas específicas parecen ser las más recomendadas para la diseminación de los EBP.

- 🖨️ “PLANIFICACIÓN LABORAL MOTIVADORA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL”. Andión Goñi Olangua, Rosa M^a Blanco Prieto, Sonia Chamorro Rubio, Isabel Gómez García.

INTRODUCCION

En el Hospital Ramon y Cajal, en Junio de 2006, se realizó una Encuesta de Calidad de Vida profesional, de cuyo análisis inferimos que las enfermeras consideran que existe una falta de comunicación, reconocimiento, participación y apoyo por parte de sus superiores.

Sobre esta base y puesto que el hospital se haya inmerso en un proceso de desarrollo estratégico, nos hemos planteado profundizar en el estudio del grupo de supervisores, para establecer un diagnostico que nos ayude a implantar planes de mejora.

OBJETIVO

Conocer el grado de calidad de vida profesional percibido por los supervisores.

Analizar dentro del grupo de supervisión si existen diferencias de percepción en función del sexo, edad, años de antigüedad en el puesto y Áreas de pertenencia.

Diseñar un programa de formación acorde con las expectativas para mejorar la satisfacción profesional

MATERIAL Y METODOS

Población: Supervisores del Hospital.

Instrumento: Cuestionario de Calidad de Vida profesional validado, que consta de 34 preguntas, respuesta tipo Likert (1 a 10), 12 referidas a demandas o factores estresantes (cargas de un trabajo profesional intenso y completo) y 22 a apoyo directivo y motivación intrínseca (recursos ligados al puesto de trabajo).

RESULTADOS

La percepción global de la Calidad de Vida del grupo de supervisoras es de 6,02 (1,76), frente a la de 4,28 (2,03) del grupo de enfermeras encontrando diferencias significativas entre ambas ($p=0,098$), al comparar la encuesta actual con la realizada en junio del 2006 al grupo de enfermeras.

CONCLUSIONES

Los supervisores y enfermeras del Hospital Ramón y Cajal, entienden que tienen gran cantidad de trabajo y que reciben bastante presión para realizar este y mantener la calidad del mismo, sintiendo alta carga de responsabilidad y entendiendo que se requiere una alta capacitación para el desempeño del mismo.

Las bajas puntuaciones obtenidas en el grupo de enfermeras en los ítems “reconocimiento de mi esfuerzo”, “apoyo de mis jefes” y “recibo información de los resultados de mi trabajo”, nos muestran a profesionales que no perciben que sus jefes les proporcionen el soporte necesario (motivación extrínseca), a diferencia de estos (los supervisores), que si perciben el apoyo y reconocimiento por parte de sus superiores y apreciando como alta su “motivación” (ganas de esforzarse). En contraposición el grupo de profesionales enfermeros de base, percibe su nivel de motivación significativamente mas baja.

Nos preocupa el alto porcentaje de supervisores que han pensado abandonar el puesto, habiendo comprobado que el riesgo de que esto se produzca depende en gran medida de la percepción de la presión ejercida para la realización de gran cantidad de trabajo, mantenimiento de la calidad, prisas y agobio por falta de tiempo y estrés.

Aprovechamos los datos para instaurar programas de mejora que aumenten la eficiencia y la cultura organizacional.

Por todo lo expuesto, parece necesario el desarrollo de políticas que conlleven el reconocimiento del trabajo realizado por nuestros profesionales, así como la puesta en marcha de un plan de desarrollo que ayude o favorezca la mejora de las competencias directivas de nuestros supervisores

 **“COORDINACIÓN ESPECIALIZADA/PRIMARIA: EN LOS SERVICIOS CENTRALES”.**
Francisco Heredia Martínez, Begoña Guerrero Pérez, Eloy Hernández Martín, Rocío Heredia Revuelto, M^a José Pérez García, Esther Recio García.

INTRODUCCIÓN

La coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada implica una buena gestión en los procesos relacionados con los estudios complementarios para el diagnóstico y en la continuidad de los cuidados de enfermería.

Desde hace varios años esa coordinación entre Especializada y Primaria se ha ido incrementado y mejorando gracias a la comunicación existente y siempre para buscar conjuntamente el bienestar del paciente. Gracias a los grupos de trabajo existentes en ambas partes se ha ido marcando una serie de etapas de mejora cuyo resultado ha sido el ir superando las dificultades, problemas o deficiencias que se indican más adelante. El grupo de trabajo del hospital ha realizado el siguiente estudio para la optimización en la gestión de pruebas en su fase preanalítica.

OBJETIVOS

Identificar los problemas existentes
Analizar las causas de los problemas
Propuestas de mejora

METODOLOGIA

Identificación y propuesta de mejora de los problemas planteados, una vez identificados, se priorizan siguiendo unos criterios previamente establecidos de: La gravedad de la magnitud del problema, del coste de la solución del problema, del grado de autonomía para solucionarlo

ETAPAS DE DESARROLLO DEL TRABAJO

- 1^a - Identificación y Diseño
- 2^a - Validación de los subprocesos
- 3^a - Elaboración del AMFE
- 4^a - Diseño y monitorización de indicadores
- 5^a - Análisis de resultados y elaboración consensuada de conclusiones

RESULTADOS

A partir de las acciones identificadas en el AMFE para reducir los posibles fallos, y de los resultados de los indicadores, se proponen acciones de mejora y distintas actividades que podrían conducir a su consecución. Disminuir el tiempo de gestión de las muestras de Centros Periféricos Conseguir que no sea necesario desdoblar volantes. Mejorar el envío de muestras: Disminuir las incidencias. Disminuir los desplazamientos de los pacientes para la realización de las tomas de muestras

CONCLUSIONES

El horario actual de recepción de las rutas, no permite cumplir el objetivo establecido (Tiempo Máximo de Preanalítica: 4 horas) para garantizar la estabilidad de las muestras. Para lograrlo, es necesario que, todas las muestras que se reciban sin centrifugar, estén en el Hospital antes de las 10:30 horas. La conservación de las muestras durante el transporte no está garantizada, ya que no se mantienen todas las muestras, en las condiciones de temperatura establecidas. El cotejo y distribución de las muestras no sigue el orden de recepción de las mismas El tiempo actualmente destinado a dicho cotejo y distribución (más de 2h) no debe ser superior a 1 hora, para que las muestras puedan estar a disposición de los Laboratorios a las 11:30 horas

Mejorar el envío de muestras: Disminuir las incidencias

Con el Manual y protocolos completado y revisado, podemos disminuir el nº de errores en la preparación del material para la toma de la muestra, consiguiendo que los tubos y contenedores sean adecuados. Con el volante omis y realizando la prescripción adecuada para cada laboratorio, se evitarán errores y aún más si se envían los duplicados para los laboratorios no incorporados al registro general. Las muestras se deben identificar con su código de barras tanto en volante como en muestra

La normativa actualizada y corregida junto con los listados bien cumplimentados podemos conseguir una mejor gestión de las muestras

PÓSTER

-  “SEGURIDAD ESTRUCTURAL EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO CON YODO 131”. Pilar Moreno Trelles, Carmen de la Torre García, Raimunda Gutiérrez Alguacil, Esther Martín Blanes, Jose Frutos Pérez Muñoz, Jose Villalba Santos.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con tto yodo radiactivo necesitan para su cuidado mantener una serie de reglas básicas y conocer los elementos estructurales de protección para su total seguridad así como la de sus familiares y personal sanitario.

Nuestro trabajo se desarrolla en una unidad de hospitalización con tres camas dedicadas a terapia metabólica. En ellas ingresan enfermos a los cuales se les aplica un tratamiento de I131, generalmente estos pacientes están ingresados por su necesidad de aislamiento ya que el I 131 es un elemento radiactivo.

OBJETIVOS

- 1 Dar a conocer las reglas establecidas por protección radiológica para su proceso
- 2 Educar a los pacientes y acompañantes en el uso de los elementos estructurales de protección y de su proceso

MATERIAL

Identificación de elementos de protección estructural
Soporte fotográfico
Revisión bibliográfica

METODOLOGÍA

Revisión de la documentación entregada al paciente al ingreso y de los elementos de protección estructural de la habitación y de la unidad.

Las habitaciones en las que son ingresados tienen unas características especiales:

- Suelos no porosos
- Baño para eliminación de residuos conectado a piscinas de descontaminación y lavabos, ducha y suelos de materiales no porosos.
- Pantallas plomadas con blindaje específico para I 131
- Avisador de llenado de W.C

En cuanto a la unidad encontramos las siguientes medidas:

- Alarmas de detección de radiación
- Panel de control del estado de las bañeras de descontaminación
- Señalización de zona
- Información tipificada sobre estancia, visitas y control dosimétrico
- Puerta de acceso

CONCLUSIONES

La actualización del protocolo de acogida a los pacientes sometidos a terapia metabólica con Yodo 131 aporta seguridad a su cuidado y tratamiento.

La edición de soportes documentales mejora la comprensión sobre los elementos estructurales y su uso, facilitando la protección y seguridad de enfermos, familiares y profesionales.

Ambas medidas implican un mejor control de dosis de radiación recibida tanto por los pacientes como el público y trabajadores de la unidad.

"IDENTIFICACIÓN SEGURA DE EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS CONVENCIONALES". Jose Villalba Santos, Sonia González González, Jose Frutos Pérez Muñoz.

INTRODUCCIÓN

La correcta identificación de las distintas pruebas que se realizan en el medio hospitalario es vital para el paciente y el centro. Cada prueba mal identificada implica retrasos en el proceso de recuperación de la salud del paciente, incluso pone en riesgo la misma y además constituye un incremento importante de gastos (repetición de pruebas, aumento estancia media...) Por todo ello nos planteamos como mejorar, en nuestro ámbito de servicio central dedicado a la imagen radiológica, la identificación de la radiología simple.

OBJETIVOS

Revisar los distintos métodos de identificación de los soportes radiográficos.
Establecer el método de identificación más seguro.

MATERIAL

Revisión procedimientos de identificación
Soporte fotográfico
Revisión bibliográfica

METODOLOGÍA

Se han revisado todos los procedimientos establecidos en las distintas salas de trabajo de rayos de nuestro centro. A posteriori, con la colaboración de un grupo de expertos, hemos agrupado los mismos en seguros y no seguros.

RESULTADOS

Conviven en la actualidad un elevado número de mecanismos de identificación de las radiografías. Aún no hemos abandonado el rotulador, incluso el deletable.

También se usan máquinas rotuladoras de cámara oscura y de uso luz día.

En la mayoría de las salas, gracias a las nuevas dotaciones, se usan sistemas informatizados que permiten la identificación mecanografiada por el usuario e incluso la selección de datos desde una lista de trabajo para la actividad del día.

Además hemos encontrado lectores de código de barras que permiten ligar los chasis disparados al paciente con el que estamos trabajando.

CONCLUSIONES

Los métodos de identificación manual son menos seguros, la ilegibilidad de la escritura y la posibilidad del borrado del texto escrito convierten al rotulador en un mecanismo de identificación solo válido para el caso en el que no exista otro y por supuesto acompañado de la mejor de las caligrafías, debiendo incorporar al menos nombre y apellidos, fecha y nº de historia clínica, por supuesto rotulador indeleble.

Las rotuladoras de cámara oscura y de luz día también son poco seguras, deben usarse igualmente si no existe alternativa mejor. En ambos casos deben usarse datos mecanografiados y comprobar que la rotulación ha sido realizada correctamente en sitio y contenido.

En los sistemas informatizados podemos encontrar listas de trabajo previamente establecidas o introducción mecanografiada por el usuario. La lista de trabajo corrige vicios de los usuarios, pues aporta un conjunto mínimo de datos.

Los lectores de códigos de barras ligan los chasis al paciente estudiado y permiten la introducción de datos a través de pegatinas codificadas.

Por tanto son los lectores de códigos de barras el método más seguro para la correcta identificación de las radiografías, pudiendo sustituir a la pegatina codificada en la introducción de datos, la lista de trabajo.

 “RECURSOS EN RED. HERRAMIENTAS DE APOYO ASISTENCIAL”. Jose Frutos Pérez Muñoz, M^a Belén de Opazo Olano, M^a Asunción Chinchilla Nevado, Lourdes Moreno del Toro, M^a Sol Pelegrín Valero.

INTRODUCCIÓN

Los avances tecnológicos y el empleo de Internet e Intranet en la búsqueda de información han supuesto una revolución profesional. Evaluar el uso que se hace de estas nuevas tecnologías a nuestro alcance nos ayudará a determinar el empleo de la información obtenida a través de la red, con la intención de ofrecer a los profesionales propuestas de mejora en la utilización de recursos de apoyo a la práctica asistencial.

En el año 2006 se modificaron los contenidos de la página Web de nuestro hospital de la división enfermera, tratando de aportar una visión más cercana de nosotros, describiendo cada una de las áreas que lo integraban, identificando la cartera de servicios, la producción de los diferentes grupos de trabajo del hospital, así como documentos que organizan y vertebran la división: plan de acción y modelo enfermero.

Durante el año 2007, vamos a realizar la modificación de la estructura y contenido de la Intranet del hospital, con la finalidad de facilitar el acceso a la información y apoyar con herramientas informáticas, la mejora del puesto de trabajo y adaptación al mismo, garantizando un contenido científicamente evaluado y proporcionando la utilización de la Intranet y página Web como un recurso de enfermería rápido y seguro.

OBJETIVOS

- General: Valorar la utilización de los recursos en red para la práctica enfermera
- Específicos:
 - Identificar el perfil del profesional y la frecuencia de su utilización
 - Identificar el contenido buscado: asistencial, docente, investigación, institucional, calidad.
 - Identificar la utilidad de la información encontrada
 - Identificar las dificultades en el manejo de las páginas Web
 - Identificar el grado de satisfacción en su utilización
 - Identificar propuestas de mejora

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio Descriptivo sobre la Utilización de Internet e Intranet en el personal de enfermería de unidades de hospitalización del Hospital Ramón y Cajal. Para ello se emplean cuestionarios diseñados y validados por un grupo de 10 enfermeros, elaborados en base a los objetivos específicos del estudio. Este cuestionario se pasará a una muestra representativa de la población objeto de estudio.

RESULTADOS

Cerca del 90% de los encuestados utiliza ambas herramientas, haciéndolo con una periodicidad próxima a lo diario.

Globalmente, la información consultada, se relaciona mayoritariamente y por este orden con la práctica asistencial, la docente y por ultimo la investigadora. Si bien, en el uso de Internet la búsqueda de información privada representa un porcentaje importante.

Las principales dificultades relacionadas con el uso tienen como protagonista al entrecimiento del sistema, seguido por desconocimiento-dificultad para aplicar una sistemática de búsqueda.

El contenido tanto de la Intranet como de Internet es para los encuestados, actualizado, suficiente y útil. La valoración de Web institucional e Intranet es buena.

CONCLUSIONES

Se demuestra que el uso de los recursos electrónicos es una herramienta de gran ayuda en nuestra práctica asistencial, a pesar de que los encuestados refieren en ocasiones dificultades para acceder al contenido.

Entre las propuestas de mejora resaltan una actualización de contenidos más frecuente y una reestructuración del acceso a los mismos.

 “SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS”. Elvira Suero Zamora, Charo Vaquero Ruiperez, Francisco Heredia Martínez, Rocío Carrasco Quiralte, Montserrat Gallego Pérez, M^aÁngeles Recio García Begoña Guerrero Pérez.

OBJETIVOS

Mejorar la Gestión en términos de: Seguridad, Calidad, Eficiencia

Mejorar la Gestión logística

Mejorar la Gestión de recursos

Mejorar la Gestión de la información: Costes, Resultados

METODOLOGÍA

Situación Dispensación tradicional de medicamentos

Gran necesidad de recursos humanos y materiales

Petición / Prescripción. Envío a enfermería

Preparación. Se suministra a las unidades

Se procede a la administración, todo ello requiere una gran necesidad de recursos tanto materiales como humanos, por eso se a realizado el cambio a un:

Sistema Automatizado para la Dispensación Medicamentos

Sistema compuesto por un conjunto de armarios controlados electrónicamente, gestionados por un software e interconectados con las aplicaciones existentes en el hospital

Se precisa:

Conectividad on line, Red informática hospital, PYISLINK, Farmacia, Admisiones, Consola Farmacia

Equipo del Sistema Automatizado para la Dispensación Medicamentos

Permiten almacenar ordenadamente los medicamentos necesarios hasta el momento de su administración al paciente, facilitando al personal de enfermería el acceso a los mismos

Es un Sistema con múltiples configuraciones: flexibilidad y adaptabilidad

Sólo 1 medicamento, (varias dosis), Distintos medicamentos, Dosis a dosis

Es fácil, cómodo y seguro y se compone de:

Pantalla táctil con iconos

Contraseña usuario

Sistemas Automatizados de Dispensación

CONCLUSIONES

Ventajas: Facilitar al personal de enfermería el acceso seguro. Ordenar las tareas de distribución / dispensación, facilitando su ejecución Mejorar gestión de recursos humanos tanto de Enfermería como del Servicio de Farmacia

Mantener un elevado sistema de información

HERRAMIENTAS PARA LA INVESTIGACIÓN

Este apartado aglutina las diferentes fuentes con las que contamos para la IE. Podemos acceder a ellas a través de nuestra biblioteca o fuera de ella: Revistas de Enfermería, Bases de Datos, guías de manejo de algunas de ellas y direcciones de las Sociedades Científicas.

REVISTAS DE ENFERMERÍA

Revistas en formato papel de la Biblioteca

| | |
|---|--------------|
| Cultura de los Cuidados 2001- | 2 al año |
| Enfermería Científica 1994- | 2 al año |
| Enfermería Clínica 1993- | Cada 2 meses |
| Enfermería Intensiva 1998- | Trimestral |
| Gerokomos 2001- | Trimestral |
| Index de Enfermería Española e Iberoamericana 2001- | Mensual |
| Metas de Enfermería 2001- | 10 al año |
| Nursing 1983- | 10 al año |
| Revista Rol de Enfermería (1978-80)1981- | 11 al año |
| Revista de Enfermería | 5 al año |
| Escuela Universitaria de Albacete | Anual |

Revistas en formato digital

Revista Tesela: <http://www.index-f.com/tesela/revista.php>

Best Practice. http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/best_practice.php?title_find=Spanish:

Enfermería intensiva. P 1998-/: <http://www.doyma.es/>

Enfermería científica. P 1994-/: <http://www.doyma.es/>

Enfermería clínica. P 1993--/ <http://www.doyma.es/>
Doyma : acceso: login 64119920, password 00BRLC

Index de Enfermería.
http://www.index-f.com/indexenfermeria/44revista/44_sumario.php

Nure Investigación:
http://www.fuden.es/originales_detalle.cfm?ID_ORIGINAL=102&ID_ORIGINAL_INI=1_mail

BASES DE DATOS

Bases de datos específicas enfermería GRATUITAS INTERNET

BDIE. http://bdie.isciii.es/buscador_BDIE.htm Base de Datos para la Investigación en Enfermería. Instituto de Salud Carlos III.

Cuiden. <http://www.doc6.es/index/consulta.htm> Fundación Index de Enfermería.

CUIDATGE. <http://teledoc.urv.es/cuidatge/> Universitat Rovira i Virgili

ENFISPO. <http://alfama.sim.ucm.es/isishtm/enfispo.asp> Referencias bibliográficas sobre Enfermería, Fisioterapia y Podología en español. Universidad Complutense de Madrid.

IME. <http://bddoc.csic.es:8080/IME/BASIS/ime/web/docu/SF> Índice Médico Español

Bases de datos generalistas

THE COCHRANE LIBRARY Cochrane Library Plus en español Revisiones Sistemáticas y Ensayos Clínicos Acceso gratuito. <http://www.update-software.com/Clibplus/ClibPlus.asp>

MEDLINE (Nacional Library of Medicine). Revisiones sobre ciencias de la salud.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed>

RECURSOS EN INTERNET

A continuación os facilitamos diferentes link de Interés que nos pueden ayudar a realizar investigación en enfermería.

Entidades de Investigación:

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-ISCIII):
http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/investen_presentacion.jsp

Fundación Joanna Briggs
http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/best_practice.php?title_find=Spanish

Fisterra: recursos útiles en red APS con Biblioteca Virtual.
<http://www.fisterra.com/index.asp>

Fundación Enfermería INDEX: Gestión del Conocimiento en Cuidados para la salud
<http://www.index-f.com/>

Instituto de Salud Carlos III
http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/investen_presentacion.jsp

Agencia Laín Entralgo <http://www.madrid.org/cs>



SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE ENFERMERÍA

Asociación Española de Enfermería Cardiología:
<http://www.enfermeriaencardiologia.com/>

Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias:
<http://www.seeiuc.com/>

Asociación de Enfermería Comunitaria:
<http://www.enfermeriacomunitaria.org/>

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria:
<http://www.asanec.org/>

Asociación Española de Enfermería Deportiva:
<http://www.ocenf.org/AEED/>

Asociación Española de Directivos de Enfermería ANDE:
<http://www.ande.org/>

Asociación Española de Enfermería Docente:
<http://www.aeed.net/>

Asociación Española de Enfermería Endoscópica Digestiva:
<http://www.prous.com/aeed/>

Asociación Española de Enfermería Especializada en Lesión Medular Espinal:
<http://www.aselme.com/aselme.htm>

Asociación Española de Enfermería Quirúrgica:
<http://www.aeeq.net/>

Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral:
<http://www.fut.es/~aet>

Asociación Española de Enfermería en Urología:
<http://www.enfuro.net/>

Asociación Nacional de Taxonomías y Diagnósticos en Enfermería:
<http://www.ub.es/aentde/welcome.htm>

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria:
<http://www.enfermeriacomunitaria.org/enlaces/faecap.html>

Sociedad Científica Española de licenciados en Enfermería:
<http://www.scele.org/>

Sociedad Española Experta en Estomaterapia:
<http://www.estomaterapia.com/>

Sociedad Española de Geriátría u Gerontología:
<http://www.arrakis.es/~seegg/>

Sociedad Española de Enfermería Informática e Internet:
<http://www.seei.es/>

Sociedad Española de Informática de la Salud:
<http://www.seis.es/>

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica:
<http://www.interbook.net/colectivo/seden/>

Sociedad Nacional de Enfermería de cuidados pediátricos y neonatales:
<http://www.terra.es/personal/anecipn/intro.htm>

Sociedad Española de Enfermería Radiológica Intervencionista:
<http://www.serie-es.com/>

Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias:
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/>

Asociación Española de Enfermería Vascolar:
<http://www.aeev.net/>



LECTURAS DE APOYO A LA METODOLOGÍA EN INVESTIGACIÓN

La realización de estudios científicos precisa de conocimiento metodológico, la epidemiología clínica y la estadística son nuestros instrumentos de ayuda. Este nuevo apartado pretende dar cabida a todos esos artículos de interés, para mejorar nuestra habilidad como investigadores. Todos ellos están disponibles en: <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/index.asp>. Animo a los compañeros que pongan en conocimiento de todos, aquellas lecturas que consideren de interés sobre el tema, pudiendo contactar con nosotros vía e-mail en la dirección indicada en el último apartado de sugerencias.

Investigación Cuantitativa y Cualitativa

El objetivo de cualquier ciencia es adquirir conocimientos y la elección del método adecuado que nos permita conocer la realidad es por tanto fundamental¹. El problema surge al aceptar como ciertos los conocimientos erróneos o viceversa. Los métodos inductivos y deductivos tienen objetivos diferentes y podrían ser resumidos como desarrollo de la teoría y análisis de la teoría respectivamente. Los **métodos inductivos** están generalmente asociados con la investigación cualitativa mientras que el **método deductivo** está asociado frecuentemente con la investigación cuantitativa.

Los científicos sociales en salud que utilizan abordajes cualitativos enfrentan en la actualidad problemas epistemológicos y metodológicos que tienen que ver con el poder y la ética en la generación de datos así como con la validez externa de los mismos².

La **investigación cuantitativa** es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables. La **investigación cualitativa** evita la cuantificación. Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas³. La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales⁴. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica. La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada.

Las diferencias más ostensibles entre ambas metodologías se muestran en la tabla 1⁵⁻⁶. Los fundamentos de la metodología cuantitativa podemos encontrarlos en el positivismo que surge en el primer tercio del siglo XIX como una reacción ante el empirismo. A principios del siglo XX, surge el neopositivismo o positivismo lógico siendo una de las aportaciones más importantes la inducción probabilística. La clave del positivismo lógico consiste en contrastar hipótesis probabilísticamente y en caso de ser aceptadas y demostradas en circunstancias distintas, a partir de ellas elaborar teorías generales. La estadística dispone de instrumentos cuantitativos para contrastar estas hipótesis y poder aceptarlas o rechazarlas con una seguridad determinada⁷. Por tanto el método científico, tras una observación, genera una hipótesis que contrasta y emite posteriormente unas conclusiones derivadas de dicho contraste de hipótesis. El contrastar una hipótesis repetidamente verificada no da absoluta garantía de su generalización ya que, como señala Karl Popper, no se dispone de ningún método capaz de garantizar que la generalización de una hipótesis sea válida⁸. En el momento actual no hay ningún método que garantice que la generalización de una hipótesis sea válida, pero sí se puede rebatir una hipótesis con una sola evidencia en contra de ella. Es por ello que la ciencia, como señala K. Popper "busca explicaciones cada vez mejores"¹⁰.

Ventajas e inconvenientes de los métodos

Las ventajas e inconvenientes de los métodos cuantitativos vs los cualitativos se muestran en la tabla 2. En general los métodos cuantitativos son muy potentes en términos de validez externa ya que con una muestra representativa de la población hacen inferencia a dicha población a partir

de una muestra, con una seguridad y precisión definida. Por tanto una limitación de los métodos cualitativos es su dificultad para generalizar. La investigación cuantitativa con los test de hipótesis no sólo permite eliminar el papel del azar para descartar o rechazar una hipótesis, sino que permite cuantificar la relevancia clínica de un fenómeno midiendo la reducción relativa del riesgo, la reducción absoluta del riesgo y el número necesario de pacientes a tratar para evitar un evento¹⁴. La pregunta que evidentemente hacen los investigadores cualitativos a los cuantitativos es ¿cuan particularizables son tus generalidades...?

Hoy en día hay un predominio claro de la investigación cuantitativa en relación a la cualitativa y así podemos objetivar que en una búsqueda en Medline a fecha 20/4/2002 utilizando las palabras clave "quantitative research" vs "qualitative research" encontramos 11.236 y 1.249 artículos respectivamente. El seleccionar una u otra metodología puede depender de diferentes planteamientos: ¿Se busca la magnitud o la naturaleza del fenómeno?, ¿Se busca un promedio o una estructura dinámica?, ¿Se pretende descubrir leyes o comprender fenómenos humanos?. Cuando en la búsqueda en Medline a las palabras clave previamente mencionadas añadimos "nursing" para centrar la pregunta en trabajos de enfermería objetivamos que el cociente de los artículos cuantitativos vs los cualitativos (610 vs 535) claramente disminuye, mostrando por tanto un importante peso de lo cualitativo en la investigación en enfermería a pesar de existir un predominio de lo cuantitativo que sigue incrementándose en los últimos años en este colectivo.

El empleo de ambos procedimientos cuantitativos y cualitativos en una investigación probablemente podría ayudar a corregir los sesgos propios de cada método, pero el hecho de que la metodología cuantitativa sea la más empleada no es producto del azar sino de la evolución de método científico a lo largo de los años. Creemos en ese sentido que la cuantificación incrementa y facilita la comprensión del universo que nos rodea y ya mucho antes de los positivistas lógicos o neopositivistas Galileo Galilei afirmaba en este sentido "mide lo que sea medible y haz medible lo que no lo sea".

Tabla 1. Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa⁵⁻⁶.

| Investigación cualitativa | Investigación cuantitativa |
|--|--|
| Centrada en la fenomenología y comprensión | Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico |
| Observación naturista sin control | Medición penetrante y controlada |
| Subjetiva | Objetiva |
| Inferencias de sus datos | Inferencias más allá de los datos |
| Exploratoria, inductiva y descriptiva | Confirmatoria, inferencial, deductiva |
| Orientada al proceso | Orientada al resultado |
| Datos "ricos y profundos" | Datos "sólidos y repetibles" |
| No generalizable | Generalizable |
| Holista | Particularista |
| Realidad dinámica | Realidad estática |

Tabla 2. Ventajas e inconvenientes de los métodos cualitativos vs cuantitativos.

| Métodos cualitativos | Métodos cuantitativos |
|--|---|
| Propensión a "comunicarse con" los sujetos del estudio ¹¹ | Propensión a "servirse de" los sujetos del estudio ¹¹ |
| Se limita a preguntar ¹¹ | Se limita a responder ¹¹ |
| Comunicación más horizontal... entre el investigador y los investigados... mayor naturalidad y habilidad de estudiar los factores sociales en un escenario natural ¹² | |
| Son fuertes en términos de validez interna, pero son débiles en validez externa, lo que encuentran no es generalizable a la población | Son débiles en términos de validez interna -casi nunca sabemos si miden lo que quieren medir-, pero son fuertes en validez externa, lo que encuentran es generalizable a la población ¹³ |
| Preguntan a los cuantitativos: ¿Cuan particularizables son los hallazgos? | Preguntan a los cualitativos: ¿Son generalizables tus hallazgos? |

FOROS DE ENCUENTRO

JORNADAS Y CONGRESOS

8º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE LA INFANCIA

Fecha: 9, 10 y 11 de Mayo 2007. Lugar: JAÉN

Información: Universidad de Jaén. Escuela de Ciencias de la Salud

XI REUNIÓN NACIONAL ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE COLOPROCTOLOGÍA VI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Fecha: 9, 10 y 11 de Mayo 2007. Lugar: SAN SEBASTIÁN

Información: Secretaría. Telf.: 93 5101005

<http://www.rnaec2007.com>

XXIII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Fecha: 9, 10 y 11 de Mayo 2007. Lugar: BARCELONA

Información: Secretaría. Telf.: 902 190 848

<http://www.23enfermeriatraumatologia.com>

XIX JORNADA TÉCNICA. EL SÍNDROME POSTPOLIO. COMO AFRONTAR EL PROBLEMA

Fecha: 10 de Mayo 2007. Lugar: BARCELONA

Información: Secretaría. Telf.: 93 323 85 73

XV CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES. "ORGANIZACIONES SANITARIAS Y DEMANDAS SOCIALES"

Fecha: 15, 16, 17 y 18 de Mayo 2007. Lugar: ALMERÍA

Información: Secretaría. Telf.: 902 190 848

<http://www.xvcongresohospitales.com>

II CONGRESO NACIONAL ETI EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA

Fecha: 17 y 18 de Mayo 2007. Lugar: BARCELONA

Información: Secretaría. Telf.: 913 14 73 19

<http://www.asociaciondeenfermeriaaeti.com>

XXVI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN ANÁLISIS CLÍNICOS

Fecha: 16,17,18 y 19 de Mayo 2007. Lugar: JEREZ

Información: Secretaría. Telf.: 952 395 312

<http://www.enferaclinic.com>

V CONGRESO MUNDIAL DE BIOÉTICA

Fecha: 21,22, 23, 24 y 25 de Mayo 2007. Lugar: GIJÓN

Información: Sociedad internacional de bioética. Secretaría. Telf.: 98 535 46 66

<http://www.sibi.org>

XI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

Fecha: 30 y 31 de Mayo. 1 y 2 de Junio 2007. Lugar: GRANADA

Información: Secretaría. Telf: 958 53 68 20

<http://www.seeo.org>

III CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA SOCIOSANITARIA

Fecha: 30 y 31 de Mayo y 1 de Junio 2007. Lugar: MÁLAGA

Información: Secretaría. Telf: 912 042 600

<http://www.enfermeriasociosanitaria.com>

VIII REUNIÓN INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD

Fecha: 14 Y 15 de Junio 2007. Lugar: GRANADA

Información: Secretaría. Telf: 958 293304

<http://www.index-f.com>

VII CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Fecha: 14, 15 y 16 de Noviembre 2007, Lugar: BARCELONA

Información: Secretaria. Telf: 93 510 10 05

<http://www.congresocma2007.com>

XI ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Fecha: 14, 15 y 16 de Noviembre 2007. Lugar: MÁDRID

Información: Secretaría. Telf: 91 8222546

<http://www.isciii.es/investen>



PREMIOS, BECAS Y CERTÁMENES

II CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA RAQUEL RECUERO DÍAZ. CONVOCATORIA PREMIO NACIONAL DE ENFERMERÍA

PREMIO MEJOR ARTÍCULO CIENTÍFICO.

Fecha: Límite de entrega 20 de MAYO 2007. DOTACIÓN DE 6.000 EUROS.

Información: eugeniavidal@fabulacongress.com

III PREMIOS DE ENFERMERÍA. SANTIAGO MARTÍN JARAUTA

PREMIO MEJOR PROYECTO INVESTIGACIÓN.

Fecha: Límite de entrega 31 de MAYO 2007.

Información: Colegio Oficial de Enfermería de Huesca

CONVOCATORIA DE 4 BECAS 2006-2007 DE LA FUNDACIÓN GRÍFOLS i LUCAS PARA CUATRO PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN BIOÉTICA

Fecha: Límite de entrega 31 DE MAYO 2007. DOTACIÓN DE 3.900 EUROS CADA UNA

Información: Fundación Víctor Grífols i Lucas Tef: 935710410

<http://www.fundaciongrifols.org>

CONVOCATORIA PREMIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE BIOÉTICA 2006-2007 DE LA FUNDACIÓN GRÍFOLS i LUCAS

Fecha: Límite de entrega 31 de MAYO 2007. DOTACIÓN DE 6.000 EUROS.

Información: Fundación Víctor Grífols i Lucas Tef. 34+ 935710410

<http://www.fundaciongrifols.org>

CONVOCATORIA PREMIO A UNA OBRA PERIODÍSTICA SOBRE BIOÉTICA 2006- 2007 DE LA FUNDACIÓN GRÍFOLS i LUCAS

Fecha: Límite de entrega 31 de MAYO 2007. DOTACIÓN DE 3.000 EUROS.

Información: Fundación Víctor Grífols i Lucas Tef. 34+ 935710410

<http://www.fundaciongrifols.org>

CONVOCATORIA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN DE LA CAM. AYUDAS PARA ESTANCIAS BREVES EN CENTROS DE INVESTIGACIÓN ESPAÑOLES Y EXTRANJEROS

Fecha: 3 plazos de entrega: ENERO, FEBRERO y MAYO de 2007

Información: Secretaría Unidad de Apoyo a la Investigación. Planta -2 dcha.

<http://www.madrid.org/ceducacion/investigacion/conv2007/conv2007.htm>



Universidad
Comunidad de Madrid



ACTIVIDADES DOCENTES



ACTIVIDADES FORMATIVAS

Para cualquier información sobre cuestiones relacionadas con formación, dirigirse a **D^a Azucena Marzo Martínez. Sup. Formación. 6^a Planta Centro. Telf.: 91 336 87 70**



CURSOS DE ABRIL

- **R.C.P. BÁSICA**
30 de ABRIL
Dirigido a supervisores, enfermeras/os, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería y técnicos
- **METODOLOGÍA BÁSICA PARA LA INVESTIGACIÓN**
Del 16 al 20 de ABRIL
Dirigido a supervisores y enfermeras/os



CURSOS DE MAYO

- **ÚLCERAS POR PRESIÓN**
9 y 10 de MAYO
Dirigido a supervisores, enfermeras/os, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas
- **RIESGOS TRANSFUSIONALES**
17 y 18 de MAYO
Dirigido a supervisores, enfermeras/os y auxiliares de enfermería
- **CUIDADOS ESPECIALIZADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**
28,29 y 30 de MAYO
Dirigido a auxiliares de enfermería
- **TALLER SOBRE TAXONOMÍA NANDA, NIC Y NOC**
Del 21 al 24 de MAYO
Dirigido a supervisores y enfermeras/os

CURSOS DE JUNIO

- **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LOS RIESGOS BIOLÓGICOS DE LOS PACIENTES PARA EL MEDIO SANITARIO**
5, 6 y 7 de JUNIO
Dirigido a supervisores, enfermeras/os, auxiliares de enfermería y técnicos
- **VENTILACIÓN MECÁNICA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
Del 11 al 15 de JUNIO
Dirigido a supervisores y enfermeras/os
- **METODOLOGÍA EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**
Del 19 al 21 de JUNIO
Dirigido a supervisores y enfermeras/os
- **RESPONSABILIDAD PROFESIONAL SANITARIA: ELEMENTOS Y FUNDAMENTOS JURÍDICOS.**
Del 19 al 22 de JUNIO
Dirigido a supervisores y enfermeras/os
- **R.C.P. BÁSICA**
28 de JUNIO
Dirigido a supervisores, enfermeras/os, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería y técnicos

EL TERMÓMETRO

Retomamos de nuevo esta sección, para transmitir la temperatura del hospital, difundiendo aquellas actividades que están siendo desarrolladas por personal de enfermería y son de interés para el hospital. Una vez más, animo a los compañeros a informarnos todos aquellos aspectos que consideréis a este respecto de interés, pudiendo contactar con nosotros vía a-mail: arodriguezg.hrc@salud.madrid.org

COMISIÓN VIOLENCIA DE GÉNERO HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. “ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LOS MALOS TRATOS”

INTRODUCCIÓN:

La violencia en el ámbito familiar supone un atentado contra la integridad física y moral de la persona y un ataque directo a su dignidad. Se trata de una grave violación de los derechos humanos y de un serio problema social que, para su erradicación, requiere de la implicación, tanto de agentes sanitarios y judiciales, como de la sociedad en su conjunto.¹

No es preciso entender que la violencia no es un comportamiento natural, sino una actitud aprendida a partir de la socialización. La educación en la igualdad, y el carácter ilegítimo de la violencia como medio para resolver conflictos, son los pilares en los que tiene que basarse el reconocimiento del problema, y también la adopción de medidas para su erradicación.²

Dentro de este contexto general, son particularmente alarmantes los casos de violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico, debido a su gran frecuencia, la gravedad de las lesiones psíquicas y físicas producidas (incluso con resultado de muerte en muchos casos) así como al alto coste socioeconómico que suponen.

Por tanto, por todo lo dicho anteriormente, el presente documento pretende dar respuesta a la situación de violencia que sufren muchas mujeres y a la demanda social que se está provocando por estos hechos.

CONCEPTO:

Violencia familiar: (Según el Consejo de Europa, 1995).

"Es todo acto u omisión acaecido en el marco de la familia por parte de uno de los miembros que atente contra la vida, la integridad corporal o psíquica o contra la libertad de otro miembro de la misma o que amenace gravemente el desarrollo de su personalidad".

Se pueden diferenciar 3 grupos: Violencia contra la mujer, Violencia contra ancianos, Violencia en la infancia.

LA ENFERMERÍA COMO PIEZA CLAVE EN LA DETECCIÓN DEL MALTRATO.

El abordaje holístico de la persona, la atención a sus necesidades básicas y la respuesta adaptada a la reacción del sujeto ante su proceso de salud/enfermedad; características inherentes a la profesión enfermera, permiten que puedan ellas actuar ante el problema desde una posición avanzada.³

Además, no hay que olvidar que, muy a menudo, las enfermeras son el profesional sanitario que primero entra en contacto con las víctimas, por lo que se considera que estos profesionales son piezas fundamentales en la identificación y abordaje de la violencia familiar.

¹ Protocolo sanitario ante malos tratos domésticos. Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco. Plan de Acción contra la Violencia Doméstica: 1998-2000.

² Obra Social. "Violencia, tolerancia cero". Exposición itinerante. Fundación La Caixa.

³ Hospital Costa del Sol. Política Hospitalaria en Violencia Doméstica. 1998.

EPIDEMIOLOGÍA:

Se calcula que cada 5 días muere en España una mujer en manos de su pareja o ex-pareja, lo que supone que más de 400 mujeres han muerto en los últimos 5 años por esta causa, sin olvidar los terribles efectos que provoca la violencia psicológica que precede y convive con la violencia física.⁴

Sólo de violencia de género, en 2005, se detectaron 73000 casos, y se formularon 73 denuncias. En este mismo año (2005), 63 mujeres murieron víctimas de malos tratos; 5 de ellas, en la Comunidad de Madrid. En 2006, 68 mujeres, 5, en la Comunidad de Madrid. Y en lo que lleva de año (4-3-2007), 13 de ellas han fallecido ya, 1 en la Comunidad de Madrid.

Todas ellas, revelan cifras escalofriantes.

CONSECUENCIAS:

→ Aumenta la utilización de los servicios sanitarios (urgencias, especialistas...)

→ Aumenta el consumo de medicamentos...

COSTES DE LA VIOLENCIA:

Estimación mujeres maltratadas (último año en CM):

219.131 (190.926 - 247.336), y supone un coste de 2 726 489 778 €.

COMISIÓN:

Una vez mostrados los argumentos anteriormente expuestos, en esa necesidad asistencial de las situaciones de riesgo familiar; a raíz de los acuerdos de la Dirección General de Atención Especializada y los Centros de Atención Especializada, en junio de 2006, se crea en este hospital la Comisión contra la Violencia.

OBJETIVO DE LA COMISIÓN:

Establecer una pauta de actuación normalizada e integrada para los profesionales del Centro, que posibilite una atención integral a la salud de las mujeres, niños y ancianos que sufren o han sufrido violencia.

FUNCIONES:

- Sensibilizar a los profesionales acerca de la magnitud, gravedad e impacto en la salud de la violencia, así como la implicación de éstos en la lucha contra la violencia.
- Información actualizada.
- Optimizar la prevención, detección y atención de la violencia considerando aquellas situaciones de mayor vulnerabilidad.
- Aumentar el registro de casos de violencia.
- Adecuar la actuación profesional a la demanda y al momento del proceso de violencia.
- Mejorar los circuitos de coordinación y derivación entre los diferentes niveles de atención sanitaria y con los recursos comunitarios.
- Facilitar pautas a los profesionales, que favorezcan el afrontamiento de los casos de violencia.
- Reducir a cero la cantidad de víctimas de la violencia de género que pasan actualmente desapercibidas por los profesionales de la sanidad a la hora de tratar a pacientes que estén sufriendo este grave problema social.

COMPONENTES:

La Comisión Hospitalaria contra la Violencia es multidisciplinar. Está formada por 8 componentes:

- Dr. D. Mariano Aguado Velasco. Médico Adjunto. Urgencias. -3 C.
 - Dra. Dña. Ángela Ibáñez Cuadrado. FEA. Psiquiatría. -1 D.
 - Dr. D. Miguel Ángel Pancorbo Alonso. FEA. Ginecología. 11 D.
 - Dra. Dña. Ana Echániz Quintana. FEA. Medicina Interna. 4 D.
 - Dr. D. Arturo Muñoz Villa. Jefe de Sección. Pediatría. 11 D.
 - Dña. Begoña Gutiérrez González. Trabajadora Social. Geriatria. -2 C.
 - Dña. Alicia Zamora Calvo. Enfermera. Cardiología. 4 I C.
 - D. Fernando Torres Martínez. Enfermero. Urgencias. -3 C.
- Igualmente, se cuenta con el apoyo de una persona ajena al Hospital, Dña. Mar Gasco González. Licenciada en Derecho (Ilustre Colegio Profesional de Enfermería de Madrid).



Hospital Universitario
Ramón y Cajal

Comunidad de Madrid

www.jcyl.es

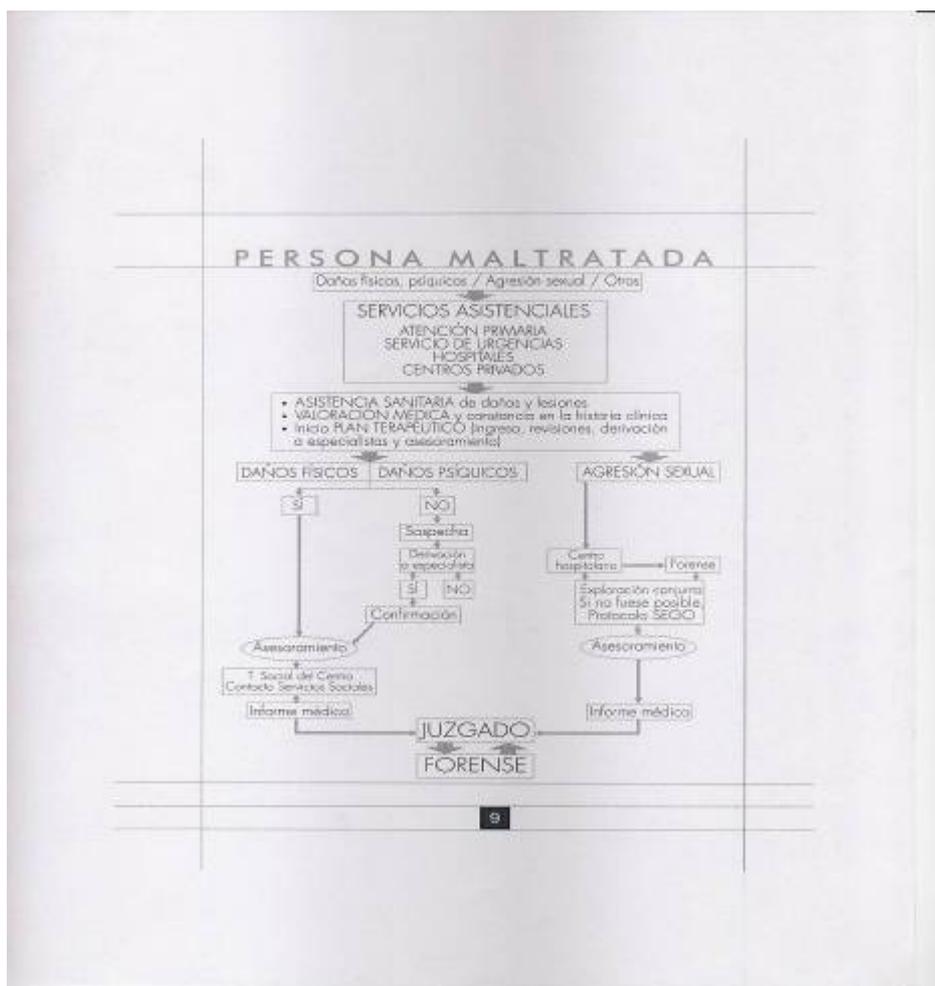
(Pacto social contra la violencia de género de la Junta de Castilla y León).

ATENCIÓN SANITARIA ANTE LOS MALOS TRATOS:

Ante sospecha de malos tratos:

- Atención preferente a la víctima y reconocimiento médico completo.
- Relato pormenorizado de los hechos y valoración precisa de lesiones (el Informe médico es esencial).
- Derivación inmediata a atención especializada, si procede.
- Remisión al Juez del informe médico a través de la dirección del centro o la policía, dejando copia en Hª clínica, y dando otra a la víctima.
- Asesoramiento a la víctima sobre sus derechos y sobre medidas sociales y de protección.^{5,6}

Resumen de actuaciones:



HERRAMIENTAS:

- informe médico.
- Parte de lesiones (Anexo I).
- Informe social.
- Protocolo sanitario ante malos tratos.

⁵ Protocolo sanitario ante malos tratos domésticos. Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco. Plan de Acción contra la Violencia Doméstica: 1998-2000.

Parte de lesiones:

- Sólo mencionar que es un documento de obligado cumplimiento (aunque la lesionada rehúse denunciar).
- Comunica un hecho conocido en el ejercicio de la profesión.
- El deber de protección exime del secreto profesional.

Protocolo sanitario:

En la actualidad, en este hospital, se está estudiando la elaboración o validación del protocolo que establezca la Comunidad de Madrid para la difusión y utilización del mismo para fijar las pautas de actuación que el profesional sanitario tiene que seguir ante una persona maltratada.

LEGISLACIÓN:

Leyes que afectan a los profesionales de la salud:

- *Ley de Enjuiciamiento Criminal. Art. 262:*

Los que por razón de su profesión, cargo u oficio tuvieron noticia de algún delito, están obligados a denunciarlo al Ministerio Fiscal, Juez Instructor.

- *Código Penal. Art. 576:*

Los facultativos que apreciando señales de envenenamiento o de otro delito a una persona a la que asistieren o en un cadáver, no dieran parte inmediatamente a la autoridad, serán castigados con las penas de 5 a 15 días de arresto menor y multa de 5000 a 50000 ptas siempre que las circunstancias no incurrieren en responsabilidad mayor.

- *Código Penal. Art. 153 y 173:*

Son los específicos para malos tratos.

- El *Art. 153* hace referencia a los malos tratos físicos, exigiendo la habitualidad (más de 3 denuncias) como elemento esencial para considerarlo delito.

- El *Art. 173* recoge los malos tratos psíquicos, exigiendo en este caso un menoscabo en la integridad moral de la víctima.^{7,8,9}

· Por último, consideremos importante incluir el *Art. 464 del Código Penal*, siendo vital, pues de este modo, la paciente ve que lo que le ha ocurrido está en una situación de delito. Es el siguiente:

“El que con violencia o intimidación intentare influir directa o indirectamente en quien sea denunciante, parte o imputado, abogado, procurador, perito, intérprete o testigo en procedimiento para que modifique su actuación procesal, será castigado con la pena de uno a cuatro años y multa de seis a veinticuatro meses”.

CONCLUSIONES:

- Ante todo lo expuesto anteriormente, cabe decir que la violencia, en todos sus aspectos, tiene consecuencias devastadoras para la salud física y mental de la persona maltratada.
- Se establecerá la primera prioridad: plan integral, dirigido a abordar la violencia familiar.
- Los profesionales sanitarios tienen una especial responsabilidad, ética, profesional e institucional, en la lucha contra la erradicación de la violencia.
- Concienciar a la sociedad de la gravedad del problema para que rechace de modo unánime estos comportamientos violentos.
- Tenemos la obligación de comunicar ante la más mínima sospecha.

NO SE TRATA DE DENUNCIAR, SINO DE COMUNICAR.

⁷ Hospital Costa del Sol. Política Hospitalaria en Violencia Doméstica. 1998.

⁸ Monográfico sobre lesiones y malos tratos. Programa de formación continuada, organizado por el Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid. 2006. pp. 20-31.

Moya Bernal, A; Barbero Gutiérrez, J.: Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Madrid. 1996. pp. 160-164, 184-197.

TELEFONOS Y CONTACTOS DE INTERÉS:

- Servicios de Atención a la Mujer (SAM) y Equipos de Mujeres y Menores (EMUMES). Servicios de la policía local. Madrid: Servicio de Atención a la Mujer. Comisaría de Policía. Tfno: 91 532 55 05 (Ext. 4415).
- Información telefónica gratuita. Madrid. Comisión Investigación Malos tratos a Mujeres. Teléfono de emergencia: 900 10 00 09.
- Oficinas judiciales de atención a las víctimas (delitos violentos y contra la libertad sexual). Madrid. Tfnos: 91 397 34 98/ 900 15 09 09.
- Teléfono gratuito de asistencia 24/24h. 900 19 10 10 (Instituto de la mujer).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Asociación ANAR Nuestro Hogar). 900 20 20 10 (Menores).
- Consejería de Familia y Asuntos Sociales:
 - Servicio Regional de Bienestar Social: 91 420 69 00
 - Información: 91 420 69 04
 - Dirección General del Mayor: 91 580 94 70
 - Teléfono del Mayor: 900 10 10 11
 - Servicio de información telefónica y atención de emergencias (SITADE): 900 10 03 33

+ Por último, desde la Comisión, se hace un llamamiento al personal del Centro solicitando su colaboración. Cualquier caso de violencia doméstica detectada, o duda o sugerencia, se ruega pónganse en contacto con los miembros de la Comisión expuestos en el documento o a través de la siguiente dirección de correo electrónico:

comision.cli.hrc@salud.madrid.org

Hospital Ramón y Cajal

D. _____ Medico de Guardia del
Hospital Ramón y Cajal de Madrid a V. I.

DECLARA:

Que en el día de la fecha y a las _____ horas he prestado asistencia facultativa a D. _____ de _____ años de edad, y D. N. I. o pasaporte N.º _____ con domicilio en _____, calle de _____ n.º _____, el cual presenta las siguientes lesiones:

Dichas lesiones le fueron producidas según manifiestan _____

El pronóstico de estas lesiones es _____
Una vez atendido de urgencia ha pasado a _____
Lo que comunico a V. I. para su conocimiento y efectos oportunos.

Madrid, a _____ de _____ de 20_____

Firmado: Dr. _____

ILMO. SR. JUEZ DE GUARDIA: MADRID

CO-AUTORES: Alicia Zamora Calvo, Fernando Torres Martínez. Enfermeros. Miembros de la

SUGERENCIAS

Este es vuestro apartado, es donde pretendemos plasmar las inquietudes, observaciones y sugerencias que tengáis en cuanto a potenciar la Investigación Enfermera. Debéis de dirigirlas al Área de Formación, Investigación y Procesos (FIP) Planta 6ª Centro, Teléfono 91-336-8770, o a la dirección de correo arodriguezg.hrc@salud.madrid.org, a la atención de Ana Rodríguez Gonzalo, Supervisora de la Unidad de Investigación Enfermera.