

internación de parto y postparto con adecuación cultural, internación de tránsito, atención odontológica y cuenta con laboratorio básico.

- Centro de salud ambulatorio: es el establecimiento de salud, con frecuencia ubicado en área urbana, con una población aproximada de 10.000 a 20.000 habitantes. El equipo de salud proporciona atención integral, ambulatoria e internación de tránsito a personas, familias y comunidades, con pleno desarrollo de la gestión participativa y control social en salud. Sus funciones están orientadas a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y rehabilitación. Se encuentra articulado y complementado con la medicina tradicional (médicos tradicionales, parteras, etc.) y con establecimientos de mayor capacidad resolutive de su Red Funcional.
- Centro de salud con internación: con frecuencia está ubicado en zona rural, con una población aproximada de 1.000 a 10.000 habitantes. El equipo de salud proporciona atención intercultural integral, ambulatoria e internación de tránsito a personas, familias y comunidades, con pleno desarrollo de la gestión participativa y control social en salud. Sus funciones están orientadas a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y rehabilitación. Se encuentra articulado y complementado con la medicina tradicional y con establecimientos de mayor capacidad resolutive de su Red Funcional.
- Centros de salud integral: es el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive, ubicado en la cabecera de municipio, es el eje principal de la Red, tiene una población según la ubicación geográfica; en área rural, de 10.000 a 30.000 habitantes y, en área urbana, de 20.000 a 50.000. Brinda atención integral de salud las 24 horas del día, presenta un equipo de salud que proporciona consulta ambulatoria médica, odontológica y atención al parto normal biomédico y con adecuación cultural para el parto ancestral, así como internación eventual, transitoria de observación no quirúrgica, con carácter resolutive o para estabilización y referencia. Dependiendo de sus prestaciones e infraestructuras, cuenta con personal, gabinetes o servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento.

Segundo nivel

Se constituye como la instancia de referencia de los establecimientos de primer nivel de atención en el ámbito de su Red Funcional de Servicios de Salud, de mayor capacidad resolutive. Así, ofrece servicios de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría, Anestesiología y otras especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico local. Cuenta con unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento, recursos humanos, equipamientos, medicamentos, insumos, estructura física, medios de transporte y comunicación, que le permite prestar servicios de manera ininterrumpida las 24 horas del día durante los 365 días del año. Aplica la atención integral intercultural y la gestión participativa y control social en salud, ejerce funciones de docencia asistencial e investigación, se articula con el primer y tercer nivel, y la medicina tradicional, mediante el

componente de referencia y contrarreferencia. Dicho componente corresponde al conjunto de mecanismos mediante los cuales se articulan y complementan los establecimientos del Sistema Único de Salud garantizando el acceso al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive en caso que el usuario requiera tratamiento, o para que se le realice exámenes complementarios de diagnóstico o atención en estado crítico (urgencia o emergencia). Una vez resuelto el problema de salud del usuario, garantiza que este sea contrareferido a su establecimiento de origen para su seguimiento y control posterior¹⁴.

Tercer nivel

Es el nivel con mayor capacidad resolutive de la Red Funcional de Servicios. Al igual que los establecimientos de segundo nivel, cumple unas características que le permiten prestar servicios de manera ininterrumpida las 24 horas del día, durante los 365 días del año. También aplica la atención integral intercultural y la gestión participativa y control social en salud. Se articula con el primer nivel (en casos de emergencia), con el segundo nivel, y la medicina tradicional, mediante el componente de referencia y contrarreferencia, mencionado anteriormente.

Aunque el Centro para el que se elaboran los protocolos correspondientes al presente trabajo ofrece servicios propios de una entidad de segundo nivel (por ejemplo, dispone de laboratorio y quirófano), se trata, en realidad de un centro de primer nivel, ya que no cuenta con personal suficiente ni con todas las especialidades médicas (por ejemplo, Pediatría), como para ser considerado de segundo nivel.

4.2.3. Descripción de Anzaldo y del Centro Médico Quirúrgico Fundación Pietro Gamba

Anzaldo

El Centro de referencia para el trabajo realizado, está ubicado en Anzaldo, un pueblo situado en una zona rural del centro de Bolivia, en la provincia de Esteban Arze, departamento de Cochabamba.

Alrededor de 9.000 personas viven en este municipio, de los cuales, un 48,8% son hombres, y un 51% mujeres¹⁵.

Como en el resto del país, la mayor parte se dedica a la agricultura y a la ganadería (un 34% de la población en 2007)⁷.

El municipio está situado en una zona montañosa con altitudes variables, en concreto la altitud a la que se encuentra el pueblo es de 3.040 metros.

Anzaldo se localiza a 62 km de distancia de Cochabamba, la capital del departamento. Un tramo del recorrido corresponde a carretera asfaltada, pero otra parte consiste en carretera municipal, en peores condiciones, lo que hace que se tarde alrededor de 1 hora y 20 minutos en coche, en recorrer esta distancia. Está bien comunicado con el resto de

poblaciones y comunidades cercanas por medio de carreteras municipales sin asfaltar.

El pueblo cuenta con dos hospitales: un centro público y la fundación de gestión privada, para la que se elaboran los protocolos. A ésta acude gente no solo del pueblo y la comarca, sino de todo el país.

Centro Médico Quirúrgico Fundación Pietro Gamba

Atendiendo a la clasificación por sectores de la sanidad en Bolivia, el CMQFPG es un centro de gestión privada vinculado a una fundación sin ánimo de lucro.

Su financiación se realiza de dos formas. Por una parte, mediante donativos, principalmente provenientes de Italia, país natal del fundador del mismo. Y por otra, a través del pago directo de los pacientes. En ocasiones, si el paciente no dispone de suficientes recursos económicos y no puede costearse la atención, realiza una aportación en especies.

El hospital presenta las siguientes instalaciones: tres consultorios médicos, un laboratorio, una sala de extracciones, una farmacia, una sala de oftalmología, una sala de Papanicolau, diez camas de hospitalización (dos habitaciones individuales, una habitación de cuatro camas para hombres y otra de cuatro camas para mujeres), un quirófano, una sala de despertar con capacidad para dos pacientes, una sala de esterilización, una sala de rayos X, una sala de partos, una sala de neonatología y una sala de emergencias.

El equipo sanitario se compone de:

- Tres médicos: un anestesista, un cirujano general y un médico de familia. Sus funciones son muy similares (atención de los pacientes en los consultorios y en emergencias), excepto en quirófano, donde el cirujano y anestesista realizan funciones propias de su especialidad y el médico de familia ejerce de ayudante del cirujano.
- Dos licenciadas en enfermería
- Dos técnicas de enfermería
- Dos bioquímicas

El hospital se encuentra acreditado como centro docente, y, por tanto, recibe estudiantes de Medicina, Enfermería y Bioquímica de universidades de Cochabamba durante el curso escolar, y estudiantes de Enfermería de la UPNA durante tres meses en verano.

4.2.4. Actuación ante las emergencias en el hospital

El Centro presta atención sanitaria de forma continuada.

La sala de emergencias es una sala única con acceso directo al exterior, y está comunicada también con la sala de despertar y con el pasillo de internación.



Figura 4. Sala de emergencias del CMQFP. Fuente propia.

La atención del servicio de emergencia está organizada según se expone a continuación.

Los días laborables, en horario de ocho de la mañana a cinco de la tarde, el centro está atendido por todos los trabajadores del hospital, por lo que la atención ante una emergencia se lleva a cabo de manera rápida y en equipo.

La distribución de las guardias (de cinco de la tarde a ocho de la mañana del día siguiente) se hace de manera equitativa entre enfermeras y técnicas de enfermería. Su función es el cuidado de los pacientes internados y la recepción de las emergencias. En este horario, uno de los médicos se encuentra de guardia no presencial, acudiendo al centro en caso de emergencia. Así mismo, el resto del equipo podría acudir si fuera necesario, dada la proximidad de sus domicilios.

Durante los fines de semana el hospital es atendido por un médico, una enfermera o técnica de enfermería y una bioquímica.

Habitualmente, es el personal de enfermería el que se encarga, en un primer momento, de la atención en urgencias. Por ello, es importante la existencia de protocolos de enfermería de emergencias, por un lado, para que se siga siempre la misma forma de actuar, y por otro, para que cuando una única persona se encuentre presente en el Centro para la atención al paciente, conozca la secuencia de pasos a realizar, hasta la llegada del resto del equipo. Otra razón, para justificar su necesidad, es la presencia casi permanente en el Centro de estudiantes de Medicina y Enfermería de universidades bolivianas, y de voluntarios durante algunos meses. El acceso a estos documentos facilitaría su adaptación y eficacia en estas situaciones.

5. PROTOCOLIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ENFERMEROS EN URGENCIAS: IMPORTANCIA

En el ámbito sanitario, urgencias y emergencias constituyen situaciones especiales, en las que se percibe la inminencia de peligro y la necesidad de atención inmediata.

Aunque, como se ha comentado anteriormente, existen matices que diferencian una urgencia de una emergencia, en el CMQFPG se usaban indistintamente los dos términos, aunque se empleaba más la palabra “emergencia”. De hecho, al acceso al hospital se le denominaba “puerta de emergencias”.

Una característica de la intervención en urgencias consiste en la actuación rápida y organizada del equipo sanitario, a fin de que el paciente reciba la mejor atención posible. Para lograr este objetivo, como se verá a continuación, es de gran ayuda el uso de protocolos en las unidades de urgencias.

Al hablar de *protocolos* nos referimos al “conjunto de acciones que deben realizarse ante situaciones determinadas, con el fin de normalizar la actuación de las personas que las ejecutan”², en este caso, el equipo de trabajadores del Servicio de Urgencias.

Son varios los motivos que justifican la conveniencia de trabajar con protocolos. De todos ellos, el principal es el beneficio que repercute al paciente, ya que puede verse mejorada su esperanza y calidad de vida si existe un sistema que asegure su rápida atención, lo derive al centro más adecuado para atender su proceso agudo y le proporcione el tratamiento oportuno¹.

Independientemente del servicio o la especialidad clínica, la disponibilidad de protocolos, como guía de actuación, supone un beneficio para el paciente, como demuestran varios estudios.

Así, el estudio de Bonillo¹⁶, sobre el uso de antibióticos y la influencia del tratamiento antibiótico protocolizado en la evolución de los pacientes con infecciones, revela que uno de los factores asociados a peor evolución del paciente es el tratamiento empírico no adecuado ni ajustado a protocolo, junto con la duración inadecuada del tratamiento, el uso inapropiado del antibiótico o la duración de estancia hospitalaria.

También, entre las conclusiones del trabajo de Barroso¹⁷ publicado en 2006, sobre la protocolización de cuidados de enfermería en pacientes sometidos a neurorradiología intervencionista en URPA, se encuentra la mejora de la calidad de los cuidados y el aumento en la seguridad durante el postoperatorio.

En otro estudio, realizado por Esteve et al¹⁸, para evaluar el impacto de una trayectoria clínica sobre la atención a pacientes con ictus isquémico, se constató una reducción del 36,5% en el tiempo transcurrido desde el ingreso en planta hasta el comienzo de la movilización del paciente.

Este último dato, aplicado a las urgencias, presenta claros beneficios, pues, en este servicio, además de la seguridad y la mejora en la calidad de los cuidados que aportan los protocolos, es de vital importancia la agilidad y rapidez a la hora de trabajar.

Precisamente por la necesidad de dar respuestas rápidas y realizar intervenciones con escaso margen de tiempo, existe un riesgo potencial de saltarse pasos. La atención

sanitaria se caracteriza por ser un trabajo en equipo, de manera que pocas veces se trabaja completamente solo. Este hecho, que es considerado un beneficio, en situaciones de emergencia podría convertirse en un perjuicio si no existe buena comunicación entre miembros del equipo y se da por hecho que otra persona se encargará de realizar una etapa concreta del procedimiento, cuando ella desconoce esa responsabilidad.

Para minimizar el riesgo de cometer estos errores, el desarrollo de un plan de respuesta a las emergencias más comunes en la unidad ayudaría a que ningún paso fuera repetido u omitido, y a que se lograsen mejores resultados de salud¹⁹.

Aunque el principal beneficio del trabajo guiado por protocolos, para el paciente, consiste en la mejora de la calidad de los cuidados prestados y el incremento en su esperanza de vida, no es el único.

Otro aspecto favorable, para él, corresponde a la homogeneidad en el trato. En todos los centros, el personal de enfermería trabaja por turnos, de forma que el paciente es atendido de manera continua. Esto implica la participación de un gran número de trabajadores y, por tanto, formas diferentes de llevar a cabo los procedimientos. Así, el uso de protocolos es una manera de garantizar un trato homogéneo al paciente sea cuál sea el profesional que le atienda³.

Pero la introducción de protocolos, en un servicio, no sólo presenta ventajas para los pacientes, sino que también tiene repercusión para los profesionales. Por una parte, para los trabajadores de reciente incorporación al servicio, ya que les ayuda en su adaptación y en la adquisición de nuevos conocimientos y de formas de actuar en el centro. Y, por otra, para los profesionales más expertos. Éstos se verían beneficiados fundamentalmente con relación a procesos concretos, menos frecuentes o más novedosos².

Para hacerse idea de la importancia de la existencia de protocolos en urgencias, basta con fijarse en una de las principales líneas de trabajo de la sección de Enfermería de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)²⁰: “el desarrollo de una Guía de Práctica Clínica en Enfermería de Urgencias y Emergencias, con criterios basados en la mayor evidencia científica disponible”.

Asimismo, cabría mencionar el apartado relativo a la Seguridad del paciente del documento *Unidad de Urgencias Hospitalarias, estándares y recomendaciones*¹, del Ministerio de Sanidad y Política Social, que señala: “La Unidad de Urgencias Hospitalarias debe disponer de protocolos actualizados de tratamiento y/o guías de uso de medicamentos, basados en la evidencia, sobre las principales enfermedades tratadas en la unidad.”

Entre los requisitos que, de acuerdo a este documento debe cumplir una unidad de urgencias hospitalarias, se encuentra “la protocolización de la actividad médica y de enfermería de los procesos y procedimientos más frecuentemente atendidos y realizados en la unidad, y la protocolización del funcionamiento del equipo en la resucitación cardiopulmonar.¹”

Como ya se ha expuesto, una de las razones que justifican la conveniencia de trabajar con protocolos es evitar la variabilidad en los procedimientos para conseguir, así, que todos

los pacientes reciban un trato homogéneo.

Al revisar la bibliografía acerca de este tema, son más numerosos los estudios encontrados sobre el interés de la existencia de protocolos, guías clínicas y vías clínicas para homogeneizar la práctica, que estudios que se centren en la existencia de dicha variabilidad, su magnitud y relevancia en la práctica enfermera⁴.

Las variaciones en la práctica asistencial pueden observarse desde un punto de vista poblacional o individual. En este caso, para analizar las ventajas de trabajar con protocolos, nos interesa el enfoque individual, que parte de pacientes con situaciones clínicas similares para observar la variabilidad en la atención prestada⁴.

Entre los motivos que explican las variaciones en la práctica clínica, se encuentran los expuestos a continuación.

Por un lado, la incertidumbre. La falta de evidencia científica sobre los resultados de distintas alternativas de los procedimientos, ante una situación concreta, hace que cada profesional se incline hacia maneras diferentes de hacer las cosas.

Y por otra parte, la falta de conocimiento del profesional. Es decir, a pesar de la existencia de evidencia científica sobre la efectividad de los procedimientos, el personal sanitario puede no tener constancia de la misma.

Por ello, ya sea por no existir o por no conocer esta evidencia, las acciones individuales pueden variar mucho, afectando al paciente como principal perjudicado, pues se obtienen resultados de salud distintos ante pacientes o situaciones similares⁴.

La enfermería basada en la evidencia puede aportar una notable reducción de la variabilidad en la práctica. A pesar de las ventajas de aplicar sus directrices, de acuerdo a lo que señalan Fernández de Maya et al⁴, las enfermeras conocen y utilizan poco, en la práctica, los hallazgos de la investigación. Así, en el trabajo diario encontramos que muchos procedimientos realizados frecuentemente en los centros hospitalarios no se sustentan en ninguna evidencia científica sino, más bien, en la costumbre o la tradición del servicio.

Intentando encontrar una respuesta a la pregunta de por qué existe variabilidad, Marión et al²¹ y Rengel et al²² aluden a estas tres teorías al respecto:

- Una de ellas concede mayor importancia a los factores que influyen en la demanda de atención.

Esta teoría sostiene, por un lado, que las diferencias en morbilidad explican buena parte de las variaciones en la práctica asistencial. Además, defiende que las variables de la demanda –nivel socioeconómico del paciente, estudios, grupo étnico y otras– son importantes como fuente de variabilidad. Y por último, que la decisión del paciente de buscar tratamiento (influida por sus condiciones de morbilidad, sociodemográficas y culturales) es la principal causa de las variaciones.

- La segunda se centra en la incertidumbre sobre la efectividad de los procedimientos y estilos de práctica sanitaria.

Si se explica la variabilidad basándose en esta teoría, el motivo sería la falta de acuerdo entre los clínicos sobre el valor de un procedimiento, debido a la incertidumbre que suscita la utilidad del mismo.

- La última incide en la prevalencia de médicos entusiastas de un procedimiento.

Esta teoría sostiene que tanto en las áreas de alta como en las de baja utilización de un determinado procedimiento, las tasas de uso inapropiado de este son iguales.

La diferencia se encuentra en el motivo de la existencia de estas variaciones. Mientras que, "en las áreas de alta utilización, los responsables de las variaciones serían unos pocos clínicos entusiastas de dicho procedimiento, en las de baja utilización, la causa sería la existencia de pacientes no intervenidos con dicho procedimiento"²¹.

Siempre que las variaciones no se traduzcan en un daño para el paciente, no constituirían un problema por ellas mismas. Sin embargo, como afirman Rengel et al²², pueden ser manifestación de otros problemas como incertidumbre, desconocimiento de las técnicas o desorganización.

Si se producen variaciones a la hora de llevar a cabo un procedimiento para el que existe evidencia científica sobre su efectividad e indicaciones, estas sólo podrían deberse a diferencias en la demanda (morbilidad y preferencias de los pacientes) o a desconocimiento de los profesionales sanitarios²².

En caso de que la heterogeneidad en la práctica se asociara a diferencia en la demanda, no sería necesario tratar de reducirlas.

Pero si esta no fuera la causa, sería preciso trabajar para que los profesionales sanitarios dispusieran de la información necesaria de forma comprensible y rápida. Para lograrlo, sería útil la implementación de guías clínicas, protocolos, formación continuada, sesiones de discusión e información a través de medios de comunicación, entre otras²¹.

A pesar de la clara importancia atribuida a los protocolos, no se debería olvidar que cada paciente es diferente y que, por tanto, genera una demanda también distinta²². Por ello, y porque las ciencias sanitarias se desarrollan en el seno de una relación humana, cierta variabilidad estaría justificada a pesar de la introducción de protocolos, guías y otras herramientas clínicas. Este sería un posible motivo de variabilidad cuando existe evidencia científica²³.

Como indican Rengel et al²² en caso de que no exista evidencia o de que haya cierto grado de incertidumbre, no se plantearía como objetivo reducir totalmente las variaciones en los procedimientos. Según señalan, en estas situaciones, serían legítimas las variaciones debidas a elecciones del personal, según su experiencia y práctica habitual, así como las debidas a las preferencias de los pacientes²².

Se debe tener en cuenta que existen servicios con características que favorecen la aparición de variaciones en la práctica asistencial, como por ejemplo el Servicio de Urgencias. Ante la variedad de posibles soluciones a la situación clínica de un paciente, el profesional sanitario puede optar por distintas posibilidades resolutorias²².

En este servicio, los protocolos de enfermería se considerarían como guía de actuación, permitiendo cierto grado de flexibilidad².

Por otro lado, la existencia de variaciones importantes en la práctica clínica también se ha relacionado con pérdidas de eficacia (no se consiguen los resultados esperados), o de eficiencia (se consiguen los resultados esperados, pero con costes más elevados que otros

procedimientos alternativos) como consecuencia de la utilización innecesaria de una elevada proporción de recursos. No obstante, también preocupa la posibilidad de la utilización inapropiada por defecto, esto es, que parte de los pacientes no reciban cuidados que mejorarían sus resultados clínicos. La identificación de estas variaciones permitiría detectar áreas de mejora en la atención a los pacientes, como sugieren Rubio et al²³ y Sobrequés et al²⁴.

Un aspecto que se relaciona directamente con la variabilidad es el denominado “estilo de práctica”. Este concepto se entiende como “las diferentes opiniones de los facultativos sobre las ventajas e inconvenientes de las distintas opciones terapéuticas o diagnósticas para una patología dada. Así, ante una determinada circunstancia clínica, no todos los médicos actuarían igual, y estas actitudes se mantendrían de forma sistemática”²³.

El término “estilo propio” se ha asociado a la práctica médica, pero probablemente podría atribuirse, también, a la atención de enfermería en determinadas circunstancias.

Actuar siguiendo un estilo de práctica propio puede condicionar que las intervenciones no se ajusten a las recomendaciones de las guías clínicas y protocolos. E, incluso, que se realicen procedimientos sin considerar la evidencia científica o que se encubra una práctica clínica mediocre²³.

Una vez comentada la importancia de disponer de protocolos de urgencias como guía de atención de enfermería, en general, y de enfermería de urgencias, en particular, nos centraremos en el Servicio de Urgencias del Centro Médico Quirúrgico Fundación Pietro Gamba.

Así, los principales motivos que aconsejarían la utilización de protocolos en dicho centro, incluyen²:

- Como en cualquier otro hospital, enfermería trabaja por turnos por lo que la enfermera que atiende las urgencias no siempre es la misma. Sin embargo, ante una misma situación se deben seguir los mismos pasos principales, algo que podría conseguirse ajustándose a los procedimientos descritos en la guía de protocolos.
- En la unidad, prestan servicios técnicas y licenciadas de enfermería, realizando las mismas funciones. Sin embargo, han recibido formación de diferente nivel. Podría, pues, darse el caso de que las primeras tuvieran dificultades para abordar situaciones más complejas, debiendo esperar la llegada de profesionales más cualificados para iniciar los procedimientos. Los protocolos, en este caso, serían de mucha utilidad para resolver dudas.
- A lo largo del curso escolar, el centro recibe alumnos de Medicina, Enfermería y Bioquímica de universidades estatales, durante períodos aproximados de uno o dos meses. Además, durante tres meses, con frecuencia anual, estudiantes de Enfermería de la UPNA participan en el programa de Cooperación al Desarrollo en el mismo. La disponibilidad de protocolos sería de mucha ayuda para estas personas de nueva incorporación.
- Por otro lado, pueden servir de respaldo legal para los profesionales del Centro.

6. ANÁLISIS DE LOS DATOS RECOGIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CMQFPG

Durante mi estancia en el hospital, obtuve los datos relativos a las consultas que atendió el personal del Centro en el período comprendido desde mayo de 2013 hasta agosto de 2014.

Estos se encuentran recogidos en el libro de registros de urgencias. Para acceder a él, conté con el permiso de la Jefa de Enfermería del hospital, de acuerdo a la normativa existente al respecto, y manteniendo siempre la confidencialidad y el anonimato de los pacientes.

La información recogida incluye: fecha, hora, sexo, edad, procedencia, motivo de consulta, tiempo de evolución, impresión diagnóstica y conducta de cada uno de los 154 casos que se presentaron en ese periodo de tiempo y cuyo registro se encontraba correctamente cumplimentado.

En caso de acudir por más de una causa, se priorizó el motivo de consulta principal o con más afectación para su salud, de modo que cada caso se corresponde con un paciente distinto.

La edad media de los pacientes que acudieron al servicio fue de 33,74 años, siendo el rango entre 2 meses y 85 años, sin contar tres casos en los que no constaban datos sobre la edad.

Estos tres casos no se han tenido en cuenta para la obtención de la frecuencia de consultas según tramos de edad, pero sí para el resto de cálculos.

En la tabla 1 se muestran los motivos de consulta en la población objeto de estudio.

Tabla 1. Distribución de motivos de consulta en la Unidad de Emergencias del CMQFPG

MOTIVO DE CONSULTA	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Heridas contuso-cortantes	43	28%
Dolor abdominal	36	23,4%
Fracturas	16	10,4%
Fiebre	11	7,1%
Dolor epigástrico	6	3,9%
Ataques de animales	5	3,3%
Causas psiquiátricas	4	2,6%
Intoxicación alcohólica	4	2,6%
Reacción alérgica	3	1,9%
Vómitos, diarreas	3	1,9%
Accidente cerebrovascular	3	1,9%
Sangrado transvaginal	3	1,9%
Infecciones urinarias	2	1,3%
Traumatismo craneoencefálico	1	0,7%
Otros motivos	14	9%
TOTAL	154	100%

Hombres y mujeres hicieron uso de las urgencias del hospital casi por igual (76 mujeres y 78 hombres), pero el motivo de consulta más frecuente varió de un sexo a otro. Entre los hombres, fueron las heridas ($31/78= 39,75\%$) y, entre las mujeres, el dolor abdominal ($24/76= 31,6\%$).

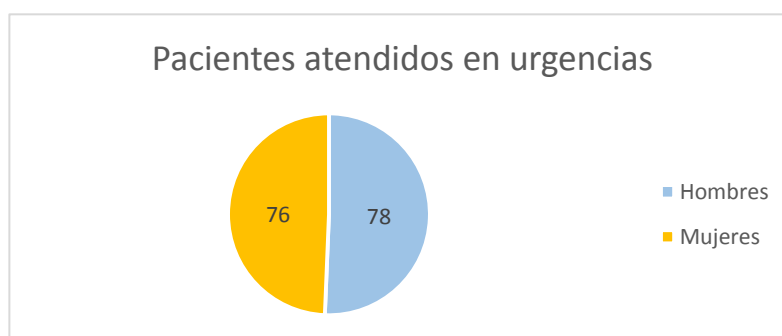


Figura 5. Distribución de pacientes atendidos en el servicio de urgencias del CMQFPG, en función del sexo. (N=154)



Figura 6. Distribución del motivo de consulta en varones(N=78)

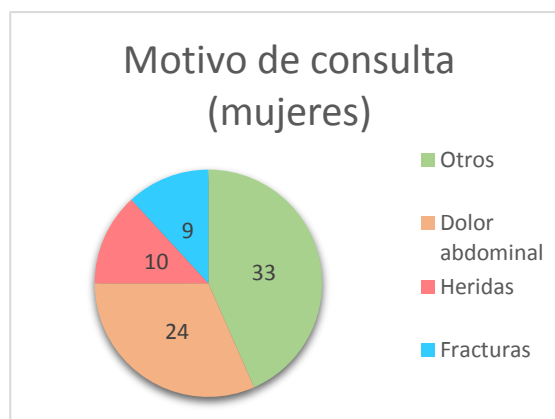


Figura 7. Distribución del motivo de consulta en mujeres (N=76)

En la tabla 2, puede apreciarse que el mayor porcentaje de consultas corresponde a jóvenes de 16 a 30 años, mientras que los pacientes de edad inferior a 46 años (71,5%) concentran la atención en urgencias.

Tabla 2. Distribución de pacientes atendidos en la Unidad de Emergencias del CMQFPG, según tramos de edad

*N= 151, no se han tenido en cuenta los tres casos sin datos sobre la edad.

INTERVALOS DE EDAD	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
0-15 años	30	19,9%
16-30 años	43	28,5%
31-45 años	35	23,1%
46-60 años	23	15,3%
61-75 años	13	8,6%
>75 años	7	4,6%
TOTAL	151*	100%

En cuanto a la distribución de motivos de consulta, en función de la edad, se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Frecuencia de motivos de consulta en la Unidad de Emergencias del CMQFPG, según tramos de edad

	0-15 años	16-30 años	31-45 años	46-60 años	61-75 años	>75 años	TOTAL
Heridas	12	11	13	3	2	1	42
Fracturas	4	2	2	3	2	1	14
Dolor abdominal	3	8	9	10	4	2	36
Fiebre	5	3	2	0	1	0	11
Intoxicación alcohólica	0	4	0	0	0	0	4

Puede observarse que las heridas constituyen el motivo de consulta más habitual en personas de edad inferior a 46 años.

Por otro lado, puede señalarse la frecuencia del dolor abdominal entre jóvenes y adultos, de manera que corresponde a la causa más frecuente de atención a partir de los 46 años.

Cabe destacar también, que las urgencias debidas a intoxicación alcohólica se concentran en los pacientes de entre 16 y 30 años. Y además, es una de las razones de consulta más frecuente entre los pacientes de estas edades.

El tiempo medio de evolución desde la aparición del accidente o percepción de los síntomas de enfermedad hasta la llegada a urgencias fue de 18,43 horas.

Para el cálculo del mismo, se han descartado los casos con una demora superior a 6 días, un total de 20 pacientes cuya evolución osciló entre 1 semana (7 pacientes) y 3 años (2 pacientes).

Los resultados obtenidos se consideraron en el enfoque de los protocolos a desarrollar en el presente trabajo.

Así mismo, se tuvo en cuenta los fundamentos reflejados en el *Manual de protocolos, normas y procedimientos de enfermería* del Hospital de Cruces², según el cual, a la hora de seleccionar los procedimientos a protocolizar, es conveniente evitar la atención preferente a procedimientos complejos y de utilidad muy específica y poco frecuente. Al contrario, es en los aspectos más cotidianos y frecuentes donde, por parecer fáciles o muy conocidos, existe más riesgo de cometer errores. Y serían, precisamente, aquellos que se beneficiarían en mayor medida de la implantación de protocolos.

En resumen, a partir del análisis de estos datos, se concluye que los protocolos más necesarios en el Servicio de Urgencias del CMQFPG, en función de la frecuencia de casos atendidos, son los siguientes:

- *Actuación de enfermería en la cura de heridas*
- *Actuación de enfermería en el dolor abdominal*
- *Actuación de enfermería en la inmovilización no quirúrgica de fractura de extremidades*

Además, por la importancia que tiene un correcto control de estos pacientes, también se redacta un protocolo de *actuación de enfermería ante un traumatismo craneoencefálico leve*.

Por último, se elabora una hoja de registro de urgencias para facilitar y unificar el método de recogida de datos.

7. ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS

La elaboración de todo protocolo debe estar sujeta a normas de calidad, y las recomendaciones que en ellos se establezcan, estar basadas en evidencia científica. Así mismo, deben contener información actualizada. De esta manera se conseguirán protocolos válidos, útiles y fiables.

Para lograr tales características, es importante seguir una correcta metodología en su desarrollo.

Una muestra de la importancia que tiene una adecuada preparación la encontramos al revisar el instrumento AGREE (herramienta diseñada para evaluar la calidad de las guías de práctica clínica), donde 7 de los 23 criterios que evalúa se centran en el rigor en la elaboración²⁵.

Las fases del proceso de protocolización²⁶ y su aplicación en el presente trabajo, se exponen a continuación:

- Fase de preparación

Tras el análisis de los datos registrados en el Servicio de Urgencias del hospital CMQFPG, se determinaron los problemas de salud que, con más frecuencia, fueron motivo de consulta en urgencias. Con relación a ellos, se seleccionaron los procedimientos a protocolizar.

- Fase de elaboración

Los protocolos se elaboraron siguiendo recomendaciones basadas en evidencia científica, y conociendo los recursos y realidad del CMQFPG. Para lograr continuidad, el formato elegido, en su presentación, fue el mismo que en los protocolos quirúrgicos ya existentes en el Centro.

- Fase de análisis crítico

A continuación, se sometieron a la revisión y aprobación de los profesionales del hospital al que van destinados y, por tanto, a quienes los llevarían a la práctica.

- Fase de difusión e implantación

Una vez revisados por dichos profesionales, y tras su valoración por la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPNA, se ha previsto su envío al hospital, por vía informática, para que puedan disponer de ellos, en formato electrónico e impreso.

- Fase de evaluación

Deberá ser reevaluado por los trabajadores del Centro siempre que lo consideren oportuno, o de forma periódica, nunca superando los tres años, para adaptarlo a las recomendaciones de las organizaciones médicas y enfermeras de urgencias, a los recursos disponibles en el Centro y a las variaciones de las características de los paciente que soliciten atención.

Así mismo, los estudiantes de Grado en Enfermería que acudan en siguientes ediciones del programa de Formación Solidaria podrán, también, participar en la

incorporación de las modificaciones necesarias para actualizar los protocolos y adaptarlos a nuevas necesidades.

El formato en el que se exponen los protocolos, en el presente trabajo, se ajusta a las recomendaciones para el Trabajo de Fin de Grado. Dicho formato será adaptado para su envío definitivo al hospital.

8. PROTOCOLO 1: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CURA DE HERIDAS

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CURA DE HERIDAS

DEFINICIÓN

“Se entiende por herida toda solución de continuidad de la piel o de las mucosas ocasionada por un agente traumático, ante la falta de absorción de la fuerza que la ha ocasionado.

La etiología es muy diversa, siendo la causa más frecuente la accidental: caída casual, accidentes de tránsito, laborales o deportivos. También pueden estar ocasionadas por agresiones (con arma blanca, de fuego) o mordeduras.

Los mecanismos que las han ocasionado nos pueden orientar sobre el estado de contusión de los tejidos y la existencia de cuerpos extraños.

Cuando el tejido que ha sido dañado no puede ser reparado de forma natural, debe hacerse manteniendo sus bordes unidos por medios mecánicos hasta que el tejido cicatrice, y sea capaz de resistir tensiones sin necesidad de dichos soportes²⁷.

OBJETIVOS

- Definir las intervenciones de la enfermera en la cura de heridas.
- Prevenir las posibles complicaciones.

PRECAUCIONES

- Revisar, en la hoja de registro de urgencias, los antecedentes médicos, alergias y otros datos que puedan ser de interés.
- Recoger información sobre las circunstancias en que se produjo la herida, el agente causante y el tiempo transcurrido.
- Si la herida fue causada por una mordedura de animal o con un objeto contaminado, derivar al centro de salud del Estado para seguir protocolo de vacunación antirrábica y antitetánica.

PERSONAL

- Licenciada en Enfermería
- Técnica de Enfermería

MATERIAL

- Equipo de curación:
 - Pinzas
 - Tijeras
 - Pinzas Kocher
- Paño fenestrado estéril
- Guantes estériles
- Guantes limpios
- Anestésico local: lidocaína
- Jeringa y aguja subcutánea
- Gasas y torundas
- Rasuradora
- Agua
- Riñonera/cubo
- Suero fisiológico
- Hilos sutura (2/0, 3/0, 4/0, 5/0, 6/0)
- Puntos de papel Steri-strip®
- Antiséptico: povidona
- Tela adhesiva

PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos con agua y jabón.
- Colocación de guantes no estériles para la limpieza de la herida.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Colocar al paciente en la camilla en una posición que facilite el acceso a la herida.
- Retirar la ropa que vaya a interferir en la limpieza o curación de la herida.
- Explicar al paciente la técnica que se va a realizar.

EJECUCIÓN TÉCNICA

- Colocar el foco de luz de manera que ilumine la zona de la herida.
- Realizar rasurado de la zona de la herida, si precisa.
- Realizar el lavado de la herida y de los tejidos adyacentes con agua y jabón a chorro.
- Pintar la herida con povidona ayudándose de gasas y torundas.
- Dejar la herida preparada para la curación o sutura, si precisa.
- Facilitar los guantes estériles y el paño fenestrado estéril al doctor.
- Cargar el anestésico en la jeringa.
- Facilitar la aguja, el hilo y el material del equipo de curación, si precisa.
- Facilitar al doctor torundas con povidona.
- Colaborar en la colocación de apósitos o vendajes.
- Ayudar al doctor en la valoración de la movilidad, si procede.

PUESTA EN ORDEN

- Desechar las agujas al contenedor de cortopunzantes.
- Desechar el resto de material no reutilizable.
- Lavar el material reutilizable y preparar los equipos para esterilizar.
- Reponer el material utilizado.

OBSERVACIONES

- Explicar al paciente el tratamiento antibiótico, si precisa.
- Recordar al paciente el día que deberá acudir de nuevo al hospital para el seguimiento de la herida y para la retirada de puntos.
- Informar acerca de los signos de alarma, si procede:
 - Dolor
 - Calor
 - Enrojecimiento
 - Supuración
 - Mal olor
 - Sangrado
- Informar acerca de las siguientes precauciones en el domicilio, si procede:
 - Mantener limpia la zona
 - No mojar la herida
 - Manipular lo menos posible el apósito

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

27. Complejo Hospitalario de Toledo. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 4ª edición. 2014. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=563012>
- Protocolo Cuidados al paciente con traumatismo en extremidades. Complejo Hospitalario de Navarra. Junio 2011.
 - Rubio García, P. Cura de heridas. Servicio de Urgencias. Hospital San Pedro-Logroño. Julio 2013.

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por	
María Lorente Redín	Licenciada Serafina Castellón	Dr. Pietro Gamba	Realizado en Abril- Mayo 2015
Cargo: estudiante de Enfermería UPNA	Cargo: Jefa de Enfermería CMQFPG	Cargo: Director CMQFPG	Vigente a partir de Junio de 2015

9. PROTOCOLO 2: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

DEFINICIÓN

“El dolor abdominal agudo representa una situación potencialmente grave para el enfermo, que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz, siendo en la mayoría de las ocasiones quirúrgico”²⁷.

OBJETIVOS

- Definir las intervenciones de la enfermera en urgencias ante situaciones de dolor abdominal agudo.
- Colaborar con el doctor en el tratamiento que se realice.

PRECAUCIONES

- Aunque los diagnósticos finales más frecuentes en los pacientes que acuden a urgencias por dolor abdominal son apendicitis, gastritis, colecistitis, coledocolitiasis o cólico biliar; se debe tener en cuenta que hay otros cuadros que comprometen la vida del paciente y que deben ser identificados lo más rápidamente posible: obstrucción intestinal, vólvulo, aneurisma de aorta abdominal, isquemia mesentérica aguda, perforación del tracto gastrointestinal, embarazo ectópico, desprendimiento placentario, IAM, rotura esplénica.
- Revisar en la hoja de registro de urgencias los antecedentes médicos, alergias y otros datos que puedan ser de interés.

PERSONAL

- Licenciada en Enfermería
- Técnica de Enfermería

MATERIAL

- Guantes limpios
- Ecógrafo
- Gel conductor
- Vaselina líquida
- Rectosigmoidoscopio
- Sonda rectal

- Cinta adhesiva
- Bolsa recolectora
- Enema evacuante:
 - agua tibia
 - vaselina líquida
- Recipiente para introducir el enema
- Conector blanco
- Medicación:
 - analgésicos (Diclofenaco, Metamizol, Ketorolaco, Ibuprofeno)
 - protectores gástricos (Ranitidina, Omeprazol)
 - antieméticos (Metoclopramida)
 - antiespasmódicos (Buscapina®)

PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos.
- Colocación de guantes limpios.

ECOGRAFÍA

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Explicar al paciente el procedimiento.
- Proporcionar intimidad.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Retirar la ropa necesaria para dejar el abdomen al descubierto.

EJECUCIÓN TÉCNICA

- Conectar a la corriente y encender el ecógrafo.
- Colocar el gel en el transductor.
- Una vez finalizada la ecografía, limpiar con papel los restos del gel.

TACTO RECTAL

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Explicar al paciente el procedimiento.
- Proporcionar intimidad.
- Dejar al descubierto la zona anal.
- Indicar al paciente la posición adecuada: tumbado sobre el lado izquierdo con las rodillas flexionadas.
- A medida que el doctor realiza el tacto rectal, indicar al paciente que respire profundamente y espire lentamente a través de la boca.

EJECUCIÓN TÉCNICA

- Facilitar guantes y vaselina líquida al doctor.

RECTOSIGMOIDOSCOPIA

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Explicar al paciente el procedimiento.
- Proporcionar intimidad.
- Indicar al paciente la posición en la que se debe colocar: posición mahometana
- Dejar al descubierto la zona anal.

EJECUCIÓN TÉCNICA

- Conectar a la corriente y encender la luz del aparato.
- Verificar la correcta colocación de la lente y el funcionamiento del insuflador.
- En caso de colocación de sonda rectal de evacuación, una vez introducida:
 - Fijarla al paciente con cinta adhesiva.
 - Acoplar la bolsa recolectora a la sonda.
 - Durante el tiempo que el paciente esté con la sonda (2-3 horas), vigilar periódicamente el débito y la correcta colocación y sujeción de la sonda y la bolsa recolectora.
 - Una vez que el doctor indique su retirada, estando el paciente tumbado, sacar la sonda y facilitar un baño.

ADMINISTRACIÓN ENEMA EVACUANTE

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Acompañar al paciente al baño preparado para la administración de enemas.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Proporcionar intimidad.
- Mostrar al paciente la posición adecuada para la administración del enema.
- Retirar ropa de cintura para abajo.

EJECUCIÓN TÉCNICA

- Unir al recipiente del enema el conector blanco, y éste a la sonda rectal, y dejarla pinzada.
- Colocar vaselina líquida en la punta de la sonda rectal.
- Introducir suavemente la sonda manteniéndola pinzada, hasta que no sea posible introducirla más.
- Una vez introducida, despinzarla y sujetarla mientras el contenido del enema pasa.
- Cuando el enema haya terminado, retirar la sonda con suavidad.
- Limpiar el suelo de la zona donde se ha administrado el enema para comodidad del paciente.
- Dejar al paciente en el baño y acudir cada cierto tiempo para comprobar cómo evoluciona.

Si tras la valoración se precisa intervención quirúrgica, preparar al paciente según el protocolo "*Atención preoperatoria*" del centro.

PUESTA EN ORDEN

- Desechar el material no reutilizable.
- Lavar el material reutilizable y dejarlo listo para su próximo uso.
- Lavar el rectosigmoidoscopio y dejarlo listo para su próximo uso.
- Apagar el ecógrafo y dejarlo listo para su próximo uso.
- Lavado de manos.
- Reponer el material utilizado.
- Limpiar el baño y dejarlo preparado para su siguiente uso.

OBSERVACIONES

- Precauciones a la hora de administrar enemas evacuantes ²⁸:
 - No forzar la entrada de la sonda ante resistencia o dolor agudo.
 - Ante la presencia de hemorroides externas, solicitar al paciente que realice un esfuerzo como si fuese a defecar.
 - Si la entrada del líquido se hace más lenta, rotar ligeramente la sonda.
- En caso de que el paciente acuda por presencia de fecaloma, en el momento del alta dar recomendaciones dietéticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

27. Complejo Hospitalario de Toledo. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 4ª edición. 2014. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=563012>
28. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Protocolos y procedimientos: administración de enemas. Madrid. [Internet] 2010. [4 abril 2015] Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145291&ssbinary=true>
- Servicio Andaluz de Salud. Protocolos de Urgencias y Emergencias más frecuentes en el adulto. Disponible en: [http://www.epes.es/anexos/publicacion/pub_20060508_1652/Protocolos de Urgencias y Emergencias mas Frecuentes en el Adulto.pdf](http://www.epes.es/anexos/publicacion/pub_20060508_1652/Protocolos_de_Urgencias_y_Emergencias_mas_Frecuentes_en_el_Adulto.pdf)

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por	
María Lorente Redín	Licenciada Serafina Castellón	Dr. Pietro Gamba	Realizado en Abril-Mayo 2015
Cargo: estudiante de Enfermería UPNA	Cargo: Jefa de Enfermería CMQFPG	Cargo: Director CMQFPG	Vigente a partir de Junio de 2015

10. PROTOCOLO 3: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA INMOVILIZACIÓN NO QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE EXTREMIDADES

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA INMOVILIZACIÓN NO QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE EXTREMIDADES

DEFINICIÓN

“Solución de continuidad de un hueso producida generalmente por un traumatismo o, a veces, por la contracción violenta de un músculo que se inserta en él”²⁹.

OBJETIVOS

- Definir las actividades de la enfermera en urgencias ante un paciente con fractura.
- Colaborar con el doctor en el tratamiento que se realice.
- Reducir el dolor y proporcionar el tratamiento indicado.
- Prevenir las complicaciones derivadas de las lesiones.

PRECAUCIONES

- Revisar, en la hoja de registro de urgencias, los antecedentes médicos, alergias y otros datos que puedan ser de interés.
- Movilizar lo menos posible la extremidad afectada.

PERSONAL

- Licenciada en Enfermería
- Técnica de Enfermería

MATERIAL

- Venda de gasa
- Venda elástica
- Venda de yeso
- Tijeras
- Férulas
- Cabestrillo
- Cubo
- Agua caliente
- Plástico protector para la camilla

PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos.
- Puesta de guantes limpios.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Tranquilizar al paciente y explicarle cualquier maniobra que se le vaya a realizar.
- Retirar joyas y objetos metálicos.
- Retirar la ropa que cubra la zona lesionada, movilizándolo lo menos posible la extremidad.

EJECUCIÓN TÉCNICA

- Para la exploración radiológica, acompañar al paciente a la sala de rayos X, e indicarle la postura en la que se debe colocar.
- Facilitar al doctor la férula, cabestrillo o venda que vaya a utilizar.
- Si se va a escayolar la extremidad, preparar agua caliente en un cubo, colocar el plástico protector en la camilla y facilitar las vendas al doctor.

Si, tras la valoración, se precisa intervención quirúrgica, preparar al paciente según el protocolo “Atención preoperatoria” del centro.

PUESTA EN ORDEN

- Lavar el material reutilizable.
- Lavado de manos.
- Reponer el material utilizado.

OBSERVACIONES

- Tras la realización de un vendaje o la colocación de escayola, valorar la circulación, movilidad y sensibilidad de la parte distal de los dedos, si procede.
- Realizar educación al paciente sobre la postura de la extremidad más adecuada.
- Realizar educación al paciente sobre el tratamiento analgésico y antiinflamatorio pautado para el domicilio (fármacos, frecuencia, modo de administración...)
- Realizar educación al paciente sobre el aspecto adecuado y la movilización de las partes distales, si procede.
- Recordar al paciente el día que deberá acudir de nuevo al hospital para la retirada del vendaje o escayola.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

29. Smith SF, Duell DJ, Martin BC. Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas. Volumen II. 7ª edición. Madrid. 2009. Pearson.. 7ª edición. Página 821.
- Complejo Hospitalario de Toledo. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 4ª edición. [Internet] 2014. [1 abril 2015] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=563012>

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por	
María Lorente Redín	Licenciada Serafina Castellón	Dr. Pietro Gamba	Realizado en Abril-Mayo 2015
Cargo: estudiante de Enfermería UPNA	Cargo: Jefa de Enfermería CMQFPG	Cargo: Director CMQFPG	Vigente a partir de Junio de 2015

11. PROTOCOLO 4: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) LEVE

DEFINICIÓN

“Un TCE es toda agresión mecánica ejercida de forma brusca sobre el cráneo, que puede acompañarse o no de alteraciones de la conciencia, de la memoria, lesiones óseas del cráneo y/o lesiones cerebromeningeas”³⁰.

Se considera TCE leve aquel cuya valoración en la escala de Glasgow es de 14 o 15 puntos (paciente consciente o con ligero estupor)³¹.

OBJETIVOS

- Definir las intervenciones de la enfermera en urgencias ante un paciente con TCE leve.
- Vigilar las constantes vitales.
- Evitar complicaciones derivadas del traumatismo.
- Derivar a un centro especializado en el menor tiempo posible, si precisa.

PRECAUCIONES

- Revisar en la hoja de registro de urgencias los antecedentes médicos, alergias y otros datos que puedan ser de interés.
- Recoger los siguientes datos. Pedir la colaboración de los acompañantes si es necesario ³⁰:
 - Lugar, fecha y hora del traumatismo.
 - Circunstancias en que se produjo, características, mecanismo de acción, lugar del impacto.
 - Factores tóxicos acompañantes: alcohol, hipnóticos, tranquilizantes, anticomiciales, psicoestimulantes, otros.
 - Existencia de pérdida de conocimiento y duración de la misma.
 - Descripción del estado previo del paciente y evaluación hasta el momento en que se le atiende. Asimismo, especificar si ha recibido asistencia previa o no, y por quién y dónde. Especificar medio de transporte con que ha llegado al centro.

PERSONAL

- Licenciada en Enfermería
- Técnica de Enfermería

MATERIAL

- Esfingomanómetro
- Fonendoscopio
- Pulsioxímetro

PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Lavado de manos.
- Puesta de guantes limpios.

EJECUCIÓN TÉCNICA

- Trasladar al paciente a la camilla de la sala de urgencias, en bloque.
- Colaborar con el doctor en la valoración del nivel de orientación (tiempo, espacio y persona)
- Colaborar con el doctor en la valoración del nivel de consciencia (*Anexo 2*)
 - Apertura de ojos
 - Respuesta motora
 - Respuesta verbal } escala de coma de Glasgow (TCE leve 14-15 puntos)
- Tomar las constantes vitales (TA, pulso, saturación de oxígeno)
- Durante el periodo en observación:
 - Mantener al paciente en dieta absoluta.
 - Reevaluar el nivel de orientación y consciencia (mediante la escala de Glasgow) cada 2 horas.
 - Vigilar la aparición de cefalea, vómitos o agitación psicomotora.
 - Avisar al doctor ante cualquier signo de deterioro en el nivel de consciencia.

PUESTA EN ORDEN

- Lavado de manos.

OBSERVACIONES

- Explicar al paciente la importancia del período de observación en el centro para evitar complicaciones.
- Dar recomendaciones al alta³²:
 - Reposo en casa durante al menos las siguientes 48 horas de ser dado de alta.
 - Comenzar con una dieta blanda y abundantes líquidos, si los tolera ir introduciendo su dieta habitual.
 - Si comienza con cefaleas que no ceden con la analgesia habitual, acudir al hospital.
 - Si no hay incidencias en las 48 horas siguientes, reanudar su vida habitual.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

30. Martínez Estalella G. El traumatismo craneoencefálico (TCE) en urgencias. Valoración neurológica. Recepción y traslado a UCI. Enfermería Intensiva [Internet] 1998 [3 abril 2015] 9(90) Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-el-traumatismo-craneoencefalico-tce-urgencias--13008770ç>
 31. Sahuquillo, J. Protocolos de actuación clínica en el traumatismo craneoencefálico (TCE) leve. Comentario a la publicación de las guías de la Sociedad Italiana de Neurocirugía. Neurocirugía [Internet] 2006 [3 abril 2015] 17(1): [9-13] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-14732006000100001&script=sci_arttext
 32. González Calatrava G, Caro Quesada R, González Barbosa F. Recomendaciones de enfermería al alta en pacientes con traumatismos craneoencefálicos. Traumatismos torácicos. Celulitis odontógenas. Ciber Revista. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias [Internet] 2004 [4 abril 2015] (19). Disponible en: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2004/febrero/recomendacionesalta.htm
- Complejo Hospitalario de Toledo. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 4ª edición. [Internet] 2014. [1 abril 2015] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=563012>

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por	
María Lorente Redín	Licenciada Serafina Castellón	Dr. Pietro Gamba	Realizado en Abril-Mayo 2015
Cargo: estudiante de Enfermería UPNA	Cargo: Jefa de Enfermería CMQFPG	Cargo: Director CMQFPG	Vigente a partir de Junio de 2015

12. FICHA COMÚN DE REGISTRO DE URGENCIAS

Para facilitar y agilizar la recogida de datos durante las emergencias, se elaboró una ficha común de fácil cumplimiento para registrar los procedimientos llevados a cabo con más frecuencia en el Centro. Esta ficha recoge la siguiente información:

- Datos de la urgencia: fecha, hora y tiempo transcurrido desde el comienzo de los síntomas o accidente.
- Datos del paciente: nombre, sexo, edad, DNI, procedencia, teléfono.
- Datos de la persona de contacto: nombre y teléfono.
- Datos médicos: antecedentes, alergias, motivo de consulta, exploración física, impresión diagnóstica.
- Conducta y procedimientos realizados.



CENTRO MÉDICO
QUIRÚRGICO FUNDACIÓN
PIETRO GAMBA

FECHA		HORA	
NOMBRE	SEXO	Hombre Mujer	EDAD
En caso de ser menor de edad		Acude solo	Acude acompañado
DNI	PROCEDENCIA	TELÉFONO	
PERSONA DE CONTACTO		TELÉFONO PERSONA DE CONTACTO	
TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL COMIENZO DE LOS SÍNTOMAS/ ACCIDENTE			
ANTECEDENTES MÉDICOS DE INTERÉS			
ALERGIAS CONOCIDAS			
MOTIVO DE CONSULTA			
EXPLORACIÓN FÍSICA			
TA _____	FC _____	FR _____	SatO ₂ _____ T ^a _____
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA			

CONDUCTA

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN				Fármaco	Dosis
Analgésico	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	_____
Antibiótico	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	_____
Protector gástrico	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	_____
Antiemético	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	_____
Corticoide	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	_____
Antihistamínico	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	_____
Ansiolítico	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	_____
Insulina	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	_____
Amiodarona	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	_____
Adrenalina	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	_____
Otros	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	_____

FLUIDOTERAPIA Sí No

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Laboratorio	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Ecografía	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Radiografía	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
ECG	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

OXIGENOTERAPIA Sí No Flujo _____

PROCEDIMIENTOS

Sondaje vesical	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Nº sonda _____	Tipo _____
Sondaje NSG	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Nº sonda _____	Tipo _____
Administración enema	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Volumen total _____	Composición _____
Tacto rectal	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Rectosigmoidoscopia	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Reducción fractura	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Inmovilización fractura	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Material _____	
Curación	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Asepsia y antisepsia	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Material _____	
Sutura	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Nº puntos _____	
RCP	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		

CONSEJOS/ EDUCACIÓN AL ALTA Sí No

DERIVACIÓN PARA VACUNACIÓN Sí No

DERIVACIÓN A OTRO CENTRO Sí No

ESTANCIA EN OBSERVACIÓN Sí No

INTERNACIÓN EN EL CENTRO Sí No INDICACIÓN CIRUGÍA Sí No
Intervención _____

FIRMA DOCTOR FIRMA ENFERMERA

13. DISCUSIÓN

De manera general, entre los motivos del usuario para demandar asistencia de urgencias en un centro determinado, como primera opción, destaca la confianza en el servicio y la expectativa de una atención rápida¹.

Por otro lado, se estima que la presencia de hospitales próximos a los ciudadanos y la facilidad en el acceso a los servicios de urgencias hace que aumente el número de pacientes¹.

Con relación al hospital de referencia para el presente trabajo, Centro Médico Quirúrgico Fundación Pietro Gamba, puede decirse que goza de gran prestigio en su comunidad, lo que, unido a la confianza generada por el personal del Centro, lleva a la población de Anzaldo y sus alrededores a acudir al servicio de urgencias del mismo, de manera prioritaria.

Ahora bien, la orografía de la zona, así como la situación y estado de sus carreteras, hacen que el trayecto al pueblo resulte costoso, por lo que actúan como factores que dificultan el acceso al hospital, limitando el número de pacientes.

El documento *Unidad de Urgencias Hospitalarias, estándares y recomendaciones*, del Ministerio de Sanidad y Política Social, indica que la saturación de los servicios de urgencias constituye un problema que afecta a la mayoría de los países, independientemente de su nivel socioeconómico¹.

Así se ha constatado en España, donde uno de los mayores desafíos a los que tienen que hacer frente las unidades de urgencias hospitalarias corresponde a la saturación de sus servicios.

De hecho, la tasa de frecuentación de urgencias en hospitales de agudos se incrementó un 24% en 8 años (1997-2005), a pesar del desarrollo de los dispositivos de atención continuada en Atención Primaria¹.

También se produce una tendencia similar en los grandes hospitales de las ciudades bolivianas. Pero no es la realidad que se vive en el hospital de Anzaldo. Probablemente debido a las pequeñas dimensiones del pueblo y de las comunidades cercanas, así como a las dificultades de acceso comentadas, el número de pacientes atendidos en la Unidad de Urgencias se mantiene en límites razonables para las capacidades del mismo.

La estimación del uso inapropiado de las urgencias, en España, varía en un rango entre el 24% y 79%¹. Con frecuencia, suele estar relacionado con la utilización de este servicio para situaciones que no se consideran emergencias y podrían solucionarse en centros de Atención Primaria, provocando la saturación de los servicios, ya mencionada.

Sin embargo, considerando los datos recogidos, el uso inapropiado que se hace en Anzaldo podría asociarse, más bien, a la demora en acudir al hospital desde la aparición del accidente o percepción de los síntomas de enfermedad (18,43 horas de media). Razones sociales, culturales, o la dificultad de acceso al hospital podrían explicar este hecho.

En cuanto a las características demográficas de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias, se apreciaron claras diferencias entre los ámbitos señalados. Así, mientras que, en Anzaldo, la edad media se situó en 33,74 años, con un porcentaje de 71,5% de personas con edad inferior a 46 años, en el área de salud de Pamplona son los pacientes ancianos quienes más hacen uso del Servicio de Urgencias, suponiendo entre un 20 y un 40% del total de pacientes atendidos³⁴.

La diferencia en la esperanza de vida (66,34 años en Bolivia⁷; 82,82 años en España³⁶), así como la distribución de la población por edades, que corresponde a una comunidad sensiblemente más joven en Bolivia (sólo 4.5% es mayor de 65 años)^{5, 35}, justificarían tal disparidad.

Ello se refleja, igualmente, en los motivos de consulta predominantes: en Anzaldo se asociaban a procesos agudos mientras que, en nuestro medio, con frecuencia corresponden a desequilibrios de procesos crónicos en pacientes ancianos pluripatológicos. Concretamente, como señalan Martín et al³⁴ y Pérez et al³⁶, los motivos más frecuentes de consulta en urgencias tienen relación con problemas digestivos, respiratorios, músculo-esqueléticos y con signos y síntomas mal definidos.

Como se indica en el documento *Protocolos, normas y procedimientos de Enfermería*, del Servicio Vasco de Salud, es un principio universalmente aceptado que, en un sistema donde exista un grupo de personas que realiza un trabajo con objetivos comunes, es necesario que todas ellas se ajusten a normas preestablecidas².

En este sentido, las guías de práctica clínica, los protocolos y las vías clínicas suponen instrumentos que sistematizan el trabajo de enfermería, con el objetivo de elevar el nivel de la calidad de la prestación de cuidados.

A pesar de que, como se ha comentado, el hospital CMQPG de Anzaldo mantiene un Servicio de Urgencias con personal y recursos suficientes, se detectó la ausencia de protocolos de Enfermería de emergencias, por lo que, a partir de los datos obtenidos, se consideró la conveniencia de elaborar estos documentos para la atención de las patologías más frecuentes (heridas, dolor abdominal, fractura de extremidades) y para el cuidado del paciente en una situación particularmente compleja, el traumatismo craneoencefálico leve.

Como complemento, se diseñó, también, una ficha común para el registro de datos en la Unidad.

A la hora de plantearse el desarrollo e implantación de una intervención sanitaria, es preciso considerar, inicialmente, los aspectos éticos y estratégicos de la misma.

Reflexión ética

- Principio de autonomía

Se respeta la autonomía de una persona cuando se le permite mantener sus puntos de vista, elegir y actuar basándose en valores y creencias personales.

Las implicaciones que este principio tiene para los profesionales son: transmitir la información al paciente, asegurarse de la correcta comprensión por parte del paciente y de la voluntariedad de sus actuaciones y fomentar su participación en la toma de decisiones³⁷.

Los protocolos redactados respetan la autonomía del paciente, pues se entiende que los procedimientos descritos se llevarán a cabo siempre que, tras la explicación de la técnica por parte del médico y la enfermera, el paciente los acepte voluntariamente.

- Principio de no maleficencia

Este principio hace referencia a la obligación de no causar daño de manera intencionada.

Algunos autores consideran la no maleficencia y la beneficencia un mismo principio. Beauchamp y Childress, los autores que describieron los cuatro principios de la bioética, los diferencian, pues, para ellos, la obligación de no dañar a otros no implica la obligación de ayudarles. Es decir, no causar perjuicios no es lo mismo que no producir beneficios.

Cuando se aplica el principio de no maleficencia a la medicina o enfermería es necesario hacer alguna matización, ya que si se aplicara de forma absoluta no se podrían llevar a cabo muchos de los procedimientos terapéuticos necesarios para la mejora del paciente. Por ello este principio debe entenderse como la obligación de no perjudicar innecesariamente al paciente³⁷.

Este principio obliga a los profesionales sanitarios a tener formación teórica y práctica actualizada. Para la elaboración de los protocolos, se han consultado fuentes fiables y actualizadas, por lo que su aplicación no debería implicar daños adicionales al paciente.

- Principio de beneficencia

Supone la obligación ética de proporcionar beneficios suprimiendo perjuicios. Mientras que la no maleficencia supone la ausencia de acción, la beneficencia siempre requiere acción.

Este principio es el más conocido en la sociedad pues, desde siempre, se ha relacionado la actuación de los profesionales sanitarios con la obligación de procurar un bien al paciente³⁷.

Los protocolos pretenden ser un apoyo para la labor de enfermería en el Centro en que se implanten, de modo que sus actuaciones busquen siempre el bien para el paciente (procedimientos basados en evidencia científica, trato homogéneo a todos los pacientes, rapidez de actuación...)

- Principio de justicia

De acuerdo a la definición de Beauchamp y Childress “la justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente”³⁷.

Una de las utilidades de trabajar con los protocolos es el trato igualitario a pacientes en situaciones similares, que está directamente relacionado con este principio de la bioética.

Análisis DAFO

Tabla 4. Análisis DAFO

ANÁLISIS DAFO	
Análisis interno	Análisis externo
<p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de hábito de trabajar con protocolos - Diferencia de formación entre el personal de enfermería 	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistema de financiación
<p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interés de la dirección del CMQFPG en el trabajo guiado por protocolos - Disposición de los trabajadores a trabajar con protocolos - Rápida adaptación de los profesionales a los cambios en la forma de trabajo - Buena comunicación entre el equipo 	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento del Centro como Hospital Docente - Convenio establecido con la UPNA

- Los protocolos de enfermería con los que cuenta el CMQFPG han sido elaborados por estudiantes del programa de Formación Solidaria, es decir, los trabajadores del Centro no están acostumbrados a trabajar con protocolos. Esta falta de hábito supone un problema a tener en cuenta a la hora de implantarlos en el hospital.
- La diferencia de formación entre licenciadas y técnicos en enfermería supone una dificultad, puesto que ambas desarrollan el mismo trabajo y se les atribuye la

misma responsabilidad a pesar de no haber recibido la misma preparación.

- Una de las mayores fortalezas con las que cuenta este proyecto es que la dirección del CMQFPG haya mostrado interés por él, y quiera introducir protocolos para el trabajo de enfermería. Su apoyo facilita y agiliza la incorporación de los protocolos al hospital.
- Las enfermeras serán quienes lleven a la práctica los protocolos propuestos. Por eso, que ellas muestren disposición para introducir este cambio en su forma de trabajo supone una ventaja importante.
- Otra fortaleza relacionada con los trabajadores del Centro corresponde a su gran capacidad de adaptación a los cambios en su ámbito laboral. Por ejemplo, son muy flexibles con relación a los horarios o a la incorporación de nuevos profesionales.
- Al ser un hospital pequeño y con poco personal, la comunicación entre los miembros del equipo es fácil y efectiva. Esto supone una enorme ventaja a la hora de poder reunirse y detectar errores, comentar áreas de mejora y explicar la introducción de innovaciones.
- Un aspecto negativo que puede influir en la introducción de novedades en el centro, se refiere a su forma de financiación. El centro cubre sus gastos gracias a donativos y al pago directo de los pacientes que, en ocasiones, no alcanza el valor real de los gastos de la atención.
- El reconocimiento del centro como hospital docente supone un incentivo en la incorporación de herramientas o estrategias que incrementen la calidad de sus prestaciones.
- El convenio establecido con la UPNA permite el flujo de estudiantes y profesionales, entre ambos países, lo que deriva en intercambio de conocimientos y estrategias en el ámbito sanitario, que podría contribuir a introducir, revisar y actualizar los protocolos de enfermería.

Respecto a la elaboración de los protocolos, cabe destacar que se han seguido las diferentes fases del proceso de protocolización²⁶, incluyendo el análisis crítico por parte de los profesionales a quienes va destinado.

La atención sanitaria basada en evidencia científica se traduce en aumento de la calidad de los cuidados. Pero, para que se obtenga el máximo beneficio de los mismos, debe tenerse en cuenta aspectos relacionados con el entorno, los recursos disponibles y, fundamentalmente, las características de los pacientes que solicitan atención^{1,22}.

Los protocolos que se presentan han sido redactados bajo la supervisión y en colaboración con personal del Centro en el que se pretenden aplicar. Ello hace que estén adaptados a la realidad del entorno, a su lenguaje, a los recursos disponibles, y que sean comprensibles.

Por otro lado, se ha previsto su revisión continua, tanto por los propios profesionales, como por los estudiantes de Enfermería de la UPNA, que continuarán acudiendo en próximos cursos.

Junto con los protocolos, se ha diseñado una ficha común para registro de urgencias.

El criterio de exclusión considerado durante la recogida de los datos fue el registro incompleto de algunas de las fichas de urgencias consultadas.

Es importante que todo procedimiento realizado quede registrado, ya que es la manera de garantizar la continuidad de los cuidados y la forma más objetiva de medir la carga de trabajo, entre otras razones².

En una situación de urgencia es fácil que esta tarea quede relegada a un segundo plano y no se realice un buen registro.

Para facilitar y agilizar la recogida de datos durante las emergencias, se elaboró una ficha común de fácil cumplimiento para registrar los procedimientos llevados a cabo con más frecuencia en el Centro.

Comentario final

Los protocolos elaborados en el presente trabajo pretenden aportar una herramienta que contribuya a la mejora de la atención sanitaria de urgencias en el Centro Médico Quirúrgico Fundación Pietro Gamba.

La experiencia de los profesionales del mismo, en la acogida y aplicación de dichos protocolos, podrá determinar sus ventajas y limitaciones; y su reevaluación periódica permitirá realizar las modificaciones oportunas con el objetivo de que esta herramienta sea de la mayor utilidad posible en el Servicio.

14. CONCLUSIONES

1. El Programa de Formación Solidaria ofertado por la Universidad Pública de Navarra supone una oportunidad, para los estudiantes de Enfermería, de conocer la realidad de la profesión en un entorno muy diferente al nuestro.
2. A partir de la búsqueda bibliográfica, se ha obtenido información que muestra que el trabajo guiado por protocolos basados en evidencia científica, en los Servicios de Urgencias, aporta numerosas ventajas al paciente y al profesional de enfermería, entre las que se encuentran su utilidad como herramienta de consulta, la disminución de la variabilidad y el aumento de la calidad en la práctica de cuidados, así como la protección legal para los trabajadores sanitarios.
3. Con respecto al análisis de los casos registrados en el Servicio de Urgencias del Centro Médico Quirúrgico de la Fundación Pietro Gamba (CMQFPG), situado en la población de Anzaldo (Bolivia), puede apreciarse que corresponden a personas jóvenes (71,5% de edad inferior a 46 años), distribuidas de manera similar en función del sexo, que acuden a consulta con cierta demora (18,43 horas, en tiempo medio), y atendidas, predominantemente, por heridas, dolor abdominal y fracturas. Se trata de características muy diferentes a las habituales en nuestro ámbito.
4. Los protocolos de enfermería de emergencias presentados (actuación de enfermería en urgencias ante casos de heridas, dolor abdominal agudo, inmovilización no quirúrgica de fractura de extremidades y traumatismo craneoencefálico leve) han sido elaborados adaptándolos a las peculiaridades del CMQFPG y de sus pacientes, con el objetivo de que puedan ser utilizados por las enfermeras que prestan sus servicios en el dicho centro.
5. Como complemento, la ficha común de registro de urgencias facilitaría la recogida de datos y procedimientos llevados a cabo ante las situaciones de emergencia.
6. Los protocolos elaborados se presentan con el propósito de aportar una herramienta que contribuya a la mejora de la prestación de cuidados. Para ello, deberán ser periódicamente evaluados y revisados, con objeto de adaptarlos a las nuevas recomendaciones y necesidades.

15. AGRADECIMIENTOS

A la profesora María Lourdes Sainz, directora del proyecto, por su ayuda, consejos y apoyo durante la elaboración de este trabajo.

Al programa de Formación Solidaria –Área de Cooperación Universitaria al Desarrollo de la Universidad Pública de Navarra- por darme la oportunidad de vivir la experiencia de cooperación en Bolivia.

A los trabajadores del CMQFPG por todo lo que me enseñaron y por acogerme desde el principio como a una más del equipo. A todas las personas que conocí durante mi estancia en Bolivia, por hacer de esos meses una experiencia inolvidable, especialmente al director del Centro y su familia.

16. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. 2010. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
2. Hospital de Cruces. Osakidetza. Servicio vasco de salud. Protocolos, normas y procedimientos de enfermería. Enero 2010. Disponible en: <http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/Protocolos,%20procedimientos,%20normas.pdf>
3. Lavado Núñez ME, Márquez Aragúndez MP, Damas Sosa C y Manfredi López MJ. Registros y protocolos. Hygia [Internet] .2004. [18 diciembre 2014] (57) Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia57.pdf>
4. Fernández-de-Maya,J y Richard-Martínez M. Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para enfermería. Enfermería Clínica [Internet] 2010. [2 febrero 2015] 20(2): [114-118]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-resumen-variabilidad-practica-clinica-situacion-actual-13148269>
5. Central Intelligent Agency [Internet] World Factbook. [27 octubre 2014]. Disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bl.html>
6. Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2014.
7. Instituto Nacional de Estadística. Actualidad Estadística. Estadísticas e indicadores económicos y sociodemográficos de Bolivia. La Paz. [27 octubre 2014] 2010. Disponible en: http://www.ine.gob.bo/pdf/bo_es_na/ben_2010_1.pdf
8. Instituto Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población y vivienda 2012. [27 octubre 2014] Disponible en: <http://www.ine.gob.bo:8081/censo2012/PDF/resultadosCPV2012.pdf>
9. Centre d'Estudis Amazònics. [Internet] Barcelona [19 mayo 2015] CEAM. Disponible en: <http://www.ceam-ong.org/cooperacion-internacional>
10. Ledo C, Soria R. Sistema de salud de Bolivia. Salud Pública de México [Internet]. 2011 [27 octubre 2014]; Vol. 53(2):109-119. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002613
11. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico. Análisis coyuntural de la mortalidad en Bolivia. Junio 2002 [4 noviembre 2014] 23(2): [1-5]. Disponible en: http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/Epidemiologico/EB_v23n2.pdf
12. Giedion U, Villar M, Ávila A. Instituto de Ciencias del Seguro. Fundación Mapfre. Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. Madrid. 2010. [Internet] [27 octubre 2014] Disponible en: <https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>

13. Ministerio de Salud y Deportes. Estado plurinacional de Bolivia. Norma nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel. La Paz, Bolivia. 2013. Disponible en: <http://snis.minsalud.gob.bo/documentacion/normativas/Inivelseguro.pdf>
14. Estado plurinacional de Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Norma nacional de referencia y contrarreferencia. La Paz, Bolivia. 2013. Disponible en: <http://snis.minsalud.gob.bo/documentacion/normativas/Referenciaseguro.pdf>
15. Instituto Nacional de Estadística. Unidad de análisis de políticas sociales y económicas. Proyecciones de población por provincias y municipios según sexo, edades simples y años calendario, periodo 2000-2010. La Paz. 2005. [27 octubre 2014] Disponible en: <http://www.ine.gob.bo/pdf/difd/proyeccionespoblacionprovinciasmunicipioscochabamba.pdf>
16. Bonillo García C. Uso de antibióticos y la influencia del tratamiento antibiótico protocolizado en la evolución de los pacientes con infecciones. [Tesis doctoral] Murcia. 2014. Disponible en: <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/41866/1/TESIS%20USO%20DE%20ANTIBIOTICOS.pdf>
17. Barroso Martín MJ, Coto Meléndez MJ y Núñez Varela JJ. Protocolización de cuidados de enfermería a pacientes sometidos a Neurorradiología intervencionista en la URPA. Enfermería Global. . [Internet] 2006 [12 enero 2015] 5(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/441/412>
18. Esteve M, Serra-Prat M, Zaldívar C, Verdaguer A y Berenguer J. Evaluación del impacto de una trayectoria clínica sobre el ictus isquémico. Gaceta Sanitaria [Internet] mayo-junio 2004 [14 enero 2015]18(3): [197-204]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000300007&script=sci_arttext
19. Roth CK, Parfitt SE, Hering SL y Dent SA. Developing Protocols for Obstetric Emergencies. Nursing for women's health [Internet] Octubre- Noviembre 2014. [14 enero 2015] 18(5): [378-390]. Disponible en: http://www.readcube.com/articles/10.1111%2F1751-486X.12146?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
20. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. Madrid. SEMES. [12 enero 2015] Disponible en: <http://semes.org/enfermeria-sec-objetivos>
21. Marión Buen J, Peiró S, Márquez Calderón S y Meneu de Guillerna R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. Medicina Clinica [Internet] 1998 [3 febrero 2015]. 110(10): [382-390]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-variaciones-practica-medica-importancia-causas-2290>
22. Rengel Díaz G, García González J y Ramírez Arroyo JA. Variaciones en la práctica médica y sus implicaciones en la clínica. Enfermería Docente [Internet] 2011 [2 febrero 2015] 93: [31-35]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/r>

[evistas/ED-093-09.pdf](#)

23. Rubio Pulido O, Fernández Agüero L, Villarín Castro A y Viseu Pinheiro Lopes do Regoa MG. ¿También somos variables ante la Evidencia?. Revista Clínica de Medicina de Familia [Internet] 2010 [3 febrero 2015] 3(1): [18-22]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2010000100005&script=sci_arttext
24. Sobrequés J, Bolívar B, Unzueta L, Prados JD, Leiva F y Boerma W. Variaciones en la aplicación de técnicas médicas en atención primaria. Gaceta Sanitaria [Internet] 2002 [11 febrero 2015] 16(6): [497-504]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112002000600007&script=sci_arttext
25. Consorcio Agree. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. Mayo 2009. Disponible en: http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf
26. Lucerón M. O, de Blas C. S, Mestre R. P, González M. P y Pérez P. R. Sistemática para la protocolización de los cuidados de enfermería. Calidad Asistencial [Internet] 2010. [25 marzo 2015] 25(5): [268-274]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-sistemática-protocolización-los-cuidados-enfermería-13155588>
27. Complejo Hospitalario de Toledo. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 4ª edición. [Internet] 2014. [1 abril 2015] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=563012>
28. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Protocolos y procedimientos: administración de enemas. Madrid. [Internet] 2010. [4 abril 2015] Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145291&ssbinary=true>
29. Smith SF, Duell DJ, Martin BC. Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas. Volumen II. 7ª edición. Madrid. 2009. Pearson.. 7ª edición. Página 821.
30. Martínez Estalella G. El traumatismo craneoencefálico (TCE) en urgencias. Valoración neurológica. Recepción y traslado a UCI. Enfermería Intensiva [Internet] 1998 [3 abril 2015] 9(90) Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermería-intensiva-142-articulo-el-traumatismo-craneoencefálico-tce-urgencias-13008770ç>
31. Sahuquillo, J. Protocolos de actuación clínica en el traumatismo craneoencefálico (TCE) leve. Comentario a la publicación de las guías de la Sociedad Italiana de Neurocirugía. Neurocirugía [Internet] 2006 [3 abril 2015] 17(1): [9-13] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-14732006000100001&script=sci_arttext
32. González Calatrava G, Caro Quesada R, González Barbosa F. Recomendaciones de enfermería al alta en pacientes con traumatismos craneoencefálicos. Traumatismos torácicos. Celulitis odontógenas. Ciber Revista. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias [Internet] 2004 [4 abril 2015] (19).

- Disponible en:
http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2004/febrero/recomendacionesalta.htm
33. Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. Memoria 2013. Gobierno de Navarra. [Internet] [8 noviembre 2014] Disponible en:
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/47F22173-ACA8-4B14-953F-D6146B813D19/282343/Memoria2013Navegabledefinitiva.pdf>
34. Martín-Sánchez FJ, Fernández Alonso C, Merino C. El paciente geriátrico en urgencias. Anales del sistema sanitario de Navarra [Internet] 2010 [5 noviembre 2014] 33(1). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200017
35. Centro Superior de Investigaciones Científicas. Ministerio de Economía y Competitividad [Internet] Madrid 2014 [8 mayo 2015]. Blog Envejecimiento en Red. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/hablando/index.html#piramides2>
36. Pérez Ciordia I, Guillén Grima F. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. Razones que las motivan. Anales Sistema Sanitario de Navarra [Internet] 2009 [20 mayo 2015] 32(3): [371-384] Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272009000500007&script=sci_arttext
37. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el seguimiento de una bioética intercultural. Veritas [Internet] 2010. [20 mayo 2015] Nº 22: [121-157] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>

ANEXO 1. PERMISO JEFA DE ENFERMERÍA PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Yo, ...SERAFINA... CASTELLÓN... GARCÍA Jefa de Enfermería del Centro Médico Quirúrgico Fundación Pietro Gamba, autorizo a la estudiante de enfermería ...MARÍA... LORENTE... BÉDIZ participante en el Programa de Cooperación al Desarrollo de la Universidad Pública de Navarra, a acceder al registro de emergencias del centro con el fin de recoger los datos que necesita para la realización de su Trabajo Fin de Grado.


LIC. EN ENFERMERÍA
1987
Firma Jefa de Enfermería

Anzaldo, ...16... de ...Julio... de ...2014

ANEXO 2. ESCALA DE COMA DE GLASGOW³¹

MANIOBRA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
APERTURA DE OJOS	Espontánea	4
	A órdenes verbales	3
	Al dolor	2
	Sin respuesta	1
RESPUESTA VERBAL	Orientada	5
	Confusa	4
	Palabras inapropiadas	3
	Incomprensible	2
	Sin respuesta	1
RESPUESTA MOTORA	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retirada al dolor	4
	Flexión al dolor	3
	Extensión al dolor	2
	Sin respuesta	1

14-15 puntos TCE leve
 9-13 puntos TCE moderado
 ≤8 puntos TCE grave

