

1

Factores relacionados con extravasaciones de agentes no citostáticos en catéteres venosos periféricos [Recurso electrónico]= Related factors with extravasation of non-cytostatic agents in peripheral vein catheters / Cristina Fernández-García, Esther Mata-Peón y Sara Avanzas-Fernández

Este artículo se encuentra disponible en su edición electrónica. Los datos para su acceso electrónico están accesibles a través del enlace al título de la publicación.

Bibliografía: p.78: 21 refs.

Objetivo: Conocer las variables independientes que tienen relación con la aparición de extravasación en pacientes portadores de catéteres venosos periféricos (CVP).

Material y método: Estudio retrospectivo desarrollado en 6 cortes quincenales entre julio de 2013 y enero de 2014. Se revisaron un total de 1.442

CVP, de los que 730 cumplían los criterios de inclusión y se dividieron en 2 grupos: extravasación y no extravasación, con 365 casos cada uno. Se analizaron las variables edad, sexo, servicio de ingreso, calibre del CVP, lugar de inserción, inserción previa en la misma extremidad, unidad donde se insertó el CVP, dificultad de comunicación, antecedentes personales de salud y fármacos parenterales administrados.

Resultados: Los factores de riesgo asociados a tener extravasación fueron: ser mujer, con inserción previa en el mismo brazo, < 72 h de la inserción, con dificultades en la comunicación, tener antecedentes de neoplasia y con tratamiento de CLK, gentamicina o betalactámicos.

Conclusiones: Nuestro estudio permite conocer las variables que tienen relación con la aparición de extravasaciones en pacientes con tratamientos no oncológicos (sexo, servicio médico de ingreso, calibre del catéter, tiempo transcurrido desde la inserción, facilidad de comunicación del paciente, antecedentes y tratamientos intravenosos), así como los factores que pueden considerarse protectores.

Abstract:

Objective: To know the independent variables related to the occurrence of extravasation in patients with peripheral vein catheters (PVC).

Material and method: Retrospective study carried out in 6 longitudinal cuts between July 2013 and January 2014. A total of 1,442 PVC were reviewed, of which 730 met the inclusion criteria, and were divided into 2 groups: extravasation and not extravasation, with 365 cases each. The variables of age, gender, admission unit, catheter gauge, insertion site, previous insertion into the same limb, hospital unit where the insertion took place, communication difficulties, personal health history and analyzed parenterally drug administered were considered.

Results: Risk factors to develop extravasation were: female gender, with previous insertion in the same limb, < 72 h PVC of insertion, communication difficulties, personal health history of neoplasia and KCl, gentamicin or beta lactam treatment.

Conclusions: Our study allows to know the variables that are related to the emergence of extravasations in patients with non-cancer treatments (gender, medical service of admission, catheter gauge, elapsed time since the insertion, patient communication difficulties, personal health history, and intravenous treatments), as well as the factors that may be considered protective.

Enfermería clínica. -- 2017 (Mar-Apr), v. 27, n. 2, p. 71-78

1. Catéter venoso periférico 2. Extravasación 3. Terapia intravenosa 4. Peripheral vein catheter
5. Extravasation 6. Intravenous therapy

2

Incidencia y factores de riesgo de flebitis asociadas a catéteres venosos periféricos [Recurso electrónico] = Incidence and risk factors of phlebitis associated to peripheral intravenous catheters / Loreto Arias-Fernández... [et al.]

Este artículo se encuentra disponible en su edición electrónica. Los datos para su acceso electrónico están accesibles a través del enlace al título de la publicación.

Bibliografía: p.79-86: 32 refs.

Objetivo: Determinar la incidencia de flebitis y los factores de riesgo relacionados con el cuidado de los catéteres venosos periféricos (CVP).

Método: Estudio de cohortes prospectivo en el Hospital

Universitario Central de Asturias. Se incluyeron 178 CVP que fueron observados diariamente hasta su retirada. La ocurrencia de flebitis fue medida con la escala visual de flebitis por infusión, que permite distinguir entre grado i (posible flebitis) y grado ii (flebitis). También se recogió el diagnóstico de flebitis que realizó de forma independiente el personal de enfermería de las unidades. Por último, se obtuvo información sobre la inserción y el cuidado del CVP. Se calculó la incidencia de flebitis y la validez de los diagnósticos realizados en la unidad y, mediante regresión logística, se identificaron los factores de riesgo de flebitis.

Resultados: El 5,6% de los CVP presentaron flebitis, el 21,3% posibles flebitis y el 11,2% flebitis según el criterio del personal enfermero. La sensibilidad de los profesionales para diagnosticar flebitis fue del 100%, la especificidad, del 94%, y el valor predictivo positivo, del 50%. Después de controlar los potenciales confusores, la utilización de alargadera como accesorio del CVP incrementó el riesgo de flebitis (odds ratio: 4,8; $p = 0,04$) e insertar un catéter de calibre 22/24 gauges lo disminuyó (odds ratio: 0,2; $p = 0,02$).

Conclusiones: La falta de consenso sobre el diagnóstico de la flebitis dificulta su valoración por parte de los profesionales. Para minimizar la incidencia de flebitis sería aconsejable elegir el calibre de CVP más pequeño posible y evitar el uso de alargaderas como accesorio.

Abstract:

Objective: To determine the incidence and risk factors of phlebitis associated to the care of peripheral vascular catheters (PVC).

Method: Prospective cohort study at the Central University Hospital of Asturias (Spain). A total of 178 PVC were observed daily until their extraction. The incidence of phlebitis was measured using the Visual Infusion Phlebitis Scale, that distinguishes between grade i (possible phlebitis) and ii (phlebitis). The independent diagnoses of phlebitis made by staff nurses were also collected. Finally, data about the insertion and the care of the PVC was also obtained. The incidence of phlebitis and the validity of the diagnoses made by staff nurses were calculated and the risk factors of phlebitis were determined by means of logistic regression.

Results: 5.6% of the PVC presented phlebitis, 21.3% possible phlebitis and 11.2% had phlebitis according to nurses' criteria. The staff nurses had a sensitivity of 100%, a specificity of 94% and a positive predictive value of 50% in the diagnosis of phlebitis. After adjusting for potential confounders, the use of an extension tube as an accessory of the PVC was an independent predictor of phlebitis (odds ratio: 4.8; $P = .04$), but a PVC size of 22/24 gauges was associated with lower phlebitis incidence (odds ratio: 0.2; $P = .02$).

Conclusions: Clinical phlebitis assessment is difficult because the agreement for phlebitis diagnosis is low. To minimize the incidence of phlebitis would be recommended to choose the smallest PVC size possible and to avoid using an extension tube as an accessory of the PVC.

Enfermería clínica. -- 2017 (Mar-Apr), v. 27, n. 2, p. 79-86

1. Flebitis 2. Cateterización venosa periférica 3. Factores de riesgo 4. Incidencia 5. Enfermería
6. Phlebitis 7. Peripheral venous catheterization 8. Risk factors 9. Incidence 10. Nursing

3

Qué, quién, cuándo, dónde y cómo informar a los pacientes tras un evento adverso [Recurso electrónico]: un estudio cualitativo = What, who, when, where and how to inform patients after an adverse event: a qualitative study / José Joaquín Mira... [et al.]

Este artículo se encuentra disponible en su edición electrónica. Los datos para su acceso electrónico están accesibles a través del enlace al título de la publicación.

Bibliografía: p.92-93: 30 refs.

Objetivos: Explorar experiencias y recomendaciones para informar adecuadamente al paciente que ha sufrido un evento adverso (EA) en un contexto donde no se cuenta con leyes de disculpa.

Método: Estudio cualitativo basado en las técnicas de grupo focal y Metaplan. Este estudio se realizó con médicos y enfermeros de atención primaria y hospitales del sistema público de salud en España.

Resultados: Participaron 27 profesionales con entre 8 y 30 años de experiencia, 15 (56%) médicos y 12 (44%) enfermeros; 13 (48%) trabajaban en hospitales. Existió consenso en cuanto a cómo (lenguaje claro, honestidad), dónde (evitar pasillos, en espacio acondicionado, con intimidad) y cuándo informar (con agilidad pero sin

precipitación, al disponer de suficiente información y tras reflexionar sobre la forma más adecuada según la naturaleza del EA). Existió controversia en cuanto a qué decirle al paciente tras EA con consecuencias graves, dudas sobre en qué casos se debía informar de lo sucedido; quién debía informar (si el profesional más directamente implicado en el EA u otro profesional, el papel del equipo directivo o de los mandos intermedios); y sobre en qué casos una disculpa podía suponer un problema.

Conclusiones: La naturaleza del EA determina quién debe conversar con el paciente en hospitales y atención primaria. Debe meditarse, según los casos, la forma más apropiada para trasladarle una disculpa al paciente. Una actuación temprana, directa, empática, proactiva y acompañada de información sobre una compensación por el daño sufrido contribuiría a reducir el número de reclamaciones.

Abstract:

Objective: To explore suggestions and recommendations for conducting open disclosure with a patient after an adverse event in a setting without professionals' legal privileges.

Method: Qualitative study conducting focus groups/Metaplan. This study was conducted with physicians and nurses from Primary Care and Hospitals working in the public health system in Spain.

Results: Twenty-seven professionals were involved 8-30 years of experience, 15 (56%) medical and 12 (44%) nurses, 13 (48%) worked in hospitals. Consensus was obtained on: how (honesty and open and direct language), where (avoid corridors, with privacy), and when to disclose (with agility but without precipitation, once information is obtained, and after reflecting on the most suitable according to the nature of the AE). There was controversy as to what to say to the patient when the AE had serious consequences and doubts about what type of incidents must be reported; who should be required to disclose (the professional involved in the AE or other professional related to the patient, the role of the staff and the management team); and in which cases an apology can be a problem.

Conclusions: The severity of the AE determines who should talk with the patient in both hospital and primary care. The most appropriate way to convey an apology to the patient depends of the AE. An early, direct, empathetic and proactive action accompanied by information about compensation for the harm suffered could reduce the litigation intention.

Enfermería clínica. -- 2017 (Mar-Apr), v. 27, n. 2, p. 87-93

1. Seguridad del paciente 2. Eventos adversos 3. Profesionales de la salud 4. Atención Primaria 5. Hospital
6. Patient safety 7. Adverse events 8. Healthcare providers 9. Primary care

4

Seguridad del paciente e implicación de las enfermeras [Recurso electrónico]: encuesta en los hospitales de Cataluña = Patient safety and nursing implication: Survey in Catalan hospitals / Núria Freixas Sala... [et al.]

Este artículo se encuentra disponible en su edición electrónica. Los datos para su acceso electrónico están accesibles a través del enlace al título de la publicación.

Bibliografía: p.94-100: 14 refs.

Objetivo: El presente estudio pretende describir la implementación de los programas de seguridad del paciente (SP) de los hospitales catalanes y analizar el nivel de implicación de las enfermeras.

Método: Estudio descriptivo multicéntrico y transversal. Para la obtención de los datos se elaboraron dos cuestionarios, uno dirigido a la dirección y otro al referente de SP que se distribuyeron entre los 65 hospitales de agudos de Cataluña en 2013.

Resultados: El cuestionario lo respondieron 43 direcciones de enfermería y 40 referentes de enfermería de SP. El 93% de los hospitales respondió disponer de programa de SP y el 81,4% monitoriza los resultados mediante un cuadro de indicadores específico. El referente en SP del centro es enfermera en el 55,8% de los centros. El 92,5% disponen de un sistema de notificación de efectos adversos con un promedio de 190,3 notificaciones anuales y el 86% de los centros dedican enfermeras a la SP aunque únicamente el 16% a jornada completa. Los referentes de enfermería valoran el grado de implementación del programa SP con un aprobado y proponen como mejora aumentar el personal con dedicación a SP y disponer de formación académica específica.

Conclusiones: El grado de implementación de los programas de SP es elevado en los hospitales catalanes aunque la estructura organizativa presenta una gran diversidad. En más de la mitad de los centros el referente en SP es una enfermera, confirmándose la implicación de las enfermeras en estos programas.

Abstract: Objective: This study aims to describe the implementation of the patient safety (PS) programs in catalan hospitals and to analyze the level of nursing involvement.

Method: Multicenter cross-sectional study. To obtain the data two questionnaires were developed; one addressed to the hospital direction and another to the nurse executive in PS. The survey was distributed during 2013 to the 65 acute care hospitals in Catalonia.

Results: The questionnaire was answered by 43 nursing directors and 40 nurse executive in PS. 93% of the hospitals responded that they had a PS Program and 81.4% used a specific scoreboard with PS indicators. The referent of the hospital in PS was a nurse in 55.8% of the centres. 92.5% had a system of notification of adverse effects with an annual average of 190.3 notifications. In 86% of the centres had a nurse involved in the PS program but only in the 16% of the centres the nurse dedication was at full-time. The nurse respondents evaluate the degree of implementation of the PBS program with a note of approved and they propound as improvement increase the staff dedicated to the PS and specific academic training in PS.

Conclusions: The degree of implementation of programs for patient safety is high in Catalan acute hospitals, while the organizational structure is highly diverse. In more than half of the hospitals the PS referent was a nurse, confirming the nurse involvement in the PS programs.

Enfermería clínica. -- 2017 (Mar-Apr), v. 27, n. 2, p. 94-100

1. Seguridad del paciente 2. Enfermería 3. Cuestionario 4. Hospitales 5. Patient safety 6. Nursing 7. Survey 8. Hospitals

5

Adaptación transcultural del instrumento STRATIFY para la valoración del riesgo de caídas [Recurso electrónico] = Cross-cultural adaptation of the STRATIFY tool in detecting and predicting risk of falling/ Margarita Enríquez de Luna-Rodríguez... [et al.]

Este artículo se encuentra disponible en su edición electrónica. Los datos para su acceso electrónico están accesibles a través del enlace al título de la publicación.

Referencias: p.105: 14 refs.

Objetivos: Adaptar al castellano la escala STRATIFY para su uso clínico en el contexto español.

Método: Se realizó un estudio transversal, multicéntrico, en 2 ámbitos asistenciales: hospitales de agudos y residencias geriátricas, de adaptación transcultural realizado en la Comunidad Autónoma de Andalucía durante el año 2014. El proceso de adaptación se estructuró en 4 etapas: traducción, retrotraducción, equivalencia entre las 2 retrotraducciones y pilotaje, obteniendo la versión definitiva en español. Se tuvieron en cuenta la validez de aspecto, la validez de contenido y el tiempo necesario en cumplimentar la escala. La validez de contenido se obtuvo a través del cálculo del índice global de validez de contenido. Para su análisis se calculó la mediana, la tendencia central y dispersión de las puntuaciones.

Resultados: El índice global de validez de contenido obtuvo un resultado positivo de 1. Para la validez de aspecto se tuvieron en cuenta la claridad y comprensión de las preguntas. De las 5 preguntas del instrumento, 2 presentaron una pequeña discordancia solventada con la introducción de una frase aclaratoria para conseguir una equivalencia conceptual. Las medianas de ambas preguntas fueron iguales o superiores a 5. El tiempo medio de cumplimentación de la escala fue inferior a los 3 min.

Conclusiones: El proceso de adaptación al castellano de STRATIFY ha permitido obtener una versión semántica y culturalmente equivalente a la original de fácil cumplimentación y comprensión para su uso en el contexto español.

Abstract:

Aims: To adapt to Spanish language the STRATIFY tool for clinical use in the Spanish-speaking World.

Method: A multicenter, 2 care settings cross-sectional study cultural adaptation study in acute care hospitals and nursing homes was performed in Andalusia during 2014. The adaptation process was divided into 4 stages: translation, back-translation, equivalence between the 2 back-translations and piloting of the Spanish version, thus obtaining the final version. The validity of appearance, content validity and the time required to complete the scale were taken into account. For analysis, the median, central tendency and dispersion of scores, the interquartile range, and the interquartile deviation for the possible variability in responses it was calculated.

Results: Content validity measured by content validity index reached a profit of 1. For the validity aspect the clarity and comprehensibility of the questions were taken into account. Of the 5 questions of the instrument, 2

had a small disagreement solved with the introduction of an explanatory phrase to achieve conceptual equivalence. Median both questions were equal or superior to 5. The average time for completion of the scale was less than 3 minutes.

Conclusion: The process of adaptation to Spanish of STRATIFY has led to a semantic version and culturally equivalent to the original for easy filling and understanding for use in the Spanish-speaking world.

Enfermería clínica. -- 2017 (Mar-Apr), v. 27, n. 2, p. 101-105

1. Seguridad del paciente 2. Accidentes por caídas 3. Comparación transcultural 4. Medición de riesgo
5. Patient safety 6. Accidental falls 7. Cross-cultural comparison 8. Risk assessment

6

Anticoagulantes directos y Enfermería [Recurso electrónico]: un abordaje desde la seguridad clínica = Direct anticoagulants and nursing: an approach from patient's safety / Adolfo Romero Ruiz, Adolfo Romero-Arana y Juan Gómez-Salgado

Este artículo se encuentra disponible en su edición electrónica. Los datos para su acceso electrónico están accesibles a través del enlace al título de la publicación.

Bibliografía: p.111: 34 refs.

Resumen: En los últimos años ha aparecido una nueva línea de tratamiento para la prevención del ictus en la fibrilación auricular no valvular, los denominados anticoagulantes directos o nuevos anticoagulantes. El adecuado manejo y seguimiento de estos pacientes resulta imprescindible para minimizar sus efectos secundarios y garantizar la seguridad del paciente. En este artículo, se ofrece una descripción de estos fármacos, analizando sus características, funcionamiento e interacciones junto con las intervenciones enfermeras más habituales, así como una reflexión sobre las implicaciones para la práctica.

Abstract: In recent years, a new line of treatment for the prevention of stroke in non-valvular atrial fibrillation, the so-called direct anticoagulants or new anticoagulants has appeared. The proper management and follow-up of these patients is essential to minimize their side effects and ensure patient safety. In this article, a description of these drugs is given, analyzing their characteristics, functioning and interactions together with the most habitual nursing interventions, as well as a reflection on the implications for the practice.

Enfermería clínica. -- 2017 (Mar-Apr), v. 27, n. 2, p. 106-112

1. Fibrilación auricular 2. Anticoagulantes 3. Enfermeras 4. Seguridad clínica 5. Non valvular atrial fibrillation
6. Anticoagulants 7. Nurses 8. Patient safety

7

Seguridad y calidad en la atención al paciente crítico [Recurso electrónico] = Safety and quality in critical patient care / María Isabel González-Méndez y Luís López-Rodríguez

Este artículo se encuentra disponible en su edición electrónica. Los datos para su acceso electrónico están accesibles a través del enlace al título de la publicación.

Bibliografía: p.117: 34 refs.

Resumen: La calidad asistencial ha ido situándose paulatinamente en el centro angular del sistema sanitario, alcanzando en los últimos años un mayor protagonismo la seguridad del paciente como una de las dimensiones clave de la calidad. La monitorización, medición y mejora de la seguridad y la calidad de la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos representan un gran desafío para la comunidad de los cuidados críticos. Las intervenciones sanitarias conllevan un riesgo de que acontezcan eventos o acontecimientos adversos que pueden ocasionar en los pacientes lesiones, discapacidades e incluso la muerte. En las Unidades de Cuidados Intensivos, la gravedad del paciente crítico, las barreras de comunicación, la realización de un número elevado de actividades por paciente y día, la práctica de procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos, y la

cantidad y complejidad de la información recibida, entre otros, convierten a estas unidades en áreas de riesgo para la aparición de acontecimientos adversos. En el presente artículo se abordan algunas de las estrategias e intervenciones propuestas y testadas internacionalmente para optimizar los cuidados en los pacientes críticos y mejorar la cultura de seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Abstract: The care quality has gradually been placed in the center of the health system, reaching the patient safety a greater role as one of the key dimensions of quality in recent years. The monitoring, measurement and improvement of safety and quality of care in the Intensive Care Unit represent a great challenge for the critical care community. Health interventions carry a risk of adverse events or events that can cause injury, disability and even death in patients. In Intensive Care Unit, the severity of the critical patient, communication barriers, a high number of activities per patient per day, the practice of diagnostic procedures and invasive treatments, and the quantity and complexity of the information received, among others, put at risk these units as areas for the occurrence of adverse events. This article presents some of the strategies and interventions proposed and tested internationally to optimize the care of critical patients and improve the safety culture in the Intensive Care Unit.

Enfermería clínica. -- 2017 (Mar-Apr), v. 27, n. 2, p. 113-117

1. Seguridad 2. Calidad 3. Cuidados intensivos 4. Safety 5. Quality 6. Intensive care

8

Continuidad asistencial desde atención primaria en un plan de cuidados interniveles para un caso de trasplante hepático pediátrico [Recurso electrónico] = Assistance continuity from primary care in an inter-level nursing plan for a case of pediatric liver transplant / Victoria Valls-Ibáñez... [et al.]

Este artículo se encuentra disponible en su edición electrónica. Los datos para su acceso electrónico están accesibles a través del enlace al título de la publicación.

Bibliografía: p.118-124: 9 refs.

Resumen: España es uno de los países donde más trasplantes de órgano sólido se realizan al año, de los cuales, según datos del 2014, un 2,7% se dan en la edad pediátrica. Dada la complejidad y la gravedad de la patología es necesario establecer un plan de cuidados que abarque tanto el pretrasplante como el postrasplante, con una estrecha colaboración entre los diferentes niveles asistenciales para abordar los variados problemas que se presentan y así asegurar la continuidad asistencial. En el siguiente caso, una adolescente de origen gambiano en riesgo de exclusión social hizo que la colaboración entre la enfermera de asistencia primaria y la enfermera de trasplante de órgano sólido fuera clave para dar continuidad a los cuidados. Se utilizaron múltiples estrategias en el plan de cuidados para garantizar una mejor adherencia y cumplimiento terapéutico. A pesar de ello, se ha de profundizar en el conocimiento de la cultura de origen para establecer planes de cuidados más individualizados y mejorar así los resultados. El plan de cuidados incluyó problemas formulados de acuerdo con la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

Abstract: Spain is one of the countries where most solid organ transplants are performed each year, in the year 2014 a 2.7% of them were given in childhood. Given the complexity and severity of this disease it is necessary to establish a care plan that covers both pre-transplant and post-transplant, with close cooperation between different levels of care, to approach the several problems that can appear and assure continuum of care. In the following example, a Gambian teen with risk of social exclusion fostered a collaboration between the primary care nurse and transplant nurse that was the key to continuum care.

Multiple strategies were used in the care plan to ensure better adherence and compliance of the treatment. However, the knowledge of the culture of origin must be deepened to establish more individualized care plans and thus improve results. The care plan included problems according to the NANDA, NOC, NIC taxonomy.

Enfermería clínica. -- 2017 (Mar-Apr), v. 27, n. 2, p. 118-124

1. Atención de enfermería 2. Continuidad de la atención al paciente 3. Trasplante hepático 4. Pediatría 5. Patient care planning 6. Continuity of patient care 7. Liver transplantation 8. Pediatrics

9

Prevención y cuidados de enfermería en el primer caso de enfermedad del virus Ébola adquirida fuera de África [Recurso electrónico] = Prevention and nursing care in the first case of Ebola virus disease contracted outside Africa / Alicia Cerón-Serrano, Rafael Jiménez-Castellano y Ana María Gómez-Campos

Este artículo se encuentra disponible en su edición electrónica. Los datos para su acceso electrónico están accesibles a través del enlace al título de la publicación.

Bibliografía: p.131: 7 refs.

Resumen: Tras la evacuación de varios trabajadores internacionales con enfermedad del virus Ébola a centros de Occidente se produjo en Madrid, España, el primer caso de contagio fuera de África. Se trató de una Técnica de Cuidados Auxiliares de Enfermería que había atendido a un misionero repatriado desde Sierra Leona. El 7 de octubre de 2014 la paciente llegó a las instalaciones del Hospital Universitario La Paz-Carlos III de la Comunidad de Madrid. Permaneció ingresada 30 días, 25 en aislamiento estricto en una habitación con presión negativa y con esclusa para la retirada del equipo de protección individual. Los 5 últimos días fue trasladada a una habitación estándar. Se utilizaron las medidas de protección conforme a las indicaciones del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Universitario La Paz-Carlos III. Acorde a su evolución diferenciamos tres fases con demandas específicas de cuidados que estuvieron condicionados por el riesgo de transmisión, lo que obligó a extremar las medidas de prevención. El perfil profesional sobre el que recayó el mayor número de intervenciones directas fue el de enfermería. Es fundamental que se creen unidades especializadas para enfermedades altamente contagiosas con entrenamiento y formación periódicos además de analizar desde el punto de vista enfermero este y otros casos que permitan estandarizar la atención. También consideramos primordial el manejo de la comunicación para prevenir la alarma social y la estigmatización del personal.

Abstract: After the evacuation from Africa to Western hospitals of several international workers with the Ebola virus disease, the first case of contagion outside Africa occurred in Madrid, Spain. A nursing care assistant who had attended a missionary repatriated from Sierra Leone contracted the disease. On October 7th 2014, the patient arrived at the University Hospital La Paz-Carlos III in Madrid. She remained in the hospital for 30 days, 25 of which were in strict isolation in a negative pressure room with air lock anteroom; personal protective equipment was required. During the last five days, the patient was moved to a standard room. Protection measures were used in accordance with the Hospital Occupational Health Department. According to its evolution, we differentiate three phases with specific care demands which were conditioned by the risk of transmission, forcing extreme measures of prevention. The largest numbers of direct interventions fall within the realm of the nursing profession. It is essential that specialized units with regular training be created for highly contagious diseases. In addition, this and other cases should be analyzed from the point of view of nursing, to allow standardized care. We also recognize the importance of managing communication to prevent social unrest and stigmatization of staff.

Enfermería clínica. -- 2017 (Mar-Apr), v. 27, n. 2, p. 125-131

1. Virus del Ébola 2. Cuidados de enfermería 3. Control de infecciones 4. Equipo de protección personal 5. Ebola virus 6. Nursing care 7. Infection control 8. Personal protective equipment

10

Viabilidad de una intervención basada en la web y en la telefonía móvil para apoyar el autocuidado en pacientes ambulatorios con dolor por cáncer [Recurso electrónico] = Feasibility of a web- and phone-based intervention to support self-care of patients with cancer pain in outpatient settings / Esteban Pérez-García

Este artículo se encuentra disponible en su edición electrónica. Los datos para su acceso electrónico están accesibles a través del enlace al título de la publicación.

Bibliografía: p.134: 7 refs.

Objetivo: El dolor por cáncer es un síntoma frecuente y angustiante. Se desarrolló una intervención multicomponente para mejorar el autocuidado en pacientes ambulatorios, integrando dicho autocuidado y la

atención profesional a través de tecnología sanitaria. Este artículo describe la viabilidad de la intervención en la práctica cotidiana.

Método: Pacientes con dolor, de moderado a severo, por cáncer (n = 11) y enfermeras especializadas en dolor y cuidados paliativos (n = 3) participaron en un estudio de cuatro semanas. La intervención consistió en la supervisión diaria, información gráfica, educación y asesoramiento por medio de una aplicación móvil para pacientes y una aplicación web para las enfermeras. Los pacientes evaluaron la capacidad de aprendizaje, facilidad de uso y conveniencia con un cuestionario de 20 preguntas (escala de 1 a 5), las puntuaciones más altas indican una mejor viabilidad. La adhesión de los pacientes se basó en las tasas de finalización de los registros en el servidor. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a los pacientes y mediante la técnica de grupo focal con las enfermeras que proporcionaron conocimientos sobre la experiencia.

Resultados: Las conclusiones del estudio, según los datos obtenidos del cuestionario, confirmaron la capacidad de aprendizaje (4,8), las posibilidades de uso (4,8) y la conveniencia (4,6) de la aplicación móvil para los pacientes. El promedio de las tasas de finalización fue del 76,8% para el control del dolor, del 50,4% respecto a la monitorización de la medicación y del 100% para las sesiones educativas. Las entrevistas revelaron que los pacientes estaban satisfechos con la simplicidad de la aplicación móvil y apreciaban los diferentes componentes. Las enfermeras estaban de acuerdo con el valor añadido y, en su mayoría, valoraron positivamente las posibilidades de la aplicación web. Los pacientes y las enfermeras aportaron ideas para introducir mejoras en relación con el contenido y el rendimiento técnico de la intervención.

Conclusiones: Los resultados de este estudio demuestran la factibilidad de la intervención en la práctica cotidiana. Siempre y cuando se realicen ajustes técnicos y relacionados con el contenido, la intervención permite a los pacientes con dolor por cáncer la práctica de la autogestión de sus cuidados y a las enfermeras brindar asistencia remota a estos pacientes.

Enfermería clínica. -- 2017 (Mar-Apr), v. 27, n. 2, p. 132-134