

ESCOLA UNIVERSITÀRIA D'INFERMERIA SANTA MADRONA
Fundació "la Caixa"

**ELABORACIÓ I IMPLANTACIÓ INFORMÀTICA DE TRAJECTÒRIES
CLÍNQUES DE LES PATOLOGIES DE NEOPLÀSIA DE RECTE I DE
NEOPLÀSIA DE MAMA**



R.11.409

AUTORES:
Anna Pérez i Carmona
Rosa Vila i Grau

Treball presentat al curs d'Administració i Gestió en Infermeria per a l'obtenció del Màster

Agraïments:

*A Montserrat Teixidor, directora de l'Escola de Sta. Madrona,
pel seu positivisme constant,*

*A Carme Vidal, epidemiòloga de l'Hospital Gral. de Manresa,
pels seus coneixements,*

*A l'equip de la Direcció d'Infermeria de l'Hospital Gral.
pel seu estimul,*

*A tots els companys d'infermeria
per la seva disponibilitat incondicional.*

INDEX

1. INTRODUCCIÓ	Pàg. 6-8
2. JUSTIFICACIÓ	
2.1. Justificació General	9-10
2.2. Treball de recerca dins del marc del Projecte Europeu "SINTRAIN".	11-13
3. OBJECTIUS	
3.1. Objectiu General	14
3.2. Objectius Específics	
4. MARC TEÒRIC	15-16
4.1. INFERMERIA: TEORIES I MODELS.	17-18
4.1.1. Ciències Psicosocials aplicades a les cures d'infermeria	18-19
4.1.1.1. Teories Dinàmiques	
4.1.1.2. Teories Humanistes	
4.1.2. Ciències Psicosocials en les escoles d'infermeria	19-22
4.1.2.1. Escoles de les Necessitats	
4.1.2.2. Escola de la interacció	
4.1.2.3. Escola dels efectes desitjats	
4.1.2.4. Escola de la promoció de la salut	
4.1.2.5. Escola de l'ésser humà unitari	
4.1.2.6. Escola del Caring	
4.2. INFERMERIA: TAXONOMIA I DIAGNÒSTICS:	23-37
4.2.1. El concepte de diagnòstic d'infermeria	
4.2.2. Definicions de diagnòstic d'infermeria	
4.2.3. Diagnòstic d'infermeria, procés o resultat?	
4.2.4. Perquè la creació d'una taxonomia?	
4.2.5. Taxonomia i investigació	
4.2.6. Taxonomia i educació	
4.2.7. Els sistemes de classificació	
4.2.8. Característiques pròpies de la Taxonomia	
4.2.9. Factors etiològics, concurrents i de risc (en relació amb)	
4.2.10 Patrons funcionals de salut	
4.2.11 Problemes interdisciplinaris	
4.2.12 Model Bifocal d'Infermeria Clínica	
4.2.13 Diagnòstics d'infermeria reals, potencials, possibles	
4.2.14 Formulació de diagnòstics. Valoració i identificació del problema	

4.3. APLICACIÓ DEL PLA DE CURES D'INFERMERIA	38-40
4.3.1. Criteris de procés en front a criteris de resultats	
4.3.2. Execució de les activitats del pla de cures	
4.3.3. Avaluació	
4.4. TRAJECTORIA CLINICA: UNA EINA PER A GESTIONAR ELS RESULTATS.	41-43
4.5. QUALITAT	44-54
4.5.1. Qualitat Assistencial	
4.5.2. Concepte de qualitat en general	
4.5.3. Concepte de qualitat a l'atenció sanitària	
4.5.4. La valoració ètica i social de la qualitat dels serveis de salut	
4.5.5. Programes de gestió de la qualitat	
4.5.6. La mesura del producte infermer	
4.6. INFORMÀTICA EN LA SALUT. VISIO ACTUAL	55-64
4.6.1. Programes actuals	
5. MARC EMPIRIC	65-79
5.1. CONTEXT GENERAL	
5.1.1. Situació de la realitat actual	
5.1.2. Situació de l'organització	
5.1.3. Situació dels professionals.	
Esquema Cronològic del treball de recerca	
5.1.4. Anàlisi de l'entorn	
5.1.5. Model organitzatiu de l'Hospital Gral. de Manresa	
5.1.6. Utilització de la informàtica assistencial	
5.1.7. Utilització de la informàtica de gestió	
5.1.8. Valoració de registres informàtics. Prova pilot	
5.1.9. Experiències informàtiques amb visió de futur:	
A) Projecte Multiport	
B) Projecte Hocaprit	
C) Projecte SIMTRAIN	
5.1. HIPOTESI	80-81
5.2. DISSENY DE L'ESTUDI	82-89
5.2.1. Variables	
5.2.2. Metodologia	
A) Disseny Inicial	
B) Esquema operatiu	
C) Estació de Treball d'Infermeria	
5.2.3. Mostra	
5.2.4. Instruments de recollida de la informació	
A) Qüestionari de professionals. Enquesta	
B) Estudi Comparatiu	

5.4.	RESULTATS	90-134
5.4.1.	RESULTATS ENQUESTES PROFESSIONALS	
5.4.2.	RESULTATS TRAJECTÒRIES	
5.4.2.1.	GRAELLA NEOPLÀSIA DE MAMA	
5.4.2.2.	GRAELLA NEOPLÀSIA DE RECTE	
5.5.	ANALISI DE RESULTATS	135-139
5.5.1.	ANÀLISI RESULTATS ENQUESTES	
5.5.2.	ANÀLISI RESULTATS TRAJECTÒRIES	
6.	CONCLUSIONS I PROPOSTES DE LA RECERCA	140-147
7.	6.1. CONCLUSIONS GENERALS	
	6.1.1. CONCLUSIONS DE LES ENQUESTES ALS PROFESSIONALS	
	6.1.2. CONCLUSIONS DE LA IMPLANTACIÓ DE LES TRAJECTÒRIES CLÍNiques	
	6.2. PROPOSTES	
8.	BIBLIOGRAFIA	148-149
8.	ANNEXES	

1. INTRODUCCIÓ

El projecte que desenvoluparem com a treball de recerca té com a títol: ***"Elaboració i Implantació informàtica de Trajectòries Clíniques de les patologies de Neoplàsia de Recte i Neoplàsia de Mama"***.

Parlarem doncs de comunicació, d'informació, d'informàtica com a eina, com a canvi cultural i parlarem dels diferents sistemes que es posaran en moviment arrel de la implantació, es a dir del canvi.

D'aquests conceptes intentarem donar una visió ampla, anirem des de els orígens, de la antiguitat, fins a la realitat actual de la part organitzativa i pràctica i que mira cap un futur immediat, endinsant-nos en el detall assistencial i professional d'infermeria, per poder desenvolupar una eina operativa i eficaç.

Si donéssim un salt enrera i ens traslladéssim als orígens, podríem veure que ja des de l'antiguitat a l'hora d'introduir nous sistemes, apareixen conceptes de: accessibilitat, de mecanismes de defensa, de por, de manipulació de poder i de unificació de criteris.

Si analitzem els factors veiem al llarg de la història, i en concret en el mon Grec, que la diversitat lingüística va estar influenciada sens dubte per la geografia física de Grècia, amb nombroses dificultats en quant a les comunicacions, a excepció de les comunicacions que es feien per mar. Això explica que els enclavaments costaners i les poblacions de les rutes comercials, sempre foren molt més receptius a les innovacions lingüístiques i culturals. En el manteniment de la diversitat lingüística, també hi contribuï la fragmentació política, ja que la manca d'unitat fomentà el caràcter d'exclusiva individualitat que maldaren per afermar les diferents polis, tant a nivell d'organització social i militar com d'expressió, de llengua. Per tant, els dialectes grecs també reflecteixen com a resistència en l'època històrica, els particularismes de cada polis, gelosa de la pròpia autoritat, autonomia i identitat.

Moltes dificultats van trobar els estudiosos a l'hora de fixar amb precisió el moment, el lloc o la manera en què fou introduït l'alfabet a Grècia en la seva forma totalment fonetitzada. Sembla versemblant que els grecs coneguessin l'alfabet fenici al nord de Síria i que, per les rutes comercials, aparegués un nou tipus d'escriptura i es consolidés primer als territoris grecs més propers, per raons geogràfiques, i més oberts, per raons de comerç i de contactes marítims, a l'intercanvi cultural amb Orient. Així l'alfabet grec va aparèixer en una ruta comercial o en un lloc amb bona connexió amb altres punts comercials de Grècia d'aquest període, de on era fàcil i quedava garantida una ràpida expansió i disseminació de l'escriptura entre els grecs.

Es d'opinió general que l'alfabet fou introduït pels comerciants grecs, a fi de facilitar a la societat grega el registre dels comptes i de confiar els contractes econòmics a l'escriptura.

D'altre banda Plató en el segle IV, posava de manifest el perill que comportava confiar a l'escriptura algunes de les seves doctrines, perquè, segons ell, la lletra

escrita pot ser divulgada sense control de l'autor, mentre que l'aprenentatge de memòria, en aquest cas, es fa directament del mestre.

Plató no és una excepció, en general, a les contalles gregues que refereixen l'ús de l'escriptura, hi ha força desconfiança i, si més no, revelen l'ambigüitat que acompanyà l'adopció de l'escriptura com a nova tecnologia de comunicació i poder.

Possiblement l'escriptura es va consolidar i es va difondre amb força lentitud, la societat grega era substancialment il·letrada fins que, a mitjans segle VI, l'escriptura s'afermà i es difongué a Grècia també en funció de la comunicació, però sobretot per a la composició de textos que aleshores es podien començar a definir com a literaris.

Soló, el poeta legislador confia en canvi, en la fixació i en l'escriptura de les lleis per tal de anivellar els desequilibris de tota mena i de fer més justes les relacions socials a la comunitat, de manera que (segons Plutarc) volia contenir "amb lletres" l'excés de la injustícia dels ciutadans.

Posar per escrit un nom, tant si era en una ofrena com en una maledicció, hi imprimí una força màgica, intensificant el valor, era una altra manera de deixar memòria i d'eternitzar el nom d'algú davant dels altres.

La paraula escrita és pensada per assegurar immutabilitat i permanència, alhora que fa innecessària la presència de l'emissor.

Si des de Plató donéssim un salt a l'actualitat, ens paràriem en uns comentaris molt interessants de Nicholas Negroponte al Mil·lenni 96:

"...Fins ara el món els enteníem, estem fets d' àtoms, ens vestim amb els, els transportem, tenen color, mida, pes i massa. Sobre els bits estem més desconcertats. No tenen pes, ni mida, ni color, ni massa i viatgen a la velocitat de la llum. Es tracta de tot un món apart."

Si comparem els dos sistemes a nivell pràctic diríem: Si busquem un llibre a la Biblioteca (àtoms) podríem llegir-lo tantes persones com llibres hi haguessin en una biblioteca. En una biblioteca virtual (bits), podrien llegir el mateix llibre milions de persones a la vegada.

Larry Roberts va inventar Internet al 1963 en el moment de més apogeu de la guerra freda. El detall que més ens interessa destacar d'aquest sistema es el seu disseny totalment descentralitzat, sense jerarquia.

A la gent ens costa molt entendre això. De fet els nostres gens no hi estan preparats, hem nascut amb uns pares, sempre hem tingut alguna mena d'autoritat en les nostres vides: professors, caps d'estat, de manera que la noció d'autoritat i l'idea que tot ordre prové d'aquesta autoritat són profundes, estan molt arrelades. Per això quant trobem aquesta falta d'autoritat diem: "és un caos, és una anarquia, és un desordre".

Aquestes paraules també ens han fet pensar en pèrdues, resistències, pors.

Les reflexions anteriors, antigues i modernes en quan a la manera de registrar, deixar els missatges i transmetre, ens ajuda a donar pas al nostre treball amb el que intentarem conceptualitzar la hipòtesi del treball de recerca, així com avançar en la premissa de que la informàtica és quelcom més que un sistema, una operatòria, és un canvi substancial dintre de les organitzacions sanitàries actuals.

2. JUSTIFICACIÓ

2.1. Justificació General

Establir nous registres, estandarditzar processos i integrar les eines informàtiques en una professió que ha estat, durant molt temps, vinculada en el traspàs de dades més pròpies d'altres disciplines i per contra, en un divorci permanent en el registre de tot allò que la defineix, semblaria lògic que no necessites cap justificació, diríem que es del tot natural i de sentit comú.

De totes maneres el repte per elaborar i implantar trajectòries clíniques de les dues patologies anomenades, persegueix diferents objectius.

Al llarg del nostre treball ens mourem a dos nivells:

- Capacitació i desenvolupament d'una professió amb un **rol propi**, que utilitza un mètode científic i que comparteix un procés multidisciplinar, encaminant la seva aportació, la seva praxis al consens.
- Integració del usuari com a part activa potenciant-li **un rol de corresponsabilitat**.

Està demostrat que la variabilitat en l'estil de la pràctica pot comprometre l'efectivitat clínica, així com l'assignació de recursos i l'equitat dels mateixos.

Infermeria té una responsabilitat clara davant d'això, creiem doncs que l'elaboració de plans assistencials com són les **trajectòries**, ordenats seqüencialment i amb el seu conjunt d'activitats, garantitzen no un pensament únic, sinó una única manera de guiar un procés; si a més a més integrem la informàtica com a sistema de registre i emmagatzemant de les dades, garantitzem que les diferents aportacions arribin a confeccionar lo essencial, per assolir els objectius que haurem de portar a terme.

Com hem dit des del punt de vista històric, les infermeres han tingut una difícil relació amb el registre d'infermeria. Tot i que la quantitat dels registres ha augmentat certament amb els anys, no es pot dir el mateix de la qualitat de la informació registrada. Les cures sanitàries actuals, amb l'augment de demanda d'infermeres professionals, necessiten el desenvolupament d'un sistema de registre àgil, professional i eficient.

L'administració i el registre de les cures d'infermeria deuen acomplir les normes de la professió.

La American Nurses Association (ANA) defineix una norma com "afirmació competent" per la qual es pot jutjar la qualitat de la pràctica, del servei i de la informació" (Flanagan, 1974).

La infermeria basada en la evidència és un procés en el que la infermeria pren decisions utilitzant la millor informació científica disponible, la seva pròpia experiència clínica, integrant les individualitats dels malalts, en un context en el que els recursos disponibles han d'estar ben gestionats.

La utilització continuada d'una gran quantitat d'informació és una tasca feixuga, que requereix preparació i tenir clar perquè serveix aquesta i, per tant, tenir ben formulada la pregunta de la investigació.

Tradicionalment, la pràctica de la infermeria, ha estat condicionada per les indicacions mèdiques o per protocols i normatives rutinàries. Això ha motivat a diferents grups d'investigació, entre els quals està el departament de estudis de la salut de la Universitat de York, a posar en marxa projectes d'investigació dirigits a conèixer fins quin punt les cures d'infermeria inclouen decisions que requereixen evidència procedent d'investigacions i sobre quina es la percepció de la infermeria vers aquestes necessitats, els problemes d'accés a la informació, etc.

Si busquem una justificació que avaluï a la informàtica com a sistema, començaríem per desglossar què és l'informació.

La consciència és l'element distintiu clau del ésser humà. La relació entre la mà, el cervell i llenguatge desenvolupa un paper clau en el camí de la praxis a la gnosis, així diríem que som éssers humans gràcies a la consciència i a la nostra capacitat per conèixer la realitat.

Si busquem al llarg de la història, l'avaluació de la feina feta ha estat sempre present. Així trobem que els egipcis comprovaven la perpendicularitat dels blocs de pedra de les piràmides; els fenicis tallaven la ma dreia a qui era reincident de mala praxis; en el codi hamurabi, es podia condemnar a un treballador de la construcció en cas de fallida de l'obra; després van aparèixer els artesans i van deixar petjada del seu fet, fins que poc a poc va arribar la revolució industrial al segle XVIII.

Donat el canvi que ha fet la sanitat en quan a minimitzar la "potestat paternalista" del metge i l'augment de la participació i canvi de rol de pacient, fins a convertir-se en usuari-client, també s'ha anat integrant la necessitat de fer el control de qualitat o gestió de la qualitat, incrementat esforços per portar aquesta eina al marc assistencial.

Cada vegada més es fa palpable la necessitat de mesurar els resultats de les accions; quedar-nos en àrees de planificació i d'aplicació de recursos a tasques, no deixa satisfet en la majoria dels casos, ni al professional, ni al usuari. Aquí radica el canvi substancial de la nostra època, aquest és el que ens demana als professionals d'infermeria, a liderar. Ningú com nosaltres per mesurar i definir el nostre propi treball i definir l'operatòria que garantitzi la eficàcia del mateix de forma que fora de ser només intermediaris en el sistema sanitari, es vegi el nostre valor afegit.

Acabariem amb una frase que englobaria aquesta justificació general: **"Quan la gent es dedica a estudiar en profunditat qualsevol classe de dogma, podem pensar sens dubte que aquest s'està qüestionant"**.

2.2. Treball de recerca dins del marc del Projecte Europeu "SIMTRAIN"

Creiem que la recerca en aquest àmbit d'elaboració de plans assistencials ordenats i consensuats per patologies, ens atrevirem a dir que en el moment actual, és d'obligat compliment. Així i doncs detallarem les raons objectives que es desprenen de la nostra realitat i que ens han aportat tant les idees, com el camí per endinsar-nos en aquesta recerca.

Dins de l'Hospital General de Manresa i com veurem després, hem recorregut un canvi significatiu; aquest ha anat des d'una horitzontalització dels comandaments intermitjos, una potenciació del rol professional, establint en la gestió rols de suport i no de control professional fins a la gestió de la qualitat que es va anar integrant a petita escala.

Tot això ens va donar l'excusa per buscar projectes que ens potenciessin en aquests àmbits.

En el mes d'Octubre de l'any 1999 es va configurar un grup de professionals de l'Hospital amb la intenció de participar dins del programa Leonardo amb el projecte anomenat "SIMTRAIN". Aquest projecte el definirem de manera més concreta més endavant però, no podem deixar d'anomenar la importància del mateix, amb la justificació de la nostra recerca.

El grup de professionals va està format per dues professores d'Infermeria de l'Escola Universitària "La Fe" de València, dues professores d'Infermeria de l'Escola Universitària d'Oporto, dues professores d'Infermeria de l'Escola Universitària de Manresa, Informàtics i professionals assistencials i de gestió d'Infermeria de l'Hospital General de Manresa.

En el marc teòric/pràctic d'aquests dos esquemes que exposarem a continuació podem veure el nostre punt d'inici:

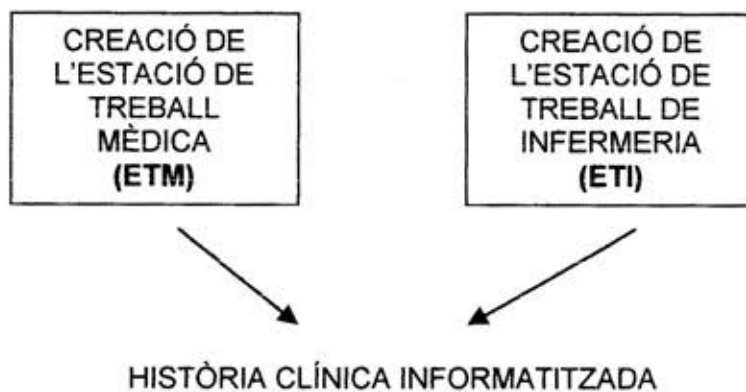
- Esquema nº 1

SITUACIÓ REAL:

NECESSITATS DELS PROFESSIONALS:

- Unificació de criteris
- Confecció i establiment plans de cures
- Integració del rol autònom
- Inclusió de sistemes d'avaluació
- Formació en matèria informàtica

DECISSIÓ INSTITUCIONAL:



- **Esquema nº 2**

EXPECTATIVES DEL FUTUR:

NECESSITATS:

- Fonamentació teòrica
- Model conceptual
- Criteris comuns/ordre metodològic
- Valoració de resultats
- Sistemes de gestió de recursos

EXPECTATIVES:

- Formació teòrica
- Definició del model
- Eina facilitadora
- Sistemes d'avaluació
- Racionalització de recursos

En el primer esquema veiem la situació de la nostra realitat i en el segon la correlació entre les necessitats professionals i quines serien les expectatives de l'Hospital i per tant les nostres dins del projecte SIMTRAIN.

El projecte en sí, està molt més ha establir la sistemàtica d'una eina informàtica amb la intenció de que serveixi al professional assistencial a nivell hospitalari, i que a la vegada sigui un simulador docent a l'àmbit universitari, de manera que el primer tindria una eina disponible per portar a terme el seu treball de la realitat hospitalària i el segon treballaria en el camp de les decisions amb malalts virtuals, estant tutoritzat per aconseguir en cada nivell un bon aprenentatge de la pràctica clínica. (veure annexa 1.)

Introduir aquest canvi, a nivell operatiu, creiem que generarà als professionals informació rellevant garantitzada, minimització de errors i una pràctica amb una sistemàtica unificada amb la que veurà reflectida la seva feina d'una forma concreta i valuosa per poder portar a terme activitats avaluable, per la investigació dels resultats i poder així canviar a accions més eficaces.

3. OBJECTIUS

3.1. OBJECTIU GENERAL:

Elaborar i implantar un nou sistema de registre informàtic "Trajectòria clínica" vers les patologies de Neoplàsia de Recte i Neoplàsia de Mama.

3.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS:

- Integrar el model conceptual de Virgínia Henderson en la valoració al ingrés.
- Establir la formulació de diagnòstics d'infermeria amb taxonomia NANDA
- Elaboració de la trajectòria clínica de la Neoplàsia de Recte
- Elaboració de la trajectòria clínica de la Neoplàsia de Mama
- Establir un sistema d'avaluació de resultats o control de qualitat

4. MARC TEÒRIC

El context del nostre treball està enfocat amb tres premisses o paraules clau:

- La **infermeria** com a professió amb un rol autònom i de col·laboració, que utilitza per el seu desenvolupament unes eines metodològiques i de rigor científic.
- La **informàtica** com a sistema que facilita una nova visió i alhora la creació de noves formes de registre, emmagatzematge i explotació de les dades.
- La **qualitat** com la manera més satisfactòria que existeix de practicar la professió; assegurant-nos que ho fem de la millor manera possible i avançant amb seguretat cap una pràctica cada vegada millor.

El lligam dels tres dona la base teòrica a aquest treball de recerca d'infermeria.

Si l'atenció d'infermeria es caracteritza per l'atenció als individus sans o malalts, veurem que aquests individus, son sempre sistemes oberts que interaccionen contínuament amb el medi ambient, creant normes o patrons individuals d'interacció. Aquestes normes son dinàmiques i es relacionen amb els processos vitals, (psicològics, fisiològics, socioculturals, de desenvolupament i espirituals), per influir en el comportament i la salut de les persones. Aquesta es converteix en client no només quant una alteració efectiva i potencial en el seu patró de interaccions compromet la seva salut, sinó també quant la persona desitja assistència per a mantenir un nivell superior de la salut que te.

En aquest context, el professional, deu constantment elaborar i desenvolupar noves eines o sistemes que l'ajudin a integrar la informació d'una manera ràpida, amb criteris estandarditzats, permetent-li així integrar l'avaluació de les seves activitats vers els objectius preestablerts i l'anàlisi dels resultats a posteriori per la presa de decisions al respecte.

El valor de la informació no està en ella mateixa sinó en la seva utilització. La informació sense context té manca de significat. Sigui per l'avanç tecnològic i de investigació com per la manca de la mà d'obra del professional, es coneix que en infermeria dediquem un 35% del temps a tasques burocràtiques-administratives. L'ordinador podria ser l'eina que realitzés part d'aquest treball, augmentant així el manteniment del professional en treballs propis de la seva competència, millorant notablement la qualitat d'infermeria i incrementant la seguretat en el tracte de la informació.

En aquest sentit trobem opinions:

Marta Bisgly: "es evident i comprovat que la informàtica redueix el temps de tasques burocràtiques de la infermeria en un 40%".

Muriel Poulin: "La informàtica millora la qualitat de cures, la informació i la investigació és veuen afavorides".

Janet Lord (Quebec): "El primer avantatge del Pla informàtic es l'emmagatzematge de plans de cures informatitzats, sobre aquests comença la seva utilització per fer la planificació de cures individualitzades.

No podem oblidar que aquest es un projecte de millora i tot projecte que intenti millorar la qualitat deurà integrar i contemplar tant al client extern com intern, es a dir, els usuaris i els professionals. Així és important saber mantenir un equilibri entre els professionals i els usuaris, les seves necessitats i la gestió del coneixement".

La visió no serà únicament i exclusiva de com portar a terme un procés estandaritzat de cures, sinó que la eina informàtica pot donar peu a mantenir un estimul per els usuaris de la mateixa, de manera que generi una comunicació enriquidora.

Aquest sistema portarà als professionals a desaprendre però premiarà amb la reinvençió sistemàtica ja que l'aportació individual deixarà constància, creant un mercat d'idees on les bones es posaran en pràctica.

Els professionals deurien apostar pels mercats del talent dins dels nostres organitzacions, dites "fires del coneixement"; s'ha de buscar la imaginació, l'experimentació, els risc, la prova- errada, l'agilitat mental, la capacitat de aprendre, de reaprendre, de desaprendre i de emprendre.

La filosofia d'un departament d'infermeria expressarà les creences del col·lectiu vers la finalitat de les cures d'infermeria, la necessitat de serveis d'infermeria que te la població, la relació existent entre els recursos d'infermeria i les expectatives dels malalts i la natura de les relacions de les infermeres amb els malalts i els companys de l'equip.

Una vegada l'equip de professionals ha establert uns principis comuns de creences i intencions, ha d'adoptar un model teòric d'infermeria per organitzar les accions i conceptes d'infermeria en un sistema que sigui a la vegada comprensible i factible. Perquè un model teòric sigui útil en la planificació, orientació i avaluació de la pràctica infermer, ha de identificar a l'usuari dels serveis d'infermeria, ha de definir els objectius apropiats, així com especificar les accions que tenen que portar-se a terme per aconseguir els objectius desitjats.

4.1. INFERMERIA: TEORIES I MODELS

La finalitat d'una teoria científica és descriure, exposar i predir una part de l'experiència empírica.

Quant els infermers treballen amb una filosofia Infermer que determina l'àrea de responsabilitat de la que estan qualificats, automàticament s'imposa la forma de dissenyar mètodes de treball que desenvolupin i qualifiquin la seva pràctica.

Les diferents escoles o tendències en infermeria, profunditzen en la cura de l'ésser humà i de l'entorn com components essencials de la salut; s'ha pogut determinar que els conceptes clau de la Disciplina Infermera son: **"CURA"** **"PERSONA"** **"SALUT"** **"ENTORN"**.

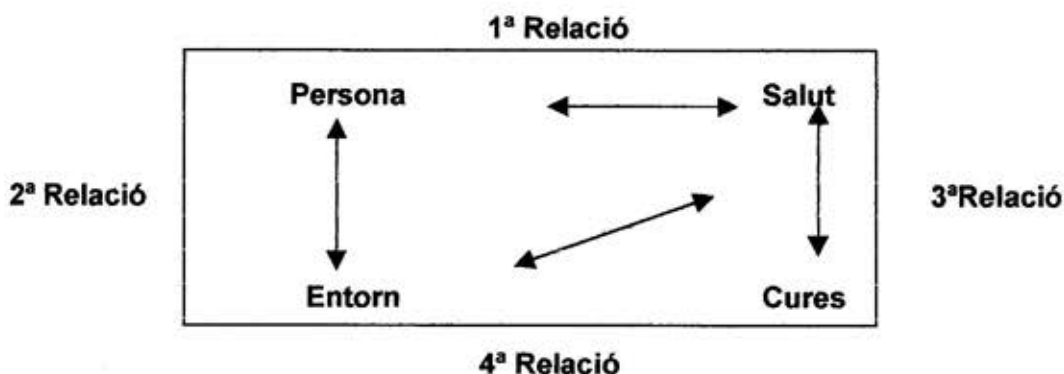
- Persona: Receptor de les cures, implica una visió holística de la mateixa, integrant els seus components físics, psíquics, psicoculturals i espirituals i veient al mateix temps a l'individu, família o comunitat.
- Salut: Grau de benestar o malaltia que experimenta una persona, adaptació i funcionament.
- Entorn: Fa referència a totes les condicions internes i externes, circumstàncies i influències que poden afectar a una persona.
- Cura: Entès com les pròpies accions que realitzen les infermeres per la persona i d'acord amb ella.

Aquest conceptes formen l'estructura bàsica que permet desenvolupar les diferents paradigmes (models), que dominen en un moment determinat la pràctica infermera.

La influència de les diferents maneres de entendre la salut per part de les escoles o tendències infermeres, determinen les estratègies que han d'utilitzar els professionals infermers i orienten l'objecte d'estudi de la disciplina. La projecció psicosocial en la cura infermera ens permet conèixer a l'ésser humà, des de la perspectiva de persona sana, per poder comprendre els aspectes de la malaltia, fomentant actituds que faciliten la relació i el creixement personal (Novel, 1991).

L'element fonamental que conforma la Infermeria Psicosocial, és l'estudi de les manifestacions del comportament generades per la interacció de la persona amb altres persones o tant sols per l'expectativa de tal interacció (Jiménez Burillo, 1991).

Per poder-nos introduir en l'estudi de la disciplina infermera, tindrem que establir les relacions dels quatre fenòmens citats anteriorment:



1ª Relació: La infermeria es centra en els principis i lleis que regeixen els processos vitals, el benestar i el funcionament òptim dels éssers humans en salut i malaltia.

2ª Relació: La infermeria s'ocupa de les pautes de comportament humà en interacció amb el seu entorn, en situacions quotidianes de la seva vida o en situacions crítiques de salut.

3ª Relació: Ens indica les accions o el procés que es segueix per efectuar canvis positius en l'estat de salut.

D'aquestes tres relacions es deriva la 4ª relació i podem afirmar que la infermeria és la disciplina a la que concebre la salut com un tot en continua interacció amb l'entorn.

Les teories i models de la disciplina infermera, contenen elements que han d'estudiar-se específicament per un millor coneixement dels mecanismes que originen les desviacions de la salut i donar un enfocament idoni i terapèutic a les cures.

Segons l'expressió de la conceptualització de la infermeria per D. Orem (Orem, 1993).

"la infermeria es un servei de salut especialitzat i es distingeix d'altres serveis humans, pel seu focus d'atenció a les persones amb incapacitats per la continua provisió de la quantitat o qualitat de cures, en un moment específic que son reguladores del seu propi funcionament i desenvolupament. (...) concepte generador que es recolza en conceptes relacionats amb els aspectes psicosocials de la infermeria en general".

4.1.1. Ciències psicosocials aplicades a les cures d'infermera.-

Son moltes les aportacions d'altres teories a la Ciències Psicosocials Aplicades a Infermeria, però son de marcada importància les teories més obertes com les dinàmiques, les humanístiques que parteixen de les experiències del ésser humà per explicar els comportaments i profunditzen en aspectes més individual que generals, accentuant la importància de la subjectivitat, d'experiències personals de la creativitat, del desenvolupament personal (VVAA, 1995), etc..

4.1.1.1. Teories Dinàmiques:

Es deriven de les idees de Sigmund Freud (1915). Tota conducta humana està determinada ja que s'origina a partir de les experiències infantils de cada persona, i és inconscient, ja que la veritable motivació no és coneguda per l'individu.

Aquesta teoria va influir en autors com H. Peplau. Les teories dinàmiques aporten a la infermeria psicosocial, punts de vista flexibles de l'ésser humà, serien en compte fenòmens no observables per explicar la conducta.

4.1.1.2. Teories Humanistes:

La psicologia humanista considera a la persona la font més fiable de coneixements respecte a les seves pròpies capacitats, recursos i característiques. El model humanista té una confiança optimista en la natura positiva de l'home.

Els seus principals representants són:

Abraham Maslow: De gran influència vers la infermeria, Maslow veia a la persona com portadora d'una natura innata essencialment bona. Considera que la persona tendeix a la seva autorealització.

Carl Rogers: (1961). És el fundador de la dita "*Teràpia centrada en el client*", aquesta pretén que la persona recuperi la seves capacitats d'autorealització. Aquestes teories han tingut gran influència en l'Escola del Caring.

4.1.2. Ciències psicosocials en les escoles d'infermeria.

Després de la dècada del setanta, s'observa una gran preocupació de les infermeres pels aspectes humanístics i filosòfics de la cura. La cura d'una persona suposa el reconeixement dels seus valors culturals, les seves creences i conviccions (Leininger, 1991: 21-23).

La disciplina infermera ha evolucionat i amb ella les necessitats de formació, en el context de esdeveniments històrics i moviments socials. Per això és necessari que donada la multiplicitat de les situacions de salut, s'orientin les cures reconeixent l'ésser humà dins la societat i en totes les seves dimensions (Kerouac, 1996). Segons les bases filosòfiques i científiques les diferents concepcions de la disciplina infermera es poden agrupar en sis escoles: Escola de les necessitats, de la interacció, dels efectes desitjats, de la promoció de la salut, de l'ésser humà unitari i del caring. (Kerouac, 1996).

4.1.2.1. Escola de les necessitats:

La cura està centrada en la independència de la persona, en la satisfacció de les necessitats fonamentals o en la seva capacitat de portar a terme la seva autocura.

Les teories d'aquesta escola tracten de donar resposta a la pregunta: Què fan les infermeres?

Les representants d'infermeria són:

V. HENDERSON. Les cures infermeres es basen en un tot que presenta 14 necessitats fonamentals.

Les cures infermeres es basen en l'ajuda a les persones sanes o malaltes, en l'execució de les activitats relacionades en la satisfacció de les seves necessitats per aconseguir la independència.

DOROTEA OREM. Basa la seva teoria en la cura personal o autocura (Orem, 1993). L'autocura és la pràctica d'activitats que l'individu realitza al seu favor pel manteniment de la seva vida, la salut i el benestar.

Tant V. Henderson com D. Orem centren la cura infermera en aconseguir la independència en la satisfacció de les necessitats fonamentals del ésser humà i el servei infermer, en la substitució, suplència i ajuda a la persona.

V. Henderson exposa que els éssers humans necessiten independència per satisfer les 14 necessitats fonamentals i que es la pròpia persona la que te que manifestar la seva interpretació, ja que cada persona es única, influenciada per diferents factors que poden ser físics, psicològics i socioculturals.

Utilitza el terme **necessitat** com a requisit més que com una carència, això ho considera com quelcom imprescindible per desenvolupar la seva vida de forma autònoma. No estableix prioritats o jerarquització entre les mateixes, afirma que depèn de cada persona i de la seves circumstàncies.

El rol de la infermera es substituir o compensar la incapacitat dels individus per satisfer les seves necessitats, insistint en que el malalt es el protagonista del procés i que es necessari fer-li sentir la possibilitat de fer eleccions respecte a allò que li pertany.

Considera que l'origen de les dificultats per satisfer aquestes necessitats, estaran situades en la falta de força, de voluntat o de coneixements i es en aquests aspectes on la infermera deurà incidir segons el grau de dependència del client.

Les necessitats que considera son:

Respirar, menjar i veure, eliminar, moure's i mantenir la posició convenient, dormir i descansar, vestir-se i desvestir-se, mantenir la temperatura corporal, mantenir la higiene i protegir la pell i mucoses, evitar perills, comunicar-se amb els altres, actuar segons les seves creences, sentir-se útil, tenir oci i aprendre.

De la mateixa manera, es un objectiu prioritari el mantenir a les persones hospitalitzades, en una situació lo mes semblant possible a la seva, de tal forma que estigui estimulat per viure. Així mateix es competència de la infermera protegir al client de la pèrdua de dignitat durant els períodes de irremeiable independència.

Altra aportació d'aquesta autora es la consideració de la professió infermera com quelcom més que la labor de auxiliar al metge, i centrar-la en l'ajuda de la persona malalta, ampliant aquesta ajuda a la família i als grups, així com estar presents en els moments de la mort.

Destaca la seva afirmació de que la preparació i qualificació del personal d'infermeria influeix radicalment en la qualitat de les cures que es presten als seus clients.

RELACIONS

HENDERSON		OREM
Independència. Satisfacció de les 14 necessitats.	SALUT	Integritat en aspectes físico-bio-psico-social
Conjunt de condicions i influències que afecten a la vida.	ENTORN	Relacions interactives que influeixen en els individus
Individu complet que busca independència	HOME	Ésser amb capacitat per cuidar d'un mateix i dels altres
Ajudar a..... Substituir, reemplaçar.	CURES	Servei d'ajuda a..... Compensar mitjançant dels sistemes d'infermeria.

4.1.2.2. Escola de la interacció

L'interès es centre en els processos internacionals vers la infermera i la persona. La cura és una acció humanitària i la infermera ha de tenir els coneixements sistemàtics per avaluar les necessitats, acompanyant-se d'una clarificació dels valors amb la finalitat d'ajudar, és a dir un procés interactiu entre la persona que necessita ajuda i l'altre capaç d'oferir-se-la.

H.PEPLAU:

Reconeix la ciència infermera com una ciència humana, centrant la cura en la relació interpersonal. Parla d'una intervenció terapèutica que suposa ajuda i assistència. La interacció té un objectiu comú i implica respecte, desenvolupament i aprenentatge entre els participants.

4.1.2.3. Escola dels efectes desitjats

L'objectiu de les cures infermeres consisteix en restablir un equilibri, una estabilitat, o en mantenir l'energia. El model de C.Roy basa l'objectiu de les cures en promoure l'adaptació de la persona en els quatre sistemes d'adaptació: fisiològic, d'autoimatge, de funció segons rols i d'interdependència amb la finalitat de contribuir a la salut, a la qualitat de vida, i a una mort digna. (Roy 1986; Roy& Andrews 1991)

4.1.2.4. Escola de la promoció de la Salut

El punt de mira de les cures d'aquesta escola s'amplia a la família que aprèn de les seves pròpies experiències de salut. Segons M. Allen el primer objectiu de les cures és promoure la salut, mitjançant el manteniment, el foment i el desenvolupament de la salut de la família i dels seus membres per a l'activació dels seus processos d'aprenentatge. La infermera desenvolupa un rol facilitador, estimulador de l'aprenentatge de les cures dels malalts.

4.1.2.5. Escola de l'Ésser Humà unitari

Es situa en el context de l'ésser humà cap el món i el paradigma de la transformació. En la cura, la infermera i la persona actuen juntes en consens. Aquesta escola es basa en concepcions humanistes i fenomenològiques de l'ésser humà, on la infermera, estimula la participació.

4.1.2.6. Escola del Caring

Watson en 1985 proposa un caring que sigui a la vegada humanista i científic, considerant aspectes com l'espiritualitat i la cultura.

Els treballs de Carl Rogers, inspiren i influeixen la visió d'aquesta escola en la que la relació transpersonal, s'impregna de coherència i afectivitat. L'objectiu de les cures infermeres és ajudar a la persona a aconseguir el més alt nivell d'harmonia entre la seva ànima el seu cos i el seu esperit.

En l'elaboració del nostre treball de recerca hem situat la realitat del nostre centre, on s'ha escollit el model de Virginia Henderson representatiu de les 14 necessitats de l'usuari com a centre per l'elaboració dels estàndards d'infermeria.

Després de que els professionals d'infermeria han arribat a un acord vers la filosofia, els objectius i la orientació teòrica, es decideix la redacció d'estàndards sistemàtics (pràctica ideal) o estàndards empírics (pràctica habitual) per guiar les seves actuacions. Al decidir el nivell en que es volen fixar les aspiracions, es van identificant els criteris per els qual s'han de marcar els estàndards.

4.2. INFERMERIA: TAXONOMIA I DIAGNÒSTICS

Antecedents històrics:

El terme diagnòstic infermer té una història relativament curta; com tota pràctica actual es basa en l'origen de la infermeria moderna. Florence Nightingale va diagnosticar dèficit nutricional i d'altres problemes de salut que presentaven les víctimes de la guerra de Crimea. A la base d'aquests diagnòstics es van portar a terme intervencions per millorar el sistema de cures en els hospitals militars. Va ser prop d'un segle després quant les infermeres van començar a recuperar la imatge, en la que Nightingale va sobresortir, de diagnosticadora, epidemiòloga i investigadora.

A mitjans del segle XX, el mètode científic de resolució de problemes es va aplicar en infermeria, això va portar a la idea d'un procés infermer. Aquest procés inclou la identificació de problemes infermers (terapèutics) i la decisió d'un curs d'acció, marcant un canvi en el rol professional. La intervenció prescrita per la infermera es va afegir a la intervenció prescrita pel metge que anteriorment havia estat l'essència de la pràctica.

"Estem determinats a demostrar que la infermeria és un procés cognitiu, que no és sols una imposició de mans, que tenia un procés considerat lògic i consistent i que podia predir resultats....El punt crucial que mou tota la sistemàtica (la utilització de diagnòstics infermers) és que la infermeria a més a més del seus aspectes intuitius i teòrics les seves cures són el resultat d'un anàlisi de pensament."

Paral·lelament al desenvolupament de les escoles de pensaments, citades anteriorment, d'altres teòriques infermeres preocupades més per el "com" que per el "que" de la infermeria, han anat desglossant sistemes de classificació, tant dels judicis clínics que realitzen les infermeres: Classificació diagnòstica NANDA, Classificació d'intervencions d'infermeria NIC, classificació de resultats NOC, així com de la pràctica d'infermeria CIPE.

Els models conceptuals del procés infermer van aparèixer en la literatura a finals dels anys seixanta, i les infermeres van començar a identificar quins dels tractaments i quins resultats estaven dins l'esfera d'infermeria. En el context d'aquests desenvolupaments va tenir lloc l'evolució des de l'atenció d'Infermeria (problemes terapèutics i objectius de resultats) fins els diagnòstics infermers (problemes del malalt). La influència més gran en aquesta transició fou la publicació dels estàndards de la pràctica i la primera conferència de diagnòstics infermers.

El diagnòstic d'infermeria descriu les situacions de salut o els patrons d'interacció alterats, en els que la infermera pot ajudar al client. **El diagnòstic d'infermeria es centra en la resposta humana en lloc de la resposta cel·lular.**

Diem **client** i no pacient per reflectir el canvi en quant a que ja no es un receptor passiu de serveis, si no un participant actiu que assumeix la responsabilitat de la seva elecció i també les conseqüències de la mateixa.

El terme **família** s'utilitza per descriure a qualsevol persona o persones que actuen com a suport del client.

El terme **grup** s'utilitza per descriure sistemes i comunitats de suport i recolzament.

El diagnòstic d'infermeria proporciona a les infermeres una oportunitat d'identificar les alteracions en la salut dels individus d'una forma sistemàtica y concreta, a la vegada que descriu també la situació particular de l'individu com a ésser singular.

Evolució:

En 1973 es va reclamar la celebració d'una conferència nacional, la raó de la convocatòria de la primera **Conferència de Classificació de Diagnòstics Infermers** va ésser que:

"Les gestores volien saber quines dades d'infermeria deuriem incloure en el sistemes de documentació informatitzada que substituïrien les gràfiques dels usuaris"

El propòsit establert de la primera conferència era identificar i classificar les condicions diagnosticades i tractades per les infermeres. *Classificació o categorització* incloïa la identificació, denominació i sistemàtica agrupació d'entitats basades en les seves relacions.

El diagnòstic d'infermeria deuria ser un mecanisme útil per estructurar els coneixements d'infermeria en un intent de definir el seu rol i d'àmbits particulars.

El diagnòstic d'infermeria deu proporcionar:

- Definició del rol infermer
- Classificació de l'àmbit d'infermeria
- Diferenciar la infermeria de la medicina
- Identificar els coneixements d'infermeria per els estudiants

4.2.1. El concepte de diagnòstics d'infermeria:

La paraula diagnòstic provoca diferents reaccions en les infermeres (tant positives com negatives). Social i sanitàriament parlant, sempre s'ha associat la paraula diagnòstic, exclusivament a la medicina, sense tenir en compte que els professors diagnostiquen les dificultats de l'alumne, les perruqueres diagnostiquen els problemes del cabell i els mecànics diagnostiquen problemes de avaries en els motors. A moltes infermeres els van ensenyar a evitar enunciats definitius al escriure els informes i se'ls hi va aconsellar utilitzar expressions com "sembla ser" o "segons sembla". Aquest procés de generalització recompensava a les infermeres per no diagnosticar.

El terme "diagnòstic d'infermeria" va ser introduït en 1953 per V.Fry per descriure un pas necessari en el desenvolupament del pla de cures. Durant els 20 anys següents, les referències al diagnòstic d'infermeria apareixien només de manera esporàdica en la literatura. Va ésser al 1973, any en que es va convocar la primera reunió del Grup Nacional per la Classificació de Diagnòstics d'Infermeria, fins a la present, l'atenció en la literatura es deu vegades més gran i han

aparegut diverses definicions, quatre d'aquestes les anoten a continuació. Aquestes descriuen el diagnòstic d'infermeria com a problemes, respostes, avaluació o judici.

Les condicions etiquetades com diagnòstics infermers han de estar dins de l'àmbit legal de la pràctica infermer. En EEUU, la pràctica està controlada per decret estatal; la violació d'un decret exposa a la infermera al risc de ser acusada de mala praxis. Com hem dit, des de 1973 el diagnòstic infermer va quedar definit, com un producte de la valoració.

4.2.2. Definicions de diagnòstic d'infermeria .-

- Una Funció Independent de la infermeria; una avaluació de les respostes personals del client a les seves experiències humanes al llarg del cicle vital, ja siguin crisis evolutives o accidentals, malaltia, dificultats i d'altres tensions (Bircher).
- Els problemes de salut reals o potencials que les infermeres, en virtut de la seva educació i experiència estan capacitades i autoritzades a tractar (Gordon)
- Les respostes als problemes de salut reals o potencials que les infermeres en virtut de la seva educació i experiència estan capacitades, autoritzades i legalment responsabilitzades per tractar (Moritz).
- Un judici clínic d'un individu, família o comunitat que es formula mitjançant un procés prefixat i sistemàtic de recollida de dades i anàlisi. Proporciona les bases per prescriure el tractament definitiu que es responsabilitat de la infermera.

L'Associació de Infermeres Americanes (ANA) va publicar al 1973 el Criteris de la Practica i en 1980 la Declaració sobre política social va definir la infermeria de la següent manera:

"La infermera es el diagnòstic i tractament de la resposta humana als problemes de salut reals o potencials".

La major part de les lleis de la pràctica d'altres països descriuen a la infermeria d'acord a la definició de ANA.

4.2.3. Diagnòstic d'Infermeria: ¿procés o resultat?

Una revisió de la literatura ens diu que al llarg del temps el terme Diagnòstic d'Infermeria s'ha utilitzat en tres contextos:

- Com a segona fase del procés d'Infermeria

En aquesta segona fase del procés, s'analitza les dades recollides durant la valoració del estat de salut del pacient i s'identifiquen els problemes.

- Com una llista de nomenclatura o denominacions diagnòstiques

Després de la primera Conferència sobre Diagnòstics d'Infermeria en 1973, el terme identifica denominacions específiques que descriuen situacions de salut que les infermeres podrien tractar legalment de forma autònoma. El propòsit d'aquestes denominacions era el definir i classificar l'esfera de l'acció de les infermeres. Descriuen amb precisió un grup de signes i símptomes com l'ansietat o processos familiars alterats, o de factors de risc (ris d'infecció).

- Com un enunciat de dos o tres parts.

Les infermeres utilitzen el terme diagnòstic d'infermera per descriure un enunciat de dos o tres parts segons la resposta d'un individu, família o grup a una situació o problema de salut.

En resum una de les definicions més encertada seria:

"Un diagnòstic d'infermera es un enunciat que descriu la resposta humana (estat de salut o alteració real o potencial d'un patró d'interacció) d'un individu o grup que la infermera pot legalment identificar i amb el que pot disposar d'intervencions d'infermeria definitives per mantenir l'estat de salut o per reduir, eliminar o prevenir alteracions".

4.2.4. Perquè la creació d'una Taxonomia?:

Perquè necessiten les infermeres d'un sistema de classificació, d'una taxonomia?

Una **taxonomia diagnòstica** es refereix tant al sistema de classificació com a les normes per classificar les condicions. La importància de comptar amb categories o classes de diagnòstics és que al col·locar les dades d'una valoració en una categoria diagnòstica, es poden "explicar" les dades i aproximar-se al coneixement clínic de la categoria emmagatzemada en la memòria.

En la primera Conferència Nacional es va crear una llista de diagnòstics per clínics, educadors, investigadors i teòrics assistents. En el moment present estan acceptats 149 diagnòstics específics per ser provats en la clínica per l'Associació Nord-americana de Diagnòstics Infermers (NANDA, revisió Octubre 1999).

L'Agrupació dels diagnòstics des de *Patrons Funcionals de Salut* en 1975 va augmentar el aprenentatge del procés diagnòstics i va vincular categories de valoració al diagnòstic.

En l'última dècada, la contenció del cost, la garantia de qualitat i el desig de molts consumidors des de recuperar els costos realitzats en cures de salut per proveïdors no mèdics s'ha convertit en un tema important en l'àmbit de la salut. S'ha suggerit que els diagnòstics infermers poden ser la base perquè una tercera persona (govern i asseguradores privades) reintegri els costos als consumidors pels serveis infermers en la comunitat, a més a més de reembossar el capital gastat com a conseqüència d'activitats mèdiques delegades. La garantia de qualitat, mitjançant una doble revisió, podria ser un mecanisme per assegurar la responsabilitat en el reintegrament.

Mentre que les raons percebudes canvien d'acord amb l'enfocament personal de la infermera, la infermeria en general necessita d'un sistema de classificació per desenvolupar uns fonaments científics sòlids que aconseguirien uns dels criteris de la professió. Els requisits exigits habitualment a un grup ocupacional que desitgi reclamar status professional segons Styles, s'enumeren a continuació:

- Una educació universitària extensa
- Un conjunt propi i diferencial de coneixements
- Una orientació de servei als altres
- Una societat professional
- Independència i autorregulació

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), utilitza aquest sistema unificat de terminologia:

- Proporciona un llenguatge coherent (oral i escrit)
- Estimula a les infermeres a adquirir nous coneixements
- Estableix un sistema d'automatització, reembossament.
- Proporciona un marc educacional.
- Permet una eficaç recuperació de la informació amb finalitats científiques i garanteix qualitat.

- Proporciona una estructura constant per la presentació per escrit dels coneixements d'infermeria.
- Clarifica la infermeria com a art i ciència, tant als seus membres com a la societat.
- Estableix normatives que són responsabilitats d'infermeria.

4.2.5. Taxonomia i Investigació:

Una taxonomia de diagnòstic infermer proporciona una estructura per la investigació clínica, amb un potencial per el creixement de la investigació i dels coneixements. Cada categoria diagnostica deurà desenvolupar-se i comprovar-se mitjançant la investigació.

McLane va revisar al 1987 les llistes informàtiques, els índexs de la literatura i les actes de les conferències de la NANDA per localitzar les investigacions que van contribuir a la validació dels conceptes diagnòstics. Es van identificar aproximadament 62 estudis.

4.2.6. Taxonomia i Educació:

En el camp de l'educació, els diagnòstics d'infermeria ajuden als professors i estudiants a centrar-se en els fenòmens de la infermeria més que en els de la medicina. Això exigeix que els estudiants pensin de forma crítica, abans de assumir simplement que perquè un client té un determinat diagnòstic mèdic, certes accions d'infermeria són les úniques necessàries.

4.2.7. Els sistemes de Classificació:

Els esforços de classificació varen començar al 1973. Com ja hem dit el treball del grup inicial de teòrics i posteriorment de la comissió taxonòmica de la NANDA, van produir la configuració d'un marc conceptual del sistema de classificació dels diagnòstics. Aquest marc es denomina Taxonomia de diagnòstics d'infermeria de la NANDA I; aquesta es compon de 9 patrons de resposta humana:

- | | |
|-----------------|------------|
| * Intercanviar | * Moure's |
| * Comunicar | * Percebre |
| * Relacionar-se | * Conèixer |
| * Valorar | * Sentir |
| * Escollir. | |

Cadascun d'aquests patrons és massa abstracte per el seu ús clínic i estan seguits d'altres dos o tres nivells d'abstracció que són més concrets i útils clínicament parlant.

El segon nivell podria ser l'estructura per la valoració de la categoria, mentre que el tercer i els altres nivells, servirien com a nomenclatura diagnòstica per el individu o grup.

Per exemple "Incapacitat individual de adaptació" continua sent una categoria diagnòstica útil, però requereix de factors etiològics i concurrents molt específics, a la fi de determinar les ordres d'infermeria per el tractament.

Diagrama dels nivells d'abstracció associats amb el patró de resposta humana:

Nivell 1	ESCOLLIR
Nivell 2	ALTERACIONS DE L'ADAPTACIÓ
Nivell 3	INDIVIDUAL
Nivell 4	INCAPACITAT
Nivell 5	AFECTACIÓ DE L'AJUDA ADAPTACIÓ DEFENSIVA NEGACIÓ INEFICAÇ

Components de les categories diagnòstiques:

Cada categoria diagnòstica té 4 components: el títol (denominació), la definició, les característiques que la defineixen i els factors etiològics concurrents i de risc.

TÍTOL: El títol o denominació, ofereix una descripció concisa del estat (real o potencial) de la salut del individu. Els termes qualificatius tal com: alteracions, afectació, dèficit e ineficàcia, reflexen un canvi en el estat de salut però no determinen en quin grau. Aquestes conceptes s'utilitzen en lloc d'altres adjectius qualificatius més subjectius com: inadaptació, escàs o inadequat.

DEFINICIÓ: Aquesta expressa un significat clar i precís de la categoria i la diferència de totes les altres.

Tipus de classificació de diagnòstics infermers:

- ICNP/CIPE: Classificació Internacional de la Pràctica Infermera del Consell Internacional d'Infermeres.
- NANDA: Patrons de resposta humana de l'Associació Nord-americana de Diagnòstics d'Infermeria.
- NIC: Classificació d'Intervencions d'Infermeria Projecte IOWA
- NDEC: Grup que col·labora amb la NANDA per revisar els diagnòstics i la Taxonomia
- OCS: Classificació de Diagnòstics Infermeres de cures a domicili, de les infermeries comunitàries d'Omaha.
- SABA: Classificació de cures Comunitàries de Virgínia Saba.

El Diagnòstic d'Infermeria ha tingut una influència positiva en la professió d'infermeria, però s'ha pogut comprovar que la seva integració en la pràctica, és problemàtica. Això ens porta a l'eix vertebral del nostre treball de recerca

plantejant la formulació de diagnòstics NANDA i determinant les intervencions a seguir en cada cas.

En el segle XX s'ha exigit a la infermeria diferenciar-se de la medicina amb uns propòsits legislatius i educacionals. En la dècada dels anys setanta la formació d'infermeria en moltes escoles seguia centrant-se en diagnòstics mèdics més que en problemes d'infermeria. Al mateix temps es van desenvolupar diferents marcs teòrics o conceptuals per organitzar els coneixements i la pràctica d'infermeria esmentats anteriorment com Orem, Roger, Roy, etc.

Una vegada establerta la conceptualització de les cures i una taxonomia, que dóna pas a la utilització d'un llenguatge unificat en la detecció dels problemes dins d'un procés, infermeria desenvolupa eines pràctiques de planificació, que estableixin un ordre en les activitats definint així el seu model de treball: Trajectòria Clínica, Plans de Cures Estandarditzats.....

4.2.8. Característiques pròpies de la Taxonomia:

Son els criteris clínics que confirmen l'existència d'una categoria diagnòstica. Els criteris clínics poden ser un signe o símptoma (o un grup de signes i de símptomes), o bé factors de risc que s'expressen u observen en la resposta d'una persona o d'un grup. Ambdós poden ser subjectius i/o objectius. Anteriorment totes les característiques definitòries apareixen en una llista sense tenir en compte la seva importància. Sovint era difícil determinar quins signes i símptomes eren essencials per donar validesa al diagnòstic real. La NANDA va començar al 1986 a separar els signes i símptomes en dues categories: principals i secundaries. Els primers serien els que deuriem estar presents per donar validesa a un diagnòstic determinat. La categoria secundària inclouria signes i símptomes que semblaven estar present en molts però no en tots els individus, als que es podria aplicar el diagnòstic.

La NANDA va definir en 1988 els principals com a presents entre el 80 i el 100 % de les persones o grups amb aquest diagnòstic i els secundaris com a presents entre el 50 i 79 %.

4.2.9. Factors etiològics, concurrents i de risc (en relació amb)

Els factors etiològics i concurrents son aquelles situacions clíniques i personals que poden modificar el estat de salut o influir en el desenvolupament del problema. Aquests son sovint els de "en relació amb" del enunciat del diagnòstic d'infermeria.

Psicopatològics (biològics o psicològics)

Diabetis mellitus

Anorexia nerviosa

Relacionats amb el tractament

Medicaments

Estudis diagnòstics

Cirurgia

Tractaments

- Situacionals
 - Ambientals
 - Comunitat
 - Institució
 - Personals
 - Experiències personals
 - Rols
- De maduració
 - Relacionats amb l'edat

4.2.10. Patrons funcionals de salut

Els patrons funcionals de salut van ésser identificats per M. Gordon en Nursing Diagnosis: Procés and Aplicación (New York, McGraw-Hill, 1982).

Aquestes categories van ésser acceptades per la Associació Nord-americana de Diagnòstics d'Infermeria en 1988.

Gordon va desenvolupar un sistema per establir una valoració d'infermeria basada en la funció, amb el fi d'orientar a la infermera en la recollida de dades per determinar l'estat de salut i funcionament d'un individu o grup. Una vegada realitzada la recollida de dades, la infermera i el client, poden determinar si el funcionament es positiu, alterat o amb un alt risc d'alteració. El funcionament alterat es defineix com aquell que es considera negatiu o indesitjable per el client. Els patrons funcionals de salut son:

1. Percepció-control de la salut
2. Nutricional-Metabòlic
3. Eliminació
4. Activitat-exercici
5. Son i Repòs
6. Cognitiu-perceptiu
7. Autopercepció
8. Rol-relació
9. Sexualitat-reproducció
10. Tolerància a la situació i al estrès
11. Valors i creences

L'estandardització de les dades de valoració no deurà interferir amb les creences teòriques o filosòfiques de la infermera. Simplement orienta a aquesta respecte a les dades a recollir, no en relació al enfocament amb que deurà aplicar al interpretar les dades o al determinar les actuacions. Així, la infermera que aprovi el marc d'adaptació de Roy, el model de autocura de Orem o el model de processos vitals de Rogers, pot utilitzar el patró funcional de salut desenvolupat per Gordon per agrupar les dades bàsiques necessàries. A partir d'aquest punt, pot continuar amb el seu marc o filosofia personal.

Els diagnòstics d'infermeria proporcionen un mètode per descriure l'estat de salut d'un client de forma clara i concisa, per facilitar la comunicació i el reconeixement.

L'ús de diagnòstics d'infermeria pot estimular a les infermeres a explorar patrons d'interacció que abans passaven per alt o eren desconeguts, i a dirigir-se a totes les necessitats humanes dels individus, amb l'esperança de que la infermera i,

sobretot el client, obtindran la recompensa, és a dir compleixin els objectius preestablerts.

4.2.11. Problemes Interdisciplinaris:

La pràctica infermera sovint comporta una relació de cooperació amb d'altres membres de l'equip de salut.

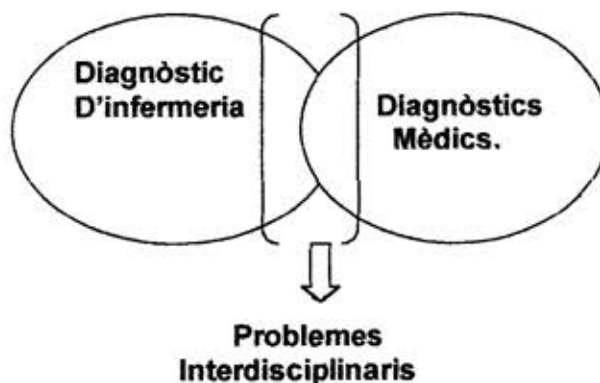


En una relació de cooperació, a vegades es superposen les activitats i les funcions. Quant això succeeix, l'experiència ha demostrat que poden aparèixer problemes de classificació. Poden sorgir algunes preguntes:

- El diagnòstic d'infermeria deu representar l'enfocament exclusiu de les infermeres?
- Deurà donar-se un nou nom a les àrees de col·laboració i designar-les com a diagnòstics d'infermeria?
- Si les àrees de col·laboració no s'identifiquen com a diagnòstics d'infermeria, redueix la importància per aquestes?.

4.2.12. Model Bifocal de infermeria clínica.-

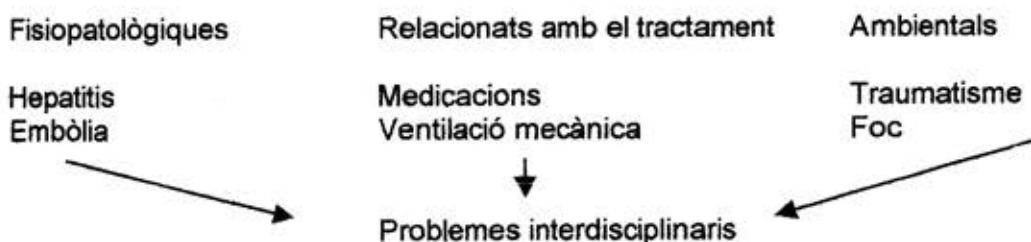
En 1983 es va dissenyar un model per a la pràctica que indicava a les infermeres que descriguessin les àrees de conflicte entre els diagnòstics d'infermeria i els problemes clínics (Carpenito, 1983). A mida que evolucionava aquest model, es van incloure els problemes clínics (tant mèdics com d'infermeria) en una categoria i se'ls va donar el nou nom de **problemes interdisciplinaris** (Carpenito, 1984). Aquest model bifocal per la infermera identifica dues situacions clíniques per les seves intervencions: els diagnòstics d'infermeria i els problemes interdisciplinaris. La relació de cooperació entre la infermera i la medicina es dibuixa a la següent figura:



Els problemes interdisciplinaris es defineixen com:

"Les complicacions fisiològiques que es produeixen o es poden produir com a resultat de situacions fisiopatològiques, relacionades amb el tractament i d'altres. Les infermeres exerceixen un control per detectar la seva aparició i estat i cooperen amb la medicina per un tractament conjunt."

Exemple:



Carpenito va escriure al 1987 que la relació dels diagnòstics amb les activitats es un element essencial per la definició del diagnòstic d'infermeria.

Un tipus determinat d'actuació distingeix un diagnòstic d'infermeria d'un mèdic i d'altres problemes que tracten les infermeres.

Bulechek i McCloskey van escriure en 1985 que una actuació d'infermeria es una acció autònoma basada en fonaments racionals i científics que es porta a l'acció per beneficiar al client d'una forma prevista relacionada amb el diagnòstic i l'objectiu d'infermeria. Les actuacions d'aquestes poden ésser independents o

delegades. Ambdues requereixen consideració, ja que tant si es independent o delegada, legalment, la infermera pot determinar si es adequat iniciar-la o no. Es important tenir en compte:

- Els problemes interdisciplinaris no son més importants que els diagnòstics d'infermeria.
- Els diagnòstics d'infermeria no son més importants que els problemes interdisciplinaris.
- Les prioritats pel client vindran determinades per les condicions, la infermera i el client.

4.2.13. Diagnòstics d'infermeria reals, potencials i possibles.-

REALS: L'ús d'un diagnòstic d'infermeria sense les paraules possible o potencial significa que el problema ha sigut confirmat utilitzant característiques definitòries principals identificables. Un exemple de diagnòstic real:

"Incapacitat per l'activitat relacionada amb l'oxigenació insuficient per les activitats de la vida diària".

Característiques que el defineixen:

Dispnea d'esforç.

El pols no torna a un estat de repòs (74 FC), tres minuts després de l'activitat.

POTENCIALS: Un diagnòstic d'infermeria potencial descriu una alteració que pot presentar-se si no s'ordenen i executen certes activitats d'infermeria. Les característiques que les defineixen es presenten com a factors de risc (com "relacionat amb"), per exemple:

"Risc d'alteració en la funció respiratòria en relació amb la immobilitat postoperatoria i estat de postanestesia".

L'ús del terme "Risc de" en un diagnòstic d'infermeria pot descriure una situació en la que es requereixi activitats de promoció de la salut.

Així doncs, la confirmació que dona validesa a un diagnòstic real son els signes i símptomes, mentre que la confirmació d'un diagnòstic potencial son els factors de risc.

POSSIBLES:

A la presa científica de decisions, un enfocament provisional, no hauria de significar una debilitat o indecisió, si no una part essencial del procés. Una persona hauria de reservar-se el judici fins que no tingui analitzada tota la informació per tal d'arribar a una conclusió. Els metges demostren aquesta provisionalitat amb l'enunciat de "*descartar*". Les infermeres tindrien que adoptar una actitud provisional fins a tenir totes les dades i ésser capaces de confirmar o descartar. La paraula "*possible*" s'utilitza en el diagnòstic d'infermeria per descriure problemes que poden presentar-se però que requereixen dades addicionals per poder-los confirmar. Aquest terme serveix per alerta a la infermera de la necessitat de recollir més dades. Generalment les característiques que el defineixen no han sigut identificades, però es presenten factors que porten a la infermera a sospitar el diagnòstic.

Exemple:

"Possible trastorn de la percepció de sí mateix en relació amb la pèrdua recent de les responsabilitats del rol secundari a exacerbació de esclerosi múltiple".

Quant una infermera anota un diagnòstic possible alerta també a d'altres infermeres per a aconseguir les dades necessàries per confirmar o rebutjar el diagnòstic provisional.

Així tindrem tres tipus de diagnòstics d'infermeria:

- Real: El problema està present
- Potencial: El problema pot aparèixer
- Possible: El problema pot estar present

Les infermeres diagnostiquen i tracten les respostes humanes a les situacions. Les situacions poden ésser fisiològiques, relacionades amb el tractament, ambientals, personals i de maduració.

Les respostes humanes en les que poden intervenir les infermeres poden expressar-se com diagnòstics d'infermeria o problemes interdisciplinaris. Ambdós requereixen actuacions especialitzades d'infermeria, però amb diferents enfocaments. Les actuacions pel diagnòstics són definitives per la prevenció o el tractament. La major part de les actuacions són prescripcions d'infermeria independents. Les actuacions pels problemes interdisciplinaris comporten fonamentalment la monitorització per detectar problemes i són interdepenents amb la medicina. El model bifocal que diferencia els diagnòstics d'infermeria dels problemes interdisciplinaris proporciona a les infermeres una definició més clara de les dues dimensions de la pràctica infermera.

4.2.14. Formulació de diagnòstics. Valoració i identificació del problema.

El diagnòstic d'infermeria no pot extreure's del context del procés d'infermeria. Això suposaria un mal ús incorrecte del concepte i conduiria a una nomenclatura prematura o estereotipada. Això, dificultaria les observacions exactes i acurades i donaria com a resultat unes actuacions d'infermeria inadequades. Cada client com a persona autònoma que es relaciona de forma única amb el medi ambient, deu ser valorat en un context de unitat.

EL PROCÉS D'INFERMERIA

Quant un client arriba a un servei de salut, la infermera utilitza l'observació sistemàtica i les tècniques de solució de problemes per identificar la seva situació funcional. Ambdós col·laboren en les actuacions perquè siguin adequades i per avaluar l'eficàcia de aquestes. El procés d'infermeria descriu aquest mètode mitjançant 5 components:

- Valoració
- Identificació del problema
- Planificació
- Execució
- Avaluació

L'experiència i eficiència de les actuacions de les infermeres depenen en gran part de la utilització exacta del procés d'infermeria anterior. Una infermera experta en aquesta tècnica de solució de problemes pot actuar amb habilitat i èxit amb els clients.

VALORACIÓ:

Es la recollida deliberada i sistemàtica de dades per determinar l'estat de salut actual d'un client i per avaluar els seus patrons d'adaptació presents i passats. Les dades s'obtenen a partir de 5 mètodes:

- Entrevista
- Examen físic
- Observació
- Revisió d'informes diagnòstics e històries
- Col·laboració amb d'altres professionals

El propòsit de la recollida de dades serà:

- L'estat de salut present i passat
- Els patrons d'adaptació presents i passats (capacitats i limitacions)
- La resposta a les alteracions actuals
- La resposta al tractament (d'infermeria i mèdic)
- El risc de desenvolupar alteracions potencials

Valoració específica:

La valoració específica consisteix en l'obtenció de dades seleccionades segons determinin la infermera, el client, la família o la situació del client.

La valoració és una etapa primordial; representa les dues línies paral·leles sobre les que es consolidaria el procés a seguir. Una seria "la història de darrera", aquesta representa l'arxiu únic del malalt que deixarà entreveure l'actitud vers

l'altra línia o situació actual, sobre la que actuar be per malaltia, be per prevenció o per recuperació.

Evidentment en la valoració no obtindrem totes les dades, ja que existeix el terreny de la intimitat personal, hem de donar-li temps suficient perquè sigui el propi malalt el qui ens expliqui, una vegada que compregui que en la seva "motxilla" personal existeix una informació que pot ser de rellevància .

És important destacar que el procés de valoració té la peculiaritat de la retroalimentació en el temps, completant dades durant tot el procés del client.

La qualitat i validació dels signes e inferències depenen dels coneixements bàsics, experiències i valors de la infermera.

Després de considerar diferents explicacions alternatives per les dades, les infermeres arriben a la fase d'identificació del problema.

4.3 APLICACIÓ DEL PLA DE CURES D'INFERMERIA

Els plans de cures tenen dos objectius professionals: l'administratiu i el clínic.

Administratiu:

- Defineix l'enfocament de la infermeria pel client o grup.
- Distingeix la responsabilitat de la infermera de la d'altres membres de l'equip de salut.
- Proporciona els criteris de revisió i avaluació de les cures per garantir qualitat.
- Proporciona els criteris per a la classificació dels clients.

Clínic:

- Proporciona un esquema per elaborar les gràfiques
- Informa al personal d'infermeria de:
 - El que ha de ensenyar
 - El que ha d'observar
 - El que ha d'executar
- Proporciona criteris de resultats per la revisió i avaluació de les cures.
- Determina les actuacions específiques per a l'individu i la família.

El procés de planificació de les cures:

Després que s'hagin identificat els problemes real i potencials, s'han de formular les activitats d'infermeria per controlar, prevenir, reduir, o eliminar els problemes. D'aquesta manera es posa en marxa la fase de planificació del procés d'infermeria. Els plans de cures representen la planificació de les cures, no la seva execució. La fase de planificació té tres components:

1. Establir prioritats en les cures
2. Determinar els criteris dels resultats esperats (objectius del client)
3. Prescriure el pla de cures d'infermeria mitjançant les ordres corresponents.

4.3.1. Criteris de procés en front a criteris de resultats:

Els criteris de **procés** (objectius d'infermeria) dirigeixen a la infermera cap a la prevenció o alleujament de l'estat del benestar alterat. Es poden centrar en tres grans àrees per tal d'ajudar al client a:

- Utilitzar els seus recursos de forma eficaç per aconseguir un nivell òptim d'adaptació.
- Buscar d'altres recursos per aconseguir aquest nivell.
- Modificar les activitats de la vida diària i l'estil de vida habitual quan els recursos estan disminuïts o son inadequats.

Els criteris de **resultats**: Els diagnòstics d'infermeria han de representar condicions favorables que puguin assolir-se o mantenir-se, mitjançant actuacions prescrites per les infermeres (independents). Així, els criteris de resultats, són essencials per distingir els diagnòstics d'infermeria dels problemes interdisciplinaris.

Els criteris de resultats són el manteniment o el canvi cap a una condició favorable del client després de les cures d'infermeria. Poden representar la resolució del problema o la prova d'una evolució cap a la resolució del mateix. Aquests poden formular-se per dirigir i mesurar els resultats positius i negatius.

Els criteris de resultats ens poden donar "pistes" per actuar en el camp de la investigació.

4.3.2. Execució de les activitats del pla de cures:

El component de l'execució del procés d'infermeria comprèn les habilitats necessàries per executar l'ordre d'infermeria. Aquestes habilitats es centren en:

- Realitzar l'activitat pel client o ajudar-lo
- Realitzar valoracions d'infermeria per identificar nous problemes i determinar la situació dels problemes existents.
- Realitzar l'educació del pacient per ajudar-lo a incrementar els seus coneixements relatius a la seva salut o per controlar una alteració
- Assessorar als clients de les seves decisions sobre les cures de salut.
- Consultar amb d'altres professionals de la salut .
- Realitzar actuacions de tractament específiques per eliminar, reduir o resoldre problemes de salut.
- Ajudar als clients a que realitzin les activitats per ells mateixos.
- Ajudar als clients a identificar riscos o problemes i a explorar les opcions possibles.

L'enfocament principal de les actuacions és diferent pels diagnòstics reals, potencials i possibles i també pels problemes interdisciplinaris.

1. Pels diagnòstics d'infermeria reals, les actuacions estaran encaminades a:
 - Reduir o eliminar els factors concurrents
 - Evitar l'aparició de la categoria diagnòstica
 - Monitoritzar la situació
2. Pels diagnòstics d'infermeria potencials, les actuacions estaran encaminades a:
 - Reduir o eliminar els factors de risc
 - Evitar que s'instauri la categoria diagnòstica
 - Monitoritzar per detectar la aparició
3. Pels diagnòstics d'infermeria possibles, les actuacions seran:
 - Recollir dades que confirmen o descartin el diagnòstic
4. Pels problemes interdisciplinaris, les actuacions seran:
 - Monitoritzar per detectar la aparició/instauració i col·laborar amb d'altres membres de l'equip de salut en el tractament.

Les infermeres no només han de tenir aquestes habilitats, també han de valorar-les, ensenyar-les i avaluar-les amb la resta dels membres del seu equip.

4.3.3. Avaluació:

L'avaluació en relació al procés d'infermeria i la planificació de les cures, té integrats tres operacions o propòsits diferents:

- l'avaluació de la qualitat del pla de cures escrit,
- l'avaluació de l'evolució del client i
- l'avaluació del estat/actualitat del pla de cures (que els objectius s'estiguin complint).

En quan a l'avaluació de l'evolució del client, aquesta capacita a la infermera i al client per determinar en quina mesura ha funcionat el pla de cures d'infermeria. Consisteix en tres activitats diferents però relacionades:

- Establir criteris de resultats per observar i mesurar
- Valorar la resposta actual buscant l'evidència.
- Comparar la resposta actual amb els criteris de resultats establerts.

En quan a l'avaluació de l'estat i l'actualitat del pla de cures, aquesta es basa en les conclusions derivades de l'avaluació del projecte del client. Després de examinar la resposta del client, la infermera preguntarà les següents qüestions:

1. Al problema:
 - Existeix encara el problema?
 - Existeix encara el diagnòstic potencial?
 - Ha estat descartat o confirmat el diagnòstic possible?
 - Necessita afegir-se altra problema?
2. Els objectius:
 - Han estat resolts?
 - Reflecteixen l'enfocament actual de les cures?
 - Poden afegir-se modificadors mes específics?
3. Actuacions:
 - Són acceptables pel client?
 - Són específiques pel client?
 - Proporcionen instruccions clares pel personal d'infermeria?.

4.4. TRAJECTÒRIES CLÍNIQUES: UNA EINA PER A GESTIONAR ELS RESULTATS.

Són l'estandardització de manera seqüenciada de totes les accions i intervencions que es porten a terme en cada un dels diferents processos; estan consensuades per tots els professionals que intervenen en el procés.

Es desenvolupen per poblacions de malalts definides homogènies, mitjançant un equip multidisciplinari que representa els màxims aspectes possibles del episodi.

S'utilitzen per coordinar, planificar, donar, controlar i revisar la atenció de manera concurrent per part de persones de totes les disciplines que tinguin a veure en el procés concret.

Al comparar l'estat actual del malalt, al previst en la Trajectòria Clínica, es pot identificar, dirigir i resoldre la variació (sempre que sigui possible) a nivells individual i de grup.

Contingut de les trajectòries clíniques

- Definició del malalt tipus per a cada diagnòstic mèdic.
- Descripció dels patrons de salut alterats o amb risc d'alteració i dels diagnòstics d'infermeria que deriven d'aquestes possibles alteracions.
- Full de registre de variacions respecte a l'estàndard definit.
- Recomanacions en el moment de l'alta.

Característiques de les trajectòries clíniques

Estan creades per a un grup de pacients amb necessitats similars relativament previsibles, és a dir "malalt Tipus".

Reflecteixen les accions per a un pacient estàndard.

Descriuen el patró de salut alterat o amb risc d'alteració i els diagnòstics d'infermeria que deriven d'aquestes alteracions.

Proporcionen un ordre i un mètode a l'atenció i maximitzen l'efectivitat i l'eficiència.

Permeten marcar resultats de salut a curt, mitjà i llarg termini

S'utilitzen per:

Coordinar les cures i els tractaments

Formar i implicar el pacient en la planificació de les seves cures

Controlar, enregistrar i revisar l'atenció al pacient

Retrospectivament s'utilitzen per:

Analitzar els problemes relacionats amb les cures.

Proporcionar dades per millorar la qualitat.

Elaboració de les Trajectòries Clíniques

La població usuari s'identifica i es descriu el més detalladament possible. Els criteris d'inclusió són útils per especificar les característiques precises de l'usuari en la població.

El **Pla de Cures** serveix com a base de discussió per a l'elaboració de la trajectòria clínica, conjuntament amb el protocol mèdic (si n'hi ha) o a partir de la pràctica clínica diària.

Es destaca la trajectòria usual d'atenció, identificant on es dona generalment l'atenció i quines cures són les que més sovint es realitzen per a la població.

Es reuneix un equip multidisciplinari que reflexa les especialitats i els llocs de la trajectòria usual del procés.

A part d'establir les activitats en la Trajectòria Clínica, l'equip ha d'identificar els problemes que usualment es troben en el diagnòstic, així com els objectius i resultats intermitjos a ell associats.

La utilització de les Trajectòries Clíniques

La seva utilització varia depenent de la sistemàtica de treball de cada centre. Bàsicament les Trajectòries són el procediment que es segueix un cop s'ha realitzat la **Valoració del Pacient** en l'ingrés. Determinant les necessitats alterades i *pactant* amb la família i pacient els resultats a curt i llarg plaç durant tot el seu procés.

Full de Variacions

Les variacions són la diferència entre els resultats definits i l'estat real del malalt, així com les intervencions que se'n deriven. Les dades sobre les variacions són importants per al procés de millora continua de la qualitat.

Es gestiona de manera recurrent per part del professional a mesura que aquest realitza les cures al malalt.

Retrospectivament, la variació es afegida per la Trajectòria Clínica i revisada pels facultatius clínics.

- S'han de buscar tendències de variacions significatives que indiquin problemes en el procés. Es prioritza aquestes pel desenvolupament del Pla de Cures.
- Els Pla de Cures destaquen una tendència, els objectius i especifiquen les activitats que es durant a terme per a corregir-les.

Les variacions es generen per causes diferents:

- Canvis en l'estat de salut que comporten una nova valoració de la infermera per planificar noves accions
- Variacions en les actuacions del personal assistencial
- Variacions per causa de l'estructura, el material o els procediments disponibles

Resultats:

Els resultats són el producte final d'un procés, intervenció o activitats. El procés són els medis per els que es progressa vers el resultat. Encara que el procés i els resultats es discuteixen conjuntament, no existeix una relació directa entre procés i resultat, és a dir, acabar un procés garanteix la consecució dels resultats esperats.

Els resultats representen una manera de mesurar la qualitat; de valorar si els processos o els resultats utilitzats són efectius i necessaris o bé si s'haurien de modificar.

Mitjançant els resultats s'identifica si les activitats d'atenció a l'usuari han tingut els efectes esperats.

Existeix un interès creixent en mesurar i quantificar els resultats a partir de:

- els usuaris i les seves famílies
- les persones que paguen
- els governs
- els administradors
- els facultatius

Els professionals sanitaris poden utilitzar els resultats per avaluar la seva pròpia atenció.

Resultats Clínics

Els Resultats Clínics descriuen les condicions generals i desitjades de l'usuari al donar-se d'alta o al final del tractament. Reflexen la resposta d'aquest al tractament.

Els resultats intermitjos o a curt plaç descriuen l'estat general i desitjat de l'usuari en diferents punts del seu procés. Aquests resultats a curt plaç són importants perquè serveixen com a guia de referència informats als professionals que l'usuari està millorant tal i com s'ha planificat i servint com avis quan aquest es desvia de la Trajectòria marcada.

Els resultats són el producte de les intervencions.

Els resultats han de tenir unes característiques definidores com:

- Descriure una conducta específica
- Mesurables
- Realistes
- Centrats en l'usuari/família
- Reflexar la natura interdisciplinària de l'atenció a l'usuari
- Relacionats amb els problemes identificats a l'usuari

Els resultats desitjats en l'educació a l'usuari són:

- Ajudar-lo a preveure els seus plans de tractament
- Augmentar la seva participació en els plans de cures
- Ajudar-los a tractar les seves pors i ansietats
- Fomentar les habilitats per tractar situacions relacionades amb la seva salut de la manera més independent possible.

4.5. QUALITAT

4.5.1. Qualitat assistencial

Definir el que s'entén per qualitat és un procés previ i necessari per a abordar la mesura i millora. Aquesta conceptualització pot ser referida de manera àmplia a tots els aspectes organitzatius i de funcionament de qualsevol empresa o activitat. Tot i així, ens centrarem en la definició de la qualitat dels serveis o productes que s'ofereixen, que és en definitiva el que intentarem mesurar i millorar.

Per a definir qualitat d'un determinat producte o servei resulta útil distingir tres nivells de especificació successiva: un més general, aplicable a **qualsevol producte o servei**, altre que es correspon al que entenem per qualitat dels **serveis de salut en general**, i finalment la qualitat d'un **servei sanitari concret**.

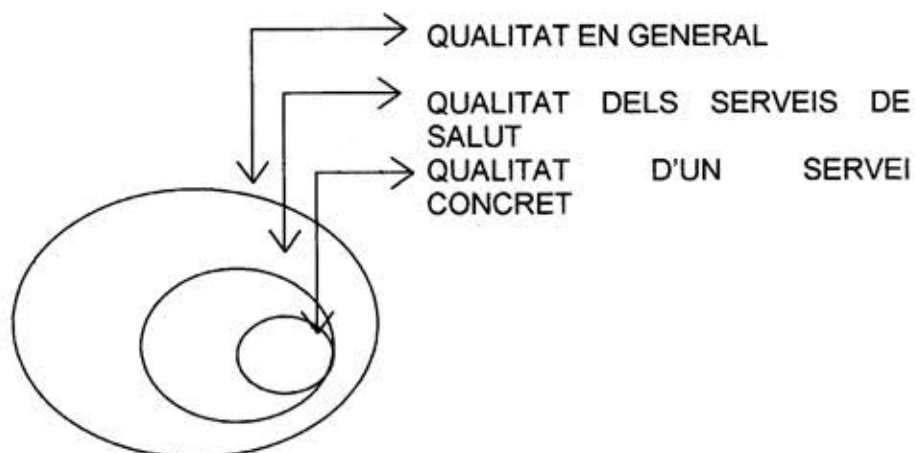
En el nivell més **general** qualitat significa satisfacció de les necessitats i expectatives de qui rep els productes o serveis.

En el nivell de **serveis de salut**, existeixen multitud de definicions que donen unes dimensions determinades, d'entre les quals hi ha que escollir de manera conscient les que ens serveixin com marc de referència per la nostra organització i entorn concrets. La qualitat de serveis de salut és doncs:

"La provisió de serveis accessibles i equitatius, amb un nivell professional òptim, que té en compte els recursos disponibles i aconseguix l'adhesió i satisfacció de l'usuari".

Aquesta definició pot resumir-se en un esquema de tres dimensions (accessibilitat, qualitat científic-tècnica i satisfacció) que es justifica per la seva relació amb les activitats per a millorar i pel desenvolupament ètic i social que té el concepte de la qualitat dels serveis de salut.

El tercer nivell de conceptualització (la qualitat d'un **determinat producte o servei**) és el realment operatiu per mesurar, encara que ha de ser coherent amb el concepte general que s'adopti. La definició de la qualitat en aquest nivell específic pot realitzar-se intentant traduir les dimensions del concepte de qualitat en requisits en relació al problema de salut o servei concret de que es tracti.



Com a punt de sortida, la millor qualitat de l'atenció que podem oferir seria una fulla en blanc. I no perquè no existeixin definicions, sinó tot el contrari, n'hi han tantes i amb una traducció pràctica tan diferent que és millor que cada centre, institució o sistema va haver de crear de manera indefectible la seva pròpia o decantar-se per la adopció i/o adaptació d'una determinada. Una definició inicialment en blanc serveix també per destacar que es tracta d'un concepte en evolució, que s'ha anat perfilant i enriquint-se, i que, quasi amb seguretat, va a continuar evolucionant.

4.5. 2. Concepte de qualitat en general

Aquest concepte pot aplicar-se a molt diversos aspectes d'una determinada activitat industrial o de serveis, des de nivells filosòfics globals, a qualitat dels processos, del sistema, del personal, dels objectius de la empresa, etc.

La qualitat té diferents acceptacions en el món empresarial:

- Una filosofia empresarial que orienta l'empresa vers el client extern, i la satisfacció de les seves necessitats, i vers el client intern, i el foment de la seva motivació, formació i participació.
- Una funció directiva -la gestió de la qualitat - que es desenvolupa vers quatre processos de planificació, organització, control i millora.
- Un conjunt de característiques del producte o servei que satisfan les necessitats del consumidor.

4.5.3. Concepte de qualitat a l'atenció sanitària

S'ha donat una gran varietat de definicions, algunes molt rellevants però, en general, fruit de la discussió, redefinició, subclassificació o reagrupament dels elements bàsics definits a principis dels anys setanta. En unes, s'emfatitza l'aspecte clínic-individual, en altres la dimensió poblacional, altres treuen a primer pla els components estructurals i organitzatius de les institucions i sistemes d'atenció, que en altres són considerats en segon nivell, com ara variables secundàries a les característiques substantives de la qualitat. Aquests enfocaments diferents però complementaris, poden observar-se per exemple en les definicions de Donabedian, l'oficina europea de l'OMS i la proposta més recent de l'IOM (Institute of Medicine. Medicare).

“La qualitat és la manera més satisfactòria que existeix de practicar la professió; assegurant-nos que ho fem de la millor manera possible i avançant amb seguretat vers una pràctica cada vegada major”

Donabedian defineix la qualitat com “el tipus d'atenció que s'espera que va a maximitzar el benestar del malalt, una vegada tingut en compte el balanç de guanys i pèrdues que es relacionen amb totes les parts del procés d'atenció”. Pel seu anàlisi Donabedian proposa tres punts de vista diferents segons els elements que la integren (aspectes científics-tècnics, interpersonals i de l'entorn), els factors resultants (grau d'atenció, costos, riscos i beneficis) i qui la defineix. Des d'una òptica exclusivament científica, tècnica o professional, la qualitat de l'atenció mèdica seria el grau en que s'aconsegueix restaurar la salut d'un malalt

tenint en compte solament la ciència i la tecnologia mèdiques. En aquest cas l'atenció mèdica de qualitat es definiria com el tractament que assoleix el millor equilibri entre els beneficis i els riscos.

Els autors coincideixen en la idea de que cal definir molt bé quines són les necessitats i expectatives del consumidor i saber exactament quines són les característiques que defineixen el servei o producte perquè sigui considerat de qualitat.

Les idees claus són:

- Conèixer les necessitats i expectatives del consumidor, definint molt bé les característiques del servei o producte que vol que li oferim.
- Saber si el que estem oferint s'acosta o no al que els clients volen.
- Si no s'acosta al que el consumidor vol i apliquen accions de millora veure si realment estem millorant.
- I si realment estem millorant veure com podem mantenir els nivells de qualitat i/o buscar noves dimensions de millora d'aquells producte o servei.

“La única qualitat subjectiva és la que no s'ha definit prèviament”

Quan des d'una perspectiva individual, és l'usuari el qui defineix la qualitat de l'atenció mèdica, intervindrien les seves expectatives i valoració vers els costos i els beneficis i els riscos que comporta l'assistència. Aquest enfocament obligaria al malalt a implicar-se en la presa de decisions a partir de la informació proporcionada pel professional sanitari.

Segons un document de la OMS, la qualitat de l'assistència sanitària és assegurar que cada malalt rebi el conjunt de serveis diagnòstics i terapèutic més adequats per aconseguir una atenció sanitària òptima, tenint en compte tots els factors i els coneixements del malalt i del servei mèdic, i aconseguir el millor resultat amb els mínims riscos d'efectes iatrogènics i la màxima satisfacció del malalt durant el procés. Aquesta definició destaca l'adequació dels medis utilitzats, la situació del malalt i els seus coneixements (l'acceptabilitat), la competència professional, els resultats obtinguts i la seguretat i satisfacció del malalt.

El IOM va llançar la segona definició de qualitat a principis dels noranta: “ el grau en que els serveis de la salut, pels individus i les poblacions, incrementen la probabilitat dels resultats desitjats i són consistents amb el coneixement professional actual”. Aquesta definició destaca com altres, la efectivitat de l'assistència sanitària i la competència professional.

En la definició del Programa Ibèric, qualitat de l'atenció és “ la provisió de serveis accessibles i equitatius, amb un nivell professional òptim, que te en compte els recursos disponibles i aconsegueix l'adhesió i satisfacció de l'usuari”.

Existeixen paraules claus com accessibilitat, tan importants per a les institucions i sistemes amb vocació de cobertura universal i enfocats a l'atenció de la comunitat, es qüestiona com component del concepte de qualitat de l'atenció en definicions com les de Donabedian i la més recent de l'IOM.

Donabedian reconeix la accessibilitat com alguna cosa que pot relacionar-se o influir en la qualitat, però que constitueix un concepte a part.

Una altre paraula clau és l'equitat, el seu component respon no només a que les cures científicament òptimes siguin accessibles, sinó també que el sistema i els seus professionals estiguin en disposició d'oferir major atenció a qui més té la necessitat, i igual atenció a igual necessitat.

Tenint en compte els recursos de que es disposa al definir qualitat és encara més controvertit. Qualitat s'inclou dins el marc de l'optimització dels recursos disponibles.

Les dimensions mesurables

Repassem les principals dimensions que es relacionen amb el concepte qualitat com són:

Efectivitat és la mesura en que una determinada pràctica o atenció sanitària millora l'estat de salut de la població concreta que la rep; és la probabilitat de benefici d'una determinada tecnologia en condicions d'ús normals. Lo més freqüent al definir qualitat és la referència a l'efectivitat de l'atenció.

Eficiència es defineix en termes de la relació entre cost i producte, és a dir, un màxim d'efectivitat o unitats de producte, donat un determinat cost, o un mínim cost donades unes determinades exigències d'efectivitat o unitats de producte, per suposat s'assumeix que una major eficiència proporciona una major qualitat.

Accessibilitat segons Palmer l'accessibilitat és "la mesura en que les cures adequades són rebudes per la població de manera equitativa". En tot cas, el que sobresurt és la necessitat de quantificar si l'atenció sanitària arriba o no a qui la necessita i quan la necessita.

Satisfacció pot definir-se com la mesura en que l'atenció sanitària i l'estat de salut resultant compleixen amb les expectatives de l'usuari.

A banda del component organitzacional, la satisfacció es relaciona de manera molt directa amb el que s'ha anomenat "l'art" de l'atenció mèdica que inclou les diferències entre les expectatives de l'usuari i el que és científicament correcte poden minimitzar-se en la mesura en que els proveïdors són capaços d'establir una comunicació efectiva amb les usuaris.

L'adequació és una altre de les dimensions però no existeix una definició operativa. En la llista de la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) americana, l'adequació és la mesura en que l'atenció mèdica es correspon amb les necessitats del malalt, és a dir, adequat com sinònim de correcte, convenient o necessari per a la patologia concreta que és atesa.

La continuïtat, és la dimensió de la qualitat de l'atenció més complexa de conceptualitzar i mesura. Una de les visions inclou la continuïtat entesa com el tractament del malalt com un tot en un sistema d'atenció integrada, en la dimensió de la qualitat científic-tècnica.

4.5.4. La valoració ètica i social de la qualitat dels serveis de salut

La qualitat dels serveis de salut no només és un concepte sinó que té una repercussió important en la societat. Els valors que compten amb el recolzament social són els que es respecten per tots i per aquesta raó s'anomenen *principis*. Hi han quatre principis en el camp de l'atenció per a la salut i, estan implícits en totes les decisions que es prenguin en l'atenció de la salut d'aplicació en la qualitat de l'atenció.

Els quatre principis són la *beneficència*, la *no maleficència*, l'*autonomia* i la *justícia*. En relació amb la qualitat, la beneficència equival a dir que per donar bona qualitat s'ha de ser efectiu i la no maleficència en que s'ha d'evitar els riscs; l'autonomia consisteix en el fet que una atenció de qualitat ha de respectar en la mesura que sigui possible les preferències del malalt integrant-lo dins les decisions que li pertocuin. Per últim la justícia implica que l'atenció de qualitat ha de ser equitativa donant més al que ho necessita, sense discriminar a ningú per les seves característiques personals o per les de la seva malaltia.

Mesurar la qualitat de l'assistència que es dona és un punt imprescindible en qualsevol programa de qualitat. Els quatre principis anomenats serien una qüestió acadèmica sinó es poguessin mesurar. Un dels principals mèrits dels programes de qualitat és precisament que han realitzat grans avenços en la mesura d'aquest principis.

El principi de beneficència es mesura per l'efectivitat de l'atenció que es dona i el do no maleficència amb la mesura dels riscos de qualsevol intervenció.

Mesurar l'autonomia és més complicat encara que la satisfacció és una de les possibles expressions.

Per últim la justícia es mesura per la accessibilitat, que és un indicador de equitat, especialment si es focalitza en els grups més vulnerables, que són els que més necessitat tenen.

4.5.5. Programes de gestió de la qualitat

Les primeres experiències vers la millora de la qualitat sorgeixen de la preocupació d'alguns professionals destacats vers el resultat del seu treball en els malalts. Es cita com a precursor el treball de Florence Nightingale en el Barrack Hospital durant la guerra de Crimea (1854). La Sra. Nightingale va utilitzar les estadístiques de mortalitat per cada tipus de patologies per demostrar que les millores en la higiene, cures i condicions sanitàries en les que eren atesos els malalts, milloraven els resultats i justificaven la moderna atenció d'infermeria que ella proposava.

La preocupació per la qualitat emergeix en les facultats com manera d'introduir els aspectes científics dels recents descobriments de les ciències naturals en "l'art" de la medicina, a la vegada que com una manera d'afirmació de la seva funció social de manera que es pogués discriminar la seva superioritat front a la massa de professionals menys formats. En aquest camp, que podríem relacionar amb les primers esforços d'avaluació i certificació professional s'ha de destacar els resultats de l'informe Flexner (1910), encarregat per la Fundació Carnegie que es va realitzar a partir d'una revisió i enquestes a les escoles mèdiques dels Estats Units basades en els sistemes de pràctica de les facultats de medicina

alemanyes. L'Informe posava de manifest la manca d'estandardització dels estudis mèdics, la deficient formació d'alguns professionals i la necessitat d'introduir importants reformes tant en el que es refereix a la propietat de les escoles de medicina com al contingut dels estudis.

Un altre predecessor en aquest camp fou Dr. Ernest Codman, cirurgià del Massachussets General Hospital, en Boston, profundament preocupat per el tema dels resultats dels malalts i un dels fundadors del American College of Surgeons. Codman passà de l'avaluació personal dels seus resultats a la proposta de generalitzar aquest sistema a tots els cirurgians i hospitals. En les seves pròpies paraules: " Tot hospital hauria de realitzar un seguiment de cada un dels malalts que tracta durant el temps suficient per a saber si el tractament ha estat positiu i si no ho ha estat buscar les raons".

S'observa en els primers anys de desenvolupament dels programes de qualitat unes característiques que són comunes al creixement de la majoria de programes inclòs en l'actualitat: la preocupació ètica inicial dels professionals individuals per la qualitat del seu treball, l'interès en els temes de resultats obtinguts pel malalt post l'atenció i la dificultat de mesurar els resultats a nivell global dels centres, tot això va decantar vers criteris d'avaluació de l'estructura, quan es realitzen programes a nivell global.

De 1940 a 1960 va estar un període de desenvolupament de la salut pública i la planificació sanitària. Sens dubte, l'aportació més significativa d'aquest període fou la de Paul Lemboke cirurgià de la Jonh Hopkins University Medical School de desenvolupar un nou mètode per avaluar la qualitat: l'àudit mèdic. Va intentar establir estàndards de pràctica mitjançant la comparació dels resultats obtinguts i demostraren amb els seus treballs la millora en la "justificació" de la cirurgia pelviana femenina després de la revisió mitjançant l'àudit mèdic.

El programa d'Acreditació d'Hospitals seguia el seu creixement de manera que el 1951 els cirurgians es va associar en diferents associacions mèdiques formant la Joint Commission on Accreditation of Health Organizations.

En la dècada dels seixanta la internalització dels programes de qualitat es va beneficiar amb els treballs de Marie Phaneuf que desenvolupar un conegut mètode d'àudit d'Infermeria en 1964 basat en set funcions clau del treball d'infermeria d'ample us en els centres americans durant dècades.

Avedis Donabedian va proposar la classificació dels mètodes de qualitat en estructura, procés i resultats i establia les bases pel futur desenvolupament metodològic i de la investigació dels anys següents.

En aquest període l'èmfasi dels estudis de qualitat era la millora dels processos d'atenció i la autoavaluació dels professionals. En les dècades següents comencen a coexistir amb els estudis de resultats i es produeix la polèmica vers la importància d'implantar programes on l'enfocament principal siguin els processos o els resultats.

Els anys 70 i el principi dels 80 foren també un període important de reflexions teòriques vers la definició i dimensions de la qualitat. En l'avaluació externa, diferents associacions professionals sobretot d'infermeria, desenvoluparen diferents models d'avaluació de qualitat que es va generalitzar bàsicament en hospitals. A nivell de la JCAHO durant aquest període es va establir la

obligatorietat de l'enfocament per problemes: els centres tenien que demostrar que avaluaven un determinat nombre d'àrees de millora i produïen millores significatives.

Un dels elements introduïts per la contenció del costos, que va tenir important impacte en l'avaluació i millora de la qualitat en els hospitals d'aguts, fou el sistema de pagament prospectiu per GRD (grups relacionats per el diagnòstic). Aquest sistema assimila en el mateix grup patologies d'igual consum de recursos i estableix un preu fix per a cada un, independentment dels recursos consumits.

Brook realitzà treballs concentrats en el tema del desenvolupament de mètodes per tal d'establir la adequació de procediments, posant de manifest les hipòtesis que permeten explicar la variabilitat i la manera que abordaria des de el punt de vista dels estudis de qualitat.

A nivell del desenvolupament organitzatiu dels programes de qualitat, existia a mitjan dels anys vuitanta en els hospitals, instàncies que s'ocupaven dels projectes de millora:

- Els sistemes de gestió dels centres que desenvoluparen programes d'utilització de recursos.
- El staff mèdic que tenia el seu propi programa de garantia de qualitat basat habitualment en la revisió de casos.
- La divisió d'infermeria avaluava de manera periòdica el seu treball hi jugava un paper específic en els estudis d'utilització de recursos.
- Els centres desenvoluparen sistemes de prevenció de riscos evitant les demandes judicials i fent prevenció.

S'ha de fer una menció especial a l'esforç de sistematització de l'evidència científica mitjançant el desenvolupament de "guies de pràctica clínica" fomentat per l'Institut of Medicine- les guies de pràctica estableixen la conducta diagnòstica i terapèutica adequada a cada patologia a partir d'un metaanàlisi de l'evidència científica disponible.

El sistema sanitari s'ha beneficiat a més a més, del desenvolupament dels sistemes informàtics a nivell global de la societat. Disposem en aquests moments de més i millors dades, sistemes de recordatoris informatitzats i sistemes d'ajuda a les decisions clíniques que possiblement es generalitzaran en la propera dècada.

Encara que la proximitat dels últims avenços en el camp de la qualitat fan difícil la perspectiva històrica sí són evidents una sèrie de tendències que, amb força probabilitat marcaran el desenvolupament futur dels plans de qualitat:

- *Les alternatives a l'hospitalització* En els darrers anys estem veient una important disminució dels llits d'atenció d'aguts en tots els països desenvolupats desplaçant l'atenció vers nombroses alternatives de servei que tenen en compte l'actual prevalença de patologies cròniques..
- *El desenvolupament dels sistemes d'informació.* Per una banda podem tenir de manera generalitzada sistemes d'ajuda en la presa de decisions i per una altra el registre de les activitats dels professionals.
- *El paper de l'Administració.* El creixents sistemes de indicadors de resultats que permeten la comparació i el creixement de les iniciatives d'Accreditació en

tots els països fan preveure un augment del rol de l'administració en la millora de la qualitat.

- *L'impacte de la bioètica* en la presa de decisions tant dels clínics com en el desenvolupament de les prioritats d'atenció. No és difícil en aquest context de participació de la població pensar en la futura exigència dels usuaris a tenir accés als resultats dels estudis d'avaluació de qualitat.

Possiblement aquests són els nous reptes als programes de qualitat, però els vells es mantindran: com aconseguir que els professionals participin de manera general i positiva en els esforços de millora de l'atenció als malalts, com trobar mètodes més simples i fiables que permetin la mesura del procés i els resultats de l'atenció i com aconseguir que els malalts rebin una atenció personalitzada d'acord amb les seves necessitats i aspiracions.

"Qualitat, Virtut, Dharma, això era el que ensenyaven els sofistes, no un relativisme ètic. Així, abans de la substància, de la forma, de la ment i la matèria, abans de la pròpia dialèctica, la qualitat havia sigut absoluta. Aquells primers mestres del món occidental ensenyaven qualitat, i el mitjan escollit era la retòrica".

4.5.6. La mesura del producte infermer

Potser el primer obstacle a l'hora de parlar de la mesura del producte, sigui la seva la seva relació amb els costos. Segur que ens hem preguntat més d'un cop el perquè de aquesta nova i creixent preocupació pels costos en la sanitat ja que és indispensable mesurar el producte.

Un dels objectius actuals de les direccions és valorar l'impacte de aquesta innovació de gestió en el treball infermer. Els sistemes de mesura del producte infermer influiran tant en el desenvolupament del model professional com les característiques de l'exercici de la nostra professió en influir i seguiran influint en el desenvolupament d'aquest sistema.

Segons l'OMS: "En tot el món, les pressions econòmiques actuals vers els sistemes d'atenció sanitària obliga a prendre en consideració els costos d'aquesta atenció en l'avaluació dels resultats" i afegeix: "L'atenció d'infermeria, com a part important de tantes activitats d'atenció sanitària, estarà cada vegada més dirigida a un examen similar".

Citant de nou a l'OMS: "El valor d'una infermera es una funció de la seva productivitat, és a dir, de la seva capacitat de proporcionar serveis de qualitat i obtenir resultats sanitaris positius gràcies a la seva formació i educació específiques".

En 1983 va aparèixer al EEUU una nova modalitat de pagament en el sistema sanitari, fou el pagament prospectiu (SPP). Aquest model exigeix el mantenir la qualitat d'atenció als malalts amb maneres sofisticades i innovadores.

En el sistema anterior o retrospectiu, infermeria no apareix en la factura com un sistema directe, ja que estava inclosa en la costos d'allotjament. A partir de 1983 els costos estan dividits per serveis i apareix "la partida d'infermeria" dins de l'àrea de serveis de salut.

Sota el sistema del SPP es van desenvolupar els grups de diagnòstics relacionats o GRD, per identificar els grups homogenis en els que s'utilitzaven proves, tractaments i serveis similars i, per tant, poguessin ser cobrats per tarifes similars. Aquests grups també podrien utilitzar-se per preveure el consum de recursos.

Actualment 475 GDR estan agrupats en 23 categories diagnòstiques principals basant-se en el sistemes orgànics, per exemple, el respiratori.

La tarifa de cobrament predeterminedada es basà en nombrosos factors, que inclouen el diagnòstic principal, l'edat del malalt, la presència de complicacions o comorbiditat i l'existència o no d'una intervenció quirúrgica.

Els GDR tenen diferents incongruències, ja que el pagament és per procés i encara que tinguin en compte l'edat del malalt, paguen el mateix, consumeixi el que consumeixi el pacient i això pot portar a l'hospital a perdre diners i compensar-los amb processos de poc cost.

Funció de la infermera en el SPP:

La infermera és un instrument per assegurar tant la qualitat de les cures com l'èxit econòmic de l'hospital sota qualsevol SPP. Algunes de les formes en les que les infermeres poden mantenir la qualitat d'atenció inclouen:

Planificació de les cures:

La infermera haurà de ser capaç de prioritzar i administrar cures que es correlacionin d'una manera real amb l'estada projectada, el que significa establir i seguir un pla de cures explícit. La planificació proporciona els mitjans essencials per determinar els objectius i resultats desitjats de les cures donades. Només d'aquesta manera l'atenció pot gestionar-se de forma eficaç i eficient.

1. Planificació anticipada a l'alta:

La infermera haurà d'implicar-se en el procés de planificació de l'alta des del moment de l'ingrés del malalt, començant aquest procés a temps per ajudar a assegurar les cures potshospitalàries.

2. Educació sanitària del malalt:

És un element clau en la prevenció de reingressos.

3. Registres:

Una documentació exacta promou la comunicació entre els professionals de la salut augmentant els beneficis de l'hospitalització i reduint l'estada. Els registres també són punt clau per a l'assignació del cobrament just pels serveis.

4. Control de qualitat:

Aquest element obligatori ha d'incloure estàndards específics d'infermeria i el control del seu seguiment. La infermera també necessita concienciar-se del impacte dels nous sistemes econòmics.

En aquest context, els models d'infermeria, el procés d'infermeria, els diagnòstics infermers, i el pla de cures, no són modes ni concessions de la societat "yankee" sinó que formen part d'una estructura professional eficient dins d'una estructura social exigent i conscient de la necessitat de procurar per la rendibilitat dels seus pressupostos sanitaris.

Així, de la mateixa manera que els diagnòstics d'infermeria es tenen en compte en la classificació de les categories de malalts, i permeten una avaluació més concreta del cost dels processos assistencials, els plans de cures són útils en la economia sanitària perquè, recolzant-se en la investigació de quines són les intervencions d'infermeria que faciliten una recuperació més ràpida del malalt redueixen i escurcen el cost del procés assistencial.

La producció hospitalària es de dos tipus: productes finals i productes intermitjos, com són les cures d'infermeria.

Una acció cuidadora es defineix com a conjunt d'actes físics i/o verbals i/o mentals planificats per la infermeria i executats per un o més membres del personal cuidador en resposta a una necessitat específica de salut. Tant és així que la demanda de serveis d'infermeria no ve donada per la malaltia sinó per la capacitat de la persona per tenir cura de sí mateixa.

Afortunadament, sembla ser que també el producte infermeria s'està reorientant de tal manera que els nostres productes ja no serien "les accions cuidadores" sinó els processos destinats a millorar les respostes humanes a una situació de salut i que habitualment es reflexen en els plans de cures.

Finalitzariem aquest tema dient que qualsevol sistema de mesura del producte, ha de permetre mesurar no només el cost sinó també l'eficàcia dels serveis d'infermeria. L'absència de morbiditat i de complicacions evitables, així com la millora de la capacitat d'autocura, poden ser els indicadors més útils per mesurar aquesta eficàcia.

Els plans de cures estandarditzats són, possiblement, les unitats de cures més adients per la mesura del producte infermer, sempre i quant incloguin les normatives de qualitat del procés assistencial d'infermeria. El seu cost aproximat seria el resultat del temps d'infermeria i dels recursos materials previstos.

Com diu Patricia Haynor, Doctora en Infermeria:

***"Si les infermeres baixen de nivell en els organigrames,
qui perd no són les infermeres, sinó la societat".***

4.6. INFORMÀTICA EN LA SALUT. VISIO ACTUAL.

Per que existeixi el coneixement i la ciència, és precis que existeixi la informació, per això ens preguntem, que és ? Tota la natura porta informació: el codi genètic dels éssers vius, la estructura i propietats dels minerals i els elements bàsics constitutius de la matèria.

Si bé la informació és alguna cosa que està intrínsecament unida al món de la realitat, no deixa de ser una construcció humana. Les propietats de la realitat, incloent en ella el pensament, poden ser traduïdes en termes de informació, per poder estudiar-les, mesurar-les, analitzar-les, quantificar-les, descriure-les, emmagatzemar-les i presentar-les en taulells cuneïformes, llibres, rotllos de pergami, pantalles de televisió, paper moneda, cançons i qualsevol altre forma de comunicació humana. Però la essència de la informació no pot sorgir; se'n escapa. En una paraula la informació és l' ésser, i l'ésser és informació.

S'ha dit en moltes ocasions que el màxim rendiment de la inversió en tecnologies de la informació és precis comptar amb persones que sàpiguen buscar, comprendre, aplicar i distribuir informació. En altres paraules, la infraestructura tecnològica en l'organització, ha de estar acompanyada d'una cultura de la informació.

Aquest es un terme molt difícil de definir amb claredat, sabem que compren aquells coneixements i habilitats de les persones (i, per extensió, els processos de les organitzacions en les que aquestes hi treballen), que les permeten extreure major rendiment de les tecnologies gràcies a l'explotació intel·ligent de la informació. Una organització amb personal informàticament culte, té una avantatge respecte a una altra amb personal informàticament inculte. La cultura de la informació es un factor multiplicador de la inversió en tecnologies de la informació.

La cultura informacional de la organització tindria un doble objectiu:

- Estimular les debilitats informacionals dels seus membres
- Prevenir o corregir l'aparició de vicis informacionals.

La trama que es genera des del punt de vista de la interinformació a la organització, també requereix una certa atenció, el debat es centra vers dues visions diferents del que és una organització.

En concret la més tradicional, dita "management científic", defineix l'organització com un tipus de "*màquina que persegueix un objectiu*" (goal-seeking machine). O sigui, una organització consisteix bàsicament en "alguna cosa" un conjunt de recursos de tot tipus (humans, tècnics, etc.), que transforma un imput en un output.

Diríem que l'organització es construeix al voltant d'un objectiu, però la gent de l'organització no només viu perseguint aquest objectiu, sinó que s'orienta, principalment per la seva "agenda personal", per les raons que realment li motiven. En altres paraules, cadascú busca la seva satisfacció, independentment de la satisfacció de la organització.

Una altra visió l'entendria aquesta com una "ret de persones lligades per contractes"; contractes de tot tipus: legals, laborals però també, fonamentalment, emocionals, motivacionals, psicològics, etc. Segons aquesta manera de veure l'organització (i que es la típica de la disciplina dita "teoria de l'agència" o "theory of the firm"), el fonament no es l'objectiu sinó el "sistema de relacions" establert i mantingut entre els professionals.

Es cert que els objectius poden donar sentit a una organització, però només la cura de aquesta ret de relacions, pot permetre que els esforços de tots estimulats per la motivació comú, es construeixen de forma correcta.

En el primer cas la orientació serà bàsicament tota vers els processos i l'enfocament estarà en el coneixement codificat.

En la segona, l'orientació serà la de positivitzar al màxim la comunicació i l'intercanvi d'idees entre les persones i l'enfocament seria del coneixement personalitzat.

Totes dues visions estaran establertes en cada organització depenent del grup humà i de la definició de la seva estructura d'informació.¹

La base dels sistemes d'informació actuals es situa a la informàtica. Aquesta eina ens facilita els registre i l'anàlisi de les dades.

Segons Jolly en el llibre titulat: "L'hôpital au XXI siècle", analitza els escenaris de futurs dels hospitals públics de París i preveu que:

"La informàtica incrementarà el seu paper en l'hospital facilitant la intercomunicació dins del mateix, l'utilització de sistemes experts pels professionals i la interacció de l'hospital amb d'altres i amb l'atenció Primària".

Es defineix la informàtica com un fenomen social, introduir-la és quelcom més que integrar una eina, és un canvi dins la cultura que genera:

- Entendre que la informació deixa de ser una propietat reservada.
- La informació es converteix en una línia plana, on passen els diferents missatges i on cadascú separa aquells que li son rellevants pel seu rol i responsabilitat.
- El receptor i l'emissor tenen la mateixa importància, ambdós son parts actives.
- Tota la informació es llegible.

Es evident que per assumir aquests conceptes, els equips humans han de tenir un grau de maduresa que els porti a integrar la operatòria així com les consideracions ètiques que girarien al voltant del seu ús.

Sabem que el marc informàtic més desenvolupat a l'actualitat a nivell hospitalari es aquell que s'ocupa de la gestió d'infermeria, tot i que en l'actualitat comença a aparèixer informació, tant des del punt de vista conceptual, com de especialitats i de fòrum de discussió, en l'àmbit assistencial.

¹ Resum dels articles de Alfons Conellà. **Impacte de la informació on line a les organitzacions.** [EXTRANET@LISTSERV.REDIRIS.ES].

Partint del concepte de que infermeria es:

"La ciència de les cures que basa les seves accions en la utilització del mètode científic, centrant les seves activitats en l'assistència, docència, administració i investigació"

L'eina informàtica permetria l'assoliment dels objectius professionals potenciant l'avaluació com a sistema de valoració de l'efectivitat i l'eficàcia de les seves accions, i d'analitzar els riscos de complicacions o accidents que el malalt pot patir, com producte d'una deficient estructura o d'una pràctica errònia.

Aquesta praxis exigeix a la infermera la utilització d'una nomenclatura correcta dins d'uns registres validats. Des del punt de vista històric, les infermeres han tingut una difícil relació amb els registres. Encara que la quantitat dels registres d'infermeria han augmentat certament amb els anys, no es pot dir el mateix de la qualitat de la informació registrada.

Les cures sanitàries actuals, amb la seva major demanda d'infermeres professionals, necessiten el desenvolupament d'un sistema d'anotació professional i eficient.

L'administració i el registre de les cures d'infermeria han de mantenir-se dins les normes de la professió.

Les finalitats dels registres d'Infermeria són:



Dins de l'àmbit de la comunicació trobem en la nostra disciplina, una activitat conceptualitzadora que ens porta a establir una base de dades per:

- Emmagatzemar
- Recuperar
- Difondre informació – "comunicar"

En aquesta conceptualització efectuem un tractament del llenguatge essencial (uniforme) a través de la informatització.

Aquesta activitat no es un decorat, es un substantiu es a dir, te una finalitat ja que s'esforça en comprendre fenòmens del treball professional.

En el terreny de la investigació sabrem que les accions i registres son acumulatius. Es ben sabut que el punt àlgid d'una investigació, es produeix 20

anys després de que qualsevol persona hagi iniciat la recollida de dades d'un tema determinat.

La investigació s'encamina a la producció d'un coneixement vàlid i rellevant i no a la solució dels problemes.

Quant més gran és el "bagatge" conceptual d'una professió, més capacitat tindrà aquesta per desenvolupar la seva pràctica i arbitrar mecanismes per renovar el seu cos de coneixements ²

La American Nurses Association (ANA) defineix una norma com "afirmació competent" per la qual es pot jutjar la qualitat de la pràctica, servei i informació (Flanagan, 1974).

Les Standards of Nursing Practice (Normes de pràctica d'infermeria) (1973) de la ANA orienten a les infermeries en el registre del procés d'infermeria, ordenant:

- La recollida de dades relatiu a l'estat de salut de l'usuari és sistemàtica i continua. Les dades són accessibles, es comuniquen i anoten.
- Els diagnòstics d'infermeria procedeixen de les dades vers l'estat de salut.
- El pla de cures d'infermeria inclou objectius derivats dels diagnòstics d'infermeria.
- El pla de cures d'infermeria inclou prioritats i plantejaments o mesures d'infermeria prescrits amb la finalitat d'assolir els objectius derivats dels diagnòstics d'infermeria.
- Les accions d'infermeria proporcionen a l'usuari la possibilitat de participar en el fonament, conservació i recuperació de la salut.
- Les accions d'infermeria ajuden a l'usuari a augmentar les seves capacitats de salut.
- El progrés o manca de progrés de l'usuari vers la consecució dels objectius està determinat per l'usuari i la infermera.
- El progrés o manca de progrés de l'usuari vers la consecució dels objectius dirigeix la valoració, reorganització de les prioritats, fixació de nous objectius i la revisió del pla de cures d'infermeria vers l'alta.

La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) declara:

El procés d'infermeria (valoració, planificació, intervenció, avaluació) s'ha de registrar per cada usuari hospitalitzat des del seu ingrés fins l'alta.

Una diplomada d'infermeria planificarà cada cura d'infermeria de l'usuari, sempre que sigui possible, i els objectius d'infermeria es fixaran mútuament amb l'usuari, família, o ambdós. Els objectius es basaran amb la valoració d'infermeria, sent realistes, mesurables i coherents amb el tractament prescrit pel metge responsable.

El registre de les cures d'infermeria haurà de ser pertinent i concís, reflecteixen les necessitats, problemes, capacitats i limitacions de l'usuari. Tindrà que escriure's les intervencions d'infermeria i les respostes de l'usuari.

² M^a Isabel Saracibar. Dra. E.U. Navarra i ponent del II Simposium Internacional de Diagnòstics d'infermeria. Febrer 00. "La activitat conceptualitzadora en la disciplina infermera".

S'anima al departament / servei d'infermeria a estandarditzar el registre dels elements de rutina de les cures i repetit control de, per exemple, higiene personal, administració de medicació i paràmetres fisiològics.

La JCAHO identifica especialment els requisits d'un registre, com la valoració de l'ingrés i la planificació de l'alta; no obstant, la JCAHO no especifica el mètode de registre, deixant això en mans de cada hospital.

El registre d'infermeria té dos propòsits professionals: administratiu i clínic. els propòsits administratius són els següents:

- Definir l'objectiu d'infermeria per l'usuari.
- Diferenciar la responsabilitat de la infermera de la del resta dels membres de l'equip de salut.
- Proporcionar els criteris per la revisió i avaluació de les cures (garantia de qualitat).
- Proporcionar els criteris per la classificació dels usuaris.
- Proporcionar justificació per el reembossament.
- Proporcionar dades per l'anàlisi administratiu i legal.
- Acomplir les normes legals, autoritzades i professionals exigides.
- Proporcionar dades amb finalitat científica i educativa.

El sistema de registre d'infermeria té diferents components. La majoria d'aquests es centren principalment en el registre de:

- Valoració
- Planificació
- Execució
- Avaluació

4.6.1. Programes actuals

El 26 de Novembre de 1999, es va publicar la notícia de que el Govern està elaborant un programa per que tots els àmbits econòmics i socials espanyols tinguin accés a les noves tecnologies de la informació i més concretament a Internet; la iniciativa es denomina *"INFO XXI La Societat de la informació per a tots"*.

Com a objectius es crearà una ret de punts d'accés públic a Internet en nuclis rurals, biblioteques i centres educatius. A més a més es pretén la formació de 125.000 professors en tecnologies de la informació, posar a disposició equips informàtics a tots els centres educatius de l'Estat, aprofitant les possibilitats d'Internet per a promoure opcions en el món laboral i donar accés a la ret en condicions de qualitat i preu assequibles.

El Govern també vol fer possible un **accés al sistema sanitari** i a altres serveis de l'administració pública des de Internet, per tant s'informatitzaran els registres civils de 400 poblacions en 3 anys.

Internet es actualment la millor opció de representació d'un sistema ordenat d'informació, que evoluciona dins uns principis (el protocol IP) i una estructura, i a partir d'aquí, tot es desenvolupa gràcies a la creativitat, la participació i la interactivitat de la gent.

Actualment comencen a aparèixer cada vegada més, diferents tipus d'informació, a la premsa el diari "el Periòdic" publica el 28 de novembre de 1999, una pàgina titulada "Noves tecnologies" on surten diferents temes que van des de com utilitzar l'ordinador en quant a dreceres per a tasques rutinàries, la utilització de la impressora, buscar feina a la Xarxa, pàgines verdes i fins i tot com accedir a informació del port de Barcelona.

Ens atreviríem a dir que la tecnologia de la informació està entrant en " l'edat d'or" al fer possible que la informació estigui disponible més àmpliament que mai. Aquesta revolució en la manera recopilar, transmetre i accedir a la informació té implicacions molt importants en el món de la salut. Tot es mou cap a un context de provisió de serveis amb les premisses d'equitat, qualitat, efectivitat i eficiència.

En l'esquema següent s'estableixen les necessitats percebudes pels usuaris i que hauran d'integrar els futurs sistemes informàtics en el recolzament en la presa de decisions:

Jerarquia de les necessitats de l'usuari 1995-2000

Pràctiques	Conceptuals
• Sistemes unificats • Integració en la pràctica • Format apropiat • Informació oportuna • Implicació • Avaluació consensuada • Valor afegit • Continuitat- sistemes oberts • Sistemes segurs, legals i vàlids	• Classificació vers el rol del sistema • Complementarietat per l'usuari • Sistema no invasiu • Establiment de consens • Manteniment, posta al dia • Prevenció de conflictes ètics

La informàtica augmenta les nostres capacitats humanes de percepció i d'actuació en el món. Bàsicament ha creat un nou nivell d'associació i d'integració ja que no estem limitats a englobar un nombre finit de varietats imposats per la nostra filosofia.

Els individus tradicionalment s'agrupaven per professió o per ubicació geogràfica, però la comunicació electrònica a canviat tot això permetent l'agrupació del individus segons els seus valors, idiomes, interessos i propòsits. Es repeteix el mateix exemple a nivell mundial gràcies a que la informació disponible en l'espai cibernètic no està restringida per limitacions polítiques o geogràfiques.

La manera d'organitzar la informació està directament relacionada amb la manera com és percebent les realitats socials.

El valor de la informació no està en ella mateixa sinó en la seva utilització. La informació sense context li manca el significat.

Internet ens permet també endinsar-nos en el món de la informació relacionada amb infermeria i encara que en l'actualitat aquesta informació sigui poc representativa, està en contínua evolució, trobant noves propostes teòriques i pràctiques que afavoreixen la intercomunicació tant en el camp operatiu com del coneixement.

L'avanç tecnològic i d'investigació com per l'increment del cost de la mà d'obra professional, es coneix que infermeria dedica un 35% del seu temps a tasques burocràtiques-administratives. L'ordinador podria ser l'eina que fes part d'aquesta tasca, incrementant així la permanència del professional en treballs propis de la seva competència, millorant notablement la qualitat d'infermeria i incrementant la seguretat en el tracta de la informació.³

D'entrada l'ordinador podria actuar només com una màquina de recepció d'informació, actuant com arxiu, oferint un tractament de la mateixa segons un programa preestablert i així aconseguir un objectiu concret.

De totes maneres en la utilització de la informàtica, el que representa un repte important en el món de la salut es la informatització de la Història Clínica, com història única i unificada per tots els serveis i departaments, amb capacitat per que les dades considerades d'interès integrin:

- La Planificació assistencial
- Transmissió de informació entre departaments
- Recopilació i tractament estadístic de la informació (investigació)

Les avantatges de la utilització de la informàtica en quant:

- Peticions: analítiques, radiologia, atenció hotelera...
- Per control dels diferents moviments del malalt
- Per quantificar els costos assistencials.

³ LLISTAR S., SANCHEZ J., ¿Se puede informatizar la enfermería? Revista ROL. 98, 13-16.

En el mateix article es diu que per l'elaboració i l'organització en el món informàtic, és indispensable que la infermera sistematitzi el seu treball, definint el model d'atenció i utilitzant un llenguatge propi de la professió, que permeti comunicar-se en una base sòlida i coneguda. Aquesta es la important tasca per la informació els registres i no la creació del programa informàtic en si, que sens dubte ofereix les seves dificultats de disseny i d'utilitat.⁴

Puntualitzant més detalladament sobre el tema que ens ocupa, apareixen constantment noves investigacions i postes en pràctica d'experiències dins l'organització de la gestió de les cures d'infermeria. Aquestes experiències es presenten des de una basant personal amb pàgines Web on el professional planteja un fòrum de debat,⁵ també existeixen Associacions que plategen el seu treball de revisió i d'aportació investigadora com l'Organització Col·legial d'Infermeria de Espanya⁶ així com pàgines amb temes monogràfiques⁷ que dedica el tema als ventiladors mecànics,⁸ dedicat a temes pediàtrics, sobre Virologia i Anàlisi Clínics per Infermeria.⁹

Afegiríem de totes maneres, que les noves tecnologies de la informació no caminen soles, som els diferents organismes així com els mateixos professionals, els que podem retroalimentar-nos de la informació en la mida en la que aportem la mateixa al sistema. Infermeria encara que comença, te un bon camí per recórrer; si abans comentàvem que la velocitat en la que el mon cibernètic es mou, infermeria encara està lluny d'altres disciplines en aquest àmbit. En el annexes 2 i 3 veurem comparativament la pàgina Web d'infermeria al novembre del any 1999 i la mateixa al desembre del 2000, en aquesta comparació veurem que encara no es produeixen grans canvis vers el mon de les fonts de noves informacions, de la nostra disciplina.

En l'actualitat i com hem dit abans respecte a l'era d'or de la informació, podríem afirmar que conforme recopilem noves alternatives dins del mon dels bits, aquesta nova informació, queda obsoleta amb una velocitat pròpiament cibernètica .

A nivell dels sistemes, per posar en marxa un sistema software¹⁰, s'han de cobrir diferents etapes:

- Valoració inicial de les necessitats de la informació
- Procés de valoració en quant al seu us.
- Procés de planificació
- Presa de decisions respecte els mòduls en el software
- Avaluació de la càrrega de treball
- Establiment dels beneficis potencials
- Definició dels problemes potencials o reals

⁴ TORRALBA J., SELVAS M. y otros Sistemas Informáticos en los registros de enfermería.Revista ROL 222. 17-20

⁵ Joan Enric Torra (www.readysoft.es/joanenric).

⁶ www.ocefss.ucm.es/.

⁷ www.arrakis.es/santgarc/index.htm

⁸ www.ucip.net/enfermeria/

⁹ <http://personal.redestb.es/acortesborra/>

¹⁰ Helen E. Samson. Infermera St. Richard. Chichester. Inglaterra. Symposium Internacional de Diagnòstics Infermers. Pamplona 2000.

- Posta en marxa. Accions
- Avaluació i revisió continuada.

D'altres experiències s'apropen més cap a la part organitzativa, a la actualitat existeixen diferents programes de software sobre la informatització de temes sanitaris. A nivell d'infermeria es troben al mercat programes elaborats per empreses informàtiques de aplicació a plans de cures estandaritzats, també hi ha experiències d'hospitals que estan elaborant els seus propis programes. Així:

- La Delegació sanitària a Biscaia, Baratz potencia una nova línia d'acció que, relacionada amb la seva experiència en tecnologies de gestió documental a través de BRS/Search, inclou el disseny i implementació de sistemes d'informació basats en un nou concepte: *la gestió del coneixement*. Es un nou software que incorpora funcionalitats innovadores a l'hora d'integrar sistemes "experts" en la recuperació de la informació i la publicació electrònica.

Dataware II permet connectar als usuaris, no només arxius, sinó els elements "experts" dins de les seves respectives organitzacions, el programa Dataware II proporciona un nou camí per compartir la informació difícil de comunicar que pertany a "experts" o capacitats personals. Això anima a que els usuaris posin els seus coneixements a disposició de tota la companyia, no només aquells que tinguin accés a un camp particular.

Ens oblidaríem d'un camp importantíssim si deixéssim de parlar de la part ètica. Aquesta es de vital importància en quant a la finalitat dels registres, així com de les implicacions en la informatització de les dades del pacient.¹¹ Aquestes implicacions ètiques estarien vinculades a:

- Donar una adequada protecció a l'usuari
- Tenir competència tant a nivell tècnic com humà.

En quant al primer punt i quan parlem de protecció, ens referim al dret a l'intimitat o dret de cada persona per a determinar en quin grau, vol compartir amb d'altres, allò que l'hi es propi.

Hem de vetllar de forma acurada perquè això es compleixi de manera que la protecció deurà garantir que només tinguin accés a aquesta, aquells ho necessitin per desenvolupar el seu rol i el seu servei dins del procés concret, ens referim doncs a la integritat d'us".

El sistema deurà:

- Garantir la confidencialitat per altra banda ja establerta per el codi deontològic.
- Tenir protecció de les dades sigui per pèrdua, per robatori com per destrucció.
- Tenir integritat de dades i de programes
- Tenir mesures de desconexió en cas de que algú vulgui "curiosear".

¹¹ Gonzalo Herranz Rodríguez. Catedràtic d'Ètica II Simposium Internacional de Diagnòstics Infermers. Pamplona 2000

- Cobrir el principi de moderació, es a dir tenir lo essencial, ésser auster i evitar lo superflu. Sabem que dins d'una situació de malaltia es posen de manifest les "flaqueses humanes", la persona despulla molts cops el seu interior.

Per tot això comença a parlar-se de les "petjades electròniques" per les persones que vulguin tenir accés. Aquestes servirien tant en el àmbit deontològic, com a nivell legal.

Així la informàtica ens fa replantejar de nou el secret professional.

Les noves tecnologies ens ha de aportar els beneficis del progrés, però també han de adaptar-se a les situacions establertes.

Dins de la ponència¹² sobre la Ètica en els registres, es posa de manifest que el dret a l'intimidat del que abans parlàvem, pot tenir riscos de vulnerabilitat i les persones puguin començar a considerar les fissures, com el preu que tindria de pagar per l'època que ens ha tocat viure.

No es doncs que la informàtica ens tingui de fer coses diferents, sinó replantejar-nos més, allò que ja esta legislat.

Per últim la ponent insisteix en la conscienciació de la confidencialitat, ja que es la dignitat de la persona allò que tenim a les nostres mans; està clar que aquestes dades ens les confien per que puguem atendre'l millor, en la mesura en que no ho fessin així, perdriem la confiança per cuidar-lo.

¹² Montserrat Busquets. Redactora de Infermeria Clínica. II Simposium Internacional de Diagnòstics Infermers. Pamplona 2000.

5. MARC EMPÍRIC

5.1. CONTEX GENERAL

5.1.1. Situació de la realitat actual

La professió d'infermeria, històricament, ha tractat amb la captura, el emmagatzemen i la recuperació de les dades del malalt. Per planificar les cures d'infermeria és necessari primer, accedir a les dades. Per altre banda els coneixements científics es dupliquen cada dos anys i en conseqüència també s'incrementa la base de coneixements sobre infermeria.

El sistema manual per a registrar la informació pot ser indeficient i durant aquest procés es poden perdre elements importants.

Fou durant la dècada dels 80 que la informàtica pe la salut presentà un creixement important. Durant aquesta època la informàtica per la infermeria es va convertir en una àrea específica d'activitat. En els Estats Units, la especialitat fou aprovada per la American Nurses Association en 1992.

Infermeria ha començat a valorar ja les avantatges de la utilització de la informàtica en quan a:

- peticions: analítiques, radiologia, hostalera, etc.
- per a controlar els moviments del malalts.
- per a quantificar els costos assistencials

Però existeix poca bibliografia respecte a la execució de registres d'infermeria informatitzats en els que es descriu la pràctica diària.

Per elaborar i organitzar aquesta introducció en el mon informàtic, és indispensable que la infermera sistematitzi el seu treball, definint el Model d'Atenció i un llenguatge propi de la professió que permeti comunicar-se amb una base sòlida i coneguda. Aquesta és la important tasca per a la informatització dels registres i no la creació del programa informàtic en si, que sens dubte ofereix les dificultats de disseny i d'acoblament a la realitat pròpia de cada centre.

L'autonomia d'aquesta eina permet prioritzar l'atenció i treballar amb uns criteris unificats. El mètode actual (telèfon, parts) posa en evidència que la comunicació personal entre els serveis centrals i les unitats d'infermeria funciona a demanda de les necessitats d'ambdues parts, sense que els resultats es corresponguin amb l'esforç realitzat.

Millorar la comunicació, agilitar els circuits, facilitar la informació d'una manera ràpida i eficaç ajudaran el treball diari i incrementaran el temps de dedicació a la cura dels malalts.

La integració global dels processos operatius que incideixen directament en les unitats d'hospitalització a un sistema informatitzat permet disposar d'un circuit d'informació que incrementa la autonomia en les tasques assistencials i ajuda a treballar amb criteris unificats en:

- Planificació assistencial
- Transmissió de informació entre departaments
- Recopilació i tractament estadístic de la informació (verificació de resultats i d'investigació).

La història clínica hauria de ser única i unificada. La informació d'aquest procés no estaria jerarquitzada; de forma gràfica la remarcariem com una línia plana on cadascú utilitzaria i integraria aquella informació que li és rellevant per l'acompliment de la seva responsabilitat dins del seu rol.

- El procés a seguir en la integració d'un programa que permet la informatització del hospital versionat a la gestió. Aquest programa conté com a codis únics: d'actuacions, de malalties i d'unitats funcionals.

El canal d'aquest sistema es senzill, és únic imputa les activitats al sistema, l'estadística es recull a partir de les ordres; la facturació surt automàticament; la comptabilitat de costos és automàtica i la gestió de cobraments es conseqüència de la facturació. Aquest canal es fiable perquè parteix de les ordres i es utilitza per l'avaluació d'objectius.¹³

- S'ha elaborat un projecte d'investigació vers les cures infermeres segons model conceptual de Virgínia Henderson i la taxonomia de Nanda, a l'àrea d'Atenció Primària en Catalunya.

Aquest projecte s'ha considerat bàsic basar la investigació en un model conceptual infermer i en una taxonomia diagnòstica infermera, ja que això permet garantir que totes les infermeres comparteixen una mateixa concepció de persona, salut, entorn i rol professional i un mateix llenguatge en l'orientació de les cures i, per tant, facilita el poder contrastar els resultats obtinguts.

Per desenvolupar aquest projecte de investigació s'utilitza el model conceptual de cures infermers de la Dra. V. Henderson per definir les cures que es proposen, la taxonomia diagnòstica de NANDA per esmentar els problemes identificats i el procés infermer com a mètode per operativitzar el servei.

Es va desenvolupar **dues etapes** dins el projecte:

1. Etapa d'implantació: estratègies d'implantació
2. Etapa d'estudi de resultats i costos: Mesura de l'impacte de les cures infermeres en la salut i en el benestar dels usuaris.

Els **objectius** són:

1. Desenvolupar estratègies de implantació dels serveis de cures infermeres d'Atenció Primària basats en el model conceptual de V. Henderson i la taxonomia diagnòstica de NANDA.
2. Mesurar resultats i costos de les cures infermeres.
3. Conèixer la opinió de les infermeres, dels altres professionals de l'equip i dels usuaris del servei infermer abans i després de l'estudi.

La metodologia del projecte és un estudi multidisciplinari centric observacional prospectiu de 5 anys de durada, format per 10 Direccions d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut i 1 dels Centres d'Atenció Primària del Consorci Sanitari de Terrassa.

¹³ PEREZ J., Un Hospital informatizado integramente. Hospital de Navarra. Revista ROL. 135. 59-66

Durant el primer es va iniciar la formació de les infermeries, i el segon any s'està iniciant la monitorització d'una mostra de les persones ateses per les infermeres que han realitzat l'etapa formativa amb l'objecte d'iniciar el desenvolupament dels instruments de mesura de resultats i costos de les cures.

En l'any 2001 es realitzarà l'anàlisi de totes les dades per poder determinar l'impacte de les cures en la salut i en el benestar de les persones ateses.

Per l'estudi d'opinió s'han dissenyat uns qüestionaris dirigits a les infermeres, a la resta de professionals de l'equip i als usuaris dels servei

Es van crear uns instruments de seguiments de resultats:

1. Manual d'aplicació del servei de cures segons V. Henderson i NANDA.
 1. Guies de pràctica Clínica
 2. Guia de pràctica clínica sobre l'etapa de valoració
 3. Guia de pràctica clínica sobre l'atenció a les patologies cròniques més prevalents.
 4. Guia de pràctica clínica sobre les etapes de diagnòstic, planificació i avaluació
 5. Fulls de registre per les diferents etapes del procés infermer
 6. Programa informàtic ISIS

El programa informàtic que es va dissenyar per el projecte contempla totes les etapes del procés infermers, així com les dades que permetin realitzar l'estimació de costos. També el programa disposa d'una estructura codificada que permet aïllar la informació, i per tant, obtenir per separat les dades referents a cada subprojecte, a cada centre i a cada infermera.

Un dels reptes del projecte ve donada per la necessitat d'avançar i la construcció d'indicadors que permetin desenvolupar una pràctica infermera basada en la evidència.

Una vegada gramatitzada la qualitat de les cures infermers es donen les condicions favorables per la construcció d'indicadors de resultat i costos d'aquestes cures que faciliten a les infermeres basar la seva pràctica, així com documentar la seva aportació a la salut i al benestar dels usuaris i la comunitat.

El fet de tenir indicadors de resultat i costos de les cures infermers pot facilitar una gestió més eficient dels recursos disponibles en els diferents nivells.

- Al País Basc s'ha posat en marxa el **Programa Zainieri**, actualment funcionant a 3 hospitals, aquest programa neix amb els objectius de:
 - Homogeneïtzar les cures: Plans de cures estandarditzats
 - Integrar l'aplicació informàtica
 - Planificar la Formació
 - Establir taules estadístiques.

La posta en marxa s'estableix en el camp de les cures tant a nivell dels facultatius com del rol autònom d'infermeria, ordres mèdiques i activitats interserveis i vers la comunitat.

- **L'Hospital de Figueres** va posar en marxa el seu Intranet hospitalari amb l'objectiu de facilitar la intercomunicació i apropar a les unitats serveis com farmàcia, arxiu, radiodiagnòstic, etc.

- Una experiència molt innovadora la troben al **Consorti Hospitalari de Mataró**. A l'actualitat tenen informatitzades les eines de treball com són les Trajectòries Clíniques; lluny de ésser sofisticat, és un treball constant de elaboració sota el consens continuu. La dedicació prèvia ha sigut molt important i com hem comentat en pàgines anteriors, la informàtica només es l'eina que els ha permet posar en marxa els procediments, que formen part de la gestió del coneixement a la seva realitat. Això, sens dubte els garantirà l'èxit.

5.1.2. Situació de l'organització

"Organització es la forma que adopten les associacions humanes per a l'acompliment d'un propòsit compartit".

L'objectiu d'un pla estratègic és dibuixar un futur desitjable on sapiguem explorar les oportunitats que ens ofereix l'entorn i combatre les debilitats de que som coneixedors. Som artífex del nostre futur i, per tant, hem de intentar visionar-lo i encetar aquelles dinàmiques que ens ajudin a aconseguir-lo. En definitiva, el pla estratègic és una eina per ajudar-nos a "construir un futur" de manera ordenada.

És important que el desenvolupament i la implantació d'una eina informàtica en infermeria estigui integrat com objectiu de l'organització. En els diferents simposis ¹⁴ sobre Informàtica Hospitalària que s'han celebrat els últims anys, ha quedat palès que la informatització ha de realitzar-se prèvia planificació, basant-se en les característiques pròpies de cada institució. Ha d'ésser un sistema integrat d'informació i ha de comptar amb la participació de tots els seus usuaris, administratius, facultatius i personal d'infermeria.

Actualment existeix un **Pla Estratègic** a l'Hospital Gral. de Manresa que integra aquest objectiu.

5.1.3. Situació dels professionals. Esquema cronològic del Treball de Recerca.

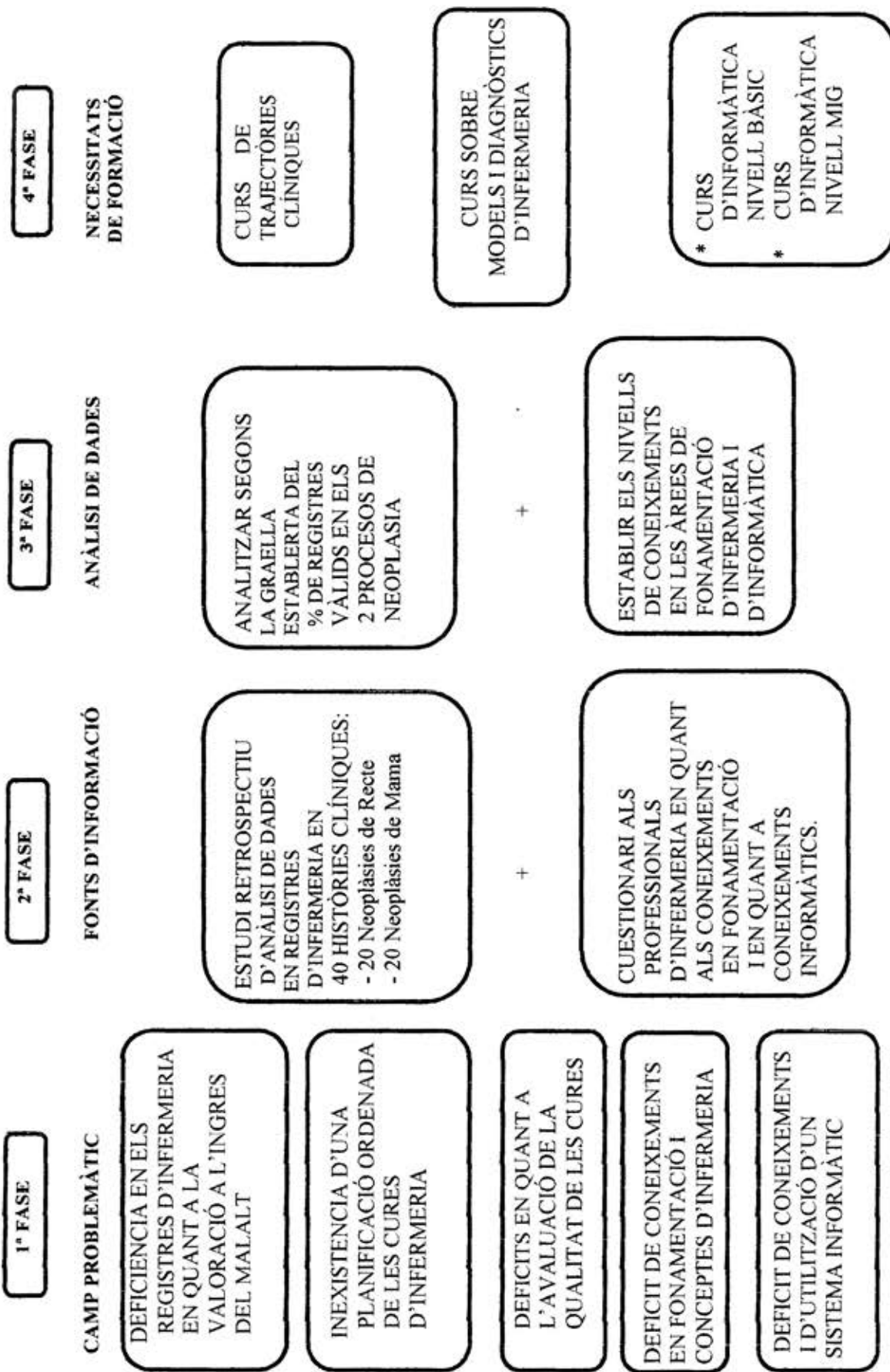
"Els professionals són els responsables d'aplicar amb intel·ligència els coneixements, la innovació i el sentit de la responsabilitat en els diferents àmbits de treball, per tal de gestionar cada vegada millor la seva competència i garantir la màxima efectivitat en la prestació preventiva, assistencial, educativa i rehabilitadora".

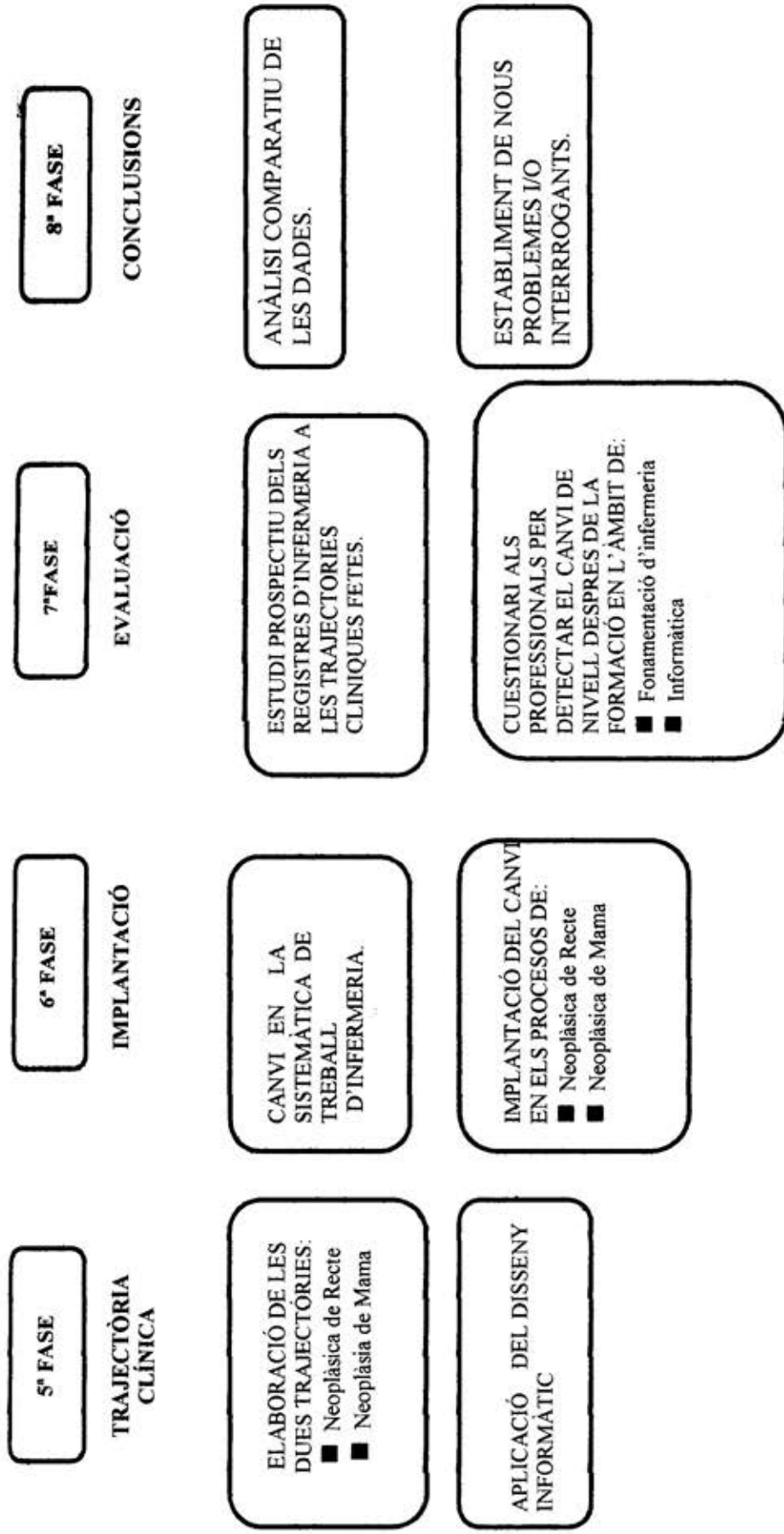
Com anem veient el treball dels professionals de la salut està basat amb la informació i particularment el d'infermeria, ja que constitueix el primer enllaç entre els usuaris i el sistema de salut, per això, infermeria necessita començar a ser capaç de utilitzar la informació i la seva tecnologia per gestionar les cures.

Començar a pensar en una **Estació de Treball d'Infermeria**, és pensar en una eina que gestioni els procediments diagnòstics, terapèutics i de cures als usuaris.

¹⁴ Comunicacions i Ponències del III Simposium d'Informàtica Hospitalària. Barcelona 1990.

ESQUEMA OPERATIU I/O CRONOLOGIC





5.1.4. Anàlisi de l'entorn

Missió de l' Hospital Gral. de Manresa

- Donar una atenció digna, respectuosa i integral a les persones de l'àrea d'influència, per resoldre els seus problemes de salut i millorar el seu benestar.
- Orientar la Nostra activitat cap a un millor servei als nostres usuaris, assumint un compromís de millora continua.
- Des de la concepció de que tots els professionals de l'hospital son el principal actiu d'aquesta institució, es missió del nostre hospital crear un marc laboral que contribueixi al desenvolupament humà i professional de tothom, a partir de la Incentivació de la creativitat, la participació i la responsabilitat, potenciant el valor percebut per la feina desenvolupada.
- Tot això en un marc d'eficiència, que expressi una relació raonable entre la quantitat i la qualitat de l'activitat desenvolupada i el volum de recursos consumits per executar-la.

Des de l'any 1998 es va activar un Pla Estratègic amb els següents punts:



tenir aquesta imatge), estem parlant d'un actiu estratègic clau.

ACTIU ESTRATEGIC 2: PROFESSIONALS COMPROMESOS

Professionals motivats i identificats amb l'organització, sense por al canvi, conscients i compromesos amb els resultats, formats en les aptituds i compromesos amb les actituds. (contracte psicològic) .Que tothom se senti protagonista i puguin veure l'hospital com a marc pel seu desenvolupament professional i humà. Professionals que creguin que el seu èxit personal depèn de l'èxit de l'organització de que formem part.

ACTIU ESTRATEGIC 3: ORGANITZACIÓ DPO

Organització participativa: Establir la DpO com a eficaç instrument per fer convergir objectius i com a mecanisme de reconeixement i motivació de l'excel·lència. Organització descentralitzada, que faciliti el procés de treball dins de l'Hospital, amb la mínima recurrència a la línia jeràrquica, i que afavoreixi la innovació i la participació des del nivell més de base de l'organització.

ACTIU ESTRATEGIC 4: GESTIÓ CLÍNICO-ECONÒMICA

Desenvolupament d'un potent Sistema d'Informació per crear un Sistema de Gestió Clínic-Econòmica, que permeti respondre a les següents preguntes:

- que fem ? (patologies, case-mix,...)
- a on ho fem ? (adequació de patologies al recurs assistencial)
- com ho fem ? (gestió per processos, i implicacions en qualitat i costos)
- a qui ho fem ? (població de referència)

Ens estem plantejant un potent sistema de gestió que permeti actuar tant sobre el procés en curs com ésser una eina de suport a la presa de decisions ben informada.

ACTIU ESTRATEGIC 5: ESTRUCTURA FÍSICA ADEQUADA

Estructura física adequada :prou flexible per poder adaptar-nos a les noves necessitats de nous recursos assistencials, amb tecnologia (equipament i materials) cost/efectiva disponible.

ACTIU ESTRATEGIC 6: RESULTATS POSITIUS

Autosuficiència financera: obtenir uns resultats positius que garanteixin la continuïtat en el temps: mantenir ritme d'inversions de reposició i accés a noves tecnologies, alt nivell de formació continuada, reconeixement a les persones.

Si pensem que aquestes sis àrees son actius estratègics de l'Hospital, (allò que ens agradaria comprar amb diners però que encara que els tinguéssim no s'obté en quatre dies), podem continuar en el següent punt: Que fem per aconseguir tot això ? Si no, és el moment de parar, i tornar a reflexionar i definir-ne uns altres.

5.1.5. Model organitzatiu de l'Hospital Gral. de Manresa.

Conceptes fonamentals:

A partir de l'any 1984, l'Hospital Gral. De Manresa basa el seu concepte organitzatiu en: *"Adaptar l'estructura tradicional (vertical), a criteris de funcionalitat (horitzontal)"*.

A partir del mateix any i del canvi establert per l'organització d'infermeria s'ha tractat de contribuir a la mencionada estratègia de la institució bàsicament, amb dos canvis substancials:

1. Reorientar el contingut del lloc de treball de la supervisora tradicional (mig gestió i mig assistencial) cap a la responsabilitat estrictament assistencial, cogestionant amb el responsable mèdic i el responsable administratiu.
2. Configurar el contingut plenament gestor de la cap d'àrea: Assumeix la direcció de l'Àrea encomanada realitzant funcions de gestió i de relació, segons la filosofia de la Direcció de Infermeria i els objectius planificats.

REDISSENY DE L'ORGANITZACIÓ DE INFERMERIA:

La història del Model d'Infermeria del nostre Centre es va iniciar fa cinc anys amb la reestructuració del organigrama organitzatiu i l'objectiu principal fou la descentralització de la gestió.

Es tractava d'un model dirigit a assolir una millora en la gestió del procés assistencial, mitjançant l'increment del grau d'autonomia dels responsables assistencials, fins a arribar a la consolidació de les unitats com a centres de producció orientats a l'usuari.

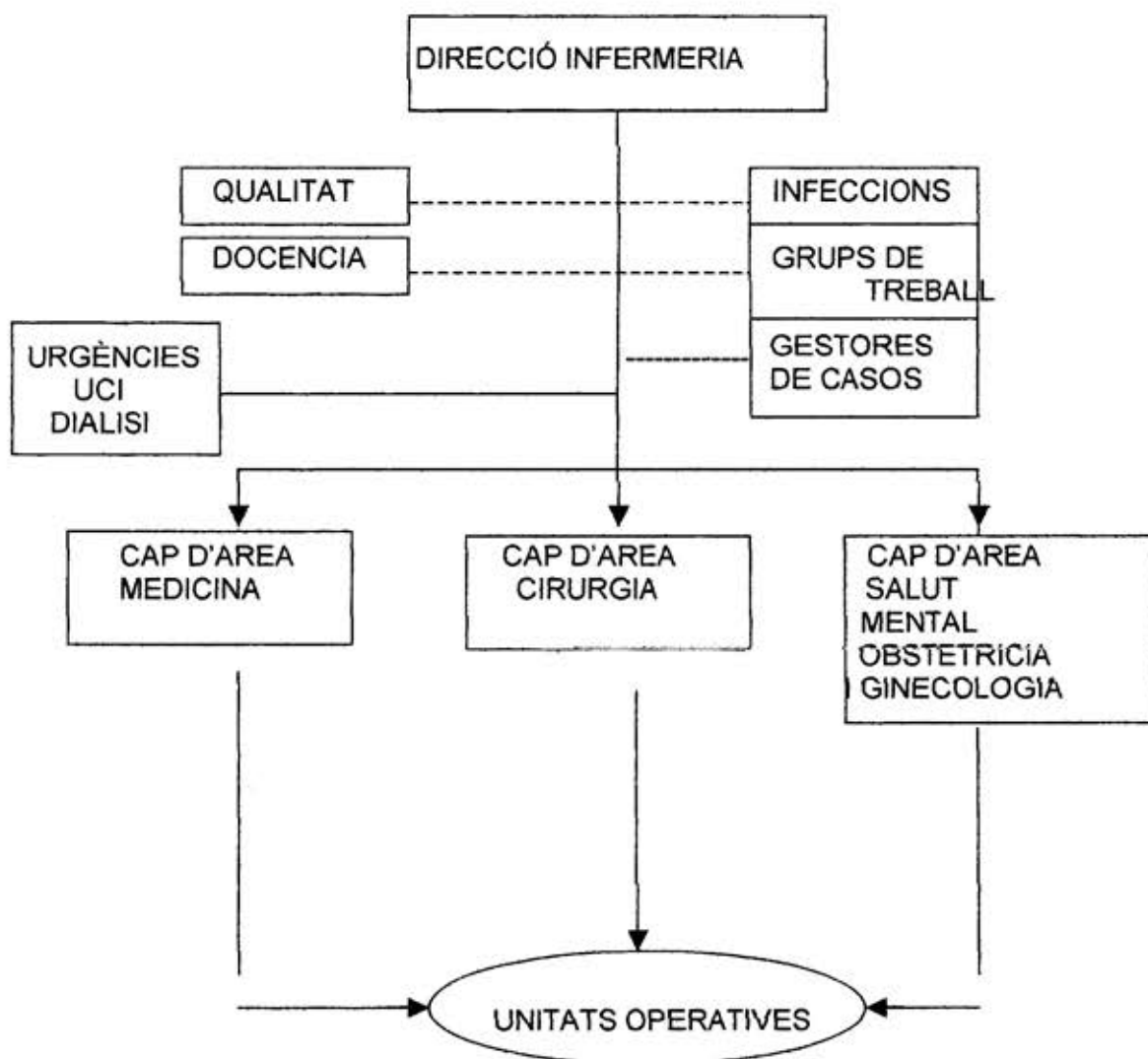
Per això es va crear una línia de gestió horitzontal elaborant una visió de cada unitat com a ens independents i autosuficients en quant a gestió i recursos, tenint la responsabilitat de cada unitat un equip dit TRÍPODE format per: un responsable Mèdic (REM), una responsable d'Infermeria (RAS), i una responsable Administrativa (RAD).

Les persones que coordinen a nivell d'infermeria les unitats són els Caps d'Àrea, únics responsables de la Gestió davant de la Direcció d'Infermeria, ja que les RAS tenen el paper de coordinació de l'equip i són les responsables a nivell assistencial, docent i de qualitat, dels processos de tots els malalts que ingressen en la unitat.

La idea general és que les unitats són el principal client de tots els serveis del centre, sent ells els proveïdors d'aquestes, per tal de que el circuits siguin efectius ha d'haver-hi una bona coordinació entre ambdues parts.

Aquesta experiència s'ha valorat positivament en quan a l'adaptació del professional d'Infermeria del nostre centre respecte als canvis, ja que la visió oberta dels professionals vers una experiència de remodelació de l'equip directiu, dona a entendre la facilitat d'adaptació vers els canvis i les noves tendències.

Una vegada establertes les dues funcions i/o figures bàsiques d'aquest canvi i com podem veure a l'organigrama de la pàgina següent, en un segon temps, es van afegir dues figures staff a la Direcció, aquestes van ésser: les gestores de casos i la responsable de qualitat.



Les unitats de Urgències, Uci i Diàlisi, es van considerar tallers amb idiosincràsia pròpia i com a grups autònoms funcionant depenen directament de la Direcció d'infermeria, tenint la seva responsable les funcions de control assistencial i de gestió juntament amb el responsable mèdic.

5.1.6. Utilització de la informàtica assistencial:

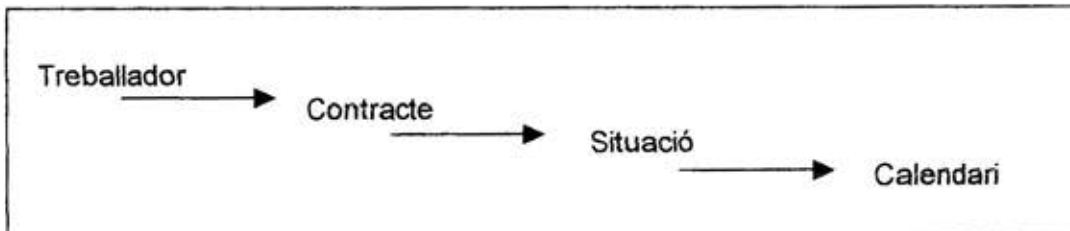
Actualment a l'Hospital Gral. de Manresa l'ús de la informàtica a nivell de les unitats assistencials està vinculada amb els serveis de suport. Són tots aquells serveis amb els que manté una relació de client-proveïdor.

Prestacions del sistema a nivell assistencial:

- Visualització de resultats d'analítica
- Cens de malalts hospitalitzats
- Consultes diverses:
 - ingressos del dia.
 - altes del dia
 - programa quiròfan
 - comunicats infermeria individualitzats per malalt
 - comentaris generals de la unitat
 - consulta localització de medicació
- Missatgeria electrònica
- Proves programades per malalt

Prestació del sistema a nivell de gestió:

La infermeria a l'Hospital Gral. de Manresa utilitza el programa NIGA com a sistema de gestió. Aquest té el següent marc conceptual:



Aquest programa permet una gestió individualitzada de cada treballador, així com de cada suplent lligat a la contractació.

El calendari de cada treballador funciona a manera de compte corrent respecte a les seves hores de conveni, de manera que des de gener a desembre, aquest, té una part programada i una altra a consensuar amb el seu Cap d'àrea.

El sistema es pot visualitzar des de qualsevol punt de la xarxa, en tot l'àmbit de l'Hospital,

de manera es puguin realitzar les consultes necessàries.

Ofereix:

- La possibilitat d'eliminar papers en la comunicació amb el Departament de Recursos Humans.
- Explotar dades pressupostaries respecte a cada àrea de gestió.
- Classificar i comptabilitzar les absències: permisos, ILT, etc.

5.1.8. Valoració registres informàtics. Prova pilot.

La valoració dels registres informàtics va tenir un inici, un primer pas per l'aproximació dels professionals d'infermeria en la utilització de la informàtica, com a eina de treball en el **registre diari del procés del malalt per cada torn**.

La prova va consistir en analitzar l'interès dels professionals d'infermeria vers la nova eina, les resistències i problemàtiques que es derivaven de l'acció de transcriure el registre de l'evolució del malalt, per part d'infermera responsable d'ell.

Aquest és un estudi que va relacionar la distribució de persones (diplomades i auxiliars) per torn, amb les persones que entren el "parte" informàticament, analitzant l'acollida i funcionament d'aquest nou sistema.

Aquest sistema paral·lel, hem de dir, que es van analitzar els resultats al cap d'un any de la seva implantació.

Abans de començar es va fer arribar a les unitats un manual on s'explicava pas per pas, tots els passos a fer, per registrar informàticament "el parte" de cada malalt.

Les reflexions al voltant dels resultats van ésser:

- El 80% dels professionals es van queixar de la duplicitat del registre, ja que l'eina informàtica no substituïa, de moment, a les "planxetes".
- L'entorn del sistema, al no ser un sistema gràfic "amigable", es feia molt feixuc.
- Van ressaltar que al imprimir la llista dels malalts per torn i persona, els hi permetia tenir dades importants registrades com eren el nom del malalt, el diagnòstic, nombre de historia, edat, etc. Aquest fet va estat més ressaltat per les persones suplents i corretorns que es troben amb malalts no coneguts anteriorment.
- Es va reconèixer que estimulava i incendiava a persones que mai havien tingut un contacte amb la informàtica, a tenir-la.
- Es va ressaltar que el torn on més professionals utilitzaven els "partes" informatitzats era el torn de nit, possiblement degut a la disponibilitat per horari i temps real, tenint en compte que el registre per ordinador crea duplicitat de treball.

5.1.9. Experiències informàtiques amb visió de futur.

Experiències a l'Hospital:

A) PROJECTE MULTIPORT.- (1997)

El projecte va consistir en el desenvolupament d'una eina informàtica portàtil, personal, digital, de multimedia, i dirigida a l'àrea sanitària.

El PDA pretén ser un sistema que servirà de suport diagnòstic, en la transferència d'informació i de consulta de la Història clínica i per la connexió entre els centres d'Assistència Primària i hospitals.

El projecte va tenir diferents fases:

- Formació d'un grup de treball amb sessions on individualment i col·lectivament definien com s'esperava fer servir el Multiport a l'activitat diària.
- Fer els qüestionaris elaborats pels tècnics per a definir els requeriments de l'eina
- Sessions de treball junt amb altres membres del Multiport (Universitat de Sheffield)

Les funcions d'aquest sistema podrien ser:

Consulta de dades de l'Historia Clínica del malalt

Consulta de dades administratives

Registre de constants vitals i d'altres símptomes.

Registre d'observacions

Consulta de l'agenda de proves demanades.

Connexió de l'electrocardiograf a PDA per transmetre l'ECG urgent.

Consulta d'ordres farmacològiques.

Recollida d'imatges de ferides i sutures pel seguiment i valoració

B) PROJECTE HOCAPRIT.- (1997)

Es va tractar d'un projecte basat en la aplicació d'un procés de reingenieria aplicada al circuit del malalt oncològic, a on mitjançant una eina informàtica podrien aconseguir processos amb activitats de valor afegit. Aquest projecte va tenir com a resultat positiu per la infermeria de l'hospital, la incorporació d'una diplomada d'infermera com a **"Gestora de casos"**.

El paper de la tecnologia de la informació seria:

Proporcionar nivells d'informació suficients, a les persones adequades i en el moment precís del procés.

Afavorir el canvi de cultura professional: sense perdre l'essencial, integrar el avanç tecnològic.

Enriquir la informació, al ser efectuada (o llegida) en temps real pels propis professionals, generant-se així una retroalimentació en les actuacions de tot l'equip transdisciplinar.

Hem d'afegir que en l'actualitat el rol de la gestora de casos està molt consolidat a tots els nivells sanitaris, ja que procura la aportació de la gestió de les cures per que el procés del malalt sigui vetllat des de el seu inici, es a dir quant el comitè de tumors verifica i diagnostica la "neoplàsia", fins a la seva recuperació o en una fase mes paliativa, de mort digna.

C) PROJECTE SIMTRAIN.- (1999-2001). SIMULADOR FOR TRAINING IN NURSING.

Aquest projecte ha estat desglossat al punt 2.2 d'aquest treball des de un punt de vista de la seva vinculació al tema que ens ocupa, però d'altra banda també ha tingut la seva projecció en quant al món de la informàtica, a l'Hospital Gral. De Manresa.

A continuació expliquem l'objectiu general del Projecte:

La Comissió Europea mitjançant el programa de I+D Leonardo, financia el Projecte de I+D Simtrain que té com objectiu el disseny i desenvolupament d'una aplicació informàtica per la Formació Pràctica d'Infermers mitjançant la simulació de les cures.

Tota l'aplicació es desenvolupa en un entorn multimedia, sobre una web que pot actuar per intranet o Internet i amb eines de realitat virtual.

L'Aplicació SIMTRAIN a desenvolupar es compon de varis mòduls:

Gestor de Malalts:

Permet la definició de malalts i les seves patologies.

Estació de Treball d'Infermeria (ETI):

- Gestiona tots els procediments diagnòstics, terapèutics i Cures realitzades als malalts mitjançant el Pla de Cures Informatitzat i la Història Clínica orientada per processos. És l'eina que utilitza l'equip assistencial pel seu treball diari en les unitats d'hospitalització, consultes externes, quiròfans, hospitals de dia, etc.

Gestor de Recursos:

- Gestiona els recursos humans d'infermeria a cada unitat i a nivell del centre.
- Genera Plans de treball personalitzats per cada infermer en funció del número de pacients que té al seu càrrec.

Planificador de Cures:

- Permet l'elaboració i manteniment de protocols de cures i la seva utilització en la ETI. Aquests protocols són la base de la simulació de les cures.

Simulador de Cures:

- És una eina multimedia amb realitat virtual que permet simular escenaris (sales d'hospitalització, hospital de dia, quiròfan, etc.), on existeix un equip assistencial (facultatius, infermeres, auxiliars d'infermeria, etc.), que donen atenció a malalts segons els diferents nivells de dificultat.

Els malalts van plantejant successivament necessitats i situacions que el professional que s'entrena, mitjançant el simulador, ha de resoldre realitzant accions directes vers el malalt (procediments), obtenint informació d'ell (palpació, puls, temperatura, anamnesi, etc.) i planificant cures. Tot això registrat en el Pla de Cures i la Història Clínica orientada a processos.

Tutor Docent:

- És una eina que permet el seguiment personalitzat de cada alumne (els seus progressos, errades, comentaris, etc.) i permet al professor dialogar amb ell, mitjançant e-mail, chat o videoconferència, i mantenir sessions de treball en aules virtuals.

En el Projecte SIMTRAIN participen la Fundació per la Innovació Sanitària (FIS) i Unitat de R+D del Hospital Gral. de Manresa [E], cinc escoles d'Infermeria: Hospital Universitari La Fe [E], Oporto [P], Luton University [UK], Mithilene [G], Universitat Autònoma de Barcelona. Campus Bages; tres hospitals: Hospital Universitari La Fe, Leicester Hospital y Hospital Gral. de Manresa; i tres empreses de software: Software AG, Kkhronos, AGS.

Les escoles d'infermeria participen en el disseny i l'avaluació de l'aplicació amb fins docents, tant a nivell de pregrau com de postgrau.

Els hospitals participen en el disseny i l'avaluació de l'aplicació des de el punt de vista docent i se articula en la aplicació de la Estació de Treball d'Infermeria, Gestor de Recursos i Planificador de Cures en diverses unitats clíniques i la seva utilització pels professionals que actuen amb elles.

Les empreses de software desenvolupen l'aplicació informàtica i el seu manteniment.

El desglossament d'aquestes necessitats ens justifica el plantejament del disseny del programa que portarem a terme en aquest treball de recerca.

5.2. HIPOTESI

La hipòtesi del nostre treball del recerca es:

L'elaboració i implantació informàtica d'un nou sistema de registre "TRAJECTORIA CLINICA" de les patologies de: Neoplàsia de Recte i Neoplàsia de Mama, millora la recollida de dades, la planificació de les cures d'infermeria i el control de qualitat dels processos esmentats anteriorment.

En el llibre "*Zen i l'art del manteniment de la motocicleta*"¹⁵ troben diferents comentaris sobre el concepte de la hipòtesi, creient-los rellevants per incloure'ls dins d'aquest capítol.

... "Un caràcter de bon temple anhela escapar del seu entorn sorollós cap al silenci de les altes muntanyes, allà on l'ull contempla lliurement a través de l'aire encara pur i segueix amorosament els pacífics contorns aparentment construïts per a l'eternitat".

Aquest fragment pertany a un discurs pronunciat al 1918, per un jove científic alemany que es deia Albert Einstein.

La formació de hipòtesis es la mes misteriosa de totes les categories del mètode científic. Ningú sap d'on procedeix. Una persona està asseguda en qualsevol part, ocupant-se de les seves coses i de sobte compren quelcom que no comprenia. Fins a ser comprovada, la hipòtesi no es veritat, ja que les proves no son la seva font.

Einstein va dir:

... "L'home tracta de compondre per a si mateix, un quadre simplificat del món. Després tracta, fins a cert punt, de substituir per aquest cosmos seu el món de la experiència i d'aquesta manera superar-ho. La tasca suprema es arribar a aquelles lleis elementals i universals a partir de les quals el cosmos pot ser construït per pura deducció. No hi ha camí lògic a aquestes lleis, tan sol la intuïció, basada en una amable comprensió de l'experiència, pot arribar a ella"...

Intuïció?, estranya paraula per l'origen del coneixement científic!.

Fedro, el protagonista del llibre, va començar a interessar-se per la hipòtesi com a entitat en sí. Va observar una vegada i una altra, que mentre comprovava la hipòtesi nombre 1 per el mètode experimental, tot un allau d'altres hipòtesis apareixien a la seva ment i que al verificar aquestes, arribaven d'altres.

Així, si el propòsit del mètode científic consisteix en escollir entre multitud de hipòtesis, i si el nombre d'aquestes augmenta amb més ràpides de la que pot admetre el mètode experimental, esta clar que llavors mai serà possible verificar totes les hipòtesis, i si no es poden verificar totes, llavors els resultats de qualsevol experiment no son concloents i tot el mètode científic quedarà curt en la seva fita d'establir un coneixement provat.

¹⁵ PIRSIG, Robert M. "*Zen i l'art del manteniment de la motocicleta*".

Einstein va dir:

...“L'evolució ha demostrat que, en qualsevol moment donat, de totes les construccions concebudes, només una s'ha demostrat absolutament superior a la resta”.

Fedro va assumir que la veritat científica no era un dogma per a l'eternitat, sinó una entitat temporal quantitativa que podria ésser estudiada com a qualsevol altra cosa.

A vegades li semblava com si els períodes de temps de les veritats científiques guardessin relació inversa a la intensitat del esforç científic. Així les veritats científiques del segle XX semblaven tenir una existència molt més breu que les del segle anterior, donat que la activitat científica era molt més gran.

El que escorça el període de la vida de la veritat existent, és el volum de hipòtesi ofertes per a substituir-la; quantes més hipòtesi, més breu el període de temps de veritat.

El filòsof escocès David Hume enunciava que si un segueix les regles més estrictes de la inducció lògica i la deducció a partir de l'experiència, podríem dir que el mètode científic de experimentació, és un empirisme.

“A vegades, resulta millor viatjar que arribar..”

5.3. DISSENY DE L'ESTUDI

5.3.1. VARIABLES

Independent: La trajectòria clínica informatitzada

Depenents:

1. La recollida de dades al ingrés
2. La planificació de les cures d'infermeria
3. El control de qualitat

Intervinents:

1. Edat
2. Nivell de coneixements informàtics
3. Nivell d'habilitat en els programes informàtics
4. Nivell de coneixements dels models i diagnòstics.
5. Nivell de coneixements de les trajectòries clíniques

5.3.2. METODOLOGIA

Es tracta d'un estudi descriptiu dins d'una modalitat d'estudi de cas (centre únic)

A) DISSENY INICIAL

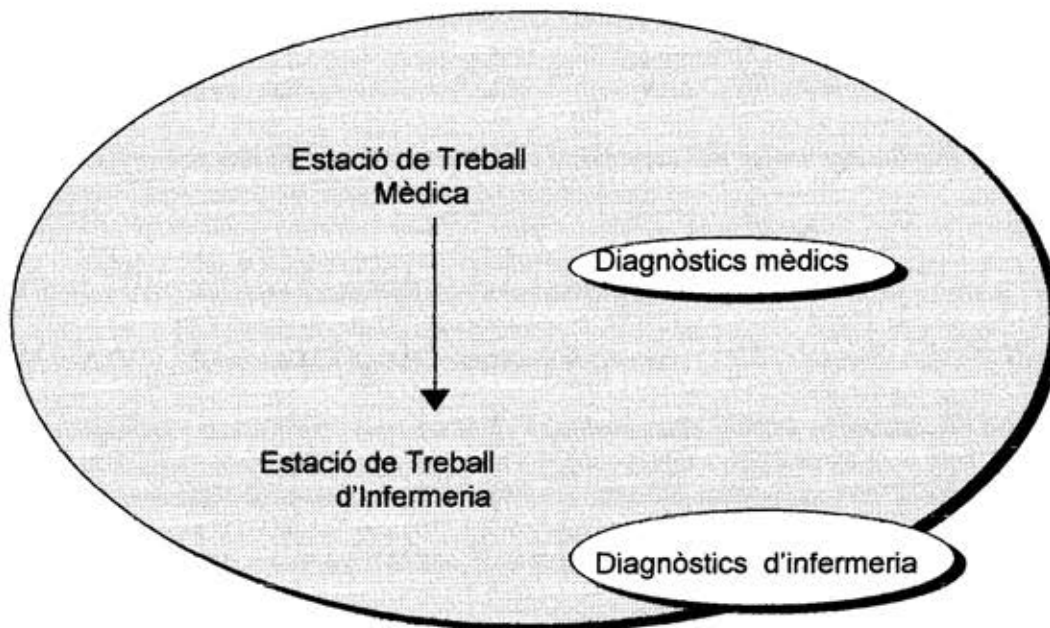
A la nostra institució va començar com a projecte la integració de la informàtica com a eina d'agilització del procés de l'usuari.

En una primera fase es va elaborar els conceptes clínics i de diagnòstics i a la vegada es va crear una estructura informàtica adient per assumir aquests processos.

La primera fase ha finalitzat amb la creació d'una Estació de Treball Mèdica.

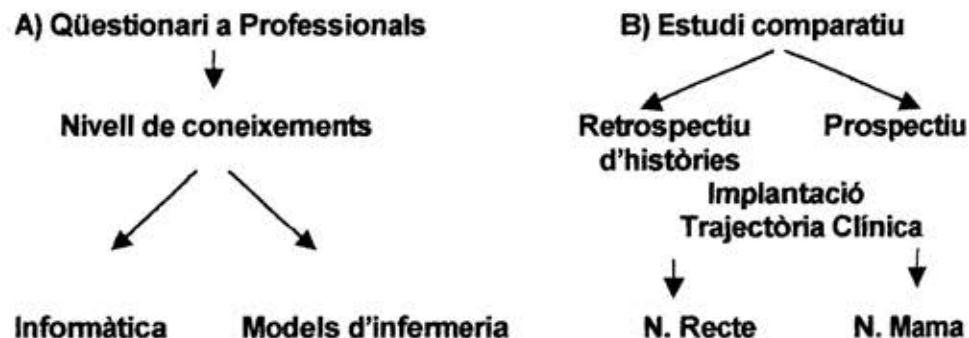
Actualment s'inicia una segona fase amb l'objectiu de la posta en marxa d'aquesta Estació de Treball.

Donada aquesta realitat, el nostre projecte d'investigació sorgeix vers l'elaboració d'una Estació de Treball d'Infermeria que estigui vinculada amb l'estació de treball mèdica convertint el procés en únic i comú.



B) Esquema operatiu

Partint del esquema operatiu i/o cronològic presentat a les pàgines 69-70 a la seva **segona fase** (fontes d'informació), integrariem tota la seqüència d'inici del projecte:



Per part de la Direcció d'Infermeria es va determinar objectiu institucional, l'àmbit de la informatització de les cures d'infermeria.

El punt A) d'aquest esquema va seguir dues fases amb un objectiu comú: l'anàlisi del nivell de coneixements:

1ª Enviament per part de la Direcció d'Infermeria, de forma nominativa, a tot el personal en data 2 de febrer del 2000 (annexa 4 i 5):

- 142 a les Diplomades d'infermeria fixes
- 44 a les Diplomades d'infermeria suplents
- 88 a les Auxiliars d'infermeria fixes
- 37 a les Auxiliars d'infermeria suplents

En aquest document, la Direcció explicava, de forma general el projecte, tranquil·litzant a les persones en front del canvi futur i demanava que les contestes del qüestionari reflecteixen al màxim la realitat individual, en front dels dos conceptes d'informàtica, en quant a les auxiliars i del marc conceptual de les cures i també de la informàtica en el cas de les diplomades.

En total es van enviar 311 cartes amb els corresponents qüestionaris.

2ª També de forma prèvia es van realitzar dues sessions d'infermeria en el programa habitual de sessions, que es realitzen setmanalment.

- una el 20 de Gener del any 2000
- l'altra el 17 de Febrer del any 2000.

En aquestes sessions la Direcció va comunicar a tot el personal el projecte de informatització.

Aquest projecte no és només un canvi de sistema o d'eina informàtica, sinó que la base d'aquest canvi es la integració de un nou **marc conceptual** d'infermeria a l'Hospital Gral. de Manresa.

D'aquesta manera tot el personal va estar informat de que s'inicia un canvi cap a l'adopció d'un sistema únic de treball amb un model (**Virgínia Henderson**) i una taxonomia (**NANDA**). A continuació es va donar una idea general del projecte, així com el programa de formació que es desenvoluparia en aquest àmbit.

El punt B) correspon a un estudi comparatiu dels **registres d'infermeria** de les histories dels diagnòstics abans esmentats, comparant la quantitat i qualitat dels registres anteriors amb els nous, amb la incorporació de les trajectòries clíniques.

©) **ESTACIO DE TREBALL D'INFERMERIA (Annexa 6)**

La construcció del disseny operatiu a nivell informàtic, es suporta en tres nivells:

1Er nivell:

VALORACIÓ INICIAL DE NECESSITATS (V. HERNDERSON)

VALORACIÓ FOCALITZADA (Individualització)

Quant la infermera obre un procés a nivell informàtic, la primera opció que trobarà serà amb la valoració inicial de necessitats basada en el Model Conceptual de V. Henderson.

Per completar aquesta informació d'ingrés, es farà una valoració focalitzada que consistirà en integrar les dades rellevants, que fan únic el procés d'un determinat usuari, en relació a la seva patologia.

En el nostre treball hem desenvolupat aquesta valoració focalitzada de les dues patologies escollides: Neoplàsia de Recte i Neoplàsia de Mama (veure annexa 7).

2º nivell:

TRAJECTÒRIES CLÍNIQUES

PLA DE CURES INDIVIDUALITZAT

Una vegada que la infermera ha obtingut tota la informació (recollida a l'ingrés i que es podrà revisar durant la resta del procés), necessitarà començar la segona etapa de planificació.

Si el perfil del malalt es defineix com a un procés estàndard, s'escollirà la trajectòria clínica com a eina de planificació de les cures (veure annexa 8 i 9).

Si el perfil del malalt no es pot definir dins d'un procés estàndard, es passarà a construir la planificació d'una manera individualitzada.

En ambdós casos aquesta planificació estarà composta de:

Formulació:

De diagnòstics d'infermeria propis del rol autònom.

De problemes de col·laboració propis del seguiment multidisciplinar del procés.

Determinació de l'avaluació de resultats:

Resultats a curt terme

Resultats a l'alta

Planificació d'activitats

Full de variació (veure annexa 10).

Full d'especialitats (veure annexa 11).

3er nivell:

CONTROL DE QUALITAT

El control de qualitat (annexa 12) vindrà determinat pels diferents indicadors que englobarien el procés i seran:

Indicador d'estructura: Avaluaríem la complimentació dels registres

Indicador de procés: Avaluaríem comparant les accions fetes, a l'òptim establert.

Indicador de resultat: Avaluaríem la consecució dels objectius intermitjos i finals.

A nivell informàtic el control de qualitat està dissenyat en 3 parts:

OBJECTIUS ASSISTENCIALS Rol Autònom	VALORACIÓ INICIAL Valoració de riscos	TRAJECTÒRIES CLÍNIQUES Resultats a curt i llarg terme.
---	--	---

5.3.3. MOSTRA

Tot i que hem definit en pàgines anteriors que estem davant d'un estudi descriptiu de cas, no podem abastar tota la població d'aquest (Hospital Gral. de Manresa), sinó que necessitem dins del mateix operar amb una mostra suficientment representativa.

Aquesta es la raó per la qual seleccionarem a un grup de professionals (gairebé la totalitat), i a la vegada un nombre de històries clíniques de les patologies seleccionades (Neoplàsia de mama i neoplàsia de recte).

1. La població estudiada en el qüestionari con hem dit anteriorment és:

142 Diplomades amb contracte fixa
44 Diplomades amb contracte temporal (suplències)
88 Auxiliars amb contracte fixa
37 Auxiliars amb contracte temporal (suplències)

Els qüestionaris enviats a principis del mes de Febrer del 2000, van ésser recollits a final del mateix mes. Tant diplomades d'infermeria com auxiliars van poder donar els mateixos, tant a la secretaria de la direcció, com als responsables assistencials de les unitats.

2. En l'anàlisi retrospectiu s'han revisat els registres d'infermeria de **20 històries** que corresponen a la patologia de Neoplàsia de Mama i **10 històries** que corresponen a la Neoplàsia de Recte, utilitzant la graella d'indicadors esmentats en el capítol anterior. La valoració es fa amb els registres utilitzats segons el model actual de l'Hospital Gral. de Manresa.

La diferència del nombre d'històries en quant a l'anàlisi d'aquestes és degut a la baixa incidència de la segona patologia (Neoplàsia de Recte), ja que el nostre Hospital és d'àmbit comarcal.

Les històries han estat escollides de manera aleatòria en el període que compren de Juny de 1995 a Febrer del 2000 en el cas de la Neoplàsia de Recte i en el període d'Agost de 1998 al Febrer del 2000.

L'anàlisi prospectiu es fa revisant la mateixa quantitat d'històries que en l'anàlisi anterior, utilitzant la mateixa graella d'indicadors, però valorant els nous registres establerts a les Trajectòries Clíniques.

Les Trajectòries Clíniques d'ambdues patologies, van ser posades en pràctica en el mes d'Abril en la Unitat de Cirurgia General, recollint les dades fins el mes d'Agost de l'any 2000.

5.3.4. Instruments de recollida d'informació:

En aquest treball son variats tant els instruments de recollida d'informació com les fonts d'informació de les mateixes que es desglossen a continuació:

A) QUESTIONARI ALS PROFESSIONALS. ENQUESTA. (Annexa 13).

El **plantejament** de l'enquesta realitzada als professionals d'infermeria del Hospital Gral. de Manresa, s'ha realitzat de forma nominativa amb la finalitat de obtenir dades relacionades amb els dos conceptes principals, amb els que ens mourem al llarg del treball.

Es tracta d'un instrument que pretén obtenir informació sobre els nivells de coneixements, aconseguint unes dades objectives per la planificació i integració del nou sistema.

Està **constituït** per tres blocs que diferencien:

Variables personals i socioprofessionals

Variables relacionades amb el coneixement i utilització informàtica

Variables relacionades amb el coneixement dels models i diagnòstics d'infermeria.

El procés de **construcció** del qüestionari va estar relacionat amb les dades significatives i rellevants que necessitàvem per poder confeccionar i planificar el sistema de implantació de la nova eina (ETI).

En quan a les variables personals i socioprofessionals vem incloure la edat; la situació laboral.

En quan a les variables relacionades amb el coneixement i utilització informàtica demanàvem el grau de pràctica dins l'Ofimàtica que la persona tenia com a usuari.

En quan al coneixement dels models i diagnòstics d'infermeria, es van elaborar preguntes creuades per situar el nivell bàsic, mitjà i superior que tenien els professionals.

El procés de **validació** va està constituït en tres parts:

Validació per part de la Direcció d'Infermeria

Validació per part de la Coordinadora de Qualitat

Validació per part de la Comissió de Registres d'Infermeria

El **Processament** de les dades es va seguir amb el Sistema SPSS, amb aquest programa informàtic vam realitzar l'emmagatzament i classificació de les dades per la posterior anàlisi i representació gràfica d'aquestes.

B) ESTUDI COMPARATIU

FASE 1. ESTUDI RETROSPECTIU

El **plantejament** de l'estudi comparatiu va estar l'anàlisi retrospectiu d'històries de les dues patologies escollides: Neoplàsia de Recte i Neoplàsia de Mama.

Per fer l'anàlisi retrospectiu es va **construir** una **graella** (veure annexa 14 i 15) que compté els indicadors més descriptius de les activitats d'infermeria en les patologies abans dites.

Vam seleccionar sis blocs temaris que creiem primordials dels registres d'infermeria en aquests processos:

Informació: Tipus d'intervenció, Diagnòstic a l'alta, Higiene de l'estoma....

EVA: Informació de l'escala analògica visual, valoració numèrica.

Cures: Via central, Ferida Laparotomia, Ferida perianal.....

Coordinació a l'alta: Gestora de casos d'oncologia, Dispositiu....

Ansietat: Negació.....

Àmbit Familiar: Persona de referència, Situació emocional....

Per tal de definir a priori com mesuraríem objectivament la informació, es va elaborar un **glossari** de cada concepte, (veure annexa 16 i 17).

El sistema de **validació** va ésser:

Gestora de casos d'oncologia

Diplomada Estomaterapeuta

Grup d'Infermeres expertes en Cirurgia General

FASE 2 ESTUDI PROSPECTIU

El **plantejament** de l'estudi prospectiu va ésser la implantació del nou model de registres i l'avaluació prospectiva de les trajectòries clíniques de les dues patologies.

Per fer aquest anàlisi es va **construir** una **graella** (annexa 18 i 19) amb ítems molt paral·lels al anàlisi de la 1ª Fase per tal de que les dades d'ambdós estudis es poguessin comparar.

Per tant es van mantenir els 6 blocs citats en l'anterior fase.

També en el procés de **validació** es va comptar amb l'ajuda i anàlisi de les persones ja escollides en l'anterior estudi.

En ambdues fases els sistema de **Processament** és comú com hem dit fins ara, sent l'anàlisi seguit per les dades recollides de les Graelles.

5.4. RESULTATS

5.4.1. Resultats enquestes dels professionals

En les següents pàgines mostren els gràfics que representen els resultats de les enquestes que es van passar als professionals de l'Hospital Gral. de Manresa.

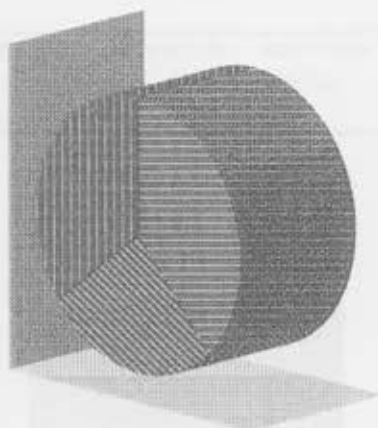
Aquest primer gràfic representa grups d'edat dels professionals, s'ha distingit les següents escales de edat:

- * De 20 a 30 Anys
- * De 30 a 40 Anys
- * Superior a 41 anys.

GRUPS D'EDAT DELS PROFESSIONALS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	,4	,4	,4
>41	92	35,5	35,5	35,9
20-30	68	26,3	26,3	62,2
30-40	98	37,8	37,8	100,0
Total	259	100,0	100,0	

GRUPS D'EDATS DELS PROFESSIONALS



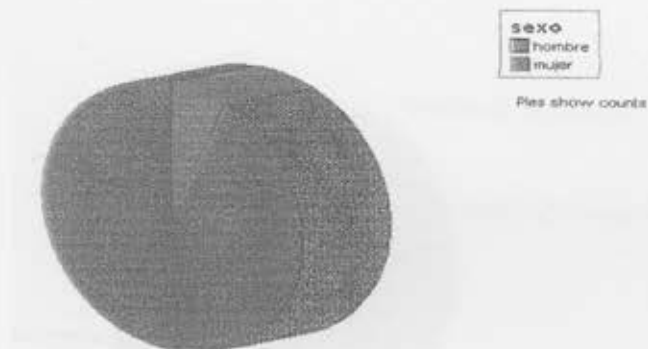
GRUPS D'EDAT DELS PROFESSIONALS

- >41
- ▨ 20-30
- 30-40

SEXE PER NOMBRE DE PROFESSIONALS

Count

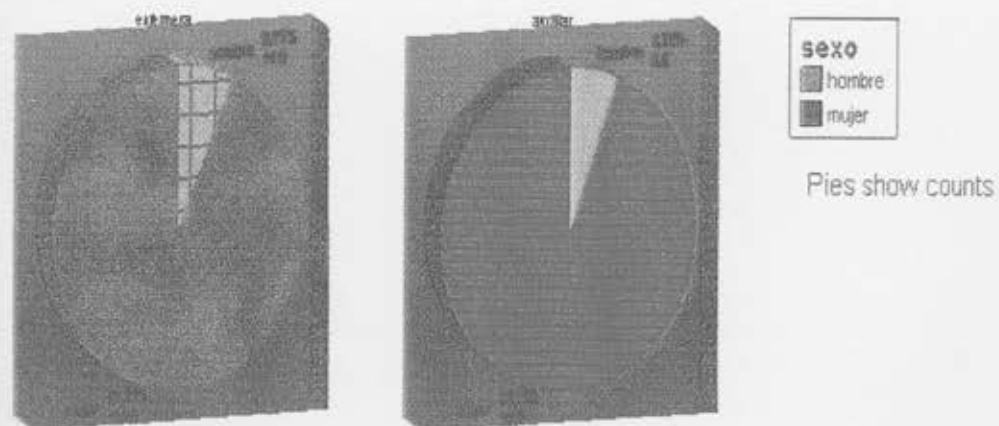
		nombre professionals	
			Total
SEXO	home	17	17
	dona	241	241
Total		258	258



CATEGORIA PROFESSIONAL PER SEXES

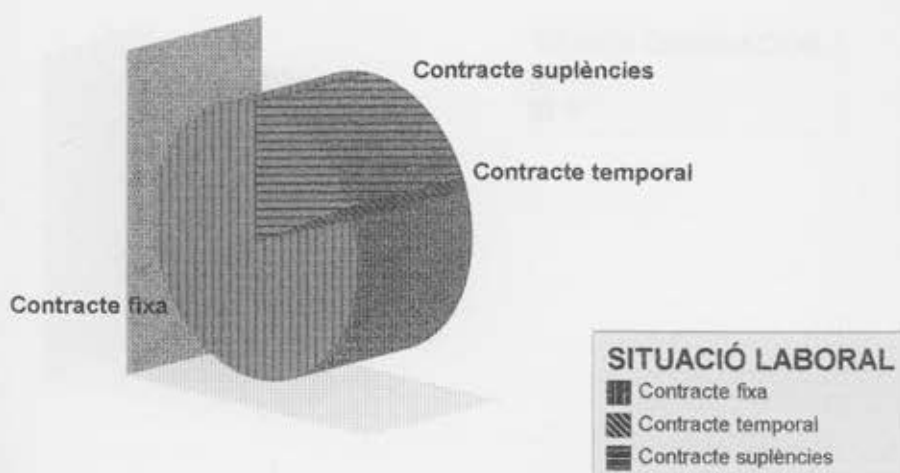
Count

		SEXO		Total
		hombre	mujer	
categoria profesional	infermera	11	151	162
	auxiliar	6	90	96
Total		17	241	258



SITUACIÓ LABORAL

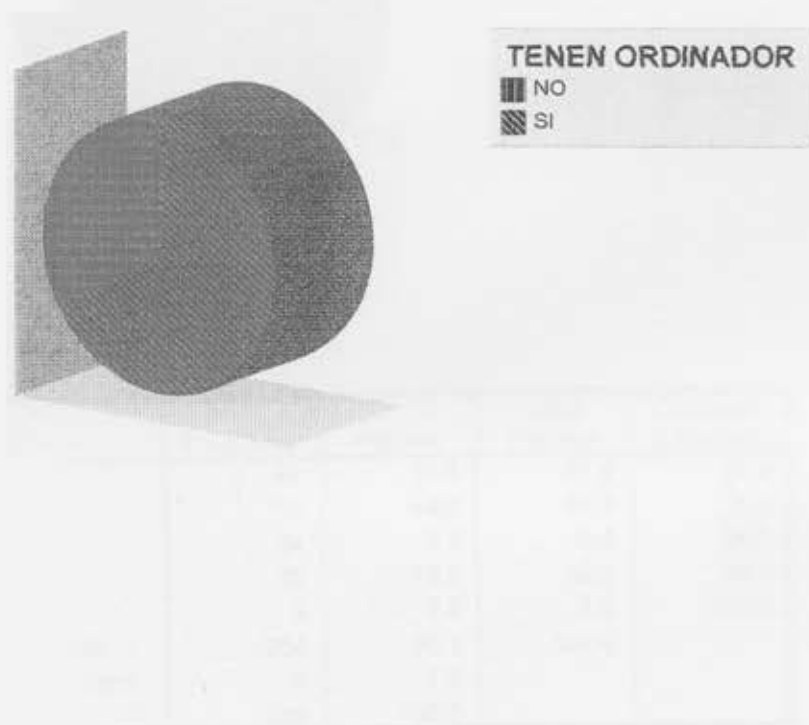
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Contracte fixa	208	80,3	80,3	80,3
	Contracte temporal	4	1,5	1,5	81,9
	Contracte suplències	47	18,1	18,1	100,0
	Total	259	100,0	100,0	



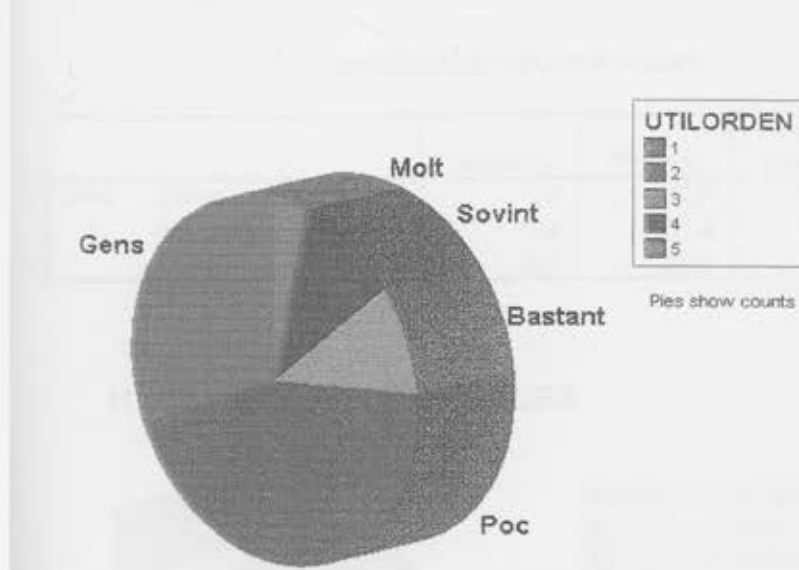
PERSONES QUE TENEN ORDINADOR AL DOMICILI

TENEN ORDINADOR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NO	86	33,2	33,2	33,2
	SI	173	66,8	66,8	100,0
	Total	259	100,0	100,0	



NIVELL D'UTILITZACIÓ DE L'ORDINADOR



		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	81	31,3	31,9	31,9
	2	114	44,0	44,9	76,8
	3	24	9,3	9,4	86,2
	4	26	10,0	10,2	96,5
	5	9	3,5	3,5	100,0
	Total	254	98,1	100,0	
Missing	System	5	1,9		
Total		259	100,0		

HABILITATS INFORMÀTIQUES

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sense coneixements	126	48,6	48,6	48,6
	Amb coneixements	133	51,4	51,4	100,0
	Total	259	100,0	100,0	

HABILITATS INFORMÀTIQUES



Aquest ítem és el recull dels resultats de totes les preguntes relacionades amb l'habilitat informàtica dels professionals. Hem fet dos grans blocs:

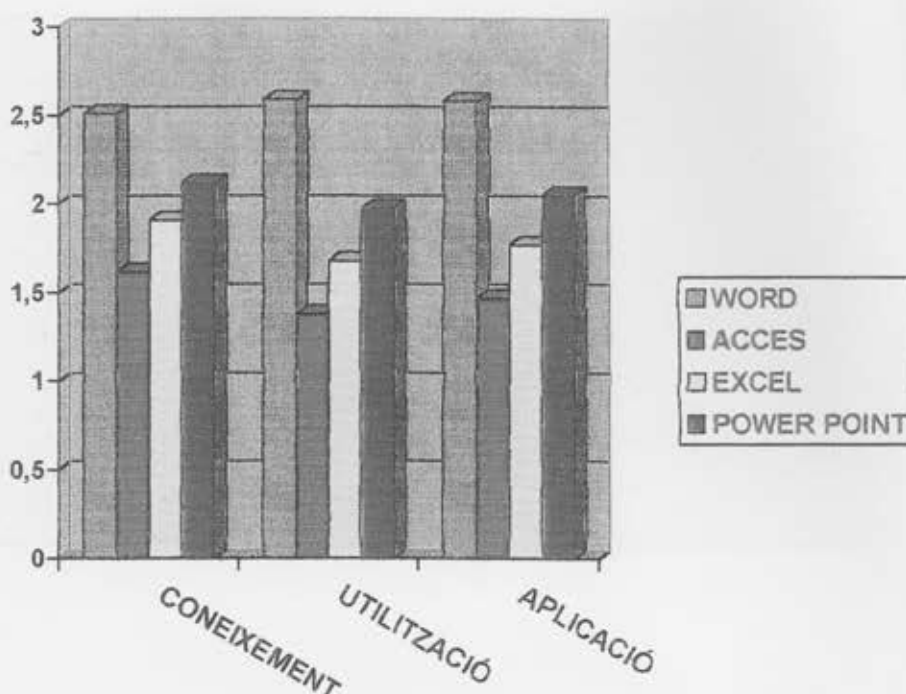
- * Persones sense cap tipus de coneixements
- * Persones amb coneixements informàtics

En les pàgines següents es mostren els coneixements, la utilització i l'aplicació dels diferents programes informàtics, segons les dues categories professionals.

NIVELL DE CONEIXENÇA DE PROGRAMES INFORMÀTICS

L'anàlisi dels resultats sobre el nivell de coneixement, nivell d'utilització i el nivell d'aplicació, dels professionals respecte als diferents programes informàtics, tal i com pot observar-se en les següents taules i gràfiques, ens indica que:

	CONEIXEMENT	UTILITZACIÓ	APLICACIÓ
WORD	2,51	2,59	2,58
ACCES	1,62	1,38	1,47
EXCEL	1,91	1,68	1,77
POWER POINT	2,12	1,98	2,05

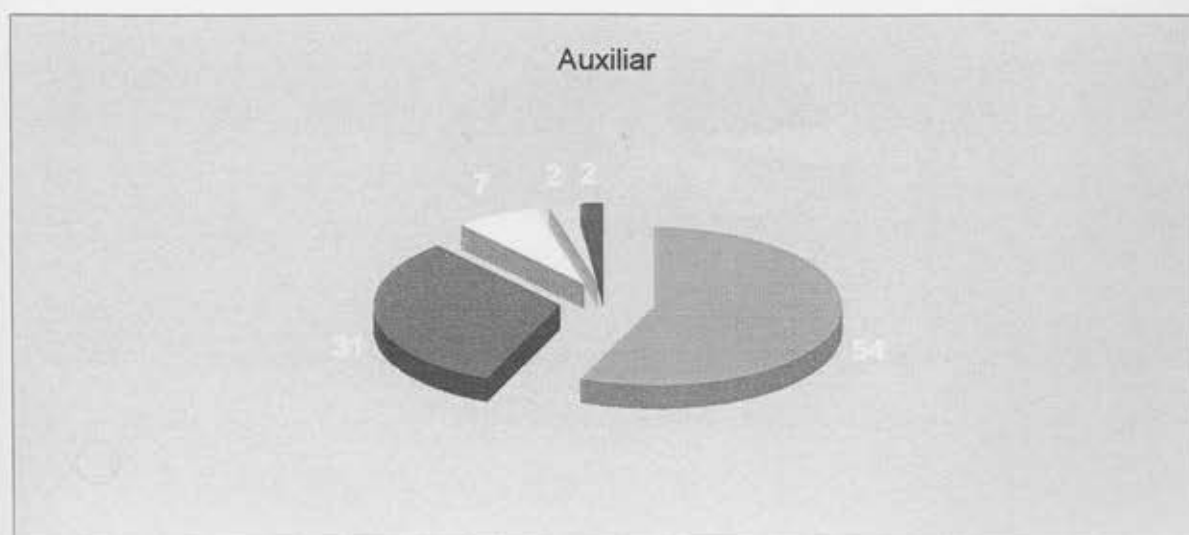
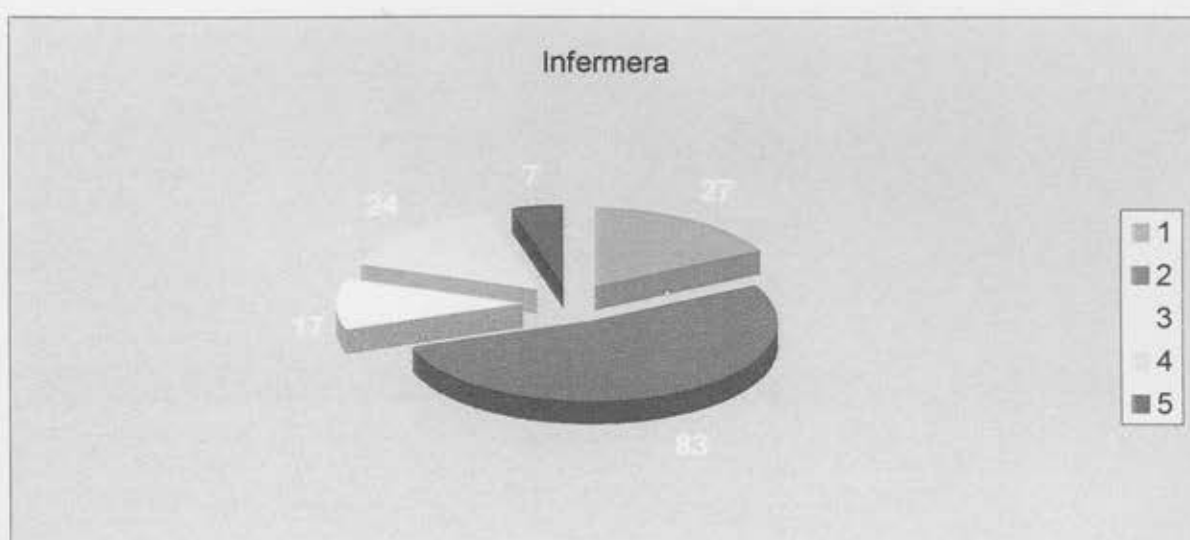


El programa Word és el programa informàtic més utilitzat i amb el qual, les infermeres tenen més coneixements i major aplicació. El programa Power Point és el segon programa en quan a coneixements i utilització. Aquest punt és a destacar degut a que dins l'àmbit de la infermeria cada com més es dur a terme estudis d'investigació i programes d'aplicació de cures, precisant coneixements de Power Point per la seva presentació a altres professionals.

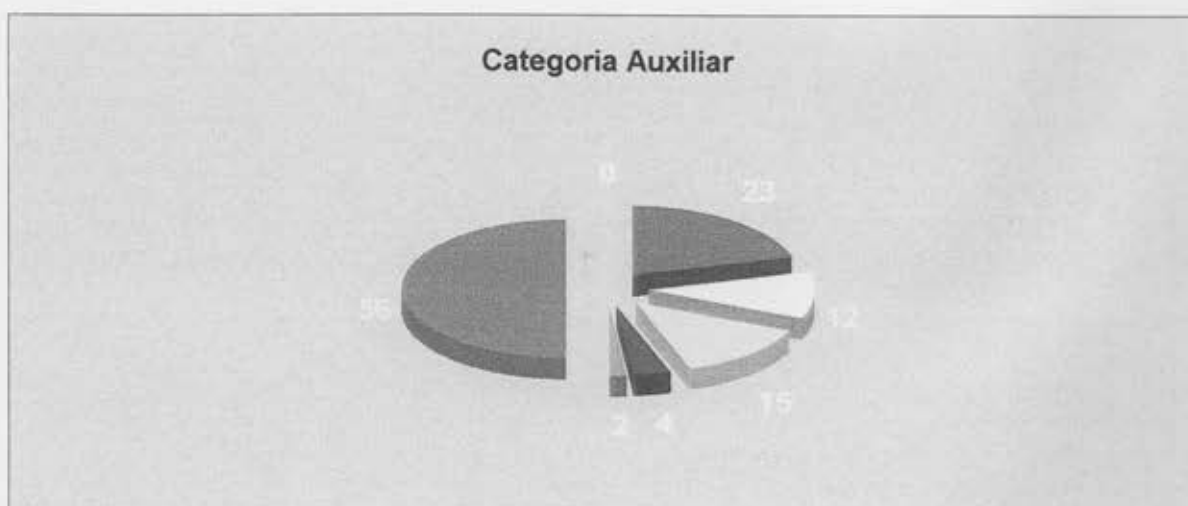
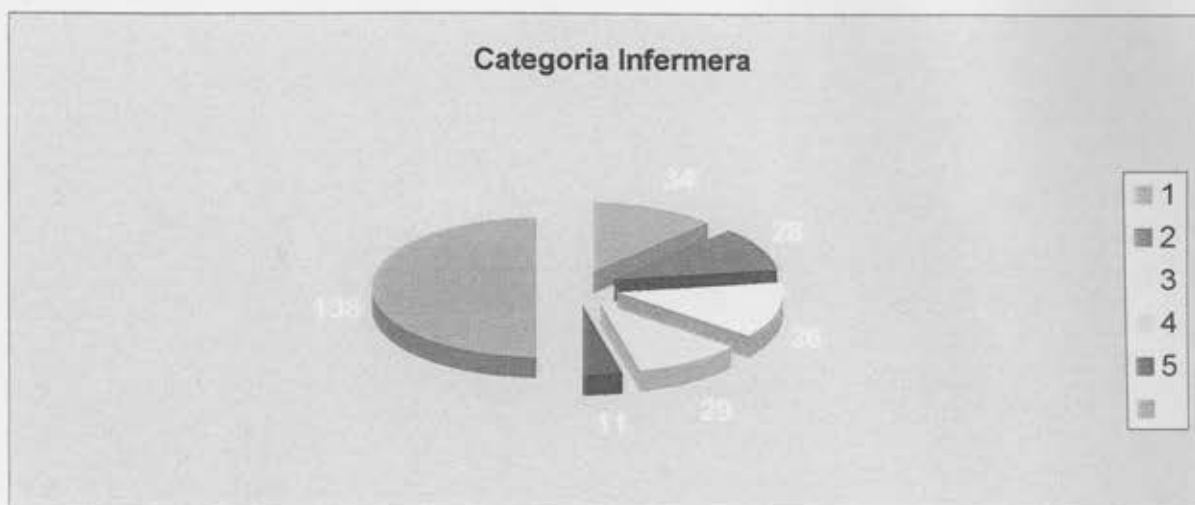
Els programes Excel i Acces queden endarrerits en el seu coneixement, per ser programes de més difícil aplicació en el dia a dia, i per tant menys coneguts, tot i que son ja utilitzats per infermeres especialistes que necessiten de l'ús estadístic, com ara infermeres de Control de Qualitat en quan al programa Excel. El programa Acces comença a ser integrat com a eina de treball per infermeres Gestores de Casos que l'utilitzen a l'analitzar diferents ítems dins el seu grup de malalts.

NIVELL D'UTILITZACIÓ DE L'ORDINADOR PER CATEGORIES PROFESSIONALS

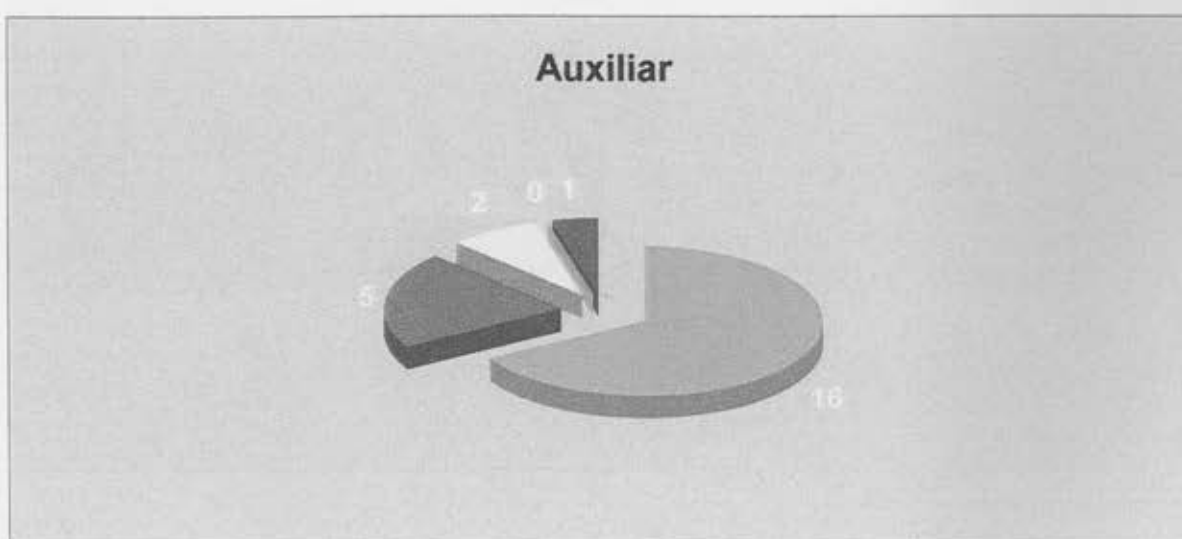
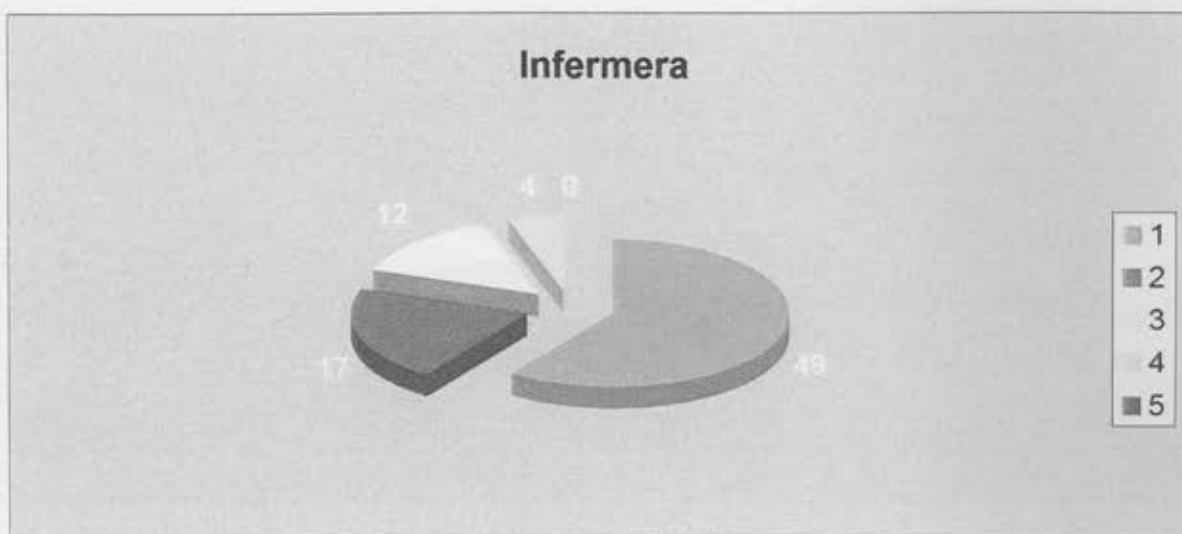
		UTILITZACIÓ DE L'ORDENADOR					Total
		1	2	3	4	5	
categoria professional	Infermera	27	83	17	24	7	158
	Auxiliar	54	31	7	2	2	96
Total		81	114	24	26	9	254



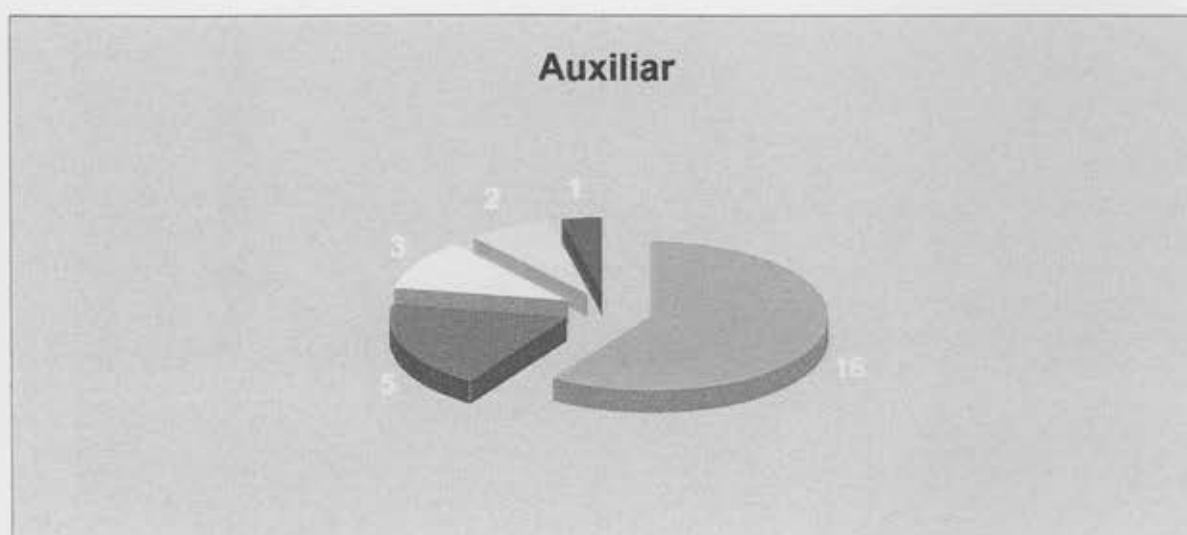
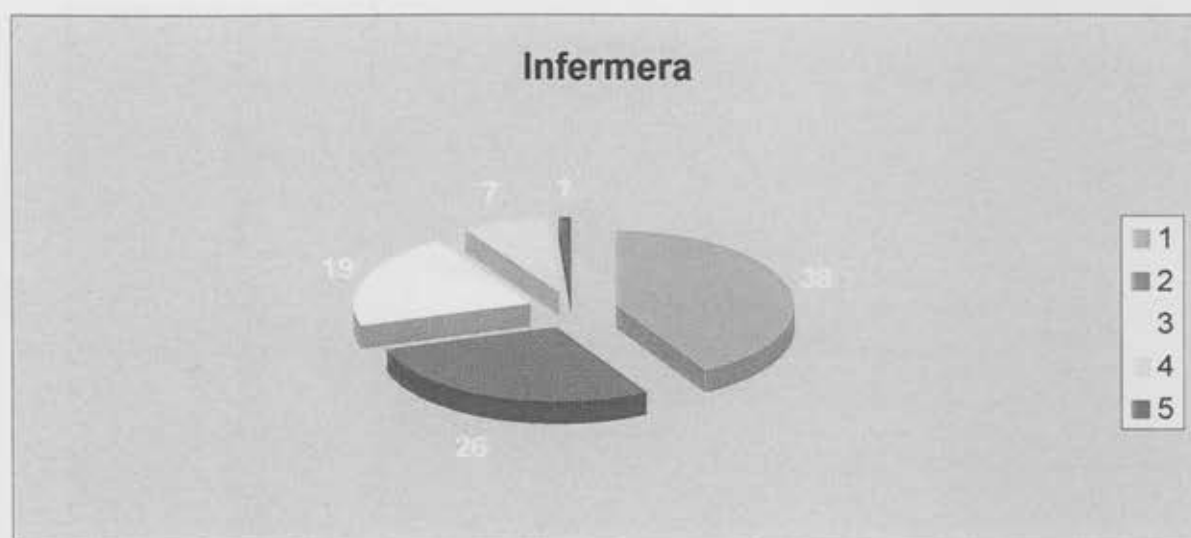
		CONEIXEMENTS DE WORD					Total
		1	2	3	4	5	
categoria professional	Infermera	34	28	36	29	11	138
	Auxiliar	23	12	15	4	2	56
Total		57	40	51	33	13	194



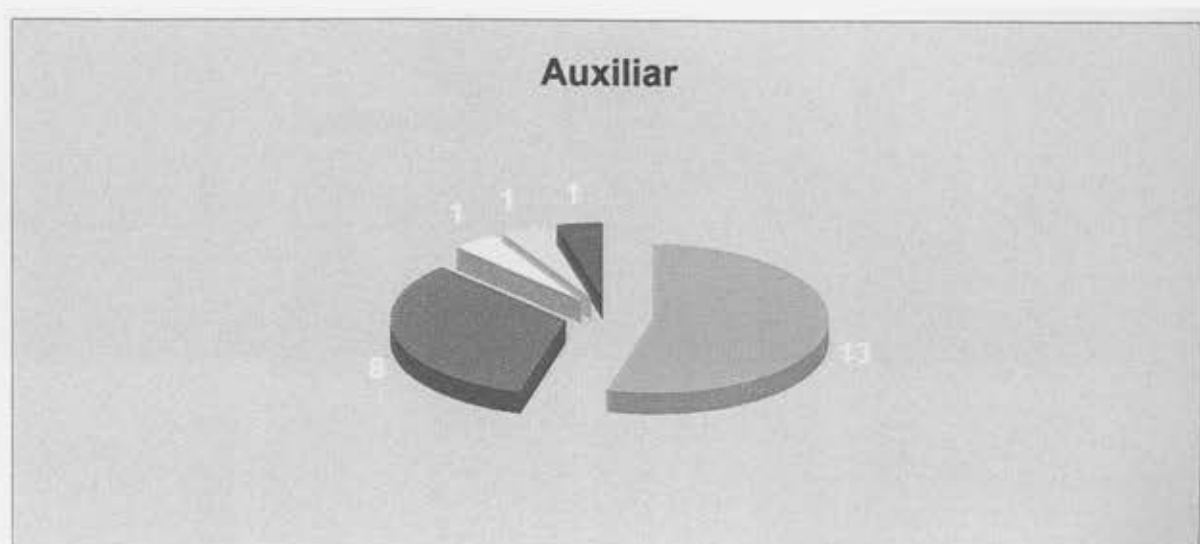
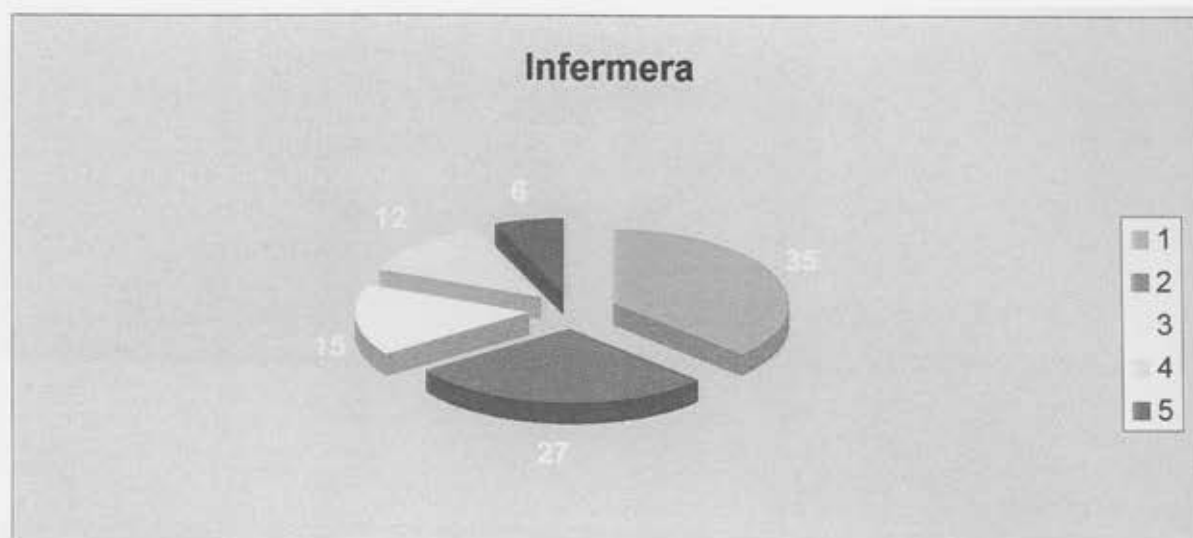
CONEIXEMENT D'ACCES							Total
		1	2	3	4	5	
categoria professional	infermera	49	17	12	4	0	82
	auxiliar	16	5	2	0	1	24
Total		65	22	14	4	1	106



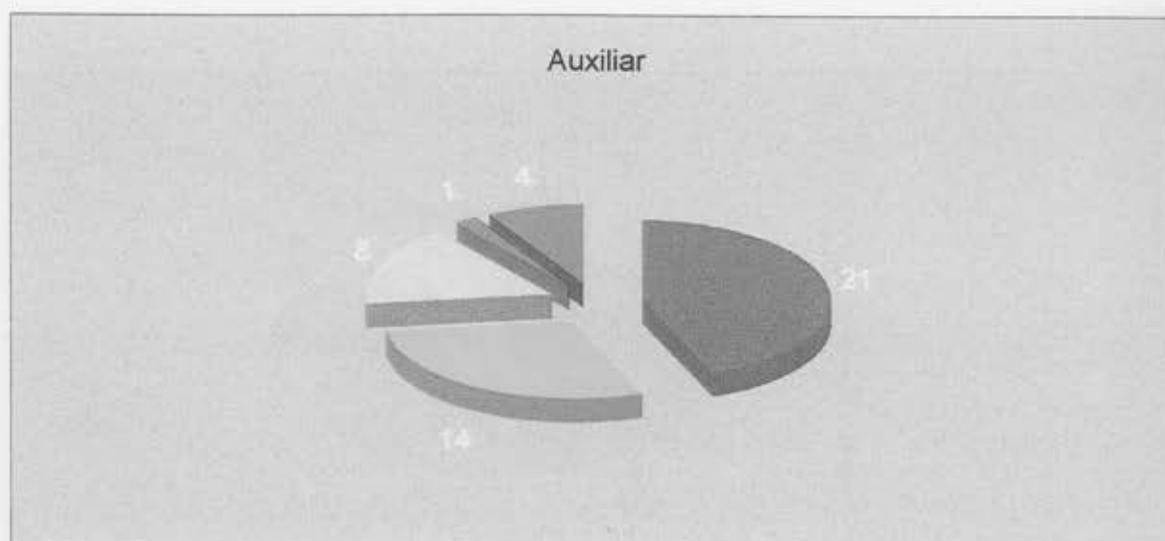
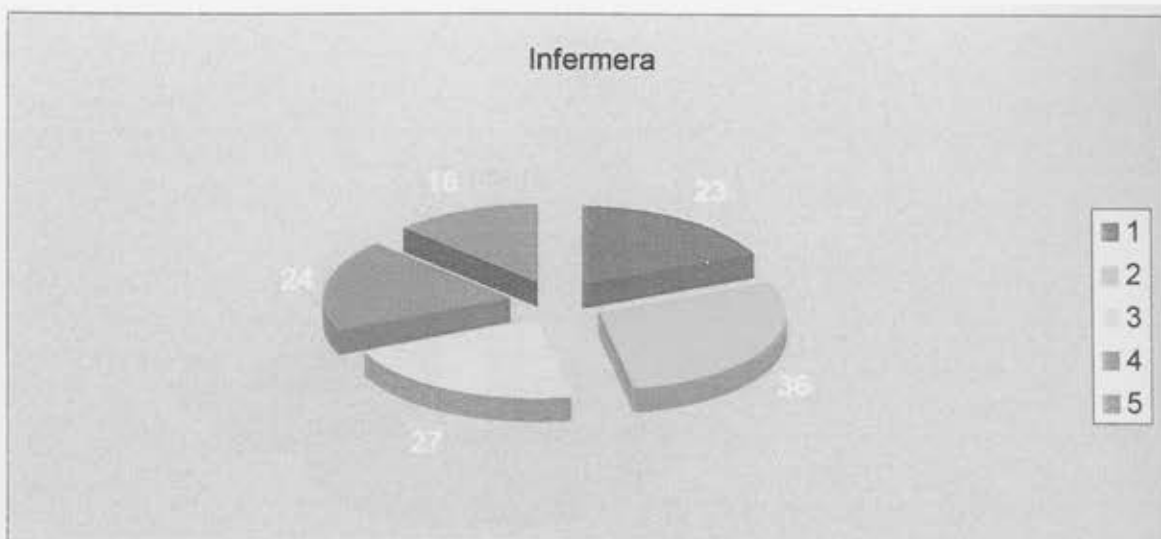
	CONEIXEMENTS D'EXCEL						Total
		1	2	3	4	5	
categoria professional	Infermera	38	26	19	7	1	91
	Auxiliar	16	5	3	2	1	27
Total		54	31	22	9	2	118



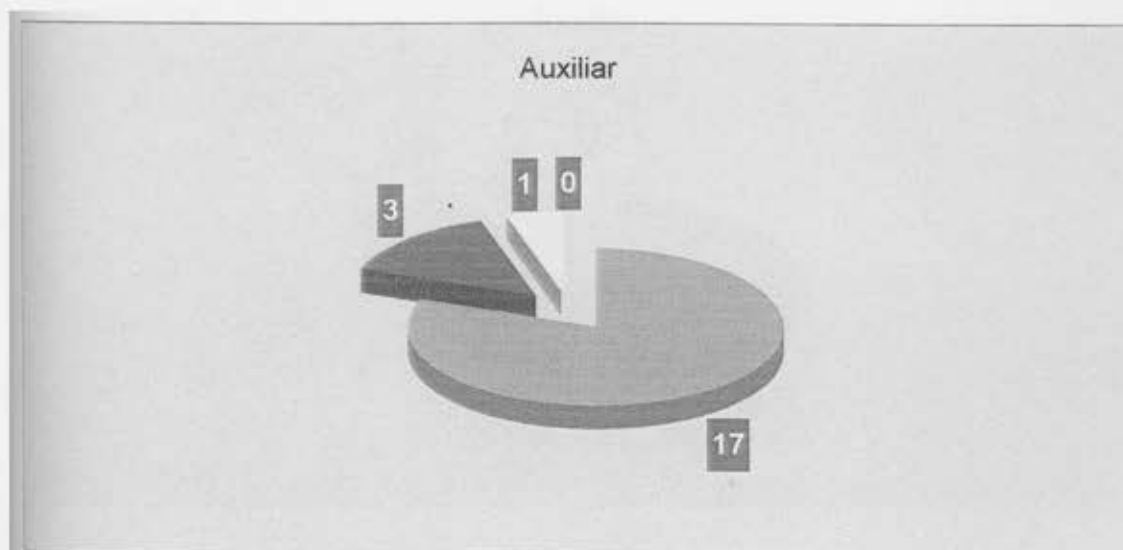
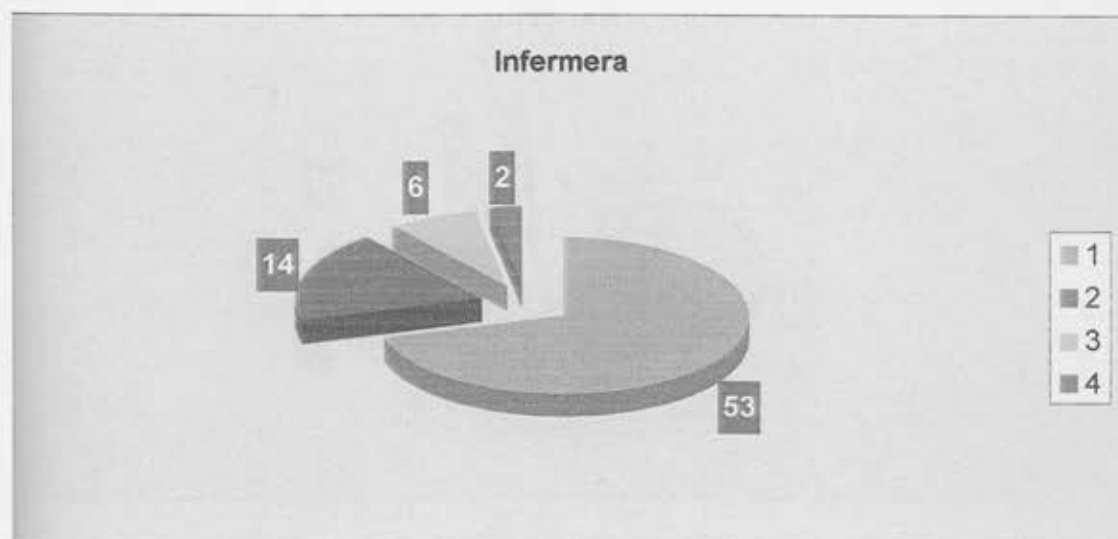
		CONEIXEMENTS DE POWER POINT					Total
		1	2	3	4	5	
categoria professional	Infermera	35	27	15	12	6	95
	Auxiliar	13	8	1	1	1	24
Total		48	35	16	13	7	119



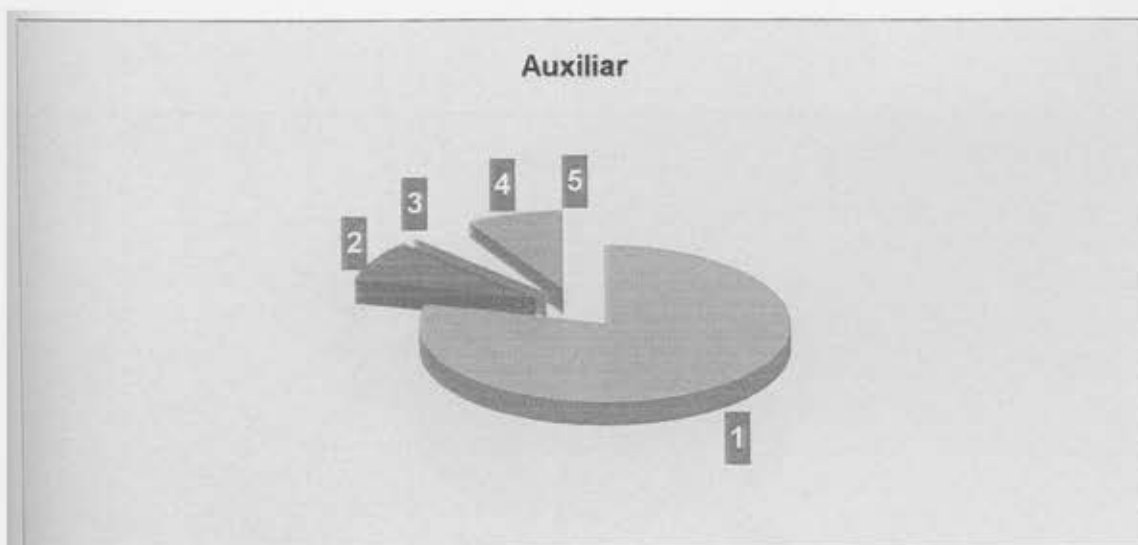
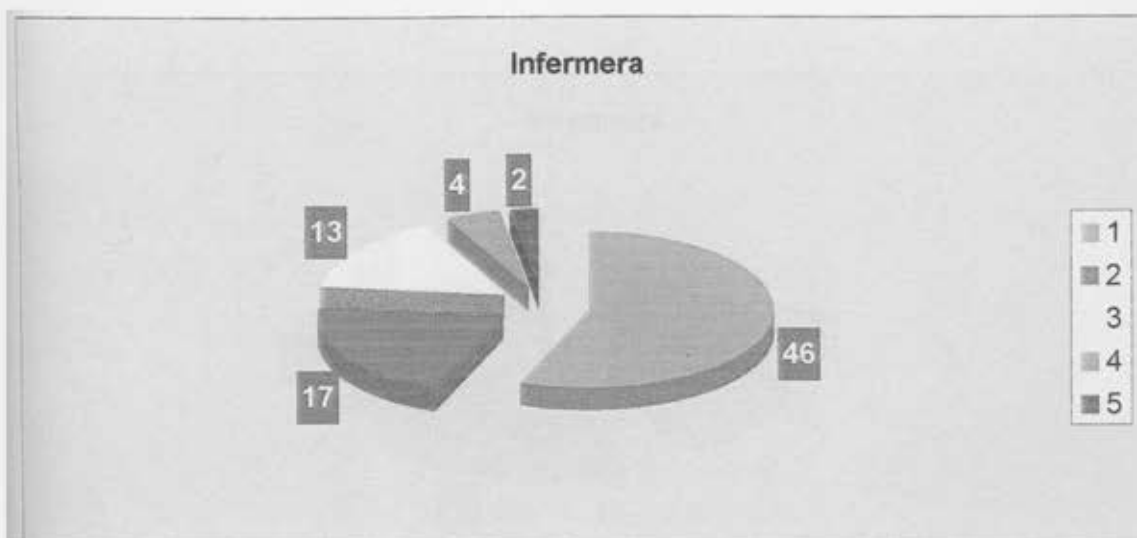
	UTILITZACIÓ DEL WORD						Total
		1	2	3	4	5	
categoria professional	Infermera	23	36	27	24	16	126
	Auxiliar	21	14	8	1	4	48
Total		44	50	35	25	20	174



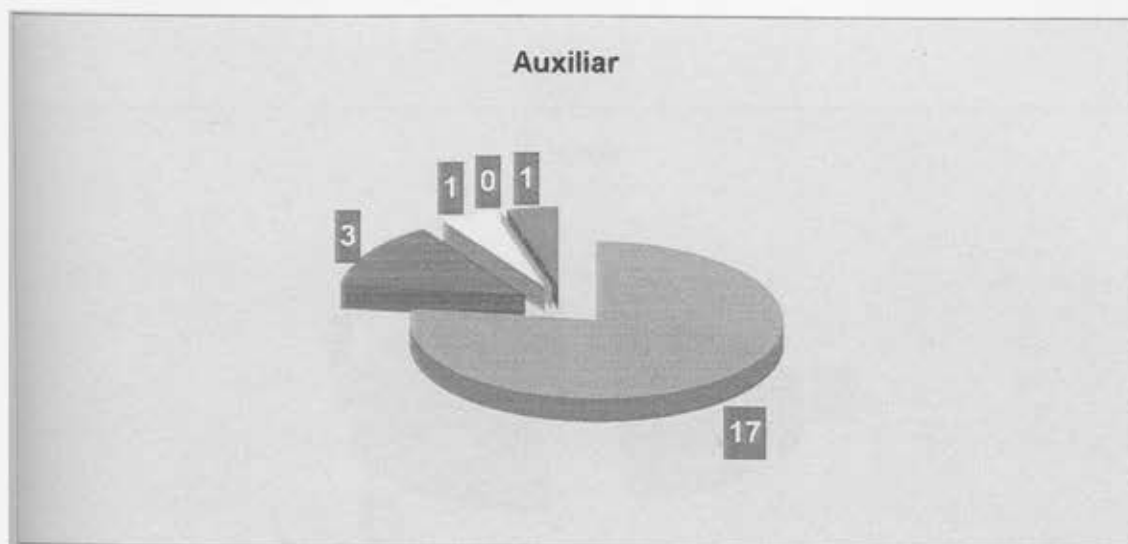
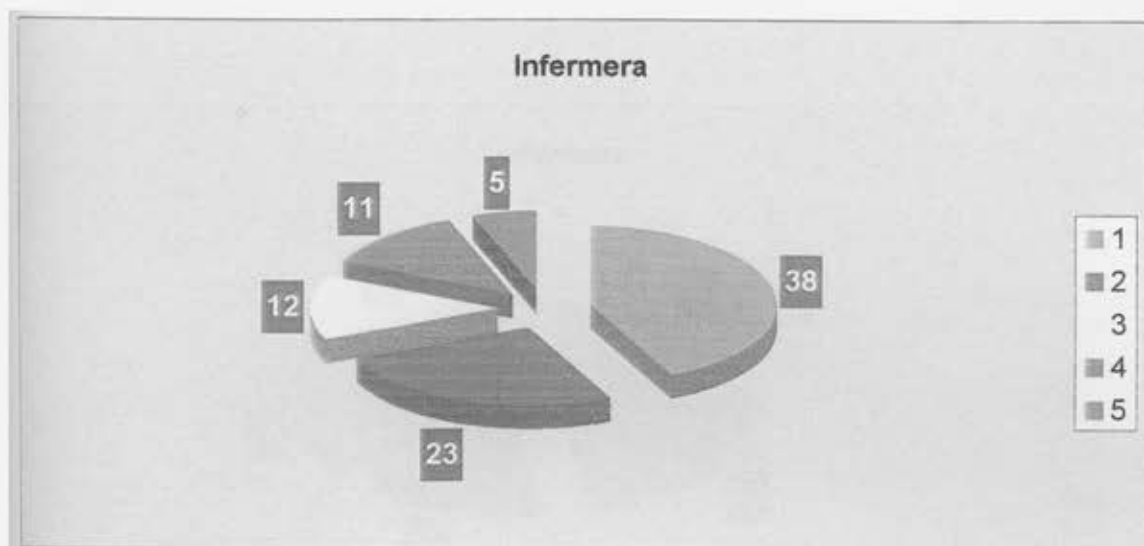
	UTILITZACIÓ D'ACCES					Total
		1	2	3	4	
categoria professional	Infermera	53	14	6	2	75
	Auxiliar	17	3	1	0	21
Total		70	17	7	2	96



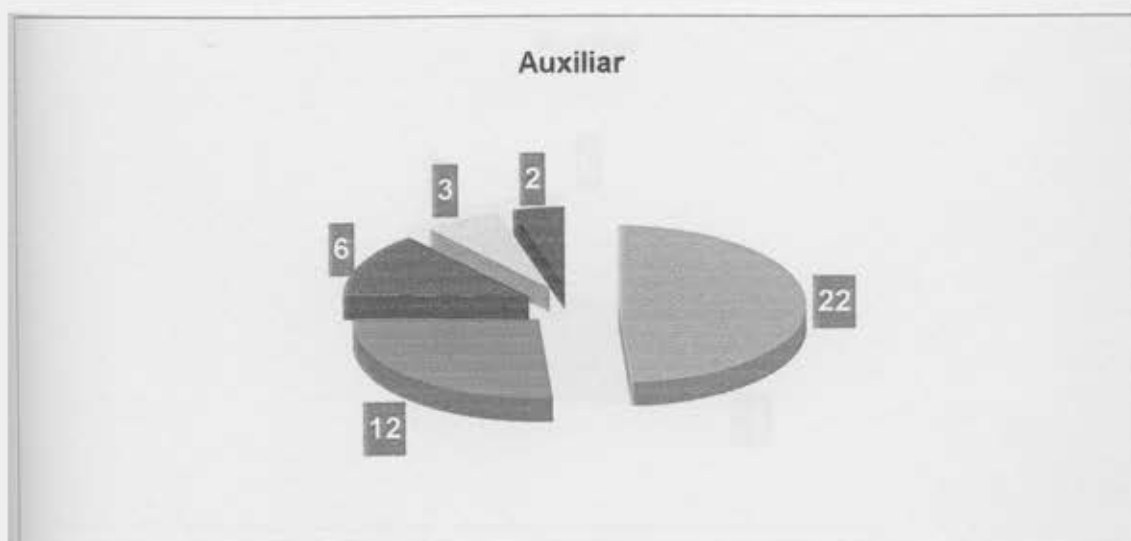
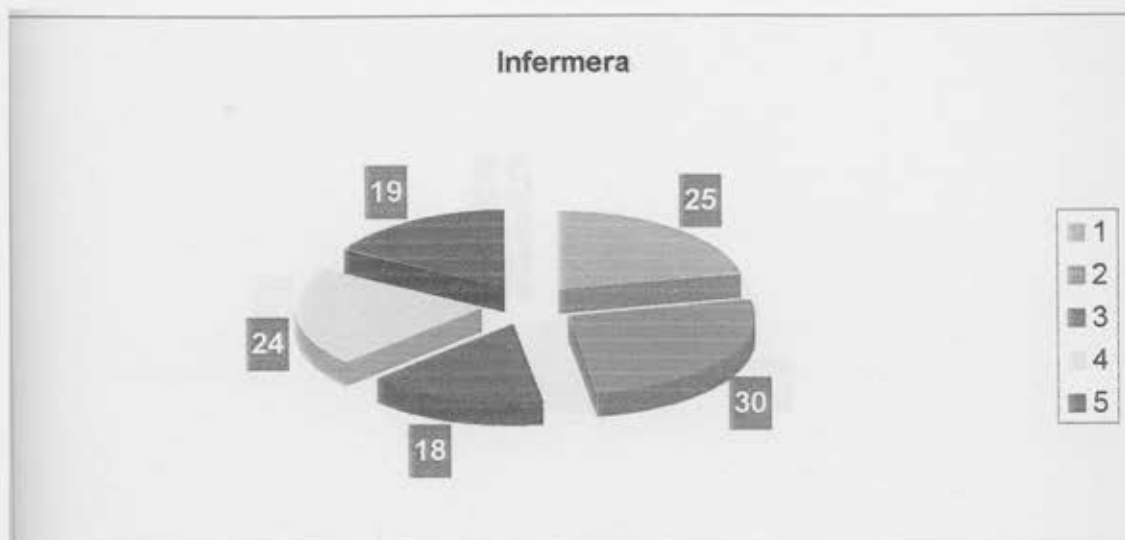
UTILITZACIÓ DE L'EXCEL							Total
		1	2	3	4	5	
categoria professional	Infermera	46	17	13	4	2	82
	Auxiliar	19	2	1	2	0	24
Total		65	19	14	6	2	106



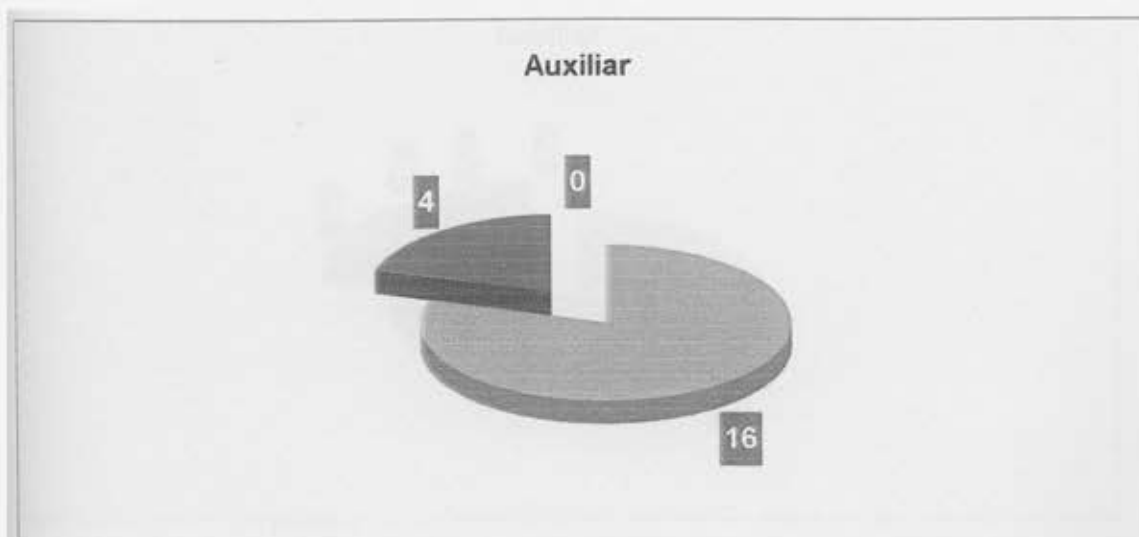
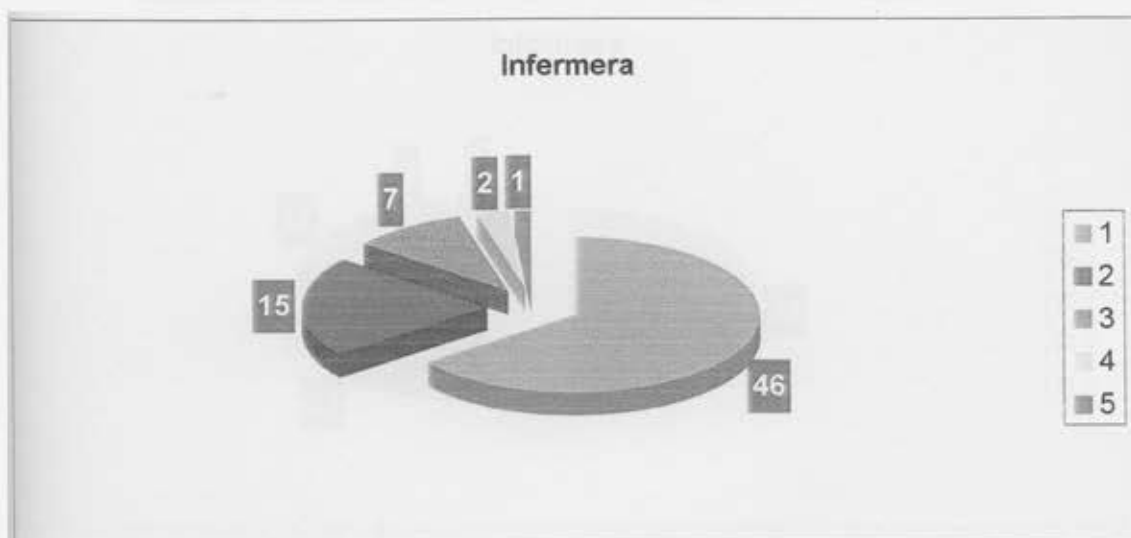
		UTLITZACIÓ POWER POINT						Total
		1	2	3	4	5		
categoria professional	Infermera	38	23	12	11	5	89	
	Auxiliar	17	3	1	0	1	22	
Total		55	26	13	11	6	111	



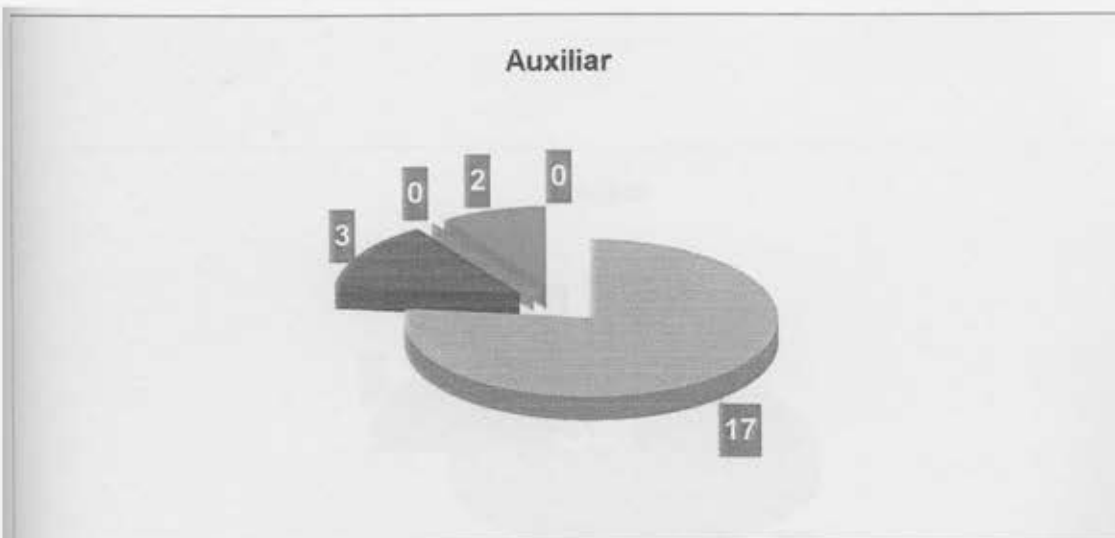
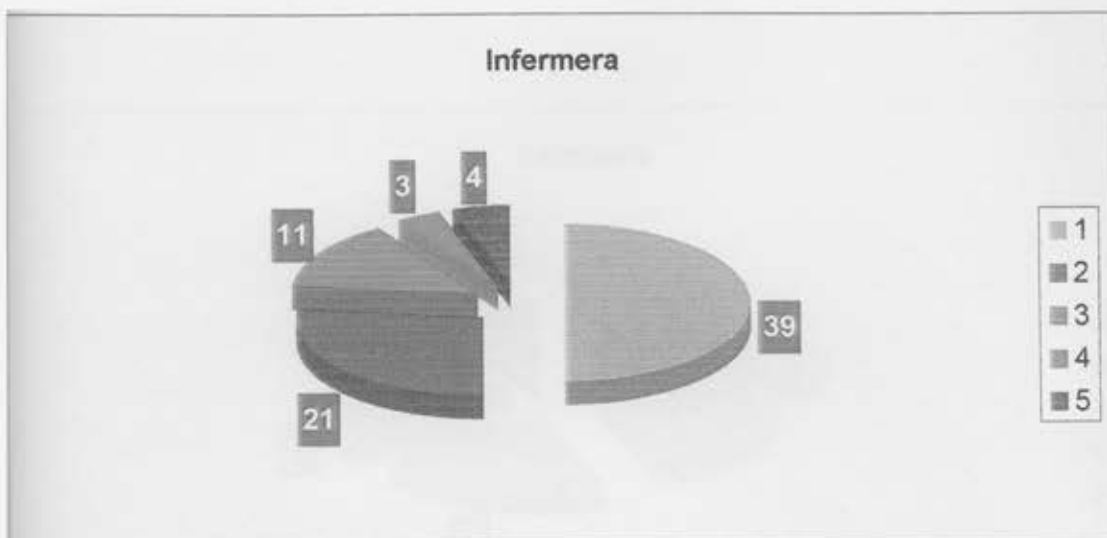
APLICACIÓ DEL WORD							Total
		1	2	3	4	5	
categoria professional	Infermera	25	30	18	24	19	116
	Auxiliar	22	12	6	3	2	45
Total		47	42	24	27	21	161



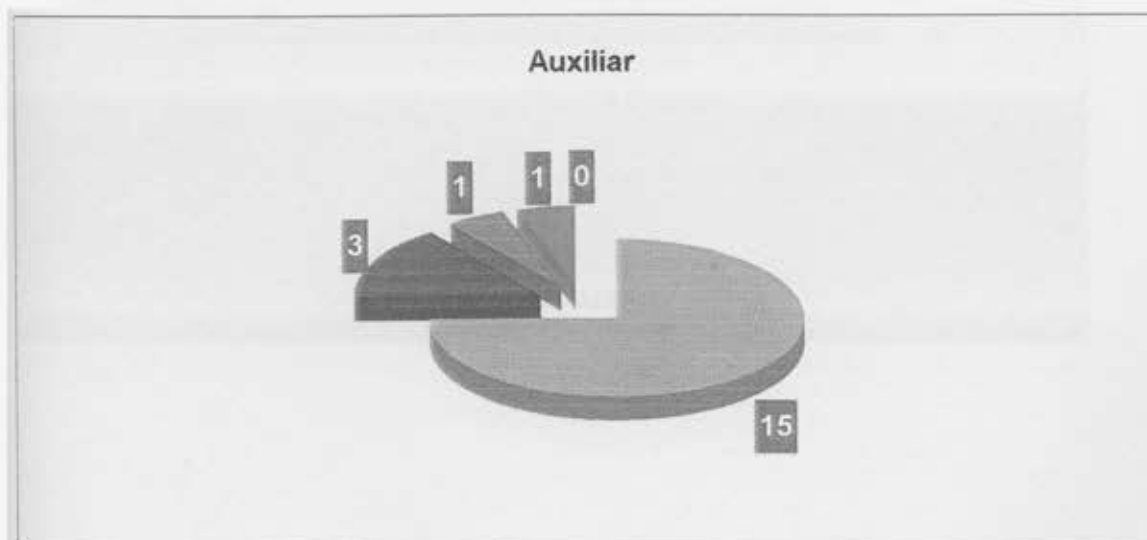
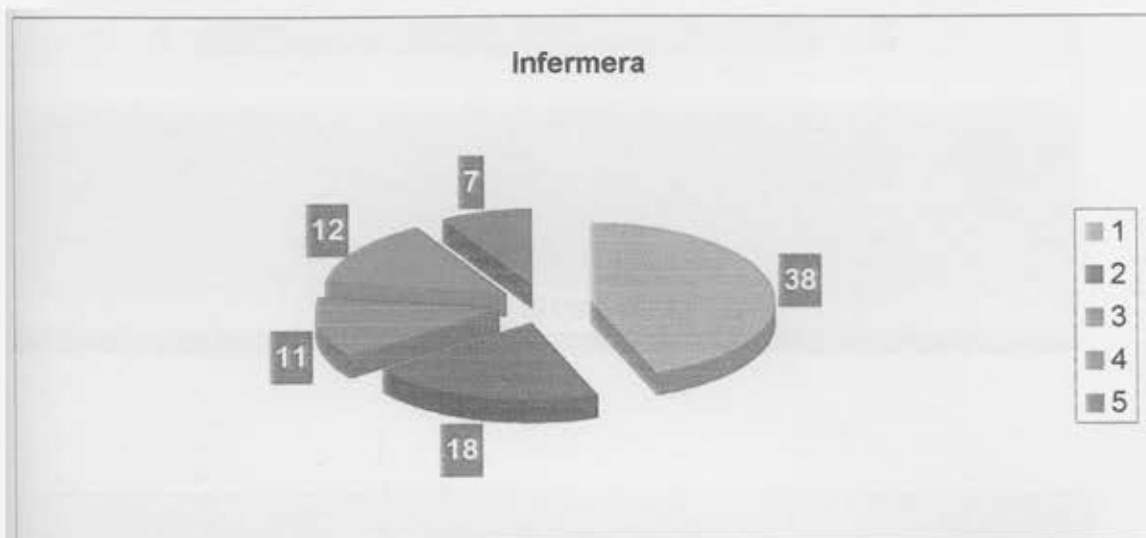
	APLICACIÓ ACCES						Total
		1	2	3	4	5	
categoria professional	Infermera	46	15	7	2	1	71
	Auxiliar	16	4	0	0	0	20
Total		62	19	7	2	1	91



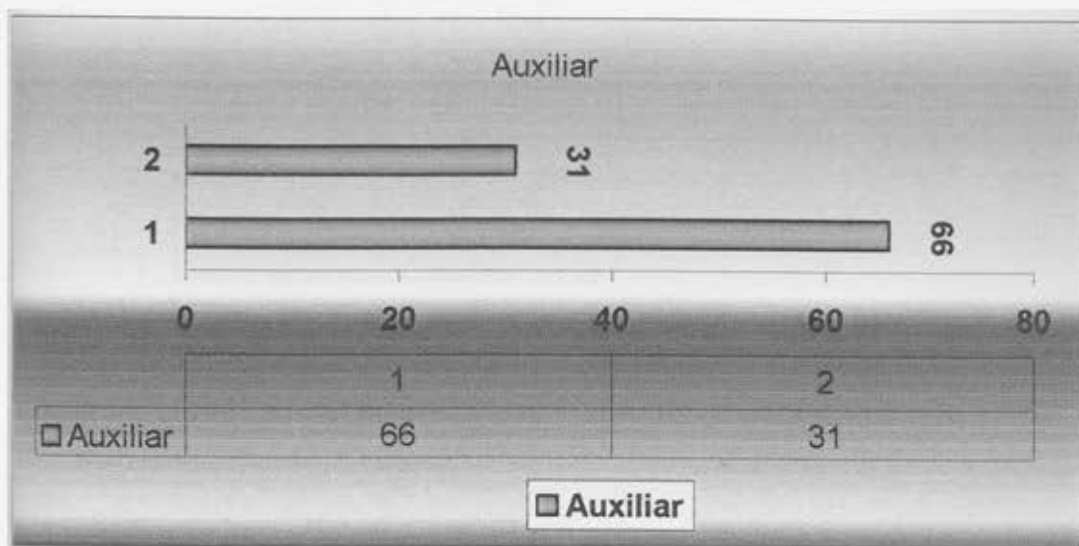
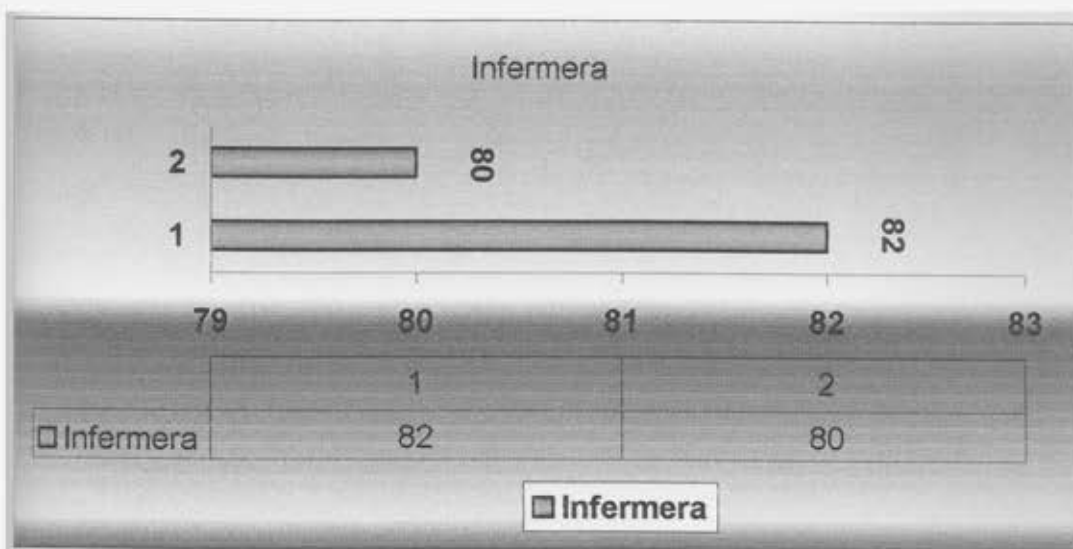
APLICACIÓ DE L'EXCEL							Total
		1	2	3	4	5	
categoria professional	Infermera	39	21	11	3	4	78
	Auxiliar	17	3	0	2	0	22
Total		56	24	11	5	4	100



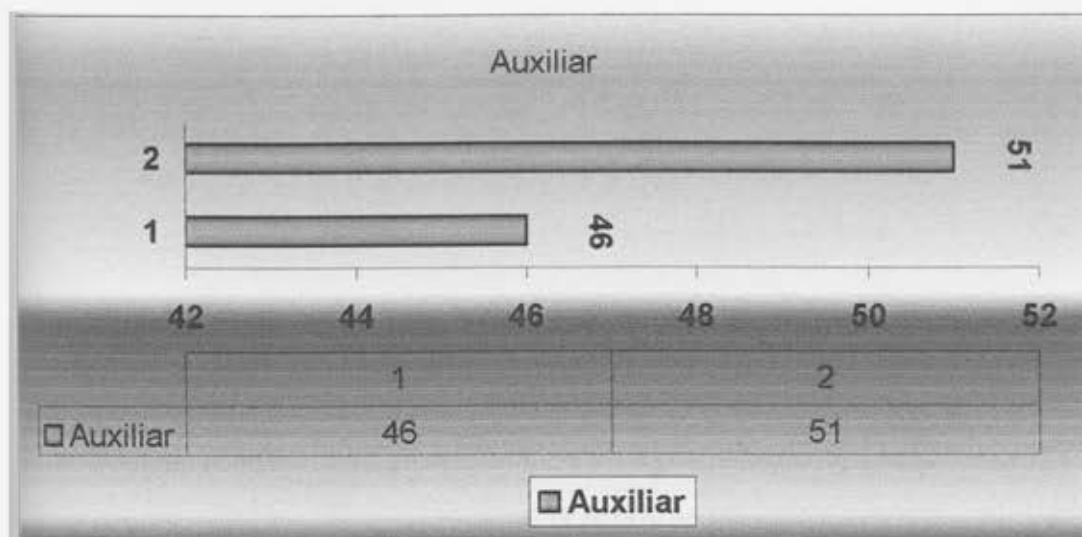
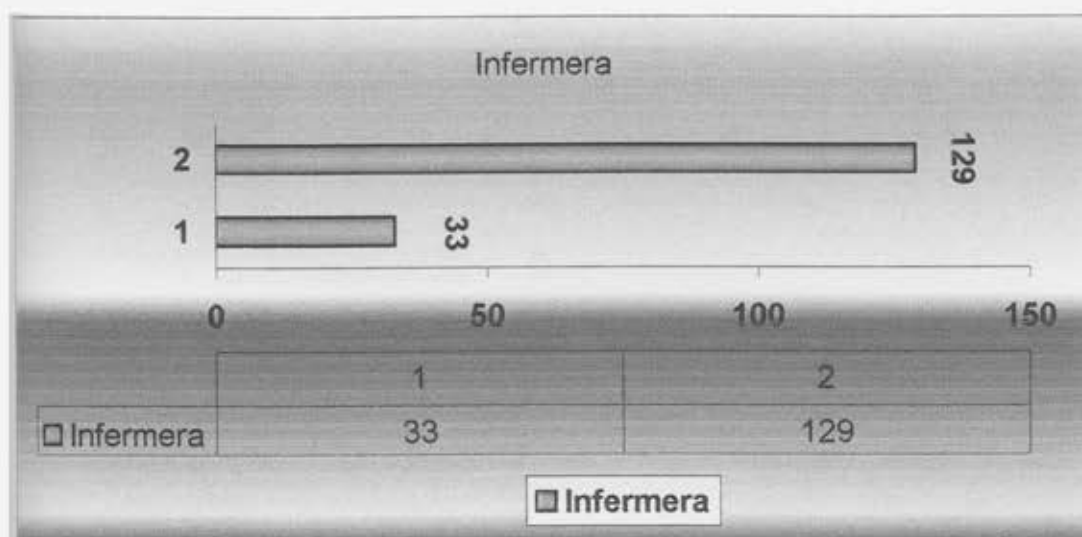
APLICACIÓ DEL POWER POINT							Total
		1	2	3	4	5	
categoria professional	Infermera	38	18	11	12	7	86
	Auxiliar	15	3	1	1	0	20
Total		53	21	12	13	7	106



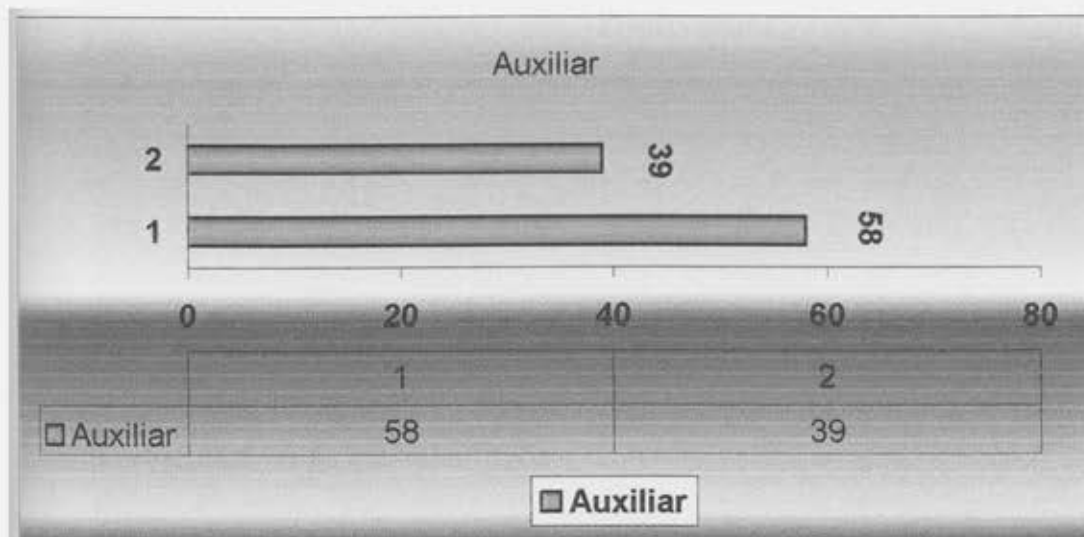
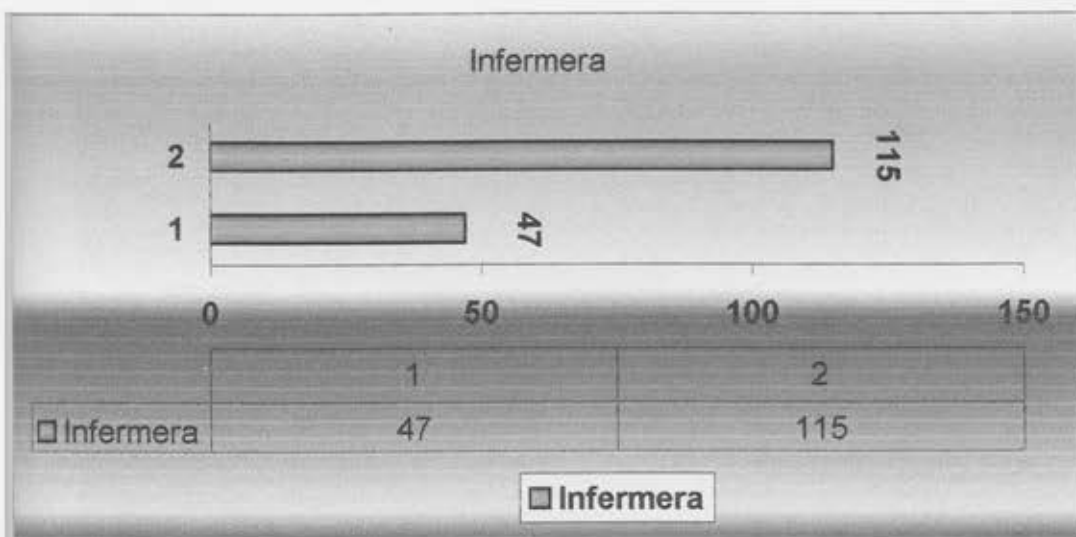
REALITZACIÓ DE CURS INFORMÀTIC				Total
		NO	SI	
categoria professional	Infermera	82	80	162
	Auxiliar	66	31	97
Total		148	111	259



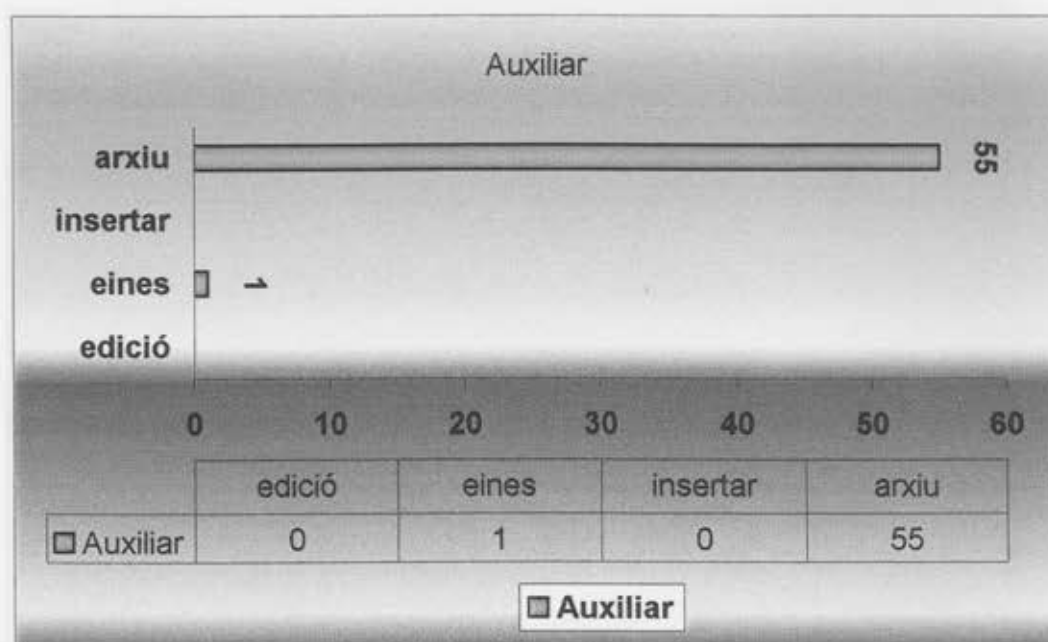
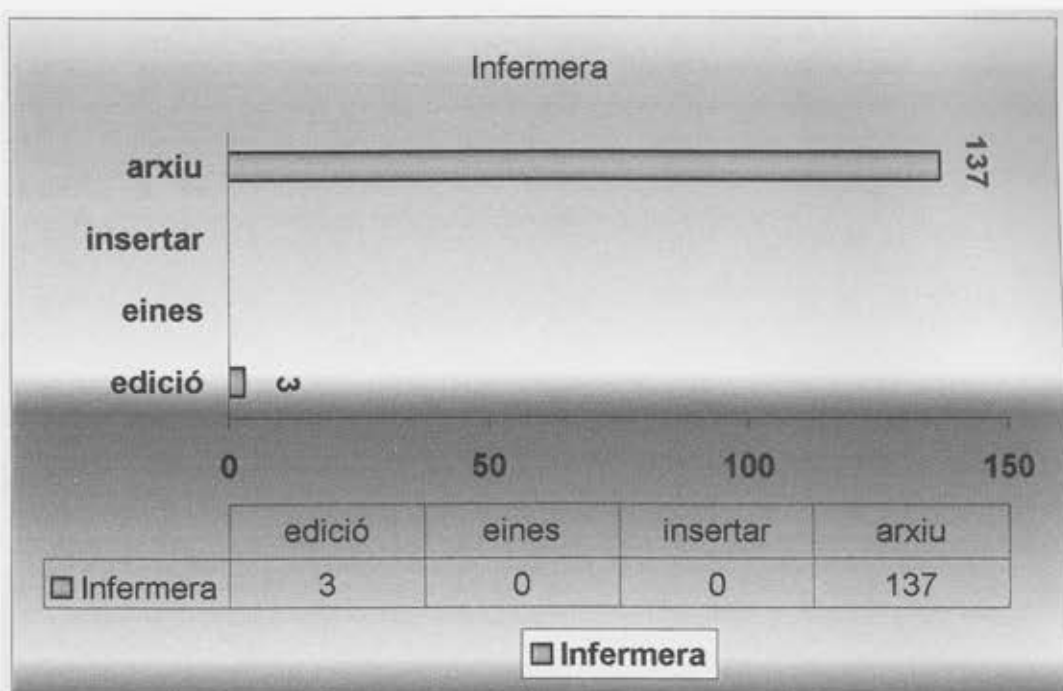
CONEIXEMENT DEL CANVI DE LLETRA				Total
		NO	SI	
categoria professional	Infermera	33	129	162
	Auxiliar	46	51	97
Total		79	180	259



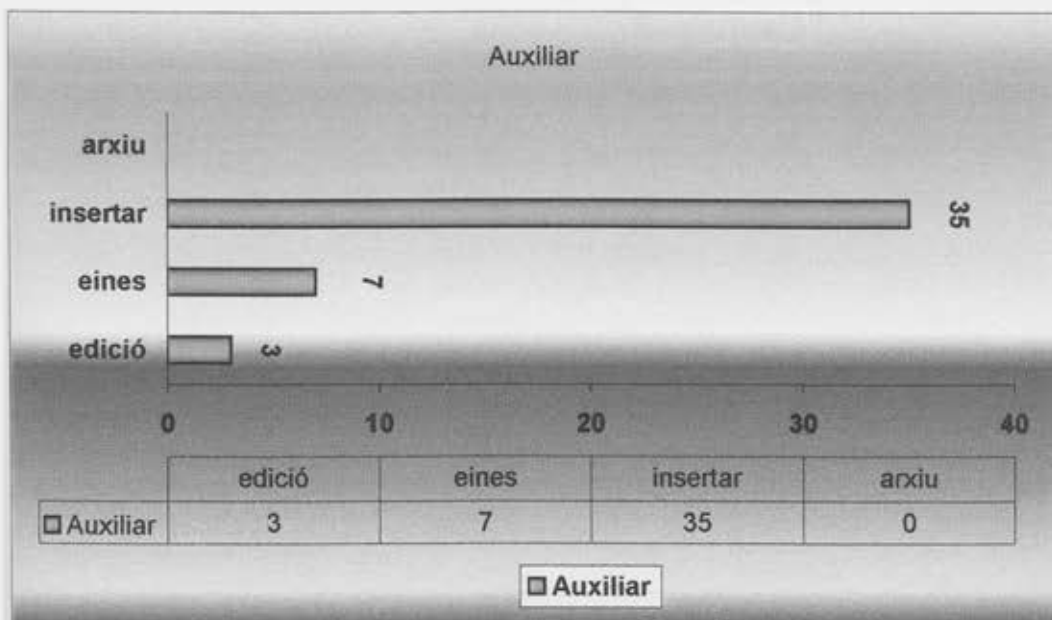
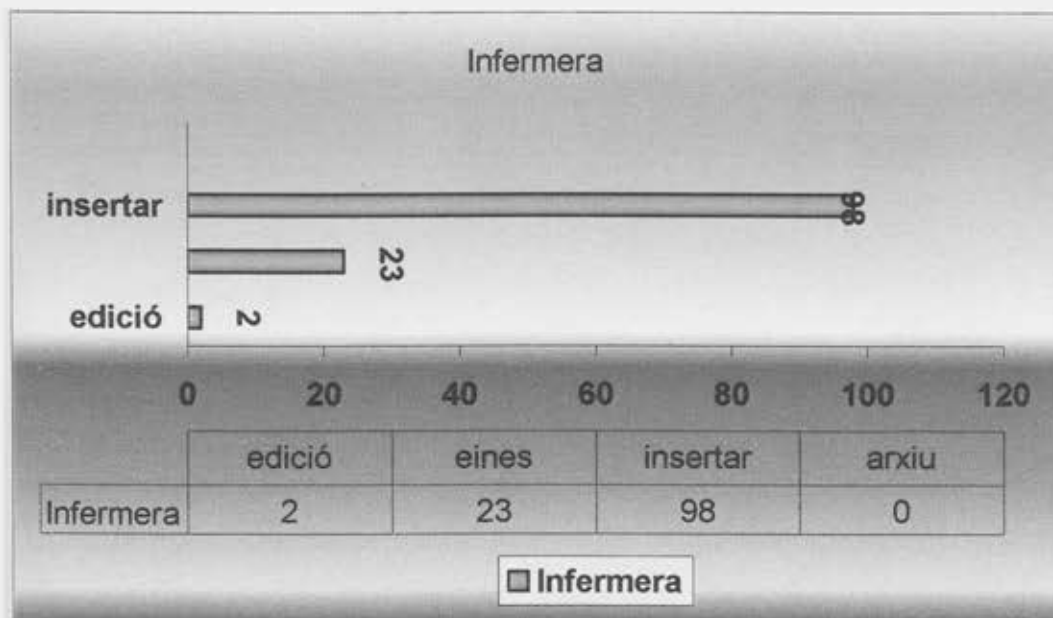
IMPRESSIÓ DE PAGINES IMPARELLS				Total
		NO	SI	
categoria professional	Infermera	47	115	162
	Auxiliar	58	39	97
Total		105	154	259



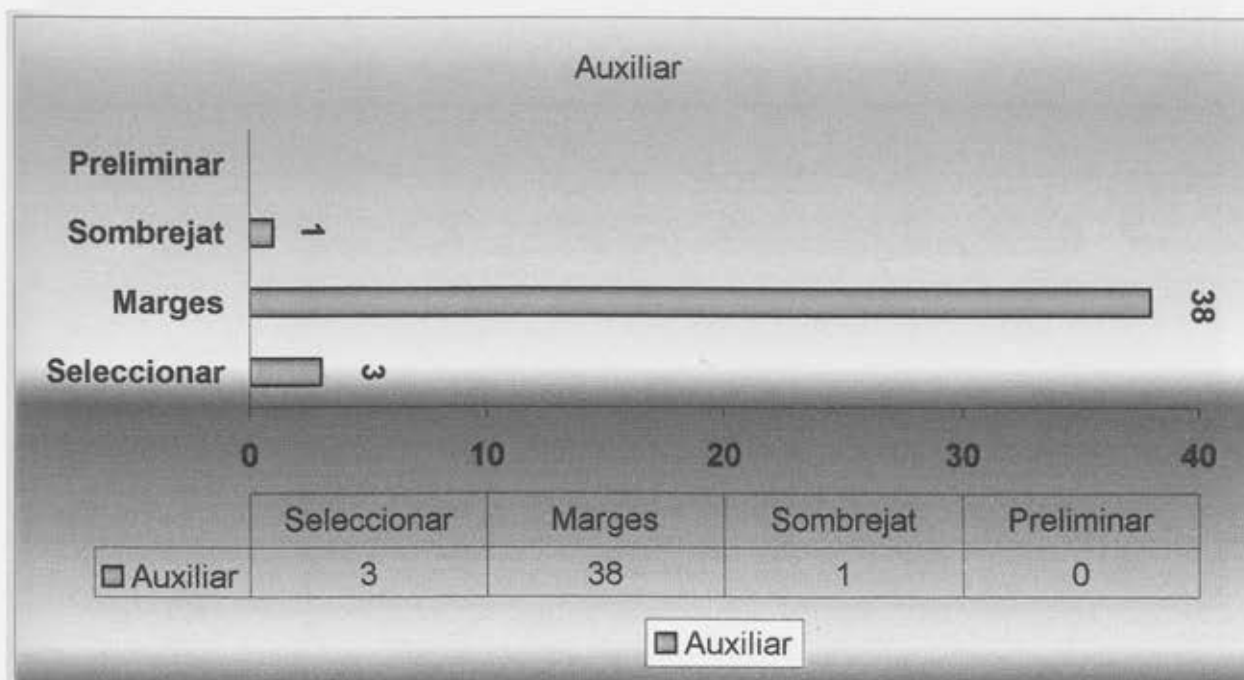
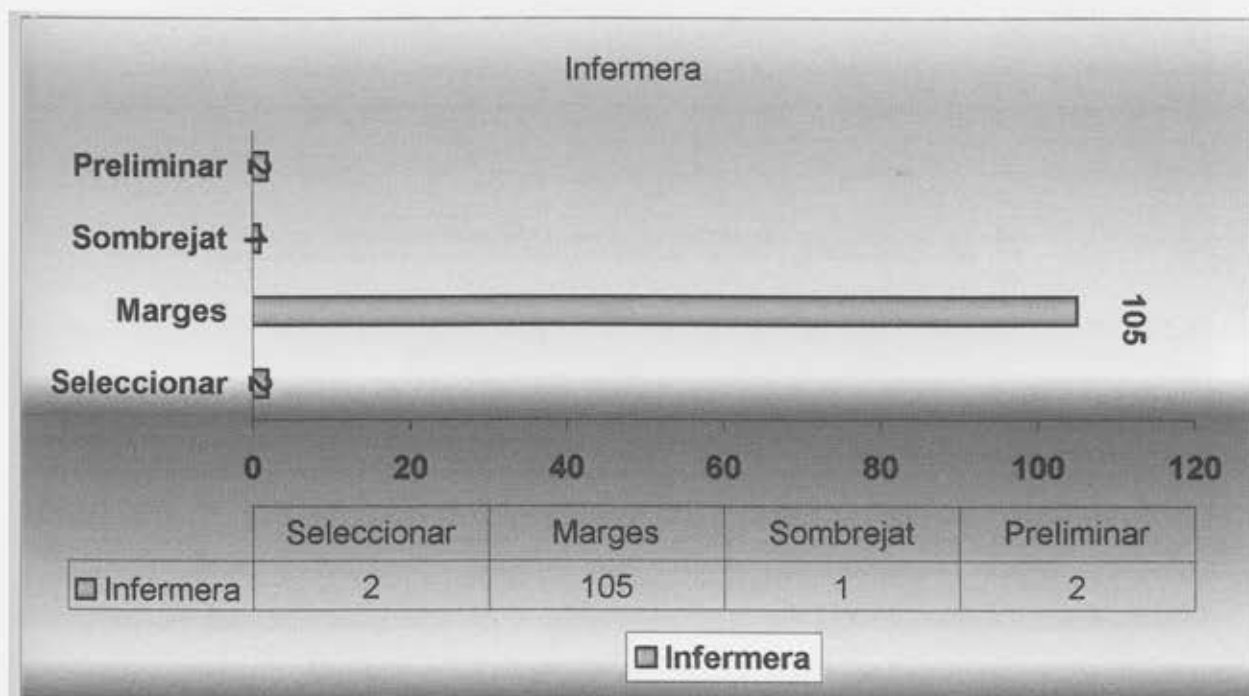
GUARDAR TEXT						Total
		edició	eines	insertar	arxiu	
categoria professional	Infermera	3	0	0	137	140
	Auxiliar	0	1	0	55	56
Total		3	1	0	192	196



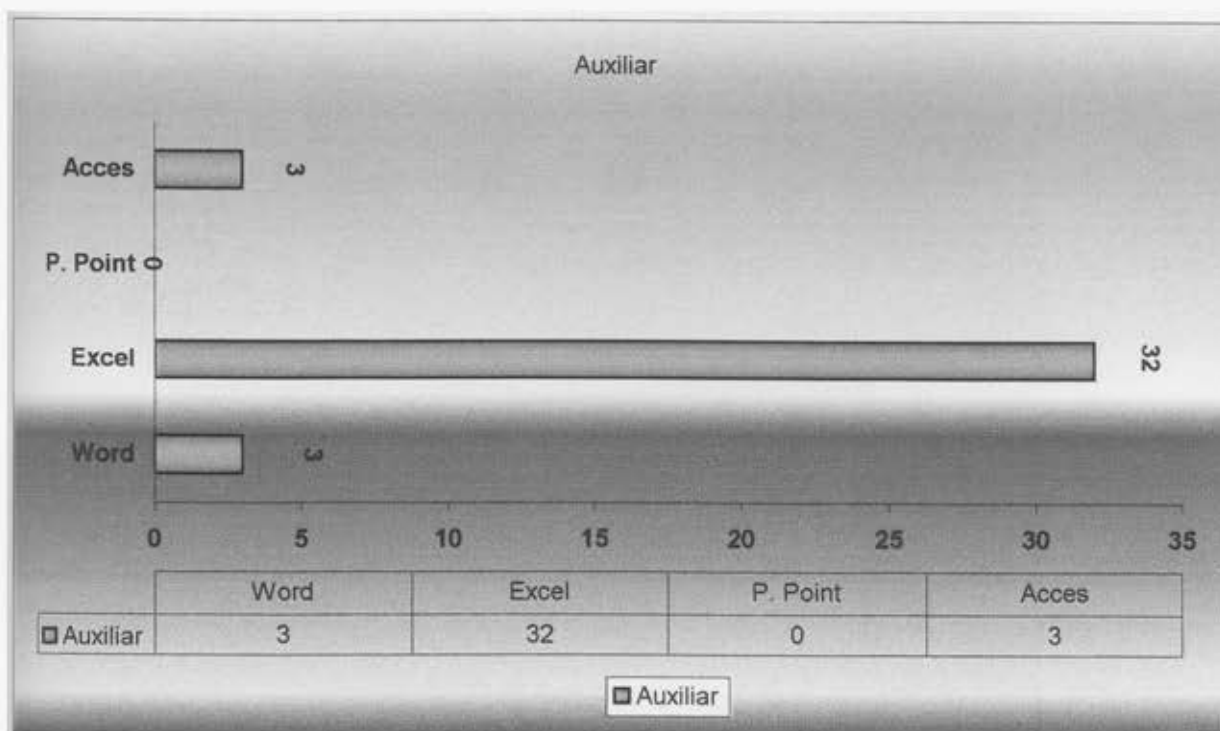
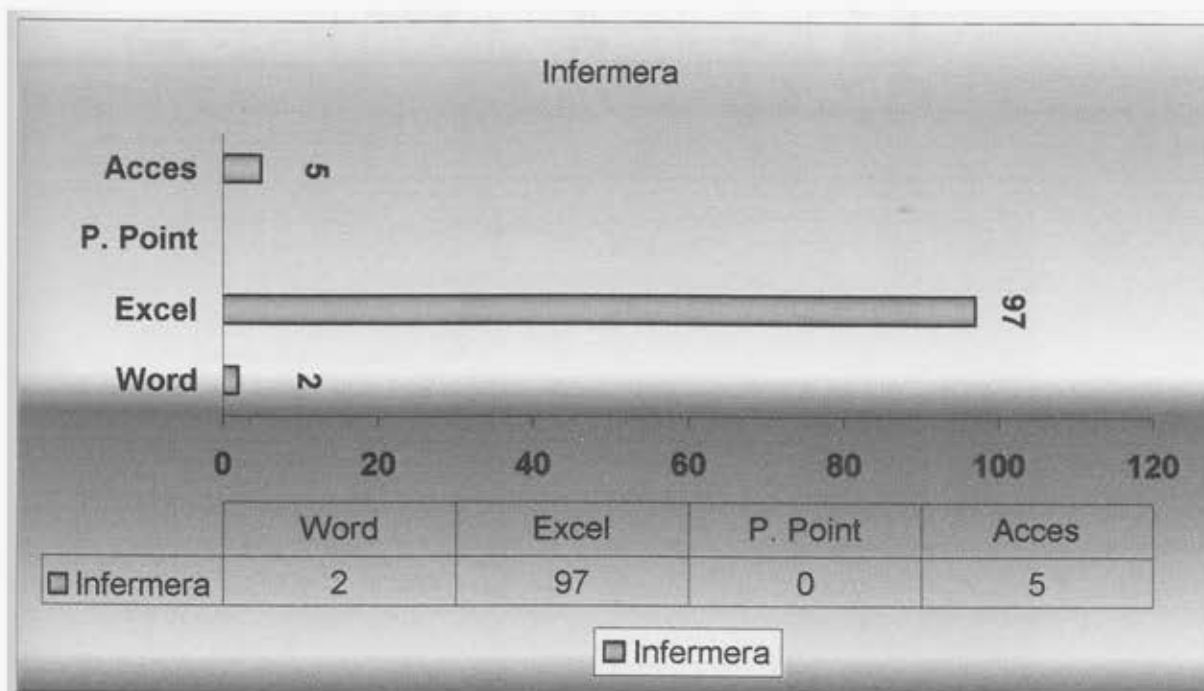
INTRODUIR SIMBOL						Total
		edició	eines	insertar	arxiu	
categoria professional	Infermera	2	23	98	0	123
	Auxiliar	3	7	35	0	45
Total		5	30	133	0	168



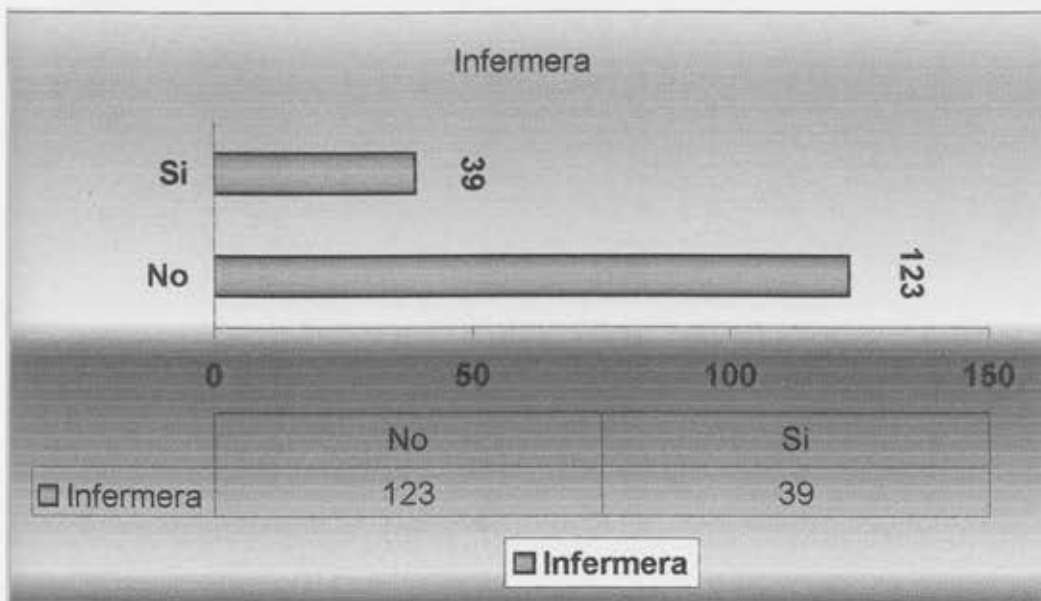
INTRODUIR SANGRIA						Total
		Seleccionar	Marges	Sombrejat	Preliminar	
categoria professional	Infermera	2	105	1	2	110
	Auxiliar	3	38	1	0	42
Total		5	143	2	2	152



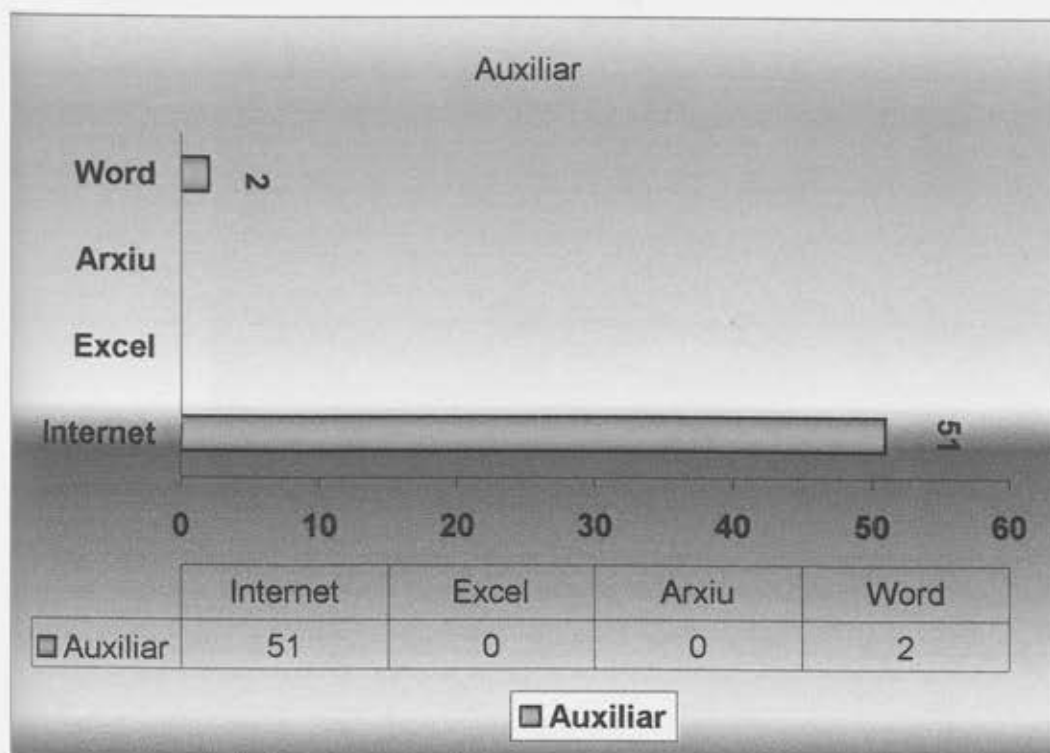
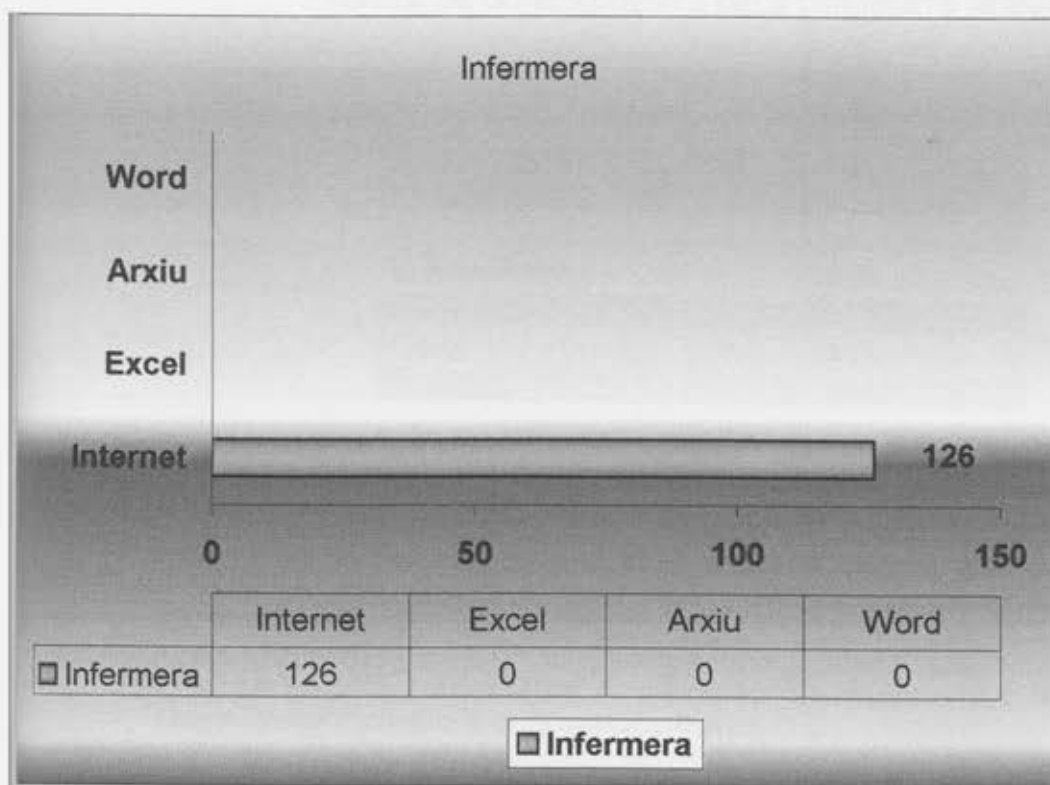
CÀLCULS NÒMINES						Total
		Word	Excel	P. Point	Acces	
categoria professional	Infermera	2	97	0	5	104
	Auxiliar	3	32	0	3	38
Total		5	129	0	8	142



CONNECCIÓ EN INTERNET				Total
		No	Si	
categoria professional	Infermera	123	39	162
	Auxiliar	87	10	97
Total		210	49	259



CORREU ELECTRÒNIC E-MAIL		Internet	Excel	Arxiu	Word	Total
categoria professional	Infermera	126	0	0	0	126
	Auxiliar	51	0	0	2	53
Total		177	0	0	2	179

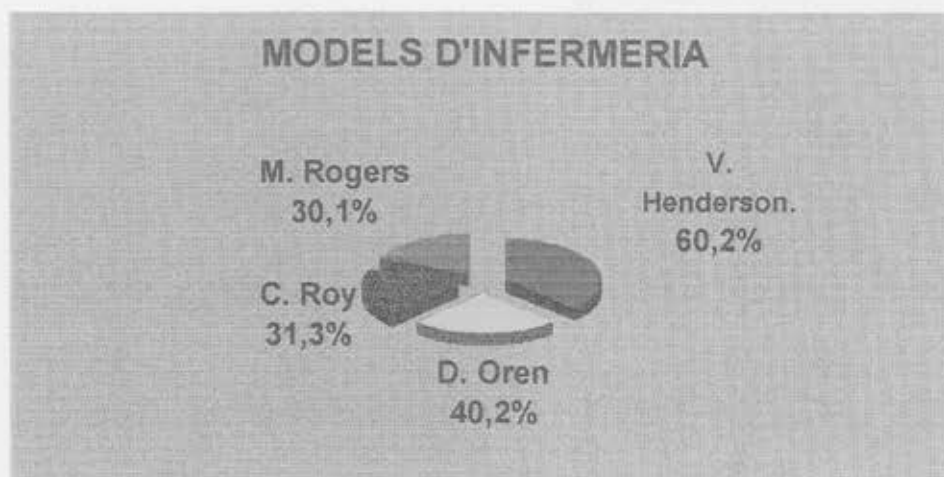


NIVELL DE CONEIXEMENTS DELS DIFERENTS MODELS

MODELS	CONEIXEMENTS
V. Henderson	60,2
D. Oren	40,2
C. Roy	31,3
M. Rogers	30,1

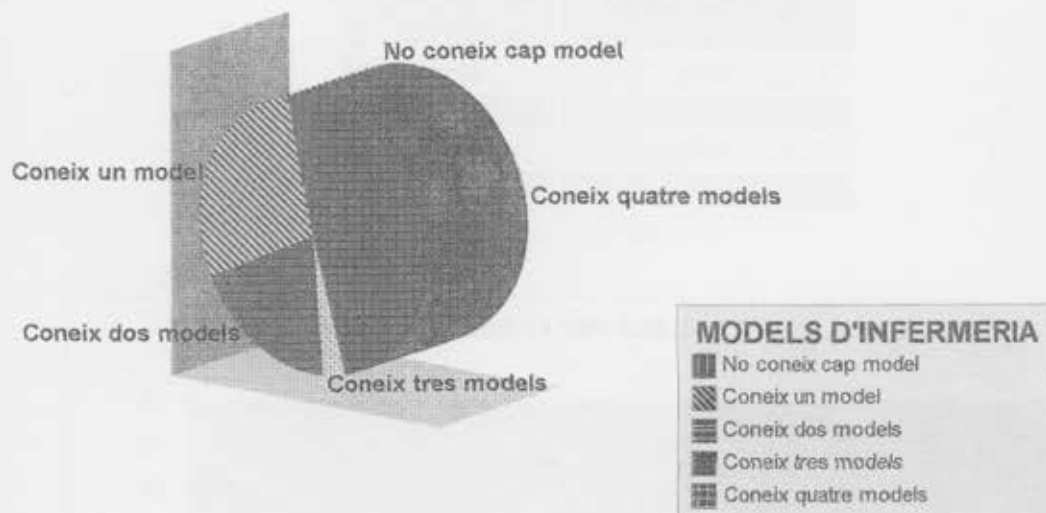
Tot i que dins del marc teòric fèiem referència a la manca d'un model d'infermeria instaurat en el nostre Centre, si es cert que la filosofia més arrelada en els professionals, com mostra el gràfic, es el Model de Virginia Henderson, aquest s'aplica en la valoració inicial del malalt.

Afegirem també que és el Model de prevalença en l'ensenyament dins les Escoles Universitàries d'Infermeria de la nostra comarca.



MODELS D'INFERMERIA

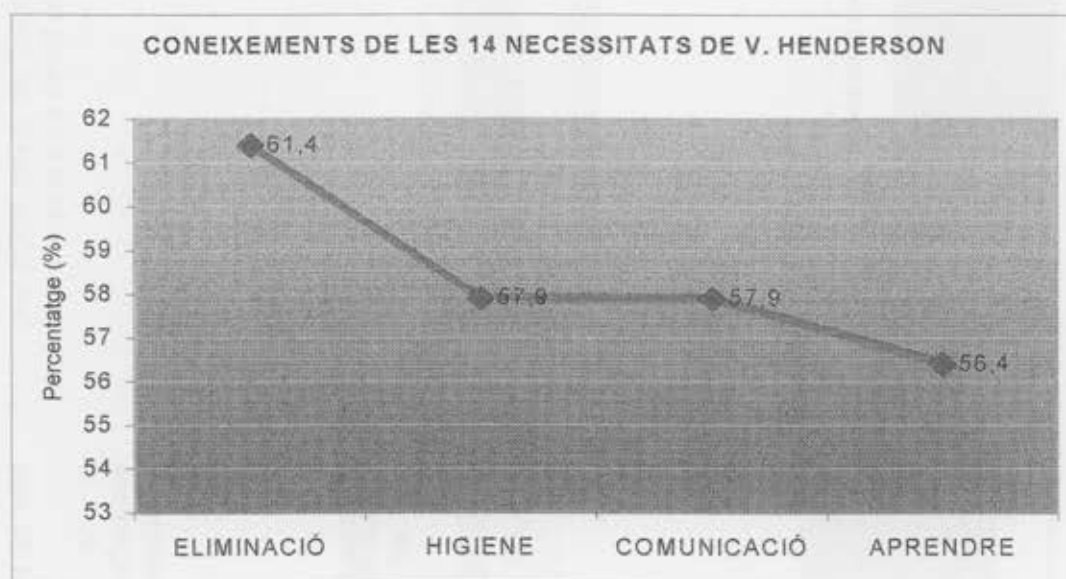
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No coneix cap model	6	2,3	3,7	3,7
	Coneix un model	46	17,8	28,4	32,1
	Coneix dos models	31	12,0	19,1	51,2
	Coneix tres models	5	1,9	3,1	54,3
	Coneix quatre models	74	28,6	45,7	100,0
	Total	162	62,5	100,0	
Missing	System	97	37,5		
Total		259	100,0		



NIVELL DE CONEIXEMENTS DEL MODEL V. HENDERSON.

Donada l'evidència de l'alt nivell de coneixement d'aquest model, com expressa el gràfic de la pàgina anterior (més del 50%), hem volgut aprofundir en 14 Necessitats en les que es basa el Model de V. Henderson, seleccionat pel qüestionari 4 d'aquestes.

NECESSITAT	CONEIXEMENTS
Eliminació	61.4
Higiene	57.9
Comunicar-se	57.9
Aprendre	56.4

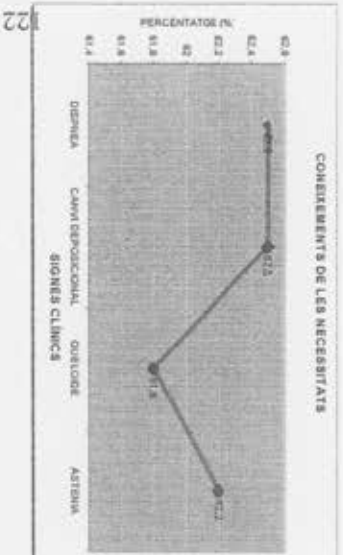


GRÀFICS DE RELACIONS.

Aquests gràfics mostren de forma agrupada els resultats dels coneixements dels professionals en tres àmbits:

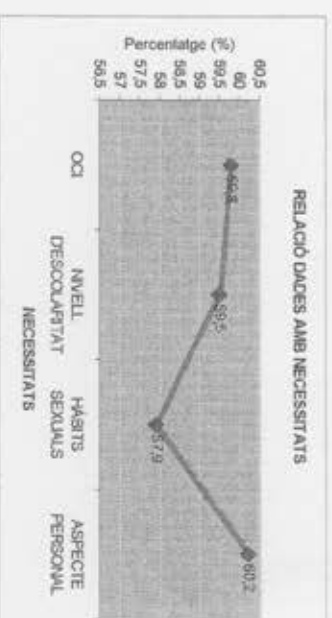
- a) Grau de coneixement en la identificació de camps individuals alterats d'un malalt i la seva correlació en quant a identificar necessitats alterades.

OCI	59.8
NIVELL D'ESCOLARITAT	59.5
HÀBITES SEXUALS	57.9
ASPECTE PERSONAL	60.2



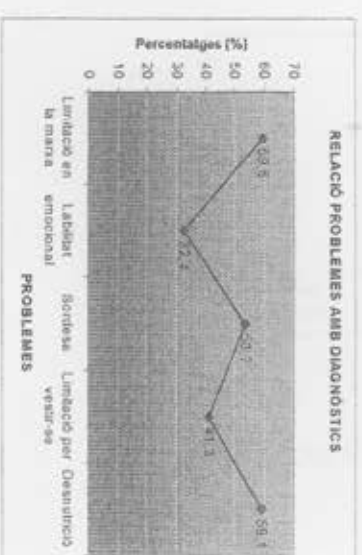
- B) Grau de coneixement en la correlació de signes clínics o problemes detectats per poder posar en marxa actuacions de col·laboració o be de rol autònom.

DISNEA	62.5
CANVI DEPOSICIONAL.	62.5
QUELOIDE	61.8
ASTENIA	62.2



- C) Grau de coneixements per identificar problemes d'autonomia o limitacions individuals, associant-los amb els diagnòstics propis en cada cas.

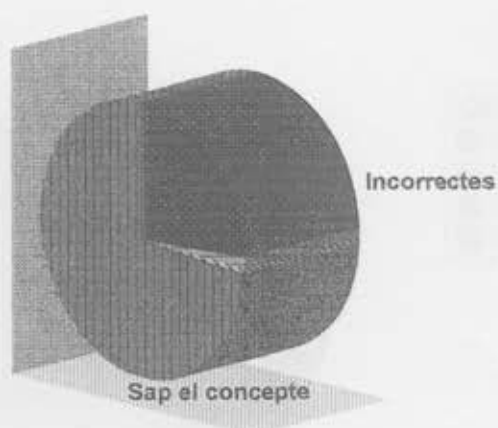
LIMITACIÓ EN LA MARXA	59.5
LABILITAT EMOCION	32.4
SORDESA	53.7
LIMITACIÓ PER VESTIR-SE	41.3
DESNUTRICIÓ	59.1



FORMULACIÓ DE "RISC D'INFECCIÓ" COM A DIAGNÒSTIC

CONCEPTE DE DIAGNÒSTIC D'INFERMERIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sab el concepte	117	45,2	74,1	74,1
	Incorrecte	1	,4	,6	74,7
	Incorrecte	2	,8	1,3	75,9
	Incorrecte	38	14,7	24,1	100,0
	Total	158	61,0	100,0	
Missing	System	101	39,0		
Total		259	100,0		



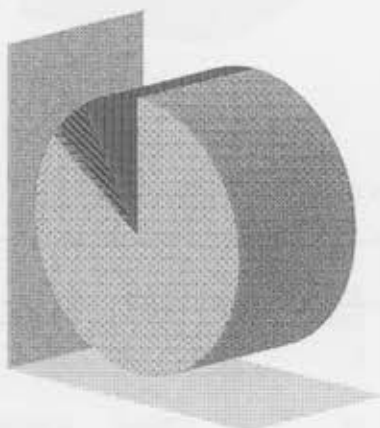
CONCEPTE DE DIAGNÒSTIC D'INFERMERIA

-  Sab el concepte
-  Incorrecte
-  Incorrecte
-  Incorrecte

NIVELL DE CONEIXEMENT DE LA TRAJECTÒRIA CLÍNICA

QUE ÉS UNA TRAJECTÒRIA CLÍNICA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Procés de cures estandarditzat	14	5,4	8,9	8,9
	Organització seqüencialment d'activitats	8	3,1	5,1	13,9
	Guia d'activitats per tot tipus de patologies	2	,8	1,3	15,2
	Correcte	134	51,7	84,8	100,0
	Total	158	61,0	100,0	
Missing	System	101	39,0		
Total		259	100,0		



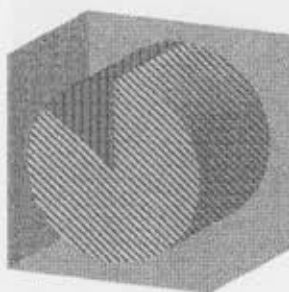
QUE ÉS UNA TRAJECTÒRIA CLÍNICA

- Procés de Cures estandarditzades
- Organització seqüencial d'activitats
- Guia d'activitats per tot tipus de patologies
- Correcte

ELABORACIO DE LA TRAJECTÒRIA CLÍNICA

Definit malalt tipus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no	24	9,3	14,8	14,8
	si	138	53,3	85,2	100,0
	Total	162	62,5	100,0	
Missing	System	97	37,5		
Total		259	100,0		

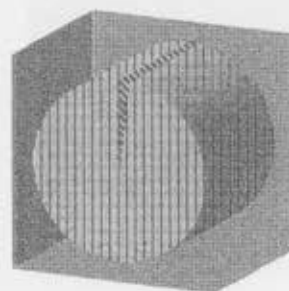


Definit malalt tipus

no
si

Excloure els protocols

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no	159	61,4	98,1	98,1
	si	3	1,2	1,9	100,0
	Total	162	62,5	100,0	
Missing	System	97	37,5		
Total		259	100,0		

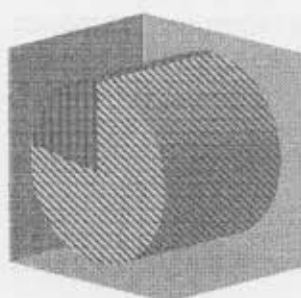


Excloure els protocols

no
si

Consens multidisciplinar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no	37	14,3	22,8	22,8
	si	125	48,3	77,2	100,0
	Total	162	62,5	100,0	
Missing	System	97	37,5		
Total		259	100,0		

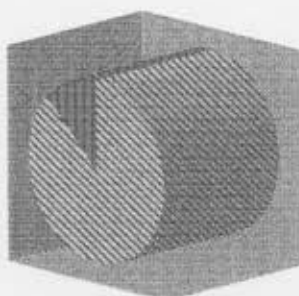


Consens multidisciplinar

no
si

Detecció de problemes per patologia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no	21	8,1	13,0	13,0
	si	141	54,4	87,0	100,0
	Total	162	62,5	100,0	
Missing	System	97	37,5		
Total		259	100,0		



Detecció de problemes per patologia

no
si

5.4.2. Resultats Graelles Trajectòries Clíniques

A) Graella neoplàsia de mama:

Els resultats del anàlisi comparatiu de les dues fases, la retrospectiva i la prospectiva, els analitzarem segons els diferents blocs que es van construir:

Hem de dir que en tot moment nosaltres volíem recollir la qualitat dels registres, es a dir, si allò que creiem imprescindible que constes en un procés, hi era registrat o no constava. Les sigles N/C van ressenyar que no consta el registre, ja que no podríem assegurar que no es va fer.

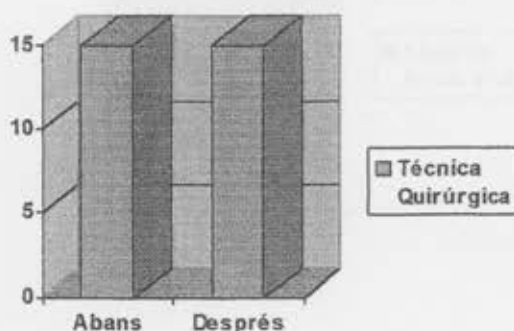
Quant parlem de trajectòries, parlem en tot moment d'una eina implantada amb suport paper, creiem que un canvi tan significatiu, te de tenir molt treballat els conceptes per poder anar a la part del disseny informàtic.

De totes maneres, a l'Hospital, s'està treballant amb els tècnics informàtics per elaborar la Estació de Treball d'Infermeria, comptant amb la inclusió de la trajectòria com a eina, així com la possibilitat de establir un pla cures individualitzat en cas de no poder fer us de la mateixa.

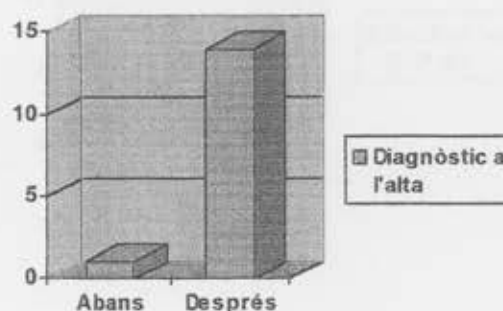
INFORMACIÓ

En aquest apartat devia de constar registrada:

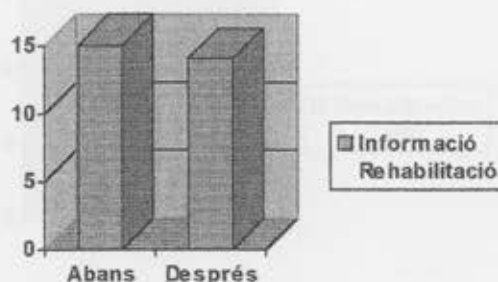
- La tècnica quirúrgica



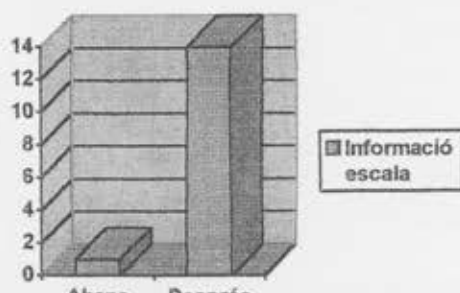
- El malalt sabia el diagnòstic a l'alta



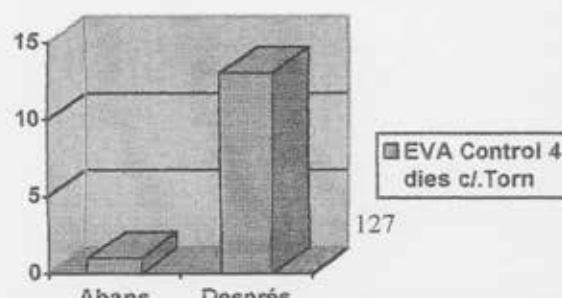
Informació de la Rehabilitació en el 2º dia



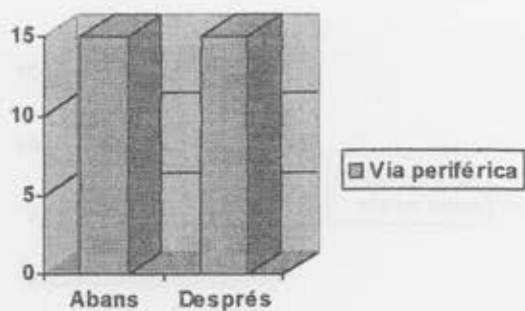
Informació de l'escala EVA



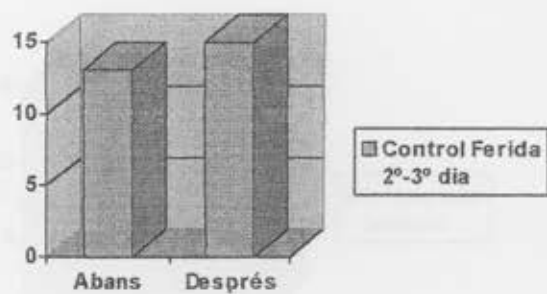
Control EVA 4 dies c/torn



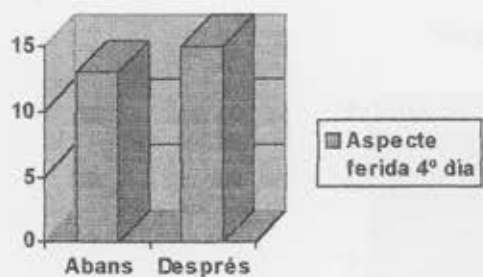
- Via perifèrica



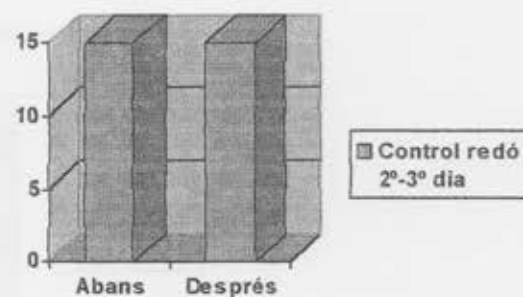
- Ferida 2º-3º dia



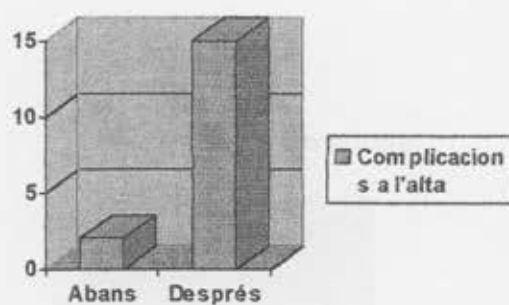
- Aspecte ferida 4º dia



- Control redó 2º-3º dia

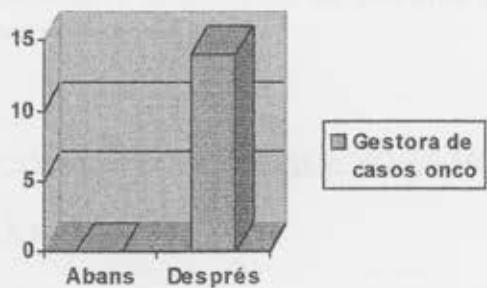


- Complicacions a l'alta

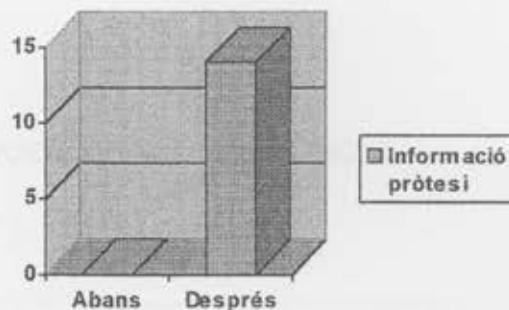


COORDINACIÓ A L'ALTA

- Gestora de casos onco

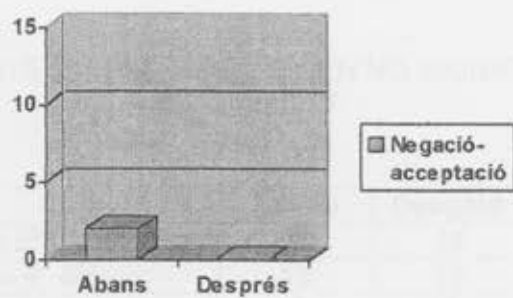


- Informació pròtesi



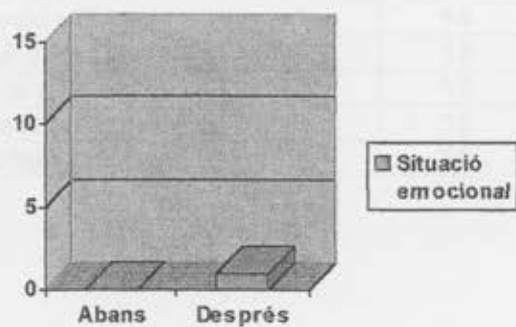
ANSIETAT

Negació-Acceptació



ÀMBIT FAMILIAR

Situació Emocional



A l'anàlisi comparatiu es a dir, recollint els registres abans i després d'implantar la trajectòria clínica, com a eina de treball d'infermeria en aquesta patologia, hem treballat 15 casos d'aquest diagnòstic com hem pogut veure als gràfics anteriors.

A continuació destacarem els diferents comportaments trobats després de fer la **prova exacta de Fisher**:

COMPORTAMENTS QUE NO ES MODIFIQUEN AMB LA IMPLANTACIÓ:

TAULA 1M-

	Abans	Després	Probabilitat
Tècnica quirúrgica	15	15	P=0,5
Informació Rehabilitació 2º dia	15	14	P=0,5
Control Via perifèrica	15	15	P=0,5
Control redó 2º-3º dia	15	15	P=0,5

COMPORTAMENTS QUE ES MODIFIQUEN NO SIGNIFICATIUS ESTADÍSTICAMENT

TAULA 2M-

	Abans	Després	Probabilitat
Control ferida 2º3º dia	13	15	P=0,24
Aspecte ferida 4º dia	13	15	P=0,24
Negació-Acceptació	2	0	P=0.24
Situació Emocional	0	1	P=0.5

COMPORTAMENTS QUE ES MODIFIQUEN

TAULA 3M-

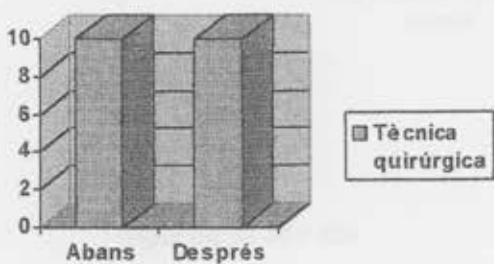
	Abans	Després	Probabilitat
Diagnòstic a l'alta	1	14	P< 0,0001
Informació escala EVA	1	14	P< 0,0001
Control EVA 4 dies C/torn	1	13	P< 0,0001
Complicacions a l'alta	2	15	P< 0,0001
Gestora de casos oncologia	0	15	P< 0,0001
Informació pròtesi mamària	0	15	P< 0,0001

B) Graella neoplàsia de recte:

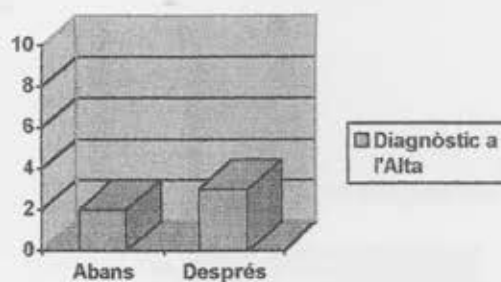
Com hem dit en la graella de la Neoplàsia de Mama, passem a analitzar els diferents blocs de resultats d'anàlisi comparatiu.

INFORMACIÓ

Informació Tècnica Quirúrgica

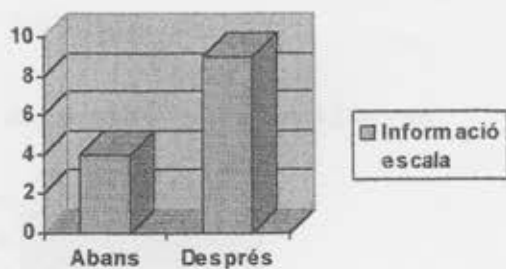


Diagnòstic a l'Alta

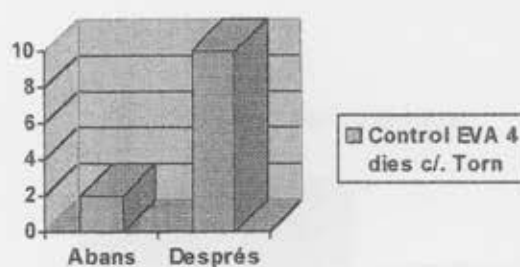


EVA

Informació Escala EVA

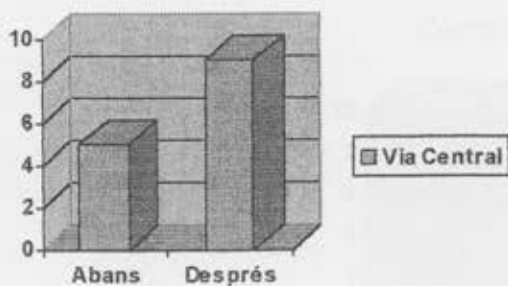


Control EVA

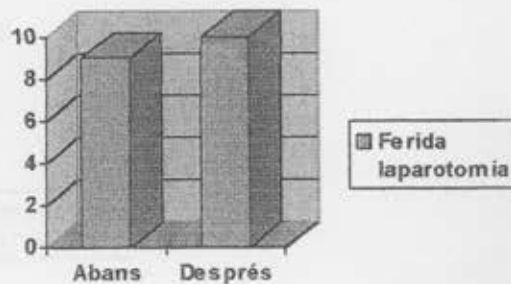


CURES

Cura Via Central

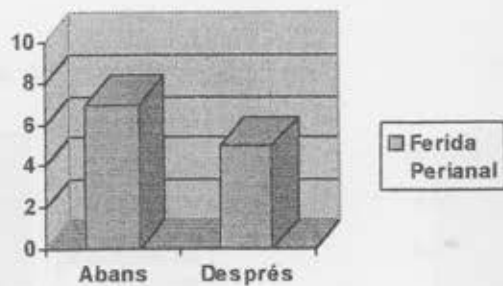


Cura Ferida Laparotomia

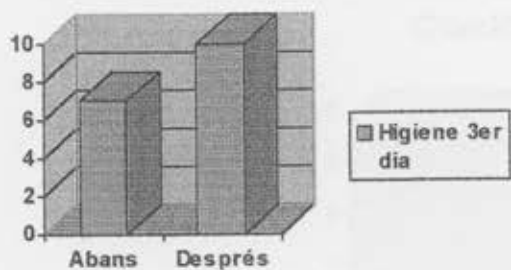


CURES

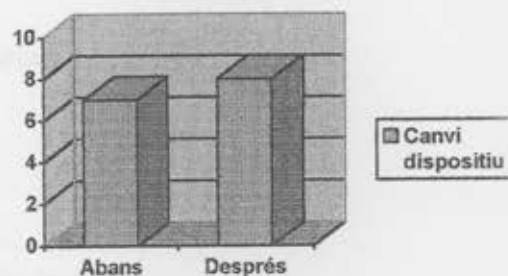
Cura ferida perianal



Higiene al 3er dia

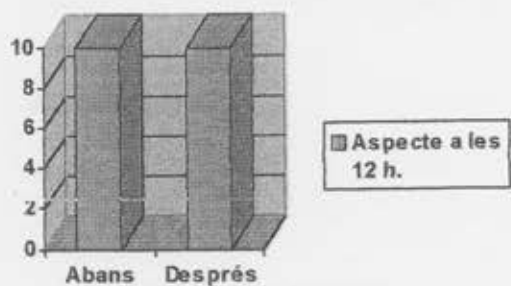


Canvi dispositiu

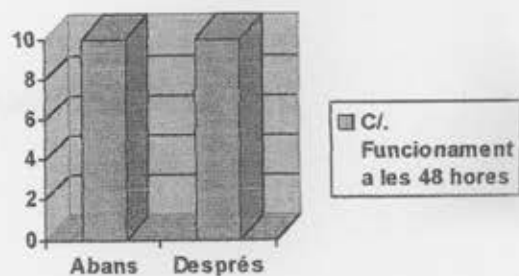


ESTOMA

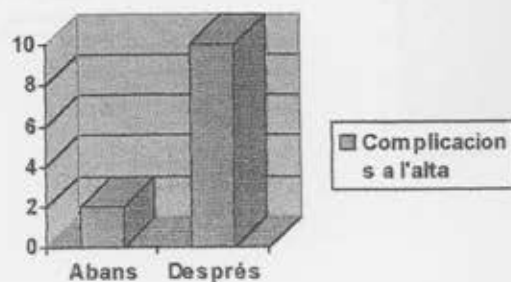
Aspecte estoma a les 12 hores



Control funcionament

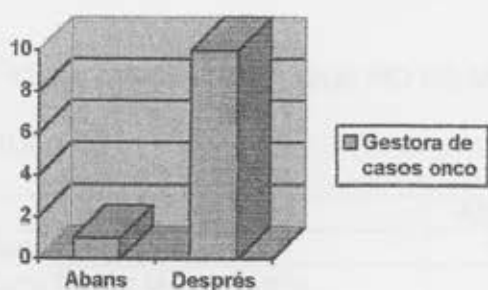


Complicacions a l'alta

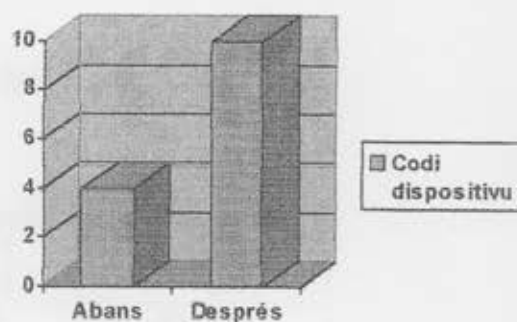


COORDINACIÓ A L'ALTA

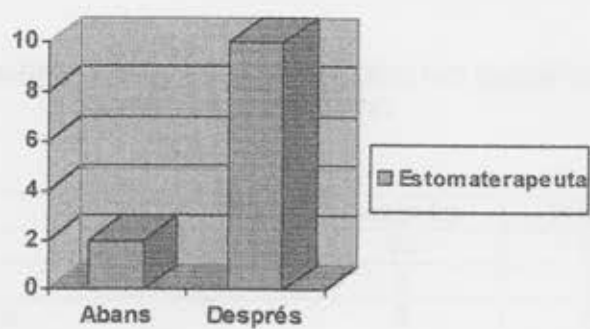
Gestora de casos oncologia



Codi dispositiu a l'alta



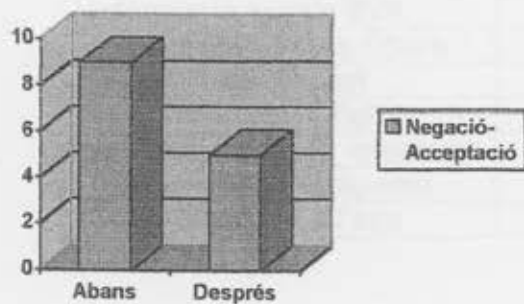
Citació Estomaterapeuta



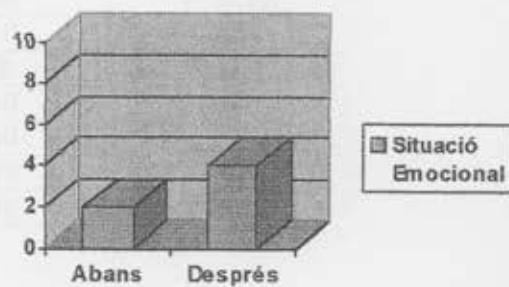
ANSIETAT

AMBIT FAMILIAR

Negació-Acceptació



Situació emocional



En el cas de la Trajectòria de la Neoplàsia de Recte, han estat 10 els casos a valorar.

A continuació destacarem els diferents comportaments trobats després de fer la *prova exacta de Fisher*:

COMPORTAMENTS QUE NO ES MODIFIQUEN AMB LA IMPLANTACIÓ:

TAULA 1R-

	Abans	Després	Probabilitat
Tècnica Quirúrgica	10	10	P=0,5
Cura ferida laparotomia	9	10	P=0,5
Canvi dispositiu	8	9	P=0,45
Control funcionament	10	10	P=0,5
Aspecte estoma a les 12 hores	10	10	P=0,5

COMPORTAMENTS QUE ES MODIFIQUEN NO SIGNIFICATIUS ESTADÍSTICAMENT

TAULA 2R-

	Abans	Després	Probabilitat
Higiene al 3 ^a dia	8	10	P=0,08
Diagnòstic a l'alta	2	3	P>0,5
Negació-Acceptació	9	5	P=0,07
Cura via central	7	9	P=0,29
Situació Emocional	2	4	P=0,31

COMPORTAMENTS QUE ES MODIFIQUEN

TAULA 3R-

	Abans	Després	Probabilitat
Informació escala EVA	4	10	P=0,05
Control EVA 4 dies C/torn	2	10	P< 0,0001
Cura ferida perianal	9	5	P=0,07
Complicacions a l'alta	2	10	P<0,003
Gestora de casos oncologia	1	10	P< 0,0001
Citació estomaterapeuta	2	10	P=0,0003
Codi dispositiu a l'alta	4	10	P= 0,005

5.5. ANÀLISI DE RESULTATS

5.5.1. Anàlisi de Resultats de les Enquestes

Dins d'aquest anàlisi, hem valorat tres punts destacats i diferenciadors de l'enquesta donada als professionals d'Infermeria de l'Hospital General de Manresa:

- Ítems relacionats amb les característiques personals i socioprofessionals.
- Ítems vinculats amb el coneixement i la utilització informàtica.
- Ítems relacionats amb el coneixement dels models i diagnòstics d'infermeria i Trajectòries Clíniques.

A) Característiques personals i socioprofessionals

Relacionat amb l'Edat: Els grups d'edat es van establir amb les següents escales:

1. De 20 a 30 anys
2. De 31 a 40 anys
3. De més de 40 anys

Del total de les 259 persones es mostra la tendència edat següent:

1. El grup majoritari pertany a l'edat entre 30 a 40 anys representat pel 37,8 % del total de la mostra.
2. El segon grup molt igualat a l'anterior, són els superiors o més grans de 41 anys, representat per un 35,5%.
3. El grup minoritari pertany a l'edat entre 20 i 30, representat amb un 26,3%.

Relacionat amb el Sexe: De les 258 persones que van contestar aquest ítem, tenim la distribució següent:

1. 241 persones són dones
2. 17 persones són homes

Fent la distribució per categories trobem:

1. A la categoria d'Infermera 11 homes i 151 dones
2. A la categoria d'Auxiliars 6 homes i 90 dones

Relacionades amb la Situació Laboral: Trobem tres tipus de contractes; fixa, temporal i contractació de suplències.

1. El primer grup amb un percentatge del 80,3% representa al personal fixa.
2. El segon grup amb un percentatge del 18,1% representa al personal amb contracte de suplències.
3. L'últim grup amb un 1,5% es correspon amb el personal amb contracte temporal.

B) Coneixement i utilització Informàtica

Persones que tenen ordinador a casa:

Dins d'aquest apartat s'ha identificat amb un 66,8% les persones que tenen ordinador a casa i amb un 33,2% les que no en tenen.

Nivell d'utilització de l'ordinador:

La pregunta inicial del tema informàtic, era si els professionals tenien ordinador al seu domicili. La resposta va ésser afirmativa en un 66 %, donat que l'edat que preval a l'Hospital Gral. de Manresa, era de 30 a 40 anys, es va voler indagar en el grau de coneixement, utilització i aplicació, ja que el tenir l'ordinador no era concloent de saber utilitzar-lo.

- A l'àmbit genèric tenim respostes que ens indiquen que un 44% del personal utilitzen **poc** l'ordinador; un 31,3 % no l'utilitzen **gens**; un 10% l'utilitzen **sovint**; un 9,3% l'utilitzen **bastant** i només 9 persones, es a dir un 3,5 % l'utilitzen **molt**.

Habilitat informàtica:

A la enquesta es van incloure 10 preguntes relacionades amb la formació teòrica i pràctica de temes informàtics, aquestes van ésser denominades com "**habilitats informàtiques**"; a la pàgina 94, podem veure que els dos grups s'acosten a uns percentatges del 50%, en la valoració d'aquests resultats vam creure oportú l'agrupació de les preguntes per fer un anàlisi més general d'aquest ítem.

Les dades van estar representat amb un 51,4 %, que contesta tenir coneixements de informàtica i un 48,6% diuen no tenir cap tipus de coneixements.

Programes informàtics:

Hem indagat en el coneixement de 4 programes: Word, Excel, Acces, Power Point, dins d'aquests s'ha establert tres nivells de preguntes: el coneixement, la utilització i el grau d'aplicació dels mateixos. Dins d'aquests conceptes es van establir 4 nivell de respostes que anaven des de el poc (1) al molt (5) coneixement d'aquests; a continuació detallarem els resultats mes rellevants, situats en les respostes 4 i 5:

Coneixements, Utilització i Aplicació:

- Word:

El programa informàtic més conegut ha estat el Word amb un percentatge al voltant del 3 % en cada un dels nivells.

Existeix diferencia en quant a Diplomats i Auxiliars ja que només 6 Auxiliars, en front a 40 Diplomats, tenien coneixements dels nivell 4 i 5 de resposta.

En la utilització van ésser de 40 Diplomades i 5 Auxiliars.

En l'aplicació van ésser de 43 Diplomats i 5 Auxiliars

- **Acces:**

S'ha de destacar el poc coneixement d'aquest programa on només 4 Diplomats i 1 Auxiliar van manifestar coneixement, 8 Diplomats i 1 Auxiliar van expressar la seva utilització i solament 3 Diplomats i cap Auxiliar saben aplicar-lo.

- **Excel:**

Els resultats van estar de 8 Diplomades i 3 Auxiliars en quant al coneixement, 6 Diplomats i 2 Auxiliars en quant a utilització i de 7 Diplomats i 2 Auxiliars en l'aplicació.

- **Power Point:**

Aquest programa es mes conegut després del Word ja que 18 Diplomats i 2 Auxiliars diuen coneixen-lo, 16 Diplomats i 1 Auxiliars l'utilitzen i 19 Diplomades i 1 Auxiliar l'apliquen.

Formació:

A la pregunta 8 de la enquesta es va demanar si la persona havia realitzat algun curs informàtic, les respostes ens diuen que un 49% de les Diplomades havien realitzat algun curs, enfront d'un 31% de les Auxiliars.

C) Coneixements dels Models i Diagnòstics d'Infermeria

Models d'infermeria:

La pregunta sobre els models presentava en una primera columna 4 models d'infermeria (V.Henderson, D. Oren, C. Roy i M. Rogers) i la segona columna contenia les 4 definicions d'aquests, les persones tenien d'establir les relacions correctes.

Els resultats van donar al model de V.Henderson com el més conegut amb un percentatge del 60,2%, sent el segon el de D.Oren amb un 40,2% i amb un 30% aproximadament, els dos restants.

D'aquestes contestes podem veure a la pàgina 120 un gràfic que representa el nombre de persones que coneixien cap, un, dos, tres o els quatre models. Com veiem del total de les 162 diplomades, 74 deien conèixer els quatre models anomenats i només 6 persones no coneixien cap.

La segona pregunta volia indagar en el coneixement del model mes conegut, el de V. Henderson; es van crear dues columnes on constaven 10 necessitats i quedaven 4: Eliminació, Higiene, Comunicar-se i Aprendre. Les respostes obtingudes s'acosten al 60 % del coneixement d'aquestes necessitats com poden veure a la pàgina 1221, sent la mes coneguda la de Eliminació.

La tercera pregunta demanava que s'establís la relació entre 4 signes clínics (Dispnea, Canvi deposicional, Queloide i Astènia) i les 4 necessitats alterades. Totes les respostes correctes van obtenir un percentatge del 62 %.

La quarta pregunta establia per un cantó dades obtingudes amb la valoració al malalt (oci, nivell d'escolaritat, hàbits sexuals i aspecte personal) i per altre les necessitats que les representava. Les respostes correctes van obtenir un percentatge del 60%.

Coneixement dels Diagnòstics d'Infermeria:

Per tal de detectar el coneixements en quant a diagnòstics d'infermeria, es van plantejar 5 problemes de salut i al costat 5 diagnòstics d'infermeria, les persones tenien de establir una relació correcte. Els diagnòstics més coneguts van ésser els de "deteriorament de la mobilitat" i el de "desnutrició" amb un percentatge correcte del 59% i el de "labilitat emocional", el menys conegut amb un 32 %.

Una segona pregunta respecte als diagnòstics demanava que la relació correcte del concepte "risc d'infecció". Els resultats van indicar que 117 diplomades havien contestar correctament i 41 persones no havien escollit la contesta correcte de diagnòstic d'infermeria.

Coneixement de Trajectòries Clíniques:

Per detectar el grau de coneixement del concepte "Trajectòria Clínica", es van incloure dos preguntes a l'enquesta; la primera donava tres possibles definicions com a certes i una quarta contesta on deia que dos de les anteriors ho eren, sent aquesta quarta la resposta correcta. Els resultats ens indiquen que 134 persones coneixien aquest concepte i només 2 persones van contestar la resposta més incorrecte on deia que la Trajectòria Clínica era una "Guia d'activitats per tot tipus de patologies".

La segona pregunta demanava quines accions es necessitaven per elaborar una Trajectòria; de les quatre opcions només una era incorrecte. Els resultats reflexen que majoritàriament (138 diplomades creuen que s'ha de definir el malalt tipus, 125 creuen que es necessita d'un consens multidisciplinar, 141 que es necessita detectar els problemes més freqüents de cada patologia i només 3 diplomades creuen que s'hauria d'excloure tots els protocols per fer l'elaboració d'una Trajectòria Clínica.

5.5.2. Anàlisi de resultats Trajectòries Clíniques

Aquest anàlisi representa el resultat de l'impacte, en quant a registres d'infermeria, després de la implantació de les trajectòries clíniques.

- **COMPORTAMENTS QUE NO ES MODIFIQUEN**

Com podem veure en la *TAULA 1M* es mantenen sense canvis els següents ítems:

Tècnica quirúrgica, Informació vers els exercicis de Rehabilitació en el segon dia, el control de la via perifèrica i el control del redó en el segon i tercer dia, sent la probabilitat de tots ells, segons la prova exacta de Fisher de $P=0,5$.

En la *TAULA 1R* es manté aquest comportament en: Tècnica quirúrgica, la cura de la ferida de la laparotomia, el canvi de dispositiu de l'ostomia, el control del funcionament i l'aspecte de l'estoma a les 12h sent igualment la probabilitat de $P=0,5$.

- **COMPORTAMENTS QUE ES MODIFIQUEN NO SIGNIFICATIUS ESTADÍSTICAMENT**

Els ítems de: control de ferida en el segon i tercer dia, l'aspecte al quart dia, la manifestació de Negació-Acceptació i la situació emocional, amb valors de $P=0,24$ reflexats en la *TAULA 2M*, requeriran d'un control posterior ja que no podem assegurar que aquests resultats no s'esdevinguin fruit de l'atzar.

En la *TAULA 2R* els ítems trobats són: Higiene al tercer dia amb el valor de $P=0,08$, Diagnòstic a l'alta amb $P>0,5$, Negació-Acceptació amb $P=0,07$, Cura via central amb $P=0,29$ i Situació emocional amb $P=0,31$.

- **COMPORTAMENTS QUE ES MODIFIQUEN**

Com representa la *TAULA 3M* els comportaments que es modifiquen són: Diagnòstic a l'alta, Informació de la escala d'EVA, el Control de l'EVA en els quatre primers dies del postoperatori en cada torn, les Complicacions a l'alta, la Consulta a la Gestora de Casos d'Oncologia i la informació de la Pròtesi Mamària amb valors de $P<0,0001$.

Paral·lelament en la *TAULA 3R* s'identifiquen els ítems de: Informació de l'escala d'EVA amb $P=0,05$, el Control de l'EVA als quatre primers dies del postoperatori en cada torn amb $P<0,0001$, la Cura de la ferida perianal amb $P=0,07$, les Complicacions a l'alta amb $P<0,03$, la consulta a la Gestora de Casos d'Oncologia amb $P<0,0001$, la citació a la consulta de la Estomaterapeuta amb $P=0,0003$ i la informació del Codi del dispositiu de l'estoma a l'alta amb $P=0,005$.

6. CONCLUSIONS I PROPOSTES DE LA RECERCA

6.1. CONCLUSIONS GENERALS

6.1.1. CONCLUSIONS DE LES ENQUESTES ALS PROFESSIONALS

No podem començar les conclusions respecte al tema informàtic, sense fer un incís important, com ven dir en el marc teòric d'aquest treball de recerca, el món dels bits evoluciona a una velocitat importantíssima ; les dades que hem reflexat en els gràfics anteriors, corresponen a unes dades concretes; estem segures que tot això ha canviat de manera considerable en un any.

Hem considerat com a molt positiu el percentatge d'enquestes complimentades, ja que és un dels "handicaps" per elaborar un treball de recerca. Això és un reflexa del bon clima laboral del nostre Hospital.

- Aspectes **personals i socioprofessionals**:

Amb aquest ítem vam obtenir dades respecte a les edats prevalents de la plantilla de professionals d'infermeria de l'Hospital Gral. De Manresa.

El grup majoritari com podem veure al gràfic de la pàgina 90, es situa entre el 30 i 40 anys (amb 98 persones), encara que és molt significatiu de més de 41 anys amb 92 persones.

Aquesta situació ens posiciona a priori a pensar en formació davant de la utilització de l'eina informàtica en el dia a dia.

Com es conegut en el nostre col·lectiu els professionals son dones en un 93%, no existint diferències entre les diferents categories.

En el terreny laboral, la contractació fixa predomina en un 80,3%, seguit de la contractació de suplències. A l'actualitat existeixen pocs contractes temporals.

Com a conclusió d'aquest punt podem dir que l'edat de la plantilla d'infermeria, pot suposar una problemàtica a diferents bandes:

- En relació al futur mediat on poder comptar que l'aplicació informàtica serà una realitat, aquest tant per cent tant elevat, plantejarà una dificultat afegida.
- En relació a la falta de coneixement, ja en el present, respecte al tema informàtic i,
- En quant a la resistència al canvi tant a l'hora de la formació com de l'aplicació.

Aquesta mateixa dada, l'edat, ens situa davant d'un col·lectiu que majoritàriament tenen una formació de "ATS" amb convalidació universitària, això ens posiciona a determinar a priori, un alt grau de sensibilització i/o formació respecte a la conceptualització d'infermeria.

- Aspectes de **Integració de la Informàtica:**

Al iniciar el nostre treball vam incloure el tema informàtic amb un pensament de futur immediat. Tot el treball desenvolupat fins ara ha estat dirigit cap a un concepte informatizable. Tots sabem que el món de la informàtica necessita recolzar-se amb esquemes ben treballats a priori.

Està clar que la nostra responsabilitat és la de recollir al detall tota la informació que ens situï davant totes les necessitats dels professionals per començar a utilitzar aquesta eina.

Els resultats de l'enquesta ens van demostrar en el seu dia, que el nivell de coneixement informàtic de les auxiliars i DI era escàs, sent unes dades importants per que la Direcció d'Infermeria enfoqués la formació en els diferents nivells de necessitats.

- Aspectes de **Models, Diagnòstics i Trajectòries Clíniques:**

L'anàlisi de les enquestes ens van donar una idea clara i precisa del nivell de coneixements dels Diplomats d'infermeria, tot això ens va servir per enfocar clarament la formació en quant a manera i temps.

El fet de que el model de Virgínia Henderson fora el més conegut, va donar peu a posteriori a la Direcció d'Infermeria a comunicar l'establiment del mateix en la recollida d'informació (Valoració) dins de l'Hospital. Aquest fet era coherent amb el que els estudiants d'infermeria de l'Escola Universitària de Manresa, també el utilitzant en la seva formació.

En quant al tema dels diagnòstics d'infermeria hem de dir que es un tema menys conegut i també, amb el que els professionals ens posicionen amb més resistència. Com ja saben la formulació d'aquest diagnòstics vers a la pràctica no ha estat lo suficientment àgil per integrar-lo en el dia a dia; tot i així sorprèn que a la pregunta nº 22 que demanava la identificació d'un diagnòstic, una tercera part dels diplomats han identificat el diagnòstic de forma correcta.

En quant a les preguntes sobre la trajectòria clínica, tant en quant a la definició com a l'elaboració ens ha sorprès el alt grau de respostes correctes. Això potser degut a que diferents professionals del Hospital, en formació postgrau, ubicats en especialitats diverses, van començar a sensibilitzar al seus equips en quant al canvi dels registres i la integració de les mateixes.

6.1.2. CONCLUSIONS IMPLANTACIÓ TRAJECTÒRIES CLÍNiques

A continuació mostrarem els punts forts i febles que de manera objectivament i subjectiva, han donat sentit al nostre treball de recerca.

- **Aspectes d'Informació del procés:**

Es detecta una mancança de la **Informació del Diagnòstic** tant en l'episodi preoperatori com en el postoperatori, ja que en els registres no consta que el malalt conegui el seu diagnòstic, sent un dels punts importants a controlar a posteriori, no oblidant que ambdós processos són de caràcter neoplàsic i portaran inevitablement una afectació psicològica del malalt i família degut al canvi de la imatge corporal i a l'evolució del pronòstic.

Una de la millora més palesa és la integració de les infermeres clíniques o especialistes, la Gestora de Casos d'Oncologia i Estomaterapeuta, dins les trajectòries clíniques, sent una de les peses que en un futur han de contribuir per que aquesta millora de la Informació sigui real.

Si es ressalta la **Informació de la Tècnica Quirúrgica** que tan abans de la instauració com després, el malalt és coneixedor d'aquesta. Sent un punt molt favorable en la praxi de tots els professionals que han contribuït en aquests processos, degut a que la característica principal d'aquests és un efecte físic, l'amputació (de la mama o del recte).

Encara que hem de parlar objectivament del tamany de la mostra d'aquest anàlisi comparatiu, si s'ha de remarcar les grans diferències en quant al canvi de comportament obtingut, que és fa palesa en el camp de caràcter preventiu com és la **Informació de l'escala d'EVA**.

- **Aspectes de comunicació:**

Si vital es el rol de col·laboració, diríem que el camp de la comunicació i la informació, ens representa. Infermeria sempre ha defensat la seva feina amb la premissa de la seva presència 24 hores al costat del malalt. Si aquestes 24 hores no estan cobertes amb comunicació i traspàs, tant verbal com a no verbal, de tot allò que deu saber i que beneficiarà al malalt i la família, estarem deixant un camp buit que probablement no serà omplert per d'altres professionals sanitaris.

Corresponsabilitat Malalt-família: Si amb la implantació d'una trajectòria clínica estem començant a verificar objectius de racionalització de les estades i en molts casos comproven que es poden escorçar, no es només pel fet de assegurar l'analítica el dia que toca i poder detectar de forma prèvia una anèmia, sinó també pel fet de informar en el coneixement d'una resposta individual enfront al dolor, el coneixement d'un diagnòstic ja que encara que sigui una responsabilitat mèdica, no deixa de ésser un tema compartit; si nosaltres detectem una angouxa al respecte, tenim la responsabilitat de posar-lo en coneixement de l'equip, per disminuir aquesta por respecte a les dubtes i en tot cas, treballar amb el malalt i la seva família, l'acceptació d'una situació que no podem donar-li el dia de l'alta en un informe escrit.

Una eina que tendeix a la estandardització de les cures i l'avaluació dels resultats ens exigeix a tots els professionals l'esforç d'un pas previ. La tendència social que ens està obligant a deixar de banda la paraula "pacient" ens guia cap a la integració i participació en la corresponsabilitat del seu procés. Aquest canvi suposa el tenir d'elaborar estratègies tant amb el malalt com amb la família, de **pactes i consens d'objectius/resultats** tangibles. Aquest repte només s'assolirà mitjançant la comunicació i el feed-back.

Professionals: Està clar que potenciant el consens exigirà el treball en equip; la integració multidisciplinària deixarà de ser un concepte virtual.

- Aspectes d'eficàcia econòmica:

Estada mitjana: La implantació de la trajectòria clínica, com eina que pot influir en la racionalització dels recursos, mitjançant la estandardització del procés, es veu palesa en els resultats que hem presentar en el apartat anterior.

En la **neoplàsia de mama** existeix la següent diferència:

Abans	Després
9,5 dies	6,7 dies

En la **neoplàsia de recte** existeix la següent diferència:

Abans	Després
16 dies	11 dies

- Aspectes de la Unificació dels Registres:

La trajectòria clínica en proporciona la formulació i la unificació del lèxic infermer, donant a igual procés mateixos ítems de valoració. Per tant estem dient que el professional cuidarà d'una manera individualitzada al malalt des d'una **estandardització de les cures** per tots els Infermers de l'Hospital General de Manresa.

- Aspectes de Rol de Col·laboració:

Cada vegada més integrem que infermeria no treballa sola. El treball d'equip és vital per cobrir els objectius de qualitat marcats a priori.

De la història anterior, remarcada en el marc teòric d'aquest treball, a on la presència rellevant de la figura mèdica, dominava quasi en la seva totalitat les decisions a prendre, al present, on d'altres professionals i disciplines, s'han afegit al consens, lluny de complicar la situació, creiem que han enriquit, no només la consecució dels objectius respecte a malalt i família, sinó també a la resta dels professionals que hi participen.

Si davant d'una dona intervinguda d'una neoplàsia de mama, assegurem l'inici d'uns exercicis de rehabilitació avalats pels professionals de fisioteràpia, estem treballant el camp de la prevenció, responsabilitat que ens toca dins la nostra disciplina.

En aquest sentit també hem de continuar mantenint la presència d'altres companys de la professió, experts, com són les gestores de casos i/o

estomaterapeutes, que encara que té lògica en el cas d'aquests diagnòstics, no sempre es fàcil, ja que infermeria, sigui pel poc reconeixement que ha tingut tant socialment, com d'altres professionals, hem tingut una resposta moltes vegades defensiva, que no sempre ens ha ajudat a donar-li la volta a la nostra autoestima laboral.

Al llarg del treball hem desenvolupat les diferents tendències d'infermeria i la seva reticència per integrar tasques i **cures del rol autònom**; així allò que sempre hem fet, lògicament, està integrat en el dia a dia i no es modifica la tendència a registrar-lo pel fet de tenir-lo a la trajectòria. El Rol de Col·laboració és un hàbit adquirit.

Com a dada a destacar en els registres de la Neoplàsia de Recte és manté entre un 90 i un 100% el registre dels conceptes relacionats amb l'ostomia, fet vinculat a la creació de la figura de l'Estomaterapeuta des de l'any 1991 en el nostre Hospital; es destaca no només la quantitat, sinó la qualitat semàntica dels registres al respecte.

- Aspectes **Actitudinals**:

Hem de començar aquest apartat dient com a crítica constructiva, que en els resultats que comentem, segurament han tingut una relació directa el fet de que, tant els conceptes de **Negació-Acceptació**, com els de **Situació emocional** a l'àmbit familiar, no van estar integrats en la trajectòria clínica, de manera que aquests temes deixaven el registre lliure segons cada professional. Això i la poca mostra, fa que els nostres comentaris no deixin de ser només això, comentaris respecte al que ens demostra l'experiència, sense poder basar-nos en dades suficientment objectives. Aquesta dada ens obliga a rectificar vers els registres futurs.

Tots els aspectes actitudinals son aspectes a treballar dins la nostre disciplina. Encara que les infermeres sempre hem estat conscients de que deixar de treballar per exemple temes d'acceptació, dol, canvis en la imatge, canvis de rols, era tant important com deixar de fer un cultiu en cas de agulla febril, però no sempre els hem defensat de la mateixa manera.

Unes de les dades que ha canviat negativament amb la implantació de Trajectòries son els registres de Negació-Acceptació. En l'anàlisi retrospectiu aquest ítem constata en el 100% dels casos en detriment dels registres prospectius que es va fer en un 50%.

Sí voldríem ressaltar que infermeria encara mostra reticència a entrar o incloure registres qualitatius, respecte a **comportaments i conductes del malalt i família** en el procés, creiem que és una assignatura pendent i encara que és cert que la reducció de les estades a l'hospital de determinats processos, no dona massa temps per obrir el marge de confiança necessari per registrar dades relacionades amb aspectes psicosocials, també creiem que infermeria, lluny de recollir judicis de valor, deu i pot ressaltar mitjançant l'observació, la manera en que malalt i família tenen per enfrontar-se a tot allò que els hi està passant; el fet de no fer-ho, no és només una situació d'omissió d'uns registres, sinó el fet de no assegurar la **continuitat de informació** a d'altres professionals d'un camp molt propi de treball.

Lluny de tornar a la fàcil justificació de la "falta de temps", hem de treballar a fons per establir eines que ens permetin conèixer com treballar d'una forma objectiva, fugint de la subjectivitat que podem trobar en aquests camps, i que deixin constància de la situació.

Potser pel fet de que quant hem fet una cura, hem pogut veure la causa-efecte, i en el cas del treball actitudinal, hem de posar temps i no sempre poder veure els resultats, no ens ha estat tant "gratificant" el treballar-los.

Això i una falta de preparació, no ens oblidem que fins no fa tant temps, ens preparàvem per exercir de "Ajudants Tècnics Sanitaris", i el camp de la psicologia no estava precisament present, ens ha posat d'esquenes a unes qüestions ben nostres.

- Aspectes relacionats amb els **Clients Interns**:

La Trajectòria Clínica com a eina de treball aporta als professionals la possibilitat de estimular **actituds creatives**, potenciant la persona en front de les **actituds** prescriptives molt arrelades en la manera de treballar fins ara.

6.2. PROPOSTES

Les propostes que expressem a continuació es mouran, evidentment en un nivell tangible de solucions, ja que existeixen situacions intangibles, que no es podran canviar com per exemple l'edat dels professionals.

El treball de recerca i els resultats trobats, ens ha posicionat a treballar de valent en la realitat, lluny de voler aconseguir grans resultats a curt plaç, hem dirigit les nostres propostes al present, es a dir al febrer del 2001.

Una vegada acabada la investigació, ens hem de posar a treballar en tres punts clau:

1. Formació segons les necessitats constatades a dos nivells: Informàtica i Conceptualització d'Infermeria.
2. Introduir l'eina desenvolupada en la pràctica diària (Estació de Treball Hospitalària).
3. Continuar l'elaboració de les diferents Trajectòries Clíniques.
Mantenir la comissió creada per avaluar i identificar indicadors de qualitat d'aquestes.

Encara que la nostra atenció després del treball de recerca s'havia centrat en els punts anteriors, hem de dir que a l'hora de treballar les trajectòries, han aparegut paral·lelament d'altres temes interessants, que han necessitat de la nostra atenció, ja que formaven part del gran estimul de les persones implicades. Aquests van sorgir a l'hora de constatar les variacions del les trajectòries, es a dir els problemes individualitzats, anomenats actualment com a especialitats. Els problemes més habituals a la pràctica van ésser: Diabetis, Hipertensió i la Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica.

Formació:

La nostra proposta podem dir que ha començat a ésser efectiva i s'han realitzat 2 cursos d'informàtica per a persones que no tenien cap coneixement.

En relació a la conceptualització, ja s'ha començat també, fent formació sobre conceptualització, models i diagnòstics a les Diplomades que quedar incloses en el grup de mes baix coneixement, de forma automàtica vam integrar a les Responsables Asistencials d'Infermeria de cada una unitat.

Eina Informàtica:

Per tal d'introduir la informàtica a nivell de treball diari, (Estació de Treball Hospitalària) s'ha proposat començar per la "valoració ", ja que es el tema més elaborat en suport paper pels professionals d'infermeria.

Un altre proposta en relació a aquest tema es el disseny de "blocs" de problemes de col·laboració amb activitats estandarditzades per tal d'agilitzar el treball en aquelles patologies que no queden incloses dins les trajectòries clíniques.

Trajectòries Clíniques:

- Introduir dins la trajectòria els registres d'àmbit psico-social en aquelles patologies neoplàsiques, fruit de la valoració feta en el treball de recerca.
- Crear sistemes de avaluació de les trajectòries:
 - . Anàlisi del grau d'acomplimentació
 - . Desviació de les trajectòries
 - . Casos i causes que han fet sortir de les trajectòries.
- Establir un sistema de retroalimentació de les mateixes, retornant de forma sistemàtica als professionals, resultats vinculats de les mateixes.
- Mantenir la comissió de seguiment creada per estimular i ajudar als professionals, sent persones de referència a l'hora de començar l'elaboració de qualsevol trajectòria.

10. BIBLIOGRAFIA

- ALFARO, R. (1990). Démarche de soins. Mode d'emploi. Paris, Lamarre.
- ANTOÑANZAS, A., ARCELAY, A. y otros (1997). Calidad Asistencial en Atención Primaria. Valencia. Du Pont Pharma.
- ARTIGAS, M. BUJ, A. (1995) Un programa informático para la gestión personalizada de dietas. Revista Rol de Enfermería 199, 67-70.
- CARPENITO, L., (1990). Diagnostic Infirmier. Du Concept à la pratique clinique. 2ª edición francesa. Paris, Medsi/McGraw-Hill.
- CARPENITO, L., (1995). Diagnostic Infirmier. 5ª edición. Montréal, ERPI.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1994). La Nature des soins infirmiers. Montréal, ERPI.
- CUESTA, A. BENAVENT, A. GUIRAO, J.A. (1994) Diagnostico de Enfermeria. Madrid: Diaz de Santos.
- ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA DE BARCELONA (1998). X Aniversario E. U. E. Profesora honoraria V. Henderson. Barcelona.
- HENDERSON, V. (1994) La naturaleza de la Enfermeria. Madrid. Interamericana-McGraw-Hill.
- KERSHAW, B., SALVAGE, J. (1998) Modelos de Enfermeria. Barcelona. Doyma.
- KOCH, H. Gestión total de la calidad en la Sanidad. FAD-Fundació Avedis Donabedian.
- LLISTAR, S. SANCHEZ, J. ¿Se puede informatizar la Enfermería?. Revista Rol de Enfermería 98, 13-16.
- LUIS, MT. (1998) Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Madrid. Harcourt.
- LUIS, MT. (1999) Diagnósticos Enfermeros de la Nanda. Definiciones i Clasificación 1999-2000. Madrid. Harcourt.
- MARQUET, R. AVELLANA, E. DAVINS, J. La planificación de la Calidad. Regió Sanitària Costa de Ponent. Servei Català de la Salut. Cap. la Mina.
- MARQUET, R. AVELLANA, E. DAVINS, J. La mejora de la Calidad. Regió Sanitària Costa de Ponent. Servei Català de la Salut.

- MARRINER – TOMEY (1994) Modelos y teorías en Enfermería. Madrid. Mosby/Doyma.
- MARRINER,L. (1899) Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Rol
- McCLOSKEY,J. i BULECHEK,M. Nursing Interventions Classification (NIC) Third Edition. Mosby.
- OLIVERI,N. SOSA,M. GAMBOA,C. (1997) Internet, telemática y Salud. Buenos Aires: Paramericana.
- PEDRAZA, L. (1997) Informática médica. Mèxic: McGraw.Hill Interamericana.
- PEREZ, J. Un hospital informatizado integramente. Hospital de Navarra. Revista Rol de Enfermería 135, 59-66.
- PHANEUF, M. (1999). La planificación de los cuidados enfermeros. México.D.F. McGraw-Hill Interamericana.
- PHANEUF, M. i GRONDIN, L. (1994). Diagnostic Infirmier et Rôle autonome de l'infirmière. Paris, Maloine.
- RIOPELLE, L., GRONDIN, L. i PHANEUF, M. (1987). Répertoire des diagnostics infirmiers selon le modèle conceptuel de Virginia Henderson. Montréal, McGraw-Hill.
- RIOPELLE, L., GRONDIN, L. i PHANEUF, M. (1988). Enseignement à la clientèle. Montréal, McGraw-Hill.
- RIOPELLE,L. GRONDIN,L. PHANEUF,M. (1993) Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana.
- RIOPELLE,L. LAOUDE,L (1982) Individualisation des soins infirmiers. Modèle conceptuel. Quebec: McGraw.Hill
- TORRA, J. (1995) El futuro al alcance de nuestras manos. Revista Rol de Enfermería,207, 13-18.
- TORRA, J. (1995) Recursos para enfermería. Revista Rol de Enfermería, 208, 57-61.
- TORRALBA,J. SELVAS,M. SOLAS,JL. JIMENEZ,M. (1997) Sistemas informáticos en los registros de enfermería. Revista Rol de Enfermería 222, 17-20.

ESCOLA UNIVERSITÀRIA D'INFERMERIA SANTA MADRONA
Fundació "la Caixa"

ELABORACIÓ I IMPLANTACIÓ INFORMÀTICA DE TRAJECTÒRIES
CLÍNIQUES DE LES PATOLOGIES DE NEOPLÀSIA DE RECTE I DE
NEOPLÀSIA DE MAMA

ANNEXES

AUTORES:
Anna Pérez i Carmona
Rosa Vila i Grau

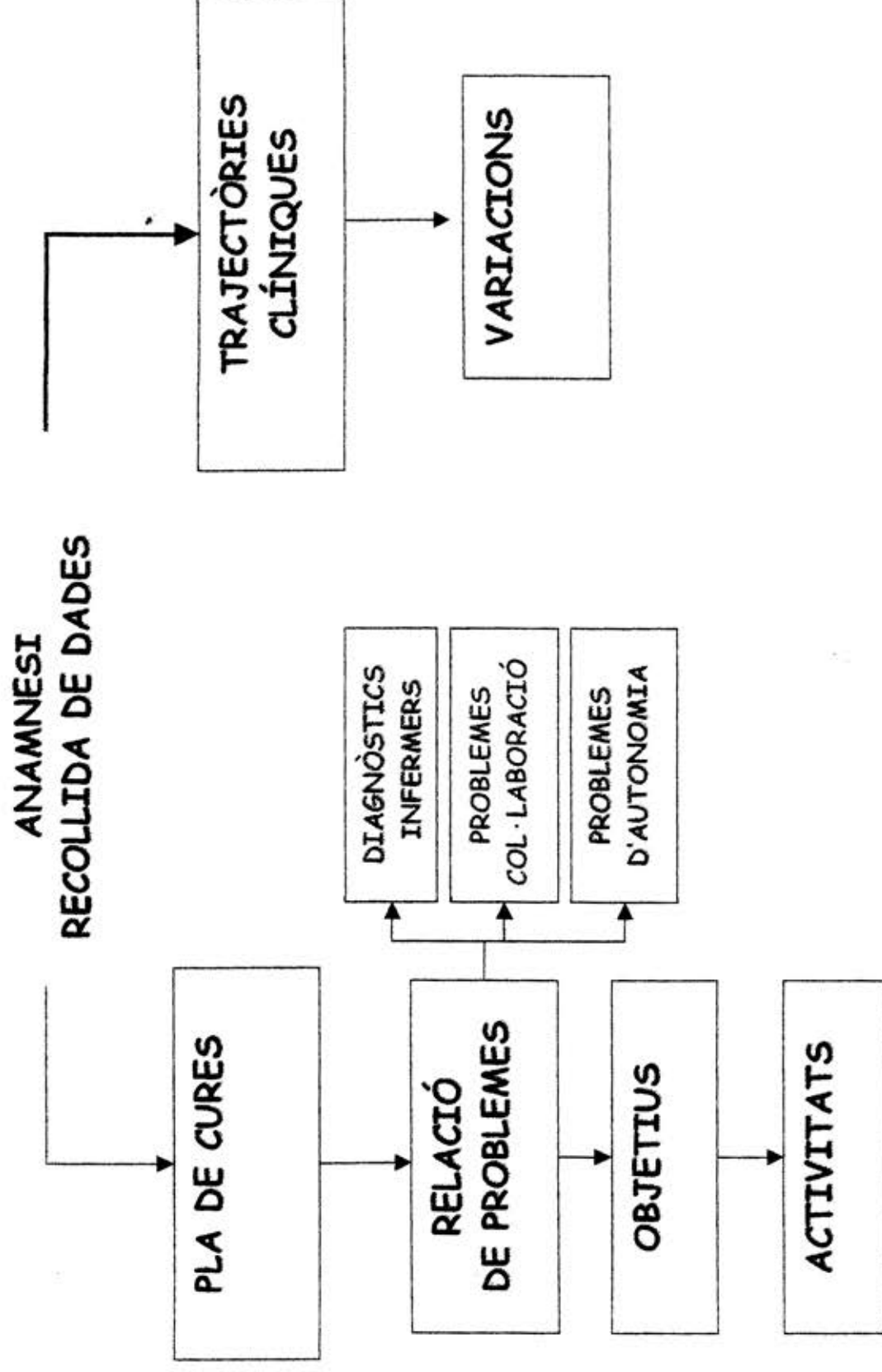
Màster d'Administració i Gestió en Infermeria
Curs 99/00

8. ANNEXES

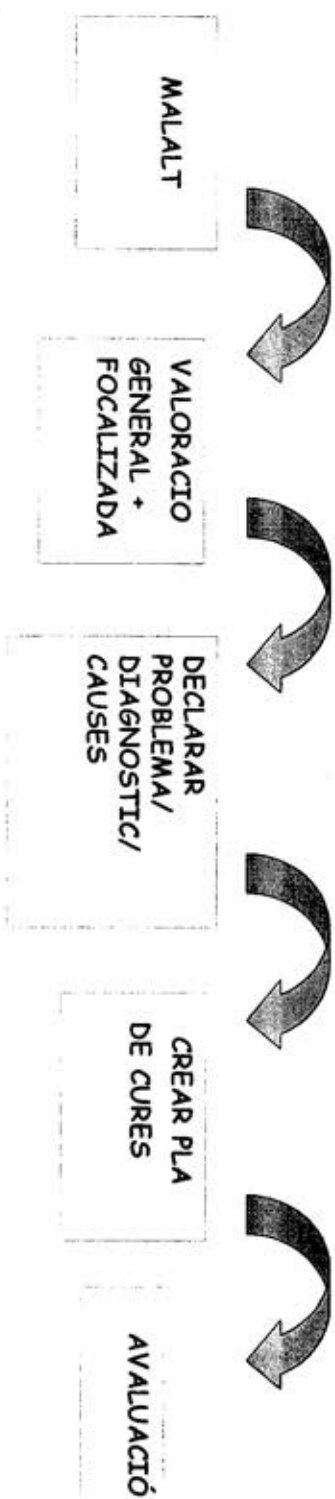
1. SIMTRAIN – ESTRUCTURA OPERATIVA (Pag. 1-2)
2. AGENDA WEB DE ENFERMERIA (Pag. 1-2).
3. AGENDA WEB DE ENFERMERIA (Pag. 1-2).
4. CARTA DE DIRECCIÓ A DIPLOMATS D'INFERMERIA (Pag.1-3)
5. CARTA DE DIRECCIÓ A AUXILIARS D'INFERMERIA (Pag.1-2)
6. ESTACIÓ DE TREBALL D'INFERMERIA
7. VALORACIÓ FOCALITZADA NEOPLÀSIA DE MAMA
8. TRAJECTÒRIA CLÍNICA – MASTECTOMIA (Pag. 1-2)
9. TRAJECTÒRIA CLÍNICA- NEOPLÀSIA DE RECTE (Pag. 1-2)
10. FULL DE VARIACIONS
11. FULL D'ESPECIALITATS (Pag. 1-3)
12. CONTROL DE QUALITAT
13. ENQUESTA DIPLOMATS I AUXILIARS D'INFERMERIA (Pag.1-8)
14. GRAELLA ANÀLISI RETROSPECTIU NEOPLÀSIA DE MAMA
15. GRAELLA ANÀLISI RETROSPECTIU NEOPLÀSIA DE RECTE
16. GLOSARI NEOPLÀSIA DE MAMA
17. GLOSARI NEOPLÀSIA DE RECTE
18. GRAELLA ANÀLISI PROSPECTIU NEOPLÀSIA MAMA
19. GRAELLA ANÀLISI PROSPECTIU NEOPLÀSIA RECTE

SIMTRAIN - ESTRUCTURA OPERATIVA

Annexa 1



DISSENY DEL PROJECTE



Agenda Web de Enfermería ^{Annexa 2}

NOVIEMBRE 1999

BIBLIOTECAS Y EDITORIALES

1. BIBLIOTECAS EN ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD

- **SciELO (Scientific Electronic Library Online).** Biblioteca virtual que abarca una colección seleccionada de revistas científicas brasileñas que están indexadas a texto completo.
- **Catálogo de la Biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid.** Están incluidos los fondos de la Escuela de Enfermería.
- **Biblioteca. E.U. de Enfermería. Universidad de Valladolid.**(Últimas adquisiciones)
- **Biblioteca de la Universidad de Murcia.** Posee fondos de enfermería en la Facultad de Medicina.
- **Biblioteca de la Universidad Autónoma de Barcelona.**
- **Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. Acceso al Catálogo (OPAC) en página Web.** Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.
- **Biblioteca. Universidad de Barcelona**
- **Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud.**
- **Biblioteca del Hospital Ramón y Cajal**

2. OTRAS BIBLIOTECAS INTERESANTES

- **Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes Saavedra.** Iniciativa de la Universidad de Alicante que proyecta la digitalización de 30.000 obras en castellano.
- **Universidad de Alcalá de Henares. Biblioteca.** Acceso al Catálogo (Telnet y Web).
- **Asociación Andaluza de Bibliotecas Médicas (ASABIME).**
- **RED IRIS : Bibliotecas de España.**
- **Biblioteca Nacional**
- **Bibliotecas del Consejo Superior de Investigaciones Científicas**
- **Bibliotecas Españolas ... y de todo el mundo**

3. INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

- **Normas de Vancouver: Requisitos de Uniformidad para publicar en Revistas Biomédicas.**
- **Cómo escribir un artículo científico : Manual del Departamento de Formación Continuada de Laboratorios Bayer.**
- **Base de datos TESEO: Tesis doctorales leídas en Universidades españolas desde 1976.**

4. EDITORIALES

- **Bol, tu librería en Internet.**
- **Editorial Universitas.**
- **Editorial Harcourt-Brace.**
- **Editorial Masson.**
- **Ediciones Doyma.**
- **Editorial Mc Graw-Hill.**
- **Editorial Síntesis.**
 - **Catálogo de Enfermería, Fisioterapia y Podología.**
- **Editorial Díaz de Santos .**
- **Casa del Libro.** Ofrece su base de datos bibliográfica y venta on-line.

5. OTROS ORGANISMOS

- **Ministerio de Educación y Cultura**
- **Búsqueda en ISBN.** Dentro del Ministerio de Educación y Cultura, la Agencia ISBN da acceso a todos los libros que posean este número normalizado para monografías publicadas. Búsquedas muy completas.

6. VARIOS

- **Diccionario Anaya de la Lengua Española.**

Para volver al "INDICE"

Agenda Web de Enfermería

Annexa 3

DICIEMBRE 2000

BIBLIOTECAS Y EDITORIALES



1. BIBLIOTECAS EN ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD

- Fundación Biblioteca Josep Laporte. Proyecto de gestión del conocimiento que incluye una biblioteca presencial, una biblioteca digital y centros de gestión del conocimiento en ciencias de la salud y de la vida, así como actividades académicas y de investigación y desarrollo.
- SciELO (Scientific Electronic Library Online). Biblioteca virtual que abarca una colección seleccionada de revistas científicas brasileñas que están indexadas a texto completo.
- Catálogo de la Biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid. Están incluidos los fondos de la Escuela de Enfermería.
- Biblioteca. E.U. de Enfermería. Universidad de Valladolid.(Últimas adquisiciones)
- Biblioteca de la Universidad de Murcia. Posee fondos de enfermería en la Facultad de Medicina.
- Biblioteca de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. Acceso al Catálogo (OPAC) en página Web. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.
- Biblioteca. Universidad de Barcelona
- Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud.
- Biblioteca del Hospital Ramón y Cajal
- Medical/Health Sciences Libraries on the Web
- International Medical Libraries on the Web

2. OTRAS BIBLIOTECAS INTERESANTES

- Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes Saavedra. Iniciativa de la Universidad de Alicante que proyecta la digitalización de 30.000 obras en castellano.
- Universidad de Alcalá de Henares. Biblioteca. Acceso al Catálogo (Telnet y Web).
- Asociación Andaluza de Bibliotecas Médicas (ASABIME).
- RED IRIS : Bibliotecas de España.
- Biblioteca Nacional
- Bibliotecas del Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- Bibliotecas Españolas ... y de todo el mundo

3. INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

- Normas de Vancouver: Requisitos de Uniformidad para publicar en Revistas

Biomédicas.

- o Cómo citar fuentes de Internet.
- o Cómo escribir un artículo científico : Manual del Departamento de Formación Continuada de Laboratorios Bayer.
- o Base de datos TESEO: Tesis doctorales leídas en Universidades españolas desde 1976.

Annexa 3 Pag. 2

4. EDITORIALES

- o Base de datos de editoriales españolas, Ministerio de Educación y Cultura.
- o Librería El Corte Inglés.
- o Librerías Crisol.
- o Bol, tu librería en Internet.
- o Editorial Universitas.
- o Editorial Harcourt-Brace.
- o Editorial Masson.
- o Ediciones Doyma.
- o Editorial Mc Graw-Hill.
- o Editorial Síntesis.
 - Catálogo de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
- o Editorial Díaz de Santos .
- o Casa del Libro. Ofrece su base de datos bibliográfica y venta on-line.

5. OTROS ORGANISMOS

- o Ministerio de Educación y Cultura
- o Búsqueda en ISBN. Dentro del Ministerio de Educación y Cultura, la Agencia ISBN da acceso a todos los libros que posean este número normalizado para monografías publicadas. Búsquedas muy completas.

6. VARIOS

- o Diccionarios Vox.
- o Diccionario Anaya de la Lengua Española.

Para volver al "INDICE"





De: Direcció d'Infermeria

A:

Benvolguda

A la sessió d'infermeria del passat dijous dia 20 de gener (i la qual es repetirà el proper dia 17 de febrer), es va presentar un projecte d'informatització de les cures d'infermeria que serà, en un futur proper, l'eina bàsica de treball dels equips d'infermeria de l'HGM.

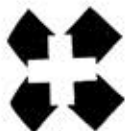
El projecte té una doble vessant. Per una banda acabarà de completar la història clínica informatitzada, ETM, (actualment desenvolupada amb els registres mèdics i alguns paràmetres d'infermeria), i per altre banda incorporarà definitivament una sistemàtica de treball infermer basada en un model d'atenció definit pels professionals i avalat per la pròpia Direcció de l'hospital.

El futur "dossier" informàtic inclourà el registre de la valoració a l'ingrés, la planificació, l'execució i l'avaluació de les cures d'infermeria pròpies, tant des de la perspectiva del rol autònom, com de les activitats relacionades amb la coordinació interdisciplinària i les derivades de les indicacions i tractaments mèdics. Esquemàticament, els eixos de treball de la futura eina per a infermeria es basen en:

1.- La valoració a l'ingrés. La infermera responsable del malalt, disposarà d'un registre de valoració en el moment de l'ingrés, basat en el model V.Henderson, que li permetrà identificar quines són les necessitats alterades de manera global i quines ho estan en funció de la malaltia específica. Per exemple, un malalt intervingut per una neoplàsia de recte, tindrà unes necessitats alterades com a persona malalta i unes d'específiques derivades de la seva pròpia patologia o també per la presència de malalties associades (diabetis, hipertensió). Amb aquesta primera valoració, la infermera ja té prou dades per decidir quina sistemàtica concreta farà servir per a planificar el procés des del punt de vista infermer. Podrà optar per dues:

1.a.- El Pla de Cures individualitzat, és a dir, una planificació d'activitats i resultats esperats feta "a mida" de les necessitats del pacient.

1.b.- Una trajectòria clínica, és a dir, una planificació estandaritzada d'activitats que s'adapta a un comportament de resposta a la malaltia homogeni i sense complicacions esperades.



2.- Sigui quin sigui el camí triat pel professional, el desenvolupament del registre inclourà la formulació de diagnòstics d'infermeria, la definició d'objectius a assolir, la planificació de les activitats per aconseguir-los, i l'avaluació dels resultats obtinguts.

3.- Un altre aspecte bàsic serà la definició de riscos potencials i la seva prevenció utilitzant sistemàticament sistemes de valoració especialment dissenyades per a tal objectiu (escala de Norton, perfil de malalt amb risc de caiguda, etc.)

4.- Finalment, la eina informàtica, permetrà el registre i seguiment de tots els indicadors de qualitat que es segueixin des del Programa de Qualitat de l'HGM

Aquest doncs és l'esquema general del projecte que s'està desenvolupant actualment.

Com pots veure és un projecte ambiciós i complex que afectarà a la totalitat dels professionals d'aquesta casa i que requerirà d'un procés d'adaptació al canvi laboriós i continuat. Les dificultats que poden sorgir es centraran probablement en dos aspectes concrets.

Per una banda la necessitat d'aprenentatge al voltant dels sistemes informàtics actuals d'entorn gràfic, acompanyat del canvi cultural progressiu d'anar substituint el paper per les pantalles. I per altre banda, la plena incorporació d'un model d'atenció que "obliga" seguir, metodològicament, cadascun dels passos necessaris per la correcta consecució del Pla d'Atenció d'Infermeria.

Conscients doncs d'ambdues potencials dificultats, s'està dissenyant el Pla de Formació FORCEM d'enguany fent èmfasi en els dos aspectes. Per una banda la formació bàsica en eines informàtiques d'entorn gràfic i per l'altre el treball de reforç conceptual sobre metodologia del Pla d'Atenció.

Per tal de poder objectivar amb la màxima precisió quines són les necessitats actuals en el dos àmbits de coneixement, hem elaborat un qüestionari, que t'adjunto, que ens permetrà adequar millor els continguts formatius a les necessitats reals dels professionals.

Veuràs que és un qüestionari personal, és a dir, que identifica la persona que l'omple i que té dues parts, una de coneixements informàtics i l'altre de temes conceptuals. No és anònim perquè ens interessa localitzar exactament quines són les persones i quines les necessitats concretes per tal de assolir millor els objectius de formació. Et demano, per tant, que omplis les respostes sense



ajuda de les companyes. És important saber d'on partim i si no ho fem de manera quasi personalitzada, les dificultats posteriors no faran més que entorpir la vostra pròpia feina diària.

Així doncs, un cop contestades les preguntes, et demano que remetis el qüestionari en un sobre directament a la Direcció d'Infermeria (bústia de les Caps d'Àrea) ja que des d'aquí portarem un control de qüestionaris tornats i de quins falten.

Gràcies per la teva col·laboració i bona feina !!

M^a Josep Planas
Directora d'Infermeria

Manresa, 2 de febrer del 2000



De: Direcció d'Infermeria
A:

Benvolguda

A la sessió d'infermeria del passat dijous dia 20 de gener (la qual es repetirà el proper dia 17 de febrer), es va presentar un projecte d'informatització de les cures d'infermeria que serà, en un futur proper, l'eina bàsica de treball dels equips d'infermeria de l'HGM.

El projecte té una doble vessant. Per una banda acabarà de completar la història clínica informatitzada, ETM, (actualment desenvolupada amb els registres mèdics i alguns paràmetres d'infermeria), i per altre banda incorporarà definitivament una sistemàtica de treball infermer basada en un model d'atenció definit pels propis professionals i avalat per la pròpia Direcció de l'hospital.

Atès que estem parlant d'un suport informàtic pel registre de les dades del malalt i que algunes d'aquestes dades, en funció de les tasques delegades per les infermeres, hauràs d'introduir a la Història, és important que sapiguem en quin nivell d'expertesa et trobes respecte de la utilització d'eines informàtiques.

Aquest és un projecte ambiciós i complex que afectarà a la totalitat dels professionals d'aquesta casa i que requerirà d'un procés d'adaptació al canvi laboriós i continuat. Les dificultats que poden sorgir es centraran probablement en dos aspectes concrets.

Per una banda la necessitat d'aprenentatge al voltant dels sistemes informàtics actuals d'entorn gràfic, acompanyat del canvi cultural progressiu d'anar substituint el paper per les pantalles. I per altre banda en el cas de les infermeres, la plena incorporació d'un model d'atenció que "obliga" seguir, metodològicament, cadascun dels passos necessaris per la correcta consecució del Pla d'Atenció d'Infermeria.

En el desenvolupament del teu treball diari, la major dificultat pot trobar-se justament en el coneixement del sistema informàtic, ja que l'aspecte conceptual i metodològic del Pla de Cures haurà estat dissenyat prèviament per la infermera responsable del procés. Conscients doncs de les potencials dificultats, s'està dissenyant el Pla de Formació FORCEM d'enguany fent èmfasi en dos aspectes. Per una banda la formació bàsica en eines informàtiques d'entorn gràfic dirigit a les auxiliars i, per una altra banda i dirigit a les infermeres, la mateixa formació informàtica més un treball de reforç conceptual sobre metodologia del Pla d'Atenció.



Per tal de poder objectivar amb la màxima precisió quines són les necessitats actuals en la vessant del coneixement informàtic, hem elaborat un qüestionari, que t'adjunto, que ens permetrà adequar millor els continguts formatius a les necessitats reals dels professionals.

Veuràs que és un qüestionari personal, és a dir, que identifica la persona que l'omple i que compte un seguit de preguntes relatives als programes informàtics més coneguts avui dia. No és anònim perquè ens interessa localitzar exactament quines són les persones i quines les necessitats concretes per tal de assolir millor els objectius de formació. Et demano, per tant, que omplis les respostes sense ajuda de les companyes. És important saber d'on partim i si no ho fem de manera quasi personalitzada, les dificultats posteriors no faran més que entorpir la vostra pròpia feina diària.

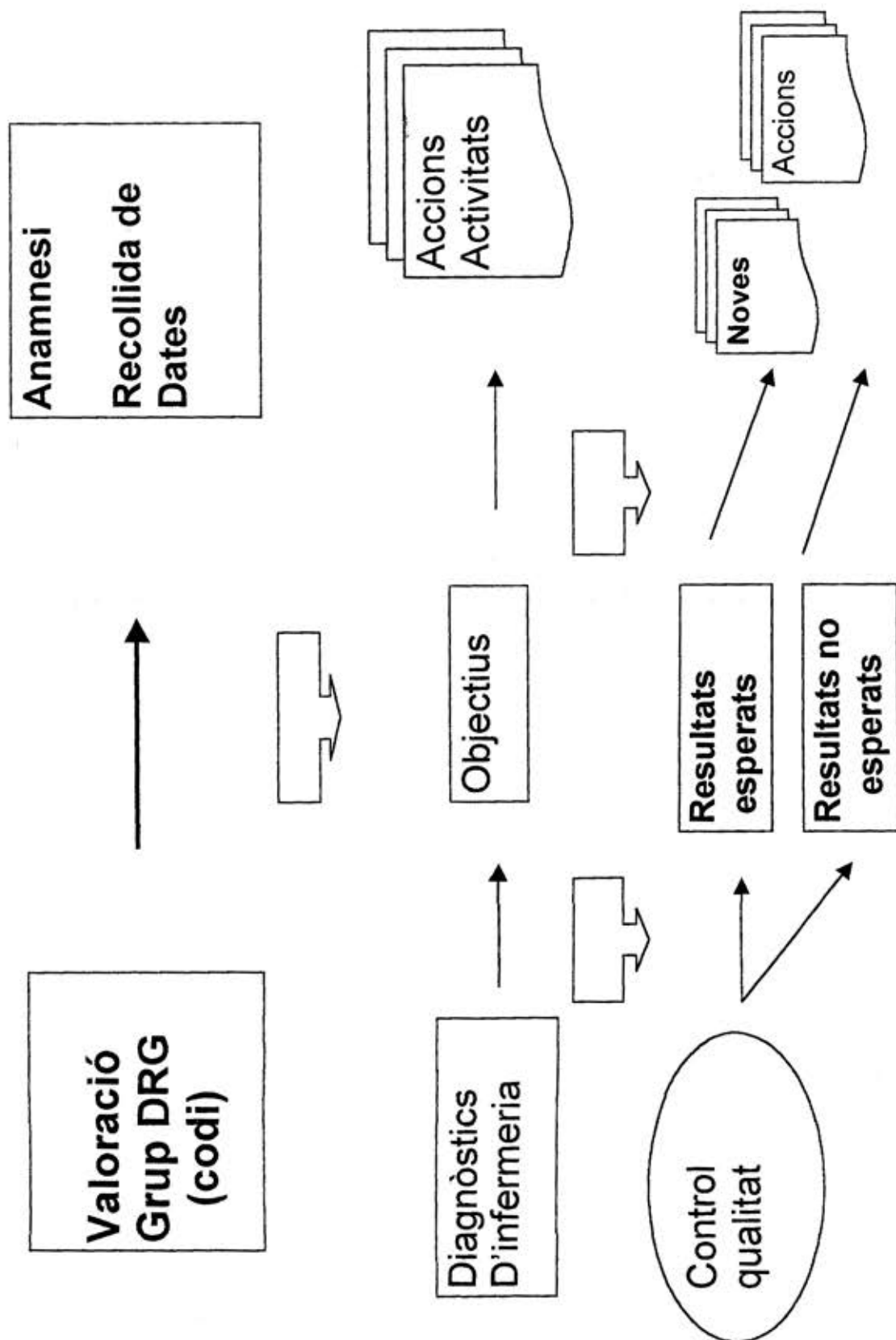
Així doncs, un cop contestades les preguntes, et demano que remetis el qüestionari en un sobre directament a la Direcció d'Infermeria (bústia de les Caps d'Àrea) ja que de s d'aquí portarem un control de qüestionaris tornats i de quins falten.

Gràcies per la teva col·laboració i bona feina !!

M^o Josep Planas
Directora d'Infermeria

Manresa, 2 de febrer del 2000

ESTACIÓ DE TREBALL D'INFERMERIA



VALORACIÓ FOCALITZADA NEOPLÀSIA DE MAMA

Aprendre	Sobre el procés	☐
	El propi malalt	☐
	La família	☐
Comunicació	Rol laboral	☐
	Rol familiar	☐
	Dificultat per comunicar-se	☐
	Expressió de sentiments i pensaments	☐ Històries previes ☐ Negació ☐ Acceptació
	Sexualitat (Visió de la parella)	☐

NECESSITATS	DIAGNÒSTICS D'INFERMERIA	1º DIA DE L'INGRÉS PREOPERATORI	2º DIA POSTOPERATORI	Dia 3º	Dia 4º
TRACTAMENT I PROVES COMPLEMENTÀRIES		Revisió preoperatori			Control analítica
EVITAR PERILLS	POTENCIAL de : D'INFECCIÓ	- Protocol preoperatori - Protocol d'eliminació del pèl	- Control venoclisi - Control apòsit	- Cura ferida segons protocol - Cura punt incisió redons	- Cura ferida segons protocol - Cura punt incisió redons - Valoració retinard redó
EVITAR PERILLS	POTENCIAL de: COMPLICACIONS NEUROVASCULARS		- Control del pols radial i parestèsies del braç - Control coloració i temperatura de la mà	- Control del pols radial i parestèsies del braç - Control coloració i temperatura de la mà	- Control del pols radial i parestèsies del braç - Control coloració i temperatura de la mà - Informació riscos
EVITAR PERILLS	POTENCIAL de: HEMORRAGIA I HIPOVOLEMIA	Dejà preoperatori	- Inici dieta oral 6h post intervenció - Perfusió continua - Valoració primera micció - Control constants c/3h - Nivell de consciència - Control dèbit drenatges	- Control constants c/6 h - Dieta oral - Salinització de la via perifèrica	- Dieta oral - Retirada de la via perifèrica - Control constants - Control dèbit drenatges
EVITAR PERILLS	ANSIETAT RELACIONADA AMB ELS EFECTES IMEDIATS DE LA IQ I DEL SEU PRONÒSTIC	Informació coneixements del preoperatori i postoperatori immediat al malalt VERBALITZACIÓ DE LES PREOCUPACIONS DE LA INTERVENCIÓ I PRONÒSTIC PER PART DEL PACIENT	Informació coneixements del postoperatori immediat al malalt ACONSEGUIR QUE EL MALALT EXPRESI ELS DUBTES / ESTAT ANÍMIC	- Escolta activa família - Escolta activa pacient - Visualització de la ferida per part de la malalta - Contactar amb la Gestora d'Oncologia DETECCIÓ DE PROBLEMÀTIQUES FAMILIARS VERSUS LA PATOLOGIA DEL MALALT	- Escolta activa família - Escolta activa pacient - Visualització de la ferida per part de la malalta
EVITAR PERILLS	ALTERACIÓ DEL BENESTAR RELACIONAT AMB EL DOLOR	Informació preoperatori EVA COMPENSIÓ PER PART DEL MALALT DE L'EVA	- C/EVA abans analgèsia - C/EVA 1 h post-analgèsia	- C/EVA abans analgèsia - C/EVA 1 h post-analgèsia - Administració de l'analgèsia abans la mobilització del braç - Teràpies Alternatives	- C/EVA abans analgèsia - C/EVA 1 h post-analgèsia - Administració de l'analgèsia abans la mobilització del braç - Teràpies Alternatives
MOURE'S	DETERIORAMENT DE LA MOBILITAT FÍSICA RELACIONAT AMB LA INTERVENCIÓ	Explicar que haurà de realitzar exercicis per la mobilització del braç en el post-operatori	EESS elevat en un coixí	- Docència d'exercicis per la mobilització del braç - Full informatiu d'exercicis - Valoració pel fisioterapeuta	- Rehabilitació funcional - EL MALALT INFORMARÀ D'UNA AUGMENT DE LA MOBILITAT DE LA EXTREMITAT SUPERIOR

NECESSITATS	DIAGNÒSTICS D'INFERMERIA	Dia 5º	Dia 6º	Dia 7º
TRACTAMENT I PROVES COMPLEMENTÀRIES				
EVITAR PERILLS	POTENCIAL de : D'INFECCIÓ	• Cura ferida segons protocol • Cura punt incisió redó	• Cura ferida segons protocol • Cura punt incisió redó UNA DEMOSTRARÀ CICALITZACIÓ CORRECTE DE LA FERIDA	• Retirada de punts • Retirada redó
EVITAR PERILLS	POTENCIAL de: COMPLICACIONS NEUROVASCULARS	• Control del pols radial i parèstèsies del braç • Control coloració i temperatura de la mà	• Control del pols radial i parèstèsies del braç • Control coloració i temperatura de la mà • Recordatori dels riscos	• Control del pols radial i parèstèsies del braç • Control coloració i temperatura de la mà • Recordatori dels riscos
EVITAR PERILLS	POTENCIAL de: HEMORRAGIA I HIPOVOLEMIA	• Dieta oral • Control constants habituals • Control dèbit drenatge	• Dieta oral • Control constants habituals • Control dèbit drenatge	• Dieta oral • Control constants habituals
EVITAR PERILLS	ANSIETAT RELACIONADA AMB ELS EFECTES IMEDIATS DE LA IQ I DEL SEU PRONÒSTIC	• Registre de la intervenció de la Gestora d'Oncologia	• Registre de la intervenció de la Gestora d'Oncologia • Coordinació a l'alta: • Donar informació de l'Associació Mastectomitzats/donar informació de pròtesi i/o expanders ACONSEGUIR QUE EL MALALT EXPRESSI ELS DUBTES / ESTAT ANÍMIC	• Valoració de les problemàtiques expressades i canalització d'ajuda • Valoració i coordinació amb Hospital de Dia.
EVITAR PERILLS	ALTERACIÓ DEL BENENSTAR RELACIONAT AMB EL DOLOR	• C/ EVA abans analgèsia • C/EVA 1h post analgèsia • Administració de analgèsia • Administració de analgèsia abans la mobilització del braç • Teràpies alternatives	• C/EVA abans analgèsia • C/EVA 1h post analgèsia • Administració de analgèsia abans la mobilització del braç • Teràpies alternatives EL MALALT VERBALITZARÀ L'EVA	• C/EVA abans analgèsia • C/EVA 1h post analgèsia • Administració de analgèsia abans la mobilització del braç • Teràpies alternatives
MOURE'S	DETERIORAMENT DE LA MOBILITAT FÍSICA RELACIONAT AMB LA INTERVENCIÓ	• Rehabilitació funcional	• Rehabilitació funcional EL MALALT RECUPERARÀ LA SEVA MÀXIMA CAPACITAT DE MOBILITZACIÓ DEL BRAÇ DINS DE LES LIMITACIONS DE LA INTERVENCIÓ	• Recordatori de les mobilitzacions

NECESSITATS	DIAGNÒSTICS D'INFERMERIA	DIA INGRÉS 1º DIA	2º DIA POSTOPERATORI	3º DIA	4º DIA
TRACTAMENT I PROVES COMPLEMENTÀRIES		- Comprovar reserva de sang - Revisió Preoperatori	T N T N	Anàlisi de control	M T N
EVITAR PERILLS	POTENCIAL RISC D'INFECCIÓ	- Protocol preoperatori - Protocol d'eliminació del pèl - Control eliminació del laxant - Col·locació via central: Placa Rx comprovació	M T N M T N M T N M	- Cura de la ferida: abdominal perianal - Valoració estoma i pell peristomal - Cura via central	M T N M T N M T N M T N
ALIMENTAR-SE I HIDRATAR-SE	P.I. RISC DE DÈFICIT DE VOLUM DE LÍQUIDS	- Protocol preparació de budell - Dieta líquida sense residus	M T N T N	- Anàlisi de control - Dieta absoluta - Perfusió continua - Control diuresi - Control debit de la SNG - MANTENIR LA HIDRATACIÓ ADEQUADA	M T N M T N M T N M T N M T N M T N
	P.C. HEMORRAGIA, HEMATOMA, HIPOVOLEMIA		- Control constants c/3h - Nivell de consciència - Control debit drenatges	- Control constants c/6h - Control debit drenatges	- Control constants c/8h - Valoració retirada de drenatges segons debit
EVITAR PERILLS	ANSIETAT RELACIONADA AMB ELS EFECTES IMEDIATS DE LA IQ I DEL SEU PRONÒSTIC	- Explicar la importància i finalitat dels procediments preoperatoris - Ubicació de l'estoma - VERBALITZACIÓ DE LES PREOCUPACIONS DE LA INTERVENCIÓ I PRONÒSTIC PER PART DEL PACIENT	M T N M	- Escolta activa - Visualització de l'estoma per part del pacient i persona de referència	M T N
EVITAR PERILLS	ALTERACIÓ DEL BENESTAR RELACIONAT AMB EL DOLOR	- Informació preoperatori EVA - COMPENSIÓ PER PART DEL MALALT DE L'EVA	M T N M T N	- C/ EVA abans analgèsia - C/ EVA 1h post analgèsia - Administració de la mobilització - Teràpies alternatives - MALALT IDENTIFICARÀ LA CAUSA DEL DOLOR	M T N M T N M T N M T N
MOURE'S	DETERIORAMENT DE LA MOBILITAT FÍSICA RELACIONAT AMB LA INTERVENCIÓ I DOLOR	Mobilització activa	M T N	- Mobilització activa - Sedestació - Deambulació - EXPLICAR AL PACIENT LES COMPLICACIONS DE LA IMMOBILITAT	M T N M T N M T N
PROTEGIR LA PELL	RISC DE DETERIORAMENT DE LA INTEGRITAT FÍSICA	- Valorar E. NORTON - IDENTIFICAR RISC NAURES	T N	- SI NORTON <= 14 mesures de prevenció - IDENTIFICAR PUNTS DE PRESSIÓ	M T N M T N
PLA D'ALTA		Valoració de problemàtiques socials del pacient			

INFERMERIA

MATÍ
TARDA

MATÍ
TARDA

MATÍ
TARDA

MATÍ
TARDA

MATÍ
TARDA

MATÍ
TARDA

MATÍ
TARDA
NIT

NECESSITATS	DIAGNÒSTICS D'INFERMERIA	5º DIA	6º DIA	7º DIA	DIA DE L'ALTA
TRACTAMENT I PROVES COMPLEMENTÀRIES		M			
EVITAR PERILLS	POTENCIAL RISC D'INFECCIÓ	• Cura ferida: abdominal perianal • Valoració pell peristomal • Valoració funcionament i aspecte colostomia	• Cura ferida: abdominal perianal • Valoració pell peristomal • Valoració funcionament i aspecte colostomia • Cura via central	• Cura ferida: abdominal perianal • Valoració pell peristomal • Valoració funcionament i aspecte colostomia • Valoració retirada punts peristomals	• Cura ferida: perianal / abdominal: retirada de punts • Valoració pell peristomal • Valoració funcionament i aspecte colostomia • Valoració retirada punts peristomals
ALIMENTAR-SE I HIDRATAR-SE	P.I. RISC DE DÈFICIT DE VOLUM DE LÍQUIDS	• Valoració tolerància oral segons motilitat intestinal • Valoració retirada S. Vesical • Presència de femta	• Valoració tolerància oral segons motilitat intestinal • Valoració aspecte de les deposicions	• Valoració tolerància oral segons motilitat intestinal • Valoració aspecte de les deposicions	• Valoració tolerància oral segons motilitat intestinal
	P.C. HEMORRÀGIA, HEMATOMA, HIPOVOLEMIA	• Control de constants c/8h • Valoració retirada de drenatges segons deïbit	• Control de constants habitual • Valoració retirada de drenatge segons deïbit	• Control de constants habitual	• Control de constants habitual
EVITAR PERILLS	ANSIETAT RELACIONADA AMB ELS EFECTES IMEDIATS DE LA IQ I DEL SEU PRONÒSTIC	• Contacte i registre de la Gestora de Casos d'Oncologia • Contacte i registre de l'Estomatoterapeuta (alta)	• Contacte i registre de la Gestora de Casos d'Oncologia • Contacte i registre de l'Estomatoterapeuta (alta)	• Contacte i registre de la Gestora de Casos d'Oncologia • Contacte i registre de l'Estomatoterapeuta (alta)	• Valoració de les problemàtiques expressades i canalització d'ajuda • Registre per part de l'Estomatoterapeuta del Codi dispositiu i la visita a consulta externa
EVITAR PERILLS	ALTERACIÓ DEL BENESTAR RELACIONAT AMB EL DOLOR	• C/ EVA abans analgesia • C/ EVA 1h post analgesia • Administració de l'analgesia abans la mobilització	• C/ EVA abans analgesia • C/ EVA 1h post analgesia • EL MALALT EXPRESARÀ I DESCRIBIRÀ EL SEU DOLOR	• C/ EVA abans analgesia • C/ EVA 1h post analgesia • EL MALALT TE CONTROL DE L'ESCALA DE EVA	• C/ EVA abans analgesia • C/ EVA post analgesia
MOURE'S	DETERIORAMENT DE LA MOBILITAT FÍSICA RELACIONAT AMB LA INTERVENCIÓ I DOLOR	• Deambulació activa	• Deambulació activa	• Deambulació activa	• Deambulació activa
PROTEGIR LA PELL	RISC DE DETERIORAMENT DE LA INTEGRITAT FÍSICA	• SI NORTON <= 14 mesures de prevenció IDENTIFICAR PUNTS DE PRESSIÓ • Valoració de problemàtiques socials del pacient	• SI NORTON <= 14 mesures de prevenció IDENTIFICAR PUNTS DE PRESSIÓ • Valoració de problemàtiques socials del pacient	• SI NORTON <= 14 mesures de prevenció EL MALALT MANTÉ LA INTEGRITAT CUTÀNIA • Recomanacions nutricionals • Valoració de problemàtiques socials del pacient	• SI NORTON <= 14 mesures de prevenció
PLA D'ALTA		• Valoració de problemàtiques socials del pacient	• Valoració de problemàtiques socials del pacient	• Valoració de problemàtiques socials del pacient	• Valoració de problemàtiques socials del pacient

INFERMERIA

MATÍ
TARDA
NIT

MATÍ
TARDA
NIT

MATÍ
TARDA
NIT

MATÍ
TARDA
NIT

ESPECIALIDADES

PROBLEMAS INDIVIDUALES	1º DIA PREOP	2º DIA	3º DIA	4º DIA
HTA ① Situación basal	- Controles de TA C/ 6h - Posición correcta brazal adecuado - Sueros - Última dosis - Hipotensora antes de la intervención la noche anterior - Si TA > 180/110: Avisar facultativo ① - Dieta con poca sal	- Controles de TA C/ 6h - Respetar el descanso - Si TA mal controlada dejar el brazal y control por monitor - Si TA > 180/110: Descartar procesos intercorrientes ② - Clinica asociada ② - Control de TA en 10-15' - Comparar con controles habituales - Avisar facultativo - Dieta con poca sal	- Controles de TA C/ 8h - Dieta con poca sal - Control ② - Evitar AINES - TA correcta: 140-120/80-70 - Si niveles alterados persistentes: consultar - Comparar una determinación patológica dos veces en un intervalo de 10'-15'	- Controles de TA C/ 8h - Dieta con poca sal - Control ② - Evitar AINES - TA correcta: 140-120/80-70 - Si niveles alterados persistentes: consultar - Comparar una determinación patológica dos veces en un intervalo de 10'-15'

HTA

⊙ SITUACIÓN BASAL

- Control previo:
 - Correcto (TA habitual < 140 / 90)
 - Incorrecto (TA habitual < 140 / 90)
 - Severa: > 180/110
 - Moderada: 180-140 / 110-90
- Tratamiento habitual:
 - Dieta con poca sal
 - Hipotensores
- Última dosis habitual: -----
- Factores de Riesgo/Repercusiones:
 - Hipertrofia ventricular
 - Cardiopatía isquémica
 - Nefropatía
 - Vasculopatía
 - Diabetes
 - Dislipemia
 - Tabaquismo
 - Obesidad
- HIPOTENSORES:
 - Reiniciar fármacos habituales (orales lo antes posible, sino valorar vía EV
 - Si el paciente tomaba varios hipotensores podría ser que necesitara menos cantidad o menos dosis (por el reposo o por falta de compliance previa)

⊙ CONSIDERAR CLÍNICA:

- Cefalea
- Náuseas
- Visión borrosa
- Déficit neurológico
- Dolor precordial: hacer ECG

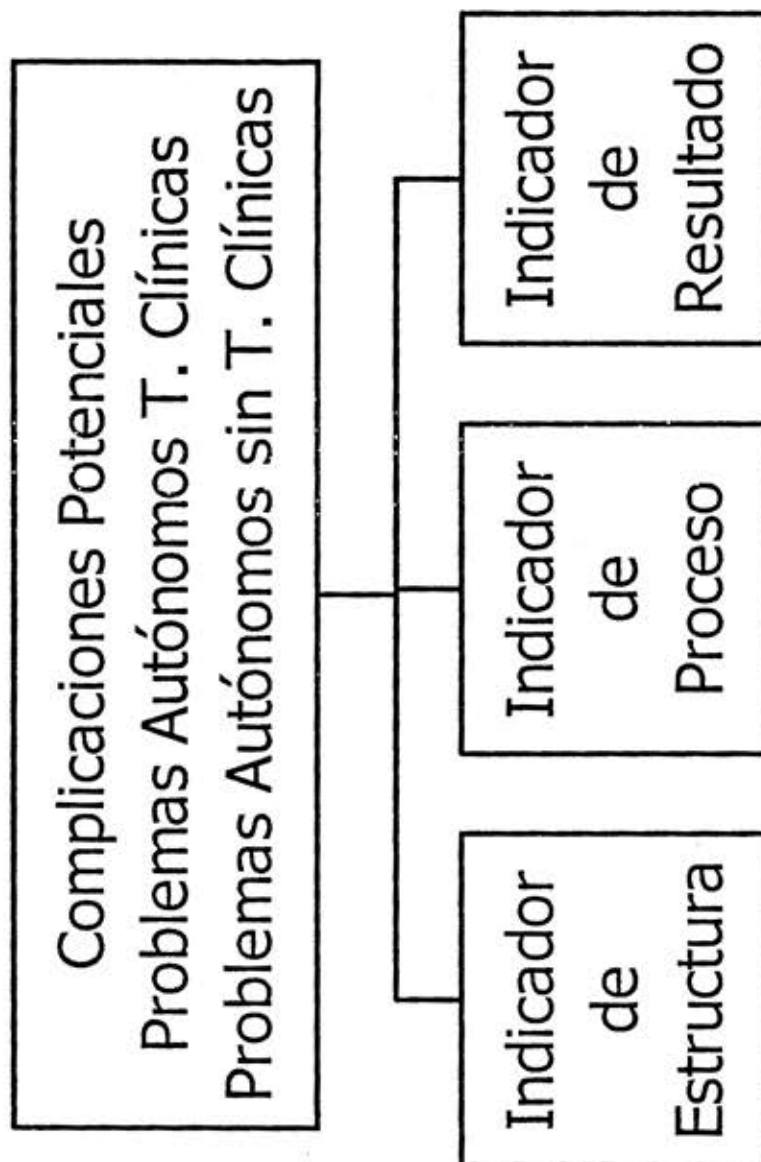
⊙ CONTROLAR:

- Dolor
- Estado anímico, ansiedad
- Frío / calor / fiebre
- Disnea: hipoxemia, hipercapnia
- Hipervolemia
- Distensión vesiga urinaria
- Náuseas / vómitos
- Sangrado de la herida

ESPECIALIDADES

PROBLEMAS INDIVIDUALES	1º DIA PREOP	2º DIA	3º DIA	4º DIA	
DIABETES 0 Situación Basal	Acciones colaborativas	1824	51218 24	Control glucémias c/12h	M T
	Control glucemia c/6h	T	61218 24	Administrar antidiabéticos habituales	M T N
	Última dosis antidiabéticos antes de la intervención la noche anterior			Si Glucemia >	M T N
	Si Glucemia >	1824	61218 24	Avisar facultativo	M T N
	Si Glucemia >			Dieta antidiabética ☑	M T N
	Avisar facultativo				
	Considerar clínica 1	1824 TN	T N		
	Dieta antidiabética ☑		M T N		
			M T N		

CONTROL DE CALIDAD



	Nivell coneixement	Nivell utilització	Nivell aplicació
WORD	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
ACCES	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
EXCEL	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
NORTON	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

8. Has realitzat algun curs d'informàtica ?

si	no
☐	☐

9. Quan fas servir el programa Word,

- podries canviar el tamany de la lletra ?

si	no
☐	☐

- és possible imprimir pàgines imparells ?

si	no
☐	☐

10. Seguint amb el programa Word,

- quina opció del menú utilitzaries per guardar el text:

edición	herramientas	insertar	archivo
☐	☐	☐	☐

- quina opció del menú utilitzaries per introduir un símbol dins del text:

edición	herramientas	insertar	archivo
☐	☐	☐	☐

11. Seguint amb el Word, la paraula "sangria" està relacionada amb:

seleccionar todo	margenes	sombreado	presentación preliminar
☐	☐	☐	☐

12. Necessites fer càlculs sobre les teves nòmines del mes de gener a juny, quin programa feries servir ?

Word	Excel	Power point	Acces
☐	☐	☐	☐

13. Quin programa utilitzaries per relacionar grups de diagnòstics, edats i dades d'ingrés?

Word	Excel	Power point	Acces

14. Et connectes com a usuari a internet ?

si	no

15. Quin tipus de "buscador" utilitzes?

Ozú	Olé	Yahoo	Mediterraneo	Netscape

16. Per utilitzar el correu electrònic necessites connectar-te a :

Internet	Excel	Archivo	Word

17. Relaciona directament els **Models d'Infermeria** presentats en la primera columna amb la seva **definició** presentada en la segona columna, utilitzant el nombre que li correspongui:

MODELS D'INFERMERIA	
1.	Virginia Henderson
2.	Dorothea Oren
3.	Callista Roy
4.	Marta Rogers

DEFINICIÓ	
	Camps d'energia
	Intercanvi medi ambient
	14 Necessitats
	Autocura

18. El Model de Virginia Henderson està compost de les **14 Necessitats**. Afegeix les que manquen:

1. Oxigenació
2. Nutrició
3.
4. Moure's
5. Repòs i son
6. Vestir-se i desvestir-se
7. Mantenir la temperatura corporal

8.
9. Evitar perills
10.
11. Creences i valors
12. Realitzar-se
13. Recrear-se
14.

19. Novament relaciona els **Signes Clínics** presentats en la primera columna amb les **Necessitats** que corresponen representades en la segona columna, utilitzant el nombre corresponent per a cada una:

SIGNES CLÍNICS	
1.	Dispnea
2.	Canvi deposicional
3.	Queloides
4.	Astènia

NECESSITATS	
	Pell i mucoses
	Oxigenació
	Nutrició
	Eliminació

20. Quina seria la **Necessitat** on inclouríem aquestes dades:
Utilitza el nombre corresponent per a cada una.

DADES	
1.	Oci
2.	Nivell d'escolaritat
3.	Hàbits sexuals
4.	Aspecte Personal

NECESSITATS	
	Vestir-se i desvestir-se
	Comunicació
	Recrear-se
	Aprendre

21. Relaciona els **Problemes** descrits en la primera columna amb el seu **Diagnòstic** representat en la segona columna, utilitza el nombre que li correspon :

Problemes	
1.	Limitació en la marxa
2.	Labilitat emocional
3.	Sordesa
4.	Limitació per vestir-se
5.	Desnutrició

Diagnòstics	
	Trastorn de la imatge
	Risc deteriorament de la integritat cutània
	Deteriorament de la mobilitat
	Dèficit d'autocura
	Aïllament social

22. La formulació de "Risc d'Infecció" correspon a:
 Marca amb una creu l'opció que creguis correcta.

"Risc d'infecció"

☐	Diagnòstic d'infermeria
☐	Necessitat
☐	Activitat
☐	Control de qualitat

23. Que és una Trajectòria Clínica ?
 Marca amb una creu l'opció que creguis correcta.

☐	Procés de cures estandaritzat
☐	Organització seqüencialment d'activitats
☐	Guia d'activitats per tot tipus de patologies
☐	1 i 2 certes

24. Per elaborar una Trajectòria Clínica necessites:
 Marca totes les opcions certes.

☐	Definir malalt tipus
☐	Excloure tots els protocols existents
☐	Consens multidisciplinar
☐	Detecció dels problemes més usuals de la patologia

ENQUESTA SOBRE LA INFORMATITZACIÓ DE LES CURES DEL MALALT

1. Edat.....

2. Sexe

3. Anys d' experiència

[illegible]

5. Tens ordinador al teu domicili ?

si	no

6. Utilitzes l'ordinador ?

gens	poc	bastant	sovint	molt

7. Quin programa informàtic coneixes i utilitzes a la pràctica?

Marca el teu nivell entenent que 1 és el mínim i 5 la màxima puntuació.

	Nivell coneixement	Nivell utilització	Nivell aplicació
WORD	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
ACCES	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
EXCEL	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
P. POINT	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

8. Has realitzat algun curs d'informàtica ?

si	no
☐	☐

9. Quan fas servir el programa Word,

- podries canviar el tamany de la lletra ?

si	no
☐	☐

- és possible imprimir pàgines imparells ?

si	no
☐	☐

10. Seguint amb el programa Word,

- quina opció del menú utilitzaries per guardar el text:

edición	herramientas	insertar	archivo
☐	☐	☐	☐

- quina opció del menú utilitzaries per introduir un símbol dins del text:

edición	herramientas	insertar	archivo
☐	☐	☐	☐

11. Seguint amb el Word, la paraula "sangria" està relacionada amb:

seleccionar todo	margenes	sombreado	presentación preliminar
☐	☐	☐	☐

12. Necessites fer càlculs sobre les teves nòmines del mes de gener a juny, quin programa feries servir ?

Word	Excel	Power point	Acces
☐	☐	☐	☐

13. Quin programa utilitzaries per relacionar grups de diagnòstics, dades d'ingrés?

Word Excel Power point Acces

--	--	--	--

14. Et connectes com a usuari a internet ?

si no

--	--

15. Quin tipus de "buscador" utilitzes?

Ozú Olé Yahoo Mediterraneo Netscape

--	--	--	--	--

16. Per utilitzar el correu electrònic necessites connectar-te a :

Internet	Excel	Archivo	Word

NEOPLÁSIA DE MAMA

[illegible]

~~Annexa 15~~

- **INFORMACIÓ-**
 - **TIPUS D'INTERVENCIÓ:** Recollir la tècnica quirúrgica a l'arribada a la unitat del malalt des de Reanimació.
 - **DIAGNÒSTIC:** Existirà un registre de la informació que coneix el malalt del seu procés.
 - **EXERCICIS DE REHABILITACIÓ:** Registre i avaluació de la comprensió dels exercicis per art del malalt

- **EVA-**
 - **INFORMACIÓ ESCALA:** A l'ingrés es registrarà la informació donada al malalt de l'escala EVA.
 - **VALORACIÓ NUMÈRICA:** Registre una vegada per torn els primers 4 dies de l'EVA.

- **CURES-**
 - **VIA PERIFÈRICA:** Registre el 3º i 5º dia de la cura de la via perifèrica.
 - **FERIDA MASTECTOMIA:** Registre el 2º i 3º dia de la cura de la incisió..
 - **ASPECTE:** Registre a les primeres 12h de l'aspecte de la ferida.
 - **REDÓ:** Registre el 2º i 3º dia de la cura del redó.
 - **COMPLICACIONS:** Registre de les complicacions a l'alta.

- **COORDINACIÓ A L'ALTA-**
 - **GESTORA DE CASOS ONCOLOGIA:** Registre de la valoració de la Gestora de Casos del malalt d'oncologia durant l'ingrés.
 - **INFORMACIÓ DE PRÒTESI:** Registre de la informació donada a la malalta de la existència al mercat de diferents productes i/o pròtesi a l'alta.

- **ANSIETAT-**
 - **NEGACIÓ MASTECTOMIA:** Registre de les manifestacions verbals o no verbals del malalt vers l'acceptació o no de la mastectomia.

- **ÀMBIT FAMILIAR:**
 - **SITUACIÓ EMOCIONAL FAMÍLIA:** Registre de l'exteriorització i/o adaptació de l'entorn familiar en quan a la vivència de la malaltia.

GLOSARI NEOPLÀSIA DE RECTE

17

- **INFORMACIÓ-**
 - **TIPUS D'INTERVENCIÓ:** Recollir la tècnica quirúrgica a l'arribada a la unitat del malalt des de Reanimació.
 - **DIAGNÒSTIC:** Existirà un registre de la informació que coneix el malalt del seu procés.
- **ESTOMA-**
 - **HIGIENE:** Registre al 3º dia de l'aprenentatge per part del malalt i/o persona de referència respecte a les cures necessàries de l'estoma.
 - **CANVI DISPOSITIU:** Registre del nivell d'aprenentatge i integració de la persona de referència en el canvi del dispositiu.
- **EVA-**
 - **INFORMACIÓ ESCALA:** A l'ingrés es registrarà la informació donada al malalt de l'escala EVA.
 - **VALORACIÓ NUMÈRICA:** Registre una vegada per torn els primers 4 dies de l'EVA.
- **CURES-**
 - **VIA CENTRAL:** Registre el 3º i 5º dia de la cura de la via central.
 - **FERIDA LAPAROTOMIA:** Registre el 2º i 3º dia de la cura de la incisió.
 - **FERIDA PERIANAL:** Registre el 2º i 5º dia de la cura de la ferida.
 - **ESTOMA-**
 - **ASPECTE:** Registre a les primeres 12h de l'aspecte de l'estoma.
 - **FUNCIONANT:** Registre a les primeres 48h de la funcionalitat de l'estoma.
 - **COMPLICACIONS:** Registre de les complicacions de l'estoma a l'alta.
- **COORDINACIÓ A L'ALTA-**
 - **GESTORA DE CASOS ONCOLOGIA:** Registre de la valoració de la Gestora de Casos del malalt d'oncologia durant l'ingrés.
 - **DISPOSITIU NECESSÀRI:** A la història del malalt quedarà registrat el codi del dispositiu adequat a l'alta.
 - **CONSULTA ESTOMATERAPEUTA:** Registre del dia i hora de la propera visita amb la estomaterapeuta el dia de l'alta.
- **ANSIETAT-**
 - **NEGACIÓ ESTOMA:** Registre de les manifestacions verbals o no verbals del malalt vers l'acceptació o no de l'estoma.
- **ÀMBIT FAMILIAR:**
 - **SITUACIÓ EMOCIONAL FAMÍLIA:** Registre de l'exteriorització i/o adaptació de l'entorn familiar en quan a la vivència de la malaltia.
 - **PERSONA DE REFERÈNCIA:** Registre de la persona de referència¹ que sigui la responsable de l'aprenentatge juntament amb el malalt.

¹ Aquest ítem forma part de la graella d'anàlisi dels registres de les dades a les històries clíniques

