

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERIA

Curso Académico: 2012/2013

Convocatoria Junio 2013

Trabajo Fin de Grado

Procesos psicosociales y toma de decisiones

Alumna Miriam Jiménez Díaz

Tutora Margarita Moreno Montoya

ÍNDICE

	Páginas
1. Introducción	3-5
1.1 Los Procesos psicosociales en el ámbito laboral sanitario	3
1.2. Consecuencias de los procesos psicosociales	3-5
2. Objetivos	5
3. Metodología	5-6
4. Desarrollo y Discusión	6-19
4.1. Toma de decisiones en el ámbito sanitario	6-7
4.1.1 Aspectos que dificultan la toma de decisiones	7
4.2 Toma de decisiones en urgencias	8-13
4.2.1 Métodos de toma de decisión en urgencias	11-13
4.3 Toma de decisiones en quirófano	14-17
4.3.1 Proceso de atención quirúrgica	15-16
4.3.2 Modelo de toma de decisión en quirófano	16-17
4.4 Toma de decisiones en pediatría	17-19
4.4.1 Métodos de toma de decisiones en pediatría	18
4.4.2 Farmacología en pediatría	18-19
5. Conclusiones y propuestas de mejora	19-21
6. Referencias	22-26

Resumen

En el presente Trabajo de Fin de Grado se ha realizado una revisión sobre el estado actual de los procesos psicosociales y la toma de decisiones en el ámbito sanitario. Para ello se han consultado distintas fuentes bibliográficas, en las que tras una profunda revisión se presentan en el siguiente trabajo una síntesis del papel de los procesos psicosociales en la práctica de Enfermería, así como los principales modelos empleados en las tomas de decisiones en determinados servicios específicos como por ejemplo urgencias, quirófano y pediatría. Se discutirá en este mismo apartado sobre la relación existente entre los mismos y la aportación al ámbito sanitario. Por último, se presentarán las conclusiones sobre la relevancia de los procesos psicosociales y los distintos modelos de toma de decisiones, y se expondrán una serie de propuestas de mejoras basadas en la evidencia clínica, para obtener una práctica clínica más homogénea, con menores sesgos clínicos y mayor satisfacción para servicio sanitario y del usuario.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Los Procesos psicosociales en el ámbito laboral sanitario

Los procesos psicosociales se generan en la interacción entre las personas, grupos sociales organizaciones, la familia y las comunidades. En las mismas, se generan toda clase de relaciones sociales y donde se puede evidenciar los sentimientos de las personas, la manera de pensar, las tradiciones de representarse en el mundo. De este modo, los procesos psicosociales pueden afectar a las relaciones entre los miembros del grupo ¹.

En los procesos de intercambio social que se producen entre el trabajador, la organización, sus superiores y los servicios sanitarios que prestan, pueden determinar las conductas humanas.².

Según estas definiciones, se han descrito dos modelos de procesos psicosociales:

1º) El modelo de Buunk y Schaufeli (1993) presenta como fuente de estrés, no sólo la percepción de un desequilibrio en los intercambios sociales, sino también la incertidumbre y falta de control sobre los resultados, afirmando que en enfermería los trabajadores no buscan ayuda entre compañeros ante la aparición de estrés por miedo a la crítica o a ser considerados poco competentes.

2º) El modelo de Harrison (1983) que expone en su Modelo de Competencia Social, la relación existente entre la motivación del profesional para llevar a la práctica la relación de ayuda que implica los cuidados de enfermería, y la insatisfacción laboral y pérdida de bienestar psicológico que aparece ante motivaciones de conductas de ayuda como altruismo, obligación, o cooperación. Motivaciones que, según afirma el autor, se encuentran muy elevadas al iniciarse su vida profesional pero que con el paso de los años disminuyen, siendo esto más frecuente en personas con mucha confianza en el alcance de sus objetivos, necesidad de reconocimiento hacia su trabajo y búsqueda de promoción y crecimiento profesional.

1.2. Consecuencias de los procesos psicosociales

La percepción del trabajador sobre su nivel de capacidad de acción en la toma de decisiones es

un elemento que debe contemplarse como desencadenante de consecuencias psicosociales. Esto puede constituir una fuente importante de estrés y aparición de sintomatología asociada a la pérdida de bienestar laboral³. Autores como Jansen, lo atribuyen a la escasa participación en la toma de decisiones e implicación con el paciente, o falta de control en los resultados de su trabajo, pudiendo llevar al sujeto a un estado de inicio de depresión y baja autoestima, lo que se conoce como el síndrome de Burnout, que consiste en un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por el involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo⁴. Este síndrome es de suma importancia dado que no sólo afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece sino que en muchas ocasiones, a causa de este síndrome se llega a poner en peligro la salud de los pacientes; tanto los que lo sufren directamente, así como los que son atendidos por alguien que lo padece⁵.

El síndrome de Burnout puede ser debido a que las instituciones de salud a nivel nacional tienen escasez y alta rotación de enfermeras, ambas situaciones nos pueden llevar a la insatisfacción laboral, poco reconocimiento entre pares y la sociedad, percepción de falta de apoyo para la capacitación y desarrollo profesional, sobrecarga de trabajo en relación a la asignación enfermera/paciente lo cual repercute en una mala calidad de la atención, aumento en los efectos adversos, altos costos en salud y por consiguiente la insatisfacción del usuario. Una estrategia para resolver esta problemática son los hospitales magnéticos considerados como aquellos que atraen y retienen a los profesionales de enfermería en las instituciones de salud para brindar cuidados de excelencia a través de ocho elementos magnéticos. Tienen como objetivo promover la cultura de la excelencia clínica, práctica y servicios basados en evidencia, ambiente de trabajo contenedor y la práctica interdisciplinaria. Obteniendo de esta manera beneficios en el paciente, el profesional de enfermería, la institución y la sociedad⁶.

Para evitar el síndrome de Burnout es importante también el fortalecimiento de los procesos psicosociales a través de la unión de fortalezas y competencias individuales³. Las competencias individuales del profesional de enfermería se basan en conocer el objeto de su profesión, la finalidad de su actividad, su rol, las dificultades con las que tropieza el paciente al que atiende, la naturaleza de su intervención en el paciente y las consecuencias de las mismas⁷.

Según estudios realizados las variables satisfacción laboral y satisfacción del usuario tienen relación en el sentido de que, si el personal se siente cómodo con su jornada y experiencia laboral, ofrece servicios de calidad que repercuten directamente en la percepción de calidad del usuario y participan en el proceso de atención a la salud favoreciendo la toma de decisiones y estrategias que permitan modificar y mejorar la calidad de atención ⁸.

2. OBJETIVOS

El presente trabajo revisa la importancia de la toma de decisiones en el ámbito sanitario en general, y en los distintos servicios (urgencias, quirófano y pediatría), los métodos empleados en cada servicio, así como una serie de propuestas de mejora basadas en las evidencias. Por ello, el objetivo general se ha dirigido a analizar los procesos psicosociales en el ámbito sanitario, modelos y consecuencias de los mismos; la toma de decisiones en el ámbito sanitario, habilidades y aspectos que la dificultan; así como propuestas de mejora.

En cuanto a los objetivos específicos, nos centraremos en:

- Toma de decisiones en urgencias, objetivos éticos, factores internos y externos que influyen, habilidades necesarias, métodos empleados.
- Toma de decisiones en quirófano, qué es el bloque quirúrgico, habilidades requeridas, proceso de atención quirúrgica y modelo del área quirúrgica.
- Toma de decisiones en pediatría, importancia de la pediatría, método empleado en la toma de decisiones e importancia de la farmacología en pediatría.

3. METODOLOGÍA

Para lograr los objetivos planteados en el TFG sobre los procesos psicosociales y la toma de decisiones en el ámbito sanitario, he realizado una síntesis de los distintos artículos revisados. La metodología seguida ha sido la búsqueda y el análisis a través de varias bases de datos como son dialnet y medline, donde los artículos encontrados eran revisiones sistemáticas, artículos descriptivos y tesis doctorales. También se realizó la búsqueda en revistas científicas, revista achican y revista clínica española entre otras.

Para encontrar los artículos basados en dichos objetivos se utilizaron las siguientes palabras claves: procesos psicosociales, procesos psicosociales & toma de decisiones, (toma decisiones quirófano, importancia quirófano, mejoras quirófano, idem para pediatría y urgencias), clinical decision making.

La búsqueda de los artículos se basó en que los artículos fueran posteriores al año 2000, textos en español e inglés, y enfocados a los procesos psicosociales y la toma de decisiones, así como la importancia, métodos y mejoras las de las decisiones en urgencias, quirófano y pediatría.

4. DESARROLLO Y DISCUSIÓN

4.1. Toma de decisiones en el ámbito sanitario

La toma de decisiones, es la capacidad de elegir un curso de acción entre varias alternativas. Supone un análisis que requiere de un objetivo y una comprensión clara de las alternativas mediante las que se puede alcanzar dicho objetivo. Además de comprender la situación que se presenta, se debe analizar, evaluar, reunir alternativas y considerar las variables, comparar varios cursos de acción y finalmente seleccionar la acción que se va a realizar. Esta habilidad ofrece a las personas herramientas para evaluar las diferentes posibilidades, teniendo en cuenta, necesidades, valores, motivaciones, influencias y posibles consecuencias presentes y futuras ⁹. Por supuesto, ante cuestiones simples, la toma de decisiones se realiza de forma casi automática y sin ningún razonamiento complejo o profundo. En cambio, ante decisiones más trascendentales para la vida, el proceso debe ser muy cuidadoso. Cuando una enfermera debe actuar ante una situación crítica, como un infarto de miocardio, tiene que tomar una decisión pensada, “rápida” y priorizada, ya que dicha elección tendrá importantes consecuencias en el paciente.

En el ámbito hospitalario cada decisión es trascendente para los usuarios y los profesionales, y suele implicar una gran cantidad de estudios o investigaciones, así como la colaboración entre equipos multidisciplinares ³, y equipos intradisciplinares, identificando las enfermeras expertas y consultando entre colegas enfermeras, los conocimientos compartidos, reforzando así el potencial y la competencia del grupo profesional, ya que a veces nos enfrentamos a situaciones complejas del cuidado y no encontramos respuesta a un problema, entonces es necesario que las

enfermeras de servicio compartamos estos problemas y trabajemos en colaboración con las educadoras y las investigadoras de la disciplina, a fin de que en conjunto demos solución a las situaciones de cuidado individual o familiar que se presenten, contribuyendo así a una práctica colaborativa de calidad ¹⁰.

También hay que tener en cuenta ante la toma de decisión en una situación crítica la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) que consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida. Existen dos tipos: no iniciar determinadas medidas o retirarlas cuando están instauradas. Una decisión de LET debe estar fundamentada en unos criterios rigurosos, se tienen que conocer los detalles más relevantes del caso para tomar una decisión: las preferencias del paciente, las preferencias de los allegados cuando sea pertinente, el pronóstico (la gravedad), la calidad de vida y la distribución de los recursos limitados. Después se ha de tomar la decisión. Habría que mantener el tratamiento de las patologías que se han decidido tratar. Esto puede precisar una estratificación de las medidas y finalmente, se han de instaurar las medidas paliativas que sean precisas ¹¹.

4.1.1. Aspectos que dificultan la toma de decisiones

Algunos aspectos que pueden dificultar la toma de decisiones son:

- El conflicto entre lo que debo hacer, lo que quiero y lo que me conviene.
- Hacer las cosas sin pensar.
- La ignorancia.
- El no saber decir “NO”
- Las costumbres y hábitos.
- La falta de tiempo y el lugar para pensar.
- No tener con quien dialogar

También influyen ideas (ser independiente, querer ser bueno en algo, etc) y estados de ánimo (sentir miedo, impotencia, ser impulsivo, etc) ¹².

4.2 Toma de decisiones en urgencias

Los servicios de urgencias Tienen una alta frecuentación y gran sobrecarga asistencial, a la vez que dispensan una elevada calidad asistencial y son elementos estratégicos en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud ¹³. Se caracterizan por tener un nivel de complejidad y de intensidad de las actividades que se puede agravar por situaciones como las siguientes: naturaleza multitarea del trabajo, distracciones frecuentes, cambios de turno y múltiples transiciones en la atención, alta exposición a la toma de decisiones, existencia de problemas poco diferenciados de diversa gravedad, aparición de fatiga y falta de feed-back que en muchas ocasiones no permite hacer evidente los errores, entre otros elementos de carácter intrínseco a las características del servicio. Desde un punto de vista más estructural nos podemos encontrar por ejemplo con masificación, falta de personal o su excesiva rotación, una supervisión insuficiente e inexperiencia de algunos profesionales ¹⁴.

La práctica habitual en el SU esta basada en una serie de toma de decisiones clínicas a menudo con información incompleta con falta de relación previa médico-paciente, asumiendo el médico de urgencias más obligaciones éticas. Por ello se han establecido objetivos éticos para los médicos de urgencias:

- La primera responsabilidad profesional es asegurar el bienestar del paciente.
- Atender de inmediato y con experiencia, sin prejuicios o parcialidad, a las necesidades de atención médica urgente de los paciente.
- Respeto a los derechos del paciente y protección de sus intereses.
- Comunicarse con seguridad y confianza y conseguir su consentimiento informado para el tratamiento.
- Respetar al máximo la privacidad del paciente.
- Enfrentarse con honestidad a los profesionales que actúen de manera negligente, incompetente o fraudulenta con el paciente.
- Estudiar y actualizarse en los conocimientos, habilidades y actitudes que garanticen una asistencia de excelencia ¹⁵.

En la práctica también es importante descartar la peor de las probabilidades, en los casos en que el riesgo de error conlleve graves consecuencias para el paciente, lo que implica un mayor uso de

recursos, conduciendo a una excesiva realización de exploraciones complementarias y reduciendo la eficiencia y la efectividad clínica del SU ¹⁶. Para cumplir su función con eficacia, los SU precisan que exista un equilibrio apropiado entre la demanda asistencial y su capacidad de respuesta, además de mecanismos de reacción inmediata que sean capaces de corregir posibles desajustes. Existe una serie de determinantes, ya sean externos o internos, que influyen en este frágil equilibrio y que, con frecuencia, acaban rompiéndolo, lo que condiciona, en último término, un descenso de la eficacia y de la calidad asistencial ¹⁷.

Uno de los factores externos que afectan al servicio de urgencias es la demanda inadecuada. Esto puede ser debido a que no se dispone prácticamente de ninguna barrera para limitar el acceso. Las evidencias parecen indicar que el problema actual de sobrecarga asistencial que viven los SUH no radica en el número de visitas inadecuadas que reciben, sino más bien en una insuficiencia de la oferta, concretada sobre todo en la dificultad creciente que supone encontrar una cama, hospitalaria o no. Por lo tanto, los esfuerzos de la administración deberían centrarse mayoritariamente en potenciar la adecuación de la oferta tanto de los SUH como de camas de hospitalización convencional o no (sociosanitarios, largas estancias, crónicos, terminales y otros) a la verdadera demanda ¹⁸.

Entre los factores internos, encontramos que el acceso a la historia clínica previa del paciente suele ser complicado o inexistente, por lo que la toma de decisiones urgentes o la indicación de maniobras de resucitación no pueden basarse en la misma. También la fatiga, la enfermedad, el abuso de sustancias tóxicas y el estrés emocional pueden afectar negativamente el razonamiento. Además de las repercusiones sobre el paciente, debe considerarse su efecto sobre el estado afectivo de quien los comete ¹⁶.

Estos factores internos y externos, requiere que los urgenciólogos tengan las habilidades de prevenir, diagnosticar y manejar los aspectos agudos y urgentes de la enfermedad o lesiones que afectan a los pacientes de todos los grupos de edad, con un amplio espectro de enfermedades no diferenciadas y de conducta ¹⁹. Esta especificidad de habilidades requiere que los urgenciólogos gestionen junto con los médicos internistas la atención inmediata, efectiva y de calidad de todos los procesos en su fase inicial ²⁰. Además estos factores son de alto riesgo para la aparición de efectos adversos (EA). La mayoría de los EA tienen como consecuencia un incremento de la estancia de hospitalización. Por ello es importante tanto la formación como la disposición de los

profesionales, ya que al ser urgencias un servicio con mucha presión asistencial, tiene más incidencia de Burnout, que da lugar a la desmotivación del personal. La desmotivación puede traer al desinterés e, incluso la desidia que son también una fuente de error. La carencia de recursos, tanto humanos como de espacio, que sufren muchos SU, hace que el manejo del paciente no sea el más adecuado, la ubicación no siempre es la requerida, las exploraciones complementarias tardan más en efectuarse del que sería deseable y esto hace que, a veces, la evaluación y el tratamiento se produzcan demasiado tarde, haciendo que la atención no sea la más óptima ²¹. Algunos ejemplos de ellos se refieren a diagnosticar sin considerar otras alternativas apropiadas, por ejemplo, atribuir un dolor torácico a un síndrome coronario agudo sin, adecuadamente, descartar una posible disección aórtica ¹⁶.

Todos estos componentes pueden variar a lo largo del tiempo. Así, los urgenciólogos precisan adaptar sus procesos de toma de decisiones a los nuevos avances médicos, de conocimientos o tecnologías, y a las expectativas de los pacientes ¹⁶. La investigación permite conocer qué hacemos, cómo lo hacemos y sobre todo por qué lo hacemos de una manera determinada, con lo que se favorece la actualización clínica y el convencimiento personal del trabajo bien hecho y la responsabilidad hacia los pacientes, produciendo una enorme satisfacción personal y del grupo, mejora los resultados de calidad asistencial en todas sus vertientes y ayuda a evitar fenómenos de desmotivación profesional ²².

El proceso de toma de decisiones clínicas está también influido por los pacientes y por sus interacciones con sus cuidadores ¹⁶. Por ello la toma de decisiones debe ser compartida, situándose en una zona intermedia entre el abordaje paternalista del médico que aconseja lo que debe hacer el paciente y la decisión informada que adopta en solitario una vez ha sido informado. No obstante, determinado tipo de pacientes, (personas mayores, enfermos crónicos) creen que es el médico el que mejor conoce la solución a sus problemas y prefieren delegar en él toda su responsabilidad ²³. Hay que tener en cuenta que podemos encontrarnos con pacientes conflictivos, aquel que suscita en el médico un problema por su actitud y/o comportamiento, lo que nos lleva a conflictos éticos, los cuales son frecuentes en urgencias. Entre las tipologías más habituales de pacientes que generan conflictos personales con los sanitarios están los pacientes exageradamente demandantes, los que rechazan actuaciones médicas, los agresivos, los hiperfrecuentadores y los que acuden a urgencias sin patología urgente. Ante su aparición, el abordaje debe ser en equipo y si es posible, estableciendo un proceso deliberativo ²⁴.

Añadir también la capacitación de los profesionales ante el afrontamiento de la muerte en urgencias, que al ser un servicio con alto índice de mortalidad, los enfermeros no se ven afectados en su vida laboral, personal o familiar, describiendo muchos de ellos el proceso de la muerte como una faceta más de la vida ²⁵. Concluir que es difícil encontrar dos S.U.H. idénticos, pues las realidades de los profesionales, de la organización o de los propios ciudadanos son bien distintas, sin embargo, existe unanimidad en cuanto al extraordinario papel desempeñado por los S.U.H. en el Sistema Nacional de Salud ²⁶.

4.2.1 Métodos de toma de decisión en urgencias

El constante aumento del número de consultas que se realizan en los servicios de urgencias hospitalarios, hace que sea imprescindible disponer de un sistema para clasificar pacientes que acuden a los servicios en función de su posible gravedad para atender de forma prioritaria al que más lo necesita ²⁷. Tradicionalmente se ha utilizado como sistema el triaje, proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Actualmente se utilizan sistemas de triaje estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del grado de urgencia, de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico ²⁸. Podemos encontrar tres tipos de triaje:

- **Triaje estructural:** que consiste en un proceso de valoración clínica preliminar que ordena a los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica, de forma que los pacientes más graves son tratados los primeros. Este proceso de priorización, se lleva a cabo a partir de escalas válidas, útiles, relevantes y reproducibles.
- **Triaje avanzado:** esta modalidad contempla, en un triaje estructurado, la posibilidad, de acuerdo a la priorización asignada y a protocolos específicos especialmente elaborados para enfermería, de realizar, antes de la visita convencional, determinadas pruebas complementarias, básicamente analíticas y radiología simple o, incluso, acciones terapéuticas como canalizar vías periféricas, administrar analgesia, inmovilizar con yeso.
- **Triaje multidisciplinar:** representa un escalón más respecto al anterior. Incluye, entre el

personal sanitario que lo realiza, un equipo en el que, como mínimo, participa un médico y una enfermera. Aparte de la valoración inicial del paciente que, en este caso, la realiza el médico, la idea del triaje multidisciplinar consiste en la realización de pruebas diagnósticas básicas antes de que el paciente entre en el box de visita. El médico, una vez recibe las pruebas, puede optar por dar de alta al paciente, si así procede, o visitarle de la forma convencional pero con la ventaja de disponer ya de las exploraciones complementaria ²⁹.

Ante una catástrofe, se utiliza el triaje *in situ*, cuyo principio fundamental es la priorización de la asistencia en función del grado de urgencia. Su aplicación vendrá marcada por la adecuación entre el número de pacientes a clasificar, su urgencia potencial y los recursos materiales y humanos disponibles en el lugar donde se realiza ³⁰.

Actualmente, encontramos en el ámbito de las urgencias hospitalarias el término de recepción, acogida y clasificación (RAC). La recepción es el momento en el cual se establece la primera relación asistencial como Respuesta a la demanda del ciudadano / cliente / paciente / familia; la acogida es el modo relacional en el que se desarrolla el primer encuentro sanitario-paciente y conlleva la puesta en práctica de todo el bagaje de valores humanos hacia el paciente y la familia desde la personalidad enfermera, predisponiendo favorablemente a la relación terapéutica positiva; la clasificación determina una toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente con relación a su estado de salud, adecuando esa toma de decisiones a las capacidades del servicio y de respuesta material y humana, que presenta cada unidad asistencial ²⁷.

Estas tareas son realizadas por un profesional de Enfermería, cuyas principales funciones serán la ordenación eficaz de la demanda mediante una entrevista rápida y la distribución, si fuera preciso, según la situación de la estructura y la organización de la unidad, la aplicación de ciertas técnicas propias del ejercicio profesional y también ofertar a los pacientes y a sus familiares o acompañantes una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto, facilitando la estabilidad y confort y prestando apoyo emocional y ayuda psicológica, para disponer al paciente en una actitud terapéutica positiva, obteniendo así el más alto índice de calidad posible en el conjunto de las prestaciones sanitaria ³¹.

El objetivo general de la RAC es: mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de urgencias y

emergencias, para la mejor respuesta a las necesidades de los usuarios, estableciendo criterios homogéneos, científicos y coherentes sobre la necesidad de atención, que un paciente presenta con respecto a su demanda de asistencia y sobre la base de ello, aplicar las intervenciones enfermeras para garantizar su seguridad. En cuanto a los objetivos específicos del proceso de la RAC, encontramos los siguientes:

- Realizar una evaluación clínica rápida; que se incluye una anamnesis, así como toma de constantes vitales y realización de pruebas diagnósticas según proceda, en base a aquellos datos que nos aporten sobre la gravedad del cuadro y la necesidad de atención más o menos inmediata.
- Realización de intervenciones rápidas de enfermería que sean necesarias, donde se incluye la toma de constantes vitales. Se pueden solicitar además determinadas pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico final del paciente. También se aplican otros cuidados como compresión de herida sangrante, medios físicos en caso de fiebre, etc.
- Establecer prioridad asistencial. Según la información recibida del paciente y los datos obtenidos en la valoración rápida del paciente, se establecerá una prioridad asistencial.
- Informar al paciente, ya que la RAC es el primer contacto del usuario con personal sanitario, y será nuestro deber informarlo de las normas de funcionamiento del servicio y del circuito que probablemente seguirá en función de su patología y de las pruebas que se le soliciten ³².

Como resultado para aplicar estos objetivos, se definen dos modelos generales de razonamiento clínico:

- El “sistema 1” es instintivo y alimentado por el reconocimiento. Se adquiere con el tiempo a través de la experiencia.
- El “sistema 2” es sistemático y analítico. Es más fiable que el primero y menos propenso al error, aunque más largo en el tiempo de aprender y más caro. La combinación de ambos sistemas de pensamiento es usualmente lo más efectivo para afrontar la mayoría de las situaciones clínicas.

Por último, añadir el método algorítmico, los algoritmos o los diagramas de flujo se usan para simplificar el proceso de decisión, minimizando así los retrasos en la toma de decisiones vitales rápidas, como son los algoritmos de soporte vital avanzado. Aunque es prácticamente imprescindible que el urgenciólogo se familiarice con las bases científicas de estos protocolos de tratamiento para asegurar que mantengan una actitud abierta y receptiva en relación a otros posibles diagnósticos u opciones terapéuticas. Todo ello requiere que los urgenciólogos tengan

un proceso de razonamiento adecuado para analizar un extenso rango de presentaciones en el tiempo mínimo necesario y con unos recursos limitados ¹⁶.

4.3. Toma de decisiones en quirófano

El bloque quirúrgico es el espacio en el que se agrupan todos los quirófanos, con los locales de apoyo, instalaciones y equipamiento necesarios para realizar los procedimientos quirúrgicos previstos, por parte del equipo multiprofesional que ofrece asistencia multidisciplinar, que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar la actividad quirúrgica ³³. El quirófano es una estructura independiente en la cual se practican intervenciones quirúrgicas y actuaciones de anestesia-reanimación necesarias para el buen desarrollo de una intervención y de sus consecuencias, que tienen lugar en general en el exterior del quirófano. Es un espacio cerrado que debe ser completamente independiente del resto del hospital. El quirófano permite la atención global e individualizada de los pacientes por un equipo interdisciplinario (anestesiólogos, cirujanos y también, enfermeras de quirófano, auxiliar de enfermería, camillero...) para todos los actos que se hacen bajo anestesia. Debe ocupar un lugar central en el hospital y mantenerse a un nivel de contaminación mínimo ³⁴.

Se está consolidando en los últimos años un nuevo enfoque para el ámbito quirúrgico: los denominados Quirófanos Integrados o Inteligentes, que consisten en una sala quirúrgica, altamente funcional que conjuga la distribución de los equipos médicos e instalaciones, es un quirófano de múltiples especialidades, ergonómico, con integración de equipos, manejo digital de la información y conectividad con el exterior. Los equipos y sistemas se instalan en brazos suspendidos del techo y se eliminan las conexiones e instalaciones en el piso, varios monitores y pantallas visualizan la información, un centro de control permite la integración de equipos e incorpora funciones de comunicación, navegación y cirugía video asistida. El cirujano consigue mejor control de lo que sucede en el quirófano, a través de pantallas y controles de voz, puede analizar imágenes, obtener la historia clínica e intercambiar información y criterios con el exterior. Los quirófanos inteligentes siguen en pleno desarrollo siendo el objetivo intervenciones menos invasivas y precisas logrando tiempos de recuperación más cortos ³⁵.

En cuanto a la toma de decisiones en quirófano requiere de los profesionales unos criterios científicos, liderazgo, negociación, manejo de conflictos, control, supervisión y la capacidad de organizar, coordinar y articular todos los cuidados que necesita un paciente interno y externo en base a los recursos disponibles para llegar a cumplir los objetivos del proceso de atención quirúrgica. La misión de la enfermera quirúrgica no se limita a la instrumentación quirúrgica sino

que tiene una tarea más compleja como es la de asistir, controlar, supervisar y evaluar todo el proceso quirúrgico preservando la integridad y seguridad del paciente que ingresa al centro quirúrgico ³⁶.

También es importante que el cirujano sea competente, para lo cual requiere de la adquisición de habilidades tanto cognitivas como motoras, dominando la anatomía quirúrgica utilizando un atlas quirúrgico y mediante disecciones en un cadáver, y las habilidades motoras que pueden practicarse en laboratorios de entrenamiento quirúrgico ³⁷.

Para llevar a cabo una cirugía satisfactoria y competente es necesario la formación de los alumnos de cirugía, siendo los cirujanos quienes comparten conocimiento, técnicas de enseñanza y asesoría fundamentales para el desarrollo exitoso de los alumnos y los residentes. El objetivo principal es incrementar el conocimiento, las habilidades, la motivación y la confianza del alumno. Un asesor quirúrgico debe tener experiencia y acervo de conocimiento y habilidades técnicas. Además de tener habilidades gerenciales y de comunicación ³⁸. Para evitar errores de los alumnos en quirófano, se guían por algoritmos de dificultades quirúrgicas donde se han desarrollado una serie de criterios ordenados para cada procedimiento quirúrgico, los cuales se comparten con los residentes al principio de cada rotación, reforzando las expectativas, ayudando al profesorado a evaluar las habilidades cognitivas y técnicas de los residentes de una manera estructurada y garantizando la seguridad del paciente al no permitir que un determinado residente avance mientras no domine lo básico. También se reduce la tensión en el quirófano y facilita la interacción entre adjuntos y residentes durante y después de la intervención, al tener presente un objetivo de aprendizaje para la intervención, que puede ser precisado y revisado ³⁷.

4.3.1 Proceso de atención quirúrgica

La atención de enfermería del paciente que va a someterse a cirugía y anestesia requiere un conocimiento profundo de lo que se conoce como circuito perioperativo, el cual abarca desde el momento que se toma la decisión de practicar la intervención quirúrgica hasta que se produce el alta hospitalaria ³⁹. El proceso quirúrgico consta de tres fases: visita preoperatoria, intervención quirúrgica y reanimación:

- **Visita preoperatoria:** El éxito de la visita preoperatoria depende en gran parte de la cooperación del equipo quirúrgico, quienes al conocer el plan terapéutico basado en la historia clínica del paciente, deben ofrecer al mismo información, orientación adecuada, mantener una

buena relación enfermera-paciente y el trato humano para brindarle un manejo perioperatorio de calidad ³⁹. La visita preoperatoria es el primer contacto profesional con el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente. Existe una relación entre la visita prequirúrgica de carácter informativo y la satisfacción del paciente, de manera que éste percibe una mayor calidad y un trato más individualizado ³⁹.

- Intervención quirúrgica: La intervención quirúrgica se basa en administración de terapia de antibióticos; asistencia al anestesiólogo; asegurar una posición anatómica del paciente en la mesa quirúrgica; controlar la isquemia de la extremidad; controlar pérdidas hemáticas; permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad ⁴⁰.

-Reanimación: Durante el período de reanimación hay que identificar los cambios en el nivel de ansiedad; ajustar la temperatura a las necesidades del paciente; controlar el retorno de la función sensorial y motora; mantener la permeabilidad del recuperador de sangre; controlar el dolor y controlar la ansiedad del paciente ⁴⁰.

4.3.2 Método de toma de decisión en quirófano

El modelo más empleado en el área quirúrgica es el modelo de sistema seguro, que se caracteriza por:

- Trabajo de equipo, que busca crear conciencia grupal en la medida en que el equipo persigue un objetivo común a través de actividades interdependientes, permitiendo la adaptación de todos los miembros del equipo a las actividades y promoviendo una representación de equipo a la hora de asumir responsabilidades, y
- Lineamientos estandarizados de la atención a los pacientes en torno a las mejores prácticas posibles, que se basa en la premisa de que ponerse de acuerdo en una forma eficaz de realizar una tarea implica simplificar el sistema y encontrar una mayor cantidad de recursos disponibles. Aplicar este enfoque permitirá avanzar en la investigación y las metodologías de intervención que pasen de buscar “un culpable” a aportar estrategias para el mejoramiento de la atención y la prevención de la ocurrencia de EA en cirugía.
- Métodos formales de comunicación, que busca promover medidas en las que los profesionales tengan acceso a la información que ellos quieran conocer sobre el caso quirúrgico a tratar ³⁶.

La medida de la eficiencia del quirófano, independientemente del modelo, se obtiene registrando el tiempo transcurrido desde la entrada del paciente al quirófano hasta que finaliza la limpieza

del mismo, incluyendo el inicio de la anestesia, el inicio de la cirugía, el fin de la cirugía y la salida del paciente. Es un sistema válido para medir la eficiencia del bloque quirúrgico, ya que determina el índice de ocupación del quirófano, que es la relación existente entre el tiempo quirúrgico utilizado y el tiempo quirúrgico disponible para un mismo día en un mismo quirófano. Este análisis permite realizar un seguimiento de ambos factores y facilita el control para mejorar la gestión del área quirúrgica ⁴¹.

4.4 Toma de decisiones en pediatría

La medicina pediátrica es una especialidad en la cual radica la importancia en que el pediatra tiene que saber diferenciar aquellos niños que pueden esperar a ser valorados y tratados, de aquellos que requieren una intervención inmediata. La demora en la atención de estos últimos puede hacer peligrar su vida y generarles graves secuelas. Las situaciones no urgentes también tienen que ser correctamente manejadas, ya que, de no hacerlo, pueden traer consecuencias importantes. Una atención inadecuada puede provocar problemas asistenciales (un tratamiento erróneo puede impedir el diagnóstico correcto), lo que originaría ingresos hospitalarios innecesarios, y produciría un enorme gasto sanitario ⁴². Hay que tener en cuenta que existen determinadas situaciones clínicas en las que el pediatra debe valorar las decisiones que tome, ya que hay siempre condiciones de incertidumbre en las que la certeza de su juicio puede depender del azar y no de fundamentos sólidos en qué basar la decisión tomada. Por ello es necesario aprender a tomar decisiones racionales, siempre en condiciones de incertidumbre. Para esto hay que identificar y considerar los factores implicados y las consecuencias al tomar una u otra decisión, considerando, en primer lugar, al paciente, los familiares, la institución hospitalaria y la sociedad. Es por eso que el proceso en la toma de decisiones éticas es complejo y debe hacerse con estricto cuidado ⁴³. Teniendo en cuenta las peculiaridades de pediatría, se considerará también que todo niño sano o enfermo goce de la dignidad que le es propia, intrínseca e independiente de factores circunstanciales, como edad, raza, estado de salud, nivel intelectual, posición social, situación económica, creencia religiosa o filiación política. Por otra parte, los fundamentos morales recibidos en su núcleo familiar y los valores éticos aprendidos en su formación académica, permitirán al pediatra orientar con sentido ético las decisiones y actos que decida, en los que estará en juego la vida del niño ⁴⁴.

En pediatría es también de suma importancia la comunicación con el paciente pediátrico, este

puede, descubrir diferentes perspectivas acerca de su estado de salud, ganar confianza frente a la toma de decisiones, y ampliar el entendimiento de la vivencia de la enfermedad infantil. Por tanto, la comunicación enfermera, con el niño es propuesta bajo una interacción cara a cara, de manera dinámica y creativa, para que el niño sienta la confianza suficiente de aportar datos sobre todas sus percepciones y sentimientos, y a su vez explorar en profundidad su esfera afectivo-social ⁴⁵.

4.4.1 Métodos de toma de decisiones en pediatría

Los métodos de toma de decisiones en pediatría guarda relación directa con el correcto funcionamiento de un Servicio de Urgencias Pediátrico, que debe disponer de una serie de aspectos que faciliten una buena organización del mismo. El método empleado en la toma de decisiones en pediatría es el triage, donde la clasificación inicial del enfermo que acude a urgencias conseguirá que estos pacientes sean atendidos lo antes posible. Así la atención de los niños clasificados como gravedad severa será inmediata, la atención de los niños clasificados como gravedad moderada requerirá una atención médica prioritaria; los niños con patología leve deberán ser atendidos una vez que la atención a los niños con problemas de una gravedad moderada-severa haya sido proporcionada.

La persona de Urgencias que recibe al niño y a sus acompañantes, es quién realizará el triage en la entrada de Urgencias. La persona encargada del triage puede, si fuera necesario: iniciar maniobras de soporte vital básico, monitorizar constantes (ECG, Sat O₂) y conseguir un acceso venoso; realizar un control inicial (presión local) en los pacientes que presenten una hemorragia; administrar O₂ si el niño tiene dificultad respiratoria.; registrar la temperatura en niños con fiebre y administrar antitérmico al niño que lo precise.; administrar solución de rehidratación a niños deshidratados; irrigación ocular si procede y solicitar la realización de pruebas radiológicas en pacientes seleccionados con un traumatismo periférico ⁴⁶. Este modelo de toma de decisiones en pediatría está constatado como sistema de organización útil y efectivo, que atiende a las diferentes prioridades en tiempos de espera diferenciales, reduce el tiempo de los pacientes que serán derivados a otros servicios en tiempos significativos ⁴⁷.

4.4.2 Farmacología en pediatría

La farmacología en pediatría presenta unas grandes diferencias en cuanto a la farmacología del adulto, tanto diferencias farmacocinéticas, como y sobre todo diferencias farmacodinámicas, que

convierten al niño en un ser especialmente único y vulnerable. La farmacocinética pediátrica cambia en cada período de edad, la distribución se encuentra alterada a consecuencia del mayor volumen de distribución de muchos fármacos debido al tamaño de los compartimentos hídricos, lo que conlleva a la necesidad de aumentar las dosis de carga en recién nacidos⁴⁸. En cuanto a la farmacodinámica, el desarrollo de los receptores y/o efectores varía en relación con la edad, pudiendo ser las respuestas de las drogas a veces insuficientes o nulas⁴⁹.

Debido a estas diferencias es necesario pautar las dosis e intervalos terapéuticos para cada subgrupo de edad pediátrica (prematuros, neonatos, lactantes, párvulos, niños y adolescentes). Así como sería necesario la investigación en niños como único modo de asegurar que éstos recibirán fármacos seguros y eficaces, ya que resulta más ético realizar ensayos pediátricos bajo estrictas medidas de seguridad para el niño, que contraindicar fármacos por falta de estudios, todo ello teniendo en cuenta que presentan unos condicionantes éticos y técnicos específicos⁴⁸.

5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

Concluir que los procesos psicosociales generados de la interacción entre las personas, grupos sociales organizaciones, la familia y las comunidades nos da lugar a distintas relaciones sociales y numerosos procesos de intercambio social, donde prima la percepción de la persona sobre sí misma, y es esta la que nos lleva a problemas en la práctica clínica como puede ser el síndrome de Burn out.

Por otro lado la toma de decisiones en el ámbito sanitario requiere de un análisis con objetivos y una comprensión clara de las alternativas, así como de las condiciones específicas de cada paciente para obtener unos resultados satisfactorios en el paciente, evitando los aspectos que la dificultan como el hacer las cosas sin pensar y estados de ánimos como el miedo.

En cuanto a la toma de decisiones en los servicios específicos concluir que en la toma de decisiones en urgencias tiene un alto nivel de complejidad e intensidad de actividades, donde los urgenciólogos deben guiarse por unos objetivos éticos que aseguren el bienestar del paciente, con una comunicación y confianza, unos conocimientos actualizados, entre otros. Asumiendo los factores internos, como el acceso a la historia clínica previa, y externos, la excesiva demanda,

que le influyen. Para esta toma de decisiones utilizan el método de triaje, que permite asistir al paciente según la gravedad del mismo.

La toma de decisiones en quirófano se lleva a cabo en el bloque quirúrgico del hospital, donde se encuentran todos los quirófanos, y donde el profesional sanitario tiene que tener la habilidad de responder con agilidad y certeza ante las situaciones imprevistas que se puedan dar durante la intervención quirúrgica, la reanimación o en la misma visita preoperatoria. Todo ello basado en el modelo de sistema seguro, caracterizado por el trabajo en equipo y el conocimiento actualizado.

Referente a la toma de decisiones en pediatría es de suma importancia diferenciar el niño que requiere una actuación inmediata del que puede esperar a ser valorado, siguiendo el mismo método que las urgencias, es decir se basa en el triaje, donde es atendido con prioridad el niño de mayor gravedad. Otra mención importante en la pediatría es la farmacología pediátrica ya que los niños tienen una farmacocinética y farmacodinámica distinta, ya que cambian en cada periodo de edad y los niños tienen aún sus receptores en desarrollo.

Por último, concluir que la relación entre los procesos psicosociales y la toma de decisiones nos da lugar a la autonomía de enfermería, concepto de interés para los enfermeros clínicos y para los administradores de enfermería y otros líderes ⁵⁰. La autonomía requiere de una buena competencia clínica que se basa en un conjunto de atributos multidimensionales: habilidades clínicas: la habilidad para adquirir información, examinar pacientes e interpretar el significado de la información obtenida; conocimientos y comprensión: la habilidad para recordar conocimientos de condiciones clínicas para proveer atención médica efectiva y eficiente para los pacientes; atributos interpersonales: la expresión de aquellos aspectos de carácter profesional del médico que son observables en las interacciones con pacientes; solución de problemas y juicio clínico: la aplicación del conocimiento relevante, habilidades clínicas y atributos interpersonales para el diagnóstico, investigación y manejo de los problemas de un paciente dado; habilidades técnicas: la habilidad para usar procedimientos y técnicas especiales en la investigación y manejo de pacientes ⁵¹. Las habilidades requeridas incluyen también: identificación del motivo de consulta, obtención de la información clínica, realizar el planteamiento de las hipótesis diagnósticas, indicación e interpretación de los exámenes complementarios, determinación de la conducta con el paciente, elaboración del plan terapéutico y evaluación de las decisiones tomadas ⁵².

Las propuestas de mejora en lo referente a la toma de decisiones irán encaminadas a crear un ambiente laboral favorable en el que exista cultura científica, investigando para mejorar la calidad asistencial y el cuidado del enfermo que presenta un problema urgente. Para alcanzar un ambiente favorable tanto a nivel profesional como personal nos basaremos en la evidencia científica, ya que sería de gran utilidad que todos los profesionales sanitarios se guiasen en una práctica clínica actualizada, dando lugar a menores variaciones clínicas y menor rango de error clínico.

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), intenta desarrollar una atención en la cual las actuaciones clínicas, de gestión y docentes, se basen en el análisis de los resultados provenientes de la investigación combinados con la experiencia profesional. Para ello tendremos en cuenta una serie de factores: resultados de investigaciones previas; experiencia profesional; recursos disponibles y preferencias del paciente ⁵³. En el área de la pediatría, los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) han permitido grandes avances terapéuticos. Las guías de práctica clínica permiten al médico, de una manera sistemática, ordenada y basada en la mejor evidencia disponible, tomar la mejor decisión sobre el manejo de sus pacientes, seleccionando las opiniones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas ⁵⁴.

Finalizar considerando que es de gran importancia, la medicina basada en la evidencia, la cual debe aplicarse en todos los campos sanitarios, evitando así tanta variabilidad en la práctica clínica y obteniendo mejores resultados en el servicio sanitario y en la satisfacción del usuario. Haciendo hincapié en el campo de la pediatría, ya que requieren unos cuidados y conocimientos más específicos, y por tanto la práctica clínica debería ser homogénea, disminuyendo así los sesgos clínicos. Así como en esta área se debería tener un sistema de triage único a nivel nacional, que permitiera atender en menor tiempo a los más graves, disminuyendo su mortalidad y/o secuelas, y además, permitiera la integración e interacción entre distintos servicios de salud y aumentar así la satisfacción del usuario y la eficiencia del sistema sanitario.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez, J (2010). Procesos psicosociales. Jueves 18 de noviembre. Enlace web: <http://procesospsicosocialesyaneth.blogspot.com.es/2010/11/procesos-psicosociales.html>
2. Gil Monte, PR (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (BURNOUT). *Revistas científicas de la universidad de Murcia*. Vol. 21, nº 2.
3. López Montesinos, MJ, (2009). Tesis Doctoral, Universidad de Murcia.
4. Aldeco, F (2011). Síndrome de Burn out. Página web: Síndrome de Burn out | Suite101.net <http://suite101.net/article/sindrome-de-burn-out> Consultada 15 de Abril de 2013.
5. Gutiérrez Aceves, GA, Celis López, MA, Moreno Jiménez, S, Farias Serratos, F, Suárez Campos, JJ (2006). Síndrome de Burnout. *Arch Neurocién (Mex)* Vol. 11, No. 4: 305-30
6. Alemán-Rivera, IS, López Cruz, R, Torres Santiago, M, García-Galindo, J, Zárate-Grajales, R.A. Hospitales magnéticos para la mejora de la calidad del cuidado, (2011). *México Rev Enferm Inst Mex Seguro*, vol.19, nº 2, pag. 99-103.
7. Ares Parra, A (2004). La conducta proactiva de los emprendedores. Editorial Universidad Complutense de Madrid. Páginas 493-498.
8. Ponce Gómez, J, Reyes Morales, H, Ponce Gómez, G. (2006). Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad, 1º Maestra en Administración de Sistemas de Salud, UMAE. Hospital de Gineco-Obstetricia, 2º Doctora en Ciencias de la Salud Pública, Coordinación de Políticas en Salud. Dirección de Prestaciones Médicas IMSS. 3º Maestra en Enfermería, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM. *México Rev Enferm IMSS*. Vol. 14, nº 2, pag. 65-73.
9. Consejo Social de la Universidad de Cádiz, (2013). Resolución de problemas y toma de decisiones. Gestionado por Formacap, 06-04. Enlace web: <http://www.csintranet.org/competenciaslaborales/images/stories/descripciones/0.P.RESO LPROBLEMAS.pdf>
10. Zarate Grajales, RA, (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. Granada, *Index Enferm*.ISSN 1132-1296, Vol.13, nº 44-45, pag.42-46.
11. Herrerosa, B, Palacios, G, Pacho, E, (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico, *Revista clínica española*, volumen 212, Issue 3, Marzo, Pág. 134-140.

12. Salazar Yamada, ME, (2010). Toma de decisiones, Doctora en psicología, VIII Teleconferencia. 21-10.
13. Toranzo, T, Aramburu, F. (2010). Los profesionales de urgencias y emergencias: perfil actual y posibilidades de desarrollo, An. Sist. Sanit. Navar. Vol. 33 (Supl. 1), pag.13-18.
14. Bañeres, J (2010). Universitario Avedis Donabedian. Barcelona, España, Emergencias; 22: 81-82
15. Rivas Jiménez, M, (2010). Manual de urgencias. Ed. Médica Panamericana, 01-08.
16. Geary, Kennedy (2010). Toma de decisiones clínicas en Medicina de Urgencias y Emergencias. 1º Servicio de Urgencias. Hospital St James's, Dublin, Irlanda. 2º Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Mater Misericordiae, Dublin, Irlanda.. Emergencias.
17. Miró, O, Sánchez, M, Coll-Vinent, B, Millá, J. (2000). Estimación del efecto relativo que ejercen los determinantes externos e internos sobre la eficacia de un servicio de urgencias de medicina , Med Clin (Barc);115:294-6. - vol.115 núm 8.
18. Sánchez, M (2004). ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente?, sección de urgencias de medicina, área de urgencias. Hospital Clínico de Barcelona, Universidad de Barcelona, España. Med. Clin. (Barc) vol 123, nº 16, pag. 619-620.
19. Villatoro Martínez, A (2005). Definiciones básicas en medicina de urgencia, American British Cowdray Campus Santa Fe, México D.F
20. Moreno Millán, E (2005). Las interrelaciones de la Medicina de Urgencias y Emergencias con las demás especialidades, European center of emergency and disaster medicine. Council of europe, emergencias;17:260-262.
21. Chanovas Borrás, M, Campodarve, I, Vecina, T. (2007). Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente?, servicio de urgencias. Hospital Verge de la Cinta, Tortosa. Hospital Universitario del Mar, Barcelona. Hospital mútua de Terrassa, monografías emergencias, 3:7- 13.
22. Miró, O, Sesma, J, Burillo Putze, G. (2010). La investigación en medicina de urgencias y emergencias, An. Sist. Sanit. Navarra, volumen 33 (supl. 1) pág. 215-227.
23. Tardáguila Lobatoa, MP, Méndez Péreza, CL, Torres Véleza, JC, Méndez Garcíaa, T, Benito Martína, B, Lopez de Castro, F. (2008). La Información al Paciente y su participación en la Toma de Decisiones en las Urgencias de Atención Primaria, Rev Clin Med Fam vol. 2, nº 4, pag. 145-148.
24. Herrerosa, B, García Casasola, G, Pintor, E, Sánchez, MA, (2010). Paciente conflictivo

- en urgencias: definición, tipología y aspectos éticos, *Rev Clin Esp*;210(8):404–409.
25. Castañedo Córdoba, IM, Suárez Solana, C, Vivas Molina, C, (2010). Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo, *Enfermería Docente*; 91: 16-18.
 26. Mateos Hernández, MA, (2000). Los servicios de urgencias hospitalarios. Servicio de Urgencias. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid, *emergencias*;12:224-225.
 27. Díaz Chicano, JF (2005). La enfermería de recepción, acogida y clasificación, *Enfermero. Supervisor del Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, Enfermería global* n° 6, ISSN 1695-6141, Mayo.
 28. Soler, W, Gómez Muñoz, M, Bragulat, E, Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias, *An. Sist. Sanit. Navar.* Vol. 33, Supl. 1, pag. 55-68.
 29. Sánchez, M, Salgado, E, Miró, O (2008). Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. Sección de urgencias, *Medicina, área de urgencias. Hospital Clínic. Barcelona, España, Emergencias* n° 20, pag. 48-53.
 30. Molinero, VA, Muñoz Jacobo, S, Pardo Vintanel, T, Yáñez Rodríguez, F. (2011). Triage in situ extrahospitalario, *Volume 37 Issue 4, Abril, Pag.*195–198.
 31. Muñoz Arteaga, D, (2007). La consulta de clasificación de urgencias (RAC) en el hospital universitario Virgen Macarena, febrero.
 32. Cañadas, CC, Suárez Herrerías, C, Martín Reina, M, (2010). Recepción, acogida y clasificación de pacientes en urgencias, *Octubre.*
 33. Gobierno de España (2009). Bloque quirúrgico, estándares y recomendaciones, ministerio de sanidad y política social, informes, estudios e investigación. Enlace web: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>
 34. Bobis Uría, M, Fernández Robledo, R, González Álvarez, D (2011). El quirófano, 2/06.
 35. Murillo Contreras, EW, Guzmán Castro, GC (2011). Criterios para la implementación eléctrica de quirófanos integrados o inteligentes. Tesina de seminario, Ecuador.
 36. Moncayo, M, Nora, O (2012). Gestión de enfermería en el proceso de atención quirúrgica intraoperatoria del HG, 1º Enfermera del Servicio de Quirófanos; 2º Enfermera Diplomada del Servicio de Quirófanos.
 37. Kenton, K, (2006). Cómo enseñar y evaluar en el quirófano. *Clínicas obstétricas y ginecológicas de Norteamérica*,ISSN 1885-9070 , volumen 33, n° 2, pág. 325 – 332.
 38. Maniscalco Thebergue M.E. (2011). Tutoría quirúrgica: una habilidad fundamental. Vol.

79, n° 1, enero-febrero.

39. Fuentes Cebada, L, Pineda Soriano, A, García León, I, Jiménez Pérez, I, Cabeza de Vaca Pedrosa, MJ, Motero Vallejo, JJ. (2007). Circuito Quirúrgico Informatizado. Una herramienta para la mejora de la atención al paciente quirúrgico, *Index Enfermería* v.16, n.58, Granada.
40. García Zaldívar, ML (2010). Unidad Funcional de Prótesis: papel de la enfermería en un proceso multidisciplinar, 26 Jornadas Nacionales de Enfermería en Cirugía Ortopédica y Traumatología.
41. Prieto, P, Muñoz, E, Royuela, C, Ayuso, D (2003). Estudio de la actividad quirúrgica: una herramienta de registro de tiempos. *Rev. Calidad Asistencial*, vol. 18, n° 2, pag. 115-124.
42. Pou Fernández, J, Benito Fernández, J. (2002). Pediatría de urgencias: una nueva especialidad. *Anuales españoles de pediatría*, vol. 56, n° 1.
43. Muñoz Zurita, G, Rivera Tapia, JA, Rojas Ruiz, NE.(2004). La bioética en la toma de decisiones médicas en niños hospitalizados. *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 71, n° 5. Sep-oct, pag. 243-247.
44. Urdaneta Carruyo, E, (2008). Bioética en pediatría. Dilemas y reflexiones, *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 75, n° 3, pag. 114-120. May.-Jun.
45. Noreña, AL, Cibanal, L, (2008). El contexto de la interacción comunicativa. Factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados. 1er. Semestre, n° 23.
46. Benito, F°J. y cols (2010). Diagnóstico y tratamiento de urgencias pediátricas. *Urgencias de pediatría. Hospital de Cruces*.
47. Galaz T., C, Valladares G.,Y, Sánchez G., G, Fuente H, M, Yentzen M., G. (2005). Triage pediátrico: un sistema efectivo de priorización en los servicios de urgencia, *Rev Chil Pediatr* 76 (1); 25-33.
48. Peire García, MA, (2010). Importancia de la farmacología clínica en Pediatría. *Anatomía Pediátrica (Barc.)*, vol. 72, n° 02, pag. 99-102.
49. Gaitán Padrón, MA (2008). *Farmacología en pediatría*, Vol. 31. Supl. 1, Abril-Junio.
50. Tapp, D, Stansfield, K, Stewart, J (2005). La autonomía en la práctica de enfermería, *Chia, Colombia, Revista Aquichan- ISSN 1657-5997*, vol. 5, n° 1 (5), octubre.
51. Mendoza, HL (2006). Seminario: Competencia profesional y competencia clínica. Octubre. Enlace web:
http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/oct_01_ponencia.html.

52. Corona Martínez, LA, Iglesias León, CM, Espinosa Brito, A, (2010). Sistema de tareas docentes para la formación de la habilidad toma de decisiones médicas mediante el método clínico, *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* ISSN:1727-897X *Medisur*; 8(6).
53. Navalpotro Pascual, S, Navalpotro Pascual, JM (2001). Un desafío para la enfermería de urgencias: investigar para actuar, *emergencias* ;13:271-278.
54. Rivera Rueda, MA. (2011). Medicina basada en evidencias. Su aplicación neonatología, *Abril-Junio*, Volumen 25, Número 2 pag. 65-66. Enlace web en: <http://www.medigraphic.com/inper>