



UNIVERSITAT DE BARCELONA



i) EU d'Infermeria

# **IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE SANGRANTES EN EL ÁREA DEL APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE**

**Autora: María José del Barrio Martín**

**Tutora: Sra. Tarsila Ferro García**  
**Curso académico: 2012-2013**



UNIVERSITAT DE BARCELONA



i) EU d'Infermeria

Na *Tarsila Ferro García*, en qualitat de tutora del Projecte de recerca o gestió, elaborat per la Sra. *María José del Barrio Martín* amb el títol “*Implantación de una Unidad de Sangrantes en el área del aparato digestivo del Hospital Universitario de Bellvitge*”, dona el vist i plau a l'esmentat projecte per a la seva presentació i defensa.

I, perquè així consti, signo el present document a,

L'Hospitalet de Llobregat, ..... de ..... de 20.....

Sra. *Tarsila Ferro García*

DNI:.....

## ÍNDICE

Introducción.....	2
Análisis de la situación.....	6
Justificación.....	11
Objetivos.....	12
Metodología.....	12
Conclusiones.....	40
Bibliografía.....	41
Agradecimientos.....	45
Anexos.....	46

## INTRODUCCIÓN

La memoria describe una propuesta que propone la reestructuración del manejo clínico y de gestión de una patología altamente prevalente y de graves consecuencias clínicas en el Hospital Universitario de Bellvitge.

**La Hemorragia Digestiva (HD)** es la pérdida de sangre producida por alguna lesión con origen entre el esfínter esofágico superior y el canal anal. Conlleva una significativa morbilidad, mortalidad y un elevado número de ingresos anuales y un consumo muy elevado de recursos sanitarios<sup>1</sup>.

Según el lugar de origen puede ser hemorragia digestiva alta (HDA) o hemorragia digestiva baja (HDB).

**La Hemorragia Digestiva Alta** es aquella que se origina en una lesión situada por encima del ángulo de Treitz. Clínicamente se manifiesta en forma de hematemesis de sangre fresca o en poso de café, de melenas, de ambas o, con menor frecuencia como hematoquecia. Las causas más frecuentes son: varices esofágicas, esofagitis péptica, Síndrome de Mallory-Weiss, tumores, lesiones agudas de la mucosa gástrica y la úlcera péptica<sup>2,3</sup>.

**La Hemorragia Digestiva Baja** se define como la pérdida de sangre aguda o crónica desde un origen distal al ligamento de Treitz. Incluye un amplio espectro de situaciones clínicas que van desde la hemorragia leve autolimitada a la hemorragia masiva. La HDB aguda se define arbitrariamente como aquella en la que la pérdida de sangre ha sucedido durante menos de 3 días. La edad media del paciente con HDB es de entre 63 a 77 años. La incidencia de HDB aumenta con la edad<sup>4</sup> (hasta 200 casos por 100.000 habitantes de 80 años).

**El ámbito** donde se requiere realizar este proyecto, es en el Hospital Universitario de Bellvitge (HUB), centro hospitalario y universitario de titularidad pública que pertenece al Institut Català de la Salut (ICS). Está acreditado como centro de tercer nivel lo que le permite atender a pacientes que requieren de la

más alta tecnología. Dispone de todas las especialidades médico-quirúrgicas excepto pediatría y obstetricia.

Situado en el municipio de Hospitalet de Llobregat, en la zona sur de la Región Sanitaria de Barcelona, es el hospital de referencia para la población de las comarcas del Alt Penedès, Baix Llobregat y Garraf, que conforman la Gerencia del área metropolitana Sur. Esta estructura permite integrar bajo el mismo ámbito todos los procesos asistenciales y de soporte al ICS en este territorio, tanto de atención especializada (Hospital Universitario de Bellvitge y Hospital de Viladecans) como de atención primaria (53 centros de Atención Primaria).

Proporciona cobertura a 1.300.000 habitantes, aproximadamente un 18% de la población total de Cataluña.

Es centro de referencia en determinadas especialidades y procedimientos que requieren de alta tecnología, extendiéndose su área de influencia a las comarcas del Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre i Lleida (más de 2 millones de habitantes).

El hospital cuenta con más de 900 camas e ingresa anualmente más de 33.000 pacientes, atiende a casi 125.000 urgencias, visita más de 360.000 pacientes en Consultes Externas, realiza más de 137.000 pruebas complementarias en consultas y más de 20.000 intervenciones, entre cirugía mayor y de alta complejidad<sup>5</sup>.

Tiene como objetivo estratégico promover la innovación tecnológica y asistencial y aquella actividad médica y quirúrgica de mayor complejidad (terciarismo).

Desde hace más de 25 años es un centro docente universitario vinculado a la Universidad de Barcelona, donde se imparten estudios de medicina, enfermería, odontología y podología y cuenta con un amplio programa docente de postgrado en estas 4 áreas de la salud.

En el ámbito de la investigación, es un centro puntero a nivel internacional, forma parte del Instituto de investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), uno de los únicos centros estatales acreditados con el máximo nivel de

investigación por el instituto de Investigación Sanitaria Carlos III del Ministerio de Ciencia e Innovación.

Tiene como **misión** responder a las necesidades asistenciales de su población, de forma excelente de todo aquello que es correcto y tomando como guías el profesionalismo y la innovación<sup>5</sup>.

Su **visión** es ser reconocido como modelo y motor en la sanidad pública, por su liderazgo en calidad de servicio, conocimiento y sostenibilidad.

El Hospital Universitario de Bellvitge quiere ser una organización accesible y ágil, que resuelva los problemas de salud de los pacientes y garantice su seguridad, autonomía y bienestar. Sistemáticamente rinde cuentas a la sociedad, con una actitud honesta, transparente y respetuosa con las personas y con el medio ambiente. Al mismo tiempo, promueve la innovación técnica y organizativa y la mejora continua de la calidad, mediante el trabajo en equipo y la cooperación con otros dispositivos sanitarios y sociales de la comunidad.

**El servicio del Aparato digestivo** dispone de 24 quirófanos semanales, ubicados en la primera planta del HUB, en los cuales se realizan anualmente 2226 intervenciones de Cirugía mayor, corta estancia y Cirugía mayor ambulatoria. Dispone también de 11 consultas ubicadas en el modulo 22 del edificio de consultas externas (CCEE), donde se visitan pacientes tanto del proceso médico como quirúrgico, además de 6 gabinetes donde se realizan las endoscopias digestivas, colonoscopias y colangiografías retrógradas, para pruebas diagnósticas e intervencionistas.

El servicio de urgencias está dotado de 16 camas para observación, 1 gabinete de exploraciones para endoscopias y colonoscopias, 2 quirófanos y una unidad de reanimación.

En el área de críticos existen 4 unidades. Además se pueden realizar pruebas diagnósticas urgentes: Tomografía axial computarizada (TAC) abdominal y arteriografía.

Disponemos de:

**Unidad Funcional de Cáncer Colorectal:**

Que permite agilizar y mejorar al máximo el diagnóstico y tratamiento que reciben los pacientes afectados por Cáncer colorectal y facilitar el trabajo de los múltiples profesionales implicados en el tratamiento de esta enfermedad, con una actitud integradora de sus diferentes aportaciones al proceso.

**Hospital de día de la enfermedad inflamatoria Intestinal:**

Consulta dirigida a la atención de casos de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal que requieren una asistencia preferente para la sospecha de un brote o complicación de la enfermedad.

**6 Unidades asistenciales:**

Ubicadas en las plantas 5ª y 6ª del HUB, distribuidas por procesos clínicos, donde ingresan pacientes tanto del proceso médico como quirúrgico.

**Organización unidades asistenciales:** Están organizadas por procesos clínicos.

- Unidad 5-1: Proceso Trasplante hepático y Hepato-Bilio-Pancreático
- Unidad 5-2: Cuidados intermedios y proceso de Cirugía Bariátrica.
- Unidad 5-3: Proceso quirúrgico Digestivo + proceso Traumatológico
- Unidad 6-1: Unidad médica Gastroenterología. Proceso Sangrante, E. Inflamatoria y Hepático-Médico.
- Unidad 6-2: Proceso Intestino Delgado y Grueso y Esofagogástrico.
- Unidad 6-3: Unidad de corta estancia quirúrgica (UCEQ)

Tabla. 1

<b>1 UCEQ</b> 22 camas + 3butacas preparación	<b>4 UNIDADES</b> <b>HOSPITALIZACIÓN</b> 78 camas	<b>1 UNIDAD DE</b> <b>INTERMEDIOS</b> 16 camas
<b>TOTAL CAMAS 116</b>		

**La unidad de sangrantes** estaría integrada en el servicio del Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Bellvitge. En el marco la Dirección Clínica.

## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

### **Epidemiología de la Hemorragia Digestiva Alta**

La hemorragia digestiva alta es una emergencia médica frecuente. La incidencia anual se estima entre 50 y 150 casos por 100.000 habitantes y la mortalidad de un 10%, aunque estudios más recientes muestran valores del 2%. La reducción de la mortalidad observada se debe, principalmente, al mejor conocimiento de los factores pronósticos en la hemorragia digestiva alta y, sobre todo, a la introducción y al desarrollo de diferentes técnicas de terapéutica endoscópica que han condicionado un notable descenso de la incidencia de recidiva de la hemorragia y de la necesidad de tratamiento quirúrgico<sup>6,7,8</sup>.

## **Epidemiología de la Hemorragia Digestiva Baja**

La Hemorragia Digestiva Baja es un problema frecuente en nuestro medio que requiere, generalmente, hospitalización y la realización de pruebas invasivas. Con una incidencia anual de 20,5 a 27 casos por cada 100.000 habitantes. Los ingresos hospitalarios por HDB suponen entre un tercio y una quinta parte de los episodios de HDA. La edad media del paciente con HDB es de entre 63 a 77 años. La incidencia de HDB aumenta con la edad (hasta 200 casos por 100.000 habitantes de 80 años), pudiendo superar, en la población anciana la incidencia de HDA. Es más frecuente en el varón que en la mujer y su mortalidad se estima en torno al 3%.

En nuestro medio, la causa más frecuente de HDB es la de origen diverticular, seguida de la neoplásica y la colitis isquémica. Los costes del manejo de la HDB son cuantiosos debido a la necesidad de hospitalización y a la utilización de recursos invasivos<sup>8,9,10</sup>.

## **Antecedentes en la organización del manejo de estos pacientes**

Dos hechos significativos han contribuido a mejorar la situación en la organización y en el manejo del paciente sangrante, del Hospital Universitario de Bellvitge.

***El primer hecho*** sería la reducción de la estancia media hospitalaria en pacientes afectos de hemorragia digestiva alta que cumplieran criterios de bajo riesgo de resangrado.

Durante los años 1995-2000 se estratifican dos grupos de pacientes en función de criterios endoscópicos: se establece que la presencia de fibrina o coágulo plano en la endoscopia confiere bajo riesgo de resangrado. Estos pacientes son dados de alta dentro de las primeras 24 horas y seguidos de forma ambulatoria. Se constata que dichos pacientes no presentan más morbimortalidad respecto a los pacientes con mismas características endoscópicas que fueron ingresados.

La estancia media hospitalaria en 1995 en pacientes de bajo riesgo de

resangrado, según criterios endoscópicos, fue de 6 días mientras que en los pacientes con mismas características endoscópicas seguidos entre los años 1996-2000 fue de 2 días, lo cual supone un ahorro de 3932 días de estancia media hospitalaria<sup>11</sup>.

Se llega a la conclusión de que el protocolo de alta precoz disminuye la estancia media hospitalaria sin aumentar la morbimortalidad de los pacientes con Hemorragia Digestiva alta.

**El segundo hecho** es que desde el año 2005 el Servicio de Gastroenterología asume el manejo de este grupo de pacientes que hasta entonces había sido gestionado por el Servicio de Cirugía Digestiva.

En nuestro centro ingresamos entre 150-185 pacientes al año y, como ocurre en otras series, se ha observado un incremento progresivo del número de casos. En el año 2011 ingresaron 183 pacientes por HDB lo que supone un 50% de todos los ingresos por hemorragia digestiva, un 25% de nuestros ingresos proceden de urgencias y el 15% del total de ingresos del Servicio de Gastroenterología. Esta cifra es similar a la del año anterior. Las unidades de gastroenterología y Endoscopia Digestiva han sido pioneras en nuestro país en la implementación de la colonoscopia precoz (realizada en menos de 24 horas) como herramienta fundamental en el diagnóstico de la HDB. El porcentaje de colonoscopias precoces ( $\leq 24h$ ) ha pasado de ser marginal en la etapa previa a la creación de la Unidad de Gastroenterología (alrededor de un 3% en el año 2004) a un 55-60% en los últimos 2-3 años<sup>12</sup>. Ello ha permitido mejorar de forma significativa el manejo de estos pacientes, consiguiendo un mayor rendimiento diagnóstico, de un 20% en el año 2004 a un 60% en el 2012.

En las HDB graves la posibilidad de una colonoscopia terapéutica ha pasado de un 8% en el 2004 al 35% en 2011.

Todo ello se traduce en una menor estancia hospitalaria, pasando de una estancia media de 8,7 días a 4,6 días<sup>13</sup>.

### **Experiencia en otros hospitales españoles**

Revisando la bibliografía publicada se puede observar que la mayoría de los hospitales terciarios de España disponen de Unidades de Sangrantes. Existen diferentes estudios publicados en relación a estas unidades.

La Unidad de Sangrantes del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla (hospital de tercer nivel, que atiende a una población de 735.973 habitantes) ha realizado un estudio de todos los pacientes ingresados por hemorragia digestiva alta y baja, que presentan inestabilidad hemodinámica o cuyas características hagan prever la posibilidad de persistencia o recidiva hemorrágica. El objetivo del estudio es analizar la evolución de las siguientes variables de los 1611 pacientes ingresados en una Unidad de Sangrantes, a lo largo del periodo 1999-2005: etiología, patología de base, consumo de AINES/anticoagulación y mortalidad<sup>14</sup>.

Los resultados del estudio demuestran que la úlcera duodenal y la úlcera gástrica, junto con la hipertensión portal suponen el 75% de los ingresos en la Unidad de Sangrantes. A lo largo de los últimos 7 años se constata un descenso de los casos debido a úlcera duodenal y un aumento de pacientes con patología de base, permaneciendo estables el resto de las variables.

En este mismo hospital se ha publicado un estudio sobre los “Requerimientos transfusionales en pacientes con hemorragia digestiva: estudio en una Unidad de Sangrantes de un hospital de referencia”<sup>15</sup>.

En el Hospital General Universitario de Alicante se ha realizado un estudio descriptivo sobre el funcionamiento de la unidad de Sangrantes Digestivos. Este estudio destaca el papel esencial de los cuidados enfermeros en este tipo de unidades y la importancia de tener profesionales de enfermería altamente cualificados y entrenados<sup>16</sup>.

La Unidad de Sangrantes del Hospital Clínico de Barcelona a través de un trabajo publicado, expone, la experiencia después de la implantación de la guía de la hemorragia digestiva alta. Destacando el ahorro generado por la aplicación de dicha guía clínica, en cuanto al descenso de la estancia media de

7,5 a 4,3 días (3,2) sobre un número de 476 pacientes ingresados/año teniendo en cuenta la estancia media del IMD (6,6 días) representa la liberación de 228 altas al año<sup>17</sup>.

En toda esta revisión bibliográfica se evidencian los factores que tienen en común las Unidades de Sangrantes y que garantizan el correcto funcionamiento de éstas como son: los circuitos asistenciales, la organización asistencial, los criterios de inclusión de los pacientes, la organización multidisciplinaria de la asistencia, el personal de enfermería y médico cualificado y entrenado, la agrupación de recursos terapéuticos, la facilidad para aplicación de protocolos, la homogeneización de conductas y disponer de una base de datos potente para la recogida de datos.

### **Estado actual**

Actualmente en el Hospital Universitario de Bellvitge el paciente es valorado en urgencias por la Diplomada/o de Enfermería responsable de hacer el cribado, que decidirá su ingreso en los boxes de urgencias del Nivel II de Cirugía.

El paciente será atendido por el Digestólogo de guardia que determinará, según la situación hemodinámica o clínica del paciente, las exploraciones indicadas que determinaran el diagnóstico: endoscopia, colonoscopia, pruebas radiológicas, analíticas etc.

Una vez realizadas las pruebas diagnosticas, instaurado el tratamiento y estabilizado hemodinámicamente al paciente, se determinará, según el grado de gravedad a que área asistencial se trasladará. Si el diagnóstico es de varices esofágicas el paciente siempre ingresará en una de las unidades de críticos.

Los pacientes diagnosticados de HDA no varicosa y HDB, ingresarán prioritariamente en la Unidad de Gastroenterología, ubicada en la planta 6 unidad 1 del hospital. En el caso de no disponer de camas, se ubicará al paciente en cualquiera de las 5 unidades del servicio del aparato digestivo.

Debido a la gravedad y a las graves consecuencias clínicas derivadas de esta patología, el paciente siempre se mantendrá en los boxes de urgencias, hasta

que no haya camas disponibles en el servicio del aparato digestivo. No disponer de una unidad de sangrantes es un potencial riesgo para el manejo y la seguridad clínica del paciente.

## JUSTIFICACIÓN

La hemorragia digestiva es una urgencia médica frecuente (incidencia 50-100 casos/100.000h) grave, y que da lugar a gran consumo de recursos sanitarios. La alta mortalidad global se sitúa en torno al 5-10%, se asocia estrechamente a la recidiva o persistencia hemorrágica y recae especialmente en pacientes con gran comorbilidad. De hecho, la mortalidad de la HD en pacientes ancianos o ingresados por otros motivos se sitúa en torno al 20-30%.

En nuestro centro se atienden unos **500 pacientes/año** con HD. Esta cifra es muy superior a la de otros hospitales de nuestro entorno que disponen de Unidades de Sangrantes de enorme prestigio internacional. Probablemente esta alta demanda se deba a la extensa población de referencia y a la ausencia de otros centros sanitarios con capacidad de respuesta a esta patología urgente en nuestra área de influencia.

El gran volumen de pacientes atendidos por HD en nuestro hospital brinda la oportunidad, y establece la obligación, de convertirnos en un centro de excelencia en el manejo de esta patología. Como centro de tercer nivel disponemos de los recursos necesarios (Gastroenterología/endoscopia, Cirugía, Angioradiología, Servicio de Urgencias, Unidad de Críticos y Unidad de Cuidados Intermedios) personal médico y de enfermería altamente cualificado y especializado, que a pesar de trabajar coordinadamente no comparten una estructura integrada.

## OBJETIVOS DE LA UNIDAD DE SANGRANTES:

### Objetivo principal

Crear una unidad de sangrantes como nueva herramienta de gestión clínica para mejorar los resultados clínicos y reducir el coste del proceso asistencial.

### Objetivos secundarios

- Conseguir cifras de **recidiva hemorrágica** iguales o menores a las descritas en la literatura por los mejores centros de nuestro entorno.
- Conseguir cifras de **mortalidad** iguales o menores a las descritas en la literatura por los mejores centros de nuestro entorno.
- Adecuar el coste del proceso de atención, (estancia hospitalaria y consumo de recursos) ajustándolo al nivel de gravedad de los pacientes.
- Reducir presión en Urgencias.
- Aumentar la seguridad del manejo clínico de los pacientes.
- Aumentar la satisfacción de los pacientes.
- Aumentar la calidad de los cuidados enfermeros.
- Definir indicadores de resultados y medirlos.

## METODOLOGIA

Para la realización de este proyecto es necesario describir las necesidades de una unidad de sangrantes en base a una metodología de trabajo.

Esta unidad estará orientada a:

La **Misión** de la Unidad de Sangrantes del “Hospital Universitario de Bellvitge” quiere responder a las necesidades asistenciales de su población de referencia en el campo que le es propio, haciendo de forma excelente aquello que es correcto y tomando como guías el profesionalismo y la innovación.

La **visión** es ser reconocida como Unidad de Sangrantes modelo en la sanidad pública por nuestro liderazgo en calidad del servicio, conocimiento, investigación, docencia y sostenibilidad.

Ser una organización ágil y abierta a las necesidades de otros dispositivos sanitarios de nuestro entorno con menor nivel tecnológico.

Dar respuesta a la necesidad de atención de los pacientes con hemorragia digestiva garantizando su seguridad, autonomía y bienestar.

Promover la innovación técnica y organizativa y la mejora continua de la calidad mediante el trabajo en equipo y la cooperación con otros dispositivos sanitarios del propio hospital y de su entorno.

### **Los Valores**

- Trabajo en equipo.
- Compromiso.
- Sensibilidad a la iniciativa.
- Profesionalismo.
- Maestría.
- Innovación.
- Respeto.
- Humanismo.

### **Sera necesario:**

#### **I. Creación Grupo de trabajo multidisciplinar**

La Hemorragia Digestiva es una situación clínica potencialmente grave que debe ser atendida por un equipo multidisciplinar experto, integrado por los diferentes profesionales que intervienen en el proceso.

El equipo multidisciplinar estará formado por un grupo de profesionales de distintas áreas con distintos roles, comprometidos con un propósito, un objetivo de trabajo con planteamientos comunes, basándose en la evidencia científica y en la propia experiencia avalada durante años en

los cuidados a estos pacientes, con responsabilidad mutua compartida y con la finalidad de alcanzar unos resultados. Serán los responsables de coordinar el proyecto<sup>18</sup>.

### **Estructura composición del equipo**

- Coordinador clínico.
- Equipo de gastroenterólogos.
- Endoscopistas.
- Equipo de cirugía.
- Equipos médicos transversales: radiólogos intervencionistas, intensivistas.
- Jefa de área.
- Enfermera gestora.
- Enfermera Clínica del proceso de sangrantes.
- Enfermera referente de la Unidad de Intermedios.
- Administrativa asistencial.

## **II. Revisión de protocolos y actualización:**

Deberán elaborarse protocolos clínicos médicos de actuación basados en la evidencia científica adaptados a nuestro centro para la asistencia a los pacientes sangrantes. Se requerirán protocolos específicos para:

- Hemorragia digestiva alta no varicosa.
- Hemorragia digestiva alta asociada a hipertensión portal.
- Hemorragia digestiva baja.
- Hemorragia digestiva de origen oscuro.

También se requerirán **protocolos específicos de enfermería**, relacionados con la seguridad clínica del paciente, que deberán estar revisados y actualizados:

- Higiene de manos
- Acogida del paciente (identificación)
- Prevención de caídas. Stratify
- Catéter venoso central y periférico
- Ulceras por presión
- Preparación de la colonoscopia
- Protocolo de Resucitación CardioPulmonar (RCP)

Revisión de los **protocolos de limpieza:**

Es muy importante para minimizar y prevenir la infección nosocomial.

### III. Revisar circuitos asistenciales

La asistencia a pacientes con hemorragia digestiva se realizara en diversas áreas asistenciales.

- **Área de Urgencias:** dado que la HD es una patología urgente, esta será la puerta de entrada habitual de los pacientes. Dos de los boxes de urgencias se dotarán de monitores que permitan monitorizar el estado hemodinámico de los pacientes.
- **Quirófano de urgencias:** asimismo se habilitará uno de los quirófanos contiguos a urgencias con una torre de endoscopia y con el material fungible necesario para llevar a cabo endoscopias terapéuticas.
- **Unidad de Sangrantes:** se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio físico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad<sup>19</sup> y eficiencia adecuadas para el manejo de este tipo de pacientes.

En esta Unidad ingresarán los pacientes con mayor riesgo de recidiva (de acuerdo a los scores post-endoscópicos de riesgo) durante el periodo de mayor riesgo (1-4 días dependiendo de la patología).

El ingreso en esta unidad debe ser indicado por el Digestólogo responsable de urgencias.

- **Unidad de hospitalización gastroenterológica convencional:** En estas camas ingresarán aquellos pacientes con riesgo medio de recidiva y aquellos con riesgo inicial alto tras salir de la Unidad de Sangrantes.
- **Unidad de Endoscopia Digestiva:** siempre que sea posible por razones de horario (entre las 8 y 20 horas) las endoscopias se realizarán en la Unidad de Endoscopia Digestiva.

#### IV. Establecer proceso asistencial

Definición del proceso asistencial, trazabilidad del paciente (ingreso urgente, programado, traslados de la unidad) y las relaciones funcionales con los servicios asistenciales que garanticen la calidad y continuidad de la atención al paciente. Estos pueden ser de **soporte clínico** (banco de sangre, laboratorio de análisis clínicos, farmacia hospitalaria, diagnóstico por la imagen, gabinetes de exploraciones y unidad de gastroenterología convencional etc.), **otras unidades** (urgencias, críticos, quirófanos) y de soporte no clínico (mantenimiento, lavandería, restauración, limpieza) como con el resto del hospital.

Anexo1

En el dimensionado de esta unidad asistencial resulta esencial establecer con claridad los criterios de ingreso y de alta a la unidad asistencial de gastroenterología.

**Criterios de ingreso:** la Sociedad Catalana de Digestología en la guía de recomendaciones para el manejo de la Hemorragia Digestiva<sup>8</sup> define los criterios en la persistencia de la hemorragia en las primeras horas del ingreso, asociado a alguna de las siguientes características:

- Tensión arterial sistólica <100.
- Frecuencia cardíaca >100.
- Sincope en ausencia de otras causas asociadas al sangrado que puedan justificar estas alteraciones.
- Hemoglobina inferior a 9 g/dl en ausencia de anemia crónica previa conocida.
- Descenso de Hemoglobina de más de 2 g/dl.

**Criterios de alta:**

- Estabilidad hemodinámica.

Sesiones clínicas multidisciplinares de discusión de casos. Establecer periodicidad y metodología en las presentaciones.

Establecimiento de los procesos y protocolos más frecuentes en esta unidad, que garanticen el cumplimiento de los estándares de seguridad de los pacientes y la evaluación periódica.

Pase de visita interdisciplinar diario que permita a todos los miembros del equipo que atiende al paciente trabajar juntos y ofrecer experiencia y conocimientos en la atención del paciente<sup>21</sup>.

Evaluación diaria de los objetivos para cada paciente que permita al equipo, el seguimiento de los planes establecidos en los pases de visita.

Establecer continuidad de cuidados tras el alta de la unidad de sangrantes e ingreso en una unidad de hospitalización convencional.

Gestión de la estación clínica informatizada que además posibilite la relación con las distintas unidades y servicios del hospital de una forma más eficiente y segura.

Gestión de la estación de trabajo clínico de enfermería (planes de cuidados).

Establecimiento de indicadores de gestión de la unidad, que aseguren la calidad del proceso asistencial y sus resultados:

- Indicadores de proceso: Tasa de ocupación, estancia media del paciente en la unidad, tasa de infección nosocomial, tasa de infección por catéter venoso central o catéter venoso periférico.
- Indicadores de resultados: Tasa de reingresos, mortalidad<sup>22</sup>.

## **V. DIMENSIONES: CAPACIDAD ASISTENCIAL, ESTRUCTURA FISICA, RECURSOS HUMANOS.**

### **CAPACIDAD ASISTENCIAL**

La unidad de sangrantes estará integrada en la unidad asistencial de cuidados intermedios del área del aparato digestivo, ubicada en la planta 5 segunda unidad, tendrá capacidad para 4 pacientes.

### **ESTRUCTURA FÍSICA**

La acreditación del departamento de Salud de Cataluña establece el nivel de complejidad de este tipo de unidades.

A demás incorporamos criterios específicos de otras entidades sobre unidades de riesgo como son los estándares de acreditación de servicios de medicina intensiva y unidades de intermedios de La Fundación Avendis Donabedian y la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya

i Balears que dedican un amplio espacio a las recomendaciones en cuanto a la estructura física, equipamiento y recursos materiales<sup>23</sup> de estos Servicios.

También hay otras asociaciones como la World Federation of Societies of intensive and Critical Care Medicine que estableció criterios de diseño y equipamiento. La intensive Care Society (Reino Unido) recoge en sus estándares, aspectos referidos a la estructura física y recursos materiales y la Society of Critical Care Medicine (Estados Unidos) unas directrices para el diseño<sup>24</sup>.

Esta unidad por sus características como unidad de hospitalización especial necesita mantener relaciones funcionales y espaciales con otros niveles asistenciales como urgencias, bloque quirúrgico, radiodiagnóstico, gabinetes de exploraciones y unidad de gastroenterología convencional.

La estructura física de la unidad debe responder a los criterios de organización y funcionamiento previamente establecidos. Los espacios necesarios se derivan de las necesidades y actividades de cada uno de los usuarios principales de la unidad: pacientes, personal clínico y visitantes<sup>19</sup>.

### **Organización y características físicas**

Las zonas que constituyen la unidad de sangrantes son las siguientes:

- a) Acceso y recepción de familiares
- b) Sala de sangrantes: pacientes y control de enfermería.
- c) Apoyos generales de la unidad.

#### **a) Zona de acceso y recepción de familiar/visitante:**

Esta zona se encuentra destinada a desarrollar los recursos destinados a la familia y visitante del paciente ingresado. En esta zona se esperan para visitar al paciente de acuerdo con las condiciones establecidas por la unidad.

En este entorno de acceso a la unidad se debe localizar el despacho médico, donde los familiares reciben la información sobre el estado del paciente, así como asesoramiento por parte de cualquier profesional implicado, en unas condiciones adecuadas de privacidad.

## **b) Sala de sangrantes: pacientes y personal de enfermería**

### ***Infraestructura:***

- Se habilitarán 2 habitaciones contiguas de la unidad de intermedios (las centrales) con capacidad para 4 camas, que estarán dispuestas con los cabezales orientados hacia la pared, de esta forma, se optimizará el espacio.
- Se dispondrá de cortinas intermedias para respetar la intimidad del paciente.
- 1 cuarto de baño (lavabo, inodoro y bidet).
- Disposición de frontales en la cabecera del paciente que dispongan de suficientes tomas eléctricas (mínimo 4 tomas por paciente), sistemas para el control de la iluminación, dispositivo para activar señal de alarma, toma de vacío y oxígeno.
- Brazos articulados situados en los extremos de los cabeceros en los que se situarán los monitores.
- Dispondrá de un sistema de intercomunicación de voz, entre el control de enfermería de la unidad de intermedios y las camas de la unidad de sangrantes.
- Dispondrá de un sistema de transporte neumático de muestras para el laboratorio de urgencias.
- Espacios de apoyo para el personal de enfermería:
  - Puesto de lavado de manos para el personal.
  - Zona de preparación de medicación, con espacio para almacenamiento del material fungible necesario.
  - Control de enfermería para observación directa de los pacientes y zona de trabajo.

Dadas las características estructurales de la unidad, no se dispone de boxes individuales, por lo que en el caso de pacientes que requieran algún tipo de aislamiento nosocomial, tendrán que ser ingresados en las habitaciones individuales de la unidad de intermedios.

***Equipamiento:***

- 4 monitores que permitan la monitorización estricta de la situación hemodinámica del paciente así como el diagnóstico precoz de la recidiva hemorrágica
- pulsioxímetro portátil para traslado de pacientes
- 4 aparatos de tensión arterial
- bombas de infusión. Mínimo 3 por paciente (12)
- 4 aspiradores, de aspiración continua e intermitente
- 4 tomas de oxígeno doble
- 1 carro de electrocardiograma
- 1 carro de higiene
- 1 carro de curas
- 1 carro de unidosis con ordenador portátil
- 1 maletín de parada cardiorrespiratoria
- 1 aparato de medición de glucemia capilar
- 4 camas automáticas con colchones viscolásticos
- 1 ordenado
- 1 impresora
- 1 silla de transporte

Es importante destacar que disponemos de todo este equipamiento excepto de los 4 monitores.

### **c) Zonas de apoyo a la unidad**

Estas zonas ya existen y se comparten con la unidad de intermedios.

- Ducha asistida para pacientes. Es un espacio próximo a la zona de la unidad.
  
- *Zona limpia:*
  - Zona terapéutica: Es la zona de trabajo y preparación para el resto del personal de enfermería adjudicado a la unidad de Intermedios.  
Esta zona dispone de armarios con bandejas para el material fungible, dispensadores de fármacos, sueros, nevera de medicamentos y material terapéutico limpio y estéril. Resulta esencial realizar un análisis previo del material necesario y de la medicación necesaria para estos pacientes.
  - La lencería se dispondrá en un armario de reposición diario, ubicado en el control de enfermería.
  
- *Zona Sucia:*
  - Espacio donde se ubican contenedores diferenciados, que posibilitan la clasificación de residuos orgánicos, clínicos y urbanos. En este mismo espacio también se depositan los sacos de la ropa sucia.
  - Próximo al control de enfermería, se encuentra un espacio que dispone de pila para lavar palanganas y material no desechable, así como macerador de cuñas y botellas de diuresis además de un vertedero para residuos líquidos.
  - Esta zona sirve de apoyo para la actividad cotidiana del servicio de limpieza.

- *Zona del personal:*
  - Sala de estar de enfermería y office.
  - Aseo del personal, equipado con lavabo, inodoro y ducha.
  - En el control de la unidad de intermedios existe un soporte informático con 4 ordenadores y 1 impresora, además dispone de un mostrador, que sirve como mesa de trabajo, para clínicos, personal de enfermería y administrativa asistencial. En este espacio realizarán los profesionales el intercambio de información de los pacientes.
  - Sala de reuniones / sesiones / aula clínica: sala polivalente para el trabajo del personal (sesiones clínicas, seminarios, formación y docencia.) Dispone de sistema informático que está conectado a la red de todo el hospital.
  - Vestuario: la unidad dispone de un espacio previo al acceso a la sala con equipamiento de taquillas para el personal.
  - Despacho médico que se encuentra fuera de la unidad, donde reciben la información los familiares.
  - Dormitorio del médico de guardia con soporte informático, además dispone de aseo con ducha<sup>19</sup>.

Las zonas de apoyo a la unidad existen actualmente en la unidad de intermedios, por lo que no habría que hacer ningún tipo de inversión estructural.

## RECURSOS HUMANOS

La relación entre la adecuada dotación del personal médico y de enfermería en las unidades de sangrantes (intermedios) y los resultados en términos de calidad (mortalidad, complicaciones) y eficiencia (estancia media) está ampliamente contrastada<sup>25</sup>.

- **Personal facultativo**

- Coordinador clínico
- 4 Gastroenterólogos.

Se designarán cuatro gastroenterólogos a la Unidad de sangrantes, aunque su dedicación no será exclusiva a ésta y se tendrá en cuenta que cada uno de ellos realiza 2-3 guardias mensuales (con su correspondiente libranza del día siguiente) y asistencia en Consultas Externas 1 día por semana.

De forma rotatoria (cada 3 meses) dos de ellos trabajarán como endoscopistas en la Unidad de Endoscopia Digestiva y además de la endoscopia habitual, serán los responsables de realizar la endoscopia urgente a los pacientes sangrantes que surjan. El hecho de que sean los mismos médicos responsables de los pacientes sangrantes los responsables de realizar la endoscopia es un factor motivador que favorecerá la rapidez con que se realizan las pruebas, la adherencia a los protocolos asistenciales y de investigación<sup>26,27</sup>.

Los otros dos miembros del equipo se dedicarán a la asistencia a los pacientes sangrantes hospitalizados (en camas convencionales y en la Unidad de sangrantes). La asistencia inicial en el Área de Urgencias correrá a cargo del gastroenterólogo de guardia. Éste será también el responsable de llevar a cabo las endoscopias que deban realizarse fuera del horario de funcionamiento normal de la Unidad de Endoscopia, (entre las 20 y las 8 horas) y los días festivos.

- **Profesionales de Enfermería**

Como criterio orientativo en cuanto al personal de enfermería, la guía del INSALUD tomada de los criterios de la Tact Force de la European Society of Intensive Care Medicine, recomienda un ratio de personal diferente dependiendo del nivel asistencial de cuidados intensivos. En nivel asistencial I (equivalente a Unidad de Intermedios) se recomienda 1 enfermera por cada 4 pacientes y 1 auxiliar por cada 4. Sin embargo, el método más adecuado es ajustar la plantilla de enfermería a las necesidades de los pacientes medida por su gravedad y dependencia. Para ello se suelen utilizar los métodos de medida de las intervenciones terapéuticas. **TISS 28** (Therapeutic Intervention Scoring System). Utilizando la metodología **TISS** los pacientes de unidades de intermedios (sangrantes) corresponderían al nivel I, en el que el ratio es de 1 enfermera y 1 auxiliar por cada 4 pacientes<sup>27,28</sup>.

**Profesionales necesarios:**

- Jefa de área.
- Enfermera gestora.
- 1 Enfermera clínica del proceso sangrante.
- 4 Enfermeras referentes. 1 por turno.
- 4 Auxiliares de Enfermería. 1 por turno

Los turnos de trabajo de esta Unidad serán de 7h mañana, 7h tarde y 10h noche, alternando.

Las secuencias de libranzas serán fijas: 1 fin de semana libre de cada 3 y el viernes de la semana que no toca librar el fin de semana.

Las profesionales canguros de fin de semana darán cobertura a las libranzas y, se compartirán con el resto de personal de la unidad de intermedios.

Es muy importante destacar que al integrar la unidad de sangrantes en la unidad de intermedios disponemos de la dotación de profesionales de enfermería de esta unidad, excepto de las 2 auxiliares de los turnos de noche.

Tabla nº 2. Personal de Enfermería

	Turno día		Turno noche		
	Mañana	Tarde	L-Mi-V *	M-J-S *	
16 Enfermeras	4	4	4	4	<u>Total</u> 16
CFS Enfermeras	2	2	2	2	<u>Total</u> 8
12 Auxiliares	3	3	3	3	<u>Total</u> 12
CFS Auxiliares	2	2	2	2	<u>Total</u> 8
<b>PERSONAL DE ENFERMERIA</b>					

\* L: Lunes; M: Martes; Mi: Miércoles; J: Jueves; V: Viernes; S: Sábado.

- **Profesionales de apoyo a la unidad**

1 Administrativa asistencial.

3 Celadores asistenciales. 1 por turno.

**Administrativa asistencial:**

7h turno de mañana, compartida con la unidad de intermedios.

Actualmente ya disponemos de esta figura.

**Celador asistencial:**

Los turnos de trabajo en esta Unidad serán de 7h mañana, 7h tarde y 10h noche alternando L-Mi-V y M-J-S, con sus libranzas correspondientes.

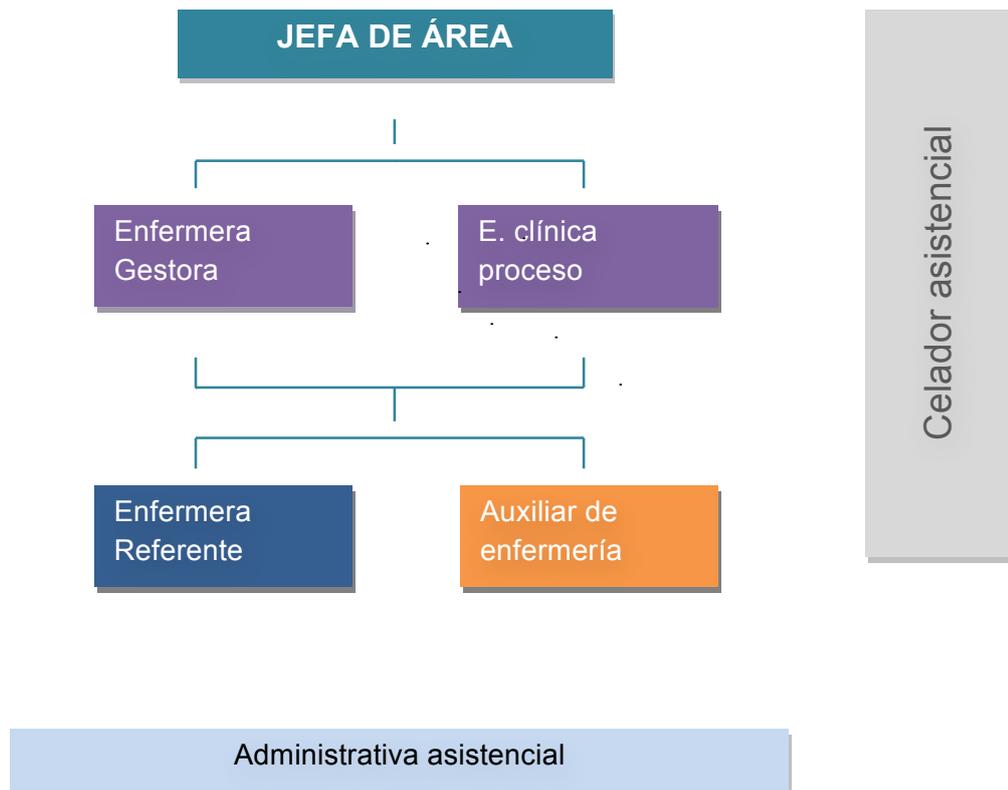
El celador del turno mañana y tarde será compartido con las otras 2 unidades de la planta 5. El celador del turno de noche será compartido además, con la planta 7 y 8 del hospital.

Actualmente ya disponemos de estas figuras.

Tabla 3. Turnos celadores

UNIDAD DE SANGRANTES		
Mañana	Tarde	Noche
Celador habitual	Celador habitual	Celador habitual: comparte unidades: plantas 5,6,7 y 8

## ORGANIGRAMA UNIDAD DE SANGRANTES



## DEFINICIÓN COMPETENCIAL DE LOS DIFERENTES PROFESIONALES

### COORDINADOR CLÍNICO

Será un digestólogo especialista en esta patología, teniendo entre otras, las siguientes funciones:

- Desarrollo e implantación de las políticas de admisión y alta de los pacientes.
- Dirigir la política asistencial de la unidad, sobre la base de procedimientos diagnósticos y terapéuticos protocolizados.

- Articular la política asistencial y la gestión de la unidad, con la de la institución a la que pertenece.
- Supervisar la administración de los recursos materiales.
- Evaluar los resultados asistenciales y de la gestión, basados en estándares e indicadores.
- Asegurar la calidad de los registros asistenciales y de su procesamiento para elaborar los indicadores requeridos.
- Intervenir en la selección del personal médico.
- Evaluar el desempeño del personal médico e intervenir en la programación de su educación médica continuada.
- Participación en investigación y docencia.
- Responsable de la atención brindada al paciente y a su familia<sup>29</sup>.

## **JEFA DE ÁREA**

### ***Ámbito de responsabilidad***

- Responsabilidad sobre todo el equipo del área.
  - Responsabilidad sobre asistencia e investigación.
  - Responsable de la formación continuada y evaluación de las necesidades formativas.
  - Evaluación competencial del equipo.
  - Transmitir información entre núcleos funcionales.
  - Liderar y gestionar conflictos.
  - Asignar objetivos anuales.
- Coordinación interna y externa del área.
  - Facilitar el trabajo multidisciplinar.
  - Nexos de unión entre equipos multidisciplinarios.
- Gestión del núcleo funcional y proceso asistencial.
  - Garantizar la seguridad y calidad en el proceso asistencial.

- Programar la evaluación y participación de los procesos de cuidados.
- Referente del equipo multidisciplinar.
  - Coordina circuitos establecidos.
  - Pone en marcha nuevos proyectos.
- Responsable de las líneas estratégicas del núcleo funcional.
- Eficiencia en la utilización de recursos.
- Calidad de los cuidados mejorando el proceso clínico.
  - Liderar la creación y revisión de protocolos, procedimientos y continuidad de cuidados.
- Referente de enfermería para la dirección clínica del área.

### **ENFERMERA GESTORA**

Descripción de los ámbitos de responsabilidad en los diferentes niveles competenciales<sup>30</sup>.

#### ***Área de responsabilidad***

- **Equipo Profesional.**
  - Organiza toda la operatividad diaria para garantizar la gestión de cuidados.
  - Evalúa la calidad de los cuidados y realiza el seguimiento de los incidentes críticos.
  - Realiza el seguimiento de los planes de cuidados informatizados.
  - Responsable de la planificación de las libranzas diarias y cobertura de los períodos vacacionales de los profesionales, conjuntamente con el departamento de recursos humanos.

- Evaluación del personal de nueva incorporación.
- Responsable de la formación de los profesionales de nueva incorporación.
- Responsable de la formación de las alumnas de pregrado.
- Responsable de la formación continuada de los profesionales de enfermería.
- Promueve el estudio y la investigación enfermera.
- Liderar la creación y revisión de protocolos, procedimientos, guías clínicas garantizando su cumplimentación.
- Lidera, hace el seguimiento y evaluación de los resultados de los objetivos anuales, pactados con la Dirección de Enfermería.
- Detección de conflictos y las personas implicadas:
  - Mecanismos para gestionar el conflicto
  - Gestión y/o resolución del conflicto
  - Seguimiento de la gestión de cuidados enfermeros.
- **Recursos materiales.**
  - Detección y gestión de las necesidades de material en las unidades, por incremento de trabajo o nuevas situaciones.
  - Detección de material defectuoso. Informe a almacenes generales.
  - Incorporación de nuevos materiales. Contacto con delegados comerciales.
- **Gestión de pacientes.**
  - Colabora con la gestión de pacientes para que el circuito de ingresos, altas o traslados se realice de la manera más eficaz.
  - Se responsabiliza de que el paciente y familia tengan la formación e información necesaria que garantice el confort.
  - Consensuar con la enfermera clínica del proceso la gravedad o complejidad del paciente y cuidados necesarios.

Actualmente ya disponemos de esta figura en la unidad de intermedios.

## **ENFERMERA CLÍNICA DEL PROCESO SANGRANTE**

**Misión:** "Velar por la asistencia integral de los pacientes de la unidad y / o servicio, garantizando unos cuidados de enfermería integrales y de calidad a lo largo de todo su proceso, mediante la comunicación, colaboración y coordinación con todos los profesionales implicados".

Tiene dependencia jerárquica de la Jefa de Área y trabaja conjuntamente con la Enfermera Gestora<sup>30</sup>.

Descripción de los ámbitos de responsabilidad en los diferentes niveles competenciales<sup>31,32</sup>.

### ***Área de responsabilidad:***

#### **Asistencial**

- Enfermera de referencia experta en la gestión de cuidados de la unidad de sangrantes:
  - Pase de visita con enfermera asistencial y equipos médicos.
  - Seguimiento de los planes de cuidados informatizados.
  - Revisión cumplimiento protocolos.
  - Revisión indicadores cumplimiento calidad.
  - Horarios y administración medicamentos.
  - Apoyo a curas complejas.
  - Contacto con el resto de enfermeras clínicas transversales: nutrición parenteral, infección, dolor, etc.
  
- Gestión de casos: es imprescindible elaborar procedimientos y trayectorias clínicas para poder acelerar los procesos y detectar aquellos casos complejos que requieran una intervención especializada y una coordinación asistencial.
  
- Planes de educación sanitaria para paciente y familia.
  
- Garantiza la continuidad de cuidados al alta. Coordina los dispositivos del hospital al respecto (UFISS, enfermera enlace, etc.).

- Organiza sesiones clínicas.
- Asesora a la enfermera asistencial en aspectos específicos de los cuidados, aumentando la satisfacción de los enfermos y de los equipos asistenciales.
- Ejerce liderazgo clínico con una autoridad clínica reconocida por parte de todo el equipo asistencial y de la institución en ese programa del cual es referente y experta.
- Incide de forma transversal en la organización o núcleo asistencial para garantizar la estandarización de los cuidados enfermeros.

### **Docencia e investigación**

- *Formación continuada:*
  - Propone y organiza actividades de formación continuada con el personal de la unidad o servicio en aspectos técnicos, metodológicos relacionados con el programa que desarrolla.
- *Docencia de pre y postgrado:*
  - Es la persona de referencia de la unidad o servicio para las alumnas de enfermería.
  - Colabora en la consecución de los objetivos de aprendizaje del alumno.
  - Responsable de realizar la acogida a los profesionales de nueva incorporación.
  - Garantiza la actualización continua de los cuidados según los avances científicos.
  - Propone proyectos de investigación y potencia la elaboración de comunicaciones para la participación en congresos facilitando el intercambio de experiencias entre profesionales de diferentes centros y ámbitos.

## **Gestión de la calidad**

Garantiza la calidad del proceso asistencial mediante:

- La protocolización de los cuidados de enfermería en base a la evidencia científica<sup>31</sup>.
- Definición y seguimiento de los resultados de indicadores de calidad asistenciales (relacionados con los cuidados).
- Identifica los procesos más deficitarios.
- Propone estrategias de mejora.

Actualmente ya disponemos de esta figura.

## **ENFERMERA REFERENTE**

Es capaz de valorar, planificar, ejecutar y evaluar el cuidado de los pacientes, desde el ingreso hasta el alta<sup>33</sup>.

### ***Ámbito de responsabilidad***

- Revisa documentación clínica en el momento del ingreso.
- Se presenta al paciente y familia como enfermera referente de su proceso.
- Guiar el proceso de cuidados (Instaura el plan de cuidados).
- Garantiza la continuidad asistencial: nexo de unión con otros componentes del equipo multidisciplinar, dietistas, fisioterapeutas, enfermera de enlace.
- Es autónoma. Garantiza la prescripción y administración de los cuidados.
- Planifica y coordina el proceso del alta hospitalaria, cuando detecta la previsión del alta.
- Elaborar el alta de enfermería y cerrar el proceso.

### **AUXILIAR DE ENFERMERÍA.**

- Cuidar.
- Facilitar el proceso de adaptación.
- Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante.
- Seguridad y confort.
- Cuidados delegados:
  - Alimentación.
  - Higiene.
  - Movilidad y confort.
  - Eliminación.
  - Comunicación.
  - Trabajo en equipo.
  - Seguridad del paciente.
  - Prevención de la transmisión de infecciones.

### **ADMINISTRATIVA ASISTENCIAL**

La administrativa asistencial será un miembro más del equipo asistencial multidisciplinar. Trabaja desde el núcleo donde está ingresado el paciente, dando apoyo directo al paciente, a la familia, a los profesionales y a la unidad.

#### ***Área de responsabilidad:***

##### **Gestión de Pacientes**

- Reclamar pruebas diagnósticas a diferentes servicios, para agilizar el proceso.
- Localizar equipo médico si es necesario.
- Pacientes de urgencias, pendiente de cama en el servicio.
- Confirmación a admisión de los traslados previstos a otras unidades (prioritariamente a la unidad de gastroenterología).
- Entrega de toda esta información a la enfermera gestora.
- Comunicación a la unidad de las camas que se ocuparán, con nombres de pacientes y su procedencia.

- Agilizara el traslado del paciente urgente de otra unidad o del servicio de urgencias.

### **Apoyo a la familia**

- Informar a la familia del funcionamiento de la unidad.
  - Horarios de visita familiares.
  - Horario de pase de visita médico.
  - Informar del equipo médico que tiene asignado el paciente.
  - Entrega de documentación específica de la unidad.
- Comunicar a la familia y al paciente la habitación a la que se trasladará cuando sea dado de alta de la unidad.
- Avisar a la familia en caso de que se agrave la situación clínica del paciente o se traslade a algún servicio especial (Críticos).
- Localizar al equipo médico correspondiente, para informar a los familiares, fuera del horario del pase de visita médico.
- Proporcionará información a las familias durante el horario de visita (mañanas) si es necesario.
- Se pondrá en contacto con las azafatas del hospital para gestionar asuntos relacionados con el paciente.

### **Equipo profesional**

- Gestionará las libranzas justificadas e injustificadas además de la planificación de los períodos vacacionales de los profesionales (montar trenes para realización de contratos).
- Transcripción cambios de guardia.
- Gestionar las salidas si están planificadas con anterioridad, sino, tiene que confirmarlo con la enfermera gestora previamente.
- Transcripción de las libranzas al aplicativo Work planer.
- Localización telefónica de profesionales para cobertura.
- Comunicación a recursos humanos de las diferentes incidencias tanto diarias como para días posteriores (faltas injustificadas).

- Gestión de las fichas Complemento de Retribución Variable y fotocopias a los profesionales.

### **Apoyo a la unidad**

- Realizar partes de mantenimiento.
- Recursos materiales.
- Gestión correo electrónico a suministros.
- Gestión de pedidos urgentes de farmacia y suministros.
- Transcripción de informes de material defectuoso y/o de nueva incorporación.

### **Apoyo administrativo en temas de docencia e investigación**

- Colocar en tablón de anuncios información sobre cursos, jornadas y congresos.
- Inscripciones formación continuada.
- Transcripción de abstract a congresos.
- Solicitud de ayuda económica a formación continuada.
- Gestión de las sesiones informativas de la unidad (aula, convocatoria sesión...)
- Gestionar y asignar diferentes acreditaciones a los profesionales.

### **CELADOR ASISTENCIAL**

#### **Apoyo a la unidad:**

- Tareas relacionadas con el Servicio de Esterilización.
- Tareas relacionadas con el Servicio de Farmacia.
- Tareas relacionadas con el Servicio de Laboratorio, llevar las muestras de las analíticas urgentes, anatomía patológica.
- Tareas relacionadas con el Servicio de Mantenimiento y Electromedicina.
- Revisión una vez por semana de las habitaciones, para mantenimiento de las instalaciones, incluidos los aparatos.

- Elaborar partes de mantenimiento y tramitarlos con la secretaría.
- Revisión del nivel de la bala de oxígeno al comenzar la jornada.

**Tareas asistenciales directas:**

- Colaboración con la higiene completa de los pacientes con dependencia, organización a primera hora del turno para poder planificar la actividad de la jornada.
- Colaboración para la sedestación de los pacientes con movilidad reducida.
- Realizar traslados internos y externos de los pacientes.
- Acompañar a los pacientes en el momento del alta con silla si tienen limitada la movilidad.

**Apoyo al Área:**

- Devolver los equipos y materiales que puedan encontrarse en los pasillos y rellanos de la planta a su unidad de origen, registrarlo en la plantilla de seguimiento (camillas, sillas de ruedas, transfers, trapecios, etc.).
- Gestiones de secretaría.

**VI. DEFINIR INDICADORES DE EVALUACIÓN**

Definir indicadores de gestión de la unidad, que aseguren la calidad del proceso asistencial y los resultados clínicos<sup>34,35</sup>.

- **Indicadores de proceso:**
  - Porcentaje de ingresos en urgencias.
  - Estancia media de los pacientes en la unidad.
  - Tasa de ocupación.
  - Porcentaje de adherencia de los profesionales al plan terapéutico establecido.

- Fecha de actualización de los protocolos.
- Porcentaje de hemoderivados, consumo de fármacos.
- Tasa de infección por catéter venoso central o periférico.
- Tasa de infección nosocomial.
  
- **Indicadores de resultados:**
  - Tasa de reingresos. Recidivas.
  - Mortalidad.

## VII. CRONOGRAMA

MES/AÑO	ACTIVIDADES
Junio 2013	Creación grupo trabajo
Julio	Revisión protocolos
Agosto	Revisión circuitos
Septiembre	Definición del proceso asistencial
Octubre	Elaboración de la propuesta
Noviembre	Presentación propuesta a la dirección
Diciembre	Adecuación estructura
Enero 2014	Adecuación equipo
Febrero - Abril	Prueba piloto
Mayo	Evaluación
Junio	Implementación y estabilización

## **VIII. PRUEBA PILOTO**

La puesta en marcha de la prueba piloto nos permitirá valorar: el funcionamiento del equipo multidisciplinar, los circuitos, el proceso asistencial, y los indicadores de proceso y de resultados. A los 5 meses el equipo valorará la implementación.

## **IX. EVALUACIÓN DE INDICADORES**

Los indicadores de gestión tanto de proceso como de resultado expuestos anteriormente, se evaluarán de acuerdo a las mediciones obtenidas, que nos permitirán evaluar los costes del proceso asistencial, así como, establecer estrategias de mejora para garantizar dicho proceso.

## **CONCLUSIONES**

La creación de una unidad de sangrantes en el HUB permitiría tratar de un modo más específico a este tipo de pacientes y contribuir al desarrollo de diferentes técnicas de terapéutica endoscópica, que mejoren la seguridad en el manejo clínico del paciente.

El equipo multidisciplinar, formado por personal médico, gastroenterólogos, endoscopistas, radiólogos y cirujanos y personal de enfermería altamente cualificado y especializado en el manejo de la hemorragia digestiva contribuiría a mejorar los cuidados de estos pacientes.

Esta unidad también favorecerá la concentración de recursos terapéuticos y la aplicación de protocolos conjuntos, que permitirían un manejo más racional y homogéneo de estos pacientes y una disminución de los costes del proceso asistencial.

## BIBLIOGRAFIA

1. Perez A, Nuevo J, Lopez AA, González A, Martin C, Aviñoa D et al. Current management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in Spain. *Gastroenterol hepatol*. 2012; 35(7): 468–475
2. Gisbert JP, Khorrami S, Carballo F, Calvet X, Gene E, Dominguez E. Tratamiento farmacológico de la hemorragia digestiva por úlcera péptica. *Med Clin* . 2006; 27(2):66-75
3. Feu F, Calvet X, Fernandez J, Guardiola J, Moreno P, Panades A, Salço J, Saperas E, Villanuevas C, Planas R. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la Hemorragia Digestiva Alta aguda no varicosa. *Gastroenterol Hepatol*. 2003; 26 (2) :70-85
4. Barnert J, Messmann H. Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding. *Nat Gastroenterol Hepatol*. 2009; 6: 637-46
5. Informació corporativa. Hospitalet de Llobregat: Hospital Universitari de Bellvitge; 1995 (actualizada 25/04/2013; consultada 26/04/2013). Disponible en:  
[http://www.bellvitgehospital.cat/info\\_corporativa/index.html](http://www.bellvitgehospital.cat/info_corporativa/index.html).
6. Raña R, Noble A, Bielsa MV, Gallardo G, Mena H, Rosales M, Tamayo JL. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por úlcera péptica. *Tratamiento. Gastroenterol Hepatol Mex*. 2009; 74(2): 153-60
7. Martínez JL. Hemorragia digestiva alta etiología y procedimientos diagnósticos. *Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 2005; 17(4): 1050-1054
8. Guardiola J, Brullet E, Alba E, Espin E, Gallach M, García-Iglesias P et al. Recomanacions pel Maneig de l'Hemorràgia Digestiva Baixa Aguda. Barcelona: Societat Catalana de Digestologia; 2013 (consultada 26/04/2013). Disponible en:  
[http://www.scdigestologia.org/docs/docs\\_posicionament/Hemo\\_Digestiva\\_2013.pdf](http://www.scdigestologia.org/docs/docs_posicionament/Hemo_Digestiva_2013.pdf)

9. Strate LL, Saltzman JR, Ookubo RR, Mutinga ML, Syngal S. Validation of a clinical prediction rule for severe acute lower intestinal bleeding. *Am J Med. Gastroenterol* . 2005; 100:1821-7
10. Rodríguez F, Berrozpe A, Guardiola J. Diagnostic performance of colonoscopy in lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Hepatol*. 2011; 34(8): 551-557
11. Moreno P, Jaurrieta E, Aranda H, Fabregat J, Farran L, Biondo S, Jorba Borobia FJ, Pallares R. Efficacy and Safety of an Early Discharge Protocol in Low-Risk Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding. *Am J Med*. 1998; 105: 176-181
12. Berrozpe A, Rodríguez-Moranta F, Vázquez X, Botargues JM, Soriano-Izquierdo A, Peñalva M, Guardiola J. La colonoscopia precoz predice el riesgo de recidiva en la hemorragia digestiva baja. *Gastroenterol Hepatol*. 2010; 33(3): 20
13. Rodríguez-Moranta F, Berrozpe A, Soriano-Izquierdo A, Botargues JM, Ballester R, Biondo S, Guardiola J. Impact of the creation of a bleeding unit on the management of lower gastrointestinal bleeding. *Digestive Diseases Week. Gastrointestinal Endoscopy*. 2007; 65(5): 252-256
14. Garrido A, Márquez JL, Guerrero FJ, Leo E, Pizarro MA, Trigo C. Cambios en la etiología, resultados y características de los pacientes con hemorragia digestiva aguda grave a lo largo del periodo 1999-2005. *Esp. Enferm. Dig.* 2007; 99(5): 275-279
15. Garrido A, Márquez JL, Guerrero FJ, Leo E, Pizarro MA, Leo E, Giráldez A. Transfusion requirements in patients with gastrointestinal bleeding: a study in a blood unit at a referral hospital. *Esp. Enferm. Dig.* 2006; 98(10): 760-769
16. García GJ, Gomis ML, José P, Roman MD. Funcionamiento de la Unidad de Sangrantes Digestivos Hospital Universitario de Alicante. Alicante: Hospital Universitario de Alicante; 2011(actualizada 10/01/2011; consultada 26/04/2013). Disponible en <http://es.slideshare.net/GuilleGarca/unidad-sangrantes-digestivos>

17. Hemorragia digestiva alta en la Unidad de Sangrantes del Hospital Clínico de Barcelona. Barcelona: Hospital Clínico de Barcelona. (consultada 24/4/2013). Disponible en [http://www.fgcasal.org/aeets/zaragoza/AEETS\\_Josep\\_Pique.pdf](http://www.fgcasal.org/aeets/zaragoza/AEETS_Josep_Pique.pdf)
18. Jimenez S, et.al. Tratado de Emergencias Médicas. Tomo I. Madrid, España: Arán Ediciones S.A., 2000. 440-441p. ISBN:84-86725-64-X
19. Palanca I, Esteban A, Elola J. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 (consultado 29/1/2003). Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
20. Society of critical care medicine. Guidelines for intensive care unit design. 1995. 23(3): 582-588.
21. Brill R, Spevetz A, Branson RD. Definition of an Intensivist and the Practice of Critical Care Medicine. Critical care delivery in the intensive care unit: Defining clinical roles and the best practice model. Crit Care Med. 2001; 29: 2007-2019.
22. Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med. Guidelines for intensive care unit design. 1995; 23(3): 582-8.
23. Boigas L, Campineras A, Jover C, Blanch L, Cabre L, Mancebo J, Pelaez JC. Estándares de acreditación. Servicios de Medicina Intensiva. Fundación Avedis Donabedian. Academia de Ciencias médicas de Cataluña i Baleares. 1997.
24. Quality Critical Care. Beyond "Comprehensive Critical Care". A Report By the Critical Care Stakeholder Forum. 2005
25. Williams S, Coombs M, Lattimer V. Workforce planning for critical care: a rapid review of the literature (1990-2003). Faculty of medicine, health and life sciences school of nursing and midwifery. 2003
26. Almoosa KL, Goldenhar LM, Puchalski J, Ying J, Panos RJ. Critical Care Education During Internal Medicine Residency: A National Survey. J Grad Med Educ. 2010; 2(4): 555-561

27. Standards for acute and critical care Nursing Practice. American Association of Critical-care nurses. 2012; (Consultada 15/04/2013).  
Disponible en:  
<http://www.aacn.org/WD/Practice/Content/standards.for.acute.and.ccnursing.practice.pcms>
28. Reis M, Moreno R, Lapichino G. Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). Intensive Care Med. 1997; 23(7): 760-5.
29. Vincent JL, Suter P, Bihari D, Bruining H. Organization of intensive care units in Europe: lessons from the EPIC study. Intensive Care Med. 1997; 23: 1181-4.
30. Ridaio ML. Incorporar la enfermera clínica y la enfermera gestora en los nuevos modelos organizativos de enfermería. Nursing. 2011; 29(03) : 56-61
31. Definición y características de las funciones de la Enfermera de Práctica Avanzada. Consejo internacional de enfermeras. 2002 (actualizada 18/07/2012; consultada 10/03/2013). Disponible en URL:  
[www.inc.ch/network](http://www.inc.ch/network)
32. Juvé ME. Proyecto Conva de definiciones y evaluación de competencias enfermera. Instituto Catalán de la Salud. (consultada 14/03/2013).  
Disponible en: <http://www.portalics.rrhh/CPR/iniciCPR.aspx>.
33. Blasco RM. Sistemas de Prestación de cuidados. Apuntes máster de liderazgo y gestión de los servicios de enfermería. Fundación IL3. Barcelona. 2007; pag 10-11
34. Martín MC, Cabré LL, Ruiz J, Blanch LL, Blanco J, Castillo F et al. Indicators of quality in the critical patient. Med. Intensiva. 2008; 32(1)23-32
35. Cabré LI, Mancebo J, Bohigas LI. Estándares para la acreditación de los Servicios de Medicina Intensiva. Calidad Asistencial. 1996;11: 6-17

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero expresar mi agradecimiento a la tutora Sra. Tarsila Ferro García que me ha dirigido y aconsejado en este proyecto, a la Dra. Kreisler y al equipo de Digestólogos del HUB que me ha ayudado en la elaboración de las líneas estratégicas.

También quiero expresar mi agradecimiento al Sr. José Antonio Jerez, enfermero del Área del Aparato Digestivo del HUB, por facilitarme instrumentos para la realización de este proyecto, a mi hija Beatriz por el asesoramiento y dedicación, a mi hijo David que a pesar de la distancia también ha hecho sus aportaciones, y a mi marido, por el apoyo incondicional que me ha dado en todo momento.

Quiero mostrar mi gratitud a la Directora de Enfermería del HUB Sra. María Antonia Casado García, por haberme facilitado medios para poder realizar este proyecto.

**Anexo 1.**

**MAPA DE PROCESOS UNIDAD DE SANGRANTES**

