

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES: VALIDACIÓN Y COSTE DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

PATIENT CLASSIFICATION SYSTEMS: VALIDATION AND COST OF NURSING INTERVENTIONS

María Mercedes Novo Muñoz, José Ángel Rodríguez Gómez, Yurena M^a Rodríguez Novo,
Natalia Rodríguez Novo, Álvaro Luis Torres Lana

Universidad de La Laguna

Novo Muñoz, M., Rodríguez Gómez, J., Rodríguez Novo, Y., Rodríguez Novo, N., & Torres Lana, Á. (2022). SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES: VALIDACIÓN Y COSTE DE INTERVENCIONES ENFERMERAS.. Revista Ene De Enfermería, 16(2). Consultado de <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1189>

RECIBIDO: Noviembre 2020
ACEPTADO: Agosto 2021

Resumen

La normalización del lenguaje enfermero es una necesidad para tender a la excelencia. Es necesario disponer de sistemas de clasificación y de recursos, para mejorar la atención al usuario. La implantación de metodología con intervenciones enfermeras, y la validación de intervenciones, supone un reto profesional y una mejora de calidad de atención. Objetivos: Identificar, especificar y validar, en hospitales de Tenerife, intervenciones normalizadas del GDR 122: “Trastornos circulatorios con infarto agudo de miocardio sin complicaciones cardiovasculares. Alta con vida”. Identificar, especificar y validar en hospitales de Tenerife, actividades normalizadas de la intervención 4190: “Canalización venosa periférica”. Estimar los recursos utilizados y el coste de la intervención, en diferentes instituciones. Se realizaron dos estudios prospectivos y comparativos. Se validaron 42 intervenciones de las 64 de la norma y 5 distractores. No se validaron 22 intervenciones de las incluidas en el GDR. El costo medio de los materiales utilizados, fue de 2,911€. El tiempo medio invertido fue de 7,67 minutos. La intervención, se realizó sin dificultad en 140 casos, con una media de 6,58 minutos y con dificultad en 22 casos, con un tiempo de 10,18 minutos. El costo medio de la intervención, fue de 4,624€. Se

concluyó con la validación de las intervenciones del GDR 122, proponiendo nuevas intervenciones. Se detectó la necesidad de formación en metodología enfermera y en utilización de sistemas de clasificación, así como en mejorar los registros.

Palabras clave: Clasificación de pacientes, intervenciones enfermeras (NIC), validación de intervenciones enfermeras, coste de intervenciones enfermeras, NIPE.

Abstract

The normalization of nursing language is a necessity to strive for excellence. It is necessary to have classification systems and resources to improve user service. The implementation of a methodology with nursing interventions, and the validation of interventions, is a professional challenge and an improvement in the quality of care.

Objectives: To identify, specify and validate, in Tenerife hospitals, GDR 122 standardized interventions: "Circulatory disorders with acute myocardial infarction without cardiovascular complications. High alive". Identify, specify and validate in hospitals in Tenerife, standardized activities of intervention 4190: "Peripheral venous cannulation". Estimate the resources used and the cost of the intervention, in different institutions.

Two prospective and comparative studies were carried out. 42 interventions of the 64 of the standard and 5 distractors were validated. 22 interventions included in the GDR were not validated.

The average cost of the materials used was €2,911. The average time invested was 7.67 minutes. The intervention was carried out without difficulty in 140 cases, with an average of 6.58 minutes, and with difficulty in 22 cases, with a time of 10.18 minutes. The mean cost of the intervention was €4,624.

It was concluded with the validation of the GDR 122 interventions, proposing new interventions. The need for training in nursing methodology and in the use of classification systems was detected, as well as in improving records.

Keywords: Classification of patients, nursing interventions (NIC), validation of nursing interventions, cost of nursing interventions, NIPE.

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista legislativo, es necesaria la normalización del trabajo como mejora de calidad e instrumentalización para los sistemas de información sanitaria (SIS) y desde el punto de vista de la gestión, para determinar los recursos necesarios. ⁽¹⁾

REVISIÓN Y ANTECEDENTES

Los imperativos legales relacionados con la clasificación de pacientes y la normalización y calidad de la atención, vienen reflejados en la ley 44/2003, de 21 de Noviembre ⁽²⁾, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, con la creación de la Agencia para la Calidad del SNS ⁽³⁾.

En la actualidad, diferentes autores trabajan y publican sobre clasificaciones enfermeras, pero son escasas las publicaciones que avalen, desde la práctica clínica, o desde la gestión, su utilización como herramientas de uso en la práctica diaria, de manera generalizada ⁽⁴⁾. Según datos del Sistema Nacional de Salud, en su Plan de Calidad, los procesos de salud más frecuentes, se relacionan con problemas cardiovasculares (cardiopatía isquémica, hospitalización por infarto de miocardio). ⁽⁵⁾

En Canarias, en el II Plan de Salud, 2004-2008, los cinco primeros problemas de salud priorizados son: cardio-

vasculares, cáncer, salud mental, diabetes mellitus y envejecimiento, siendo la cardiopatía isquémica el problema de mayor mortalidad. ⁽⁶⁾

Tanto en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), ⁽⁷⁾ como en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) ⁽⁸⁾, las altas más frecuentes coinciden, como en los datos generales del Sistema Nacional de Salud, con procesos ginecológicos GDRs 372, 373), seguidos en importancia por los de tipo cardiovasculares las que ocupan el puesto 12.

CONCEPTUALIZACIÓN

El concepto de “clasificar”, se entiende como “actividad de agrupar los elementos de información de acuerdo a atributos o propiedades comunes entre ellos” ⁽⁹⁾, y clasificación, como la selección de aquellos atributos que se agrupan con criterios predeterminados y organizados.

Según la RAE, calidad es: la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, o mejor o peor que las restantes de su especie”. ⁽¹⁰⁾

Los servicios sanitarios se consideran de calidad cuando carecen de deficiencias y satisfacen las necesidades

del usuario, incluyendo la adecuación de coste /beneficio. (11)

En el contexto sanitario, cabe distinguir distintos tipos de clasificaciones que permitan asignar los recursos adecuados para una atención sanitaria eficiente. Tienen importancia las clasificaciones de pacientes y las clasificaciones de Enfermería, para validar el lenguaje incluido en ellas, de manera que se facilite y normalice su uso.

La Validación Clínica de Intervenciones, consiste en: constatar que en la práctica asistencial se realizan las intervenciones planteadas teóricamente en la norma, durante el internamiento hospitalario del paciente. (12)

Los sistemas de clasificación de pacientes, ayudan a medir la calidad y eficiencia de los servicios sanitarios. Una de las más utilizadas es la clasificación de pacientes por GDR (Grupos de diagnósticos relacionados) (13). Agrupa los pacientes por isoconsumo, según la casuística, con la CIE-9-MC (Clasificación internacional de enfermedades) (14) y por CMBD (conjunto mínimo básico de datos). (15)

Sobre clasificaciones enfermeras, destacan: Diagnósticos de Enfermería NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) (16), NIC (Clasificación de intervenciones de En-

fermería) (17) y NOC (Clasificación de resultados de enfermería) (18).

La NIC y la NOC, partieron de EEUU, y son clasificaciones propuestas por un grupo de enfermeras de la Universidad de Iowa. En España, las clasificaciones enfermeras comenzaron a tomar importancia en los años 90, y tuvieron su mayor impulso a partir de los años 2002-2003, con la puesta en marcha del proyecto de investigación NIPE (Normalización de las Intervenciones para la Práctica Enfermera), que “pretende desarrollar un instrumento de mejora continua de la calidad de los cuidados de enfermería, con el fin de prestar una mejor asistencia a la población, demostrando su aportación al Sistema Nacional de Salud”, asociando el proceso enfermero a un GDR, generando proyectos de norma. (12)

Recientemente, se ha incluido la taxonomía ATIC (Arquitectura, Terminología, Interfase, Información, Enfermería y Conocimiento). Es un sistema de conceptos basado en el lenguaje empleado en la práctica, utilizando expresiones terminológicas clínicas habituales para su identificación y para su uso en los sistemas de información. (19)

JUSTIFICACIÓN

Las clasificaciones de pacientes se elaboran teniendo en cuenta criterios

médicos, introduciendo datos relacionados con diagnóstico, tratamiento, procedimientos realizados, tiempos de estancia hospitalaria, etc., permitiendo determinar cargas de trabajo y necesidades de recursos, pudiendo aplicarse en gestión sanitaria.⁽¹⁵⁾

En enfermería, esto es difícil, la actividad enfermera se engloba en el monto total de costos. Disponer de este tipo de instrumento, facilitaría la determinación de recursos humanos necesarios y la valoración de costos, según cargas de trabajo, posibilitando la cuantificación de las actividades realizadas, las necesidades y los recursos consumidos.

La normalización del trabajo y aplicación en gestión, exige validar las intervenciones incluidas en los GDRs.

HIPÓTESIS

Sólo algunas de las intervenciones normalizadas de enfermería, se identifican y aplican a los pacientes, con las mismas características, en los hospitales de Tenerife.

El tiempo en la realización de una intervención y el costo generado, es diferente en las distintas instituciones.

OBJETIVOS

- Identificar, especificar y validar intervenciones normaliza-

das del GDR 122: “Trastornos circulatorios con infarto agudo de miocardio sin complicaciones cardiovasculares. Alta con vida”

- Identificar, especificar y validar actividades normalizadas de la intervención 4190: “Canalización venosa periférica”.

- Estimar los recursos utilizados y valorar el coste de la intervención en diferentes instituciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizaron dos estudios prospectivos y comparativos:

A) Intervenciones que se realizan en el GDR 122: “Trastornos circulatorios con infarto agudo de miocardio sin complicaciones cardiovasculares. Alta con vida”

B) Actividades incluidas en la Intervención 4190 de la NIC: “Canalización venosa periférica”

Metodología del estudio A: “Estudio de Intervenciones del GDR 122” Se realizó en los Hospitales Universitario de Canarias y Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, con pacientes cardiológicos. La población de estudio la formaron los pacientes ingresados con características del GDR 122. Se excluyeron casos du-

dosos y pacientes con comorbilidad. Las variables de estudio fueron las Intervenciones enfermeras de Norma NIPE.

Metodología del estudio B: “Estudio de Actividades de la Intervención 4190” Se realizó en los Hospitales Universitario de Canarias y Universitario Ntra. Sra. de Candelaria y en San Juan de Dios. La población de estudio la formaron los pacientes Cardiológicos. La muestra la constituyeron los pacientes entre 14 y 80 años que precisaban “Punción venosa periférica”, en turnos de encuestadores. Las variables de estudio fueron: Actividades enfermeras de Nor-

ma NIPE, tiempos de ejecución, recursos empleados.

Se elaboraron dos cuestionarios estructurados, con preguntas cerradas y abiertas, validados por expertos. Los dos estudios se realizaron en Urgencias, Coronarias y Planta de Cardiología, en el segundo semestre de 2006 y los datos se trataron con el programa estadístico RSIGMA.

Para el cálculo del costo/minuto de la enfermera en cada institución para determinar el costo directo de la intervención, se utilizaron las siguientes fórmulas:

$$\text{COSTO DE ENFERMERA POR MINUTO} = \frac{\frac{\text{Salario bruto anual}}{\text{Nº Total de horas/año}}}{60 \text{ minutos}}$$

$$\text{COSTO DIRECTO DE LA INTERVENCIÓN} = \text{Costo medio de recursos materiales} + \left(\begin{array}{c} \text{Costo medio/minuto} \\ \text{de la enfermera} \\ \times \\ \text{Tiempo medio} \\ \text{invertido (minutos)} \end{array} \right)$$

DIFICULTADES Y LIMITACIONES

Poca motivación para colaborar, por “Falta de recursos humanos, Exceso de cargas de trabajo, Datos de Información solicitados por la Institución en el momento de realizar el estudio”, déficit de información sobre taxonomías y GDRs., dificultades para obtener costos de consumibles por centro.

RESULTADOS

Estudio de Intervenciones del GDR 122:

se incluyeron 157 pacientes, siendo 109 (69%) hombres y 48 (31%) mujeres. Se recogieron 89 (55,97%) cuestionarios en el HUC y 70 (44,03%) en el HUNSC. La distribución por unidades fue:

- 45 (28,4%) en Urgencias

- 82 (51,9%) en Coronarias y
- 31 (19,6%) en planta de Cardiología

Se validaron 47 intervenciones de las 64 de la norma, incluyendo 5 distractores, de ellas se realizaron ≥ 50 % de media, 27 intervenciones y ≤ 50 % en alguna unidad 20 intervenciones, los distractores fueron 2 en una proporción ≥ 50 % de media y 3 ≤ 50 % en alguna unidad. No se validaron 22 intervenciones de la norma y 10 distractores.

En [tabla 1](#), se pueden ver las intervenciones realizadas, con una media igual o superior al 50%.

Se realizaron 27 intervenciones en más del 50%, 19 intervenciones entre el 25 y el 50% de los casos y el resto de intervenciones en menor proporción.

En la [tabla 2](#), se ve la comparativa de realización de las intervenciones más frecuentes. Mientras en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, las intervenciones “fomento de la implicación familiar” e “identificación de riesgos” fueron realizadas en mayor proporción que en el Hospital Universitario de Canarias (siendo significativo para una $p < 0,001$), en el HUC se registró más la “interpretación de datos de laboratorio”, pareció deberse a que se

daba mayor importancia a intervenciones relacionadas con pruebas diagnósticas.

Las intervenciones incluidas como distractores, Mantenimiento de la salud bucal y Regulación de la temperatura se realizaron en una media superior al 50%, por lo que pueden quedar validadas.

Estudio de Actividades de la Intervención 4190:

Se estudiaron 342 pacientes, en los Hospitales públicos y en la Unidad de Cardiología de San Juan de Dios. Esta intervención estaba en el anterior estudio entre las 15 de mayor realización y se ejecutó por la enfermera en el 100% de los casos.

Los recursos humanos utilizados fueron: en 276 (82,55%) casos una enfermera sola, en 59 (17,25%) casos colaboró un auxiliar y en 7 (0,20%) ocasiones participó un médico con la enfermera.

Se utilizaron productos de desinfección diferentes: en el HUC lo más frecuente fue la Clorhexidina, en el HUNSC fue Povidona Yodada con alcohol, en San Juan de Dios Povidona Yodada. Aunque fueron productos diferentes, los costos eran similares. El tipo de catéter utilizado fue corto en el 92,29% de los casos. Sobre el uso de guantes, se utilizaron limpios en todos los casos, sólo eran estériles en las punciones de caté-

teres centrales. Se utilizó apósito estándar en el 98,10% de los casos. Los materiales empleados, se pueden ver en la [tabla 3](#).

El costo medio de los materiales utilizados en la intervención, fue de 2,911 €. El tiempo medio invertido, fue de 7,67 minutos.

Se realizaron sin dificultad 140 (86,17%) casos, con una media de 6,58 minutos cada una y con dificultad 22 (13,82%) casos, con un tiempo medio de 10,18 minutos.

El costo medio de la intervención en los centros de estudio, fue de 4,624€

DISCUSIÓN

De las intervenciones incluidas en todos los GDR, se realizaron todas menos Planificación del alta, en una media superior al 50%, considerándose validadas, dicha intervención, raramente se realizaba en urgencias y en coronarias, aunque se practicaba en el 81,5% de los casos en planta. Otras intervenciones realizadas de manera diferente en las unidades fueron: “Manejo de muestras”, “Fomentar el sueño” y “Manejo de estreñimiento”. Por ello, se propone valorar las intervenciones, no sólo las generales por GDR, sino también por unidades y necesidades de cuidados, para facilitar la

valoración de cargas de trabajo y las necesidades de recursos enfermeros.

Se detectó escasa experiencia en la utilización de sistemas de clasificación normalizados y un déficit de conocimientos en la aplicación de la metodología enfermera normalizada, así como la existencia de hábitos adquiridos por los profesionales, no asumiendo las actividades como parte de la intervención, al realizarlas de forma automática. En este sentido, aunque los registros fueron incompletos en varias ocasiones, los observadores refirieron que sí se realizaron. Habría que valorar la instauración de registros estandarizados usando taxonomías propias.

Sobre la taxonomía enfermera, se observaron diferencias entre los niveles docente y asistencial al no tener compatibilizado el lenguaje. Deberían desarrollarse sesiones formativas entre ambos niveles para estandarizar y normalizar el lenguaje y la acción.

CONCLUSIONES

- Quedan validadas las intervenciones propuestas en la norma teórica del GDR 122
- Se propone incluir en el GDR 122 las intervenciones: “Mantenimiento de la salud bucal”, “Regulación de la tempe-

ratura”, “Manejo de la eliminación urinaria” y “Monitorización de líquidos”

- Convendría valorar la realización de intervenciones del GDR, según el momento de la atención y según la unidad de hospitalización

- Se propone organizar formación continuada para unificar lenguaje, actualizar conocimientos, conocer la nomenclatura y adiestrarse en uso de metodología de trabajo.

- Presentar a las instituciones un estudio pormenorizado de las cargas de enfermería en los servicios para desarrollar políticas de adecuación de personal

- Sobre la intervención estudiada, “Canalización de vía venosa periférica”: el consumo de materiales y los costos fueron similares. Las diferencias tuvieron más relación con los tiempos empleados que con los materiales consumidos.

- Conocer las actividades realizadas y los costos que se generan, pueden utilizarse para determinar los recursos.

- El infrarregistro, parece tener relación con la implantación

de sistemas sin tener en cuenta a los profesionales.

- El déficit de conocimientos sobre metodología enfermera, debería salvarse con formación específica, desde la formación de grado. El lenguaje, debería ser conocido y consensuado con los profesionales de la práctica asistencial para evitar divergencias entre docencia-asistencia.

- Convendría estandarizar registros utilizando taxonomías propias, esto facilitaría y favorecería el seguimiento del paciente y la investigación.

- Se debería fomentar el conocimiento de la actividad hospitalaria, como elemento de desarrollo de políticas sanitarias globales, y en particular de recursos humanos y de calidad en atención sanitaria.

Con esta metodología, se podría diseñar una herramienta de valoración de recursos, en función de cargas de trabajo, según el tipo de paciente y se podrían determinar los tiempos medios y los costes de las intervenciones enfermeras, por unidad y en definitiva en el hospital, utilizando datos reales y fiables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Gómez JA, Novo Muñoz MM. Conceptos de calidad en el Sistema Sanitario. Evaluación, garantía, mejora continua y calidad total. El ciclo evaluativo. Calidad por monitorización. Dimensiones de la calidad asistencial. Estructura, proceso y resultado. En: Temario ATS-DUE. Temas comunes. Servicio Canario de la Salud. Madrid: Ed. ADAMS; 1999. p: 233-250.
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado. Núm. 280 (Noviembre 22, 2003)
3. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de
4. Salud. Madrid: Boletín Oficial del Estado. Núm. 128; Mayo 29, 2003
5. González Jurado MA. Normalización de la práctica enfermera como contribución a la salud, la calidad asistencial y la seguridad clínica de las personas. Evaluación en los cuidados del paciente neumológico. Tesis doctoral. Dpto Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad Complutense. Madrid, 2006.
6. INCLASNS DB Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad y consumo. Plan de calidad para el sistema nacional de salud. INCLASNS-BD versión 0. Gobierno de España. Instituto de información sanitaria. [en línea] [fecha de acceso 2 de marzo de 2008]. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm
7. CONSEJERÍA DE SANIDAD. Plan de salud de Canarias 2004-2008 "Más salud y mejores servicios". Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. [En línea]. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/1/plansalud/plansalud2004_2008/Plan_de_Salud_de_Canarias_2004_2008.pdf
8. Servicio Canario de Salud. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Memoria 2005. Servicio Canario de Salud, 2007.
9. Gobierno de Canarias. Consorcio Sanitario de Canarias. Memoria 2005. Gobierno de Canarias y Consorcio Sanitario de Canarias, 2007.
10. Hassan Montero Y, Martín Fernández F J. Sistemas de Clasificación de Información. No Solo Usabilidad journal, nº 3. 14 de Febrero de 2004. [En línea] [Fecha de acceso el 2 de marzo de 2008]. Disponible en: http://www.nosolousabilidad.com/articulos/sistemas_clasificacion.htm
11. Moliner M. Diccionario de uso del español. 2ª ed. Madrid: Gredos; 1998.
12. Pallares Neila L, García Junquera MJ. Guía práctica para evaluación de la calidad en la atención enfermera. Madrid: OLALLA ediciones S.L. 1996.
13. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Metodología aplicable a las normas NE EA. En: Proyecto N.I.P.E Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. [Fecha de acceso: marzo de 2008] [En línea]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/proyecNIPE.htm>
14. Rivero Cuadrado A. Análisis y desarrollo de los GDR en el sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 9.ª REVISIÓN. MODIFICACIÓN CLÍNICA. (eCIE9MC), 5ª Edición (2006). Versión 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/home.htm>
16. Ministerio de Sanidad y Consumo (España). CMBD Insalud. Análisis de los GRDs. Año 1999. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación administrativa. Área de estudios, documentación y coordinación normativa; 2001
17. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Barcelona: Harcourt SA; 2007
18. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). (Nursing Interventions Classification (NIC)). 4ª ed. Madrid: Elsevier España SA-Mosby; 2005.
19. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier España SA-Mosby; 2005.
20. Juvé Udina ME. Evaluación de la validez de una terminología enfermera de interfase. [Tesis] Universidad de Barcelona. 2012. [Fecha de acceso: 21 de febrero de 2019] Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/35128/5/MEJU_TESIS.pdf

TABLAS Y ANEXOS

Tabla 1: Media de Intervenciones realizadas en el GDR 122 en Urgencias, Coronarias y Planta de Cardiología, de mayor a menor ejecución, en más del 50% de los casos.

Intervenciones	Media
Vigilancia. Seguridad	99,20
Cuidados de enfermería al ingreso	96,17
Monitorización de los signos vitales	95,63
Documentación	89,57
Regulación hemodinámica	84,47
Administración de medicación: oral	83,87
Cuidados cardíacos	82,40
Transcripción de órdenes	81,00
Administración de medicación: intravenosa (IV)	79,63
Informe de turnos	78,67
Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)	76,93
Interpretación de datos de laboratorio	76,40
Punción intravenosa (IV)	75,67
Precauciones cardíacas	73,10
Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	71,40
Ayuda con los autocuidados: aseo	69,67
Manejo de la medicación	67,90
Protección de los derechos del paciente	66,40
Disminución de la ansiedad	65,93
Manejo del dolor	61,80
Control de infecciones	60,27
Regulación de la temperatura	58,93
Mantenimiento de la salud bucal	53,53
Cuidados del paciente encamado	52,90
Flebotomía: muestra de sangre venosa	52,53
Manejo del estreñimiento/ impactación	52,00
Fomentar el sueño	50,30

Tabla 2: Comparativa de Medias de las Intervenciones realizadas con más frecuencia en el GDR 122 en Urgencias, Coronarias y planta de Cardiología, de mayor a menor ejecución, con la media global.

Intervenciones	Media	Urgencias	Coronarias	Planta
Vigilancia. Seguridad	99,20	100	97,6	100
Cuidados de enfermería al ingreso	96,17	91	97,5	100
Documentación	89,57	75	93,7	100
Administración de medicación: intravenosa (IV)	79,63	68	100	70,9
Informe de turnos	78,67	41	95	100
Mto acceso venoso (DAV)	76,93	59	95,1	76,7
Interpretación de datos de laboratorio	76,40	44	92,7	65,2
Punción intravenosa (IV)	75,67	86	89	52
Precauciones cardiacas	73,10	47	96,3	76
Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	71,40	25	92,7	96,5
Ayuda con los autocuidados: aseo	69,67	20	89	100
Manejo de la medicación	67,90	67	97,6	39,1
Control de infecciones	60,27	16	89	75,8

Tabla 3: Recursos materiales utilizados en la intervención "punción venosa".

MATERIAL DE DESINFECCIÓN	TIPO DE CATÉTER	TIPO DE APÓSITO	OTROS RECURSOS UTILIZADOS
Povidona Yodada	Corto, tipo Abbocath 18, 20	Apósitos tradicionales (con gasas)	Empapador
Povidona Yodada solución alcohólica en spray	Intermedio, tipo Venocath	Apósitos preparados para punción venosa	Venda Elástica
Alcohol 70°	Largo, tipo Drum/Cavafix	Ap. Transparente Mepore	Venda Gasa Algodón
Clorhexidina 2%		Puntos de aproximación Steristrip	Compresor
		Material adhesivo	S. Fisiológico 100
			Jeringa 2cc
			Aguja intravenosa
			Llave Tres Pasos
			Obturador Internitente
			Tapón De Heparina
			Alargadera
			Heparina
			Solución heparinizada (vial)
			Guantes Limpios
			Guantes Estériles
			Algodón
			Paño Estéril Desechable