



LIBRO DE PONENCIAS



A E N T D E

Asociación Española de Metacognición,
Teoría y Diagnóstico de Enfermería



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA EN LA RED: UNA ALTERNATIVA DE PRESENTE

Albert Cortés Borra

Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Informática e Internet SEEI
acortes@seei.es

A pesar de que los términos Internet y Enfermería parezcan muy diferentes, a lo largo de los últimos años se ha producido en nuestra profesión un avance significativo en el uso de la Red, se ha pasado de ser quienes utilizábamos Internet unos "bichos raros", a ser un término de uso prácticamente cotidiano, fundamentalmente en los círculos investigadores, Internet es algo empleado sin ningún tipo de complejo, y con la progresiva informatización de los centros sanitarios, el uso de los recursos de Internet están llegando a cada día más profesionales de enfermería, pudiéndose afirmar que nuestra profesión ya cuenta con la Red como fuente de información y medio de comunicación para su desarrollo profesional, y los recursos dedicados a los diagnósticos de enfermería son cada vez más abundantes y de mayor calidad.

¿Qué es Internet?

Definiciones de Internet hay muchas y no todas ellas acertadas, pero tal vez la más adecuada sea aquella que define a Internet como de una gran red mundial de redes de ordenadores interconectados entre si mediante unos puntos intermedios llamados servidores, de modo que pueden compartir información a pesar de que puedan tener diferentes arquitecturas -IBM, Macintosh- o trabajar con diferentes sistemas operativos como DOS, Windows (3.1x, 95, 98, Me, NT, 2000, XP) o Unix.

La gran revolución de Internet ha consistido en establecer un "lenguaje común", en términos técnicos un protocolo de comunicaciones, que facilita la transferencia de información entre los ordenadores conectados a una multitud de redes cuyos servidores están conectados entre sí.

Internet posibilita a sus usuarios tener a su alcance cualquier tipo de información con sólo mover el ratón de su ordenador o teclear unas pocas instrucciones, y Enfermería no es ajena a estas posibilidades que brinda Internet, ya que es un gran recurso para nuestra profesión, puesto que facilita el que se pueda acceder a múltiples lugares que contienen grandes cantidades de información, todo ello accesible con las diferentes opciones que existen en Internet: World Web Wide, Correo electrónico, Telnet, IRC, FTP, Gopher, Boletines electrónicos, etc.

Servicios de Internet

- ♦ **WWW: World Wide Web**, es el servicio más conocido que ofrece Internet, debido a su facilidad de uso, lo intuitivo de su manejo y la espectacularidad que ofrece al mostrar contenidos multimedia, que incorporan imágenes y sonidos para hacer más claros y amenos sus contenidos. Desde nuestro ordenador podemos acceder y desplazarnos de un modo rápido de unas páginas a otras con solo manejar el ratón, obteniendo todo tipo de informaciones, imágenes, actualizaciones, acceso a revistas de enfermería...

- ♦ **E-mail:** correo electrónico, es el recurso de Internet más utilizado, nos permite enviar y recibir mensajes, que pueden contener archivos, imágenes, vídeos, sonidos...de un modo prácticamente instantáneo y con un coste mínimo comparado con el correo postal convencional.
 - o **Listas de distribución:** también llamadas listas de correo, se basan en un sistema de envío automatizado de mensajes a sus suscriptores, que reciben en formato e-mail el mensaje en su buzón electrónico. Existen listas moderadas y no moderadas y de infinidad de temáticas.
 - o **Grupos de Noticias:** son tableros de anuncios de múltiples temas, pudiendo estar moderados o no, donde se participa libremente proponiendo cuestiones, facilitando informaciones o solicitando ayuda. Los mensajes se envían de forma similar al correo electrónico, actualmente los programas modernos de correo tienen incorporadas utilidades para acceder a los grupos de noticias.
- ♦ **FTP:** protocolo de transferencia de ficheros, nos sirve para conseguir o enviar archivos de cualquier tipo, programas, controladores, parches...en servidores destinados a ello, algunos de estos precisan de contraseña para acceder a ellos, pero la inmensa mayoría pueden accederse de modo anónimo. En la actualidad muchos de los servicios FTP pueden accederse vía página WEB con los navegadores de Internet. El FTP también se utiliza para actualizar las páginas WEB.
- ♦ **Telnet:** es la aplicación que nos permite acceder desde nuestro ordenador a otros ordenadores como podrías ser servidores de hospitales y bibliotecas, y de este modo comportarnos como un usuario más de la información que contenga ese servidor.
- ♦ **IRC:** Internet Relay Chat, utilidad de charla unipersonal o en grupo en modo escrito en tiempo real. Nos permite participar en debates, conferencias virtuales sobre temas específicos de un modo sencillo y participativo.

Sitios de interés en enfermería

WWW

Se pueden encontrar en la Red múltiples sitios dedicados a la enfermería en general y a los diagnósticos de enfermería en particular, en las siguientes líneas se pueden encontrar diversas páginas WEB, que cubren las expectativas de conocimiento en relación con los diagnósticos de enfermería, los enlaces han sido comprobados en fecha 21 de abril de 2002, para garantizar una óptima navegación. Como se puede comprender no están reflejadas todas las páginas dedicadas al tema, sino se ha procedido a una recopilación para ofrecer al lector una visión global de lo que hay en la Red, para encontrar más sitios de interés enfermero, una vez en una de las páginas recomendadas, se puede navegar a través de sus enlaces a otras páginas que forman la telaraña de Internet, que por suerte cada vez más está muy bien dotada de recursos dedicados a nuestra profesión

La presencia de páginas WEB en Internet en lengua española es menor que las de procedencia anglosajona, pero poco a poco van apareciendo recursos propios de gran calidad, con lo que paulatinamente la enfermería hispanohablante adquiere un protagonismo propio en la Red, y entre ellas cabe destacar:

- **AENTDE:** Asociación Española de Nomenclatura Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería <http://leo.worldonline.es/aentde>

- **NANDA** North American Nursing Diagnosis Association <http://www.nanda.org>
- Página WEB de la asociación europea de diagnósticos, intervenciones y resultados <http://www.acendio.net>
- **REAL**. Proyecto CIPE: <http://www.r-e-a-l.org/cipe>
- Clasificación Internacional para la práctica enfermera. Consejo Internacional de Enfermería. <http://www.icn.ch/icnpsp.htm>
- Revista Nursing Diagnosis. <http://www.nursecoming.com/html/nd.html>
- Sociedad Española de Enfermería Informática e Internet **SEEI** <http://www.seei.es> la primera asociación científica en español dedicada a la enfermería informática
- Recursos de Enfermería <http://www.enfersalud.com> recopilación de recursos dedicados a enfermería por José María Rodríguez Dacal
- Investigación e Infermería por Joan Enric Torra <http://www.investigacionenfermeria.com> más de 1000 enlaces dedicados a la investigación enfermera

Planes de cuidados en OMI-AP

Antonio Arribas Cachá

Para poder entender el desarrollo realizado para la realización de los diagnósticos de enfermería en OMI-AP, es necesario conocer previamente algunas consideraciones generales.

Por ese motivo, dividiré la ponencia en los siguientes apartados:

1. Características generales del programa informático OMI-AP.
2. Situación inicial del programa para el desarrollo de los diagnósticos de enfermería, y primeras experiencias en la búsqueda de soluciones.
3. Desarrollo actual de los diagnósticos enfermeros en OMI-AP.
4. Planes de futuro.

1. Características generales del programa informático OMI-AP:

- Es un programa de asistencia sanitaria integral, enfocado al ámbito de la atención primaria.

En consecuencia, el objetivo último del programa es la sustitución del lápiz y el papel, por el teclado y la impresora. Este es un paso más allá de la sustitución de la hª de papel por la hª informatizada.

Para poder cubrir esta característica, OMI debe permitirnos:

- Desarrollar todas las actividades de salud que se realizan en el ámbito de la atención primaria. Permite utilizar y registrar: vacunas, it, prescripciones, texto libre, protocolos, órdenes clínicas (laboratorio, rx, interconsultas, procedimiento terapéuticos, ...), plantillas.
 - Debe permitir codificar de forma conjunta toda la información de los profesionales de salud que actúan sobre el usuario de los servicios de salud, evitando trabajar en "compartimentos estancos".
 - Debe permitir a todos los profesionales de salud tener acceso a toda la información sanitaria del paciente.
- El registro de toda la información del cliente, se codifica de forma obligatoria en episodios sanitarios.

El primer profesional sanitario que tenga contacto con el usuario debe abrir el episodio de salud que corresponda, y registrar la situación.

Los episodios sanitarios son los de la CIAP-II.

Dentro de cada episodio estará toda la información ordenada cronológicamente.

Este es un aspecto fundamental que permite tener acceso de forma rápida y sencilla a la evolución de cada proceso de salud, aunque el uso de los episodios de la CIAP represente ciertas dificultades para que los profesionales de enfermería puedan codificar los planes de cuidados.

- Es un programa destinado a facilitar el trabajo asistencial del profesional de la salud, no es un programa para registrar, sino que los registros debe cumplirlos automáticamente al realizar el profesional su trabajo habitual.

2. Situación inicial del programa para el desarrollo de los diagnósticos de enfermería, y primeras experiencias en la búsqueda de soluciones.

- *Situación inicial:* Cuando el programa se instaló en nuestro centro, pudimos observar como no disponía de ningún mecanismo específico para el desarrollo de los diagnósticos de enfermería.

Inicialmente esta situación nos llevó a una gran decepción, y nos vimos en la necesidad de adoptar una decisión al respecto: trabajar con el programa informático y eliminar la hª de papel, o continuar con la hª de papel.

Finalmente decidimos continuar en el uso del programa en las consultas diarias, pero buscando soluciones a través de los protocolos informáticos que nos permite realizar la aplicación.

- *Búsqueda de soluciones:* La prioridad fue la creación de protocolos informáticos que nos permitiera continuar desarrollando los diagnósticos de enfermería.

Los primeros protocolos diseñados fueron unos protocolos elementales e incompletos, que sin embargo nos agilizó el proceso del diagnóstico enfermero, con lo que vimos que la informatización sí podía colaborar en el desarrollo de la metodología enfermera, fundamentalmente en:

- Disminuir el tiempo de dedicación para su cumplimentación.
- Orientar y estructurar el proceso.
- Facilidad en la búsqueda de la información registrada.
- Sistema de ayuda a la hora de la elección del diagnóstico y de sus aspectos metodológicos.

Posteriormente estos protocolos se fueron completando y mejorando en sucesivas versiones, se realizaron 4 versiones.

Una vez resuelto el problema del diagnóstico, se abordó la solución informática a la valoración general, a través de los patrones funcionales de Gordon.

En este sentido se elaboraron los protocolos informáticos correspondientes a cada patrón, y posteriormente se revisaron y completaron en la 2ª versión.

3. Desarrollo actual de los diagnósticos enfermeros en OMI-AP.

El sistema desarrollado actualmente está abierto a la utilización de cualquier sistema de valoración y taxonomía diagnóstica que se quiera utilizar.

Para ello el sistema completo y listo para su utilización en la consulta diaria, debe coordinar tres aspectos:

1. Automatismo y programaciones informáticas específicas de planes de cuidados.

Básicamente son:

- Iconos de acceso a la realización de diagnósticos de enfermería.
- El tapiz de planes de cuidados.
- El Asistente de planes de cuidados.

Estos automatismos son fijos, y por lo tanto lo único que debemos es aprender su funcionamiento.

2. Protocolos informáticos, que están enlazados con los automatismos:

Debemos diseñar y realizar los protocolos informáticos con los que queramos trabajar.

De cara a poder disponer de un sistema completo y listo para su utilización desde el primer día, se han desarrollado y enlazado los protocolos informáticos.

No obstante, hay que recordar que podemos desarrollar nuestros propios protocolos informáticos y sustituirlos, aunque también debemos tener en cuenta la importancia de la unificación de la información recogida para poder comparar nuestros datos, y por tanto las modificaciones deberían consensuarse previamente.

Existen básicamente dos tipos de protocolos informáticos:

- Protocolos informáticos de **Valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon**.

Tienen las siguientes características:

- Todos los campos informáticos de valoración tienen tratamiento de DGP. Esto posibilita el seguimiento, evaluación de los datos a través de estos protocolos, así como el cumplimiento de las normas técnicas existentes.
- Están diseñados para recoger toda la información del patrón en una única pantalla. Facilita la visualización de la información, y posibilita la integración de la información de varios patrones en los protocolos diagnósticos.
- Los datos están diseñados de forma relacionada. Se han diseñado para explotar al máximo las posibilidades que nos ofrece el sistema de campos "habilitadores" de otros campos que presenta OMI: rapidez en el registro de datos; ayuda en el método de recogida de información; evita excesiva información innecesaria en pantalla; registro múltiple de datos.
- Recogen todas las indicaciones de valoración por patrones funcionales de Gordon, reseñados en el documento de **"Estandarización de planes de cuidados"**. SGAP. Área de evaluación y seguimiento. Octubre 1999.
- Han sido presentados, debatidos y consensuados en distintos foros de enfermería.

- Los datos de valoración que recogen datos de cartera de servicios, utilizan DGPs clínicos que están enlazados con los DGPs de cartera de servicios del INSALUD.
- Todos los protocolos informáticos han sido documentados por sus autores en el trabajo ***“Informatización de los patrones funcionales de Gordon. Revisión, elaboración y adaptación sobre criterios unificados”***. C.S. El Greco. Sep/2001.
- En todos los protocolos existe un acceso directo al “Asistente” de planes de cuidados que nos permite realizar el diagnóstico enfermero de forma rápida y sencilla, en caso de ser necesario, sin salirnos del protocolo de valoración.
- Los protocolos se clasifican directamente en el episodio de “Actividades preventivas”, salvo que se elija otro episodio de la CIAP a través del “Asistente”.

➤ Protocolos informáticos de los **Diagnósticos Enfermeros**:

- ◆ Los destinados a iniciar un nuevo diagnóstico.
- ◆ Los destinados a realizar el seguimiento de un diagnóstico ya existente.

D.E. PATRÓN 01: PERCEPCIÓN DE LA SALUD (23/11/2001) - PRIVADO - ZZPEQUEÑO DE...

VALORACION | OBJETIVOS | Percepción de la salud | Nutricional | Actividad | Diagnósticos de Enfermería - Área 10

VALORACION:

OTRAS CARACTERÍSTICAS:

☐ D.e. posible

Asistente

DIAGNOSTICOS NO CATALOGADOS (0.0.):

Etiqueta diagnóstica

Factores relacionados

Manifestaciones

Imprimir

Aceptar Cancelar

Ambos protocolos son muy similares, y tienen las siguientes **características** comunes:

- Recogen todas las indicaciones efectuadas por el grupo de trabajo de la SGAP para la informatización del proceso enfermero. Marzo/2001.
- Todos los datos de valoración recogidos, tienen tratamiento de DGP.
- En todos los protocolos existe un acceso directo al “Asistente” de planes de cuidados que nos permite realizar el diagnóstico enfermero de forma rápida y sencilla.
- Existen campos para completar el proceso enfermero de aquellos datos que no se recojan en el “Asistente”.
- En cada protocolo diagnóstico se recogen los patrones funcionales relacionados, según el documento **“Patrones funcionales relacionados según sus diagnósticos enfermeros”**. C.S. El Greco. Sep/2001.

Esto nos va a permitir conocer en el momento de efectuar el diagnóstico enfermero los datos valorados con anterioridad en esos patrones, y poder actualizarlos. El objetivo es favorecer la visión de forma de la persona que facilite y asegure la existencia el diagnóstico efectuado.

Las **diferencias** del protocolo informático de seguimiento, con el del diagnóstico inicial, son:

- En el protocolo de seguimiento se visualizan los datos recogidos en la última visita en el campo del “Asistente”.
- En el protocolo de seguimiento existen unos campos de tipo tabla, para poder registrar la evaluación de los objetivos planteados con anterioridad.
- En el protocolo de seguimiento existen unos campos “check” para indicar la continuidad, revisión o finalización de los objetivos generales planteados.
- En el protocolo de seguimiento existen unos campos de tipo tabla para registrar el alta o no del proceso, y en caso de alta, el motivo del mismo.
- En los protocolos diagnósticos tenemos que elegir en el “Asistente” el episodio de la CIAP donde van a quedar clasificados. En los protocolos de seguimiento diagnósticos no es necesario seleccionar ningún episodio de la CIAP para su clasificación, ya que quedan directamente clasificados en el mismo episodio de la CIAP donde figure el protocolo informático del diagnóstico.

3. Taxonomía y datos metodológicos de los diagnósticos enfermeros.

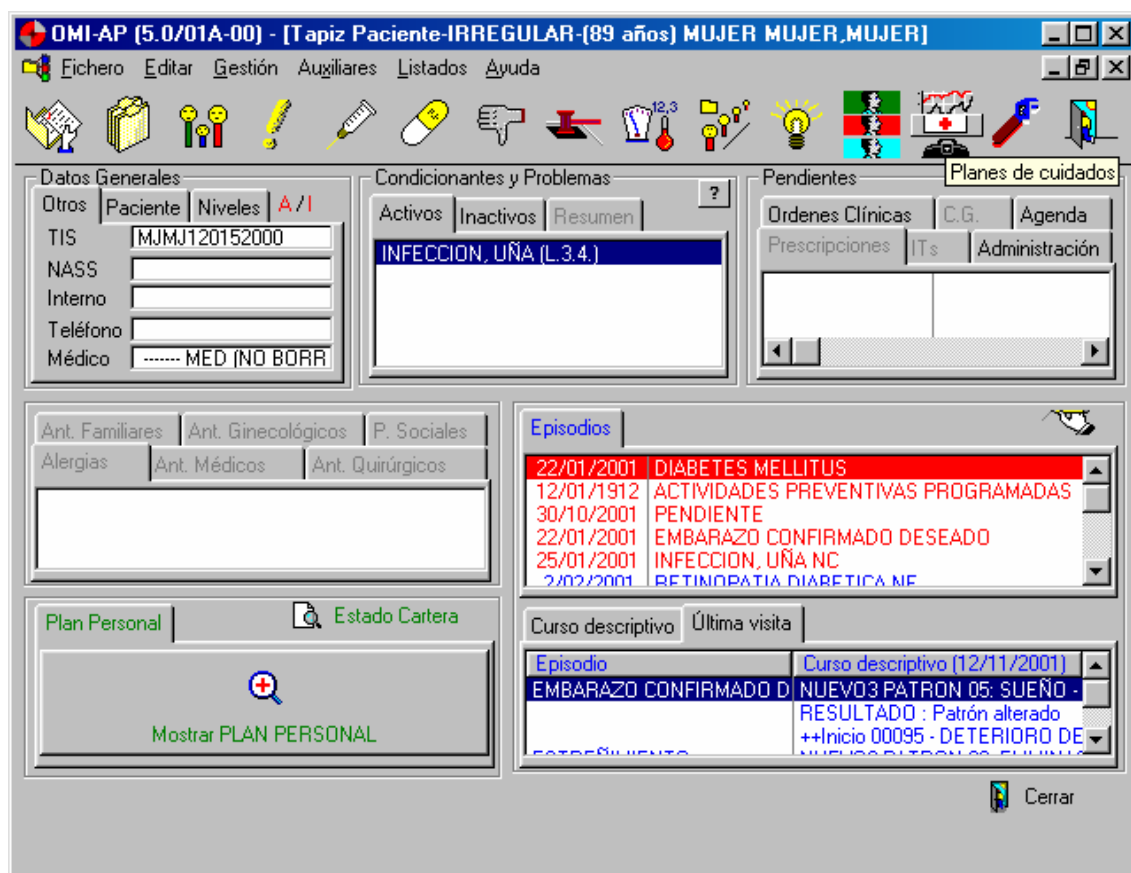
Al igual que sucede con los protocolos informáticos, también debemos introducir los datos metodológicos de los diagnósticos enfermeros que vamos a utilizar.

El desarrollo metodológico completo de los planes de cuidados que presenta OMI-AP, está basado en la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, y

utiliza los diagnósticos enfermeros de la taxonomía NANDA, las intervenciones de la taxonomía NIC y los objetivos de la taxonomía NOC.

DESCRIPCIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS EN OMI-AP

En la nueva versión de OMI-AP, cuando accedemos al tapiz del paciente o a la pantalla de apuntes, nos encontramos con un nuevo icono (cruz roja sobre fondo blanco), y que al señalarlo con el cursor nos aparece la descripción “Planes de cuidados”.



Este icono será la puerta natural de entrada (aunque puede accederse por otras vías) a la información y realización de los planes de cuidados.

Al pulsar este icono nos llevará a una nueva pantalla en OMI, denominada “Tapiz de planes de cuidados”:

Esta pantalla ha sido diseñada con un doble objetivo:

- Por un lado pretende ser una *pantalla completa de información*. Nos permite tener una visión general de la persona y conocer de forma integral sus peculiaridades y carencias en relación con los cuidados para su salud y su bienestar.
- Por otro lado debe ser una *pantalla funcional*. Nos permite acceder de forma rápida, fácil e intuitiva a la puesta en marcha de los cuidados bajo metodología científica.

Tapiz de planes de cuidados - MUJER MUJER, MUJER - [28773]

Valoración general	Diagnósticos NANDA	Episodios
- PERCEPCION DE LA SALUD (2/11/2001) - NUTRICIONAL / METABOLICO (12/11/2001) - ELIMINACION (12/11/2001) - ACTIVIDAD / EJERCICIO (12/11/2001) - SUEÑO Y DESCANSO (19/11/2001) - COGNITIVO / PERCEPTIVO (19/11/2001) - AUTOPERCEPCION / AUTOCONCEPTO (19/11/2001) - ROL / RELACIONES (19/11/2001) - SEXUALIDAD / REPRODUCCION (19/11/2001)	- CONDUCTAS GENERADORAS DE SA - DISPOSICION MEJORAR ORGANIZA - INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENT - MANEJO EFECTIVO DEL RÉGIMEN T - MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN - MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN - MANEJO INEFECTIVO RÉGIMEN TEF - MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE L - MALUSCA	- Episodios - HOJA DE EVOLUCION 12/11/2001 - ACTIVIDADES PREVEN 12/11/2001 - EMBARAZO CONFIRMA 22/11/2001 - DIABETES MELLITUS 22/11/2001 - INFECCION, UÑA NC 25/11/2001 - ITU (INFECC. TRACTO 5/12/2001 - HTA (NO COMPL.) 5/12/2001 - INMOVILIZADO (INCAP 15/12/2001

☒ Valorar
 ☒ Diagnóstico
 ☐

Plan de cuidados

Plan de cuidados	Criterios de resolución	Intervenciones	Actividades
(D72) - HEPATITIS A (00004) - RIESGO DE INFECCIÓN - 16/11/2001 (W78) - EMBARAZO CONFIRMADO DESEADO (00095) - DETERIORO DEL PATRÓN DE SUEÑO - 12/11/2001 (F17) - GAFAS QUEJAS (00095) - DETERIORO DEL PATRÓN DE SUEÑO - 19/11/2001 (P74) - ANSIEDAD ESTADO DE (00066) - SUFRIMIENTO ESPIRITUAL - 20/11/2001			

☐ Ver todos
 ☐ Ver Segum.
 ☒ Seguimiento
 ☐ Cerrar episodio Nanda
 ☐ Cerrar

4. Planes de futuro.

- Mejoras y seguimiento del proceso de informatización de planes de cuidados en OMI-AP:
 - Explotación específica de los datos de planes de cuidados.
 - Desarrollos específicos para el uso de la NIC en el “Asistente” de planes de cuidados.
 - Desarrollos específicos para el uso de la NOC en el “Asistente” de planes de cuidados. Informatización de los indicadores.
 - Segunda fase en la carga de datos metodológicos: taxonomía NIC.
 - Tercera fase en la carga de datos metodológicos: taxonomía NOC.

- Desarrollar de manera unificada el proceso metodológico. Proyecto UDIME.

Grupos de noticias

El único Grupo de noticias de temática enfermera existente en la Red es: es.charla.enfermeria , para acceder al mismo es preciso disponer de un lector de noticias tipo Free-Agent® o un gestor de correo electrónico tipo Netscape® o Microsoft Outlook®, en este grupo de noticias se puede participar en discusiones sobre cuidados, técnicas y cualquier problema relacionado con el ejercicio de la profesión.

Listas de distribución

Mediante la suscripción a cualquiera de las numerosas listas de distribución dedicadas a temática enfermera estaremos al día de novedades, polémicas, solicitudes de ayuda y colaboración, en este listado aparecen algunas de las que cuentan con mayor número de mensajes

- ♦ **INVESTEN** <http://www.isciii.es/investen/>. Lista del Grupo INVESTEN Instituto de Salud Carlos III, dedicada a la investigación
- ♦ **SEEI-LIST** <http://www.seei.es/>. Lista dedicada a temas de enfermería, internet e informática auspiciada por la Sociedad Española de Enfermería Informática e Internet SEEI
- ♦ **Metas**, <http://www.enfermeria21.com>. La revista de enfermería Metas también dispone de una lista de correo muy activa dedicada a la profesión
- ♦ **UCIE** <http://www.enferpro.com> Lista de correo dedicada a los cuidados intensivos y enfermería
- ♦ **Salud Mental** <http://www.dip-alicante.es/servdipu/areasani/enferpsi/enflis00.htm>. Lista de correo de temas de salud mental y enfermería
- ♦ **Úlceras por presión** <http://www.gneaupp.org/>. Lista dedicada al interesante tema de las úlceras por presión y las heridas crónicas.

Conclusión

Los continuos avances en el campo de las nuevas tecnologías, y por supuesto Internet nos permiten disponer de un amplio abanico de servicios que por su facilidad, rapidez y eficacia nos posibilitan desde nuestro centro de trabajo o en la comodidad de nuestro hogar conseguir e intercambiar información de un modo relativamente económico, sin desplazarnos, pudiendo recibir diariamente mensajes, comunicados, trabajos de investigación, leerlos o reenviarlos a otros colaboradores, consultar bases de datos o buscar información en las páginas WEB. Por ello, en esta ponencia se ha pretendido estimular a adentrarse en la Red Internet, para aprovechar la ingente cantidad de recursos existentes, y porque no, poner a disposición de los navegantes sus propias experiencias, teorías e investigaciones en los múltiples foros de que se dispone. No sin tener en cuenta el espíritu crítico que debe imperar debido a la proliferación de páginas y servicios con poca calidad o de contenido poco científico, por lo que los profesionales de enfermería debemos estar alerta y no caer ante los mismos, utilizando nuestro criterio, y recurriendo a procedencias reconocidas y avaladas por centros de prestigio y sociedades científicas.

CARE-VUE

Celia Sánchez Calvín

Supervisora Medicina Intensiva. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN:

En Noviembre del año 2000 se implantó en la UCI del Hospital Universitario Son Dureta(24 camas), un sistema de informatización de la historia clínica denominado Care-Vue.

Ha supuesto un gran reto para todos los profesionales involucrados en el cuidado del enfermo y nos proporciona una vía de integración y protocolarización de la Actividad de enfermería desarrollada en nuestra unidad que facilita la planificación y gestión de los cuidados enfermeros.

Los contenidos y el programa fueron diseñados por un comité de configuración compuesto por dos Médicos adjuntos y dos Enfermeras de la unidad y con las sugerencias de todo el personal.

Se busco un programa que se adaptara a nuestra forma habitual de trabajar y en el que los registros no difirieran sustancialmente de los hasta ahora utilizados, de esta manera el paso de registro manual a informatizado resultó menos traumático.

Los ordenadores se distribuyeron por las unidades a razón 1: 2 camas, excepto en la unidad de coronarias que fue 1:1 por motivos arquitectónicos. También se dispuso un ordenador en cada control de Enfermería y en los despachos del Jefe de Servicio y Supervisión

Desde cada terminal se puede acceder a cada una de las unidades y a cada paciente ingresado en ellas.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA CARE-VUE:

Es un sistema informático que registra automáticamente y a tiempo real todas las variables fisiológicas de interés, así como datos procedentes de laboratorio. Sustituye la información obtenida de manera manual (papel) por una información en formato electrónico: automática, rápida y segura.

Facilita la interpretación y lectura de los datos a otros profesionales ajenos a UCI y la conexión con servicios centrales tales como laboratorio, admisión, microbiología, etc...

Proporciona un soporte informático para la planificación y gestión de los cuidados enfermeros, así como garantiza la detección y revisión posterior de todas las necesidades que pudieran encontrarse alteradas en el paciente crítico.

Es un sistema rígido en su funcionamiento, cualidad que le aporta seguridad para evitar la manipulación de personal no autorizado.

Solo el comité de configuración esta autorizado para realizar los cambios que previamente se han consensuado

Para facilitar la comunicación del personal con dicho comité se creo el buzón de sugerencias, herramienta muy útil que nos permite colaborar a todos en la mejora y actualización del sistema.

HISTORIA CLÍNICA:

(Figura 1)

Expresa de forma gráfica y numérica todos los parámetros utilizados, todas las acciones y cuidados realizados así como parámetros ventilatorios, datos de laboratorio, pruebas diagnósticas, etc...

Permite cumplimentar el tratamiento de un modo seguro, integrando la actividad de los tres colectivos: médicos, enfermeras y auxiliares.

La gráfica diaria nos permite el acceso inmediato a constantes vitales, entradas de perfusiones, salidas, cuidados de enfermería, balance, laboratorio...

Lo importante es personalizar la gráfica de cada paciente.

Para acceder a ella y registrar las actuaciones es necesario el uso de un código secreto personal e intransferible.

El registro de los cuidados es más exacto y completo y las notas de evolución y tratamiento son siempre legibles

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

(Figura 2)

En esta pestaña se muestran todas las actividades que realiza la enfermera en el cuidado del enfermo crítico.

Desde que tomamos la decisión de informatizar los registros clínicos nuestra principal preocupación fue que los registros utilizados en papel fueran similares en el programa informático. Para ello y con el deseo futuro de protocolizar los cuidados según el modelo de Virginia Henderson, introducimos todas las actividades relacionadas con los problemas de autonomía, tales como, **Necesidad de Higiene y Mantenimiento de la Piel** (higiene completa, lavado bucal, manicura, pedicura...), **Necesidad de Mantener un entorno seguro** (sujeción mecánica, uso de barreras...) y así hasta completar las catorce necesidades básicas del modelo. En realidad en la UCI se contemplan principalmente siete necesidades básicas: Higiene, Alimentación, Eliminación, Entorno Seguro, Movimiento y posición, Mantenimiento de la Temperatura y Vestirse y desvestirse

También se registraron los problemas de colaboración: **Riesgo de infección** (cambio de apósitos, sistemas, cambio de sondas...), **Riesgo de obstrucción de la vía aérea** (lavado bronquial, fisioterapia respiratoria, aspirado bronquial...)

Los cuidados están reflejados, solo nos queda ordenarlos según el Modelo escogido y protocolizar las complicaciones potenciales, reto que asumiremos en un futuro próximo.

El resultado final consistirá en la elaboración de Planes de Cuidados del paciente crítico.

NOTAS DE ENFERMERÍA

(Figura 3)

La primera referencia sobre la importancia de los registros de enfermería como norma de calidad data de 1955 en la que Blanche describe un método para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería basándose en las anotaciones de la enfermera. La tradición ha ocasionado que hasta hace poco tiempo enfermería fuese una profesión cuyo trabajo consistía fundamentalmente en el cumplimiento de órdenes médicas y en la ayuda bien intencionada y poco profesionalizada a personas con problemas de salud.

Hoy en día este concepto ha cambiado y los registros enfermeros se convierten en un instrumento imprescindible para asegurar la calidad, garantizar la continuidad y evaluación posterior de los cuidados, y mejorar la asistencia al paciente. Así mismo proporciona una base de datos importante de cara a nuestro futuro investigador, a la vez que dan una cobertura legal a nuestras actuaciones.

La importancia de que los registros sean claros, precisos y ordenados es imprescindible en una unidad de gran complejidad como la UCI. Care Vue facilita la incorporación de los registros de una manera sencilla y precisa, favoreciendo la comunicación interdisciplinaria muy necesaria en UCI.

En las Notas de Enfermería introducimos a través de texto estructurado o libre en Castellano o Catalán todas las actividades relacionadas con problemas de colaboración ya que las relacionadas con los problemas de autonomía quedan reflejadas en la gráfica.

INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA

(Figura 4)

En la actualidad contamos con el informe realizado por patrones funcionales de M. Gordon que fue el que se tomó como referencia en nuestro Hospital. Hoy en día los registros de enfermería están basados en el modelo conceptual de Virginia Henderson.

El informe debe servir tanto al profesional de enfermería como al paciente y a los cuidadores para saber cómo está el individuo después de su estancia en UCI, para poder continuar con los cuidados de suplencia /ayuda y para poder enseñar al paciente y a su familia /cuidador todo lo que sea necesario para mantener o aumentar la independencia del paciente.

Se deben identificar las necesidades que los pacientes no podrán satisfacer por sí solos y garantizar la continuidad de los cuidados.

Una vez consensuado con enfermería se decidió introducir en el ordenador el mismo formato hasta ahora utilizado para más adelante adecuar el informe de alta al modelo conceptual elegido.

Los patrones funcionales de Gordon se transformarían en necesidades, principalmente problemas de autonomía, que aparecerían como diagnósticos enfermeros aunque no de la Taxonomía de la NANDA. En la UCI dada la peculiaridad del paciente hay muy pocos diagnósticos de la Nanda que sean útiles a la hora de planificar los cuidados.

Los Cuidados a seguir al alta y fármacos administrados se transformarían en problemas de colaboración.

CONCLUSIONES

La implantación del programa informático Care-Vue ha supuesto un gran reto para todos los profesionales involucrados en el cuidado del enfermo crítico. Después de un año de "dura" convivencia con el ordenador estamos preparados para asumir la organización y protocolización de los cuidados enfermeros basados en el modelo de Virginia Henderson para obtener un registro diseñado de acuerdo con las necesidades específicas del centro y el modelo conceptual adoptado.

Care- Vue nos facilitará la introducción y recuperación de la información con la máxima rapidez y fiabilidad.

Este formato una vez confeccionado servirá como punto de partida para identificar problemas y planificar actuaciones enfermeras adecuadas a cada situación.

Los principales problemas reflejados en la grafica corresponden a los de autonomía, en los problemas de colaboración la enfermera realiza, en lugar del usuario, las actividades de tratamiento y control prescritas por el médico, éstos no presentan casi variaciones entre los usuarios con similar patologia por lo que es factible planificar de antemano las actividades más adecuadas, según protocolo, para prevencion y control de las complicaciones.

Nuestro fin último es realizar cuidados individualizados y registrar de forma precisa, legible y cómoda la respuesta ante ellos.

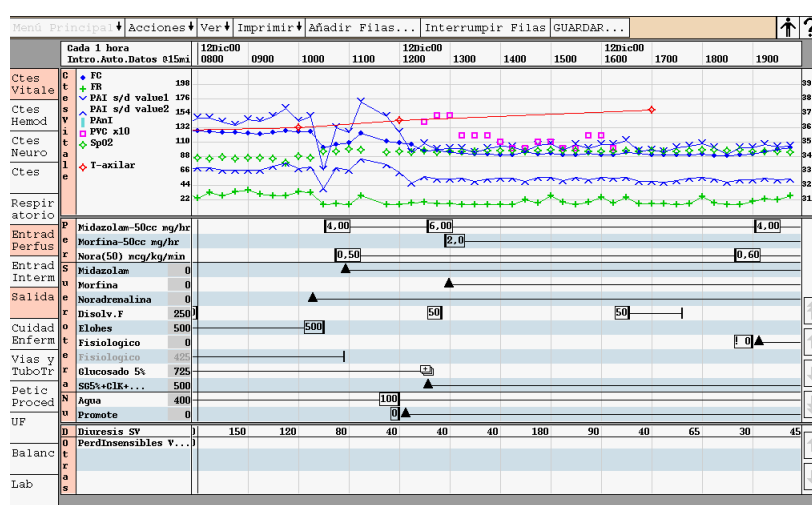


Figura 1: Historia Clínica

Menú Principal	Acciones	Ver	Imprimir	INTRODUCIR DATOS					
	Cada 24 Horas	01Dic00	02Dic00	03Dic00	04Dic00	05Dic00	06Dic00	07Dic00	
	Intro.Auto.Datos @1 hr	0700	0700	0700	0700	0700	0700	0700	
Ctes	Higiene	*Complet	*H.Bucal	*Complet	*Complet	*Complet	*Complet	*Complet	*Complet
Vitale	Protección Ocular								
	Cambio Postural	*Supino		*DLD	*DLD	*DLD	*Supino		
	Sujección	*EESS		*Retirad	*EESS	*EESS	*EESS		
Hemod	Fisioterapia Respira	*Lav-Muc			*Lav-Otr	*ClapD+I	*Clap-HI	*Clap	
	Lavado Bronquial	*Esp/Pur	*Esp/Pur	/	*Esp/Pur	*Flu/Pur	*Flu/Pur	*Flu	
Ctes	Aspirado Bronquial								
Neuro	Termorreulación								
	Herida1 Localización				*Abdomen	*Abdomen	*Tórax		
	Herida2 Localización				*Tórax	*Cuello	*Cuello		
	Herida1 Actuación				*CuraLim	*CuraLim	*CuraLim		
	Herida2 Actuación				*CuraLim	*CuraInf	*CuraInf		
Respir	Aislamiento								
atorio	SondaGástrica (tipo)								
	S-Gástrica-Actuación	*Declive	*Declive		*cura		*Declive		
Entrad	Drenaje n°1 (Tipo)	*RedonI							
Perfus	Drenaje n°1 (Actuac)	*Cura					*Pinzado		
Entrad	Drenaje n°2 (Tipo)								
Interm	Drenaje n°2 (Actuac)								
	Drenaje n°3 (Tipo)	*Yeyuno							
Salida	Drenaje n°3 (Actuac)	*Cura	*Declive						
Cuidad									
Enferm									

Figura 2: Cuidados de Enfermería

Introducción de una nota

Fecha/hora de la nota*: 09 Ene 01 1209 WET Filtro: Notas del Médico Notas Enfermería

Titulo:

- Nota Narrativa
- INFORME D' INFERMERIA A L'ALTA
- INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA
- TORN HORABAIXA
- TORN MATI
- TORN NIT
- TURN DE MAÑANA
- TURN DE NOCHE
- TURN DE TARDE

OK CANCELAR

Figura 3: Notas de Enfermería

Notas Enfermería: Trauma / A/16-1 BARTOLOME ADROVE 2945/47 85,0kg Meningitis

Menú Principal Acciones Ver Imprimir Guardar ... Introducir una Nota ...

Día Anterior

Hoy

Día Siguiente

Introducción de una nota

Fecha/hora de la nota: 07 Mar 02 1711 WET Filtro: Notas del Médico Notas Enfermería

Título: INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA

RESUMEN DE LA VALORACION:
PATRON PERCEPCION / CONTROL SALUD
Hábitos tóxicos:
Riesgo de lesión:
Información sobre el estado de salud:
COMPLICACIONES PRESENTADAS:
- GASTROINTESTINAL/METABOLICA:
CUIDADOS A SEGUIR AL ALTA:
+ SUPLENCIA/AYUDA

RESUMEN DE LA VALORACION:
COMPLICACIONES PRESENTADAS:
CUIDADOS AL ALTA

SUPLENCIA/AYUDA
FISIOTERAPIA
CURAS
VIAS INVASIVAS/SEMIINVASIVAS
ADMINISTRACION TRATAMIENTOS
FARMACOS
EDUCACION SANITARIA

* Higiene
* Alimentación
* Movilización
* Cambios posturales
* Comunicación
* Orientación Temporal
* OBSERVACIONES:

OK CANCELAR

07 Mar 02 1725

Figura 4:Informe de Enfermería al alta

Notas Enfermería: Médica Sin Cama JUANA MARIA SANT 2945/30 74,0kg IRA HIPER

Menú Principal Acciones Ver Imprimir Guardar ... Introducir una Nota ...

Día Anterior

Hoy

Día Siguiente

05 Mar 02 1321 WET INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA

RESUMEN DE LA VALORACION:Paciente que ingresa en UCI el día 22-2-02 procedente de planta.Alerta y muy colaboradora.HTA en tt.No DM.
+ PATRON NUTRICIONAL/METABOLICO:Dieta hiposódica.Líquidos abundantes.
+ PATRON ELIMINACION:Diuresis espontánea.No precisa laxantes.
+ PATRON ACTIVIDAD/EJERCICIO:Puede realizar sola las AVD.Sentada en sillón.
+ PATRON REPOSO/SUEÑO:No precisa inductores de sueño.
*CUIDADOS A SEGUIR AL ALTA:
+ FISIOTERAPIA:Respiratoria con Respiflow.Por el momento sólo sube 2 bolitas.
+ VIAS INVASIVAS/SEMIINVASIVAS:Drum MSI(insersión:22/2/02).
+ ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO:Oxigenoterapia VMK 60%.802 mantenidas.Tose y espectoradora.
Sueroterapia:SF 500cc/12h

FARMACOS	VIA	HORA ULTIMA
Berodual 0.5ml/12h	Aerosol	
Enoxaparina 40mg/12h	sc	
Mucofluid 1.5ml/12h	Aerosol	
Ranitidina 150mg/12h	VO	

07 Mar 02 1728

BIBLIOGRAFÍA:

1. Luis Rodrigo M^a T, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez M^a V. De la Teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. 2^a ed. Barcelona. Masson; 2000.
2. Mandell M. Si no se ha registrado, es que no se ha hecho. Nursing 1995; volumen 13, Marzo: 48-49.
3. Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw Hill-interamericana 1994.
4. Sánchez García J, Pulido Justicia R, Cabrera Gómez M^a P, Souto Pena C, Llabrés Romero R, Alvarado Arencibia A, Vallespin Montero R, Ojeda Pérez B. Proceso de cuidados desde el modelo de Virginia Henderson: caso clínico. Metas Enferm. 2000 Mayo; III(25): 36-41.
5. Puga Mira, M^a J. Planes de cuidados con ayuda de un programa informático: experiencia de veinte meses. Enfermería nefrológica. 2001 Enero-Marzo; 13:6-10
6. Engelbrecht R. Informatización en los hospitales. ROL Enfermería. 1988 julio-Agosto; XI(119-120): 94-102
7. Martín Robledo E, García López F, Puerta Calatayud M, Bermejo Caja C, Arribas Cachá A, Ávila Vivar B, Beamud Lagos M, Hidalgo García-Consuegra MA, Duradle Rodríguez E, Peñacoba Herrero R Metas Enferm. 2001 Noviembre; IV (40): 48-52.
8. Herrero García T, Cabrero Cabrero A, Burgos Martín MR. Control de calidad en los registros de enfermería. Enferm Intensiva 1998; 9(1): 10-15.
9. García Martín M, Gutiérrez MP, Sanz C, Varez E. Registros de enfermería. Enferm Intensiva 1995; 6(1): 14-19
10. Granadero Piris E, Arangüena Muniategui C, Sánchez Mata AM. Enferm Clínica 1996 Enero-Febrero; VI(1): 29-34

***The King's Fund – Health Quality Services
Programa de mejora organizacional
Conducente a la obtención de la acreditación, certificación ISO e
implementación del modelo de excelencia de negocio (EFQM)***

David Sanders

-Introducción

1- The King's Fund – Health Quality Services

1.1- The Kings Fund fue fundado en 1.897 by Su Alteza Real el Príncipe de Gales, que más tarde fue el Rey Eduardo VII. Desde los primeros días la presidencia ha estado a cargo de S.A.R el Príncipe de Gales o el Soberano reinante.

1.2- The Kings Fund fue establecido como una fundación para apoyar a pacientes pobres de Londres; durante el último siglo evolucionó hacia una organización dedicada a promover la buena práctica médica y la buena gestión en la prestación de atención sanitaria en Londres. The Kings Fund se compone actualmente de cinco directorios:

- *Prestación de garantías
- *Centro de gestión
- *Kings Fund College
- *The Kings Fund Institute
- *The Kings Fund Health Quality Services (HQS)

1.3- The Kings Fund, con su presidencia emanada de la Casa Real es ampliamente reconocido como un foro independiente para el debate y la creatividad conducente a la buena gestión y la buena práctica en la prestación de la atención sanitaria. The Kings Fund ha elaborado numerosas publicaciones y en su sede en el centro de Londres, en Cavendish Square, posee una de las más completas bibliotecas acerca de esta área del saber y que es consultada por investigadores de todo el mundo. The Kings Fund da la bienvenida a todos los visitantes e investigadores que quieran usar sus instalaciones, abre durante toda la semana y los sábados por la mañana.

1.4- En el patronato del Kings Fund hay varios presidentes de los Reales Colegios Profesionales, e. g. Médicos, Enfermeras, etc., quienes, bajo la presidencia de S.A.R el Príncipe de Gales tutelan el desempeño organizacional diario del Consejero Delegado.

1.5- Desde el primer día, la carta fundacional del iba dirigida a los pacientes de Londres. El programa de mejora de la calidad ha tenido un gran impacto a todo lo largo del Reino Unido; lo cual es positivo, pero por otra parte, no ha sido fiel a la misión original del Kings Fund, asistir a los pacientes londinenses. Fue necesario encontrar una forma por la que el Programa de calidad pudiera continuar expandiéndose a todo lo largo del Reino Unido e ultramar. El Health Quality Service fue creado como fundación independiente asociada al Kings Fund con una carta fundacional que permite trabajar fuera de Londres, a lo largo de Reino Unido y en el ámbito mundial.

1.6- El Kings Fund y el HQS son fundaciones, es decir, organizaciones sin ánimo de lucro.

1.7- Los ingresos provienen de la inversión del fondo original establecido por Eduardo VII, añadiéndose fondos adicionales a partir de otros legados y por los honorarios que se cobran a otras instituciones y organizaciones, siempre sobre la base de sin ánimo de lucro.

2-Situación del proyecto en el Reino Unido

2.1- En el Reino Unido hay actualmente alrededor de 100 Hospitales acreditados y otros 400 trabajando en el proceso.

3-Visión acerca de los orígenes de la serie ISO 9000, el modelo EFQM y el Programa de Mejora continua King's Fund – HQS.

3.0- Al establecer el escenario respecto a las normas HQS con relación a ISO y EFQM, necesitamos echar la vista atrás hacia los orígenes de estos dos programas.

3.1-Serie ISO 9000

3.1.1- La primera versión de la serie ISO 9000 a finales de los 70 y principios de los 80 reproducía palabra por palabra la norma británica del Reino Unido BS5750.

3.1.2- Por el contrario, esta norma Británica fue virtualmente una transcripción de las series de normas de Defensa 0521, 24 y 29. Las guías para las normas 9001, 2 y 3 fueron ellas mismas una transcripción virtual de las normas guía de Defensa 0522, 24 y 30.

3.1.3- Tras la segunda guerra mundial, al renace el Reino Unido de sus cenizas, los contratos militares cumplieron una importante función en la economía del país; convirtiéndose las normas de Defensa en buenas prácticas ampliamente aceptadas por los sistemas de calidad durante un par de décadas. En los setenta, la Sra. Thatcher decidió que era preciso establecer una norma de sistemas de Calidad para la industria. Más que reinventar la rueda, las normas británicas emergieron con la serie BSI 5750, que era prácticamente una copia de la serie de normas DEF 0521.

3.1.4- En el ámbito internacional, los circuitos ISO y CEN reconocieron que existía un gran vacío respecto a unas Normas Internacionales de Sistemas de Calidad. **Como en muchos otros casos anteriormente, la norma del Reino Unido fue tomada como base,** (actualmente una transcripción) de la serie de normas ISO 9000

3.1.5- No hay duda de que el ISO ha prestado un buen servicio a la industria, sin embargo, está ampliamente aceptado que no todo vale para todo el género humano y en muchas áreas de actividad han surgido guías sectoriales: Software, industria del automóvil, energía nuclear, Directiva sobre Dispositivos Médicos, (donde EN4600 nació como una guía para fabricantes de equipos médicos para obtener la serie ISO 9000).

3.1.6- La serie ISO 9000 es una norma de un extraordinario alto nivel, pero cuando se aplica "a pelo" a un entorno hospitalario, la forma y las frases en que está estructurada no es la más accesible al usuario que trabaja en un entorno hospitalario como médicos, enfermeras, técnicos, administradores, etc.

3.2- EFQM

3.2.1- Esta fue una iniciativa europea basada en las experiencias de los galardones Deming en Japón y el Baldrige en los Estados Unidos. EFQM fue fundado por catorce empresas que ya tenían Sistemas de Calidad de ámbito global como Xerox, British Telecom, Olivetti, etc, que pensaron que se precisaba una herramienta para guiarles en el camino de la Mejora Continua. Los fundadores del EFQM pensaron que la serie ISO 9000 tomada como norma, no podía encaminar a sus respectivas organizaciones hacia la excelencia. Es de destacar que alrededor de 1.994 la serie ISO 9000 no mencionaban las palabras “Mejora de la Calidad” o “Clientes”.

3.2.2- EFQM nació de compañías con calidad global que pensaron que esos Sistema de Calidad necesitaban ser ampliados hasta un modelo que vincularía todos los aspectos de su negocio con los resultados y la satisfacción del cliente.

3.2.3- Tomando los contenidos de las normas del Kings Fund tal y como están establecidos, se mostrarían como el diagrama del **Apéndice 3**, ¡lo cual es interesante! También encaja cómodamente en el Modelo de Excelencia en el Negocio tal y como muestra el diagrama del **Apéndice 4**.

3.2.4- Las semejanzas que la aproximación del proceso del HQS respecto a EFQM es una consecuencia directa de una aproximación común, es decir, Autoevaluación y Mejora de la Calidad.

3.2.5- Hace un par de años se llevó a cabo una comparación de la norma HQS y el modelo EFQM por el Profesor John Oakland, que estuvo implicado en los inicios del EFQM en Roma, y también ha sido asesor del Gobierno Británico acerca de cuestiones de calidad durante las últimas décadas y además ha sido director del Centro de Investigación EFQM en el Reino Unido.

3.2.6- John realizó el análisis entre el modelo EFQM y la norma HQS. Fue interesante el hallazgo de que había un alto nivel de compatibilidad. **El Apéndice 4** muestra claramente cómo pueden organizarse fácilmente todas las normas del HQS en el modelo EFQM.

3.3- King's Fund – Health Quality Services

3.3.1- Esta norma apareció en los 80 para responder a las necesidades de una variedad de hospitales del Reino Unido para llevar a cabo programas de Mejora Continua de la Calidad.

3.3.2- A finales de los 70 tenían lugar muchas iniciativas de calidad en el Reino Unido de forma aislada. Se pensó que debería haber un programa global aplicable a todo lo largo del Servicio Nacional de Salud y el sector privado.

3.3.3- El King's Fund con su amplia experiencia en la gestión sanitaria y su naturaleza independiente, fue considerado como un foro adecuado para desarrollar este Programa Organizacional de Mejora de la Calidad.

3.3.4- Actuando como aglutinante de esta tarea junto a muchos organismos sanitarios incluyendo varios Colegios Profesionales, se empezó a desarrollar la norma.

3.3.5- Las siete páginas de agradecimientos al principio de las normas, muestran lo amplia que ha sido la participación en la elaboración de estas normas. **(Apéndice 5)**

3.3.6- Una revisión de las normas muestra lo específicas que son estas normas respecto al entorno hospitalario. Las normas son comparables a las series de listas de comprobación de Buena Práctica hospitalaria en organizaciones que prestan atención sanitaria. **(Apéndice 2)**

3.3.7- La norma se divide en cuatro áreas, Gestión Corporativa, Gestión por Servicio/Departamento, Recorrido y Derechos del Paciente y normas específicas de servicios. **(Apéndice 1)**

3.3.8- La primera utilización de estas normas fue para la auto-auditoría organizacional, llevada a cabo internamente por el Hospital; los hospitales llevaron a cabo un diagnóstico de cómo las prácticas se superponen a las definidas en la norma.

3.3.9- Sobre la base de los hallazgos de la auditoría organizacional, los hospitales establecerían los planes de trabajo encaminados hacia el cumplimiento de los requerimientos de la norma. El programa fue lanzado en el Reino Unido como una herramienta de autoevaluación para ayudar a la mejora de la calidad en las organizaciones, basándose en las normas establecidas por entidades sanitarias altamente reconocidas.

4-El nacimiento de un Programa de Acreditación en el Reino Unido

4.1- Como consecuencia de la reestructuración del Servicio Nacional de Salud, el establecimiento de fundaciones y la competencia interna en el mercado iniciada en la era Thatcher, los hospitales que se han embarcado en la Auditoría Organizacional de Programas de Mejora indicaron al King's Fund que sería adecuado obtener algún tipo de reconocimiento del Proceso de Mejora Continua. Esto tuvo como consecuencia un programa de validación y escrutinio, es decir, acreditación.

4.2- El proceso de validación que lleva a la acreditación por el Kings Fund – HQS se lleve a cabo por escrutinio por parte de altos directivos, Jefes de Sección y Servicio y supervisoras que han sido formados para obtener el know-how acerca de la norma asistiendo a un programa de formación para revisión y selección. En realidad, esto significa que cuando un hospital es revisado para obtener la acreditación, lo será por escrutadores sanitarios profesionales y no por auditores a tiempo completo. Un alto directivo de un hospital que está siendo revisado tiene como interlocutor a otro alto directivo; los jefes de sección y servicio lo son por sus iguales y así sucesivamente. De esta forma, el proceso de revisión será algo de una comprensión extremadamente buena que dará lugar a un debate constructivo entre ambas partes.

4.3- El corazón del programa es la Mejora Continua. La norma más reciente se divide en criterios "A" y "B" (anteriormente "A", "B" y "C"). Los criterios "A" son los requerimientos legales y esenciales de seguridad, los "B" buena práctica /práctica excelente. La idea de tener una norma con criterios de varios niveles permite a la organización empezar a un nivel y posteriormente moverse hacia uno superior.

4.4- Algunos de los "A" actuales eran "B" hace 10 años. El programa por sí mismo acompaña a la evolución de la norma de buena práctica en el sector.

4.5- Así pues, de esta forma empezó el Programa de Mejora Continua de Kings Fund como un programa de acreditación hospitalaria en el Reino Unido para hospitales del Servicio Nacional de Salud y privados.

5- Proceso de certificación ISO 9002 de alcance Hospitalario

5.1- La vida no es algo estático, y principalmente desde el sector privado, llegaron solicitudes al Kings Fund acerca de la certificación ISO. Una revisión de la norma HQS reveló que cubría más aspectos de los incluidos en la ISO 9002. Como consecuencia de la presión de los usuarios, el Kings Fund hizo un acercamiento hacia los Servicios de Acreditación del Reino Unido, UKAS, la organización que emite los certificados ISO 9000. Tuvieron lugar una serie de debates que resultaron en la acreditación del UKAS al HQS como un organismo apto para emitir certificados ISO 9000. Siendo el Kings Fund – HQS el primer Programa de Acreditación Hospitalaria, con categoría de programa de certificación para el hospital en su globalidad (no confundir con certificaciones departamentales ej. Para diagnóstico por la imagen, bancos de sangre, esterilización, etc.) Las cláusulas de la acreditación del UKAS hacia el Kings Fund-HQS expresan que HQS puede certificar globalmente un hospital respecto a ISO 9002. Se trata de la primera organización acreditadora que consigue este status y que hasta la fecha es única en el mundo.

5.2- En las normas HQS observamos criterios marcados como ISO, son los criterios que deben cumplirse por el hospital a fin de obtener la Certificación además de la Acreditación.

5.3- Durante el proceso de certificación, HQS nunca utilizará el documento ISO 9002 en sí. Se ha firmado un convenio con el UKAS que reconoce que los criterios HQS cubren los requerimientos ISO. Este es el único que permite que médicos, enfermeras de los servicios sanitarios trabajen hacia la consecución del ISO mediante un documento que contenga requerimientos fácilmente reconocibles, inteligibles y sencillos de utilizar en su entorno laboral.

6-¿Qué quiere decir este nombre?

6.1- Las mejoras en la buena práctica se basan en criterios definidos específicos acerca de la prestación de atención sanitaria en hospitales. Cómo los queremos organizar o denominar resulta irrelevante para el paciente, lo importante que por ejemplo el paciente haya sido informado de su derecho a obtener una segunda opinión, de que ha sido correctamente informado acerca de su estado y el tratamiento necesario previamente a dar el consentimiento informado; de que los planes de enfermería son claros, están fechados y están firmados por quien los preparó, que las historias clínicas son claras y están escritas con precisión por los médicos, que el control de infecciones hospitalarias incluye todos los aspectos, desde los objetos punzantes hasta la producción de comida y así sucesivamente. Todas estas son buenas prácticas esenciales, que cualquiera que sea la etiqueta que le pongamos, deben llevarse a cabo continuamente. La norma Kings Fund-HQS tiene más de 3.000 criterios desarrollados para ser llevados a cabo como un Programa de Mejora Continua.

6.2- El **Apéndice 6** muestra un diagrama del modelo HQS como un punto de partida para la mejora continua que incluye los requerimientos esenciales para encaminarse a la obtención de la acreditación o certificación del EFQM.

7-Proceso de acreditación – certificación

7.1- El proceso de acreditación y subsiguiente certificación ISO, en caso de que el hospital lo desee son semejantes.

7.2- Se inicia cuando el hospital se interesa en comenzar el Programa de Mejora Continua, se pone en contacto con Kings Fund-HQS y rellena un cuestionario para establecer su perfil.

7.3- Basándose en ese cuestionario, el Kings Fund-HQS prepara una propuesta que será la base del contrato de trabajo. Una vez que lo acepta el hospital, se firma el contrato y se inicia el trabajo.

7.4 – Un paso inicial esencial en el programa, a definir por el hospital, es el nombramiento del responsable del proyecto y el equipo de proyecto.

7.5- El Kings Fund-HQS dispone de un amplio abanico de material de apoyo para el responsable de proyecto, desde distribución de impresos acerca de las normas, revisión de documentación, listas de comprobación, etc, que, junto con la norma, se entregan al responsable hospitalario del programa al inicio del mismo.

7.6- El responsable del programa y el equipo recibirán formación intensiva por parte de Kings Fund-HQS. Tras la formación, se inicia la evaluación de punto de partida, un diagnóstico en profundidad acerca de cómo cumple el hospital los criterios “A” de la norma. Durante este proceso, el hospital recibe apoyo por parte de HQS. La primera fase del proyecto durará de 3 a 6 meses. El resultado de esta evaluación de punto de partida es la base del Programa de Acción para la Mejora Continua.

7.7- Asistido por HQS, el Plan de Acción se conduce como un proyecto por parte del responsable y el equipo de proyecto. Esto implicará acciones a lo largo de todos los servicios, implicando en el proyecto al mayor número posible de equipos hospitalarios para garantizar una implicación global.

7.8- Durante la puesta en práctica del Programa de Mejora Continua, el hospital recibirá formación por parte de HQS. Esta parte del proceso normalmente lleva normalmente entre 9 meses y un año, al final del cual, un responsable de clientes de HQS llevará a cabo una revisión de la documentación. Esto es un análisis en profundidad de los documentos que demuestran que el hospital tiene por ejemplo políticas, procedimientos y protocolos, etc.

7.9- Entre dos y seis semanas más tarde tendrá lugar la evaluación de validación (sólo para criterios A). El equipo es coordinado por un miembro de HQS, los revisores, tal como se mencionó anteriormente son de rango equivalente. Siempre hay un alto directivo, Jefes de sección y servicio, supervisoras. Para la revisión normalmente se emplean 5 días y el número de revisores variará entre 3 y 8 dependiendo del tamaño del hospital.

7.10- Tras la revisión, se prepara un informe completo, que se presenta al hospital para comentarlo y consensuarlo. Este informe es la base de lo que se remitirá al Comité de Acreditación del Kings Fund-HQS, que lo revisará y considerará si el hospital está en condiciones de obtener la acreditación o no.

7.11- El proceso para la certificación ISO es semejante. Es interesante poner de manifiesto que también se lleva a cabo por iguales; durante el escrutinio ISO, los revisores deberán garantizar que los criterios marcados como ISO se han cumplido.

7.12- Si a partir del informe de revisión se constata que hay áreas que precisan reforzarse, HQS le otorga al Hospital un periodo de entre 1 y 3 meses para llevar a cabo tareas posteriores. La evidencia de estas tareas se unirá al informe de revisión original y estos dos documentos conjuntamente formarán la base de la documentación a revisar por el Comité de Acreditación.

7.13- Una vez obtenida la acreditación, se insta al hospital a que ceda personas para el pool de revisores y será visitado anualmente por un miembro de HQS incluyendo una revisión en profundidad cada 3 años.

7.14- Se espera de un hospital acreditado que lleve a cabo Programas de mejora Continua, poniendo en práctica los criterios "B" tras recibir la acreditación. Es importante poner de manifiesto que el programa se fija cuidadosamente en el Programa de Mejora Continua del hospital. No es un proceso estático que se acaba con la recepción del certificado de acreditación.

8-El programa nacional de acreditación hospitalaria en Portugal

8.1- Tras una larga y dura búsqueda por parte del Ministerio portugués, en 1998 se iniciaron los debates con el Kings Fund acerca de la posibilidad de utilizar la metodología HQS para Portugal.

8.2- El 17 de marzo de 1.999 en presencia del ministro de Sanidad, se firmó un protocolo entre el ministerio portugués y HQS. Entre marzo y septiembre de 1.999, se identificaron 7 hospitales en Portugal como parte de un proyecto piloto y el 29 de septiembre de 1.999, HQS firmó un acuerdo formal con IQS, (La Agencia de Calidad del ministerio de Sanidad) y un grupo de 7 hospitales, Piloto Uno.

8.3- El ministerio a través de su agencia, IQS, eligió utilizar la metodología de Kings Fund – HQS como base para el Programa Nacional de Acreditación Hospitalaria en Portugal. Las razones aducidas por el ministerio fueron:

- a) Un buen programa de mejora continua.
- b) Compatibilidad total con EFQM
- c) Compatibilidad total con ISO 9000
- d) Aunque es muy específico para la prestación de atención sanitaria, no prescribe y puede transponerse fácilmente a la situación portuguesa.
- e) Es un buen instrumento de desarrollo organizacional.
- f) La tendencia portuguesa hacia el modelo de fundaciones tiene muchos paralelismos con las fundaciones del Servicio Nacional de Salud Británico.

8.4- IQS adquirió los derechos de utilizar las normas en Portugal e inicialmente, antes de reinventar la rueda, decidió externalizar el programa de acreditación a través de Kings Fund-HQS, teniendo como consecuencia que durante 5 años HQS acreditará hospitales en Portugal (a una tasa de alrededor de 5 al año).

8.5- Ha habido un programa para trasponer las normas al entorno portugués. Deben considerarse tres áreas principales de trabajo. Uno, las cualificaciones de los profesionales; médicos, enfermeras y técnicos; donde la norma mencione cualificaciones británicas ha sido necesario ver que implican estas cualificaciones en el Reino Unido y trasponerlas a sus equivalentes portugueses.

8.6- Se han revisado las leyes británicas respecto a: Derechos de los pacientes, Salud y seguridad, Control de infecciones, etc. La norma generalmente tiene varios criterios pero la referencia a Leyes y Regulaciones aparece en la parte de orientación; ha sido bastante sencillo cambiar la orientación para reflejar las leyes portuguesas.

8.7- La cultura ha sido la tercera área.

8.8- Se verá en el documento en portugués que se acompaña (**Apéndice 7**) la nitidez con la que se ha traspuesto la norma del contexto británico al portugués. Echando una mirada a la orientación se ve que la respectiva ley portuguesa, práctica, etc. han sido incorporadas sin mucho esfuerzo.

8.9- Otro aspecto de esta transposición es que algunos de los criterios "A" forman parte de la legislación británica, lo que no ocurre en Portugal, por lo que en algunos casos han sido convertidos en criterios "B".

8.10- El grupo de hospitales portugueses conocidos como Piloto Uno trabajando en el proceso son:

-Matosinhos, Viseu, Portalegre, Amadora-Sintra, Santa Marta, Garcia de Orta y Barlavento Algarvio.

8.11- Otros 9 hospitales se unieron al proceso en septiembre de 2.000:

-Braga, IPO Porto, IPO Coimbra, Stº. António, S.João, Anadia, Ovar, S.José, D. Estefânia.

8.12- Además de en Portugal, el programa también se ha utilizado en Finlandia y Suecia como base de modelo de acreditación, habiendo trabajos en curso en España, Italia y Dinamarca. El programa se ha utilizado en Hospitales Militares de Alemania.

Conclusiones

Creemos que este documento da al lector una visión global del Programa HQS y las actividades europeas de HQS.

Para más detalles ponerse en contacto con:

David Sanders

Associate Director – Europe

HQS – European Office
Centro Empresarial Sintra/Estoril
Frac.1 – Arm. J
Estrada de Albarraque
Capa Rota – Linhó
2710-144 Sintra
PORTUGAL

Tel: +351 21 924 63 81 **Fax:** +351 21 924 63 83

GSM: +351 91 901 67 68 **E-mail:** kingsfund.hqs@netc.pt

¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión sobre la anorexia de poder¹

Dra. Valéria Lerch Lunardi, Departamento de Enfermería, Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Brasil

Dra. Elizabeth Peter, Faculty of Nursing and Centre of Bioethics, University of Toronto, Canada

Dra. Denise Gastaldo, Faculty of Nursing and Centre for International Health, University of Toronto, Canada

Durante los últimos 20 años, muchos autores (Murphy, 1983; Roberts 1983; Yarling y McElmurry, 1986; Loyola, 1987; Colliere, 1989; Gastaldo y Meyer, 1989; Condom, 1992; Germano, 1993; Jameton, 1993; Lunardi, 1993; Lunardi Filho, 1995; Wolf, 1996; Lipp, 1998; Bowden, 2000; Hamric, 2000; Peter, 2000a; Soares, 2000; Tuck, Harris y Baliko, 2000; Holmes y Gastaldo, 2002) han escrito sobre la falta de poder, real o percibida, de las enfermeras. Erlen y Frost (1991) afirman que las enfermeras se sienten sin poder para influenciar la toma de decisiones éticas relacionadas con el cuidado de sus pacientes.

En este artículo, nos planteamos rebatir la idea de esa incapacidad o falta de poder. Por el contrario, afirmamos que las enfermeras pueden, y, de hecho, hacen uso de ese poder. Sus acciones, o la falta de ellas, tienen consecuencias, no sólo para ellas mismas, sino también para las personas que cuidan. En la formulación de nuestro argumento, somos conscientes de que existen restricciones en la denominada “Agencia”² de las enfermeras y que su autonomía tiene limitaciones como la de cualquier otra persona (Sherwin, 1998). No obstante, pensamos que las enfermeras no son conscientes de su poder, o lo subestiman, de tal forma que acaban careciendo realmente de él. Cuando las enfermeras desisten de utilizar su poder, en beneficio del de otros estamentos profesionales, probablemente estén limitando la calidad de los cuidados que sus pacientes reciben.

Así pues, la reflexión sobre cómo las enfermeras utilizan su poder, y su aparente falta de apetito de poder – es decir, la anorexia de poder – es fundamental para tener una visión global de las implicaciones éticas de la Enfermería.

Las enfermeras ejercen el poder

En contra de la opinión generalizada sobre la falta de poder de las enfermeras, Holmes y Gastaldo (2002) afirman que, de distintas maneras, ellas ejercen poder y

¹ En este artículo el género femenino es usado para los (las) profesionales de Enfermería y el género masculino para los demás grupos sociales/profesionales para hacer la lectura de la presentación más fluida. Las citaciones son traducción libre del inglés.

² Liashenko (1994, pág. 17) define “Agencia” (traducción literal del inglés, “agency”) como “la capacidad de iniciar acciones significativas (...) y una mezcla de la motivación y las acciones necesarias para conseguir un objetivo”. Peter (2002, pág. 2) modificó la definición de Liashenko para aplicarla al término “Agencia moral”, que define como “la combinación de la motivación y las acciones necesarias para conseguir un objetivo de tipo moral. Usando la ética feminista para definir el concepto de “moral”, Peter (2000, pág. 110) sugiere que el desarrollo y mantenimiento de relaciones, cuidados, justicia y libertación de la explotación u opresión”, son los valores fundamentales de la ética feminista en la Enfermería.

que son un grupo profesional muy poderoso, con gran influencia sobre los individuos y las poblaciones y que generan conocimiento e influyen en decisiones políticas.

El poder puede entenderse como un ejercicio de relaciones; como una influencia positiva que se extiende a todo el colectivo, en lugar de una entidad meramente represiva (Foucault, 1990). En este sentido, McKeever (1996) y Stewart (2000) señalan que las enfermeras canadienses fueron de fundamental importancia para el desarrollo de la atención domiciliaria y en los avances en la promoción de la salud. Como profesionales en contacto directo con los usuarios del Sistema de Salud, constituyen un grupo de expertos de gran importancia que puede representar los intereses de los individuos, las instituciones y el propio estado. De hecho, “la investigación en Enfermería genera conocimiento sobre la población, determinante a la hora de establecer prioridades en la financiación de políticas y de programas” (Holmes y Gastaldo, 2002, pág. 10). Las enfermeras son “un colectivo de gran importancia que ayuda, indirectamente, al estado a gobernar” (pág. 17), según el concepto de “gobernabilidad” de Foucault³. A través de las relaciones de poder, este grupo, al igual que otros, promueve y recupera la salud, acumula y difunde conocimiento, y participa en la construcción de la subjetividad de los individuos y sus propios estilos de vida.

Las enfermeras pasan habitualmente desapercibidas, a pesar de ser el colectivo más numeroso de los Sistemas de Salud occidentales. Holmes y Gastaldo (2002) subrayan la percepción del sentimiento de no ser tenidas en cuenta y de ser víctimas de las instituciones que ellas mismas han ayudado a construir, administrar y mantener. Es razonable pensar que pueden experimentar sentimientos contradictorios por el hecho de participar activamente en su propia opresión, y que, quizá, muchas de ellas no sean concientes de que, de alguna manera, están ejerciendo algún tipo de poder. Además, raras veces reflexionan sobre sus propias formas de ejercer el poder o se plantean que los cuidados de salud son una actividad política (Holmes y Gastaldo, 2002).

Lunardi Filho (1995) dice que las enfermeras experimentan sentimientos de impotencia, se sienten insignificantes, ignoradas y culpadas por los malos resultados o errores que ocurren en la asistencia al paciente. También afirma que se sienten responsables de la organización de la asistencia sanitaria en general. Desde una perspectiva Dejouriana, “la organización del trabajo no es sino la expresión de la voluntad de aquellos que lo organizan. Cuando alguien lleva a cabo su trabajo en la forma en que otros lo han organizado, está promulgando el poder que emana de esa organización. Así pues, cuando las enfermeras desempeñan cargos directivos, desempeñan el poder propio de ese tipo de cargos” (pág. 197). Estos roles se circunscriben a formas específicas de relaciones de poder debido a su estructura y a las peculiaridades de un sitio de trabajo en particular.

Lunardi Filho (2000) observa también el trabajo de las enfermeras en los hospitales, concluyendo que son las depositarias de la casi totalidad de la información que se genera en ellos, las organizadoras de la atención sanitaria y las encargadas de mantener las normas institucionales. Según él, el hecho de asumir estas responsabilidades, las capacita para ejercer como las administradoras principales de la actividad sanitaria en su área de influencia. No obstante, el autor apunta que pueden existir determinados elementos que impidan que su labor profesional se

³ La gobernabilidad, según Foucault (1990b), describe el punto de encuentro entre las formas de poder ejercidas por uno mismo y aquellas ejercidas por otros. Dean (1999) define gobierno como la conducta de la conducta (pág. 10), insistiendo en que “el término gobernabilidad trata de diferenciar las distintas formas de pensar, las artes y los regímenes gubernamentales y administrativos que han surgido en la Europa contemporánea, mientras que el término gobierno se usa como un concepto más general para una dirección determinada de la conducta humana” (pág. 2)

desarrolle completamente, como por ejemplo la forma en que los profesionales sanitarios, especialmente las enfermeras y los médicos, asumen sus roles profesionales o la escasez de recursos humanos y materiales, tanto en calidad como en cantidad, especialmente en países en vías de desarrollo.

Esta visión crítica sobre la falta de poder percibida por las enfermeras nos lleva a analizar las relaciones entre la ética y la política para tratar de determinar las causas de la tendencia a la anorexia de poder, presente en las enfermeras a nivel internacional.

Anorexia de poder e implicaciones éticas

Para analizar la relación existente entre la ética y las relaciones de poder, tomaremos como punto de partida los códigos deontológicos de la Enfermería en Brasil y Canadá. El código deontológico de la Asociación Canadiense de Enfermeras constantemente refuerza la responsabilidad de las enfermeras de ser “abogadas” de los pacientes y la necesidad de preservar la ética en todo aquello que tiene que ver con la atención que prestan a los usuarios del Sistema de Salud. Pero esta responsabilidad, más allá del cuidado de los pacientes, debe extenderse a los propios profesionales, tratando de conseguir un entorno laboral en el que las enfermeras sean tratadas con respeto. En la misma línea, el código deontológico de los profesionales de Enfermería de Brasil afirma en su prólogo que sus indicaciones se dirigen a los clientes, que, junto a las enfermeras, deben trabajar unidos para conseguir una atención de calidad para toda la población.

Este tipo de responsabilidad moral refleja el cambio experimentado por la Enfermería, que ha evolucionado desde un rol dependiente, como asistente del médico, hasta el actual de defensor de los intereses de los pacientes⁴. Yarling y McElmurry (1986) describen como, durante el siglo XIX, a los estudiantes de enfermería se les enseñaba que “su trabajo debía estar basado en una obediencia absoluta e incuestionable”. Hacia el final de la II Guerra Mundial, en los códigos deontológicos de la Asociación Americana de Enfermeras se empieza a contemplar una mayor autonomía profesional y un cambio en las relaciones de dependencia, que pasa a centrarse en los pacientes. A pesar de que, tal y como reconocen los autores, estos códigos tienen un impacto relativamente escaso en la práctica clínica, sí sirven para ilustrar, en sus versiones más recientes, la evolución profesional de la Enfermería. La última revisión del código de la Asociación Americana de Enfermeras, realizada en 2001, no sólo insiste en la defensa de los pacientes, sino que también resalta las obligaciones que las enfermeras tienen para con ellas mismas, como la responsabilidad de preservar su integridad y su seguridad.

Yarling y McElmurry (1986) sostienen que, de la misma forma que los estudiantes de enfermería aprenden estas líneas de pensamiento en su periodo de formación, cuando comienzan a trabajar descubren rápidamente que no es tan sencillo llevarlas a la práctica. “Las enfermeras que, en un hospital, cuestionan abiertamente la estructura que da autoridad a médicos poderosos, arriesgan sus puestos de trabajo y su bien-estar económico, aunque lo hagan en beneficio de los pacientes y tengan razones de peso para actuar de esa manera” (pág 70). Afirman por tanto que

⁴ Ser “abogada” o interceder por los pacientes (en inglés, “to advocate”) es uno de los valores fundamentales de la profesión enfermera (Hamric, 2000), siendo discutido en la literatura desde 1980 (comenzando con Gadow, 1980). Como concepto moral, requiere una actitud activa en la asesoría a los pacientes en sus derechos y posibles opciones. Está contemplada en todos los códigos deontológicos recientes como una responsabilidad fundamental de las enfermeras (Hamric, 2000).

“frecuentemente, las enfermeras tienen dificultades para actuar de forma ética” (pág 63) “y no tienen una postura moral” (pág 66). No obstante, los autores dicen que las enfermeras son libres en alguna medida, pero también en alguna medida culpables porque “el riesgo inherente a una determinada acción no supone que esa acción no deba llevarse a cabo. Si así no fuese, no deberían tener problemas morales pero, desafortunadamente, los tienen” (pág 70). Aseguran también que, para que las enfermeras pudieran actuar de acuerdo con sus valores éticos, sería necesario que desarrollaran un fuerte sentimiento de identidad profesional y orgullo de lo que hacen. El rol de defensa de los pacientes sería más fácil si tuviésemos confianza en nuestro valor profesional.

Asumiendo esas responsabilidades, podrían enfrentarse a los problemas que se les plantean en el cuidado de sus pacientes, tal y como afirman Miranda (1993), Lunardi (1994, 1999), Pereira, Nakatani y Souza (1994), Siquiera (1998, 2001) y Soares (2000). Estos autores brasileños destacan el impacto que tiene sobre la “agencia moral” la falta de recursos humanos y materiales y las malas condiciones laborales. En países anglosajones se apunta, por el contrario, a las jerarquías profesionales e institucionales como causa de las limitaciones de la Enfermería. Esto no quiere decir, obviamente, que esos países no sufran esa escasez de recursos, menos evidente en países como Estados Unidos o Canadá, pero tienden a enfocar esos problemas desde un punto de vista meramente administrativo.

En resumen, las restricciones a la “agencia moral” de las enfermeras brasileñas se deben mayoritariamente a serias dificultades en la disponibilidad de recursos humanos y materiales, aunque, en ocasiones, pueden estar determinadas también por conflictos de poder entre profesionales sanitarios, pacientes o la propia administración. De todas formas, en situaciones de absoluta carencia de recursos, es muy difícil para la Enfermería identificar cuestiones políticas cuando se ve frustrada su responsabilidad de defender o interceder por sus pacientes.

Cuando las enfermeras aceptan trabajar en condiciones en las que no pueden poner en práctica lo que han aprendido, están negando sus creencias y sus valores y, probablemente, dejando de respetar a sus pacientes. ¿Qué consecuencias puede tener esto en las relaciones enfermera-paciente?, ¿Saben los pacientes que no están recibiendo los cuidados adecuados?, ¿Son conscientes las enfermeras de esa negación hacia sí mismas y hacia sus pacientes? Y, finalmente, ¿Quién se beneficia de las actuales relaciones de poder? Worthley (1997) explica cómo algunos profesionales niegan tener poder o, como mínimo, subestiman el poder que ejercen. Al hacerlo, estos profesionales, las enfermeras en este caso, evitan tener que asumir responsabilidades o tener que tomar decisiones, escudándose en la autoridad de los médicos (Rubin, 1996). Tal como explican Germano, Brito y Teodosio (1998, pág 376), “no es suficiente con saber qué hacer para que nuestro proyecto para Enfermería y la sanidad ocurra. Para hacer que ocurra es necesario desearlo, tener la voluntad política, la intención y ser conscientes de que es nuestra obligación”.

Cuando demandan mejores condiciones laborales, las enfermeras, indirectamente, están defendiendo a sus pacientes. Una forma de defenderlos de forma más directa es demandar la asunción de sus propias responsabilidades éticas y profesionales. La Enfermería debe tener el convencimiento de que su trabajo es fundamental para el cuidado de los pacientes y debe desarrollar un fuerte sentimiento de identidad y orgullo profesional. La defensa de los pacientes puede ser mucho más fácil si tenemos ese sentimiento de confianza que produce la autoestima profesional.

Desafortunadamente, cuando las enfermeras no ejercen el poder para construir una determinada agenda profesional o ética, están, de algún modo, colaborando en su propia opresión, y son moralmente culpables por aceptar el status quo. Las

enfermeras necesitan analizar cuáles son sus responsabilidades reales. Es frecuente que las enfermeras protesten por las desigualdades; en realidad, el desafío es el planteamiento de esta cuestión más allá de la teoría: ¿Podemos usar nuestros conocimientos para cambiar los valores y las relaciones sociales cuando, de alguna u otra forma, nos estamos beneficiando de las relaciones de poder establecidas?⁵ Como sugiere Jameton (1993), tenemos varias opciones, más allá de resignarnos, gritar, rezar, o no hacer nada. Podemos “hablar con el médico en un intento de llegar a un compromiso para manejar la situación, cursar un parte de incidencias, discutir el problema con el jefe (médico) del Servicio, con la supervisora o la directora de Enfermería, llamar a la prensa, afiliarse a un sindicato” (Jameton, 1993, 544-5).

Aparentemente, hay muchas posibilidades para hacer los cambios que creemos oportunos. En cualquier caso, debemos ser capaces de entender cómo y por qué ejercemos el poder en determinadas situaciones como forma de aprendizaje que nos permita manejar otras situaciones diferentes. Debemos aceptar y sentirnos cómodos con nuestro apetito (o deseo) de poder, aprender a desarrollar nuestras propias estrategias para ejercerlo y, después, sentirnos satisfechos al haber hecho aquello que considerábamos lo correcto. Pero, es necesario que en este proceso reflejemos sobre nuestro deseo o necesidad de poder. En ocasiones, es difícil distinguir el límite entre la vanidad y la profesionalidad. El ejercicio del poder puede provocar situaciones de dominio u opresión, pero es necesario correr ese riesgo en el proceso de búsqueda de la ética de los cuidados.

Este proceso de búsqueda puede verse beneficiado por los valores inherentes a la ética feminista.

Ética feminista: comprendiendo y superando la anorexia de poder de las enfermeras

La perspectiva feminista de la ética permite comprender y superar el fenómeno de la anorexia de poder de las enfermeras. La bioética feminista, a diferencia de otras corrientes de la bioética, se centra directamente en el poder y pretende superar las injusticias producidas por él. Según Sherwin, “la dominación y la opresión son dimensiones fundamentales en el análisis ético feminista” (Sherwin, 1996, pág. 52). La bioética feminista revela la presencia de situaciones de dominación y privilegio “en la interpretación y en el proceso de salud y enfermedad así como en las interpretaciones de los que es nuestro ideal de autonomía” (Sherwin, 2000, pág. 76). Así, la bioética feminista consigue poner de manifiesto situaciones de desigualdad que otras corrientes de la bioética no pueden.

Para poder superar esa opresión desde un punto de vista feminista es necesario comprender la realidad de las mujeres como grupo oprimido (Liashenko, 1993). La ética feminista tiende a politizar las cuestiones éticas para poder comprender mejor los conflictos originados en las relaciones de poder, por lo tanto, “sólo si comprendemos la forma en que la opresión puede corromper la base sobre la que tomamos nuestras decisiones, podremos ser capaces de modificar esa influencia y conseguir un mayor grado de autonomía” (Sherwin, 2000, pág. 80). Para comprender cómo la opresión afecta a las bases éticas de la profesión enfermera, es necesario saber cómo se interioriza esa opresión. Sherwin (2000, pág. 79) explica que los estereotipos y los sentimientos de incapacidad disminuyen la autoestima y que “esa

⁵ En el caso de Brasil, las enfermeras no sólo sufren con la falta de condiciones y recursos para que cuiden o promuevan la salud de sus pacientes; estas mismas condiciones las hacen indispensables para el funcionamiento diario de sus unidades de trabajo y su competencia es reconocida, por ejemplo, por la capacidad de solucionar problemas (Lunardi Filho, 1995).

falta de expectativas acaba por traducirse en capacidades disminuidas". Bartky (1990) afirma que la opresión psicológica hace que opresor y oprimido acaben convencidos de la incapacidad de este último. El estereotipo social vigente de mujer pasiva y vulnerable hace que algunas mujeres, también las mujeres enfermeras, tengan la sensación de que, cuando ejercen el poder para el que están perfectamente capacitadas, están perdiendo parte de su feminidad. El valorar adecuadamente las formas de interiorizar la opresión y la importancia de los estereotipos, puede ayudarnos a entender por qué las enfermeras tienen anorexia de poder en algunas situaciones, pero no en otras.

Reconocer la opresión y su impacto social y psicológico es importante, pero no es suficiente. Una vez que somos conscientes de la existencia del problema, es preciso hacer un esfuerzo colectivo para intentar cambiar esa situación. Yarling y McElmurry (1986) sugieren la necesidad de que las enfermeras se centren en el cambio de determinadas cuestiones sociales. Como ejemplo, proponen un cambio en las relaciones de poder en los hospitales para equiparar a las enfermeras con los médicos o los gestores. Afirman también que las enfermeras se han centrado demasiado en los aspectos técnicos de los cuidados, descuidando las implicaciones políticas de su profesión. El desarrollo de una ética feminista de los cuidados pondría de manifiesto la necesidad de emprender reformas a nivel político e institucional, y en las relaciones jerárquicas entre los profesionales sanitarios.

Consideraciones finales

Probablemente, el incidir en las implicaciones éticas de la anorexia de poder sea una forma de conseguir que las enfermeras sean conscientes de su poder, pero también puede ser un arma de doble filo, un subproducto de esta misma mentalidad de la anorexia de poder – “las enfermeras sólo aceptarán ejercer algún tipo de poder, si esto beneficia a otros en lugar de a sí mismas”. Es decir, las enfermeras únicamente podrían comenzar a ejercer su poder si siguen percibiéndose como quienes hacen sacrificios y no como quienes tienen el derecho de relaciones profesionales y sociales pautadas en la equidad.

Como hemos visto, las autoras feministas nos recuerdan que, aunque el impacto psicológico de la opresión y la visión estereotipada de la mujer están sólidamente arraigados en la sociedad, es posible cambiarlos. Estamos convencidas de que las enfermeras, analizando las implicaciones del hecho de cuidar, pueden avanzar en la comprensión de cómo ejercemos nuestro poder. Quizá centrándose más en la forma de ejercer ese poder, y no tanto en los propios cuidados, podamos “reconceptualizar” la Enfermería y establecer nuevas formas de trabajar en Salud.

Hoy en día hay tratamiento para la anorexia; es un tratamiento largo y complejo, pero ya existe.

Agradecimientos

Las autoras agradecen enormemente a Pablo Uriel, miembro del Comité Organizador de esta conferencia, por el excelente trabajo de traducción del artículo, que fue revisado por Denise Gastaldo.

Referencias

- BARTKY, S. L. *Femininity and domination: Studies in the phenomenology of oppression*. New York: Routledge, 1990.
- BOWDEN, P. An 'ethic of care' in clinical settings: encompassing 'feminine' and 'feminist' perspective. *Nursing Philosophy*, v.1, p. 36-49, 2000.
- CANADIAN NURSES ASSOCIATION. *The code of ethics for registered nurses*. Ottawa: Canadian Nurses Association, 1997.
- COLLI'ERE, M.F. *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- CONDOM, E. H. Nursing and the caring metaphor: gender and political influences on an ethics of care. *Nursing Outlook*, v. 40, n.1, p. 14-19, 1992.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*. Rio de Janeiro:COFEn, 1993.
- DEAN, M. Governmentality. Power and rules in modern society. London: Sage, 1999.
- ERLEN, J. A., FROST, B. Nurses'perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. *Western Journal of Nursing Research*, v.13, n.3, 397-407, 1991.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990 a.
- FOUCAULT, M. *Tecnologias del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós, 1990b.
- GADOW, S. Existential advocacy: philosophical foundation of nursing. In: SPICKER, S., GADOW, S. *Nursing: images and ideals*. New York: Springer, 1980.p. 70-101.
- GASTALDO, D., MEYER, D. E. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.42, n. 1,2,3/4, p. 7-13, 1989..
- GERMANO, R. M. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. 3. ed. São Paulo:Cortez, 1993.
- GERMANO, R. M., BRITO, R. S., TEODOSIO, S. S. O comportamento 'ético dos enfermeiros dos hospitais universitários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 51, n.3, p. 369-378, 1998.
- HAMRIC, A. B. What is happening to advocacy? *Nursing Outlook*, v.48, n.3, p.103-104, 2000.
- HOLMES, D., GASTALDO, D. Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, June 2002 (in press).
- JAMETON, A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Clinical Issues*, v.4, n.4, p. 542-551, 1993.
- LIASCHENKO, J. Feminist ethics and cultural ethos: revisiting a nursing debate. *Advanced Nursing Sciences*, v. 15, n. 4, p. 71-81, 1993.
- LIASCHENKO, J. The moral geography of home care. *Advanced Nursing Science*, v.17, n.2. p. 16-26, 1994.
- LIPP, A. An enquiry into a combined approach for nursing ethics. *Nursing Ethics*, v.5, n.2, p.122-138, 1998.
- LOYOLA, C. M. D. *Os d'oce(is) corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987.

- LUNARDI, V. L. Relacionando enfermagem, genero e formacao disciplinar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasilia, v.46, n 3/ 4, p. 286-295, 1993.
- LUNARDI, V. L. *Fios visiveis/invisiveis no processo educativo de (des)construcao do sujeito enfermeira*. Porto Alegre, 1994, Dissertacao (Mestrado). Faculdade de Educacao. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- LUNARDI, V. L. *A 'etica como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem*. Editoras Universitarias UFSC/UFPel, Florianopolis, 1999.
- LUNARDI FILHO, W. D. *Prazer e sofrimento no trabalho: contribuicoes a organizacao do processo de trabalho da enfermagem*. Porto alegre, 1995, Dissertacao (Mestrado). Faculdade de Ciencias Economicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- LUNARDI FILHO, W. D. *O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem a medicina*. Editoras Universitarias UFSC/UFPel, Florianopolis, 2000.
- MCKEEVER, P. The family: long term care research and policy formulation. *Nursing Inquiry*, v.3, p. 200-206, 1996.
- MIRANDA, C. M. D. L. A enfermagem e a crise atual:'etica, compromisso e solidariedade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasilia, v. 46, n.3/4, p. 296-300, 1993.
- MURPHY, C. P. Models of the nurse-patient relationship. In: MURPHY, C. P. *Ethical problems in the nurse-patient relationship*. Boston: Allyn Bacon, 1983.
- PEREIRA, M. S., NAKATANI, A.Y., SOUZA, A. C. Organizacao tecnica e funcional dos services de controle de infeccao hospitalar existents nos hospitais do municipio de Goiania- Goias. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.47, n.2, p. 231-240, 1994.
- PETER, E. Commentary: Ethical conflicts or political problems in intrapartum nursing care? *Birth*, v. 27, n.1, p. 46-48, 2000a.
- PETER, E. The politicization of ethical knowledge: feminist ethics as a basis for home care nursing research. *Canadian Journal of Nursing Research*, v. 32, n.2, p. 103-118, 2000b.
- PETER, E. The history of nursing in the home: Revealing the significance of place in the expression of moral agency. *Nursing Inquiry*, 2002 (In press.)
- ROBERTS, S. J. Oppressed group behavior: implications for nursing. *Advances in Nursing Science*, v. , n. 7, p.21-30, 1983.
- RUBIN, J. Impediments to the development of clinical knowledge and ethical judgment in critical care nursing. In: BENNER, P., TANNER, C., CHESLA, C.. *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer, 1996.
- SHERWIN, S. Theory versus practice in ethics: a feminine perspective on justice in health care. In: SUMMER, L.W., BOYLE, J. *Philosophical perspectives on bioethics*. Toronto: University of Toronto, 1996, p. 187-209.
- SHERWIN, S. A relational approach to autonomy in health care. In: SHERWIN, S. *The politics of women's health: exploring agency and autonomy*. Philadelphia: Temple University Press, 1998, p.19-47.
- SHERWIN, S. A relational approach to autonomy in health care. In: BOETZKES, E., WALUCHOW, W. J. *Readings in health care ethics*. Toronto: Broadview Press, 2000.
- SIQUEIRA, H. *Construcao de um processo educativo, atraves do exercicio da reflexao critica sobre a pratica assistencial integrativa*. Florianopolis, 1998. Dissertacao (Mestrado). Programa de Pos-Graduacao em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.
- SIQUEIRA, H. As interconexoes dos services no trabalho hospitalar – um novo modo de pensar e agir. Florianopolis, 2001. Tese (Doutorado). Programa de Pos-Graduacao em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.
- SOARES, N. V. *A problematizacao dos direitos dos clientes como desencadeadora da problematizacao dos direitos dos trabalhadores de enfermagem*. Florianopolis, 2000.



- Dissertacao (Mestrado). Programa de Pos-Graduacao em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.
- STEWART, M. *Community nursing: promoting Canadians' health* (2 ed.) Toronto: W. B. Saunders, 2000.
- TUCK, I., HARRIS, L., BALIKO, B. Values expressed in philosophies of nursing services. *JONA*, v.30, n.4, p. 180-184, 2000.
- WOLF, S. M. Introduction: gender and feminism in bioethics. In: WOLF, S. M. *Feminism&bioethics: Beyond reproduction*. New York/Oxford: Oxford University, 1996.
- WORTHLEY, J. A. The ethics of the ordinary in healthcare. Chicago: Health Administration Press, 1997.
- YARLING, R., MCELMURRY, B. The moral foundation of nursing. *Advanced Nursing Sciences*, v. 8, n.2, p.63-73, 1986.

El último desarrollo devastador

Guillermo Vázquez González

Director de sistemas de información del Complejo Hospitalario Juan Canalejo.
La Coruña

La historia de la humanidad está llena de acontecimientos que han supuesto cambios sociales, políticos y económicos de tal magnitud que han representado una frontera en la historia de la evolución humana.

Podríamos decir que el dominio del fuego es el primero de una sucesión continuada de acontecimientos tecnológicos, que marcan la evolución del hombre sin opción de retorno a la situación previa a su desarrollo. Este primer gran acontecimiento tecnológico, tiene una evolución tremendamente lenta en el tiempo, pero es el inicio de una historia cargada de inesperados y sorprendentes cambios evolutivos de la raza humana. Otro ejemplo es la utilización del arco por los galeses en contra de los franceses de Agincourt, que marcó sin duda el principio del fin de la Edad Media.

A medida que pasan los años los avances tecnológicos se hacen cada vez más frecuentes y mas devastadores, así en el siglo XVII, con el invento de la máquina de vapor, en apenas dos siglos, tiene lugar la revolución industrial que transforma la economía, la estructura social y la política, de tal forma que el hombre evoluciona más en dos siglos que en toda su historia. A pesar de que estos cambios fueron tremendamente rápidos, la verdadera revolución estaba por llegar.

Surgen nuevos desarrollos de modo vertiginoso como fueron: la bomba atómica, el ordenador personal, las tarjetas de crédito, etc., todos ellos se han comportado como elementos desestabilizadores y agentes de cambio de la realidad temporal marcando un antes y un después.

Una consecuencia de esto la sufrió IBM cuando lanzó el ordenador personal con software y hardware de dos pequeñas empresas colaboradoras: Microsoft e Intel, ningún ejecutivo del gigante azul pudo imaginar el efecto devastador que tendría este hecho sobre su modelo de negocio basado en grandes sistemas. En pocos años acabó con el dominio que tenía en el mercado de los ordenadores.

En los años sesenta Gordon Moore, fundador de Intel, dice que en el futuro inmediato, cada dieciocho meses, se duplicaría la potencia de los procesadores y su coste permanecería constante. Este enunciado pasa a conocerse como la **Ley de Moore**, y no solo se ha cumplido, si no que se han disminuido de modo considerable el tiempo de duplicación y el coste.

Como consecuencia de esta ley, el coste de la informática baja exponencialmente y el tamaño de los chips disminuye al mismo tiempo que gana capacidad de cálculo.

Todo esto posibilita que la informática se introduzca en todo tipo de equipamiento profesional, doméstico y lúdico. En el terreno sanitario todo el aparataje

electromédico de hoy en día tiene asociado algún componente informático que lo hace susceptible de ser gestionado de modo automático.

Robert Metcalfe, fundador de 3Com Corporation, dijo que las redes de teléfonos, ordenadores o personas, incrementan extraordinariamente su valor con la incorporación de un nuevo usuario. A partir de esta declaración definió la **Ley de Metcalfe** que dice que la utilidad que tiene una red se valora por el cuadrado del número de sus usuarios.

Ejemplos claros de cumplimiento de esta ley son las redes eléctricas, la red telefónica, las redes de ordenadores, Internet, la telefonía personal etc. La historia demuestra que cuando han alcanzado una masa crítica de usuarios el valor se ha multiplicado exponencialmente.

En la última década del siglo pasado, estas dos leyes funcionaron juntas produciendo efectos increíbles. La ley de Moore permitió la aparición de todo tipo de equipos digitalizados, como: utensilios domésticos, juguetes, ordenadores personales y aparataje profesional de todo tipo.

La enorme proliferación de ordenadores personales y la definición de estándares de comunicación que significaron el nacimiento de Internet, apoyándose en la red de comunicaciones telefónica existente, propició que en el año 1993 se alcanzara la masa crítica de nodos de Internet. Desde entonces las dos leyes se alimentan mutuamente, hasta el punto de que todo tiende a digitalizarse bajando el coste y conectándose a la Red.

Este fenómeno no solo está cambiando las empresas, si no que ya ha cambiado nuestra forma de trabajar y vivir, y lo más sorprendente es que lo seguirá haciendo, al mismo ritmo que interactúen las leyes de Moore y Metcalfe. Esto representa un fuerte elemento distorsionador, y el éxito dependerá de la capacidad de adaptación de las organizaciones y de los individuos a un entorno tecnológico en continuo y vertiginoso movimiento.

Un ejemplo fácilmente evaluable es la historia de la telefonía celular. Si alguien en 1998, se atreviera a decir que en el año 2001 existirían más teléfonos móviles que fijos, seguramente casi nadie lo creería. Pero desde luego lo que nadie sospechaba es el uso que le darían nuestros hijos, y por supuesto las operadoras de telefonía celular tampoco, mas de 12 millones de llamadas no establecidas al mes solo en Telefónica, es decir líneas ocupadas, antenas saturadas y facturación cero. Un claro ejemplo de adaptación inmediata a la nueva realidad tecnológica.

En definitiva la interacción de estas dos leyes hace revisar las estrategias de las empresa, diseñadas hasta ahora siguiendo métodos basados en el diseño estratégico y buscando siempre la ventaja competitiva según enunciado de Michael Porter en 1980, es decir un planteamiento estático basado en una disciplina analítica con plazos de vigencia largos (2-4 años) en el cual la tecnología posibilita, y participan directivos y estrategias obteniendo como resultado un Plan Estratégico. En la nueva realidad tecnológica la Estrategia Digital tiene que cambiar a un planteamiento dinámico basado en una disciplina intuitiva con plazos de vigencia cortos (12-18 meses) en el cual la tecnología es el elemento perturbador y en su elaboración participan todos,

incluyendo socios de negocio (llamados en la planificación estratégica proveedores), obteniendo como resultado un Desarrollo Devastador.

Parece que esto es algo que afecta a nuestras empresas y que sin embargo no va con nosotros, pero nada más alejado de la realidad, esta nueva Estrategia Digital es dinámica y se replantea de forma regular y constante, y tiene mucho que ver con nuestra forma de vida, con nuestra capacidad de relación y con el desarrollo de nuestra actividad profesional que necesariamente, con nuestra voluntad o sin ella, se adapta de forma continua a las nuevas realidades temporales, convirtiendo la velocidad de adaptación, tanto de las empresas como de los individuos, en el nuevo Factor Crítico de Éxito.

Cuando pensamos en la Sanidad, sobretudo en la pública, parece que todo esto es una realidad del espacio exterior y que por lo tanto no nos afecta o si lo hace es prácticamente inapreciable. Todos podemos entender que empresas como IBM, Microsoft, Netscape, H.P., Intel, etc., que se mueven en la cresta de la ola de la tecnología digital están sujetas a estas reglas perturbadoras de la Estrategia Digital. Nos cuesta más entenderlo cuando hablamos de otros sectores industriales como por ejemplo la ropa deportiva: Nike ha alcanzado una masa crítica de gente que conoce su producto y le da credibilidad, esta, se ha convertido en su principal activo, hasta el punto que ha podido ceder a sus empresas colaboradoras, el diseño, la fabricación y la distribución, por lo tanto se ha convertido en una empresa menguante en cuanto a tamaño y número de empleados sin parar de incrementar su facturación y por lo tanto su valor.

Debido a esta inesperada consecuencia de las empresas menguantes, Estados Unidos prevé que en el año 2007, más del 50 % de la masa laboral del país será autónoma.

Empresas públicas, como los servicios de correos, están sufriendo en todo el mundo su falta de capacidad de adaptación al nuevo entorno digital, hoy en día se transmiten más correos electrónicos que cartas convencionales, ningún servicio de correos tenía definido en su Plan Estratégico esta posibilidad, por lo tanto ninguno fue receptivo a esta nueva tecnología que alcanza su masa crítica en los años 93/94, si alguno hubiese utilizado Estrategia Digital, es decir si hubiesen sido capaces de identificar el nuevo Desarrollo Devastador que representaba el Correo Electrónico, posiblemente hoy en día estos servicios públicos seguirían controlando la mensajería electrónica en lugar de multitud de empresas privadas, o en su defecto servirían de entes certificadoras y autenticadoras del tráfico de información electrónica.

La sanidad como la informática y las comunicaciones están siempre en la vanguardia de la investigación, en todas ellas las innovaciones tecnológicas son una constante y obligan a una adaptación continua y a un cambio en los métodos de trabajo. En sanidad esto se aprecia claramente en las técnicas diagnósticas basadas en imagen, en la automatización de prácticamente el 100% de las técnicas analíticas, en el rápido desarrollo de estándares de intercambio de información como DICOM, CEN TC251 y HL7, que está acabando con las cajas negras (es decir las tecnologías propietarias) por lo tanto abaratando el aparataje, en el crecimiento de la telemedicina que aún no ha alcanzado una masa crítica que consiga su desarrollo exponencial, en la creación de bases de datos basadas en la evidencia y sobre todo en la continua aparición de proyectos de historia clínica electrónica.

También es cierto que esa sensación que tenemos los que nos dedicamos a este negocio de la salud, de lentitud en el desarrollo de una estrategia digital, se debe a que tendemos a compararnos con otros sectores de nuestro entorno que son mucho más efectivos en la incorporación de tecnologías de la información, por que su objetivo fundamental es incrementar el valor de la empresa, mientras que el nuestro es mejorar la salud al menor coste posible.

Además la información que manejamos en sanidad es tremendamente compleja comparada con la de otros sectores de actividad, ya que nosotros manejamos tanto información estructurada como no estructurada, imágenes radiológicas estáticas y dinámicas, ultrasonidos, video, audio, fotografía digital, señales diversas generadas por equipamiento médico, etc.

Estas peculiaridades hacen muy compleja y muy cara la informatización de la salud, necesitamos invertir más que otros sectores en tecnología informática y de comunicaciones para estar a su mismo nivel, y si no lo hacemos desde el sector público alguien lo hará desde el privado.

El proyecto Galicia 2010 en su Ponencia de Sanidad, en el apartado de NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN afirma: *“En los próximos años el ciudadano/paciente cada vez tendrá una mayor responsabilidad en la gestión de su propia salud. Esto tiene implicaciones obvias en la relación médico-paciente, pero también a una escala más amplia como en lo que respecta a decisiones de inversión en sanidad y otras. Las nuevas tecnologías y en especial Internet, van a jugar un papel fundamental en este cambio clave”*. En Otro párrafo afirma: *“La salud necesita más información por unidad de producción que ninguna otra industria”*. En el apartado de LA IMAGEN MÉDICA DIGITAL recomienda: *“Mayor inversión en infraestructuras, no solo de telecomunicaciones, sino también para la investigación, desarrollo y/o adquisición de aplicaciones informáticas”*. Parece que estamos en el buen camino, la necesidad está clara y las recomendaciones de los expertos la confirman.

Acercándonos a una experiencia real, en el Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, hemos pasado de una instalación en el año 1995, basada en un servidor con 300 terminales alfanuméricos, y 300 usuarios en labores de gestión a una instalación en el 2001 de las siguientes características: Más de 15 servidores con 1600 ordenadores personales y 900 impresoras en red de altas prestaciones, gran capacidad de almacenamiento y con redundancia de todos los elementos críticos. Los usuarios a Diciembre de 2001 se distribuían de la siguiente forma:

AREA DE ACTIVIDAD	Nº DE USUARIOS
Clínica	731
Gestión	254
Departamental	290
Gacela	1.730
Laboratorio	404
Carevue-9000	194
Windows	2.600
Correo	1.800
Suma	8.003

Esto significa que en apenas seis años hemos incrementado el número de usuarios informáticos en un 2558 %. Pero sin duda el dato más significativo es que casi todo el crecimiento se concentra en informatización de salud y en herramientas de comunicación y acceso a bases de datos de conocimiento.

Si analizamos esta realidad siguiendo los enunciados de la Ley De Moore, comprobamos que sin un incremento significativo de los presupuestos asignados a informática hemos renovado el 100 % de la instalación y multiplicado por muchos miles la capacidad de proceso y almacenamiento. Con respecto a la ley de Metcalfe el incremento de un 2558% de usuarios en la red ha convertido la actividad informática en crítica para el desarrollo de la actividad hospitalaria, y en algunos casos, como los laboratorios, imprescindible. A pesar de este crecimiento exponencial, para dar el siguiente paso y poder completar la informatización de la historia clínica electrónica, con la incorporación de la historia médica y la imagen, es necesario que la administración pública realice un nuevo esfuerzo inversor.

Con la universalización de la utilización de estándares y la continua evolución tecnológica en informática, comunicaciones y medicina, surge un elemento distorsionador nuevo e importantísimo, que se puede convertir en un nuevo factor crítico de éxito: El ciclo de vida del software médico es y será cada vez más corto y cambiante, existiendo un peligro real de no llegar a amortizar las inversiones antes de finalizar las implantaciones.

Este nuevo elemento obligará a las organizaciones a realizar implantaciones rápidas, a seguir escrupulosamente los estándares, a invertir fuertes sumas en formación y a establecer procedimientos de colaboración efectivos y nuevos parámetros de relación con socios tecnológicos (Antes Proveedores).

Intentando dibujar el futuro inmediato, ya que con la generación continua de nuevos Desarrollos Devastadores, el medio y largo plazo no lo consideraríamos dentro de nuestra Estrategia Digital y recordando lo dicho: *“el éxito dependerá de la capacidad de adaptación de las organizaciones y de los individuos a un entorno tecnológico en continuo y vertiginoso movimiento”*.

- Se incrementarán los procesos médicos informatizados hasta alcanzar el 100% de todo el equipamiento sanitario.
- los equipos y empresas que no utilicen estándares simplemente desaparecerán. Incluso sería recomendable considerar ya como causa excluyente en todos los concursos públicos de equipamiento médico su no utilización.
- Los profesionales sanitarios que no se adapten a trabajar con estas tecnologías tenderán a desaparecer. Y no serán capaces de desarrollar su actividad en las mismas condiciones que sus colegas.
- Los pacientes estarán más informados y participarán en todas las decisiones relativas a su salud, por lo tanto serán más exigentes. Exigirá el acceso a su historial clínico.

- La telemedicina, alcanzará su punto crítico de desarrollo y se generalizará su uso.
- El tratamiento de las patologías crónicas cambiará, con el seguimiento permanente y automático del paciente por su responsable sanitario. El paciente irá al médico por que este lo llama.
- Aparecerán de forma continua en el mercado equipos biomédicos de uso personal con comunicaciones incorporadas basadas en GPRS y GPS que permitirán movilidad al paciente.
- Los cuidados de enfermería informatizados se extenderán a hospitales de día, urgencias, atención ambulatoria e incluso al domicilio del paciente.
- Se crearán Call-center que posibilitarán la teleconsulta telefónica, de pacientes a diversos agentes, para orientarlo en el sistema sanitario, facilitar citas, aclarar dudas o incluso en determinados casos consultar con su médico.
- La oferta de productos y servicios sanitarios en la red, sobre todo dirigida a pacientes crónicos crecerá de modo exponencial. Aparecerán E-Services económicos que supervisarán el estado de salud de los ciudadanos.

En definitiva, estas tecnologías posibilitan al individuo no solo la obtención rápida y precisa de cualquier información sino que le proporciona la oportunidad de **contrastar**, **opinar** y **decidir** en temas tan importantes como su salud.

Al profesional sanitario le definen un nuevo horizonte profesional lleno de retos y oportunidades, en el que estará obligado a definir los mecanismos necesarios para incluir de modo activo al ciudadano/paciente en la gestión de su salud.

La universalización del uso de tecnologías de la información como Internet, Telefonía Móvil, Redes de comunicaciones de banda ancha, nuevos equipos biomédicos y la continua evolución de la informática, está originando de modo irreversible un cambio de tal magnitud que podremos hablar de la sociedad antes y después de las Tecnologías de la Información, es decir la convergencia de todos estos elementos harán surgir nuevos **DESARROLLOS DEVASTADORES** que nos obligarán a rediseñar en continuo nuestra Estrategia Digital.

Bibliografía:

- Manual estratégico de E-SERVICES – HEWLETT PACKARD.
- Galicia-2010, Ponencia de Sanidad – Foro Salud 2010.
- Historia Clínica Electrónica, Iñaki Dorronsoro – Fundación Signo – II Sesiones de el Escorial.



- Aplicaciones Asesinas (Estrategias Digitales para dominar el mercado), Larry Downes y Chunka Mui – Harvard Business School Press.
- Taller de telemedicina, V Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes – Bilbao 2000.
- La implantación y desarrollo de la informatización del proceso de atención de enfermería en un complejo hospitalario; una realidad en 42 unidades de hospitalización, la experiencia del hospital Juan Canalejo- Rosa González Gutiérrez Solana - Recoletos, Gestión de los Cuidados, Marzo 2002.
- La experiencia del Hospital de Calahorra en la implantación de los ordenadores de bolsillo como herramientas de trabajo para su personal de enfermería – Mercedes Carreras Viñas - Recoletos, Gestión de los Cuidados, Marzo 2002.

La problemática psicosocial prevalente en las mujeres: Tratamiento en grupos de autoayuda.

Henar Sastre

Enfermera

Coruña 9-10 de mayo 2002

Antes de presentarles el trabajo de R. Ayuda que realizo con grupos de mujeres en el centro de salud de Moratalaz en Madrid ,expondré algunas reflexiones sobre la problemática psicosocial de las mujeres.

Analizaré esta problemática es decir sus malestares cotidianos sobre el paradigma de genero. El termino genero incluye las categorías socioculturales que caracterizan las conductas masculinas y femeninas y las relaciones entre hombre y mujeres en la organización social La teoría de genero afirma que no se nace hombre o mujer sino que se aprende.

Es bastante reciente incluir la perspectiva de genero como categoría de análisis y como uno de los factores que condicionan la salud de la mujer. En el Seminario Internacional sobre el malestar psíquico de las mujeres celebrado en Roma en 1988 se señaló la distinción entre el concepto de sufrimiento y de enfermedad. Se definió el sufrimiento femenino como el malestar cotidiano que esta ligado a una situación especifica de opresión. Por lo tanto, cuando hablamos del malestar de las mujeres hay que analizar la forma en que transcurren sus vidas

. Es cierto que las diferencias entre las mujeres están marcadas por la edad, el grupo social, la historia de vida, entre otros condicionantes. Sin embargo podemos afirmar que la gran mayoría de mujeres tienen en común la asignación de los roles, es decir ,mandatos de genero que actúan como normas sociales que condicionan y organizan su vida cotidiana

Los roles de genero están estrechamente ligados a los modos de enfermar de tal forma que los estudios epidemiológicos confirman como factores de riesgo para la salud de la mujer los siguientes.(1)

- a) El matrimonio – en el hombre se sabe que aumenta su calidad de vida, mientras que en la mujer la disminuye. Entre otras causas porque el sentimiento de dependencia económica vulnera su autoestima.
- b) El trabajo domestico, sobre todo cuando se realiza en condiciones de aislamiento.
- c) El cuidado de tres o mas niños pequeños.
- d) La falta de apoyo familiar.
- e) La incomunicación con la pareja.

Analizare estos factores de riesgo.

Hay que decir que los profesionales solo vemos lo que miramos Les invito a ponerse las gafas para ve lo invisible Sabiendo que hay mujeres que no quieren, no saben, o no pueden ,contar lo que las pasa .en sus relaciones de pareja. Pero sufren sus efectos.

En este sentido autoras como Silvia Tubert incluye también la violencia invisible como factor de riesgo en la salud de la mujer y la definen como formas de relación que colocan a la mujer en posición de desvalorización, inferioridad o desigualdad(2)

Es lo que Bonino considera microviolencias o micromachismos es decir relaciones asimétricas entre los hombre y la mujer en las que se dan abusos y controles que sin ser muy notables restringen y violentan el poder personal, la autonomía y el equilibrio psicológico de las mujeres.

Las relaciones asimétricas son hábiles artes de dominio, que no suponen mala voluntad, ni intencionalidad, ni planificación deliberada, LUIS BONINO afirma que hasta los varones mejor intencionados las ejercen ya que son comportamientos aprendidos en el proceso de socialización, es decir, los mandatos de genero que se atribuyen a los varones y a las mujeres.(3)

Es por eso necesario que, las enfermeras comunitarias, investiguemos e incluyamos en la relación de ayuda el análisis de lo cotidiano, lo rutinario, lo que nunca se cuestiona por considerarse natural y normal es decir los mandatos de genero que atribuyen a la mujer la responsabilidad de los vínculos afectivos familiares lo que en muchas ocasiones les lleva a anteponer su bien estar al cuidado de los hijos, ancianos, discapacitados y enfermos.

De tal forma, que muchas mujeres se auto imponen el sacrificio de sus necesidades y deseos, a lo largo de toda su vida

Tanto es así que no disponen de tiempo libre y cuando se les indica la necesidad de su auto cuidado y delegación de tareas domesticas les produce extrañeza y sentimiento de culpa.

Quizás por esto muchas mujeres están utilizando la somatización, los dolores el abuso en la comida la queja permanente, el descontrol emocional, el animo depresivo, la irritabilidad la frialdad sexual la agresividad flotante el insomnio la H.T.A. como expresiones y manifestaciones del sometimiento y de la rebeldía. Pues es sabido, que cuando las personas no son escuchadas y reconocidas en sus necesidades emocionales pueden transferir la frustración en forma de síntomas.

Algunos autores hablan de la mujer síntoma, en el sentido de que todo síntoma está íntimamente relacionado con situaciones vitales, acontecimientos del pasado e historia de relaciones intersubjetivas. Hay que tener en cuenta que cada vez más mujeres, al tener mayor conciencia de su situación de desigualdad, reconocen sus necesidades, las plantean en las relaciones con sus hijos y parejas y quieren negociarlas de modo paritario pero no siempre lo logran, en cuyo caso se instalan en un permanente conflicto de sufrimiento.

Todo ello apoyaría los resultados de investigaciones que afirman que las mujeres padecen mayores índices de estrés interpersonal.

En este sentido Parry y Warr confirman que las mujeres se sobrecargan de estrés por dar apoyo a otros, sin la conveniente reciprocidad y esto las hace mas vulnerables a los trastornos depresivos y de ansiedad.(4) El síndrome ansiedad de presión afecta según la O.M.S. tres veces más a las mujeres que a los hombres.(5)

También las estadísticas confirman, que el trabajo fuera de casa es un elemento protector para la salud de la mujer. Pero cuando este no se acompaña de la corresponsabilidad en lo domestico y la mujer hace doble jornada, paga con el agotamiento y la sobre adaptación el conflicto de roles que vive

Recordar que, en el reparto de tareas domesticas la mujer dedica a diario 3.45 y el varón 0.50

Todos ustedes estarán pensando que a pesar de lo expuesto las mujeres gozan de mejor salud y viven 7 años mas que los hombre, cuando se analizan los indicadores objetivos de salud publica. Es decir, número de hospitalizaciones, intervenciones, etc.

Pero la salud es mas que la ausencia de enfermedad, por eso, la realidad cotidiana en nuestras consultas confirma que las mujeres tienen una percepción y hacen una evaluación subjetiva de la salud peor que los hombres.

Sabemos que las mujeres perciben mejor que los hombres la sensaciones corporales y los estados emocionales. Lo que les lleva a demandar mas consultas, en ellas nos depositan sus malestares a los que habitualmente respondemos con psicofármacos. Una de cada cinco mujeres los toma a lo largo de su vida, los psicofármacos palian los síntomas pero al mismo tiempo generan dependencia. Para muchas mujeres la pastilla es uno de los sostenes de su vida, y se convierte en un recurso que utiliza cuando siente que tiene que seguir aguantando.

Burin en su libro *El malestar de las mujeres la tranquilidad recetada* denuncia una publicidad dirigida a los médicos en la que se les ve observando a una mujer como si estuviera encarcelada detrás de barrotes hechos de escobas y cepillos con la frase “usted no puede liberarla pero puede ayudarla a que se sienta menos ansiosa”, y claro está se anuncia un psicofármaco como solución.

La prescripción abusiva de psicofármacos es una forma de tapar entre otras causas un debate de paridad, cooperación y democratización de las relaciones, en las que las mujeres deberían exigir reciprocidad en el cuidado de los vínculos y las personas enfermas. Ya que los psicofármacos al tratar los síntomas, están silenciando las causas.

Por eso, considero imprescindible que las enfermeras comunitarias nos cuestionemos la medicalización de los procesos vitales. Dando alternativas de ayuda sin narcotizar los malestares, como pueden ser los duelos, los cambios de las etapas vitales la adaptación a la enfermedad y sus handicaps.

En definitiva lo que propongo es fomentar el auto cuidado emocional a través de la relación de ayuda individual o en grupo. A continuación les expondré el trabajo que realizo con grupos de mujeres en el centro de salud.

Objetivos del trabajo

- Identificar los diagnósticos psicosociales prevalentes en las mujeres.
- Conocer el perfil y los mecanismos de adaptabilidad que desarrollan las mujeres para su autoayuda.
- Conocer los resultados del aprendizaje de los métodos neurocognitivos de relajación.

Diseño

El diseño del programa se plantea como un estudio de investigación-acción con intervención grupal, sin asignación aleatoria, con aprendizaje significativo. Es decir, desde la propia experiencia de las mujeres, teniendo en cuenta sus creencias, actitudes, valores y habilidades.

Sujetos

Las mujeres que se incluyeron en los grupos se captaron desde mis dos consultas (38 mujeres) y derivadas por médicos y enfermeras de otras U.A.F. del centro de Torito (7 mujeres).

Criterios de inclusión: se trata de mujeres con alteración del bienestar y de la adaptabilidad. Con sufrimiento emocional. Síntomas de ansiedad. Somatizaciones. Consumidoras de psicofármacos.

Los grupos se realizaron desde noviembre del 98 a noviembre del 2000. Número de grupos 4. 3 grupos con mujeres de 52 años a 72 años. 1 grupo de 30 años a 51 años. Número de mujeres por grupo 12. Total 45 mujeres. Número de sesiones por grupo 6. Tiempo de duración de cada sesión 90 minutos. En el momento actual se mantienen dos grupos con sesiones de seguimiento que se planifican una vez al mes. Total de sesiones realizadas 37.

Objetivos del trabajo grupal

1º.- Favorecer en la mujer el análisis e integración de las distintas situaciones vitales que les ocasiona sufrimiento emocional.

2º.- Ofrecer un espacio de escucha activa, empatía, aceptación incondicional y confrontación que evite la medicalización de la problemática psicosocial.

3º.- Aprender a reconocer y expresar los sentimientos de manera asertiva para mejorar su autoestima.

4º.- Aprender métodos neurocognitivos de relajación.

5º.- Favorecer la ayuda mutua y la solidaridad.

6º.- Dar a conocer los recursos sociosanitarios que ayuden en la resolución de su aislamiento.

Material y Método

El trabajo grupal se gestiona en tres direcciones:

a) Expresión e investigación del modelo de bienestar y los recursos de adaptabilidad percibido por las mujeres. Para tal fin he utilizado parte del material diseñado en la Guía Educativa para Promover la Salud de las mujeres del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.(6) Mediante estos cuestionarios, las mujeres en su casa reflexionan y escriben las situaciones emocionales y los sentimientos relacionados con su bienestar, así como los mecanismos que utilizan para lograrlo. Posteriormente en los grupos se trabaja poniendo en común las reflexiones escritas por cada mujer.

b) Cambio de actitud y reelaboración de las situaciones problema. A través del modelo de los 3 niveles de la respuesta humana se ayuda hacia un trabajo de autoestima, asertividad y confrontación. Para cada uno de estos temas se les proporciona material teórico escrito.

c) Aprendizaje de recursos mediante técnicas neurocognitivas de relajación. Aprenden diferentes métodos, entre ellos la visualización dirigida hacia la competencia emocional. Se les facilita una cinta grabada con las sesiones de relajación aprendidas.

Resultados

1º. Las situaciones de dificultad por las que pasan las mujeres son: 34 mujeres presentan procesos crónicos; 7 mujeres con cáncer; 9 mujeres cuidadoras de enfermos (ancianos, hijos o maridos); 1 con un hijo drogadicto y 24 consumidoras de psicofármacos.

Los diagnósticos enfermeros psicosociales prevalentes valorados son:

- Afrontamiento ineficaz
- Trastorno de la adaptación
- Aislamiento social
- Baja autoestima
- Conflicto de decisión
- Temor - Ansiedad
- Tensión en el desempeño del rol cuidador
- Duelo- pérdida
- Conductas generadores de salud

Perfil general y mecanismos de adaptabilidad de las mujeres

He seleccionado para un análisis cualitativo algunas de las actitudes y comportamientos de malestar así como los mecanismos de adaptabilidad que desarrollan para su autoayuda estas mujeres. En síntesis podríamos hablar de un perfil general que se corresponde con:

a) Mujeres que han depositado sus expectativas sociales y de desarrollo personal en la familia. Siendo su fuente de gratificación la relación con sus hijos que con frecuencia es dependiente e hipercontroladora.

Plantean “para sentirme bien necesito estar con mis hijos”. “Siempre estoy muy preocupada porque algo malo les va a pasar cuando están fuera de casa”. Desean que se vayan del hogar para no trabajar tanto pero parece que cuando esto sucede el malestar aumenta. Se podría decir que viven el conflicto contigo pero sin ti.

b) Se muestran insatisfechas con el marido que no ha colmado sus expectativas “mi marido no habla nunca, lo único que le interesa es el fútbol”. “Me gustaría tener más comunicación”. La solución la dan algunas mujeres: “Yo me voy con mis amigas y hablamos de nuestras cosas”.

A veces se sienten liberadas con su ausencia. Como Rosa: “yo desde que murió mi marido me he liberado. 30 años enfermo mental, se tiró al metro, he pasado mucho, tú lo sabes. Me lo encontré muerto en la bañera. Se había cortado las venas, pero me dije tengo que tirar palante”.

Hay mujeres como Teresa que expresan con gran espíritu de abnegación que han sido muy felices en su matrimonio cuidando de todos y a todo. Sin embargo, lleva años pasando un duelo, dice: “mi marido era muy lindo, lo era todo para mi, mis manos, mis pies y mi cabeza. Quizá por ello está pagando un alto precio en la pérdida pues ahora siente que es una inútil pues no sabe llevar su vida cotidiana, no valgo de nada sin él y añade es como si empezara a vivir. Reconstruir la vida de manera autónoma a los 71 años es una tarea que le esta ocasionando importantes alteraciones físicas y mucho sufrimiento emocional.

También hay que decir que algunas mujeres al quedarse viudas se encuentran a sí mismas como sujetos protagonistas de sus vidas. Así se expresa Manuela cuidadora durante 10 años del marido enfermo y un padre alcohólico y esquizofrénico. Hace 2 años que ya está sola. Comenta ahora estoy disfrutando me parece mentira a veces pienso que es un sueño que no me merezco cuando voy de excursión o salgo a caminar con mis vecinas.

c) Es frecuente la baja autoestima que está en relación con la nula valoración de su trabajo dedicado a los demás del que no reciben elogios. Así lo siente Carmen: “Todo el día haciendo cosas por los demás y ni si quiera se dan cuenta”. O Isabel: “Desde que murió mi marido me pasa de todo. Me quitaron el pecho, la hernia, tengo azúcar. Mirar como me he quedado de fea y delgada. Ya sabéis que vivo con mi hija que la dejó el marido llena de deudas. Aunque no puedo hago todo lo de la casa, pero mis nietos y mis hijas me riñen. Dicen que estando como estoy no les ayudo. Que me ponga bien”.

d) Tienden a realizar actividades rutinarias, limpian sobre limpio. Una de estas rutinas es ir al centro de salud: “Con lo único que me distraigo es haciendo las cosas de mi casa, para calmar mis nervios hago ganchillo toda la tarde. Sin embargo, están aprendiendo a darse permiso para cuidarse y disfrutar, “yo si no limpio el polvo se queda sin limpiar, me arreglo y me voy a taichi”. Rosa dice: “cuando me entra la tontez y tengo ganas de llorar me pongo los jardines de Aranjuez y canto y bailo sola, así se me pasa”.

e) Somatizan sus conflictos y a veces niegan el origen emocional de sus dolencias. “Siempre tengo achaques y dolores. Me encuentro muy mal, no encuentro un por qué”. Pero son las mismas mujeres las que se confrontan con frases como “yo cuando salgo de casa y me distraigo, no me acuerdo de los mareos”.

f) En este sentido, las escasas relaciones sociales, el aislamiento y la soledad cada vez se les hace más consciente. Dice Araceli: “estoy todo el día metida en la cueva como yo digo, la casa es como una cueva. En mi casa vivimos los muebles y yo normalmente, también la TV. No tengo a nadie con quién hablar.

Sin embargo, son las mismas mujeres como Ángeles las que ofrecen la ayuda. “A mí me gusta ayudar, me da mucha satisfacción. Desde que conocí a Pilar y a Milagros nos vamos a viajar y a bailar, andamos mucho, me va muy bien para el azúcar y la tensión. Ya te he dicho que cuando quieras me presentas a mujeres y yo les animo y les saco de casa”.

Esta ayuda mutua está haciendo posible salir del pozo a Teresa que lo expresa así: “quiero deciros a todas que lo que el corazón siente de la boca sale. Tengo mucho que agradecer a Pilar. No es porque esté presente, la quiero más que a mi familia. Si no fuera por ella no se qué hubiera sido de mí estaría loca. Todos los días me llama y me levanta de la cama para salir”.

Entre ellas se informan de los recursos sociales. Actualmente 7 mujeres van a clase de taichí. Lo que sin duda está contribuyendo a la resolución de su aislamiento. Se puede afirmar que el grupo supone para estas mujeres un estímulo para llevar una vida socialmente activa de la que carecían en muchas ocasiones.

Aprendizaje de recursos neurocognitivos de relajación

De los datos recogidos en las encuestas de satisfacción sobre el tratamiento de relajación se constata que: durante el período “un mes de duración de las sesiones el 100% realizó la relajación en casa. El 100% expresa su satisfacción sobre la metodología aprendida, así como que el programa ha sido de gran utilidad. Se destaca que al 90% le ha parecido de corta duración. El alto porcentaje de mujeres que han valorado como escasa la duración de la intervención hizo que planificara sesiones de seguimiento, una vez al mes con las mujeres que desean seguir trabajándose el bienestar.

Conclusiones

1ª.- Se puede afirmar que la reflexión sobre la propia experiencia como fuente de aprendizaje, al confrontarse con los saberes entre las mujeres en el grupo, les induce a la transformación de su propia realidad. Es decir, a buscar el cambio por razones que son importantes para ellas. Este es el camino para que afronten positivamente sus conflictos y es uno de los fundamentos de la relación de ayuda.

2ª.- La segunda conclusión esta relacionada con el objetivo de la mesa que pretende dar alternativas sobre la continuidad de atención. Cuando hablamos de continuidad siempre consideramos un circuito cerrado entre los dos niveles hospital y C.S.A mi modo de ver tenemos que ampliar esta visión y ofrecer a la población las alternativas y los recursos de las redes sociales porque es en lo social donde de manera permanente pueden beneficiarse de la atención.

Los ayuntamientos, las asociaciones y otras entidades hacen una variada oferta que contribuye en las necesidades de salud de la población

Es nuestra tarea informar y motivar sobre todos estos recursos.

Fomentar esta ayuda supone entender que los profesionales de la salud no somos los únicos agentes de la atención, aunque sí somos un referente accesible y cercano a quienes las personas a veces, a través de las alteraciones del cuerpo, nos plantean y depositan sus dificultades, sentimientos y conflictos. En muchas ocasiones los resolvemos, a veces paliamos sus molestias, pero siempre debemos aprovechar el poder de expertos y la confianza que nos otorgan para establecer relaciones de ayuda o lo que es lo mismo acompañarlos recorriendo juntos el camino del sufrimiento.

También debemos poner a su disposición las redes sociales de ayuda. Porque cuando las personas pasan por situaciones de dificultad de la vida, la enfermedad, la adaptación del duelo, o la muerte próxima toda la ayuda les es muy necesaria

Para terminar espero y deseo haber aportado a estas jornadas la voz de las mujeres. A ellas quiero darles las gracias porque consintieron gustosas estar aquí entre vosotros cuando les pedí su permiso para hablar de ellas.

Agradecerles su confianza que me permite poderles ayudar y aprender cada día con sus experiencias vitales, y sobre todo poder ayudar. Es precisamente este vínculo de relación tejido día a día nuestro más valioso capital como enfermeras, si asumimos que la relación es la esencia del cuidado y lo que le da sentido. Personalmente la relación con las personas es para mí la fuente de mayor gratificación profesional. Y les deseo que también lo sea para ustedes.

BIBLIOGRAFIA

- 1º M. Burin "El malestar de las mujeres, la tranquilidad recetada" Paidós 1991
- 2º S. Tubert "Construcción cultural de la feminidad" En Salud mental y género Instituto de la Mujer 1999.
- 3º L. Bonino "Las microviolencias y sus efectos: claves para su detección". Revista argentina de clínica psicológica 1999.
- 4º Parry y Warr. "Paid employment and women's psychological wellbeing" Psychological Bulletin. 1991.
- 5º Jules Angst "Epidemiología moderna de la ansiedad." Acb Pharma Barcelona. 1999.
- 6º "Guía educativa para promover la salud de las mujeres" Gobierno de Navarra 1996
- "Programa de atención a la mujer". Dirección Área IX Madrid 1999
- "La atención sociosanitaria ante la violencia contra la mujer." Instituto de la mujer Madrid 2001

"LA COMUNICACIÓN EN EL CUIDADO DEL MORIBUNDO"

J.Javier Soldevilla Agreda

Enfermero. Hospital de La Rioja
Profesor de Enfermería Geriátrica EUE de Logroño
Presidente Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Desde hace años cuando tengo una invitación como la que hoy me ofrecen, procuro huir de convencionalismos y acercar una reflexión personal, a menudo discutida, siempre discutible. La sabiduría de los libros y manuales afortunadamente eclipsarán un discurso nada académico pero fraguado en el dictado diario de muchas voces a un enfermero volcado a su disciplina y con unas sospechosas orientaciones hacia la vejez y en los últimos años hacia la muerte, y a sus sufridores a los que siempre ha intentado ayudar.

Cuando no es posible curar, es injusto el abandonar a su suerte al paciente y a sus familiares. Es exactamente en ese momento cuando se abre todo un arsenal de cuidados. Ese es el espacio en el que se mueven los cuidados paliativos, "el cuidado con el que sufre" y el marco elegido para hoy.

No tengo ningún pudor, porque lo creo profundamente, que es la enfermera entre todos los miembros del equipo, por su proximidad y continuidad con el enfermo, la que se encuentra en una posición ideal para la detección de problemas, monitorización del tratamiento, provisión de apoyo psicológico y especialmente de información, asesoramiento y educación al paciente y su familia, establecer la continuidad del tratamiento desde la institución a la comunidad y coordinar la necesidad de intervención de otros profesionales en este proceso de cuidar.

La enfermera por definición, por formación, sin caer en la extravagancia de reclamar exclusividades, pero sin permitir, conformistas, la minusvaloración, ha sido y seguirá siendo el profesional del cuidado. Alección de ciencia, y más que en ningún caso hoy, arte.

Para entender el arte de cuidar a los moribundos, me voy a permitir prologarlo con un antiguo relato, que quizá algunos conozcan sobre la creación en la cultura del Mediterráneo, y del cual me quedé prendado cuando lo escuché hace algún tiempo y que varias veces he reproducido. Se trata del mito que apareció en Roma en el s. II de nuestra era sobre la Leyenda de Cura (Cuidado):

"Un día mientras Cuidado (la palabra latina es Cura, nombre de género femenino) atravesaba un río, se detuvo y después de reflexionar, cogió un poco de lodo y empezó a formar la figura de un ser humano. Mientras meditaba sobre lo que había realizado, llegó Júpiter, y enseguida Cuidado le rogó que impartiese un soplo de vida al ser que había formado. Júpiter accedió gustosamente a lo que se le pedía. Entonces Cuidado manifestó su deseo de poner su propio nombre al ser humano, pero Júpiter insistió en ponerle el suyo. Mientras Cuidado y Júpiter discutían sobre esta cuestión, apareció Terra (era la diosa Tierra o la madre Tierra) y declaró que su nombre era el que había de llevar el ser humano, ya que era ella la que había dado cuerpo para moldear la figura. Después de un tiempo, los tres participantes en la

disputa acordaron someterse al juicio de Saturno (este dios era famoso por su imparcialidad). Y este fue el fallo de Saturno: Júpiter, que había insuflado el espíritu o alma al ser humano, recuperaría dicha alma después de la muerte, y eso le bastaría a Júpiter. Puesto que Terra le había dado su propio cuerpo, a ella le sería devuelto tras la muerte; y de nuevo Saturno manifestó que eso sería suficiente para ella. Finalmente, añadió Saturno que "puesto que Cuidado fue el primero en formar al ser humano, que fuera él (ella, en la palabra latina Cura) quien lo poseyera y soportara durante su vida".

El mito de Cuidado, con la misma finalidad didáctica con el que nacieron el resto, nos transmite la idea de que los cuidados son fundamentales para la existencia humana en la Tierra, enseñándonos que cuidar a otros o ser cuidado por ellos es parte de nuestra formación desde que nacemos hasta que morimos. Los profesionales de enfermería, además tenemos el privilegio de hacer profesión de este mandato universal : proporcionar ayuda a los demás, al sano, al anciano o al moribundo.

Hoy más que nunca precisamos ayudar a vencer la negativa y la despersonalización de la muerte por una sociedad occidental en donde parece no existir. Los cuidados paliativos afloran como un nuevo arte de cuidar a los moribundos, adaptado a esos nuevos fenómenos sociológicos y familiares, y los dedicados a ellos precisan del mayor conocimiento relativo a la muerte y han de ser capaces de responder a una gran pregunta: ¿ cómo prepararse y cómo ayudar a los demás a morir ¿ porque si no, como apunta mi gran amigo Alfonso M. García Hernandez, pueden convertirse en un fraude en lugar de en una ayuda, promulgando una muerte estandarizada, a la luz de un modelo institucionalizado, normalizado, determinando a la postre como debería ser la muerte de hombre y mujeres, cuando eso, como el vivir es tan personal y único.

Las enfermeras bien es cierto que convivimos a diario con la muerte, pero una cosa es trabajar con enfermos terminales y otra "estar cerca de ellos". La Enfermera para cuidar del moribundo ha de estar preparada par responder a esa pregunta, formada en tanatología (que suena a macabra disciplina cuando es ciencia dulce), adiestrada para actuar en el control de varios y simultáneos problemas que requieren de una certera intervención, especialmente sobre los que conllevan sufrimiento, capaz de romper muertes estandarizadas, institucionalizadas.

La enfermera de cuidados paliativos, como otros profesionales ejercientes, es una raza no muy prodigada: entrenada para integrar la enfermedad y la muerte como fenómenos naturales relacionados con la vida, que han lidiado y vencido limitaciones y fantasmas en relación con la muerte y que sin embargo no tiene una cotización alta en el mercado de valores profesionales. Pero sin duda, la última y segura principal de las características que le proporciona su sello de calidad es su competencia comunicativa, de interpretación y de mediación.

Cuidar empieza con "C" de comunicación.

Nacimos y vivimos en la era de la comunicación. El poder de la comunicación, de sus medios sigue en auge. Por otro lado, se culpabiliza a una comunicación inefectiva como causa en la armonía de las familias, las empresas, las naciones, los profesionales.

Hace muy pocos días mientras paseaba por mi ciudad me tope en una pared de un parque, improvisado tablón de anuncios, con una frase sin firma que decía : “vivimos en el reino de la incomunicación y la gente se pudre en su jaula de hormigón” . En otras circunstancias, hubiera pasado inadvertida a mis ojos, pero ese día pensando en este mandato, me hizo reflexionar.

Si la comunicación es un problema en numerosos escenarios de nuestra sociedad, doy fe de que en excesivos equipos terapéuticos la falta de respeto, de conocimiento del otro o de humildad impiden sumar acciones y restan resultados a pacientes de distinto índole. Como podrán imaginar, cuando el objeto de nuestros actos es alguien “sin futuro”, donde el prestigio está hipotecado por los principios vigentes, las herramientas de trabajo son para los ignorantes, rudimentarias y poco técnicas, sitúan esta especialidad y a los profesionales que la ejercen en el último peldaño de esa escala de fama y “famosos”.

La Comunicación es el alimento espiritual que modela, asegura y permite a la enfermería presentar la mayor parte de sus cualidades. La comunicación es una amalgama de sabores, tactos y perfumes irrepetibles que nunca es igual al de ayer o al de mañana, y que como no podía ser menos, precisamos conocer para utilizarla con eficiencia.

La comunicación es parte de la terapia y a veces con este grupo, único elemento terapéutico, de ahí su radical importancia, exigiendo de más “pensamiento y planificación” que una prescripción farmacológica, pero, como apunta Buckman (1998), “desafortunadamente, aplicada en dosis subterapéuticas”. Pensé sinceramente que este error se practicaba con la mítica morfina, pero ¿ que excusa encontramos para el uso ineficaz de la comunicación ¿.

La comunicación permite a través de numerosos instrumentos, algunos de ellos difíciles de percibir (comportamientos, gestos , etc.) intercambiar información sobre su mundo, su problemática, sus situaciones de ánimo,... Es una necesidad básica de todo ser humano y radicalmente imprescindible cuando se trata de una persona con pronóstico de “poca vida”.

La llave maestra que abrirá una compleja cerradura en la terminalidad es la comunicación. Facilitará el entrar en el interior de una habitación oscura a menudo y confusa casi siempre, porque los procesos de razonamientos en la enfermedad nunca son los mismos que en la salud y, desde ese espacio ayudar. Es una clave básica para encontrar ese escenario plural en necesidades, rico en opciones, que a menudo los profesionales no sabemos hallar. Es siempre antídoto de problemas emocionales como la ansiedad o depresión. No tengo dudas de que es pócima que alivia el dolor y siempre atenúa otros síntomas físicos.

Los objetivos de la comunicación en este entorno no difieren sustancialmente a los otros buscados en cualquier relación: conocer, recoger y ofrecer información, evaluar reacciones, pero con ningún otra persona, salvo el moribundo, servirá de plataforma para hacerle sentirse acompañado y cuidado, querido y aliviado, y vernos como cómplices fieles, pacientes compañeros de viaje. Sirve para reforzar y negociar,

para resolver, como una gestoría, deseos y directrices finales, para apañar familias si es menester y siempre aumentar la esperanza, ...

Pero todas estas potencialidades, toda la riqueza encerrada en este acto, precisan de un aprendizaje, de una destreza, de un ensayo, que propiciarán la sintonía entre emisor y receptor.

Los principales transmisores del lenguaje no son necesariamente las palabras, el contenido de las frases, a menudo excesivamente ensayadas, éstas, aún siendo hermosas y bien elegidas, no representan ni con mucho a la totalidad del mensaje. Son las sensaciones que acompañan al discurso, lo que realmente integramos y como apunta Wilson Astudillo, “decodificamos mediante un sistema que algunos llamamos sexto sentido: la intuición”. Frente al que se despide, es la postura, el tono, los gestos, las verdaderas máquinas de la verdad, que destila: el mensaje “verdadero”, en cuanto al pronóstico, diagnóstico, y, nuestros propios sentimientos. No contradigas con tu palabra lo que tu cuerpo expresa.

Mi comunicación con enfermos en situación de terminalidad, la entiendo con:

- Previa y obligatoria inmersión en la muerte, en mi muerte, para no poner en peligro por falta de asunción, una misión irrenunciable, y para mi bella.
- Capacidad de teñir esa habitación sin ventanas, inescrutable, en un paisaje suave que proporcionen calma. No hay amenazas que enturbien.
- Capacidad para hacerse presente o camuflarse con el entorno, sin desaparecer, de acuerdo a la elección del paciente. El moribundo ha de saber que estás ahí en todo momento, lista por si te necesita. Ese es un buen comienzo y final para la conquista terapéutica.
- Ninguna complicidad para prestarse a dar vida a aquellas recetas del ars moriendi del siglo XV que recomendaban que “se dejase solo al moribundo en compañía de Dios para que no se desviara del cuidado de su alma”. Que tristeza la de despedirse solo, si no se desea.
- Mensaje fresco y leal, no quiere decir siempre certero, pero si creíble. Reclama ser adecuadamente elegido para el interlocutor, su formación y edad, su momento, sus necesidades, más bien sus demandas, sus peticiones: escucha, el te dirá que quiere que digas o hagas. Nunca atrincherarse en tecnicismos que solo logran evidenciar tus faltas. La sencillez es un atributo que se da en los más grandes haciéndolos aún más grandes. Sirve para las personas y los mensajes. No por sencillos pierden su valor, al contrario, realzan las cualidades de sus partes.
- Necesidad de apoyarse en “recetas” que según Ley, mejoran la eficacia de la comunicación. El enfermo recuerda, lo primero que se les dice antes que lo último – por tanto diga lo que está bien antes que lo que no -, las cosas que se dicen en lenguaje simple se memorizan antes, los consejos dados con carácter específico antes que los generales – deberá levantarse y recorrer durante la mañana dos veces ese pasillo, antes que decir, deberá hacer más ejercicio- y por último, la repetición refuerza el recuerdo.
- Impoposibilidad de utilizar insensiblemente “muletillas” y consejos fáciles desde la puerta de la habitación: “Hay que ser positivo”, no “hay que verlo todo gris”. Lo que

realmente necesitan es que nuestros cuidados sí sean positivos y no grises y sobre todo que trasciendan en umbral de la puerta.

- Con opciones de crear un clima de confianza, de camaradería, que permita formular todas las preguntas, que a menudo callan, por no sentirse avergonzados, parecer poco inteligentes o no ser diestro en el uso de la palabra ante los de corbata y uniforme.
- Construido a partir de la sinceridad. Debe nacer envuelta en un verdadero interés por el otro, capacidad de demostrar comprensión, y no una cantidad exagerada de compasión que neutralice su verdadero efecto.
- Durante el tiempo exacto. Son situaciones únicas e irrepetibles como ninguna y han de medirse, pero con aquel axioma que propugnara Cicely Sanders: “el tiempo no es una cuestión de longitud, es una cuestión de profundidad”
- Obligación de hacerlo cara a cara, sentado frente o junto a él.
- El silencio es el mejor aliado en el proceso de comunicarse, de cuidar por tanto, y que difícilmente trabajamos con acierto esos tiempos. Que insoportables segundos de respiración profunda en él, de aliento contenido en nosotros y corazón palpitante, por no saber manejar este bálsamo curativo. Sin duda, el mejor discurso.
- La sensibilidad y empatía nos ofrecerán como regalo, los poderes del tacto. ¿cuánto, donde, a quién ¿ siempre van a ser cuestiones de difícil respuesta. Los destinatarios son siempre distintos, cada minuto en un proceso final es distinto, cada reacción que use el contacto físico con el paciente lo ha de ser. He dicho en otros foros que ésta es una cualidad casi mágica del arte de cuidar del moribundo que se desarrolla al ensayar.
- Y sin olvidarla, sino colocándola al final voluntariamente, la comunicación precisa por respeto hacia el otro, de saber escuchar y ver adecuadamente, sin interrupciones, sin distracciones, sin alejamiento, estimulando con nuestro gesto. Como decía Jennings : “un hombre que sepa escuchar puede oír incluso cosas que aún no han sido dichas”. Escucha mi final, es una carta de una anciana que encontraron al morir en sus pertenencias que he querido adaptar para este final . Se titula : “Tu que me cuidas”.

Integración de las clasificaciones de Enfermería para la práctica Enfermera

Professor Dame June Clark
Professor of Community Nursing
University of Wales, Swansea

Ellos han dicho....

“Uso la palabra Enfermería para desear algo mejor”

Florence Nightingale 1859

“Si no podemos nombrarlo, no podemos controlarlo, financiarlo, enseñarlo, investigarlo o incluirlo en la’s estrategias políticas”

Norma Lang 1991

Ellos han dicho...

“La nomenclatura tiene tanta importancia en esta disciplina como los pesos y las medidas en las ciencias físicas, y debe ser establecida lo antes posible”

William Farr 1839

Ellos han dicho....

“Las diferencias entre las terminologías enfermeras impiden la evaluación y el intercambio de los conocimientos enfermeros”

Hardiker 2000

Esquema de la presentación

- Puesta en escena
- Identificación del problema
- Algunas posibles soluciones
- Discusión

Puesta en escena

Lenguaje

- El lenguaje es el medio por el que comunicamos las ideas y transmitimos la información
- Usamos diferentes leguajes para propósitos diferentes

Tipos de lenguaje
Lenguaje (genérico)
Lenguaje clínico (Enfermería)
Términos, terminología
Clasificaciones

Lenguaje clínico (Enfermería)

A través del cual expresamos conceptos de Enfermería y transmitimos información enfermera

Términos y terminología

Características: estandarizado, definido

eg. CIPE

Usado para expresar conceptos, componentes o clasificaciones,

Clasificación y clasificaciones

Características: términos agrupados por características comunes

eg. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), Clasificación Internacional de Funciones (CIF)

Se usa para recogida de datos epidemiológicos, investigación comparativa, etc.

Algunas terminologías estandarizadas son también clasificaciones

- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)
- CIPE
- NANDA (Taxonomía II)
- Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC)
- Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

Usamos lenguajes diferentes (y terminologías y clasificaciones) para diferentes propósitos

Las enfermeras asistenciales necesitan...

- Un lenguaje natural para los cuidados (expresión libre)
- Un lenguaje más formal para la documentación (lenguaje normalizado)
 - Fácil de escribir, fácil de leer
 - Terminología estandarizada
 - Documentación estructurada,
 - Pero con cierta dosis de texto libre
- Una forma de resumir sus propios datos

Terminología normalizada

- Para almacenamiento de datos
- Términos significativos
- Traducidos a otros idiomas (Inglés-Español)
- Procesamiento natural del lenguaje

Los gestores, investigadores y políticos necesitan ...

- Poder recuperar datos de los registros
- Datos anónimos y concisos
- Datos agrupados
- Términos correctamente definidos
- Clasificaciones con fines estadísticos

Lenguaje codificado o de referencia: un conjunto de conceptos y sus relaciones

- Para poder extraer datos
- Concisos
- Agrupados
- Análisis
- Interfuncionalidad
- Descriptivos

Algunos lenguajes estandarizados

- ICD-10
- ICIDH/ICF
- Read Codes
- NANDA
- NIC
- NOC
- VIPS
- SNOMED-CT

Problemas

1. Puede un lenguaje servir para varias cosas?

2. Las diferencias entre las terminologías enfermeras impiden la evaluación y el intercambio de los conocimientos enfermeros

Posibles soluciones

Primera: desarrollar una terminología única

“En un congreso del CIE en París ... pensé que ... tarde o temprano deberemos unificarnos y trabajar en algo parecido a un “esperanto de la que, con el paso del tiempo, nos proporcionará un lenguaje universal de Enfermería”

Hampton-Robb 1909

La Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE)

www.icn.ch

Objetivos del Proyecto CIPE

- Desarrollar un CIPE, producto y proceso
- Conseguir el reconocimiento de la comunidad Enfermera a nivel internacional
- Garantizar que el CIPE es compatible, y complementa, las clasificaciones de la

OMS

- Ser utilizado por las enfermeras a nivel Nacional para desarrollar bases de datos nacionales
- Establecer un conjunto de datos internacional que incorpore el CIPE, el CMBD, un conjunto de datos de Enfermería.

Terminología simple: rechazada

- Existen demasiadas
- Disciplinas diferentes
- Diferentes puntos de vista
- Propósitos diferentes
- Se pierden los datos “históricos”

Segunda: Entrecruzamiento

Cada concepto, en cada terminología, debe cruzarse con los términos más parecidos en el resto de terminologías

Sistema de lenguaje médico unificado

Se han desarrollado algunos trabajos sobre entrecruzamiento de terminologías enfermeras

Entrecruzamiento: rechazado

- Esfuerzo inicial muy intenso
- Que se incrementa con cada nueva terminología
- Su mantenimiento requiere un gran esfuerzo
- Demasiado caro

Tercera: terminología codificada

Representación formal de los conceptos y sus relaciones: Descompone los términos complejos (eg NANDA) usando un modelo de terminología.

Terminología codificada: operativa

SNOMED-CT

GALEN Modelo común de referencia

SNOMED-CT

Combinación del US SNOMED (Nomenclatura médica sistematizada) con los UK Códigos de lectura (Términos clínicos Version 3)

Primera versión: Enero 2002

Cuarta: desarrollar estándares internacionales

El objetivo es la compatibilidad, no la uniformidad

Permite múltiples terminologías especializadas con una estructura intermedia común

Usa modelos de terminología

Estándares internacionales: operativos

- CEN: TC251 (Información sanitaria)
 - Se están analizando los pre-estándar: sistemas de conceptos de apoyo of concepts to support nursing
- ISO : TC215



- Basado en el CEN, desarrollando el modelo para diagnósticos e intervenciones de Enfermería
 - HL7: “Estándares para el intercambio, manejo e integración para el apoyo de los cuidados”
 - US Terminología enfermera
- Quinta: Una taxonomía para las clasificaciones enfermeras
Estructura de lenguaje unificado para Enfermería: operativo
- Iniciado por NNN
 - Conferencia inicial en USA Agosto 2001
 - Propósito: desarrollar un marco común para NANDA, NIC, NOC
 - Reunión el 31 de Mayo: joanne-dochterman@uiowa.edu
dorothy.jones@bc.edu

Discusión

Integración de las clasificaciones para la práctica enfermera

INTERRELACIÓN DE LA ENFERMERÍA DE LOS DISTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN, COMO GARANTÍA EN LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS.

PRESENTA: Lúdia Marbá Más, enfermera, Responsable de Metodología y Evaluación. Consorcio Sanitario del Maresme. MATARÓ (Barcelona)

- **INTRODUCCIÓN:**

Mataró està situado en la costa catalana. Es una ciudad de 102.000 habitantes aproximadamente. Dista unos 20 Km de Barcelona y tiene una área de influencia de más de 200.000 habitantes.

En el año 1999 se crea el Consorcio Sanitario del Maresme, con la finalidad de aglutinar en una misma entidad, la asistencia sanitaria de los habitantes de la zona. El CSdM engloba la asistencia especializada, parte de la asistencia primaria, la salud mental, y parte de la asistencia sociosanitaria.

Con la inauguración de un nuevo hospital de agudos que substituye los dos antiguos hospitales de la ciudad, se inicia el desarrollo de este proyecto asistencial.

Actualmente el Consorcio Sanitario del Maresme, gestiona un Hospital de agudos con 330 camas, un centro socio-sanitario con 124 camas (larga estancia, convalecencia, hospital de día, paliativos), una residencia geriátrica con 60 camas, 3 áreas básicas de salud (2 situadas en la ciudad y la tercera fuera de la ciudad, dando cobertura a 4 municipios). La salud mental dispone de atención de urgencia en el hospital de agudos, con 12 camas dentro del hospital y dispensarios de drogodependencias y asistencia infanto-juvenil. Esta en proyecto la ampliación de la asistencia en este campo.

Organizativamente el Consorcio Sanitario del Maresme, además de una única junta de gobierno, tiene un único Gerente y una única dirección de enfermería, un director médico para la atención especializada (hospital de agudos), un director médico para las demás áreas de atención (ABS, SS, ...). Los servicios centrales son también comunes para toda la organización, así como el área de formación y la de metodología asistencial, con una enfermera como responsable en cada una de estas últimas.

Lo que les explicaré con mi aportación es:

- Que metodología de trabajo seguimos
- Como nos interrelacionamos y coordinamos
- Que actividades conjuntas realizamos

- **METODOLOGIA DE TRABAJO:**

En 1995 se inicia en el hospital de agudos (los dos antiguos edificios mencionados anteriormente), una nueva metodología de trabajo mediante la elaboración de planes estandarizados y secuenciados de cuidados de enfermería y trayectorias clínicas. La implementación se realiza en marzo de 1997 en una unidad piloto, para progresivamente seguir la implantación en todo el hospital.

Cuando en 1999 se inaugura el nuevo hospital, disponemos ya de 9 planes de cuidados y 38 trayectorias clínicas, y se nombra a una enfermera como responsable de dicha metodología de trabajo y de su evaluación.

Al iniciar la gestión de los diferentes niveles de atención, nuestro principal objetivo es LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS. Se decide seguir con la misma metodología de trabajo, adaptándola a las diferentes características de cada nivel, como instrumento que nos ayude a asegurar la continuidad de los cuidados.

Como hemos dicho en el hospital de agudos estamos trabajando mayoritariamente con trayectorias clínicas, pero estas se elaboran desde la perspectiva de los cuidados de enfermería, siguiendo un modelo enfermero y utilizando los diagnósticos enfermeros, intervenciones y objetivos (NANDA-NIC-NOC).

Teniendo en cuenta pues las características de cada nivel, esta debe ser la perspectiva que guíe la atención en cada uno de ellos de manera coordinada y dando continuidad a los procesos. Estamos elaborando estándares de atención siguiendo la misma metodología y lenguaje, para aquellos procesos que tienen una continuidad entre niveles, adaptando el método a dichas características diferentes. (OMIAP, RAI, ...)

Los grupos de trabajo son mixtos, en los que las enfermeras que elaboran el estándar, aportan su experiencia en aquellos procesos determinados y la responsable de metodología aporta la adaptación del método y la validación metodológica del contenido del estándar, sin perder la visión del estándar del hospital, y como paso previo o continuidad del mismo.

El hecho de trabajar con la misma metodología nos ayuda a dar continuidad a los procesos aunque no tengamos elaborados estándares, puesto que utilizamos un lenguaje común. Los estándares son solo el instrumento que asegura dicha continuidad.

- **RELACIÓN Y COORDINACIÓN:**

En primer lugar iniciamos reuniones semanales de trabajo e informativas de la dirección de enfermería, con todos los mandos intermedios, (jefes de área de hospital, coordinadores de las ABS, coordinadora del SS), a las que también asiste la enfermera responsable de metodología y evaluación y la enfermera responsable del área de formación. Estas reuniones son el primer paso para trabajar todos con un mismo objetivo, y para compartir informaciones que pueden ser de interés para todos ayudando así a la coordinación.

En el inicio de este nuevo método de trabajo en el hospital de agudos, se crea la comisión de protocolos con el objetivo de realizar su revisión y actualización, tanto de los protocolos generales, como de los específicos según la especialidad. En 1999, al iniciar la nueva etapa con la incorporación de los diferentes niveles de atención en una misma organización, se incorpora una enfermera del socio-sanitario, a esta comisión con el fin de realizar la actualización de los diferentes protocolos de enfermería del mismo, convirtiéndose en una única comisión. El manual de protocolos está a disposición de los profesionales de las diferentes ABS para su consulta y utilización, y

colaboran también en algún protocolo conjunto de actuación (ej. prevención y tratamiento de úlceras por presión).

Desde las diferentes ABS tienen diariamente información (vía intranet), de los pacientes de sus áreas respectivas que han sido ingresados en el hospital, pudiéndose poner en contacto con la enfermería de la unidad donde están, tanto por teléfono como por correo electrónico.

Las actividades formativas se realizan para la enfermería de los diferentes niveles, y se organizan jornadas y talleres conjuntamente, tanto para los profesionales como para los usuarios.

Se han organizado también talleres de Metodología, específicamente para cada uno de estos diferentes niveles asistenciales.

- **ACTIVIDADES CONJUNTAS:**

Durante los años 2000 y 2001, se han organizado 62 actividades formativas diferentes, con una duración que oscila entre 4 y 20 horas lectivas, y con una participación de 1870 profesionales (enfermeras y auxiliares) con una proporción de 70% del hospital y 30% de las ABS y Socio-sanitario . Esta proporción puede variar según el tema que se imparta, pudiendo llegar al 100 % de profesionales de las ABS y Socio-sanitario.

Se realiza anualmente una “Jornada asistencial” común, como foro específico para dar a conocer a todos los profesionales, aquellas actividades que se realizan, tanto conjuntas como específicas de cada nivel.

Los pacientes que se trasladan del hospital de agudos al centro socio-sanitario, además del informe de alta de enfermería y el informe médico de alta, se trasladan con las órdenes médicas pertinentes (prescripción de fármacos), y la Historia clínica del paciente. Esta prescripción de fármacos ha sido enviada también a la farmacia del centro, con lo que al recibir al paciente no existe ningún problema para la continuidad del tratamiento, sea cual sea la hora del traslado.

Los dos informes de atención (médica y de enfermería) se realizan también para aquellos pacientes que se trasladan a centros socio- sanitarios privados, y también a los pacientes que precisan una continuidad desde la ABS por parte de enfermería (procesos crónicos,...).

Se han revisado y unificado los diferentes programas de educación a pacientes y/o familiares. Actualmente se realizan los siguientes programas conjuntos: Educación y seguimiento al paciente con asma, educación y seguimiento al paciente adulto con diabetes tipo II, educación y seguimiento en la diabetes infantil, educación al paciente cardíaco (post-infarto), educación al paciente con ostomía. Se realizan también anualmente 2 talleres de cocina, dirigidos a pacientes y familiares con diabetes y/o colesterol (uno en primavera verano, y otro antes de Navidad).

Para el presente año se está preparando la ampliación del programa de educación al paciente cardíaco en general, también un programa de educación en la hipertensión, y un programa dedicado a la alimentación sana.

Cabe destacar que en Mataró y con cobertura para toda el área, en una ABS dependiente del Servei Català de la Salut, se ha creado un centro de atención a la

mujer, que coordina e imparte diferentes programas relacionados con la mujer: Educación y prevención de síntomas en la menopausia, educación al parto, sexualidad y adolescencia, prevención y screening del cancer de mama. (Desde el hospital se remiten pacientes a estos programas y también en una de las sesiones de educación al parto se realiza una visita al hospital para conocer las instalaciones y como será el circuito a seguir y la atención que reciban en el momento del parto).

Están en proceso de elaboración, unos folletos informativos para cada uno de los diferentes programas en funcionamiento, explicando en que consisten, a que pacientes/familias va dirigido y como acceder a ellos, con el objetivo de que desde cualquier punto se pueda acceder con facilidad a estos programas.

Muchos de los seguimientos post-cirugía se realizan desde los respectivos centros de atención primaria, previamente pactados y coordinados desde el hospital.

Se están elaborando diferentes Guías de Práctica Clínica con la participación de profesionales de los diferentes niveles, con el fin de unificar criterios y de aportar una visión conjunta en todo el proceso.

En cuanto a estándares conjuntos, tenemos un estándar elaborado e implantado en el socio- sanitario que se inicia en el hospital de agudos y se sigue en el socio- sanitario. Tenemos previsto implantar dos estándares más durante el presente año, como continuidad de diferentes procesos.

En la diferentes ABS, se está iniciando el trabajo con el programa OMIAP, con el fin de informatizar la historia clínica. Se trabaja también en como coordinar y enlazar dicho programa con el programa informático iniciado en el hospital. Esta coordinación es importante para poder utilizar los datos obtenidos en la mejora continua de la atención en todos los niveles.

Desde el pasado año se ha puesto en funcionamiento en el hospital de agudos, una Unidad para la atención del paciente geriátrico agudo (UGA) con una disponibilidad de 12 camas. Se realiza semanalmente una reunión de seguimiento de los pacientes ingresados en dicha unidad, en la que asiste además del equipo médico y de enfermería de la misma, la asistente social, dietista y un representante del equipo PADES (Programa de Atención Domiciliaria. Equipo de Soporte) del área, con el fin de coordinar la atención de estos pacientes después del alta hospitalaria.

Al desarrollar programas conjuntos con las ABS gestionadas por el CSdM, se incorporan también ABS gestionadas por el servicio público de salud (CATSALUT) y se proporciona información de las diferentes actividades.

- **CONCLUSIONES:**

Como conclusión puedo afirmar que con la creación del CSdM y su modelo organizativo se han elaborado las bases para poder desarrollar una buena coordinación entre niveles y una efectiva y eficiente continuidad de los cuidados. De momento hemos iniciado el camino, aunque todavía nos queda mucho trecho por recorrer.

Lidia Marbá Más, enfermera
Responsable de Metodología y Evaluación

Gacela

Mostrando el camino

Dolores Herrera de Elera

Tengo que decirles que cuando me propusieron participar en esta mesa, se me planteó un dilema sobre que hacer. Una idea la primera, la más sencilla fue:

- Mostrarles la aplicación informática GACELA con sus funcionalidades y procesos de trabajo.

La descarté por entender que GACELA es una aplicación suficientemente conocida y porque en la mayoría de los foros esto es lo que se cuenta.

Otra idea fue:

- Presentarles la aplicación como una base de datos clínica – Banco de datos de utilidad clínica (por el uso) que sienta las bases de la investigación, de la evidencia, en enfermería.

A pesar de que este aspecto es muy relevante e interesante, lo deseché puesto que según mi criterio le corresponde a un centro o grupo de centros la explotación con determinación clínica de la base de datos.

Otras ideas fueron:

- Presentarles la evolución de la aplicación. Como se va plasmando en la realidad el propio sentido de GACELA (Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería LINEA ABIERTA). Es decir, modificación de las funcionalidades existentes e incorporación de nuevas funcionalidades.
- Hablar del lenguaje clínico enfermero, inherente a la aplicación y muy ligado al desarrollo profesional, por lo que significa de creación y gestión del conocimiento
- Mostrarles el impacto en términos de cambios producidos en la forma de ser y de hacer de las enfermeras asistenciales,

En fin multitud de ideas.

Finalmente decidí contarles la HISTORIA de GACELA: como se gesta, que ha sucedido hasta el día de hoy, y, “MOSTRANDO EL CAMINO” como debemos continuar

Esta perspectiva como verán, tiene que ver con todas las ideas que acabo de apuntar y por supuesto con algunas más.

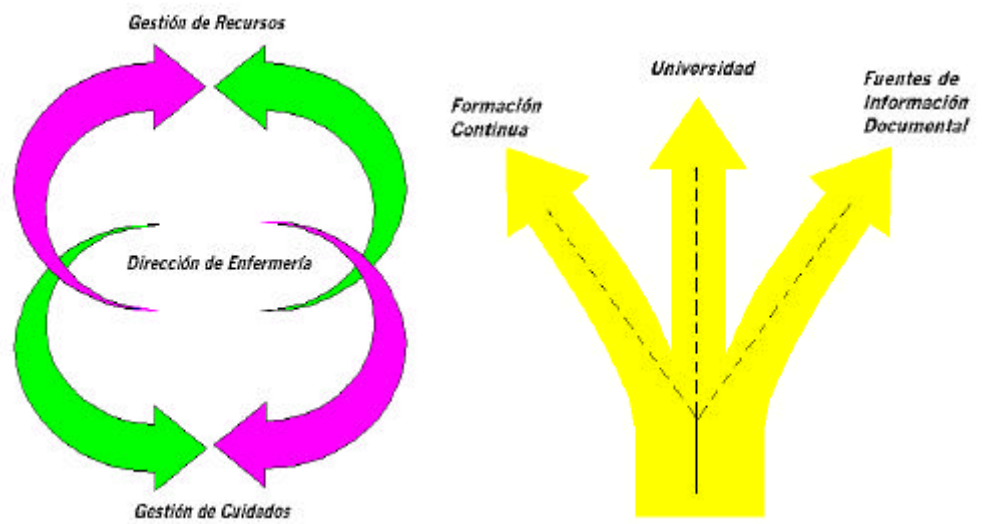
Esta visión histórica espero que les resulte de interés, espero también aportarles algunas claves (sobre todo a los muchos usuarios GACELA existentes) que les permita entender lo que nos traemos entre manos, y sobre todo espero que el conocimiento del camino les ponga en situación de acercarse a GACELA como algo **atractivo**, mantenerse con GACELA con **seguridad**, y sobre todo **tomar decisiones** de futuro que respondan a necesidades fundamentadas sin desvirtuar los orígenes, es decir, MEJORAR UNA PROFESION (ENFERMERIA) DOTANDOLA DE TODOS LOS

MEDIOS Y RECURSOS DISPONIBLES QUE LA COLOQUEN EN CONDICIONES DE PRESTAR UNA ATENCION DE CALIDAD A LOS USUARIOS DE SISTEMA.

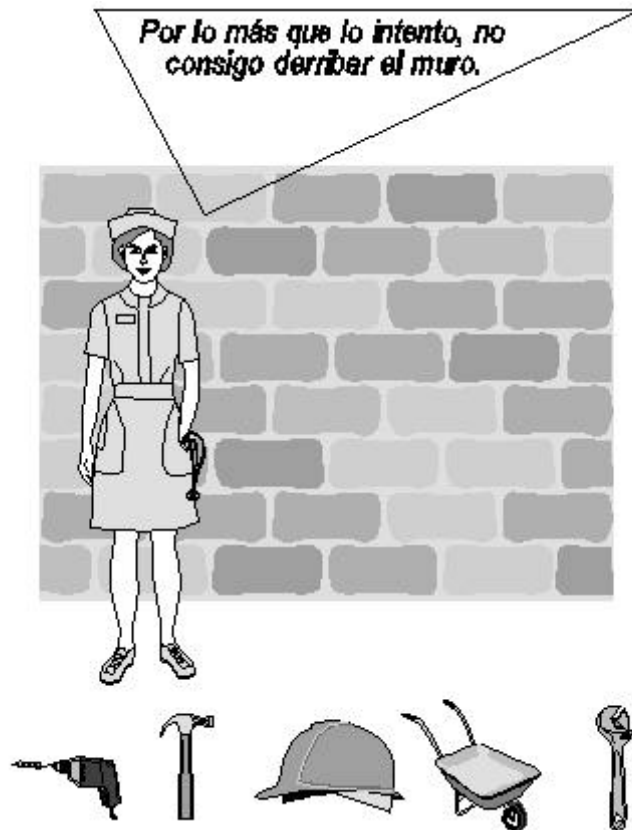
GACELA como todo proyecto es una “idea inicial” que se fundamenta en ciertos pilares:

- Una historia profesional
- Una práctica profesional
- Un tiempo
- Y una experiencia

La historia profesional podemos centrarlas en términos de gestión y en términos de formación. Cosas que tienen que ver con la primera cuestión son “poder”, “gestión de recursos” y “gestión de cuidados”. Cosas que tienen que ver con la segunda cuestión son: “la Universidad”, la “formación continua” y la “disponibilidad de fuentes de información documental”.



La práctica profesional permanece cuasi inalterable, por supuesto que cada vez hay más personas sensibles y preparadas en filosofía y metodología de cuidados, pero el “salto” en la práctica no se produce. La forma de hacer y la forma de relacionarse no se modifican. Los intentos son múltiples y aislados en general igualándose al número de fracasos, se podría decir que las condiciones no lo permiten.



El tiempo, el siglo XXI, era de la tecnología y de las comunicaciones pone en nuestras manos herramientas potentes para el tratamiento de la INFORMACION. Forman parte de todo nuestro mundo y aunque quisiéramos no podríamos darle la espalda, a no ser que se niegue el desarrollo, la evolución.

La fuerza de trabajo de los profesionales clínicos es la información, el conocimiento y los recursos que gestionan esto tienen que ser útiles por necesidad.



La experiencia centrada en años de asistencia y años de formación por todo el país permite tener una idea bastante aproximada de cómo están las cosas y por qué.

El saber obtenido se puede concretar en :

- Conocimientos clínicos
- Bases de Datos, Multitud de planes de cuidados elaborados por enfermeras de todo el país, con sus componentes de problemas (Diagnósticos de Enfermería y Complicaciones), Objetivos (Criterios de resultado y Objetivos de complicación), Acciones y fundamentación.
- Constatación por vía metodológica, que los procesos asistenciales que se atienden en los centros sanitarios tienen una aportación de enfermería autónoma.
- Constatación por vía metodológica también que la tendencia más médica de enfermería se puede recoger y darle relevancia en provecho propio. Estoy hablando del ROL de colaboración con otros profesionales, estoy hablando de la observación sistemática y de la ayuda a la detección de problemas.
- La filosofía, los modelos de enfermería, se conocen, no se asumen, se quedan en el plano teórico, se perciben como aburridos desde la teoría, y en definitiva, cada enfermera es portadora de su propia filosofía de cuidados. No se adoptan como filosofía de centro.
- La metodología de cuidados queda circunscrita a la VALORACION de enfermería, quedando esta desligada de las actuaciones posteriores.
- Los registros de enfermería aún siendo utilizados como indicadores de calidad cuantitativos, no tienen (al menos algunos de ellos) entidad suficiente para formar parte de la historia clínica, en bastantes centros son escasos los formatos, y en última instancia se registra una cantidad ínfima de las cosas que le **pasan** y se le **hacen** a los pacientes.
- El lenguaje, la capacidad de expresión, el ajustarse a una terminología y método aflora como una gran dificultad, para registrar, para hacer planes de cuidados.
- Lo más operativo que existe son los informes de enfermería al alta, que distan mucho todavía para que se hagan de forma generalizada.



Esto que les acabo de contar a vuela pluma, es lo que estaba sucediendo en los años 90. Hay que hacer algo para darle un empujón a la realidad.

Combinando la **enfermería** con la **informática** se conseguirá avanzar un poquito más rápido en el proyecto de desarrollo profesional global y participarán la mayoría de los profesionales a través de su quehacer diario.

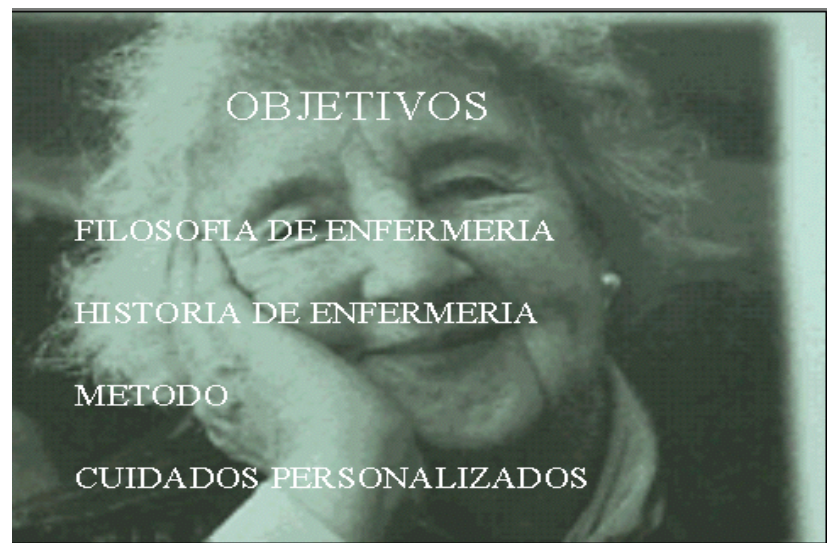
La idea central es y así se hace crear una estructura informática que facilite el proceso de trabajo que debe darse en la atención a todo cliente desde enfermería, a saber,

- Hacer y mantener un plan de cuidados desde el inicio hasta el final de un episodio, es decir, valorando, cuidando y evaluando.
- Observación orientada y permanente, junto a medidas preventivas en colaboración con otros profesionales.
- Recepción y aseguramiento de la continuidad de cuidados.



La pretensión con este núcleo central es entre otras,

- Que una filosofía profesional tenga efecto en la práctica, marcando amplitud, actitud y efectos en las personas atendidas.
- Que todos los pacientes/clientes tengan una historia de enfermería actualizada, que refleje su situación en cada momento.
- Que se trabaje con rigor, con método
- Que la atención directa que enfermería presta, los cuidados que ofrece, estén fundamentados basados en la situación de salud de cada persona



Esto es nuevo me atrevo a decir para el 100 % de las enfermeras, y es aquí donde se puede establecer una de las grandes aportaciones de la informática. A través de algunos elementos fundamentales de la aplicación como:

- Asistentes de proceso
- Selección sobre ofertas de ítems
- Oferta deductiva de posibles diagnósticos de enfermería,
- Estructura de la Base de Datos
- Lenguaje normalizado

es posible hacer realidad una forma de trabajo deseada por muchas enfermeras durante mucho tiempo, expresada como demanda por algunas, y no cuestionada explícitamente por ninguna de ellas.

A esa magna pretensión que acabo de exponer se le añaden otras de tipo clínico, organizativo, de disponibilidad de información.....

Las funcionalidades clínicas pretenden que a través de la aplicación se pueda hacer frente al 100% del trabajo que hace enfermería, marcando el camino de cambio de historia clínica papel a historia clínica electrónica.

FUNCIONALIDADES



BALANCE DE LIQUIDOS



GRAFICA DE CONSTANTES



INCIDENCIAS

Las de tipo organizativo, es obvio que su objetivo es facilitar el trabajo.

FUNCIONALIDADES



AGENDA DE CUIDADOS



AGENDA DE MEDICACION



PETICIONES A OTROS SERVICIOS



PASE DE VISITA

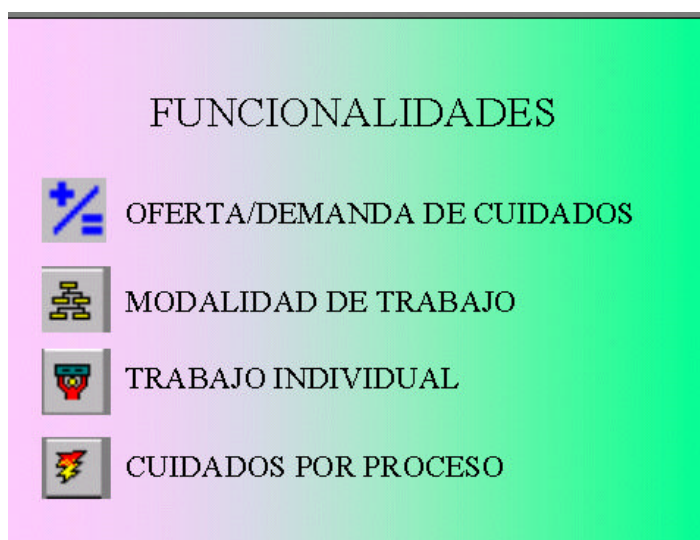


MAPA DE CAMAS

Las que ofertan información de pacientes, sin lugar a duda, el objetivo más relevante que cumple es la mejora de la atención de los pacientes a través de un mejor funcionamiento del equipo asistencial, justo por esta disponibilidad de información.



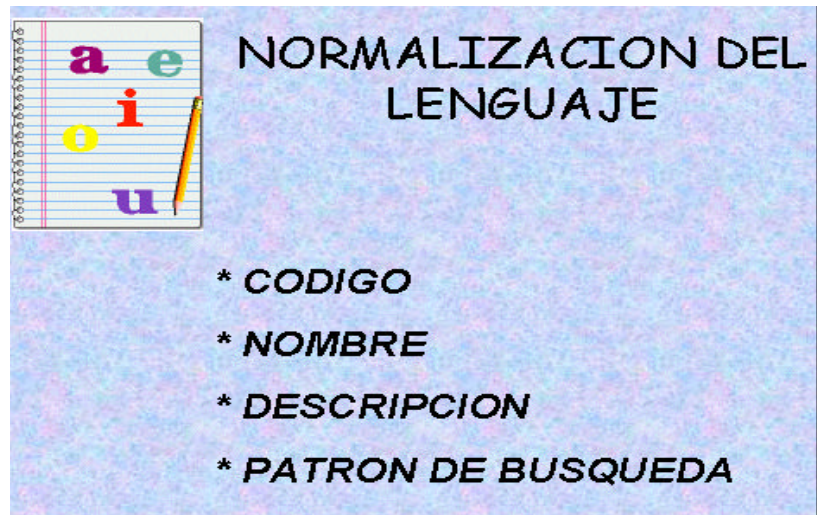
Otras funcionalidades que ofrece GACELA están orientadas a la gestión, al respecto sólo les contaré dos cosas. Una, los informes que proporciona están sustentados en la realidad del quehacer enfermero, dicho de otra manera, la base de información se extrae de las decisiones que toma y ejecuta la enfermera clínica; y dos, la toma de decisiones por parte de los gestores estará avalada por datos objetivos.



Mención aparte merece el lenguaje, la terminología enfermera, por algunas razones básicas, porque la informatización de los cuidados requiere la normalización del lenguaje, y porque el fondo del foro en el que nos encontramos es justo éste, la nomenclatura.

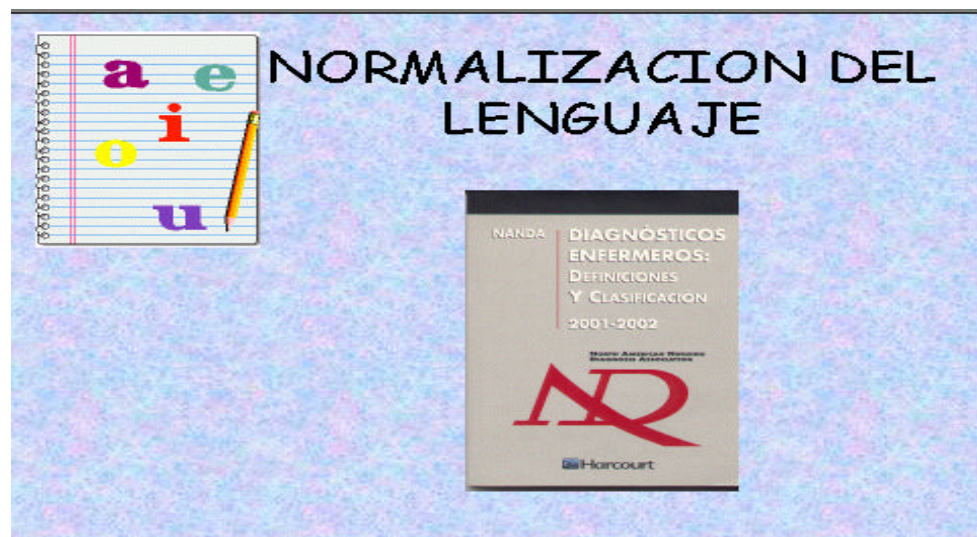
GACELA aparece en el mercado con un continente (estructura informática) y un contenido (Base de datos clínica).

Esa Base de Datos Clínica normalizada, se construye, quiero señalar esto, por primera vez en éste país de forma completa. Quiero decir que **se nombran y se codifican todos los elementos** que intervienen en el proceso cuidador.



Para la valoración de enfermería y su consecuencia lógica la presencia y/o ausencia de diagnósticos de enfermería, se utiliza el referente NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), con tres toques significativos:

- Adecuación del lenguaje al contexto español
- Ampliación de signos, síntomas y factores relacionados validados documentalmente
- Codificación basada en el modelo de cuidados elegido



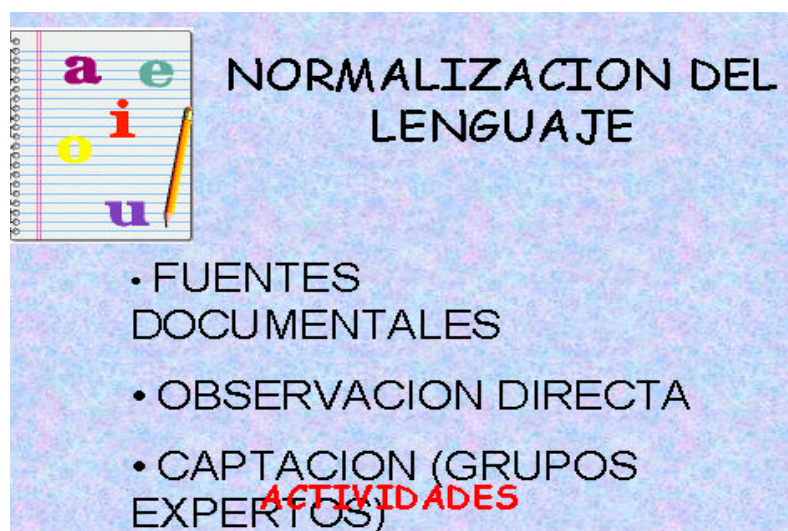
Sobre los **diagnósticos de enfermería** de NANDA diré algo que ustedes ya saben, son los más conocidos y aceptados mundialmente, están en desarrollo continuo y unos están más completos que otros en cuanto a características definitorias y factores relacionados.

Los objetivos de paciente contruidos como criterios de resultado se elaboran en base al modelo cuidador cumpliendo los requisitos técnicos de elaboración (elementos que lo componen) con los atributos de realismo en la consecución y posibilidad de medición, y codificados numéricamente.



Me parece significativo apuntar, que éste indicador es el que refleja en mayor medida el modelo de cuidados utilizado como resultado de paciente.

Las acciones cuidadoras, actividades de enfermería, se construyen inicialmente en base a documentación existente como Manuales de técnicas, Manuales de procedimientos, PRN (), P. Signo (), estudios de tiempos,... ,y a la observación directa durante un tiempo en unidades de hospitalización de un centro sanitario.



El eje de construcción de estas acciones cuidadoras es que sean válidas para la clínica y para la gestión, por tanto, son cosas que se hacen en “UN SOLO ACTO-TIEMPO”, sin discontinuidad.

Cada acción cuidadora lleva aparejado lo que contempla, lo que excluye y la forma de hacerlo.

Cada actividad está nombrada, en general, en infinitivo, con un lenguaje lo más cercano posible al lenguaje de uso habitual, definida en términos descriptivos y codificada acorde al modelo cuidador.

Las complicaciones son incorporadas siguiendo la línea de la Dra. CARPENITO, por entender que ésta bifocalidad de la práctica cuidadora se asemeja bastante a la realidad española.

Se codifican numéricamente y se nombran como lo que son, problemas médicos, con su correspondiente lenguaje aceptado universalmente.



NORMALIZACION DEL LENGUAJE

- C00000 NEUMONIA
- OC0000 OBJETIVO DE ENFERMERIA
- 170000 OBSERVACION

COMPLICACIONES POTENCIALES

Nombramos, codificamos y establecemos poblaciones diana para los planes de cuidados estandarizados, pero esto se corresponde con la forma de acotar y hacer frente a los procesos por parte de cada centro, y además, todos los componentes se nutren de los datos establecidos con anterioridad.

También se nombran y se codifican protocolos (grupos de actividades e indicaciones concretas de actuación). La norma establecida por nuestra parte es incorporarlos en los apartados (9) SEGURIDAD, (16) PRUEBAS, (17) VIGILANCIA Y CONTROL, establecidos para las actividades.

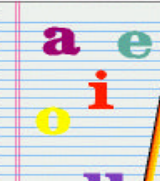


NORMALIZACION DEL LENGUAJE

PC5000 PANCREATITIS AGUDA			PROTOCOLO
Población Diana:			170000 ARTERIOGRAFIA CONTROL
Problemas	Objetivos	Actividades	ACTIVIDADES

NORMALIZACION DE CUIDADOS

En este momento contamos con un amplio banco de datos clínicos.



NORMALIZACION DEL LENGUAJE

2850	Características Definitorias
940	Factores Relacionados
170	Diagnósticos de Enfermería
1050	Criterios de Resultados
200	Complicaciones Potenciales
250	Objetivos de Complicación
1180	Actividades
300	Procedimientos
160	Recomendaciones al Alta
380	Planes de Cuidados Estándar
96	Protocolos

BANCO DE DATOS

GACELA tiene cinco años de vida, y está presente en cuarenta y tres hospitales de todo el país, con mayor o menor fortuna, me explico, existe variabilidad en cuanto al uso, y por tanto existen diferencias de opinión sobre los beneficios que puede aportar de toda índole. En mi opinión sólo cuando se rutiniza el uso y se utiliza al 100 % se obtiene una percepción realista de su alcance.

Los procesos de implantación en los distintos hospitales, realizados de diferentes maneras han sido una experiencia única en cada uno de ellos, y con consecuencias muy variadas, todas ellas positivas, creo yo.

Por sintetizar, agruparé en bloques esos efectos.

Un primer bloque, de tipo general, se puede concretar en:

- Revolución cultural dentro del centro.
- Cambio del papel y lápiz por ratón y teclado
- Enfermería es pionera en un proyecto del centro.
- Se hacen visibles las deficiencias existentes de todo tipo,

Un segundo bloque, específico de enfermería, referido a:

- Aglutinación de todos los quehaceres profesionales extraasistenciales alrededor de GACELA (formación, calidad, normalización, ..., etc.)
- Oportunidad para muchas enfermeras de hacer algo diferente a la asistencia.
- Creación de referentes (personas o grupos)
- Formación reglada y/o autodidacta.
- Dinámica intelectual y de cambio.

Un tercer bloque, tiene que ver con la base de datos clínica:

- Oferta básica de base de datos clínica.
- Adecuación de esa base de datos a la cultura del hospital.
- Ampliación de la base de datos en función de la práctica de enfermería y de la oferta de servicios del centro.
-

Un cuarto bloque, centrado en necesidades (funcionalidades de la aplicación) y dificultades de implantación:

- Reajuste de las funcionalidades existentes.
- Petición de nuevas funcionalidades.
- Conexión con otras aplicaciones.

Algunas premisas marcan la evolución y desarrollo de GACELA en el tiempo:

1) GACELA pretende, y así es hasta ahora, ser una aplicación UNICA y VALIDA para todos, con flexibilidad suficiente para poder adaptarse a cada institución sanitaria.

2) GACELA sale al mercado con un nivel de desarrollo bastante inferior al planteado en su gestación, por lo que se cuenta con el precedente y la dirección de cómo debe evolucionar la aplicación.

En el tiempo hemos tratado de ir conjugando la directriz de evolución con la demanda de los centros, aunque hemos invertido demasiado tiempo, creo yo, en adecuar aspectos de algunas funcionalidades, como gráfica, balance, confirmación de acciones, ..., por razones de forma y de cultura más que por razones de fondo en detrimento de otros desarrollos.

También les diré, que hacer una aplicación informática es algo muy complejo, y que hay aspectos que a los usuarios finales no les llegan, como la **estabilidad** de una

aplicación, la **seguridad** de la misma, en cuanto a cumplimiento de normativas de confidencialidad, ..., en esto también se invierte bastante tiempo.

Un gran equipo de personas (técnicos informáticos) sustentan éste trabajo.

En este momento, además de la permanente mejora de las funcionalidades existentes, los desarrollos en curso son muchos y significativos, ya están estudiados funcionalmente y consensuados, se encuentran en el punto de desarrollo informático. Se corresponden con dos grandes apartados, lo que hemos llamado coloquialmente Registros Especiales y Unidades Sin Ingreso.

Muchas personas (enfermeras) participan en el sustento y evolución de la aplicación, tanto formalmente (organizadas a tal efecto) como informalmente.

El avance, la línea de trabajo ya planteada y prevista para un futuro inmediato se centra entre otros en los siguientes puntos:

- Hacer que la evaluación de resultados de paciente sea una parte importante del trabajo de enfermería, hacerlos visibles como contenido informativo y utilizar la información como retro-alimentación de eficacia de los cuidados.
- Correlacionar de forma visible y directa todos los componentes de un plan de cuidados, tanto en la asignación consecutiva como en la eliminación de alguno de los elementos.
- Avanzar en la valoración de enfermería, haciendo valoraciones específicas para planes de cuidados estandarizados, valoraciones consecutivas,....
- Perfilar la estructura de la base de datos clínica que permita manejar los históricos (Historia de Enfermería) y una actualización efectiva de la Base de Conocimientos.
- Preparar la explotación de datos utilizados clínicamente.
- Desarrollos GACELA para unidades particulares de los centros como UCI, Hemodiálisis,

Para terminar les diré que seguiremos trabajando en la interfaces con otras aplicaciones. Saben que GACELA en la actualidad conecta con Admisión, Dietética y Farmacia. Habrá que seguir trabajando en pro de la integración a medida que vayan surgiendo las necesidades y teniendo en cuenta la disposición de los centros y las empresas.

Por último, trasladarles la conveniencia y el reto de mantener el nexo de unión abierto y permanente para contar con una UNICA Base de Datos Clínica y trabajar juntos en la construcción del LENGUAJE UNIVERSAL DE ENFERMERÍA.

Cuidados de enfermería de las necesidades físicas del enfermo terminal

Maider Ugartemendia y Manuel Solórzano. Diplomados en Enfermería.

LA DIOSA HATOR

Es una escultura perteneciente al período denominado Imperio Nuevo Tebano, de la XVIII dinastía hasta la XX (1567 – 1069 a.C.). En la actualidad se conserva en el museo Oriental de Chicago).

La representación incluye los atributos de Diosa: los cuernos de vaca y, entre ambos el disco lunar, que poseía la característica de influir decisivamente en la concepción femenina, así como en la multiplicación del ganado o en el crecimiento del embrión de los animales ovíparos.

Por todo podemos deducir que esta escultura es la representación de la diosa Hator, considerada como **nodriza de los faraones**.

Hator confundida con Isis, es considerada la nodriza del dios Horus y nodriza divina del faraón, ya que todos los faraones eran Horis encarnado, el Rá de la tierra.

INTERPRETACIÓN ICONOLÓGICA

De esta escultura podemos deducir que, en los orígenes de las representaciones iconográficas de la mujer, los cuidados maternos y la nodriza tenían la dimensión social, mitológica y religiosa más elevada. Así pues, la diosa Hator simbolizaría el origen grandioso y majestuoso de posteriores prácticas, que durante milenios, las mujeres, en sus diferentes contextos socio – culturales y geográficos, vinieron desarrollando, hasta su institucionalización como **nodrizas, enfermeras – matronas y enfermeras de la infancia**.

Por tanto, esta representación puede ser un claro testimonio histórico – iconográfico del **ORIGEN** de los **CUIDADOS de ENFERMERÍA**.

NINFA AMALTEA NUTRIENDO AL JÓVEN JÚPITER

Este relieve de la “Ninfa Amaltea nutriendo al joven Júpiter” es una copia romana de un original griego que se conserva en el museo de Nápoles.

Este relieve mitológico alcanzó su pleno auge durante la República Romana. La expoliación romana del patrimonio griego tuvo lugar entre los años 202y 31 a.C. aproximadamente.

INTERPRETACIÓN ICONOLÓGICA

En este relieve, la ninfa Amaltea alimenta al joven Júpiter, incluyendo aspectos lúdicos representados por el dios Pan (dios griego de la naturaleza), que le distrae con una zampoña de nueve flautas.

Las **ninfas** son ambivalentes, pero uno de los significados que **se les atribuye es el de presidir los nacimientos y la fertilidad**.

La ninfa Amaltea, en este relieve, es representada con los atributos de una **“enfermera”** que cubre las necesidades **biológicas** y **psicológicas** del dios Júpiter, ayudada, en su **práctica cuidadora**, por el dios Pan.

Así la figura femenina es elevada a un rango socio – mitológico superior, como **“cuidadora de dioses”**.

Este relieve helenístico puede ser un testimonio iconográfico valioso para el estudio en profundidad del origen y desarrollo de los **Cuidados de Enfermería**.

Guy de Chauliac fue médico de Clemente V en Aviñón, pero a la muerte de éste pasó a encargarse del hospital del capítulo de San Justo, en León.

Sala de un hospital finimedioeval. Miniatura de una edición renacentista del <<Canon de Avicena>>.

En el siglo IV antes de Cristo no se consideraba ético tratar al enfermo durante su proceso de muerte.

Sala de Hospital Medieval.

A partir de la enseñanza cristiana, se establece la necesidad de ayudar al enfermo moribundo.

Hospital Medieval.

**“ Escucha a los enfermos.....
... ellos te dirán que hacer”**

Cicely Saunders

Aparecen los primeros Hospes – Hospice – Hospicios y por fin los hospitales que hoy en día conocemos.

CUIDADOS PALIATIVOS es el cuidado activo total de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. El control del dolor de otros síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial.

El **Objetivo** de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familiares.

ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

La enfermedad y la muerte son fenómenos naturales relacionados con la vida.

Para **CUIDAR** hay que:

Saber y conocer, por medio de una formación y entrenamiento adecuados y en múltiples facetas.

Querer hacerlo, en base a la voluntariedad y a las cualidades personales.

Tener la oportunidad y los medios necesarios: recursos económicos, materiales y humanos.

Presbyterian Hospital, Nueva York. Harper's Weekly, 16 de noviembre de 1872.
Cortesía de The New York Historical Society, Nueva York.

Las enfermeras como profesionales de primera línea, en estrecho contacto con los pacientes, somos los miembros del equipo de Cuidados Paliativos mejor situados para prestar a aquellos nuestra ayuda.

En Abril de 1992 nace en San Sebastián la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.

Declarada de Utilidad Pública Decreto 140/1996 del 11 de Junio.

Medalla al Mérito Ciudadano Ciudad de San Sebastián 19 de Enero de 2001.

DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL

ENFERMEDAD AVANZADA, PROGRESIVA E INCURABLE

MALA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

PROBLEMAS O SÍNTOMAS MÚLTIPLES

IMPACTO EMOCIONAL EN EL PACIENTE Y EN LA FAMILIA

PRONÓSTICO DE VIDA INFERIOR A 6 MESES

CUIDADOS - FASE TERMINAL

Cuando los enfermos ya no tienen posibilidad de curación, se les puede y **se les debe cuidar**, con objeto de procurarles el mayor confort posible y de ayudarles en el trayecto final de sus vidas.

Síntomas más frecuentes en el paciente terminal

- Dolor
- Úlceras
- Prurito
- Anorexia

- Nauseas y vómitos
- Boca seca - dolorosa
- Disnea – Tos
- Estertores
- Estreñimiento
- Diarrea
- Anuria - Retención
- Incontinencia
- Insomnio
- Ansiedad - Depresión
- Inquietud – Confusión
- Crisis Convulsivas

El objetivo de un equipo multidisciplinar que trata con enfermos en fase terminal, debe ser cubrir sus necesidades básicas, las cuales son múltiples: necesidades físicas, psíquicas, sociales, emocionales, religiosas... Es decir, en estos casos nuestro objetivo no va a ser la curación del paciente, sino que vamos a intentar buscar su mayor confort y **disminuir el sufrimiento**.

Es importante tener también en cuenta, que la enfermera /auxiliar /cuidadora que esté a cargo del paciente, debe estar alerta para detectar lo antes posible sus necesidades.

El elemento fundamental del trabajo diario de enfermería son los cuidados. Cuando los enfermos ya no tienen posibilidad de curación, se les puede y se les debe cuidar, para proporcionarles el mayor confort posible y ayudarles en el trayecto final de sus vidas.

Hay que tener también en cuenta que la familia es la parte más importante y cercana al paciente, que atiende al enfermo y que para ello precisa de información y aprendizaje.

Los cuidados paliativos y el fuerte desarrollo e impulso de los hospices modernos (donde se cuidaba a los pacientes moribundos), se deben al trabajo de Cicely Saunders en la década de los 60. Cicely revolucionó el abordaje del control del dolor y otros síntomas molestos en los moribundos, resaltando el derecho que tiene todo enfermo a una muerte digna y tranquila.

A pesar de encontrarse en la última etapa de sus vidas, los pacientes necesitan encontrar alguna esperanza de que todo no está perdido, de que pueden morir sin dolor, acompañados y comprendidos.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Vía oral, subcutánea, intramuscular y endovenosa.

Las formas farmacéuticas más adecuadas para administración por Sonda nasogástrica son las formas líquidas orales: jarabes, gotas, suspensiones, ampollas bebibles.

No administrar fármacos y alimentación enteral juntos.

Lavar la sonda antes y después de la medicación.

Si hay que administrar varios fármacos, hacerlo por separado, dejando un intervalo de tiempo y entre ellos un lavado de SNG.

Los comprimidos se deben triturar hasta obtener un polvo fino.

Cápsulas se saca el contenido pinchando.

No obstruir la SNG.

NO PUEDEN ADMINISTRARSE POR Sonda NASOGÁSTRICA

las formulaciones retardadas que liberan el principio activo lentamente.

Las formulaciones de liberación entérica, salvo que se presenten como microgránulos.

Grageas

Comprimidos sublinguales.

Cápsulas de gelatina blanda: depende del principio activo.

(Hospital de Amara. Servicio de Farmacia. **Iñigo Aguirre**).

SONDA NASOGÁSTRICA

El SNG es una técnica NO estéril. Se suelen emplear sondas del 12 al 18. Es preciso al colocar la sonda poner vaselina para que entre mejor. Hay que explicar al paciente la técnica que vamos a emplear, decirle que es incómoda, y que va a pasar un rato malo. Explicarle para que sirve y su manejo.

El paciente estará en posición de Fowler o sentada con el cuello hiperextendido. La medición se realiza desde el lóbulo de la oreja hasta la punta de la nariz y desde la nariz hasta el final de la apófisis xifoides. Cuando creamos que está bien puesta la fijaremos y pondremos el fonendoscopia sobre el estómago del paciente y le meteremos por la sonda 20 ml de aire. Oírás el aire como entra en el estómago.

Para darle de comer al paciente siempre estará sentado o semisentado, permaneciendo después de la comida entre media hora y una hora en esta posición.

La dieta será triturada, semilíquida o líquida. Siempre se tenderá a que sea equilibrada según la fase en que se encuentre el paciente.

Siempre después de las comidas se limpiará la sonda con 50 ml de agua.

Nosotros en este tema, vamos a tratar de los cuidados físicos de enfermería más imprescindibles, que sin ellos no vamos a poder lograr el máximo confort de la persona.

- Cuidados de la boca.

- Cuidados de la piel: upp y úlceras tumorales.
- Estreñimiento.
- Alimentación/nutrición.
- Dolor.
- Cuidados en la agonía.
- Cuidados generales de confort: higiene, actividad física, reposo/sueño, ocupación del tiempo libre.

1.- Cuidados de la boca.

Es importante mantener la mucosa y los labios hidratados limpios y suaves para que la alimentación sea agradable, ya que normalmente los pacientes terminales carecen de apetito. También es importante eliminar la placa bacteriana y restos de alimentos para evitar la halitosis y aumentar así su autoestima. La boca se examinará a diario para poder detectar así posibles alteraciones y/o lesiones.

Según el último estudio realizado por el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de España, la **ansiedad** y el **estrés** son los nuevos factores que perjudican la higiene bucodental. (Tan sólo un 60 % de españoles mantiene un hábito correcto de la higiene bucal, por eso precisarán tratamientos más especializados. Diario Médico 17 de Abril de 2001).

- **BOCA DOLOROSA**- Suelen producirse frecuentemente por infecciones. Estas a su vez suelen estar producidas por el uso de dentaduras postizas, menor producción de saliva, alteraciones de la mucosa por radioterapia o quimioterapia, e higiene oral deficiente.
Infecciones por hongos: la candidiasis oral es la más común. Aparece hasta en un 90 % de los pacientes, siendo la infección micótica más frecuente en enfermos con neoplasias.
Infecciones bacterianas: Se manifiestan por pequeñas hemorragias, dolor localizado peridontal y fiebre.
Infecciones víricas: la afectación por herpes simple es la más común, siendo otras causas el citomegalovirus y el virus varicela zoster. Pueden existir vesículas.
Otras causas: Úlceras neutropénicas: aparecen cuando el recuento de neutrófilos desciende por debajo de 100.
Estomatitis inducida por fármacos: se asocia al empleo de quimioterápicos. En ocasiones se sobreinfecta por *Candida* y puede haber sangrado local.
- **BOCA SECA**.- Se presenta entre el 40 y el 100 % de los pacientes. Se manifiesta por sensación bucal quemante, ulceraciones, dolor, fisuras labiales angulares, lengua roja y suave, molestias al tragar y hablar, pérdida del sabor y anorexia. Las prótesis dentales son más difíciles de llevar, lo que hace más problemática la masticación y reduce la ingesta de comida.
Las causas son múltiples: cirugía local, radioterapia, fármacos (la mayoría de los utilizados en cuidados paliativos como son: opiáceos, antidepresivos tricíclicos, neurolépticos, benzodiazepinas, antihistamínicos, hioscina y escopolamina), erosiones en la mucosa oral, vómitos, diarreas, deshidratación, diabetes, uremia, depresión, ansiedad, etc.

Esta conmemoración fue dedicada a las **enfermeras** que murieron entre 1914 y 1918 durante la I Guerra Mundial. David Evans, “**Dejadnos recordar ahora a muchas mujeres honorables**”. Catedral de Liverpool, Liverpool.

2.- Cuidados de la piel.

El creciente reconocimiento del **papel profesional de la enfermera** condujo a la utilización de las enfermeras en los anuncios publicitarios. Maurice Cliot, Aspirina fábricas de Rhone, 1910 Póster. Philadelphia Museum of Art, Pennsylvania. Donación de Wilian H. Helfand.

En este caso, nuestros principales objetivos van a ser mantener la piel bien hidratada, prevenir las úlceras por presión y proporcionar al paciente el máximo confort posible.

- Higiene e hidratación diaria de la piel: es indispensable para mantener el cuerpo limpio y libre de olores no placenteros (sudoración excesiva provocada por determinados fármacos, incontinencia...), aumentando así la autoestima del paciente. Es también uno de los momentos del día más propicio para hablar con el paciente sobre sus preocupaciones, necesidades...

Al realizar esta actividad, la enfermera/auxiliar/cuidadora va a poder valorar la condición física del paciente, si hay cambios en la movilidad, alteraciones en la piel (sequedad, micosis, úlceras por presión...).

Se recomienda el uso de jabones de pH neutro, aclarando y secando muy bien (sobretudo pliegues, espacios interdigitales) mediante toallas suaves.

Se evitará el uso de colonias y/o alcohol, ya que resecan la piel.

Tras la higiene se utilizarán cremas hidratantes, aceite de almendras.

CUIDADOS de las úlceras, vemos a San Sebastián atendido por las Santas Mujeres. 1638 Georges de la Tour. Tela Detroit Institute of arts, Adquisición de La Sociedad de Fundadores (fondo Ralph Harman Booth).

Localización más frecuente de las úlceras.

- Prevención de las úlceras por presión: son aquellas úlceras que se desarrollarán **como consecuencia de una presión mantenida sobre la piel**, produciéndose una isquemia o falta de vascularización del tejido. El mejor tratamiento de estas úlceras va a ser la **prevención**. Para ello, se protegerán las zonas con mayor riesgo de padecerlas (talones, sacro, glúteos, codos, omóplatos, caderas, etc.). Se realizarán cambios posturales cada 2 horas mediante la correcta colocación de almohadas, protectores... y a ser posible, se recomienda la utilización de un colchón antiescaras.

Si la ropa de la cama ejerce una presión excesiva sobre los dedos de los pies, se utilizarán arcos especiales para evitar el contacto directo de las sábanas sobre la piel. Es importante también que las sábanas de la cama no estén arrugadas, que estén limpias y secas para prevenir las úlceras por presión.

En muchas ocasiones, es inevitable la aparición de estas úlceras y es entonces cuando vamos a tener que tratarlas, dependiendo del estadio en el que se encuentran. Para ello, se van a diferenciar los pacientes que tienen un buen pronóstico y deterioro lento y los pacientes que tienen un mal pronóstico y deterioro rápido, para poder actuar de manera distinta en cada uno de los casos. El objetivo principal del tratamiento no va a ser la curación de la úlcera, sino buscar, en todo momento, el mayor bienestar físico - psíquico del paciente.

Estadio I.- Eritema que no palidece. Piel íntegra. Enrojecimiento.

Estadio II.- Epidermis / dermis afectadas. Se presenta como ampolla o cráter superficial.

Estadio III.- Tejido subcutáneo afectado, con pérdida del grosor de la piel.

Estadio IV.- Pérdida total del grosor de la piel. Capa negruzca “escara”.

- Úlceras malignas: son fisuras en la piel producidas por la infiltración cancerosa. El objetivo principal del tratamiento será evitar el mal olor, el dolor, las hemorragias, infecciones... que pueden darse en estos casos, y si el pronóstico de vida es corto se procurará que el paciente tenga el mayor bienestar posible.

La gravedad del enfermo y su pronóstico nos indicarán el tipo de cura, tratamiento y frecuencia.

3.- Correcta posición del paciente.

Una posición adecuada del paciente en sillones, cama... mediante la colocación de almohadas, evitará dolores y deformidades que se pueden producir por un encamamiento prolongado.

En casos de parálisis con caída del pie, se recomienda el uso de férulas especiales para mantener los pies en posición normal.

4.- Debilidad o parálisis severa.

A pesar de ser muy difíciles de mejorar, si mantenemos una buena comunicación con el paciente, junto con apoyo emocional y estímulo adecuado para que se adapte a ellas, son más llevaderas.

Si el paciente es capaz de moverse, se le recomendará que pasee con apoyo para mantener el tono muscular y la circulación. De lo contrario, se realizarán movimientos pasivos para evitar la rigidez articular, espasmos musculares y contracturas dolorosas.

5.- Disnea.

Síntoma muy molesto tanto para el paciente, como para los familiares. Se procurará poner al paciente lo más elevado posible en la cama o si es posible sentado en una silla, lo cual permitirá una mayor expansión de los pulmones.

Si no cediera la disnea de esta manera, se tratará mediante fármacos (corticoides, oxigenoterapia...) por prescripción médica.

6.- Dolor.

Es uno de los síntomas más comunes en los enfermos terminales y determina en gran medida su calidad de vida y el bienestar.

Es muy importante el manejo del dolor desde el punto de vista farmacológico y no farmacológico (masajes, técnicas de relajación...). Pero previamente tendremos que hacer una valoración del dolor: localización, intensidad, tipo de dolor, duración, inicio, factores que modifican el dolor...

La eficacia del tratamiento farmacológico, no va a depender sólo de su acción bioquímica, sino también de la relación personal, del calor humano del médico que lo prescribe y de quien lo administra.

Otro papel fundamental de la enfermera/cuidadora va a ser controlar si los fármacos prescritos son tomados correctamente o no. Además, al ser una de las personas que mas tiempo pasa con el paciente, puede hablar sobre sus problemas, preocupaciones y reducir así su ansiedad.

Las técnicas de relajación pueden producir también muchos beneficios ante el dolor, reduciendo el consumo de analgésicos.

No usar placebos.

7.- Estados confusionales.

La Cruz de Francia. 1914 Romaine Brooks, La France Croisée. 118,1 x 86,4 cm. National Museum of American Art, Smithsonian Institution, Washington D.C.. Donación del artista.

Aparece en el 50% de los pacientes terminales, bien de manera aguda o crónica.

Cuando el estado confusional es agudo, tiene una causa reversible (dolor, insuficiencia respiratoria...).

Sin embargo, cuando es crónico puede deberse a una disminución de las funciones cerebrales como consecuencia del daño del tejido nervioso (tumores, demencias...). En estos casos, nos encontramos ante un paciente lábil, apático y con una importante pérdida de la memoria a corto plazo. Se recomienda informar continuamente a la persona de qué día es, dónde está...

8.- Anorexia.

- Nos vamos a encontrar con pacientes que no van a querer comer, por no tener ganas o por pensar que de esta manera acortan sus vidas.

En estos casos, es recomendable dejarle al paciente que coma cuando quiera y lo que le apetezca, y no forzarle nunca.

Se recomendará a los familiares que compren ropas más apropiadas a su nuevo estado.

- Sin embargo, otros pacientes quieren recuperar su apetito y peso. En estos casos, es importante que el paciente pueda elegir entre una amplia variedad de comida lo que le apetezca, y que a su vez sea lo más atractiva y apetitosa posible.

9.- Dificultades en la ingesta.

Cuando se presentan estos problemas se deben normalmente a la situación terminal del paciente y no la falta de ingesta es la causa de la situación terminal. Por lo tanto, no vamos a forzarle a que coma.

- Se servirán las comidas con el aspecto más agradable posible.
- No se llenarán los platos; se utilizarán platos pequeños.
- Dejar a los familiares que les traigan comidas que más les apetezcan.
- Si a pesar de todos los esfuerzos no conseguimos que el paciente coma algo, se le administrarán líquidos a pequeños sorbos. Si tiene problemas de atragantamiento se le añadirán espesantes.
- Se evitará la colocación de sondas nasogástricas y/o sueros, para no alargar más la agonía y el sufrimiento de la persona, pero puede darse el caso que la familia y/o el residente lo deseen. Estas técnicas pueden llegar a ser molestas, dolorosas, provocar ansiedad...

10.- Estreñimiento.

Hay un conjunto de factores que van a favorecer su aparición en los pacientes terminales: disminución en la ingesta de líquidos y sólidos, determinados fármacos como la morfina y los antidepresivos, la inmovilidad...

El estreñimiento puede provocar pérdida de apetito, náuseas, vómitos, inquietud...

Para evitar el estreñimiento, va a ser fundamental el aporte de líquidos y fibra (frutas y verduras en trozos o en puré), si el paciente puede. En muchas ocasiones, se requiere el uso adicional de laxantes prescritos por el médico; pero hasta que estos empiecen a hacer efecto, se pueden administrar supositorios de glicerina, Micralax e incluso enemas si el paciente se encuentra muy molesto.

También es importante acompañar al paciente al WC, lo más rápido posible desde que llama y si es posible se evitará la colocación de cuñas en la cama y/o decirle que lo haga en el pañal.

Va a ser necesario un registro diario para un mejor control del paciente.

Si procuramos evitar el estreñimiento, vamos a evitar a su vez la aparición de fecalomas (impactación fecal). Para su extracción, puede ser necesaria la administración de enemas de limpieza, pero si no son efectivos se realizará la extracción manualmente, lo cual es muy doloroso y molesto para el paciente.

Facilitar que esté en su intimidad.

DIARREA

Puede ser producido por una obstrucción intestinal, tratamiento farmacológico, fecaloma, infecciones, exceso de laxantes y por el proceso tumoral.

Hay que prevenir la deshidratación y el deterioro de la integridad cutánea.

Hay que identificar los signos y síntomas de la probable obstrucción. Descartar el fecaloma. Valorar la toma correcta de laxantes. Introducir en la ingesta de dieta y líquidos astringentes, si el estado del paciente lo permite.

Higiene: mantener la piel limpia y seca y cambiar los pañales con la frecuencia que se precise.

INCONTINENCIA URINARIA Y RETENCIÓN URINARIA

Aunque no es lo mismo, los dos requieren normalmente sondaje vesical.

Sondaje vesical

Colocar al paciente en decúbito. En caso de que sea mujer flexionar y separar las piernas.

Limpieza de genitales.

Desinfectar la uretra en hombre y mujer con povidona yodada.

Es una Técnica estéril.

Guantes estériles.

Lubricar la sonda vesical.

Introducir la sonda vesical.

Inflar el globo de la sonda con aproximadamente 10 ml. de agua estéril y conectar a la bolsa de orina.

Retirar la sonda hasta que haga tope.

En caso del varón, recubrir el glande con el prepucio.

Suspender la bolsa de orina con su soporte.

No tirar nunca de ella, ni soltarla, ni dejar que se llene mucho, para que no tire. Si se puede, tener cuidado al fijar la sonda a la piel para no producir una úlcera.

Cuanto menos se desconecte, mejor para evitar infecciones.

Es preferible utilizar bolsas abiertas por debajo, para vaciar.

11.- Familia.

Es la parte más importante y cercana al paciente, atiende al enfermo y precisa de información y aprendizaje.

La familia requiera de los profesionales el mayor apoyo psico-emocional. Tienen que estar muy bien informados de en qué fase nos encontramos de la enfermedad.

Se tienen que **adaptar a una nueva situación**, olvidar los horarios rígidos, excepto para tomar la medicación y ser flexibles en algunos aspectos, como

movilización (le puede producir dolor), respetar el sueño, no ser tajante con los cambios posturales, las rutinas del aseo o de las comidas.

Hay familias que ante la inmediatez de la muerte, presentan una actitud de derrota y con un <<para qué, si se está muriendo>>.

A la familia se le deberá capacitar para las nuevas situaciones.

Los cuidados familiares hacen posible que los enfermos terminales permanezcan en el domicilio y mueran en el mismo. Sin embargo estos cuidados tienen un coste muy elevado para los familiares y los que asumen el papel del cuidador, físicos, psíquicos y sociales, englobado en el “**Síndrome del Cuidador**”.

12.- Fiebre.

Presentan temperaturas altas y escalofríos.

Ofrecer líquidos frescos.

Impedir la pérdida de calor mediante las ropas de vestir y cama

13.- Reposo y sueño.

El cansancio puede estar ocasionado por el estado terminal de su enfermedad, por los tratamientos, alteración de hábitos, dolor, depresión, ansiedad, etc.

Cambios ambientales: horas de acostarse y levantarse, entorno ruidoso ó desconocido, temperatura ambiental

14.- Cuidados en la agonía.

La agonía es el estado previo a la muerte, donde la vida se extingue poco a poco. Es muy importante en esta fase, que tanto el paciente como la familia no tengan sensación de abandono. Es decir, tenemos que prestar el apoyo y asistencia necesarios para que el paciente pueda morir con la mayor dignidad posible, apoyando en todo momento a la familia.

El personal encargado de estos cuidados, no debemos huir de la muerte. Es muy importante permanecer al lado del paciente hasta su muerte, hablar con él y su familia para que puedan expresar sus miedos, dudas, preocupaciones, sentimientos...

Dar la mano al paciente, estar rodeado de la familia.

15.- Duelo.

La pequeña Enfermera del abuelo. James Hayllar. The Bridgeman Art Library Ltd/Galerie George, Londres.

Es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto, o evento significativo. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida.

Duelo anticipado: Es el duelo expresado con anterioridad a la pérdida que se percibe como inevitable y concluye con la pérdida. También se puede dar en los profesionales sanitarios con los pacientes considerados en trance de muerte.

Duelo retardado: Se manifiesta en aquellas personas que parecen tener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento.

Duelo crónico: El superviviente es absorbido por constantes recuerdos y es incapaz de reinsertarse en la sociedad.

Duelo patológico: La persona se ve superada por la gravedad de la pérdida y los equilibrios físicos y psíquicos se rompen.

16.- Comunicación.

Ilustración para la Cruz Roja Americana. James Montgomery Flagg. I Guerra Mundial, Acuarela cortesía de Walter Reed.

Es el intercambio y expresión de información, sentimientos, pensamientos ó ideas entre dos ó mas personas.

Disponer de un entorno agradable y tranquilo. Proporcionar intimidad.

Respetar los deseos de soledad o compañía.

Facilitar y aconsejar la presencia de familiares y amigos.

17.- Equipo Multidisciplinar.

- **Médic@s y Farmacéutic@s**
- **Enfermer@s**
- **Trabajadores sociales**
- **Auxiliares - Cuidadores**
- **Voluntari@s**
- **Religios@s**
- **Psicólog@s**

TAREAS HABITUALES DE UN VOLUNTARIO O UN CUIDADOR

Ayuda en las actividades de la casa (cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.).

Ayuda para el transporte fuera del domicilio (acompañarle al médico)

Ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio.

Ayuda para la higiene personal (peinarse, bañarse, etc.).
Ayuda para la administración del dinero y los bienes.
Supervisión en la toma de medicamentos.

Ayuda en los cuidados de enfermería.
Llamar por teléfono o visitar regularmente a la persona que se cuida.
Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo, cuando se comporta de forma agitada).
Ayuda para comunicarse con los demás cuando existen dificultades para expresarse.
Hacer por su familiar pequeñas tareas de la vida cotidiana (por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercarle la radio...).

¿QUÉ SE APRENDE AL CUIDAR A LOS ENFERMOS TERMINALES?

A descubrirlos.
A superar nuestros prejuicios y temores.
A escucharles, no sólo oírles.
A darles la información que solicitan sin mentirles.
A estrecharle la mano hasta el final.
A permanecer serenos frente a su sufrimiento y muerte.
A ayudar a su familia y amigos a estar junto a él.
A reflexionar y pensar en los que nos resultaron difíciles de soportar y cuya muerte nos causó alivio.

1.- ¿Qué es Cuidar?

2.- El cuidar supone ofrecer nuestros conocimientos y habilidades, supone establecer una relación de colaboración y confianza, entre la enfermera/o y el enfermo/a.

3.- Es importante recalcar y recordar que el cuidado - el cuidar, no puede ser un acto frío, aséptico e impersonal. El cuidar es un acto de relación con otra persona, es un acto sensible, es un acto en el que se necesita calor, tacto, flexibilidad, respeto, ternura y autenticidad.

4.- La Enfermería se basa en las relaciones humanas.

La Enfermería acompaña.

Acompañar, es dar la mano al enfermo y caminar juntos hasta el umbral de la puerta que sólo él puede traspasar.

5.- Acompañar, es ayudar al enfermo a hacer asumible lo inasumible, no es una técnica, no son miligramos, son actividades y cualidades humanas que se ofrecen al enfermo.

6.- NO OS PEDIMOS QUE NOS CUREIS, SIMPLEMENTE OS PEDIMOS QUE NO NOS ABANDONEIS.

¿Qué os parece? Se puede aportar algún dato más, a esta reflexión.

BIBLIOGRAFIA

1. W. Astudillo, C. Mendinueta. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Ediciones Universidad de Navarra. 1995; 127-130.
2. López Martínez R., Nestrál Gaztelumendi M., Rexach Cano L., Pérez de Lucas N., Gómez Navarro R. Cuidados paliativos en atención primaria. Edición de D.A.E. para PARADIGMA 2000; 164.
3. W. Astudillo, C. Mendinueta. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Ediciones Universidad de Navarra. 1995; 127-130.
4. W. Astudillo, C. Mendinueta. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Ediciones Universidad de Navarra. 1995; 127-130.
5. Departament of Health and Human services. Manejo de la colonización e infección bacteriana en tratamiento de las úlceras por presión. Editorial Drug Farma S.L. 1996; 23:59-65.
6. López Martínez R., Nestrál Gaztelumendi M., Rexach Cano L., Pérez de Lucas N., Gómez Navarro R. Cuidados paliativos en atención primaria. Edición de D.A.E. para PARADIGMA 2000; 165.
7. Eulalia López Imedio. Formación continuada. Monográficos de Enfermería. Cuidados Paliativos. Marzo-Abril 1996. Nº 2.
8. Amparo Peiró Andrés. Presidenta de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Duelo. 2000.
9. La Medicina Paliativa, una necesidad sociosanitaria. Unidad de Medicina Paliativa. Hospital de San Juan de Dios. Santurce (Vizcaya). 1999.
10. Asociación Española de Socorros Mutuos. Cicely Saunders. En el Valle de la muerte. 1996.
11. Breve reseña histórica de los Cuidados Paliativos. Internet. 2000.
12. Historia de los Cuidados Paliativos. Internet 2000.
13. Hemeroteca El Mundo.com. Año 2000.
14. XIX Congreso de la AEEC. Aspectos éticos en Enfermería. 1999.
15. Marcos Gómez Sancho. Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria. 1999.
16. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la SEMFYC. 1998

La base para la calidad de los registros de enfermería

Margareta Ehnfors

RN, PhD, Docent, Associate Professor

Dept. of Caring Sciences, Örebro University,
Sweden

Algunas cuestiones básicas:

- Qué información es importante para el cuidado de los pacientes?
- Cómo puede reutilizarse esa información?
- Cómo construimos el conocimiento en enfermería?
- Se requiere de otro tipo de información como:
 - El contenido
 - La Efectividad
 - Lo costes
- No es fácil recuperar manualmente este tipo de datos:
 - No es “costo-efectivo”
 - No es fácilmente accesible
 - En ocasiones no existe

Importancia del adecuado manejo de la información:

- Disponibilidad
- Influencia de los pacientes
- Basado en la evidencia
 - Guías clínicas
- Estandarizado
 - Lenguaje: Diagnósticos e intervenciones
 - Instrumentos: para la valoración
 - “Conjunto mínimo de datos”
- Informatizado
- Se puede evaluar el proceso
- Buena práctica profesional

Estandarización: diferentes propósitos: Clínico: Investigación:

- Para la toma de decisiones se necesita un buen registro de datos
- Los datos deben ser comparables y comprensibles
- Se deben usar términos unificados y consensuados

Los registros informatizados son fundamentales

¡Las notas de enfermería en la historia clínica son fundamentales!

Modelo Sueco para la documentación de Enfermería

El modelo VIPS

Investigadores principales:

Margareta Ehnfors, Anna Ehrenberg, Ingrid Thorell Ekstrand

Colaboradores:

Estudiantes de tercer ciclo, Clínicos, Docentes, Estudiantes

- El modelo VIPS se desarrolló en los años 80.
- Situación en Suecia en 1985:
 - No existían sistemas de clasificación
 - Escasa experiencia en Diagnósticos de Enfermería
 - Registros de Enfermería obligatorios por ley desde 1986,
- En el acta sobre registros clínicos se menciona la necesidad de un modelo orientado a problemas
- Ventajas:
 - Puede facilitar la aplicación del conocimiento en la práctica,
 - Puede facilitar la docencia y la investigación.
- Ventajas subjetivas:
 - Cambiar nuestra forma de pensar
 - Mejorar la verbalización
 - Facilitar datos para la comunicación (Meleis 1985)

Desarrollo del VIPS:

- Clarifica y facilita el pensamiento sistemático y los registros
- Conceptualiza elementos esenciales de los cuidados de enfermería

- Permite describir la práctica enfermera.
- Desarrollado sobre la base del proceso de enfermería

Un modelo de sistema en cuidados?

- Un modelo de cuestiones/ventajas fundamentales
 - La base de los cuidados (PrimDok 2001)
 - Usado en un CEN (Ed. Ehnfors 2001).

Fases del desarrollo

Método sistemático, inductivo y descriptivo:

- Revisión sistemática de la literatura, centrada en hallazgos empíricos – "conocimiento publicado"-
- Revisión de los registros de enfermería
- Prueba en la práctica clínica por enfermeras y estudiantes
- Evaluación por un grupo de expertos
- Depuración
- Evaluación de la precisión semántica

Revisiones (1996, 1999)

- Cuestionarios a enfermeras
 - Asistentes a tres congresos nacionales sobre documentación (514 respuestas)
- Comentarios de expertos (n=20)
- Entrevistas telefónicas
 - Profesores de escuelas de Enfermería en Suecia (n=36)
- Revisión de la literatura
 - Revistas científicas y otros informes sobre el modelo VIPS

Validez: 1) En el desarrollo del modelo VIPS

- Revisiones sistemáticas durante el desarrollo
- Validación en la práctica clínica
- Concordancia con otras investigaciones
 - (Brinberg y McGrath 1985)

Validez: 2) Para utilizado de modelo

- Utilizado en:
 - Ictus
 - Diabetes
 - Transplantes
 - Demencia
 - Geriatria
 - Pediatría
 - Atención primaria
 - Ginecología
 - Cirugía
 - Psiquiatría
 - Estudio Delphi Nacional >200 groups
- Usado como base para:
 - Libros de texto (Ej. Cuidados oncológicos en pediatría)
 - Evaluación de calidad
 - Planes de estudios
- Usado en escuelas de Enfermería
 - 1º, 2º y 3er ciclo

VIPS

Basado en 4 conceptos o valores fundamentales para la Enfermería

Bienestar

Integridad

Prevención

Seguridad

- Bienestar

- Sinónimo de comfort y salud
- Un objetivo holístico que tiene en cuenta a la persona en su conjunto. (Kolcaba 1994)
- Integridad
 - Un estado de integridad como persona
 - Respeto al paciente como persona
 - Sensible a las diferencias individuales
 - Da respuesta al sentimiento de vulnerabilidad de las personas (Andersson 1994)
- Prevención
 - De enfermedades o discapacidades. Parte esencial de la Enfermería
 - Englobando a individuo, familia y comunidad
 - Prevención primaria, secundaria y terciaria
 - (OMS 1986).
- Seguridad

Practica, aspectos técnicos como la prevención de accidentes

Aspectos intangibles,

Sentimientos de confianza y seguridad de los pacientes

● El modelo VIPS tiene conceptos claves en dos niveles, subdivididos en tres áreas

Historia de Enfermería

- Información (paciente o familiares) del motivo del ingreso
- Expectativas sobre los cuidados.
- Salud y condiciones de vida previas como base para la evaluación continua y la

planificación de los cuidados

Ejemplo:

Historia de salud y cuidados

Descripción general de la situación de salud previa.

Problemas genéticos o hereditarios.

Enfermedades o discapacidades.

Autocuidado.

Alcohol, drogas, tabaquismo.

Cuidados previos.

Experiencia de atenciones anteriores.

Informes de alta.

Diagnóstico médico actual.

Valoración

- Situación de salud del paciente y condiciones que determinen los cuidados
-
- Valoración del paciente y la familia en las siguientes áreas::
 - *Funcional*: Recursos conservados-limitados. Riesgos.
 - *Discomfort*: Físico, psicosocial.
 - *Factores*: Ambientales, recursos-demanda (internos-externos) (positivos-negativos), expectativas, valores
 - *Ayudas/soporte*: Farmacológico, técnico, Psicosocial

Ejemplo:

Comunicación

Situación.

Capacidad de expresarse y comprender.

Capacidad para expresar sus necesidades.

Problemas para la comunicación,

e. g. sordera, dificultades del habla.

Lenguaje, e g. afasia.

Idioma no nativo.

Nivel de conciencia, desorientación.

Capacidad de concentración.

Autocuidado y ayudas usadas por el paciente,

e.g. audífonos, interpretes, notas recordatorias.

Diagnóstico de Enfermería

- VIPS no facilita Diagnósticos, sino que remite a:

- NANDA u otras clasificaciones

- Términos estandarizados o texto libre

- Se centra en: problemas – riesgos - recursos

Objetivos – Resultados esperados

Expresados de forma “medible”.

Expectativas y prioridades consensuadas con el paciente o su familia.

Relacionados con:

- Capacidad funcional y estado de salud
- Manejo de la enfermedad o el problema
- Manejo del estilo de vida y el autocuidado
- Satisfacción y bienestar del paciente

Intervenciones

..... El objeto de las intervenciones es:

- Promover la salud y prevenir la enfermedad
- Mantener la salud y el bienestar
- Facilitar una muerte digna.
- Se consiguen de diversas formas
 - i.e. facilitando, limitando, protegiendo, motivando, ayudando.....

Intervenciones de Enfermería

- Participación
- Información/Educación
- Soporte
- Ambiente
- Cuidados básicos
- Cuidados especiales*
- Entrenamiento
- Observación/Vigilancia

- Cuidados especiales

Cuidado de heridas

- Admon. de fármacos
- Coordinación

Planificación coordinada de los cuidados

Planificación al alta

Ejemplo:

Participación

- Promover participación, comunicación e interacción.
- Actitudes y acciones para promover la integridad del paciente.
- Adecuación a las necesidades y expectativas del paciente.
- Establecer acuerdos con el paciente.
- Promover la participación en la promoción de la salud y la prevención.
- Participación en el proceso de los cuidados.
- Decisiones sobre el mantenimiento o retirada de los tratamientos.

Resultados

- Evaluación de los resultados desde una perspectiva enfermera
- Signos de cambios, estabilidad u objetivos conseguidos, a corto y largo plazo, centrados en:

- Capacidad funcional y estado de salud
 - Manejo de la enfermedad o los problemas
 - Manejo del estilo de vida y el autocuidado
 - Satisfacción y bienestar del paciente
 - Continuidad durante los cuidados y al alta,
 - Relacionados con los diagnósticos de enfermería, los objetivos y las intervenciones.
- Informe de traslado

- Intercambio de información durante los cuidados

- Información sobre las necesidades básicas, problemas, y diagnósticos, sobre todo relacionados con problemas de comunicación
- Necesidad actual de intervenciones, plan de cuidados actualizado

- Personas de contacto, teléfonos, etc

Informe de Enfermería al alta

- Informe de enfermería con:

- Resumen de los cuidados y la evolución del paciente
- Situación del paciente y diagnósticos de enfermería
- Capacidad de comunicación al alta
- Necesidad de futuras intervenciones
- Información facilitada antes del alta
- Copia del informe de alta

- Repercusiones del uso de VIPS

- Más registros de enfermería focus
- Más razonamiento enfermero focus

- Usado para revisar registros en muchos estudios

- Fiabilidad inter-observacional:

Alta concordancia y fiabilidad Kappa

Publicaciones/Traducciones de VIPS

- Artículos originales 1991, 1996 et mas..
- 3 Tesis doctorales + otras en preparación
- Publicaciones en Suecia:
 - Libros, Dossiers (Sueco, Inglés, Danés)
 - Software, Artículos
- Traducciones
- Existentes:
 - Sueco, Inglés, Finlandés, Danés, Noruego, Letón, Estonio, Alemán.
- En preparación:
 - Español, Ruso

Estudios: "Entrecruzamiento"

Comparación con el CIPE

Clasificación Interacional de la Práctica Enfermera CIPE (ICNP)

www.ICN.ch/icnp

- Estructura muy diferente!
 - VIPS =Ejemplos y categorías de alto nivel
 - CIPE =Conceptos en varios niveles

CIPE

VIPS

Resultado de la comparación problemas del paciente de VIPS modelo (n=400)
con las problemas-diagnosticas de Enf. de CIPE

Comparación de las Intervenciones de Enfermería del VIPS (n=210) con las acciones
de CIPE alpha

VIPS

CIPE

Comparación de las acciones
de Enfermería del CIPE beta (n=171) con
las Intervenciones de Enfermería del VIPS

RESULTADO de la comparación

- El modelo VIPS podría cubrir la mayoría de los términos/Conceptos del CIPE en los diferentes ejes
- En el CIPE se pierden muchos términos importantes
- Se pierden otras partes importantes como:
 - Experiencia de los pacientes
 - Participación de los pacientes

Recomendaciones para los registros!

- *Especificar las necesidades de cuidados*
 - Problemas del paciente, diagnósticos de Enf.
 - Incluir las preferencias de los pacientes
- *Identificar pacientes en riesgo*
 - Indicadores de calidad,
 - Ayuda en la toma de decisiones, etc
- *Planificar los cuidados*
- *Evaluar y monitorizar los efectos*
- *Reutilizar la información*
- *Integración interdisciplinar de los registros*
 - Evitando la redundancia de los datos!

Para tener éxito!

- Actitud des enfermeras
- Organización
- Liderazgo
- Conocimiento

- Entrenamiento, entrenamiento,....
- Discusión
- Designación de enfermera responsables ...

Consecuencias....

- Los avances en los cuidados de Enfermería requieren un cambio en el rol de las enfermeras:
 - Más autonomía y responsabilidad
 - Mayor decisión y reflexión
- Las enfermeras deben gestionar, dirigir y mejorar la calidad, en lugar de revisarla de forma retrospectiva

Gracias!

Teoría y práctica en la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales.

Rafael del Pino Casado

1.- INTRODUCCIÓN

Concepto.

Vuori ¹ define la continuidad como una dimensión de la calidad asistencial consistente en “el tratamiento del paciente como un todo, en un sistema de asistencia integrado”. Vega Monclús y cols. ² describen la continuidad de la atención como “el seguimiento ininterrumpido por parte de los profesionales de las necesidades sanitarias del individuo y/o población atendida, para darles respuesta... implica la coordinación intraequipo y entre los diferentes niveles asistenciales”.

La continuidad de la asistencia (entre niveles asistenciales) consiste por tanto por tanto en dar una respuesta única a los problemas y necesidades del usuario, rompiendo las interfases de un sistema sanitario subdividido y fragmentado, rellenando los espacios en blanco que hay en el proceso de atención y eliminando las actuaciones que no aportan valor añadido al este proceso de atención ³.

Es por tanto un objetivo a conseguir y una dimensión de calidad que incide directamente en unos mejores resultados ⁴.

Justificación.

Viene justificada por el nuevo papel de los usuarios, que tienen cada vez mayor información, formación y capacidad de elección; por una mayor capacidad de coordinación, sustentada en las nuevas tecnologías de la información; y sobre todo, porque es difícil hablar de calidad sin garantizar la continuidad de los cuidados, ya que es muy difícil pensar que procesos parciales y descoordinados, aunque adecuados, generen resultados óptimos ⁴.

Todo ello viene a potenciarse con la tendencia actual de reducción de la estancia media hospitalaria mediante las altas precoces, dentro de las políticas de contención de costes.

Formas y ámbitos.

Según Martínez Riera ⁵, la continuidad de los cuidados abarcaría: la relación entre el profesional y el usuario, la relación entre profesionales de una misma categoría, entre profesionales de distinta categoría pero de un mismo equipo y entre distintos equipos (departamentos, centros, niveles).

Siguiendo a Torres y Lledó ⁴, la continuidad de cuidados puede adoptar básicamente dos formas organizativas: a) La coordinación: relación estructurada entre diferentes niveles organizativos que actúan sobre un mismo proceso sobre el que se establecen objetivos comunes, y b) La integración: respuesta organizativa a la necesidad de coordinarse, mediante la agrupación de recursos diversos bajo una única estructura de gestión.

Pero la continuidad de cuidados abarca no sólo la continuidad entre los dos niveles asistenciales clásicos (primaria y especializada), a los que hay que incluir nuevas formas de atención sanitaria, como los centros de día, sino también con los servicios sociosanitarios, y desde el punto de vista de enfermería, supone también la conexión con la red informal de cuidados.

Si analizamos la cuestión desde la perspectiva de la atención domiciliaria (AD), encontramos varias posibilidades no excluyentes entre sí a nivel organizativo, aunque sí en el caso de un usuario en concreto: a) AD realizada por el nivel primario, con el

apoyo del hospital, b) AD realizada por el nivel hospitalario (unidades de hospitalización a domicilio) y c) mixta (unidades de hospitalización a domicilio coordinados con equipos de Atención Primaria). En todas ellas hay que incluir la coordinación sanitaria como un elemento más del sistema.

En el presente documento me centraré sólo en continuidad de cuidados entre el nivel especializado y el primario, y en la AD realizada por el nivel primario, con el apoyo del hospital.

Trataré de realizar un análisis de la situación actual en España, que permita aventurar algunas ideas para pasar a la acción. Dicho análisis lo realizo fundamentalmente a partir de las experiencias publicadas en las principales revistas de enfermería de ámbito nacional (artículos de revisión, de marco de referencia y originales), y otras revistas de ciencias de la salud indexadas en la base de datos CUIDEN (un total de 14 trabajos). Previamente se hace necesario definir la herramienta de evaluación, que en este caso estará constituida por los requisitos para la continuidad de cuidados. Para hacer más llevadero este análisis, estudiaré cada criterio por separado: primero la definición y después el análisis.

2.- REQUISITOS PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.

- Modelo conceptual común.

Según Vidal Martín y cols.⁶, la adopción de un modelo de cuidados común que sirva de marco conceptual de referencia, es uno de los instrumentos necesarios para conseguir una adecuada continuidad de los cuidados.

En mi opinión, y dado el escaso nivel de implantación actual de los modelos conceptuales enfermeros, la adopción de un marco común sería muy adecuada pero no imprescindible, ya que puede sustituirse por un acuerdo previo entre los centros implicados sobre las necesidades de cuidados básicas en las que trabajar, acuerdo éste que si deberá de estar inspirado en uno o varios modelos de cuidados.

Lo que sí es irrenunciable es la orientación al cuidado de las actuaciones. Por desgracia, hoy en día todavía subsisten formas de organización y prácticas enfermeras basadas en un modelo biomédico.

Este aspecto no ha podido ser estudiado en los trabajos analizados, ya que no se aportan datos en dichos trabajos sobre el modelo conceptual utilizado en “el otro nivel”.

- Planificación.

- a) Planificación del alta hospitalaria.

Podríamos considerar que todos los pacientes que dejan el hospital requieren cuidados, por mínimos que estos sean⁷. En el caso de las altas precoces, esta necesidad se hace más patente, por lo que cualquier estrategia de altas precoces debe estar sustentada por una adecuada planificación de dichas altas.

Este proceso supone complementar la búsqueda activa de alternativas a la hospitalización que permitan una reducción de estancias innecesarias, con un esfuerzo para anticiparse a las necesidades que el paciente tendrá después del alta, y por tanto, con la solución de problemas de autocuidado⁸ (no aceptación, capacidad de autocuidado, barreras y falta de recursos) tanto del usuario como

de la familia, problemas de disponibilidad de redes de apoyo y problemas del entorno físico, desde el mismo momento del ingreso.

En este sentido, Weinberger ⁹ afirma que es necesario conocer en qué condiciones estará el usuario al dejar el hospital, su nivel de dependencia, las personas de apoyo y el entorno domiciliario, y Rosswurm y Lanham ¹⁰ apoyan la necesidad de una valoración funcional global como parte de la planificación del alta en pacientes ancianos, recomendación que puede hacerse extensiva a pacientes con un grado alto de dependencia (discapacitados, ancianos, terminales, etc), y donde tiene cabida la utilización de instrumentos de priorización para encontrar casos elegibles para la planificación del alta. Por otro lado, Tirk ¹¹ mantiene la importancia de incluir además la promoción del autocuidado desde el mismo momento del ingreso.

Según Marks ¹², el proceso de alta planificada está dividido en los siguientes pasos: a) Evaluación (valoración) previa al ingreso (correspondería a Atención Primaria y se realizaría en los casos en que sea posible), b) Hallazgo de casos durante el ingreso (utilizando elementos de priorización: escalas o criterios), c) Evaluación (valoración) durante el ingreso y preparación de un plan de alta basado en las necesidades de cada paciente, d) Aplicación del plan de alta y e) Supervisión (seguimiento). Grande y Hernández ¹³, basándose en Carpenito ¹⁴, añaden una etapa de coordinación, donde estaría incluido el Informe de Enfermería al Alta (IEI).

Todo este proceso adquiere especial relevancia en el caso de pacientes con un alto grado de dependencia, en lo que podríamos denominar la planificación del alta del hospital al domicilio.

Si bien en nuestro entorno no hay estudios que analicen los efectos de la planificación del alta, existen diversos ensayos clínicos que estudian el efecto de una adecuada planificación del alta del hospital al domicilio sobre: la estancia hospitalaria, los reingresos, los resultados de los pacientes, la carga de cuidados para la familia y los costes. Dichos estudios analizan modelos de intervención basados sólo en la planificación del alta en población anciana con problemas médico-quirúrgicos ^{15, 16, 17, 18, 19}, con problemas no quirúrgicos ^{20, 21} y en población adulta con problemas médico-quirúrgicos ²² y problemas crónicos ²³, o en una combinación de planificación del alta y seguimiento domiciliario por enfermeras especialistas en población anciana ^{24, 25}. Dos de los anteriores estudios usaron un cuestionario diseñado para identificar pacientes con probabilidades de requerir alta planificada ^{18, 22}. Respecto de las evidencias encontradas, Parkes y Shepperd ²⁶, después de realizar una revisión de ensayos controlados con o sin asignación al azar, concluyen que hay cierta evidencia de que el alta planificada puede provocar una disminución de la duración de la estancia en el hospital y en algunos casos, una menor cantidad de reingresos en el hospital, hay también cierta evidencia de que el alta planificada aumenta la satisfacción del paciente; por el contrario no existe ninguna evidencia de que la planificación del alta reduzca los costos de atención sanitaria, no obstante, hay que tener en cuenta que pocos estudios realizaron un análisis económico formal. Otra limitación importante puede estar constituida por la ausencia de estudio de la efectividad de la comunicación entre el hospital y la comunidad. Estos autores afirman que los estudios mostraron resultados mixtos, que pueden reflejar diferentes poblaciones de estudio y las diferentes maneras en que la intervención fue llevada a cabo. En general, los estudios abarcan varios países y varias formas de organizar la Atención primaria. Para la extrapolación de resultados a nuestro entorno, hay

que tener además en cuenta que en muchos de estos estudios (sobre todo en EEUU), la falta de planificación del alta puede suponer automáticamente la ausencia de atención domiciliaria “de oficio”.

Para el análisis de situación, me centraré en los pasos c) y d) descritos por Marks anteriormente (preparación y aplicación del plan de alta) por un lado, y en la utilización de elementos de priorización a la hora de elegir los casos (escalas, criterios, etc). El primer paso se estudiarán más adelante y el último (seguimiento) no lo analizaré, ya que no suele ser habitual en nuestro medio.

Gran parte de los trabajos analizados (casi dos tercios) hacen referencia sólo a la fase de coordinación, y más concretamente al IEA. Sólo algo más de un tercio tienen en cuenta otros aspectos de la preparación y aplicación del plan de alta.

En lo referente a la priorización, sólo un trabajo²⁷ utiliza y/o recomienda criterios de priorización para elegir los casos.

b) Planificación del ingreso desde Atención Primaria.

Martínez Riera²⁸ afirma que “la información que las enfermeras de Atención Primaria pueden aportar en relación a sus clientes cuando tienen conocimiento del ingreso de alguno de ellos puede resultar de vital importancia, no tan solo para conseguir una adecuada continuidad de cuidados, sino también para disminuir la ansiedad del usuario ante su ingreso, facilitar la comunicación con la familia, favorecer la confianza entre profesionales de ambos niveles, contribuir a una más eficaz gestión del alta y adecuar una correcta planificación de los cuidados”. Esta fase se correspondería con el primer paso descrito por Marks en la planificación del alta. El instrumento que permite esta el intercambio de esta información es el Informe de Enfermería al Ingreso (IEI).

De todas las experiencias estudiadas, sólo la comentada anteriormente²⁸ y otra²⁹ incluyen y/o recomiendan el IEI.

- Comunicación efectiva.

La continuidad de cuidados requiere del intercambio fluido de información útil. Dicho intercambio se produce tanto de manera informal, como de forma reglada mediante el IEA o el IEI. Me centraré en esta última parte, y más concretamente en el IEA, aunque sin olvidar la importancia que tienen en la continuidad de la atención la comunicación informal, como complemento de la comunicación reglada.

El IEA es, como ya se ha comentado, una parte del proceso de planificación del alta. En este sentido, las ventajas que aporta se enmarcan dentro de los beneficios de una adecuada planificación del alta. Entre estas ventajas cabría destacar³⁰: conectar con otras instituciones sanitarias, unificar criterios, evitar reingresos y reducir la estancia hospitalaria.

Son varios los estudios que demuestran la aceptación por parte de los enfermeros/as del IEA^{6, 31, 27, 32}. Además, cada día está más generalizada su utilización, si bien no en el nivel que todos deseáramos. El consenso en lo importante de su utilización se rompe al tratar de definir sus contenidos, ante la diversidad de las propuestas^{6, 33, 34}. De todas ellas, considero la más adecuada por su exhaustividad la de Vidal y cols.⁶, que proponen los siguientes contenidos en el IEA: datos de filiación, antecedentes personales, evolución durante la estancia hospitalaria, diagnósticos enfermeros, plan de cuidados al alta, identificación del cuidador principal, comentarios de tipo social y teléfono y nombre de una de las enfermeras que hayan atendido al usuario.

Mención especial merece el tratamiento que recibe en este tema el diagnóstico de enfermería. Si bien encontramos algunas propuestas (aunque no todas) que la incluyen como un dato más a incluir en el IEA (como es el caso de la anteriormente comentada y de otras^{27, 28, 31, 33, 34, 35}), esta situación contrasta con el hecho de que he encontrado pocas experiencias de utilización de diagnósticos enfermeros en el IEA^{27, 35, 36}, (de las cuales, las dos últimas pertenecen a la misma área de Atención Primaria). El que no todas las propuestas de IEA incluyan el diagnóstico enfermero, y el que haya pocas experiencias de utilización del diagnóstico enfermero en el IEA, no es ni más ni menos que el reflejo de la realidad, donde la utilización de esta herramienta es bastante escasa. En mi opinión, la sola posibilidad de una adecuada comunicación interniveles justificaría más que sobradamente la utilización del diagnóstico enfermero, pero por desgracia muchos enfermeros/as no ven el diagnóstico como lo que es, un medio, sino como un fin en sí mismo, académico, intrínseco y que conlleva una mayor carga de trabajo. También bajo mi opinión, el lenguaje único es irrenunciable en la comunicación enfermera, alcanzando por tanto un alto grado de importancia en la comunicación interniveles. Ahora bien, como en aquellos casos donde no se utilice el diagnóstico enfermero hay que seguir comunicándose, una aproximación hasta conseguir la adecuada implantación de esta herramienta podría ser la descripción de los problemas de enfermería que presenta el usuario sin utilizar ninguna clasificación estandarizada.

- Organización adecuada de los cuidados.

La continuidad de cuidados no es sólo una cuestión de actitudes profesionales y canales de comunicación. Tanto la coordinación como la integración deben sustentarse en estructuras organizativas que, cuando menos, no las entorpezcan. Está claro que los sistemas de organización de cuidados basados en la asignación de tareas, no favorecen en absoluto la continuidad, tanto en primaria como en especializada.

En Atención Primaria, la continuidad estaría asegurada tanto por la asignación de usuarios en función de los cupos médicos como por la asignación de usuarios en función de zonas geográficas (sectorización), siendo ésta última forma de organización de cuidados la que a priori garantiza una mejor continuidad de la atención³⁷. Como innovaciones en este campo, interesa destacar la experiencia de la "Enfermera Comunitaria de Enlace"³⁸, cuyas funciones están inspiradas en la gestión de casos y consisten en la coordinación y/o asesoramiento de todos los elementos que intervienen en la atención domiciliaria (Equipo de Atención Primaria, servicios sociosanitarios y cuidadores).

En Atención Especializada, no es suficiente con la mera asignación de usuarios en cada turno, sino que se hace necesario formas organizativas que delimiten la responsabilidad última del plan de cuidados a un solo profesional (enfermería primaria, gestión de casos, etc). La enfermera responsable del plan de cuidados sería responsable lógicamente de la planificación del alta.

Ahora bien, la garantía plena de continuidad sólo se podrá conseguir con la integración de los dos niveles asistenciales. En este sentido merece especial mención la Gestión Integrada por Procesos³⁹. En ella, cada proceso engloba todas

las actividades necesarias para la atención de un determinado tipo de usuario con independencia del departamento, centro, servicio o nivel que deba de realizarlas. De esa forma, además de la estructura de gestión (vertical) del hospital y de Atención Primaria, existiría una estructura de coordinación (horizontal) de todas las actividades del proceso, quedando por tanto constituida una estructura matricial que abarca a los dos niveles (figura 1).

Ninguna de las experiencias revisadas analiza el tipo de sistemas de organización de cuidados o estructura organizativa y su relación con la continuidad de cuidados, y sólo una ⁶ plantea alguna alternativa referente a la organización de los servicios (concretamente, la creación de la figura de la enfermera coordinadora del alta, que se encargaría de la planificación del alta).

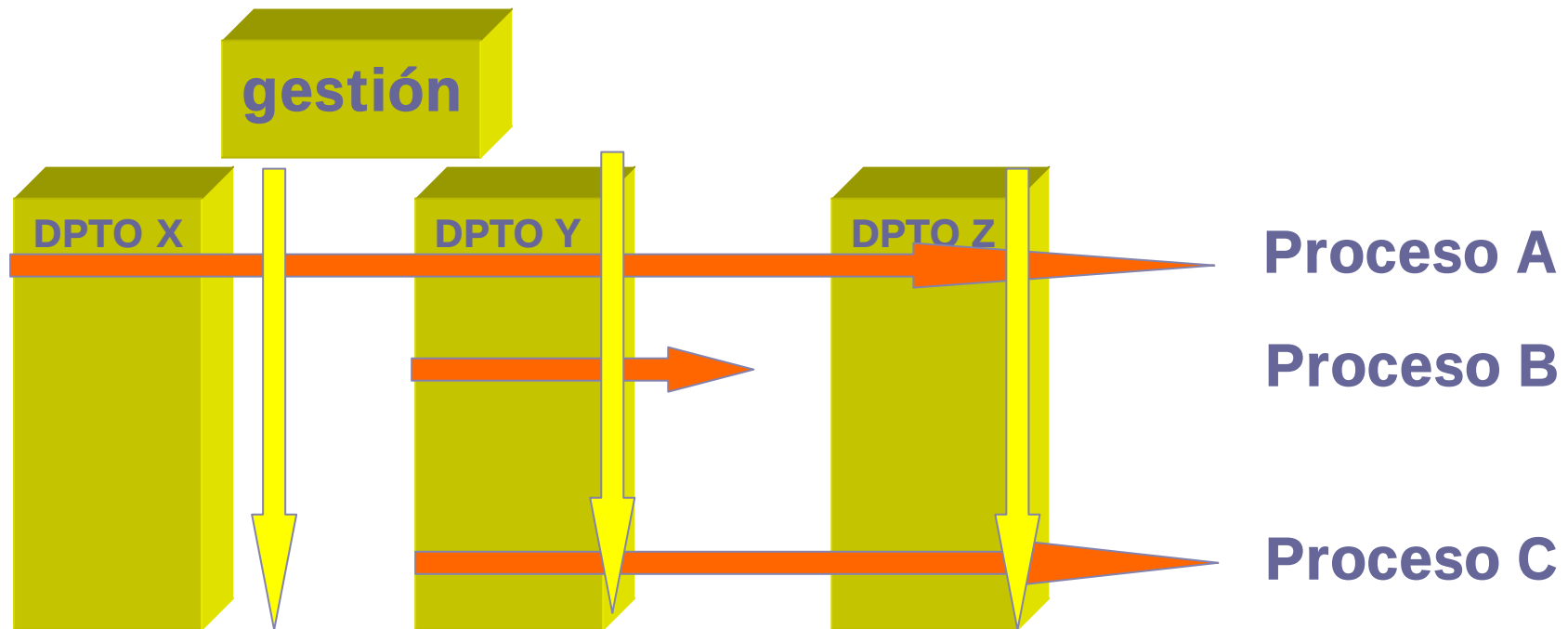


Figura 1. Gestión por procesos.

- Unificación de la atención.

La continuidad de cuidados implica seguimiento ininterrumpido, pero también seguimiento homogéneo basado en la unificación de criterios interniveles, y por tanto en la disminución de la variabilidad de la práctica asistencial. Elementos como la protocolización, la definición de procesos y la transferencia de conocimientos y experiencias, son necesarios para conseguir este seguimiento homogéneo.

A pesar de ser un elemento importante en la calidad de la atención prestada, prácticamente no aparece reflejado en las distintas experiencias analizadas.

3.- CONCLUSIONES.

- En líneas generales, la mayoría de las experiencias de continuidad de cuidados analizadas se centran en el IEA, sin analizar otros aspectos importantes para la continuidad. No en vano, el IEA es ni más ni menos que la plasmación de todo el proceso de planificación del alta, por lo que será más o menos eficaz en función de lo eficaz que haya sido dicha planificación. Dicho informe es como una foto: si el paisaje es feo, la foto sale fea.
- El futuro de los canales de comunicación cada vez estará más resuelto con las nuevas tecnologías, que actúan como facilitadores de la coordinación y la información compartida. Por ello, parece lógico que estratégicamente dediquemos los esfuerzos a solucionar otros problemas, relacionados con otros requisitos. No hay que olvidar que dentro de poco existirá una única historia clínica para especializada y primaria.
- La planificación del alta debe de comenzar, si es posible, desde antes del ingreso, por lo que es también necesaria la participación de los profesionales de Atención Primaria (incluido el IEI).
- Dado que todos los usuarios que entran y salen del hospital no tienen los mismos problemas ni la trascendencia de éstos es la misma, y que el tiempo es un recurso valioso y a veces escaso, sería conveniente utilizar elementos de priorización para seleccionar aquellos usuarios que más necesiten la planificación del alta.
- Para comunicarse es necesario hablar el mismo lenguaje. Sin diagnósticos enfermeros la comunicación se hace bastante difícil.
- Respecto de la organización de los cuidados, la tendencia debe pasar por formulas organizativas que “obliguen” a la continuidad de cuidados, de forma que se evite el dejar esta opción sólo a la elección de los profesionales. Todo ello con el apoyo de sistemas y procedimientos que garanticen la unidad de acción.
- El seguimiento debe ser ininterrumpido, pero también homogéneo (protocolos conjuntos).
- El conocimiento mutuo lima asperezas.

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA:

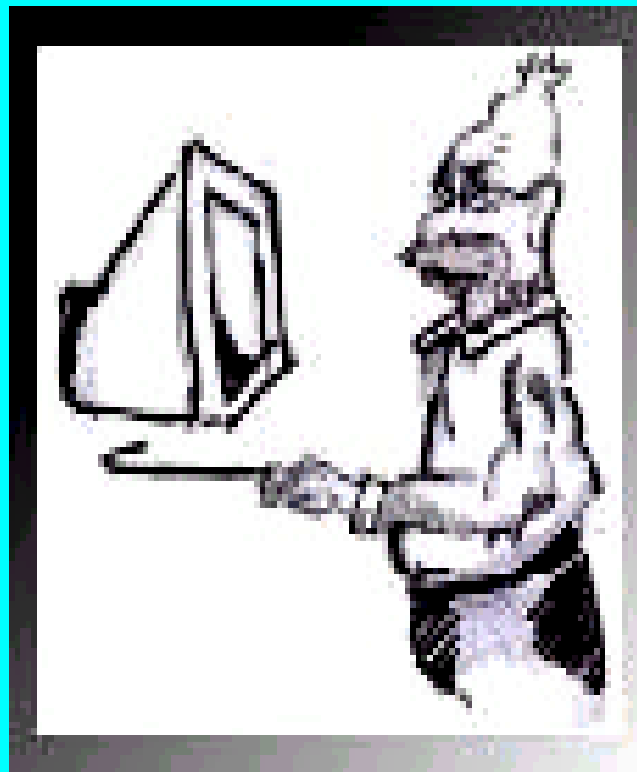
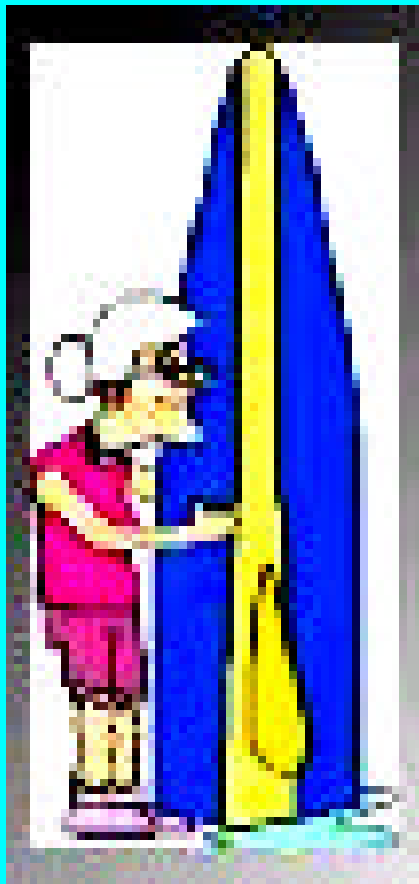
- ¹ Vuori HV. El control de la calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodologías. Barcelona: Masson SA, 1988.
- ² Vega Monclus E y cols. Cap. I. Conceptos sobre garantía de calidad. En: Manual de garantía de calidad. Atención Primaria de Salud. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 1994, pp. 19-44.
- ³ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud, 2001.
- ⁴ Torres A, Lledó R. La coordinación entre niveles asistenciales. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 232-233.
- ⁵ Martínez Riera JR. Interrelación: Una necesidad entre Atención Primaria y Atención especializada. Metas de Enfermería 1998; 2: 53-61.
- ⁶ Vidal Martín C, Cifuentes Mora E, Aranda C, Alcázar de Lares-Franco J. Informe de enfermería al alta hospitalaria. Enferm Clínica. 1999 mar-abr; 9(2):49-54.
- ⁷ Pilcher MW. Seguimiento del paciente después del alta hospitalaria. Nursing (ed. Esp.) 1987; 2:28-30.
- ⁸ Del Pino R. Metodología de trabajo en enfermería comunitaria. En: Frías A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson, 2000.
- ⁹ Weinberger B. Planificación del alta: cuanto antes mejor. Nursing (ed. Esp.) 1989. 7(9): 57-58.
- ¹⁰ Rosswurm MA, Lanham DM. Discharge planning for elderly patients. J Gerontol Nurs 1998 May;24(5):14-21.
- ¹¹ Tirk JE. Establecimiento de prioridades al alta. Nursing (ed. Esp.) 1993; 4: 40.
- ¹² Marks L. Seamless care or patchwork quilt? Discharging patients from acute hospital care. London: Kings Fund, 1994.
- ¹³ Grande ML, Hernández M. Como entienden las enfermeras el alta de enfermería. Enf Clin 1996; 6:29-35.
- ¹⁴ Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1994; 25-27.
- ¹⁵ Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Mourey R, Mezey M, Pauly M. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial. Ann Intern Med 1994 Jun 15;120(12):999-1006.
- ¹⁶ Naylor MD. Comprehensive discharge planning for the elderly. Res Nurs Health 1990 Oct;13(5):327-47.
- ¹⁷ Naughton BJ, Moran MB, Feinglass J, Falconer J, Williams HE. Reducing hospital costs for the geriatric patient admitted from the emergency department: a randomized trial. Journal of the American Geriatrics Society 1994;42(10):1045-9.
- ¹⁸ Evans RL, Hendricks RD. Evaluating hospital discharge planning: a randomized clinical trial. Med Care 1993 Apr;31(4):358-70.
- ¹⁹ Hendriksen C, Stromgard E, Sorensen K. Current cooperation concerning admission to and discharge from geriatric hospitals [Nyt samarbejde om gamle menneskers syehusindlaeggelse og - udskrivelse]. Nordisk Medicin 1990;105(2):58-60.
- ²⁰ Moher D, Weinberg A, Hanlon R, Runnalls K. Effects of a medical team coordinator on length of hospital stay. Canadian Medical Association Journal 1992;146(4):511-5.

- ²¹ Kennedy L, Neidlinger S, Scroggins K. Effective comprehensive discharge planning for hospitalized elderly. *The Gerontologist* 1987;27(5):577-80. 88056412
- ²² Parfrey PS, Gardner E, Vavasour H, Harnett JD, McManamon C, McDonald J, et al. The feasibility and efficacy of early discharge planning initiated by the admitting department in two acute care hospitals. *Clinical & Investigative Medicine - Medicine Clinique et Experimentale* 1994;17(2):88-96.
- ²³ Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine* 1996;334(22):1441-7.
- ²⁴ Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 1999 Feb 17;281(7):613-20.
- ²⁵ Naylor MD, McCauley KM. The effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac conditions. *J Cardiovasc Nurs* 1999 Oct;14(1):44-54.
- ²⁶ Parkes J, Shepperd S. Alta planificada del hospital al domicilio (Translated Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
- ²⁷ Alfambra I, Alonso M, Rodriguez A, Ramos D. Informe de alta de enfermería. Un instrumento para la continuidad de los cuidados. *Index de Enfermería* 1996. 15:39-43.
- ²⁸ Martínez Riera JR. Informe de enfermería al ingreso (IEI.): instrumento específico de interrelación. *Rev ROL Enferm.* 1999; 22(2):133-139.
- ²⁹ Fernández Mérida, M Concepción. ¿Continuidad de cuidados? *Enferm Docente.* 2000 ene-abr; 68:3-6.
- ³⁰ Correro R, Fernández P, Fuentes MF, García MJ, Gómez T, González M. Necesidad del informe de alta hospitalaria de enfermería en el hospital universitario Virgen del Rocío. *Hygia* 1994. 28: 20-22.
- ³¹ Darías S, Leal M, Arias M, Cabrera J, Alonso M. Opinión de los profesionales sobre el informe de alta de enfermería. *Metas de Enfermería* 1999; 19:22-24.
- ³² Torres Navarro M, Cazorla Pérez J, Fernández Ayala JC, Fernández Lozano G, Gil Milán ML. ¿Qué opinan los enfermeros de atención primaria de los informes de enfermería al alta hospitalaria? *Enferm Científ.* 2000 sep-oct; 222-223:6-10.
- ³³ Camacho Ojeda A, Llanes Montero E, García Requena C, Romero Corchero M. Informe de enfermería al alta: el resumen de la historia de enfermería hecho realidad. *Rev ROL Enferm.* 1998 mar; XXI(235):17-20.
- ³⁴ Ramos Alfonso R, Bonillo Madrid J, Galdeano Rodríguez N, Beltrán Rodríguez IM, Polo Mañas CM, Sánchez Bujaldón M, Barberá Rives JM. Informe de enfermería al alta: una experiencia en la práctica asistencial. *Rev ROL Enferm.* 1999 feb; 22(2):143-148.
- ³⁵ Nieto Blanco E, Ramos Calero ÓD. Evolución del lenguaje enfermero: evaluación de los diagnósticos en un informe de enfermería al alta. *Metas Enferm.* 2000 feb; III(22):45-52.



-
- ³⁶ Espejo Matorrales F. Relación Atención Primaria-Atención Especializada. Rev ROL Enferm. 1998 ene; XXI(233):13-17.
- ³⁷ Del Pino R, Frías A, Palomino PA. Organización funcional y modalidades de atención en enfermería comunitaria. En: Frías A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson, 2000.
- ³⁸ Duarte Clíments G. Las Enfermera Comunitaria de Enlace. Una propuesta de mejora de la Atención Domiciliaria. Index de Enfermería 2001. 32-33: 87-89.
- ³⁹ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud, 2001.

Un sistema de información para la planificación de los cuidados enfermeros en el ámbito Sociosanitario



M^a Pilar Salinas

**Programa de
Atención
Sociosanitaria**

Xunta de Galicia

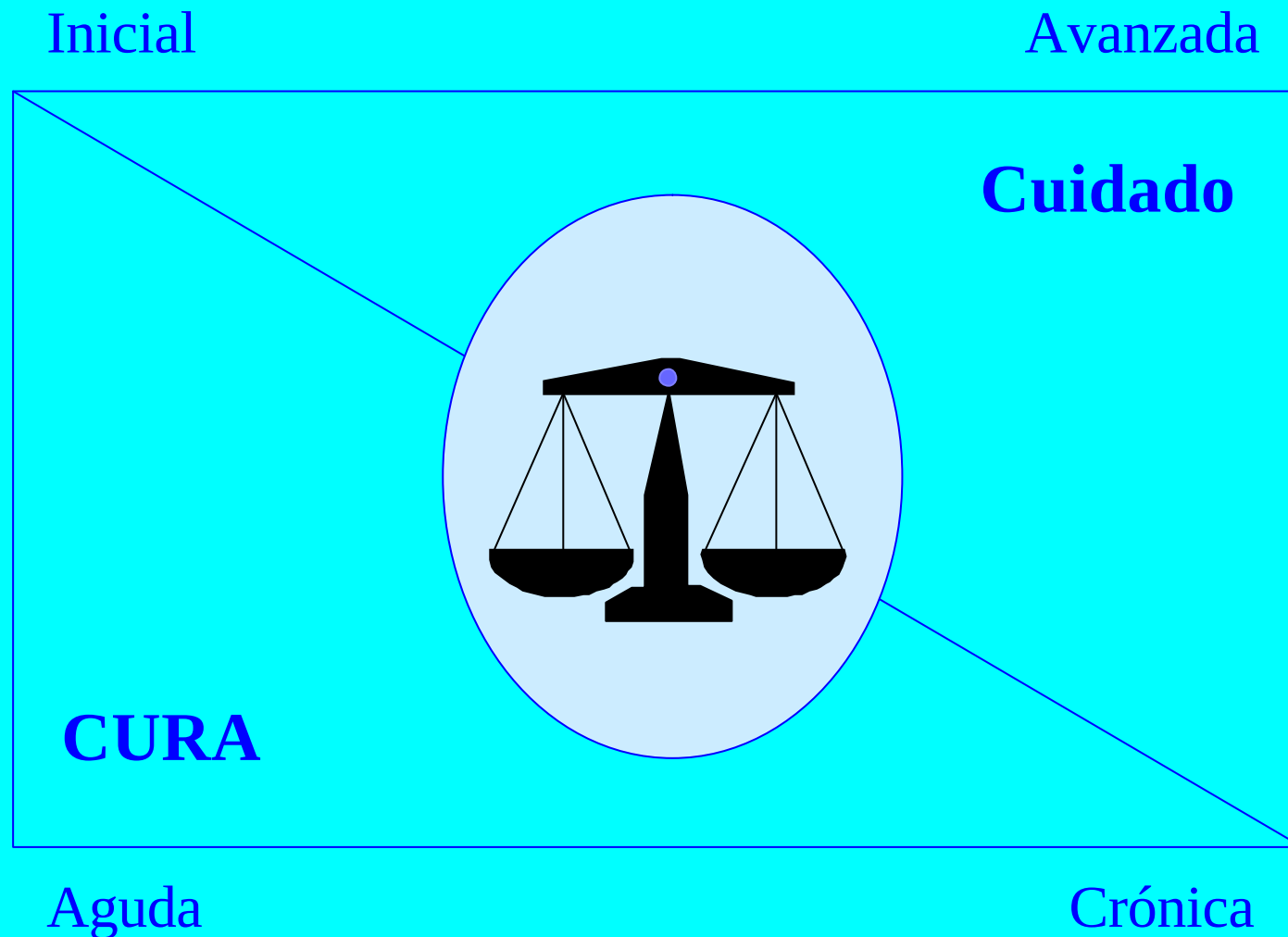
EL ESPACIO SOCIOSANITARIO

Prestaciones sociales



Prestaciones sanitarias

El espacio sociosanitario



SISTEMAS DE INFORMACIÓN

 ¿QUÉ ES UN SISTEMA DE INFORMACIÓN?

 ¿PARA QUE SIRVE?

 ¿COMO FUNCIONA?



- **Los sistemas de información no son nuevos....**



....pero han ido evolucionando.

 ¿QUÉ ES UN SISTEMA DE INFORMACIÓN?

 **COMPONENTES DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

 ¿PARA QUE SIRVE?

 ¿COMO FUNCIONA?

¿QUÉ ES UN SISTEMA DE INFORMACIÓN?

Informática + la ciencia de la información= sistema de información.

Los siguientes componentes:

- 1.- Unos datos, como entidades discretas que se describen objetivamente sin la interpretación de los mismos.**
- 2.- Estos datos interpretados, organizados o estructurados deben de generar una información.**
- 3.- Esta información debe permitir un conocimiento para que se identifiquen relaciones mutuas y se formalicen acciones, como gestión, planificación, investigación...**

Los Datos

Características

- Debe conocerse con detalle la descripción de cada uno de ellos.
- Serán recogidos una sola vez.
- Deben resultar útiles para la mayoría de los usuarios del sistema.
- Deben ser completos, operativos, oportunos, fiables, lo más objetivos posibles y baratos en su recopilación.
- Debe preservarse la confidencialidad de la información, garantizando mediante métodos técnicos y de organización su uso correcto.

Los Datos

Fuentes De Datos

**Esta información, en el campo sanitario o
sociosanitario, tiene varios protagonistas:**

- **nivel del usuario/ cliente...**
- **facultativo**
- **enfermería y diferentes terapeutas**
- **Otros trabajadores asistenciales.**
- **Personal de servicios generales y Administración.**



 ¿QUÉ ES UN SISTEMA DE INFORMACIÓN?

 ¿PARA QUE SIRVE?

 **Clínica**

 **Gestión**

 **investigación**

 ¿COMO FUNCIONA?

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

A NIVEL ASISTENCIAL
CLÍNICO



Permita hacer una valoración de la asistencia recibida, con la posibilidad de obtener indicadores e calidad.

Facilitando el análisis de los resultados obtenidos.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- Un sistema de información ambicioso ha de permitir compensar las utilidades asistenciales con las necesidades de información de la gestión y la administración

NIVEL DE GESTIÓN



Permitiendo la clasificación de tipologías similares de residentes / usuarios (case-mix)

Garantizando la posibilidad de comparar entre los centros del perfil de servicios ofertados

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

A NIVEL

EPIDEMIOLOGICO



Facilitando el análisis de la prevalencia de los problemas.

Generando bases de datos para la investigación sobre los resultados de las intervenciones

 ¿QUÉ ES UN SISTEMA DE INFORMACIÓN?

 ¿PARA QUE SIRVE?

 ¿

 COMO FUNCIONA?

 **LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y LA INFORMACIÓN
SANITARIA**

Objetivos de un buen sistema de información sanitaria (I)

- **Conocer la naturaleza y alcance de los problemas de salud y los factores que los condicionan.**
- **Conocer las necesidades de recursos y servicios sanitarios y las características de la demanda asistencias.**
- **Identificar grupos de población y/o grupos de usuarios que sean susceptibles de intervención.**
- **Conocer los recursos humanos y materiales disponibles, su naturaleza y distribución.**

Objetivos de un buen sistema de información sanitaria (II)

- **Conocer las actividades desarrolladas y los servicios prestados por el Sistema Sanitario permitiendo cuantificar el rendimiento de los recursos y el uso de los servicios.**
- **Servir de apoyo para la atención a individuos y familias.**
- **Conocer la eficacia y eficiencia de los recursos disponibles y de los servicios.**

Aspectos a considerar en la recogida de los datos

- **Las variables o parámetros: nombrarlos..... Definirlos**
- **Unidad de recogida**
- **Período de tiempo**
- **Como se va a recoger**
- **Como se va a recopilar**
- **Quien va a recoger el dato**

LA INFORMACIÓN NO LA APORTA LA SIMPLE SUMA DE DATOS, SINO SU ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN EN BASE A OBJETIVOS PREVIAMENTE ESTABLECIDOS.

La Información

Definición: Es el objetivo prioritario para la decisión y adquisición de conocimiento inmediato.

Una buena información debe incorporar las características siguientes

- Claridad de objetivos.
- Claridad de los circuitos.
- Simplicidad.
- Agilidad
- Jerarquización - Centralización
- Dirigida al personal adecuado
- En soporte adecuado (informático, papel..)
- Uso de terminología y codificación consensuado.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Agudos

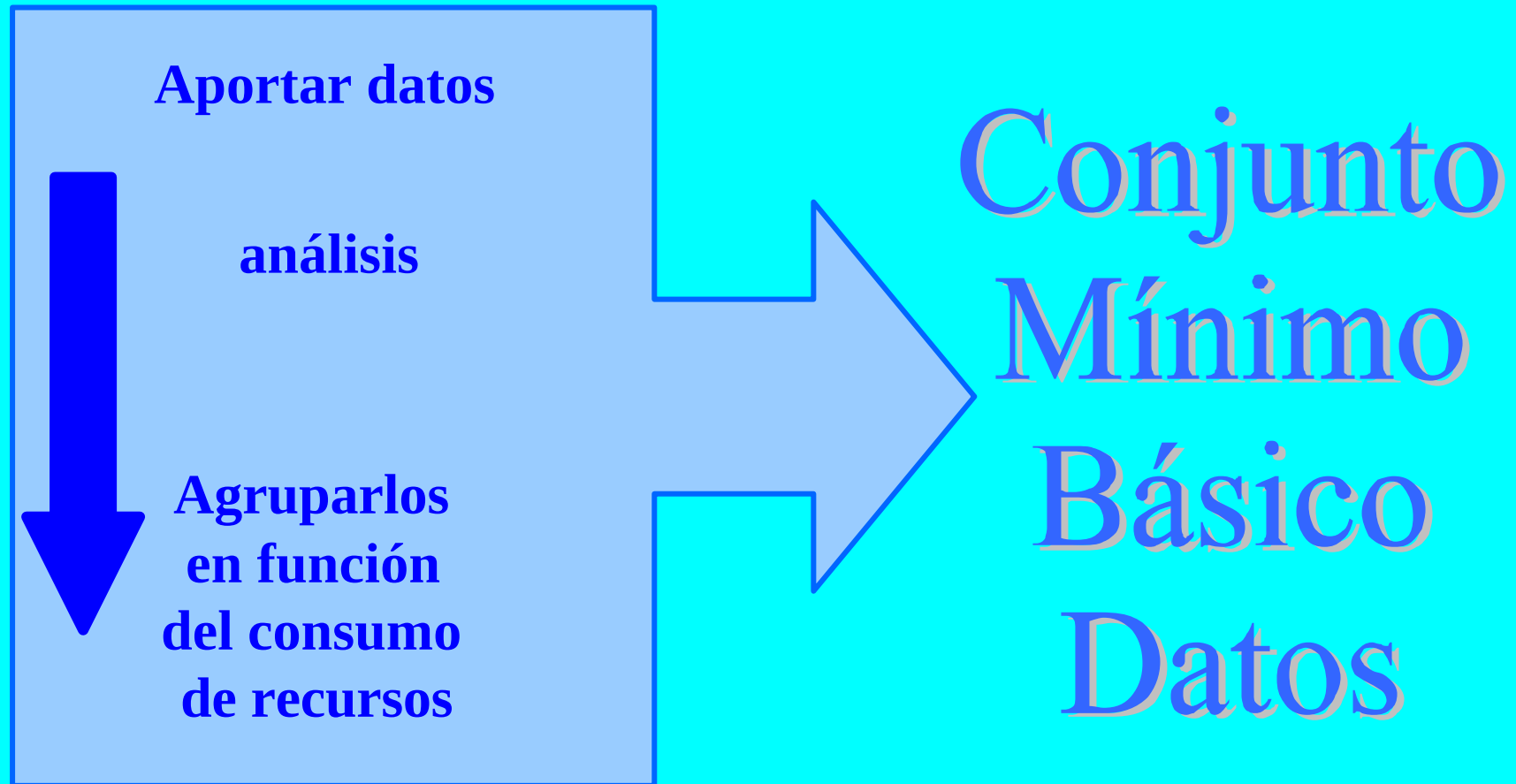
En 1980 aparecen los DRGs. Análisis de los resúmenes de alta, con una metodología que combina el juicio clínico con los costes.

Son 495 grupos a cada uno de los cuales se le asigna un coeficiente relativo que refleja el consumo de servicios asociados.

25 categorías diagnósticas mayores, atendiendo a seis variables. Diagnóstico principal, secundario, procedimiento quirúrgico, edad, sexo y estado al alta.

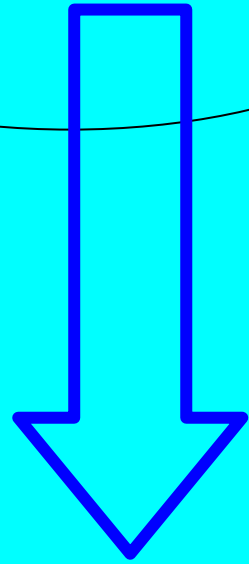
Con posterioridad aparecen otros sistemas de clasificación, entre los que destacamos el motivo de admisión (PMC)

El Sistema de Información Sanitario



LO QUE TENEMOS

H. ALTA
CLÍNICA



G RUPOS
R ELACIONADOS
D IAGNÓSTICO

C
M
B
D
H

SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOCIOSANITARIOS

Los usuarios que reciben atención *sociosanitaria*, tienen como *característica diferencial* con respecto a la atención del proceso agudo de enfermar

- la mayor importancia en el nivel de cuidados que recibe que el de la enfermedad en sí,
- o las discapacidades que se presentan como consecuencia de la cronificación de las patologías o del propio curso evolutivo del individuo.

Los DRGs. Explican únicamente el 12% de los usuarios, ya que el coste está más relacionado con el estado funcional del paciente.

LO QUE TENEMOS

H. ALTA
CLÍNICA

C
M
B
D
H

G RUPOS
R ELACIONADOS
D IAGNÓSTICO

LO QUE OCURRE

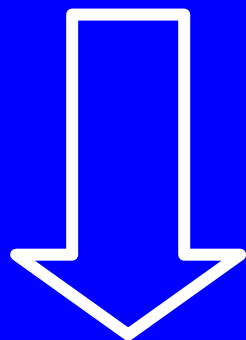
Altas poco
frecuentes

media
larga
estancia
Residencias
p. mayores

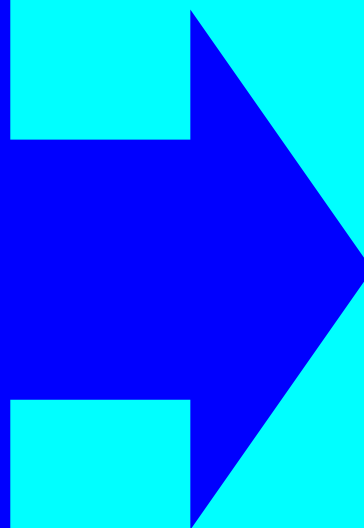
Solo explican el
12% de los usuarios

NECESITAMOS POR LO TANTO.....

**DATOS
DIFERENTES**



**Agruparlos
en función
del consumo
de recursos**



Conjunto

Mínimo

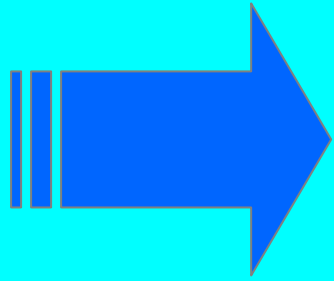
Básico

Datos

Sociosanitarios

R ESIDENT A SSESSMENT I NSTRUMENT.

**Un instrumento para la
valoración de la
dependencia en usuarios de
media y larga estancia**



¿R.A.I.?

¿QUE ES ?

¿QUE OBJETIVOS
TIENE?



¿PARA QUE?

.....????

RAI-NH es un instrumento global estandarizado para la valoración de las necesidades, las capacidades y las preferencias de las personas mayores, que funciona además como un sistema de información, aplicable a centros residenciales así como a centros sociosanitarios y unidades de media y larga estancia.

- ⇒ No excluye la aplicación de otro tipo de escalas de valoración funcional.**
- ⇒ Permite mejorar la calidad asistencial**
- ⇒ Es un instrumento útil para la aplicación y asignación de recursos.**
- ⇒ Sistematiza la información recogida sobre los residentes**
- ⇒ Clasifica a los usuarios/residentes (RUG).**

COMPUESTO POR:

- ⇒ UNA ESCALA DE RECOGIDA DE DATOS
- ⇒ LOS “INDICADORES” (ÍTEMS DE LA ESCALA QUE IDENTIFICAN A LOS CLIENTES QUE PRESENTAN O ESTÁN EN RIESGO DE DESARROLLAR PROBLEMAS FUNCIONALES)
- ⇒ 18 PROTOCOLOS DE VALORACIÓN DEL CLIENTE (SIPs)
- ⇒ PLANES DE CUIDADOS

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN EN LARGA ESTANCIA.

- **EL RESIDENT ASSESSMENT INSTRUMENT (RAI)**

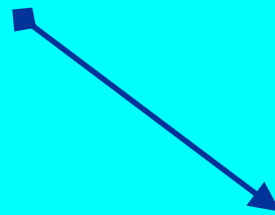
- ⇒ **Desarrollado a partir de una ley de reforma residencial (OBRA 87) por el senado de los EEUU con el fin de mejorar la calidad asistencial.**
- ⇒ **Es un instrumento de valoración de residentes que permite un amplio abanico de aplicaciones**
- ⇒ **Ampliamente utilizado a nivel internacional y con experiencia en algunas comunidades autónomas (Galicia y Cataluña).**
- ⇒ **Su validación lo convierte en un instrumento técnicamente sólido y fiable.**

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- La definición de un sistema de información sociosanitario se plantea por lo tanto en estos tres niveles

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES (RAI)

Nivel clínico asistencial



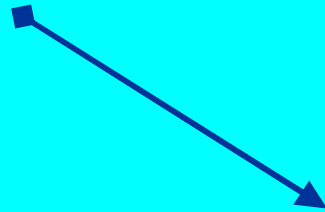
- **Valoración multidimensional del paciente.**

- **Incorpora protocolos de actuación ante determinados problemas**

- **Permite elaboración del plan de cuidados.**

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

GESTIÓN DE usuarios (CMD)



Evaluación de la actividad de los centros

Análisis de los flujos de usuarios

Composición por edad, sexo..

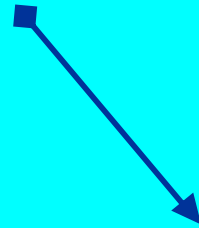
Estancia media, ocupación

Origen de los usuarios

Descripción de los ítems

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

AGRUPACIÓN DE DATOS (CMD-RAI)



Clasificación en case-mix de los usuarios

Análisis de los principales componentes

Clasificación en RUG-III

Indicadores de calidad

Financiación en función de la carga de cuidados

Prevalencia, incidencia...

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN EN LARGA ESTANCIA.

R-A-I!

ESCALA DE VALORACIÓN

- Garantiza la valoración multidimensional
- Identifica problemas
- Detecta necesidades y capacidades

MARCADORES

- Señales de alarma para problemas más frecuentes

PROTOCOLOS

- Recomendaciones de expertos sobre áreas problema de gran frecuencia o importancia

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN EN LARGA ESTANCIA.

- **El RESIDENT ASSESSMENT INSTRUMENT (RAI)**
 - ⇒ En su conjunto ha generado una familia de instrumentos con un enorme potencial en la valoración de la dependencia funcional y de gran influencia en la prácticas asistencial de los usuarios que podrían denominarse “sociosanitarios”
 - ⇒ En la actualidad la familia RAI consta de los siguientes instrumentos
 - ⇒ RAI-NH (Nursing homes o instituciones)
 - ⇒ RAI-HC (Home Care ó domiciliario)
 - ⇒ RAI-MH (Mental Health ó salud mental)
 - ⇒ RAI-PAC (Post acute ó post agudos)

- **RAI-NH (INSTITUCIONES)**

- El RAI-NH ha sido diseñado para ser un sistema aprovechable y útil de evaluación del usuario que informará y dirigirá la planificación completa de residentes en instituciones, mediante un conjunto mínimo de datos (MDS-NH).
- ⇒ El diseño original está realizado como un instrumento de valoración para la mejora de la calidad asistencial, identificando unos “marcadores” que determinan la necesidad de aplicar una orientación especial en el plan de cuidados sobre 18 problemas (Resident Assessment Protocols o RAP).
- ⇒ Los indicadores de calidad constituyen un abanico de temas que permiten medir y evaluar los principales aspectos asistenciales. (14 indicadores)

- **RAI-HC (DOMICILIO)**

- El RAI-HC ha sido diseñado para ser un sistema aprovechable y útil de evaluación del usuario que informará y dirigirá la planificación completa de asistencia a domicilio.
- Destaca la función y calidad de vida y tiene en cuenta las derivaciones apropiadas cuando es necesario.
- Está diseñado para evaluar la complejidad de problemas del usuario y para la provisión de servicios en un entorno post-hospitalario o domiciliario.
- El RAI-HC está formado por un Conjunto Mínimo de Datos de Asistencia a Domicilio MDS-HC y los Protocolos de Valoración del Usuario (30 CAPs)

• RAI SECCIONES	NH	HC	MH
Datos administrativos	★	★	★
Patrones cognitivos	★	★	★
Patrones de oído y comunicación	★	★	★
Patrones de visión	★	★	
Patrones de comportamiento (*) y humor	★	★	★ [*]
Funcionamiento social	★	★	★
Servicios informales de apoyo		★	★
Funcionamiento físico	★	★	★
Continencia en los últimos 14 días	★	★	★

•RAI SECCIONES	NH	HC	MH
Diagnósticos de enfermedad	★	★	★
Problemas de Salud	★	★	★
Estado de nutrición /hidratación	★	★	★
Estado dental	★	★	★
Problemas de la piel	★	★	★
Valoración Ambiental		★	
Uso del Servicio	★	★	
Medicamentos.	★	★	★

•RAI SECCIONES	NH	HC	MH
Patrones de actividad	★		
Tratamientos especiales	★		★
Causantes de estrés			★
Indicadores del estado mental			★
Abuso/Consumo de sustancias			★
Daño a uno mismo y los demás			★
Recursos al alta			★

• RAI NH .- PROTOCOLOS DE VALORACIÓN DEL USUARIO

ESTADO CONFUSIONAL

D. COGNITIVO/ DEMENCIA

FUNCIÓN VISUAL

COMUNICACIÓN

POTENCIALDE REHABILITACIÓN

INCONTINENCIA // SONDA

BIENESTAR PSICOSOCIAL

ESTADO DE ÁNIMO

**PROBLEMAS DE
COMPORTAMIENTO**

ACTIVIDADES DE OCIO

RIESGO DE CAIDAS

ESTADO NUTRICIONAL

SONDA NASOGÁSTRICA

DESHIDRATACIÓN

ATENCIÓN DENTAL

ÚLCERAS POR PRESIÓN

USO DE PSICOTROPOS

RESTRICCIONES FÍSICAS

• RAI HC .- PROTOCOLOS DE VALORACIÓN DEL USUARIO

RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD FUNCIONAL

AVD/Potencial de Rehabilitación
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVDs)
Promoción de la Salud
Riesgo de Institucionalización

RENDIMIENTO SENSORIAL

Trastornos en la Comunicación
Función Visual

RELACIONADOS CON SALUD MENTAL

Abuso y dependencia del alcohol
Deterioro Cognitivo
Comportamiento
Depresión y Ansiedad
Abuso/Malos tratos
Funcionamiento social

RELACIONADOS CON PROBLEMAS DE SALUD

Cardio-Respiratorio
Deshidratación // Caídas
Nutrición // Salud Oral
Dolor
Úlceras por presión
Problemas de la piel y Pies

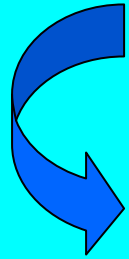
RELACIONADOS CON EL SERVICIO

Adherencia
Sistema de Apoyo Frágil
Administración de Medicación
Cuidados Paliativos
Actividades preventivas
Fármacos Psicotrópicos
Reducción de los Servicios Formales
Evaluación del Entorno

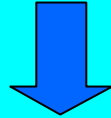
CONTINENCIA

Incontinencia Intestinal
Incontinencia Urinaria y sondaje vesical

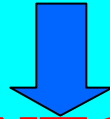
OBJETIVOS DEL RAI



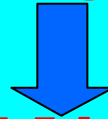
MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL



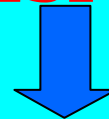
VALORACIÓN SISTEMATIZADA



**FOMENTO DEL TRABAJO
INTERDISCIPLINAR**



**FORMACIÓN DE LOS
PROFESIONALES**



**ELABORACIÓN DE PLANES DE
CUIDADOS**



TRABAJAR CON EL R.A.I. CONLLEVA

- ➔ **VALORACIÓN SISTEMÁTICA DEL RESIDENTE**
- ⇒ **MEJORÍA DEL SISTEMA DE REGISTROS**
- ⇒ **MEJORÍA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS RESIDENTES**
- ⇒ **MEJORÍA DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS**
- ⇒ **FOMENTO DEL TRABAJO EN EQUIPO**
- ⇒ **FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES**
- ⇒ **MEJORÍA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL**



ÍTEMS



VALORACIÓN



MARCADORES

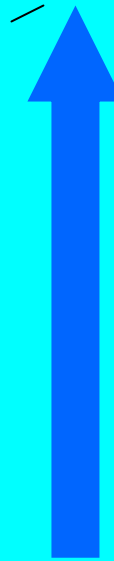
ALARMAS



SIPs (Secuencia
de identificación
de Problemas)



PLANES DE
CUIDADOS



Directrices

TRABAJAR CON EL R.A.I. CONLLEVA

- ⇒ VALORACIÓN SISTEMÁTICA DEL RESIDENTE**
- ➔ MEJORÍA DEL SISTEMA DE REGISTROS**
- ⇒ MEJORÍA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS RESIDENTES**
- ⇒ MEJORÍA DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS**
- ⇒ FOMENTO DEL TRABAJO EN EQUIPO**
- ⇒ FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES**
- ⇒ MEJORÍA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL**

UN CORRECTO SISTEMA DE REGISTROS

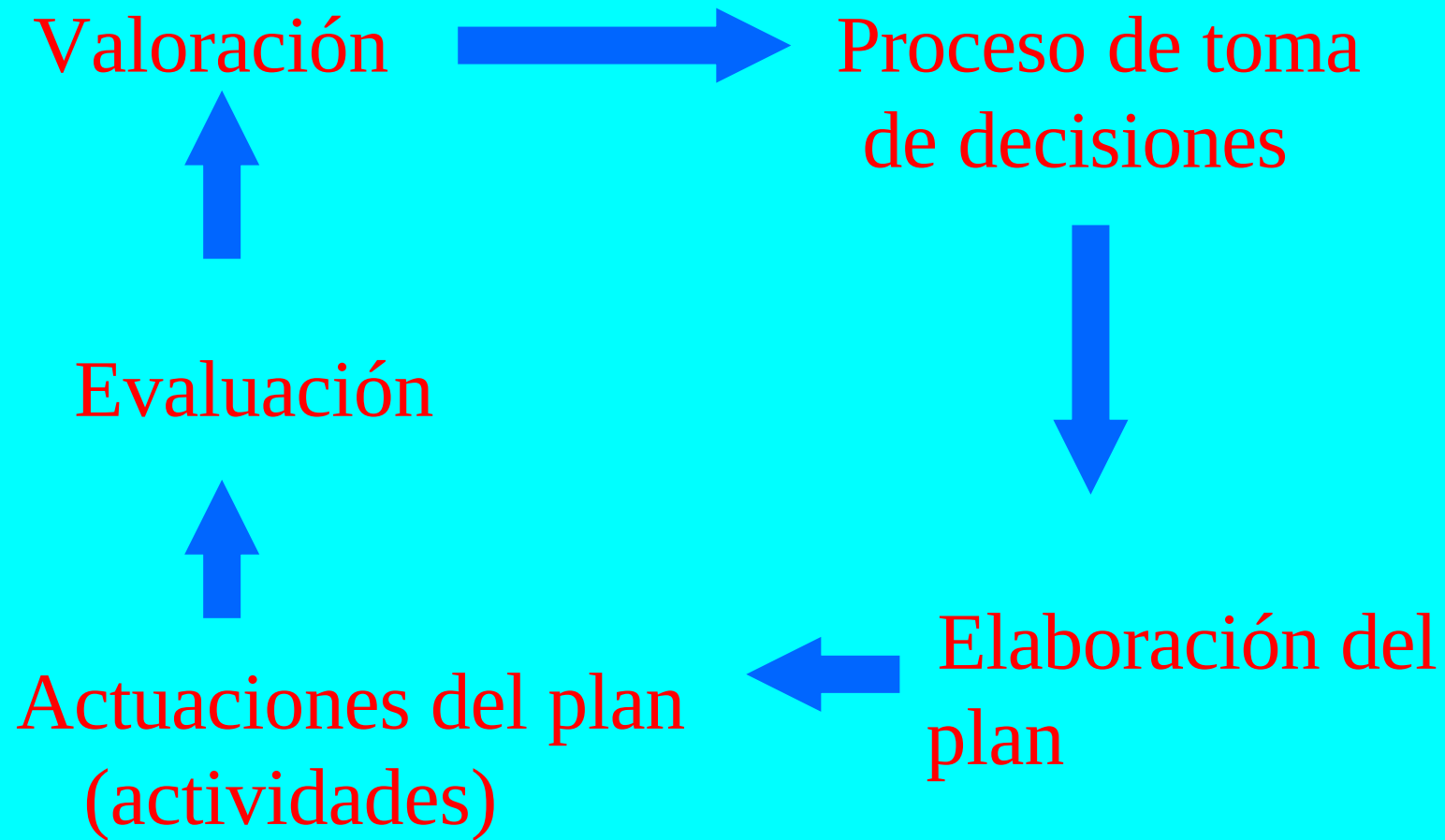
- **FACILITA LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS MIEMBROS DEL EQUIPO**
- **RECOGE INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA ASISTENCIA Y EL NIVEL DE SALUD.**
- **FACILITA EL PROCESO DE VALORACIÓN.**
- **PROTEGE FRENTE ACUSACIONES JURÍDICAS**



TRABAJAR CON EL R.A.I. CONLLEVA

- ⇒ VALORACIÓN SISTEMÁTICA DEL RESIDENTE**
- ⇒ MEJORÍA DEL SISTEMA DE REGISTROS**
- MEJORÍA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS RESIDENTES**
- ⇒ MEJORÍA DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS**
- ⇒ FOMENTO DEL TRABAJO EN EQUIPO**
- ⇒ FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES**
- ⇒ MEJORÍA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL**

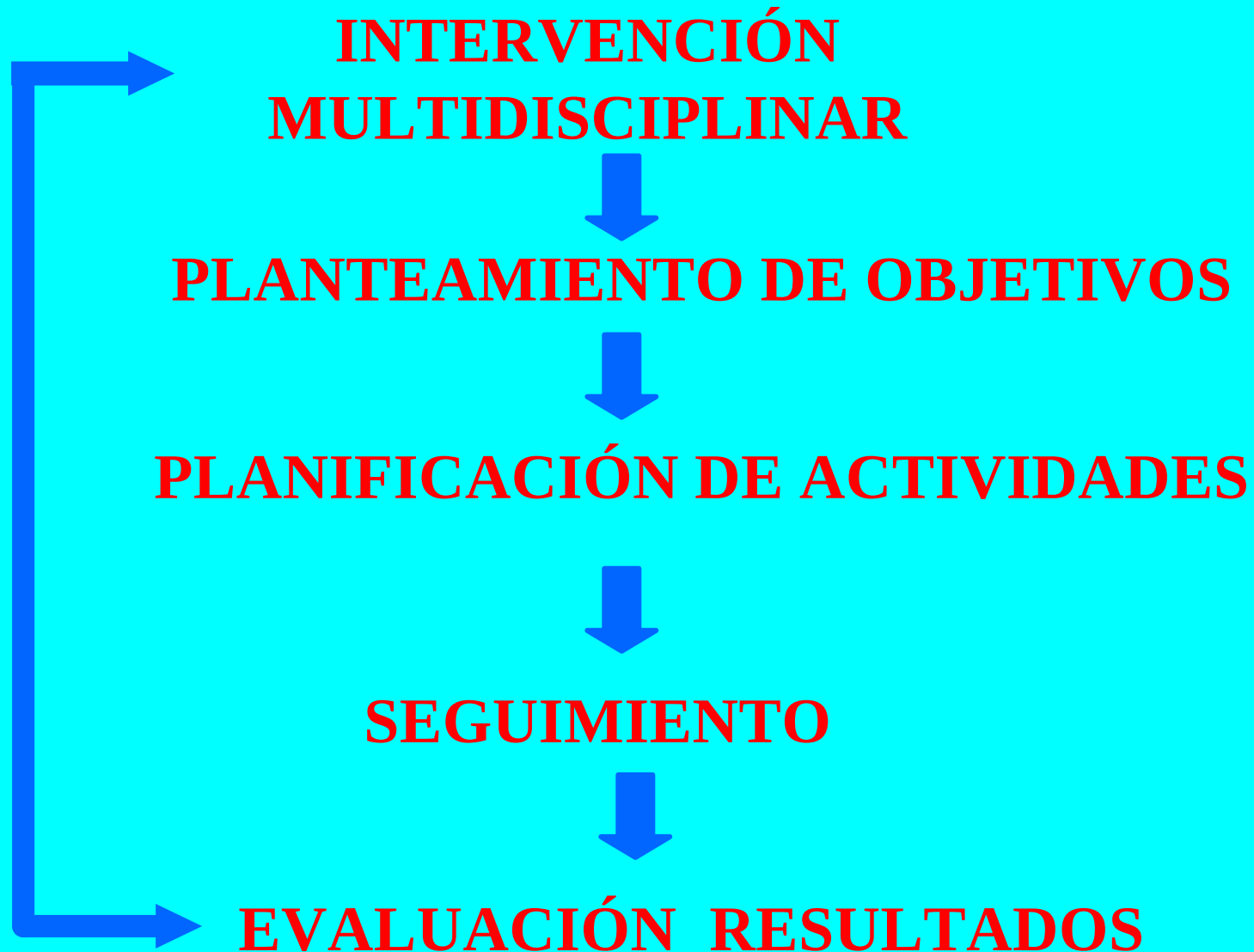
PROCESO PARA COMPLETAR LA SIP



TRABAJAR CON EL R.A.I. CONLLEVA

- ⇒ VALORACIÓN SISTEMÁTICA DEL RESIDENTE**
- ⇒ MEJORÍA DEL SISTEMA DE REGISTROS**
- ⇒ MEJORÍA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS RESIDENTES**
- MEJORÍA DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS**
- ⇒ FOMENTO DEL TRABAJO EN EQUIPO**
- ⇒ FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES**
- ⇒ MEJORÍA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL**

PLANES DE CUIDADOS



OBJETIVOS DEL PLAN DE CUIDADOS

- ⇒ **MEJORÍA
FUNCIONAL**
- ⇒ **PRESERVAR EL
NIVEL FUNCIONAL
(MÍNIMO
EMPEORAMIENTO)**
- ⇒ **RETARDAR O
MINORAR EL
EMPEORAMIENTO Y
EVITAR DÉFICITS
FUNCIONALES**



TRABAJAR CON EL R.A.I. CONLLEVA

- ⇒ VALORACIÓN SISTEMÁTICA DEL RESIDENTE**
- ⇒ MEJORÍA DEL SISTEMA DE REGISTROS**
- ⇒ MEJORÍA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS RESIDENTES**
- ⇒ MEJORÍA DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS**
- ➔ FOMENTO DEL TRABAJO EN EQUIPO**
- ⇒ FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES**
- ⇒ MEJORÍA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL**

Eficacia del trabajo en equipo

- ⇒ **Objetivos comunes:** será más fácil que se generen relaciones de cooperación en el equipo
- ⇒ **Comunicación interna:** la fluidez de la comunicación asegurará la fiabilidad de las informaciones y la disponibilidad de las mismas
- ⇒ **Confianza mutua:** facilitará las tareas de delegación y el reparto de responsabilidades, la no duplicidad de esfuerzos y la mejora del clima interno

R ESOURCE
U TILIZATION
G ROUPS
- RUG III

UN ALGORITMO RUG-III PARA LA CLASIFICACIÓN EN “CASE-MIX”

⇒ El sistema Rug-III clasifica residentes/usuarios en el cuidado institucional a largo plazo en 44 grupos, basados en la relación entre sus características clínicas y el tiempo invertido por el personal para proporcionar su cuidado.

⇒ El modelo original RUG-III estaba basado en un estudio de la Medida del Tiempo del Personal (STM) llevada a cabo en 1990 en alrededor de 7,000 residentes en clínicas de reposo usando el Resident Assessment Instrument Minimum Data Set (RAI/MDS) versión “1.0 Plus” (MDS+).

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

R U G III

Aunque diseñado originalmente para la financiación, la clasificación RUG-III ha mostrado una gran utilidad para otros aspectos de la gestión del sector:

- La validación en otros países ha mostrado que los RUG-III mantienen un patrón sorprendentemente similar para explicar el uso de recursos asistenciales en sistemas muy diferentes.
- Constituye una excelente herramienta para analizar las diferencias entre centros, en términos de perfil de los usuarios/residentes y de patrón de prestación de servicios.
- Para los centros individuales, la comparación permite también una revisión en profundidad sobre la adecuación de los servicios que se prestan a las necesidades de los residentes / usuarios.

La Health Care Financing Administration financió el “Multistate Case-Mix and Quality Demonstration Project” dirigido a obtener un sistema de clasificación de usuarios/residentes en las nursing homes, que permitiera valorar los diferentes componentes de complejidad asistencial en este sector.

El proyecto finalizó con la validación de un nuevo sistema de clasificación de usuarios/residentes que permite:

- Contemplar los diferentes niveles de dependencia como generadores de cargas de trabajo de enfermería (y por tanto, de coste).

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

R U G III

- La dependencia se contempla dentro de siete categorías de complejidad asistencial que introducen varios tipos de atención.
- El sistema se construye combinando variables de estado del paciente/residente con las de servicios realizados para su atención. Por tanto “priman” las actitudes activas y rehabilitadoras de los centros.

- **UN ALGORITMO RUG-III PARA LA CLASIFICACIÓN CASE-MIX DE usuarios.**

⇒ El tiempo del personal (enfermería/auxiliares y terapia) implicado en su cuidado se midió prospectivamente sobre un período de 24 horas.

⇒ Consecutivamente, han sido dirigidos dos estudios STM adicionales en Estados Unidos, uno en 1995 y otro en 1997, involucrando un total adicional de 4,000 sujetos, usando el RAI/MDS 2.0 assessment instrument.

⇒ Los estudios de 1995 y 1997 han sido usados para modificar y actualizar el algoritmo RUG-III.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Por estos motivos el sistema de clasificación o agrupación de usuarios sociosanitarios (RUG III) que se utiliza en el Conjunto Mínimo Básico Datos Sociosanitario, incorpora un instrumento que puede medir todas y cada una de las variables que están implicadas en **la carga de cuidados y la utilización o consumo de recursos**, obteniéndose grupos que generan un coste asistencial similar.

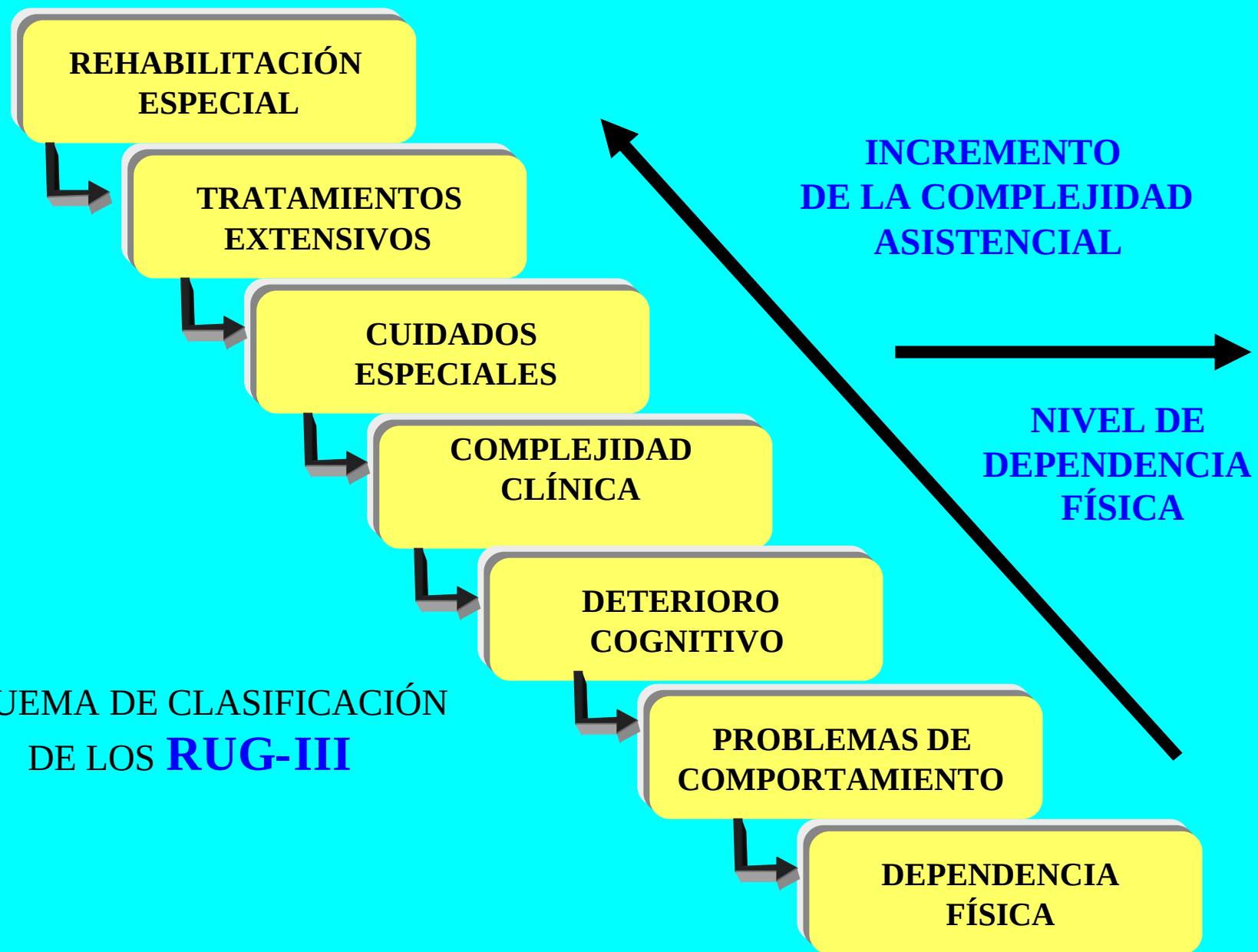
RUG- III

- **Gestión:**
 - **Permite analizar diferencias entre centros: perfil de residentes/usuarios y patrones de prestación de servicios.**
 - **Adecuación de los servicios que se prestan a las necesidades de los residentes/usuarios.**
 - **Evolución del case-mix de los usuarios.**
- **Financiación**

RUG III

- Sistema de clasificación de usuarios, según:
 - **Dependencia física**
 - **Complejidad asistencial**
 - **Grupos de isonecesidad, isoconsumo e isocoste.**
- Combina variables del estado del usuario con los servicios realizados para su atención. Priman actitudes activas y rehabilitadoras.
- Dependencia se contempla en 7 grandes categorías clínicas (44 grupos).

ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN
DE LOS **RUG-III**



PESOS DE LOS 44 GRUPOS RUG III



**¿Qué cambios ha producido
el sistema de información?**

LOS CAMBIOS 1



ANTES



**FALTA DE COMUNICACIÓN
ENTRE EL PROPIO PERSONAL
DEL CENTRO**



**ESCASO CONTACTO CON LA
ADMINISTRACIÓN CENTRAL**



**ENFERMERÍA TRABAJA POR
TAREAS**



REGISTROS INSUFICIENTES



DESPUÉS



**MEJORÍA EN LA
COMUNICACIÓN.
POTENCIACIÓN DEL TRABAJO
MULTIDISCIPLINAR**



**SE MEJORA EL CONTACTO CON
LA ADMINISTRACIÓN EN TORN
AL CUIDADO INTEGRAL.**



**SE TRABAJA CON PLANES DE
CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS**



**MEJORA EL SISTEMA DE
REGISTROS**



ANTES



DESCONOCIMIENTO DEL PERFIL DE LOS RESIDENTES ASÍ COMO DE LAS CARGAS DE TRABAJO DE LOS CENTROS



NO SE REALIZAN VALORACIONES DE FORMA SISTEMATIZADA, NO HAY DETECCION PRECOZ DE PROBLEMAS



APENAS SE REALIZA ACTIVIDAD CIENTÍFICA DE INVESTIGACIÓN



POCA ACTIVIDAD INFORMÁTICA

LOS CAMBIOS 2



DESPUÉS



CONOCIMIENTO DEL PERFIL DE LOS RESIDENTES DE CENTROS PÚBLICOS ASÍ COMO LAS CARGAS DE TRABAJO



SE VALORA A LOS RESIDENTES DE FORMA SISTEMÁTICA.1ª
Valoración al ingreso/ cada 4 meses/ Si hay cambio.



SE POTENCIAN LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN



SE POTENCIA EL USO DE LA INFORMÁTICA. DESARROLLO DE REDES. PROGRAMAS

LOS CAMBIOS 3



ANTES



DESPUÉS



**ESCASA ACTIVIDAD FORMATIVA
DEL PERSONAL**



**REALIZACIÓN DE CURSOS DE
FORMACIÓN**



**ESCASA PARTICIPACIÓN DEL
PERSONAL EN LA TOMA DE
DECISIONES**



**SE ABRE LA POSIBILIDAD DE
PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL
MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE
GRUPOS DE TRABAJO**



**NO HAY POSIBILIDAD DE
REALIZAR COMPARACIONES
INTERCENTROS**



**SE POSIBILITA LA REALIZACIÓN
DE COMPARACIONES
INTERCENTROS**



FALTA DE TIEMPO: PASAR DEL TRABAJO POR TAREAS AL TRABAJO EN EQUIPO Y LA ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS



NO VERSE REFLEJADOS EN LOS PRIMEROS DATOS

ESTUDIO DE FIABILIDAD

MEJORA LA CALIDAD DE LOS REGISTROS

INCORPORACIÓN DE FACULTATIVOS A LA UNIDAD DE REFERENCIA



MIEDO AL CONTROL

DESAPARECE CUANDO SE INSTALA EL APLICATIVO DE EXPLOTACIÓN DE DATOS



MIEDO A QUE SE FINANCIE POR RUG III

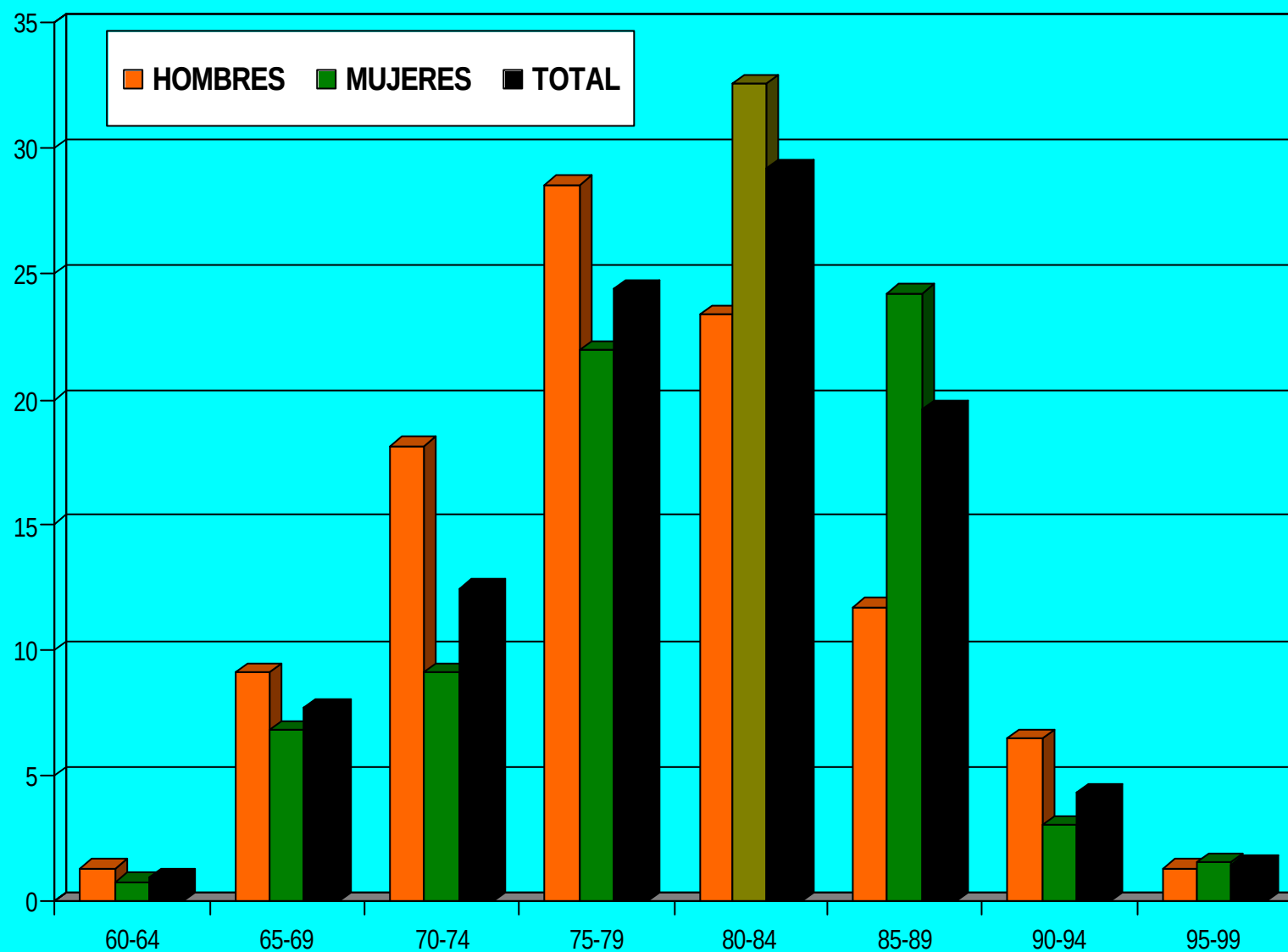
VEN REALIZACIÓN DEL TRABAJO QUE DEMUESTRA CARGA DE TRABAJO



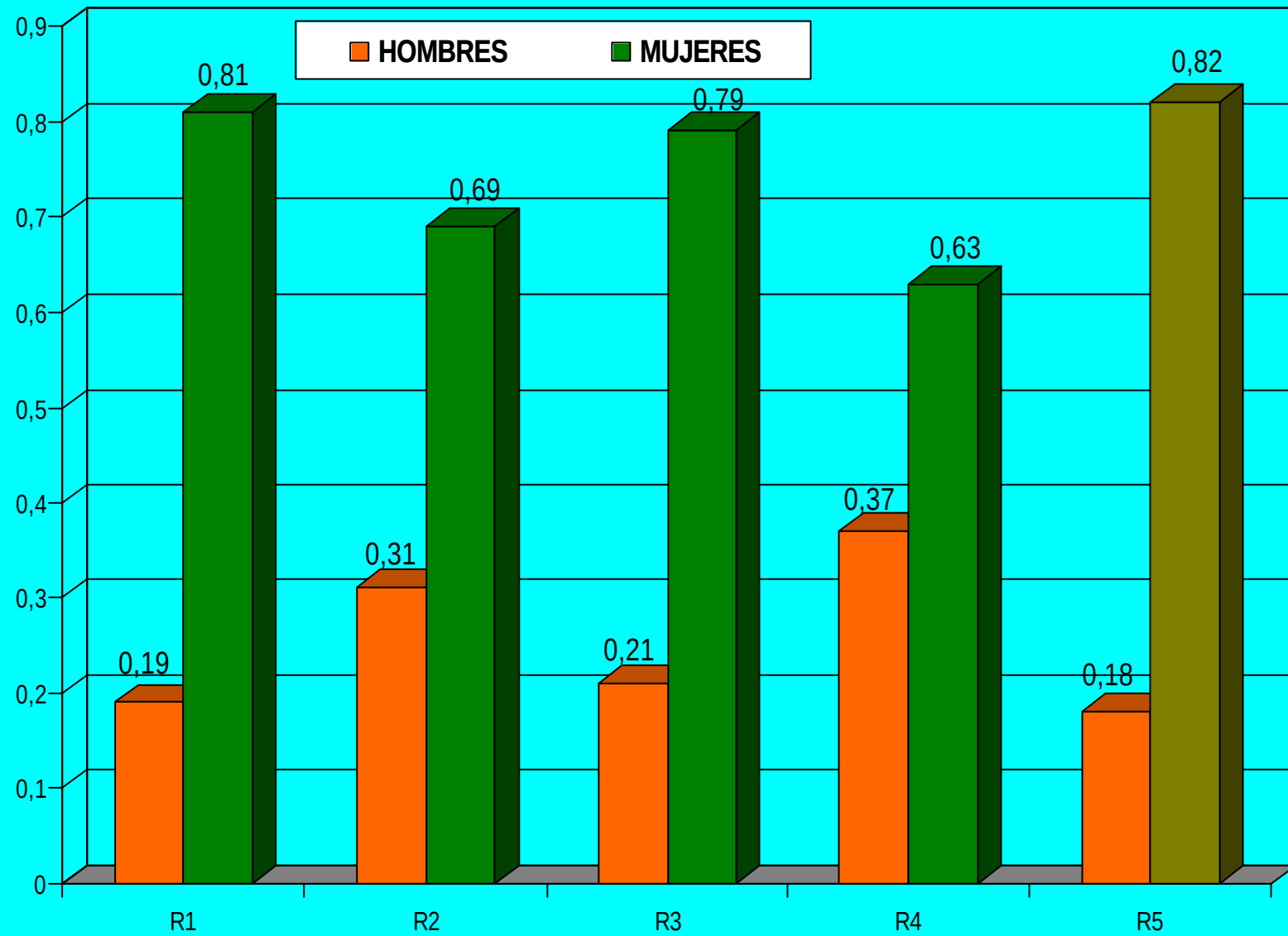
CARRERA DE COMPETITIVIDAD EN LA COMPLEJIDAD

Análisis de los datos

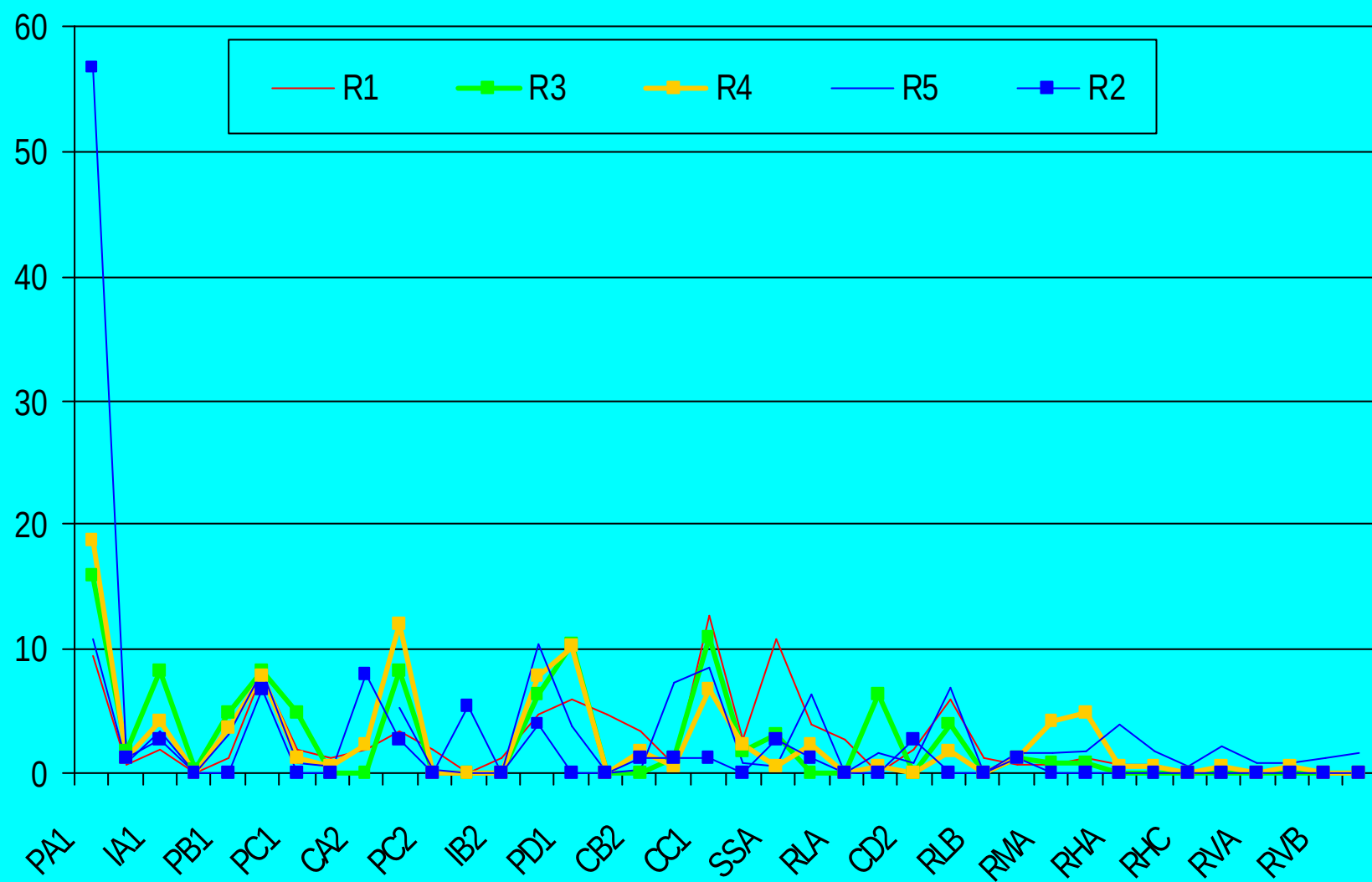
RESIDENCIAS ASISTIDAS. GRUPOS DE EDAD



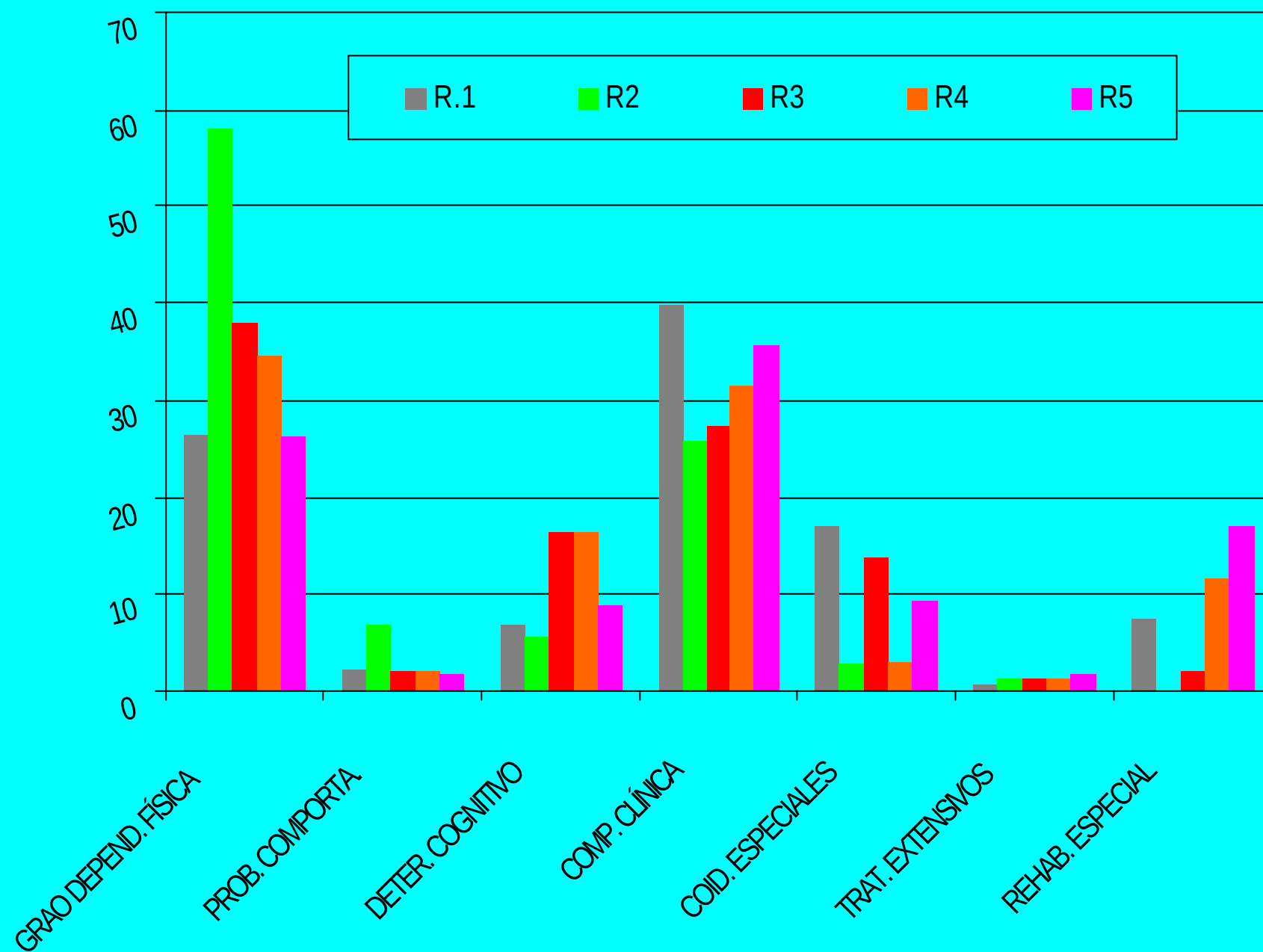
RESIDENCIAS ASISTIDAS. SEXO



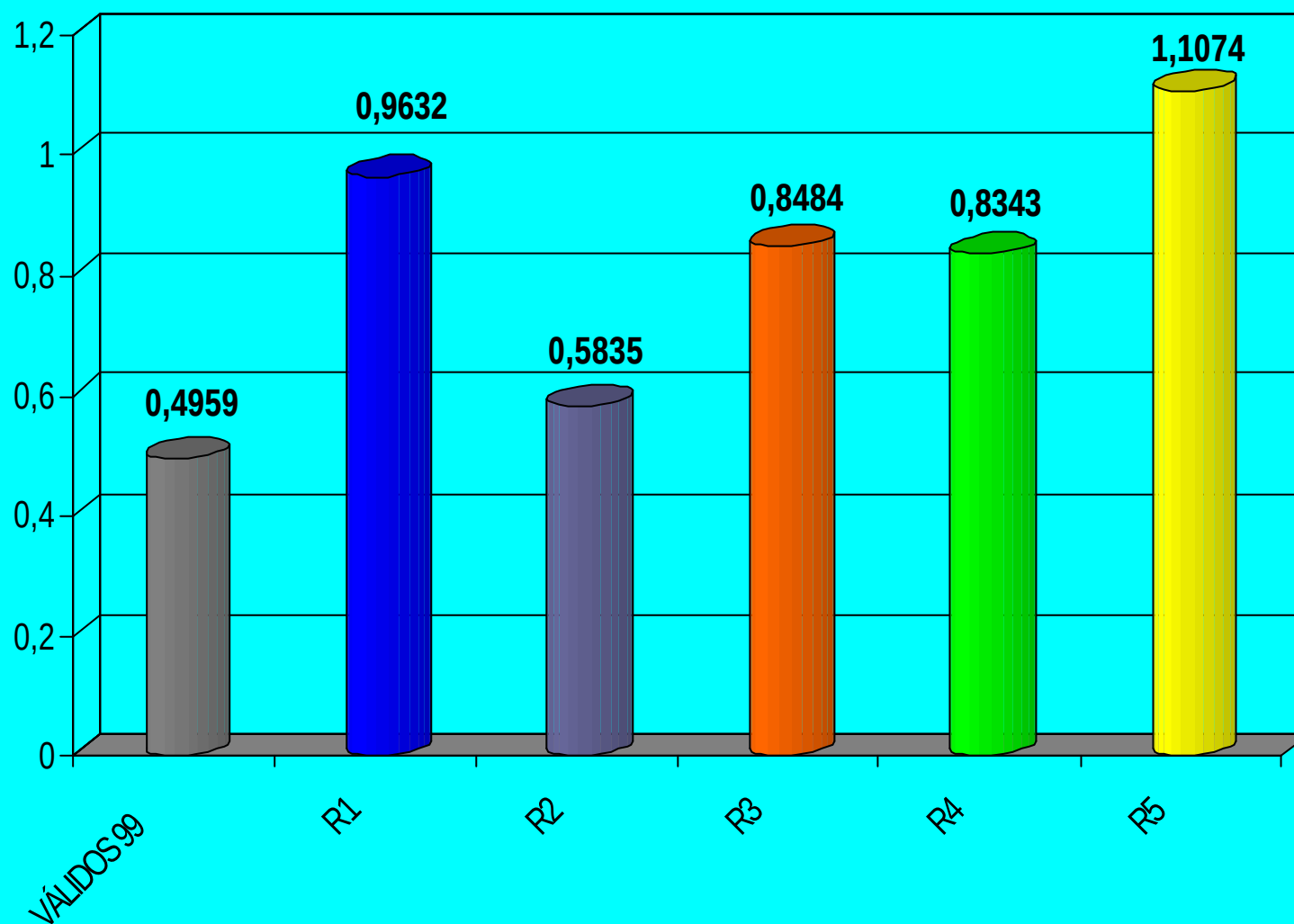
RESIDENCIAS ASISTIDAS. GRUPOS RUG



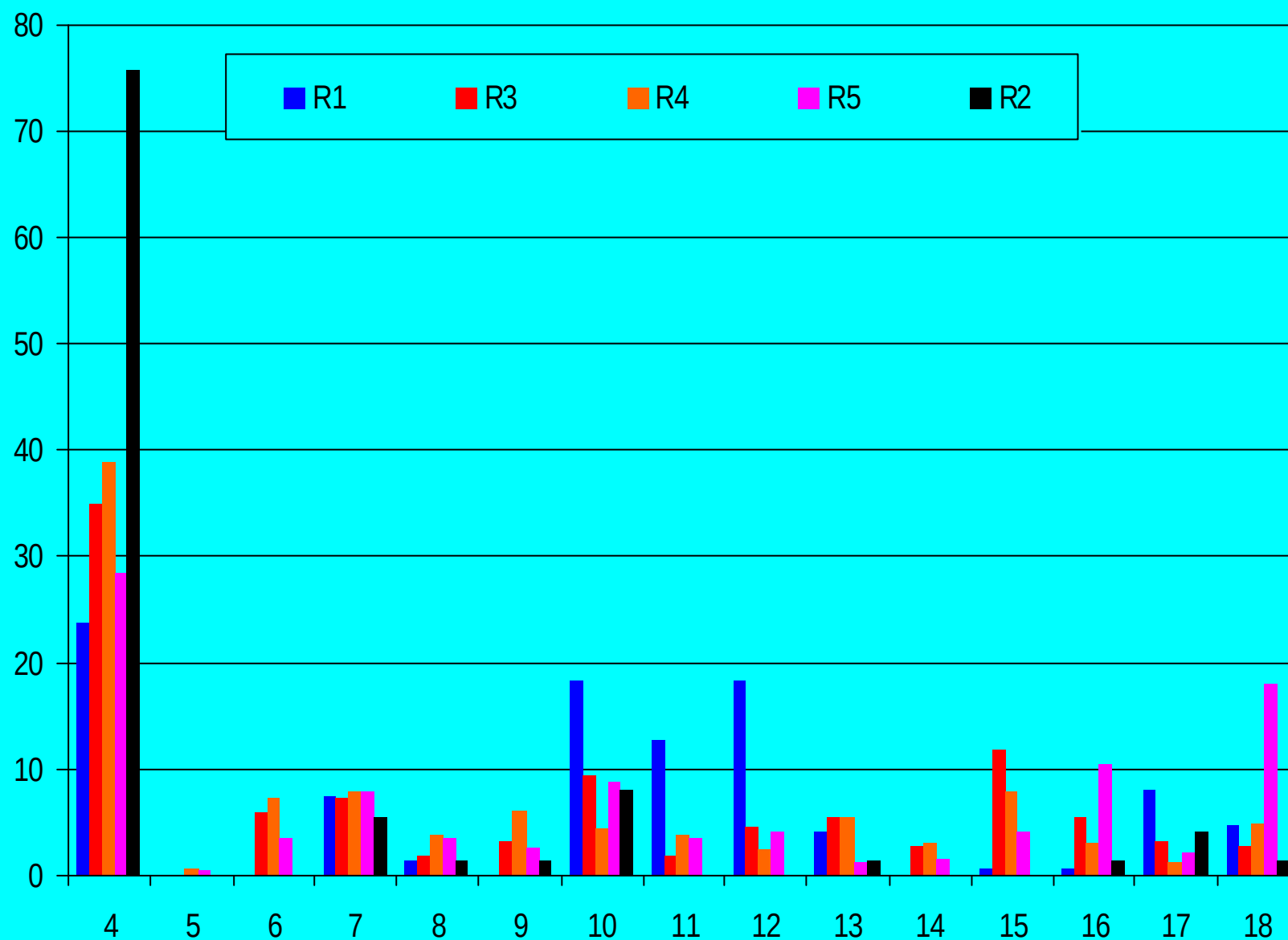
RESIDENCIAS ASISTIDAS. GRANDES GRUPOS RUG



RESIDENCIAS ASISTIDAS. PESO RUG III

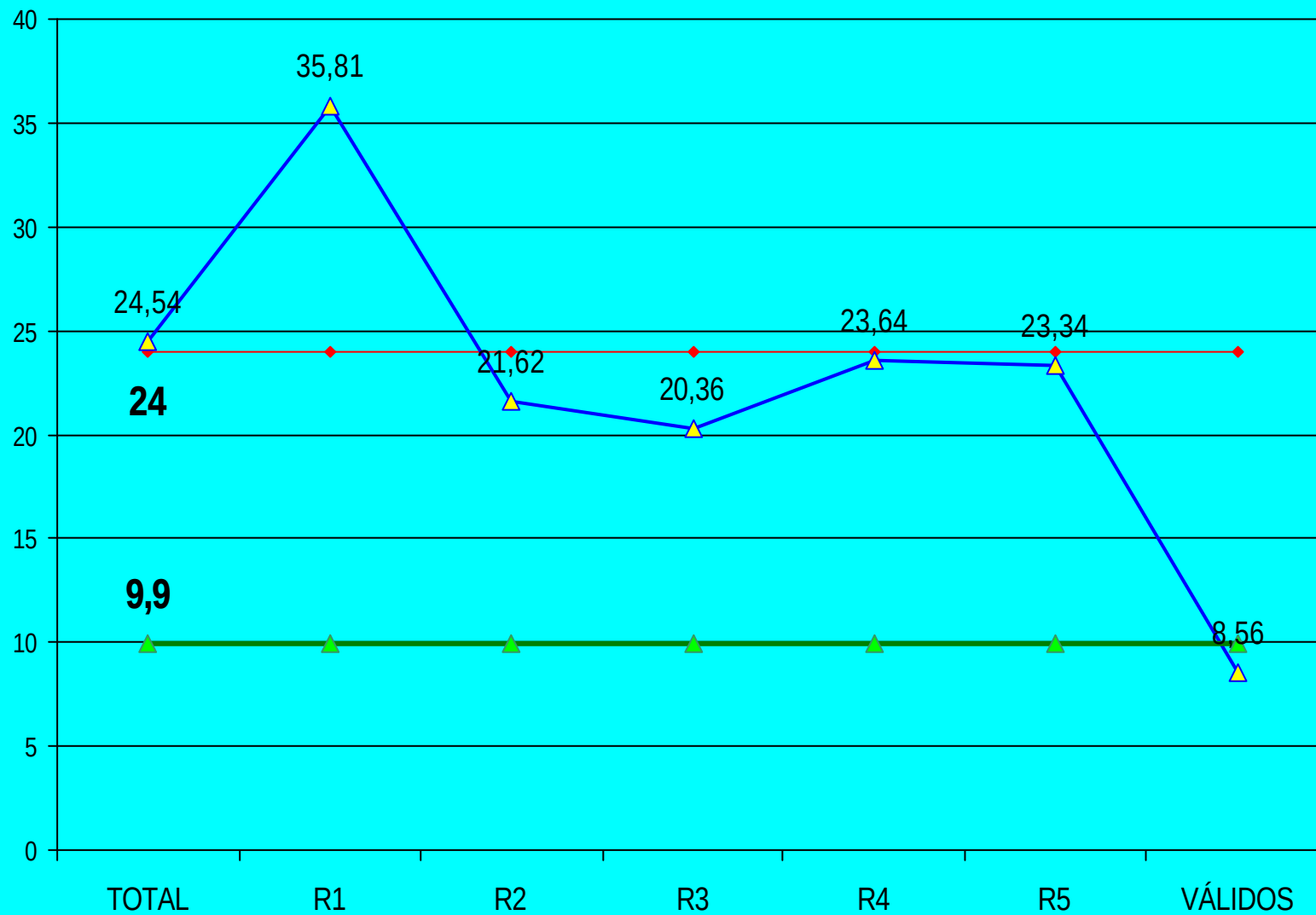


RESIDENCIAS ASISTIDAS. GRUPOS DE AVDs

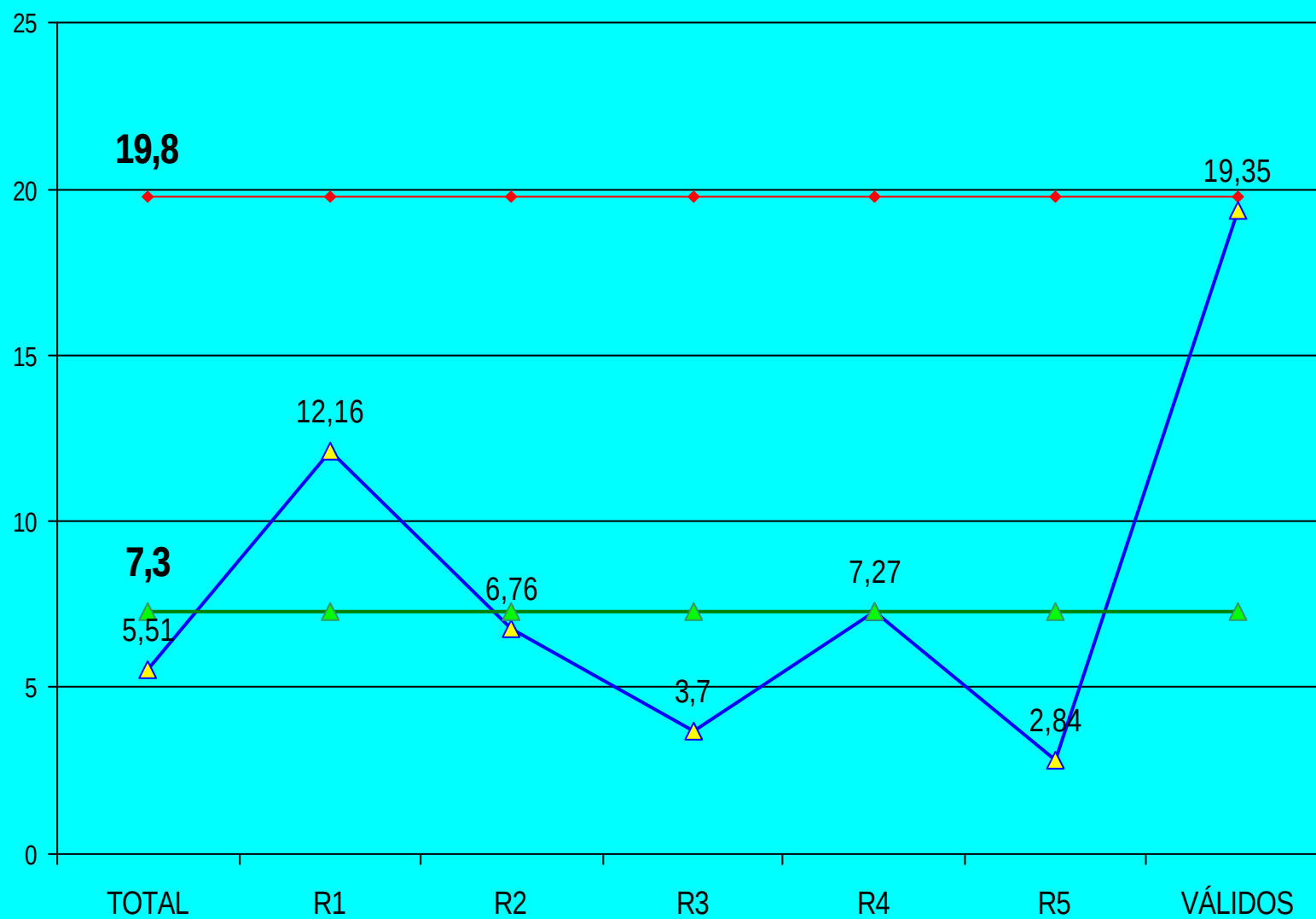


LOS INDICADORES DE CALIDAD

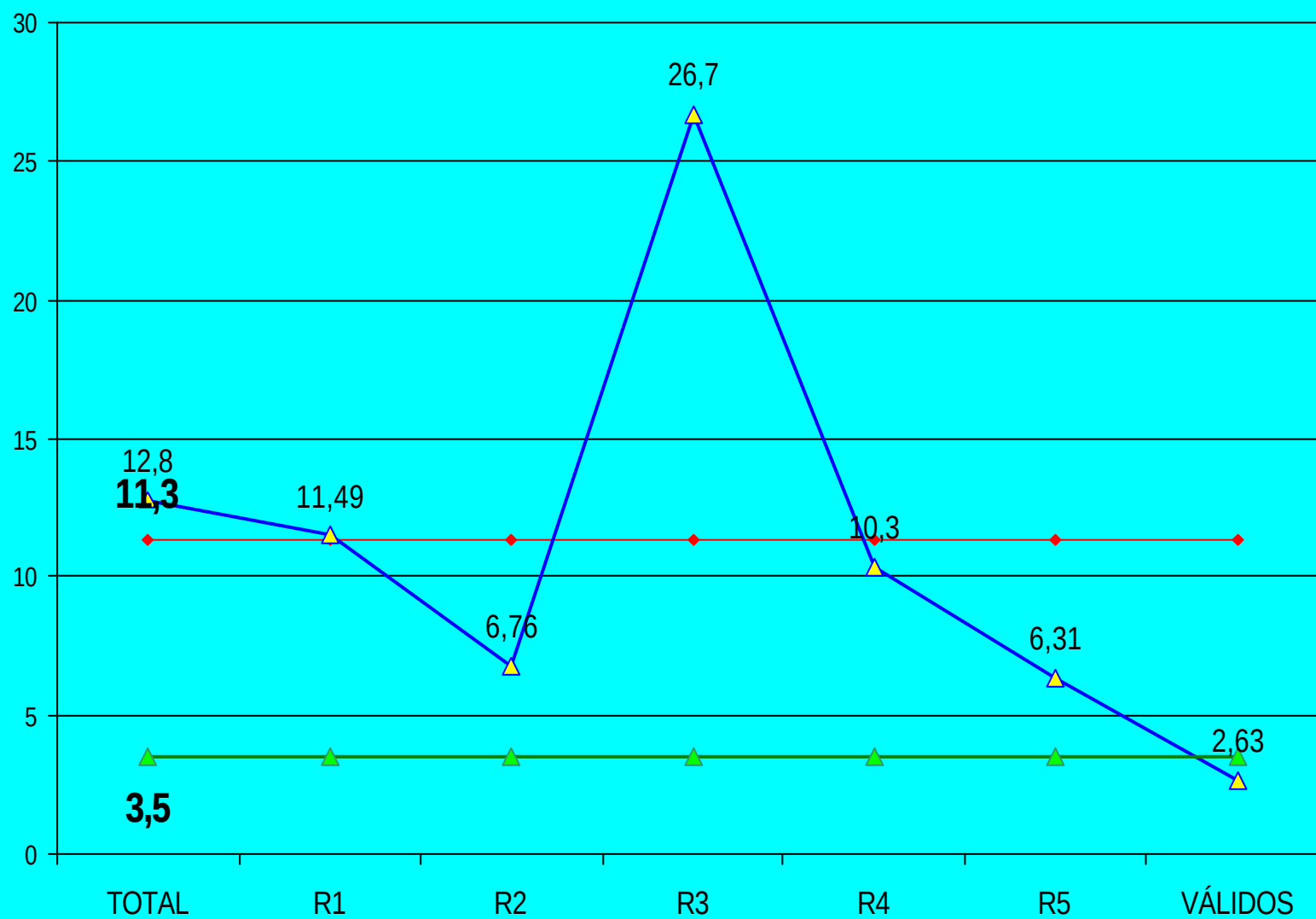
Prevalencia de trastornos del comportamiento que afectan a los demás



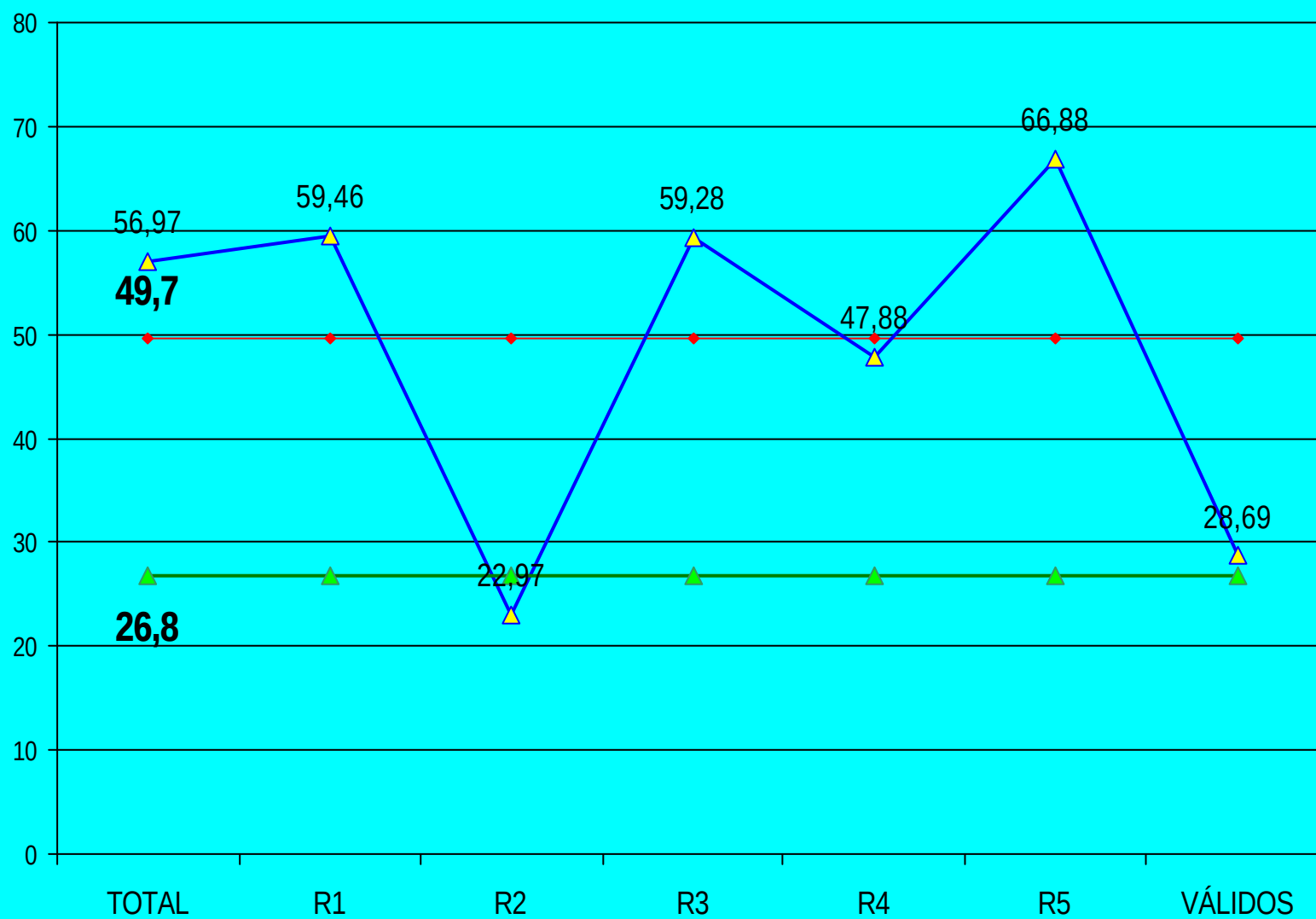
Prevalencia de síntomas de depresión



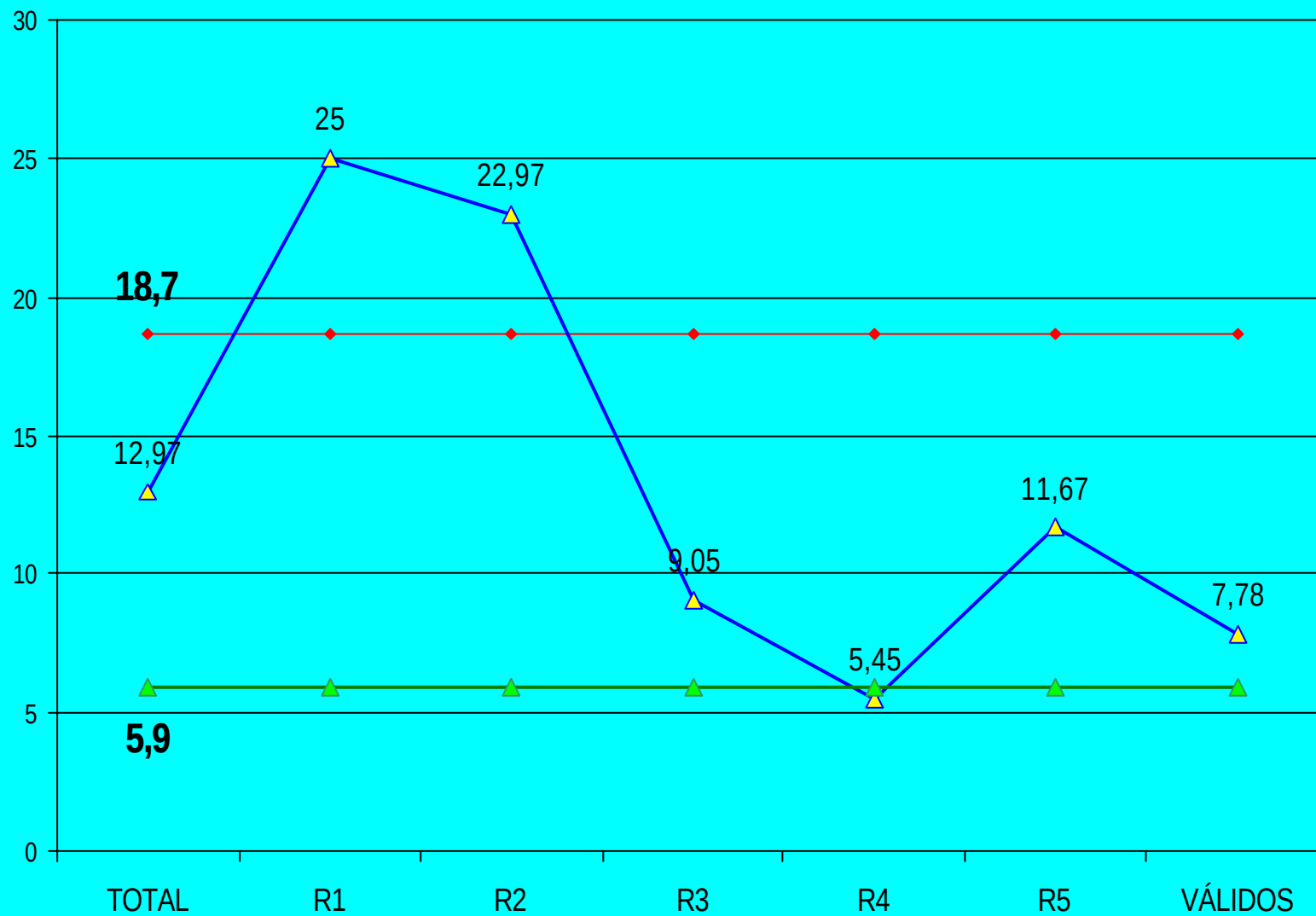
Prevalencia de deterioro cognitivo



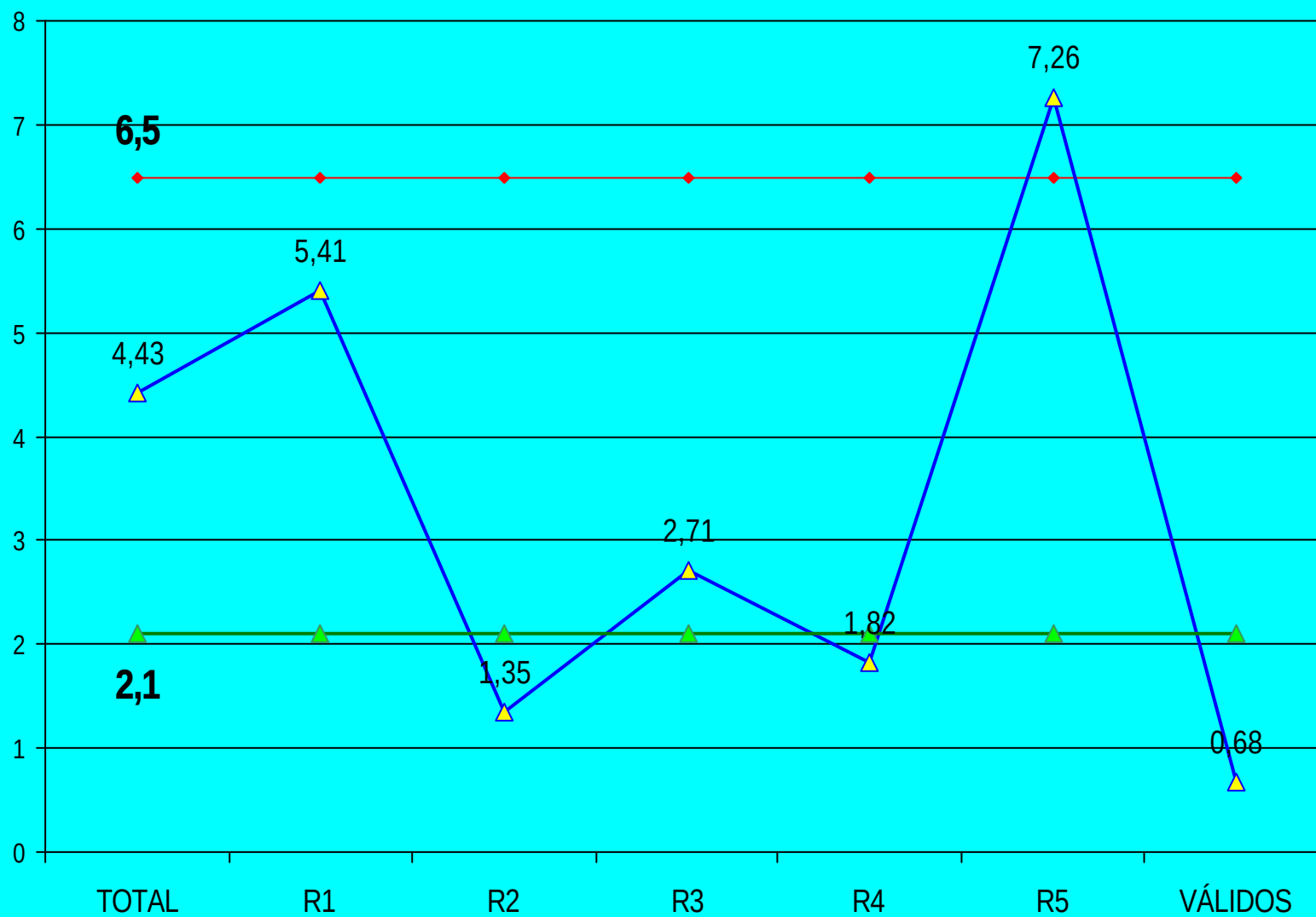
Prevalencia de incontinencia urinaria o intestinal



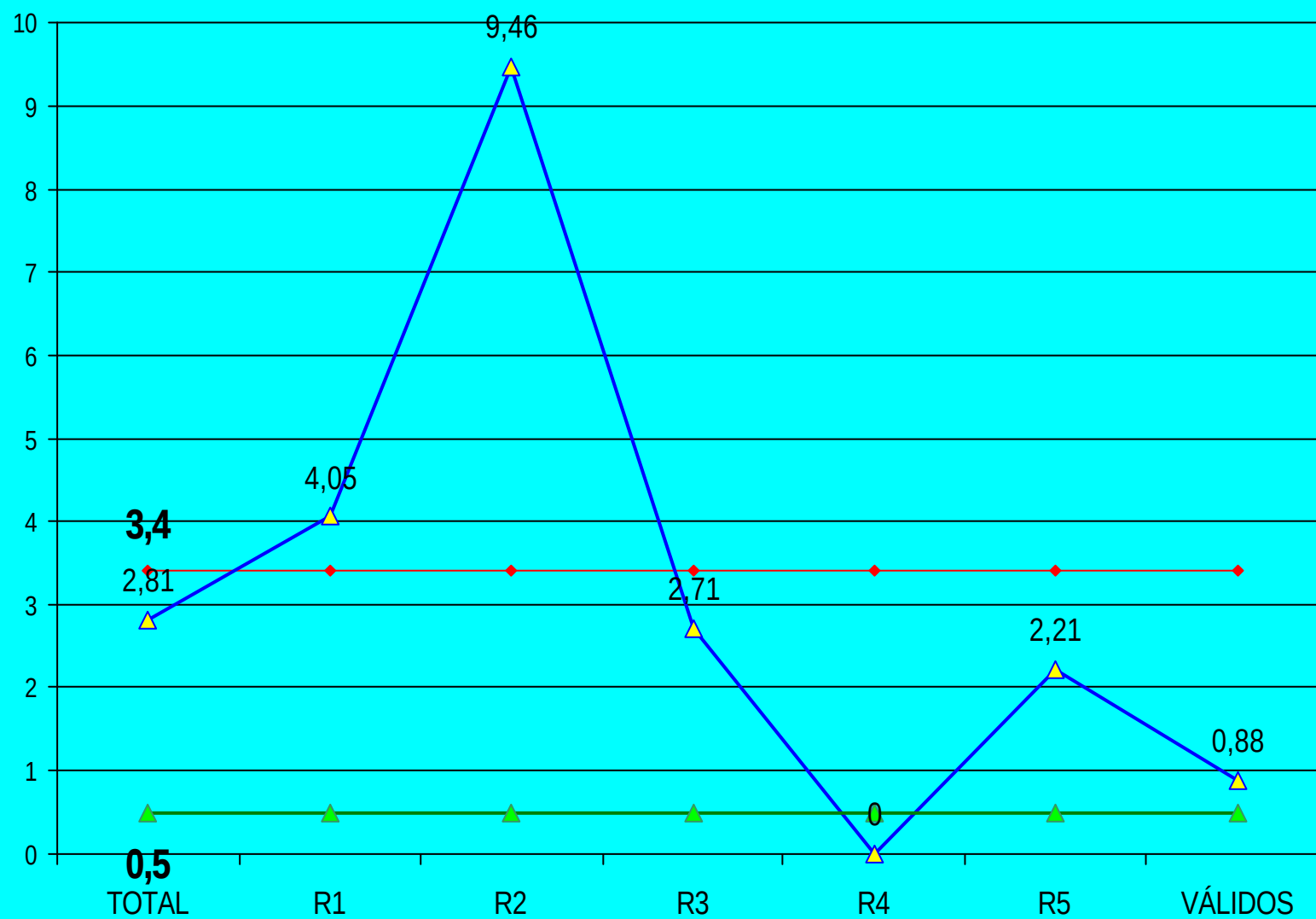
Prevalencia de incont. urinaria o intestinal ocasional o frecuente sin plan de aseo



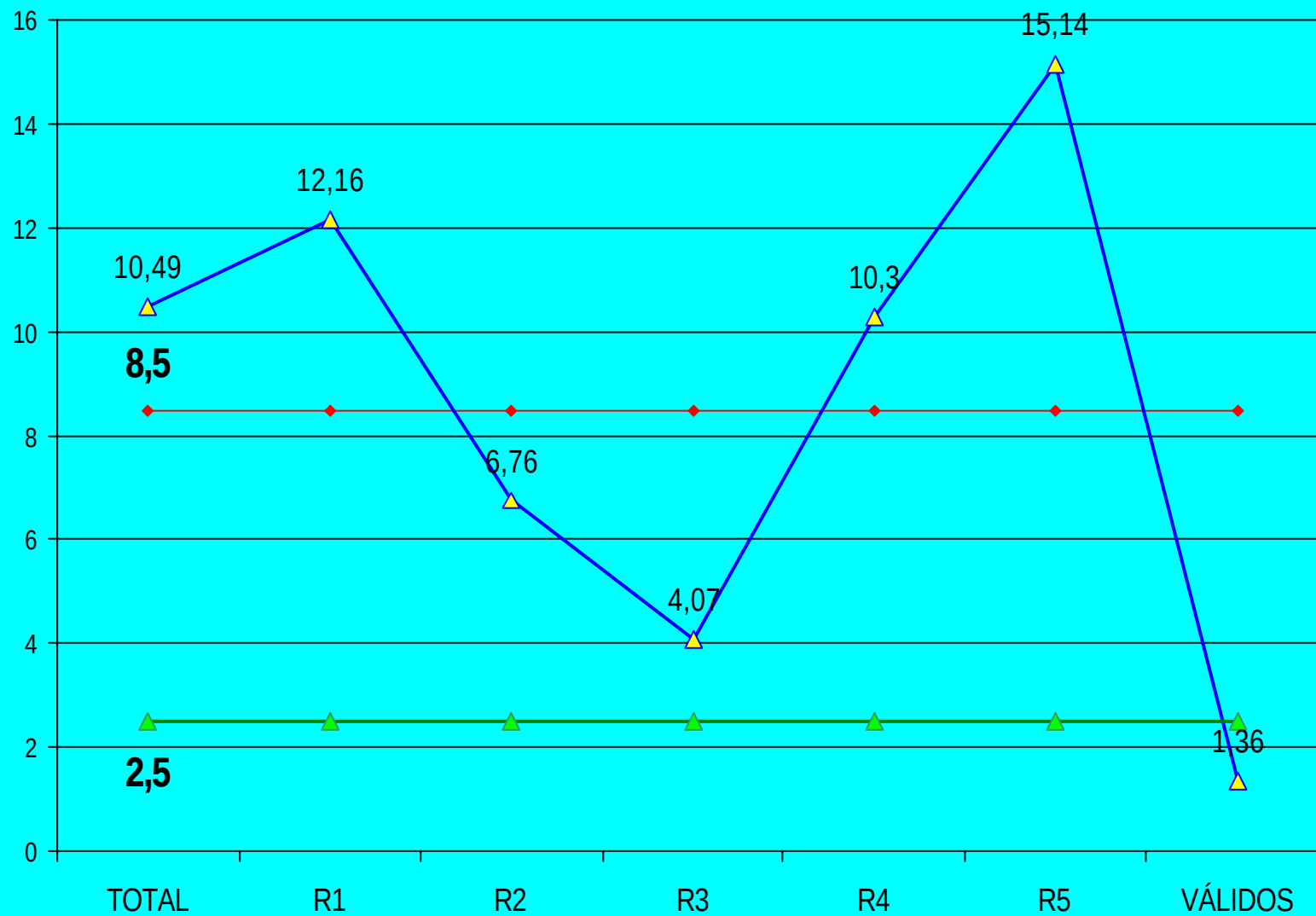
Prevalencia de sondas vesicales



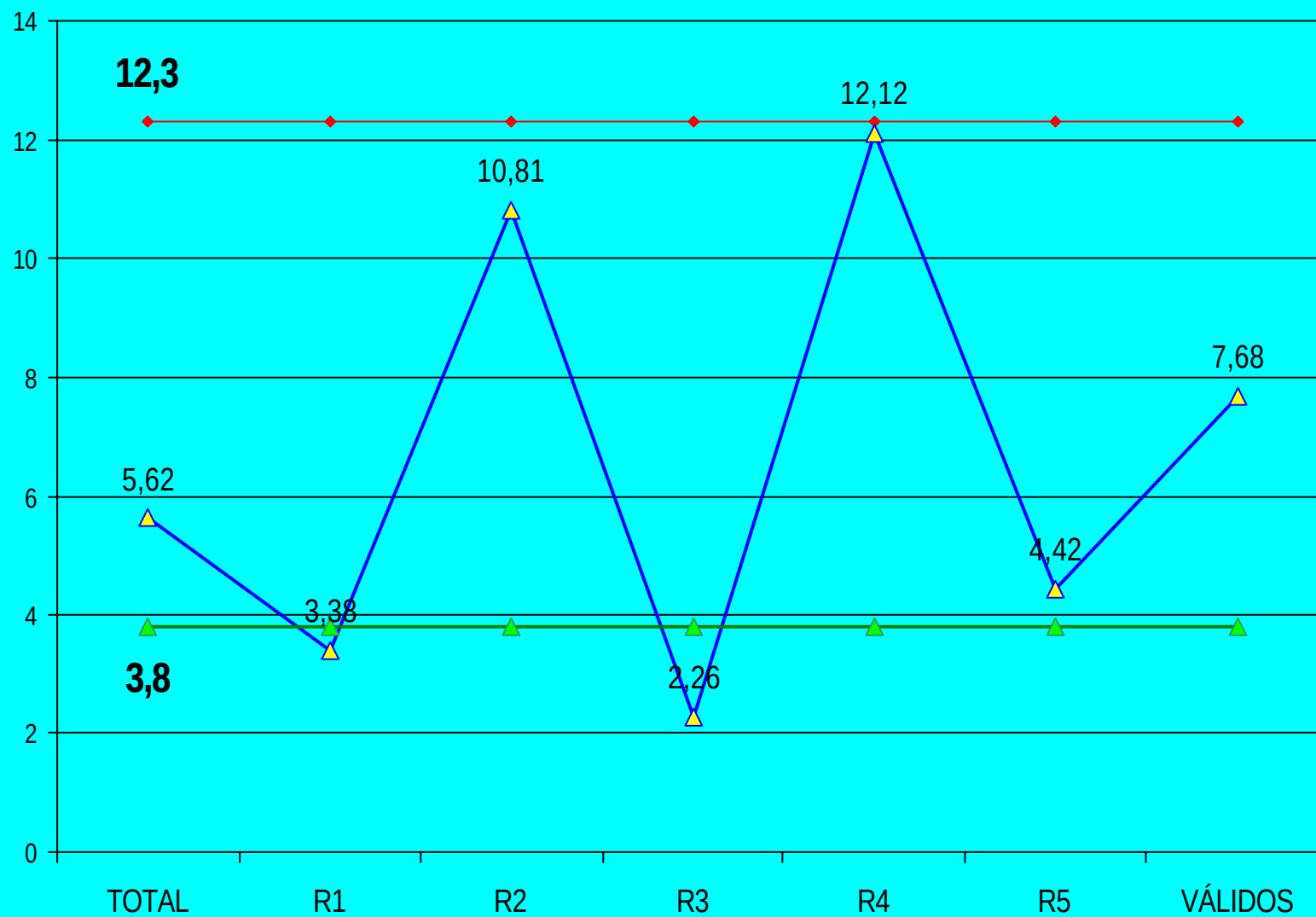
Prevalencia de impactación fecal



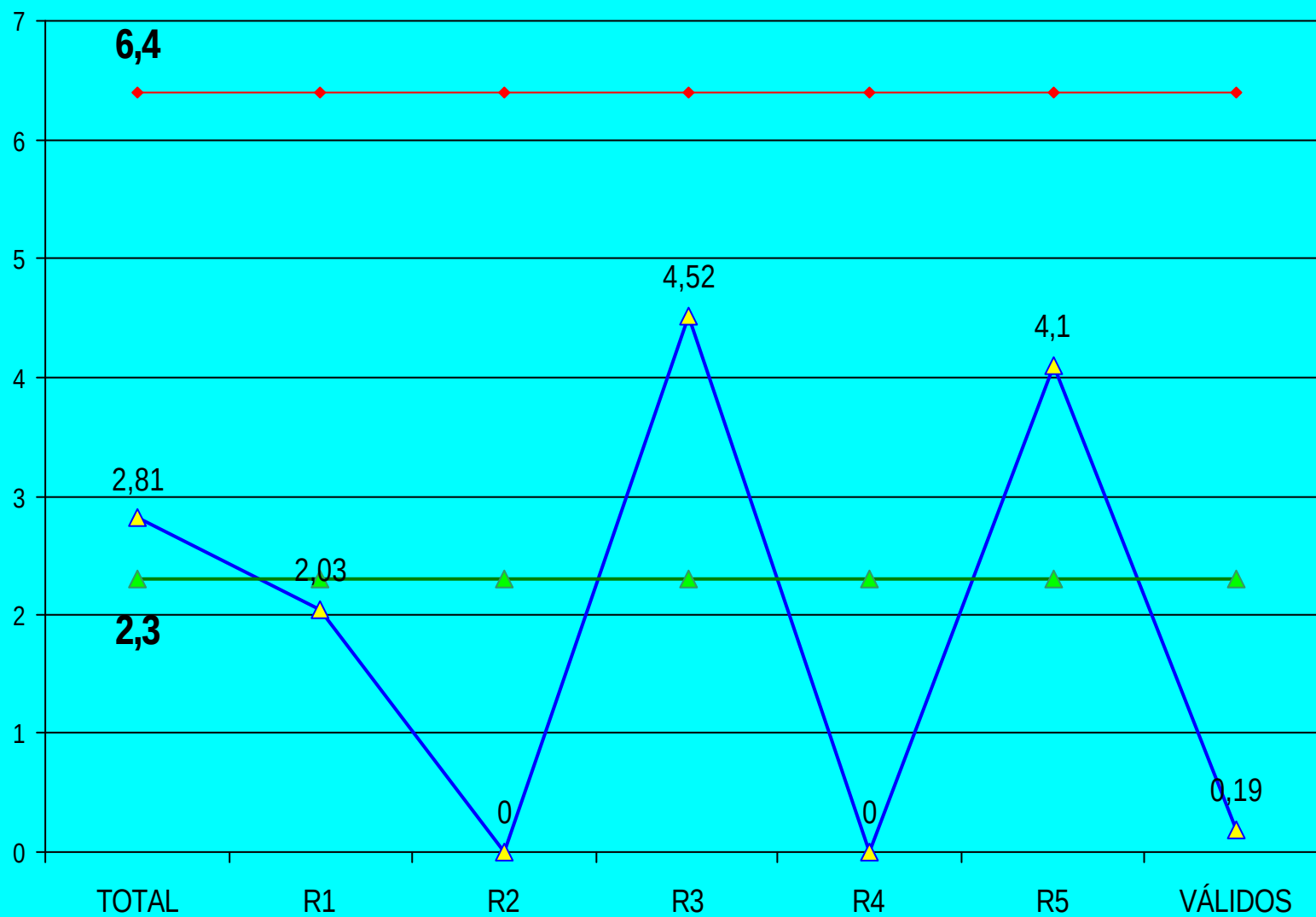
Prevalencia de infecciones urinarias



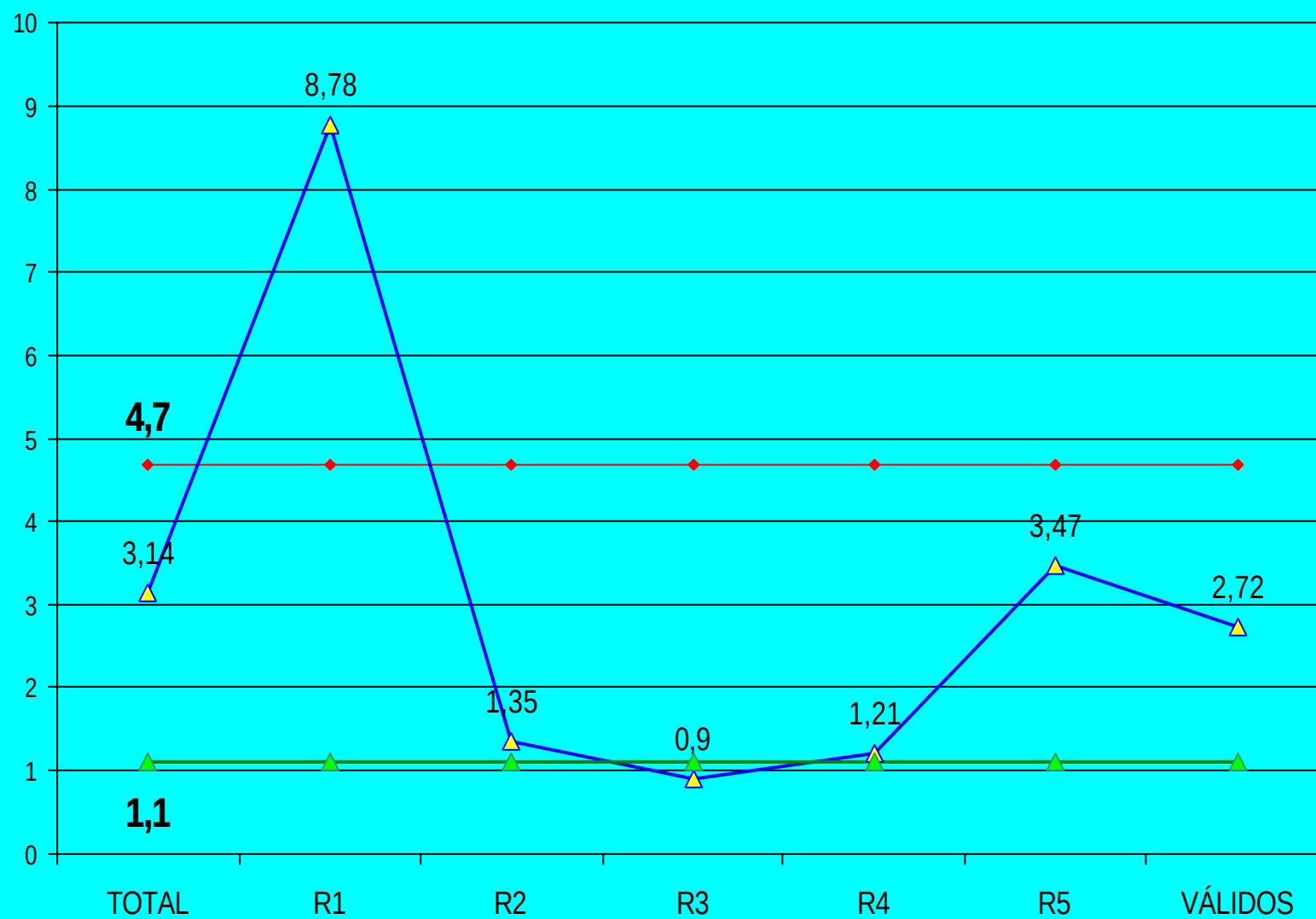
Prevalencia de pérdida de peso



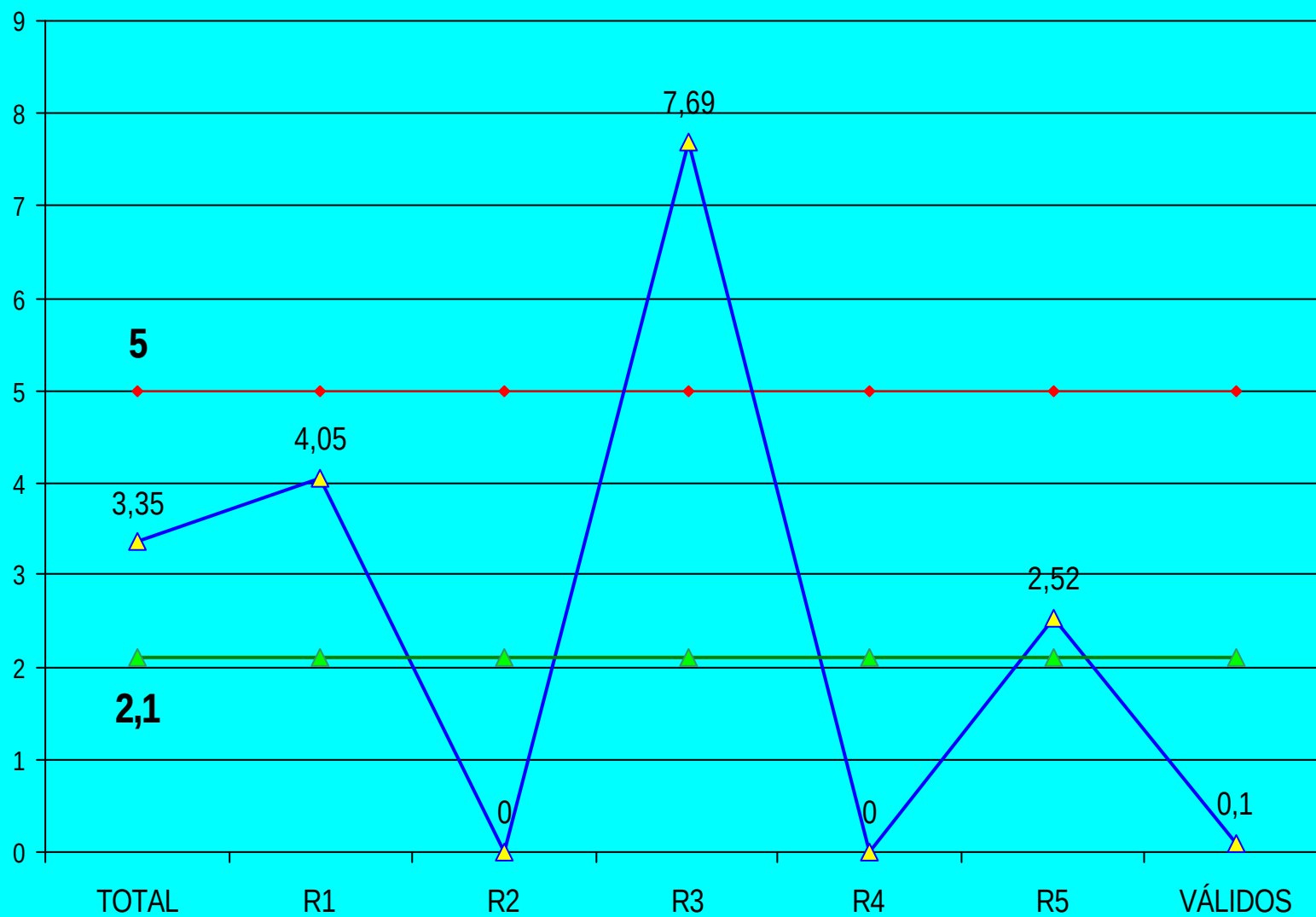
Prevalencia alimentación por sonda



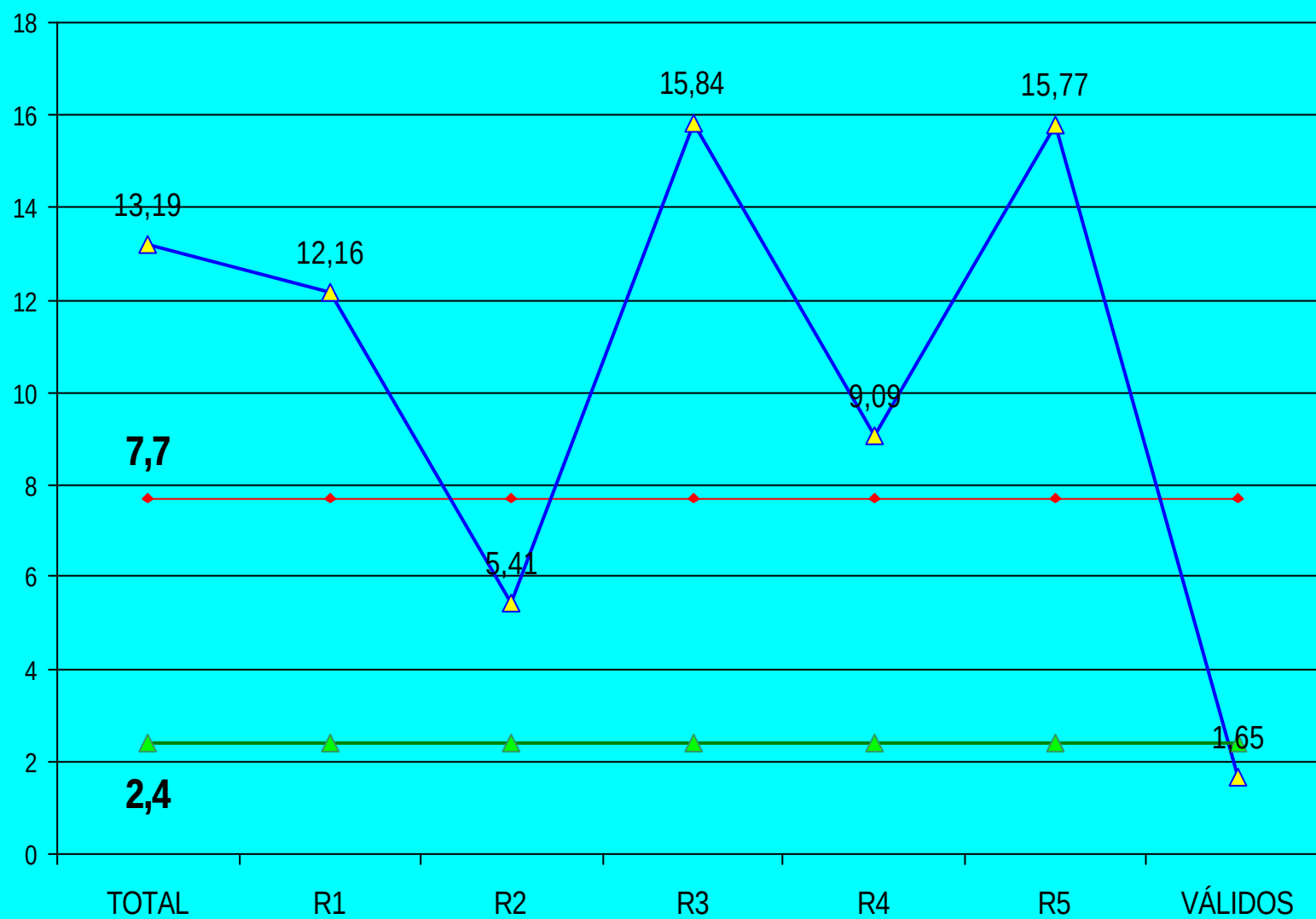
Prevalencia de deshidratación



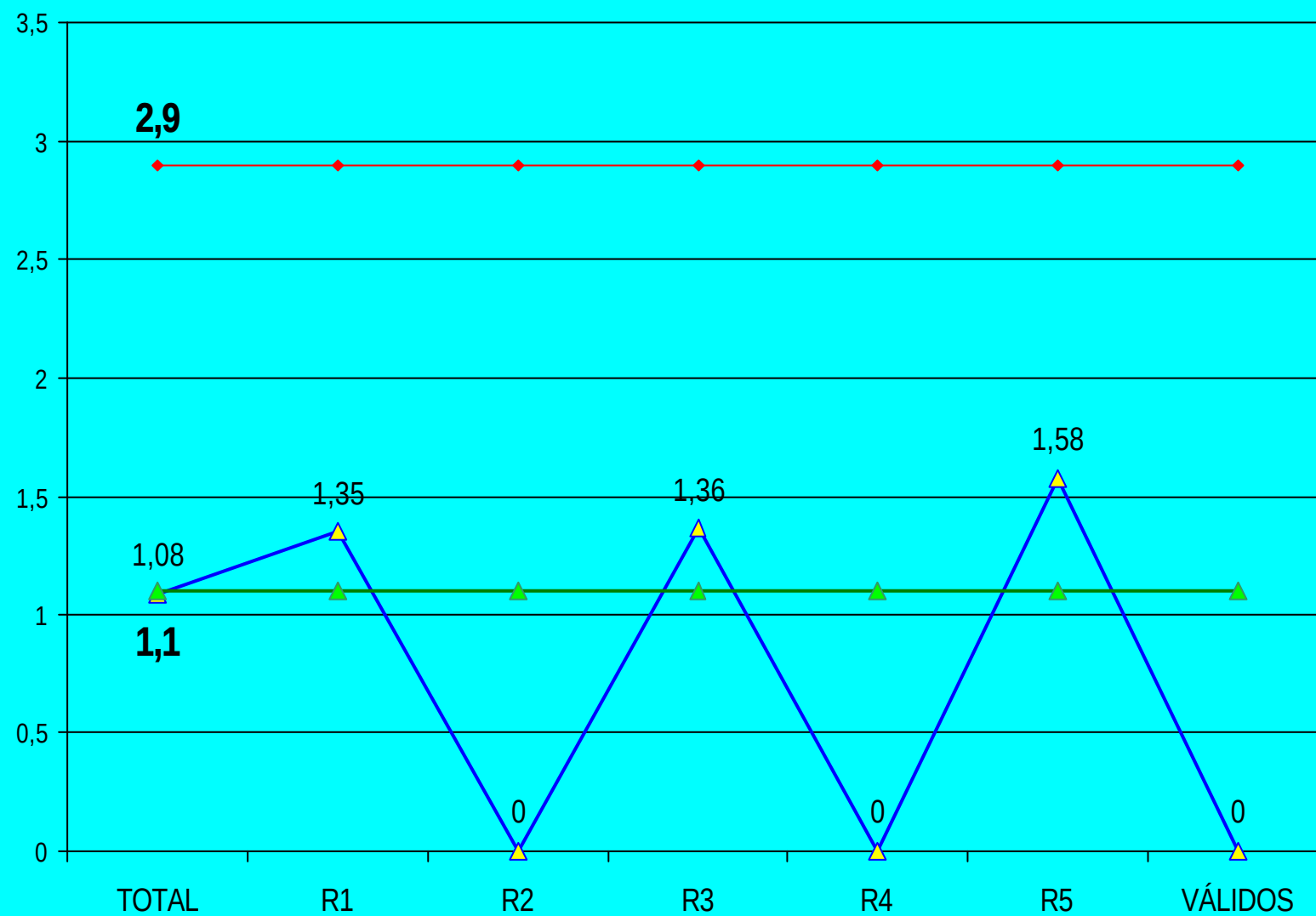
Prevalencia de encamados



Prevalencia de úlceras por presión

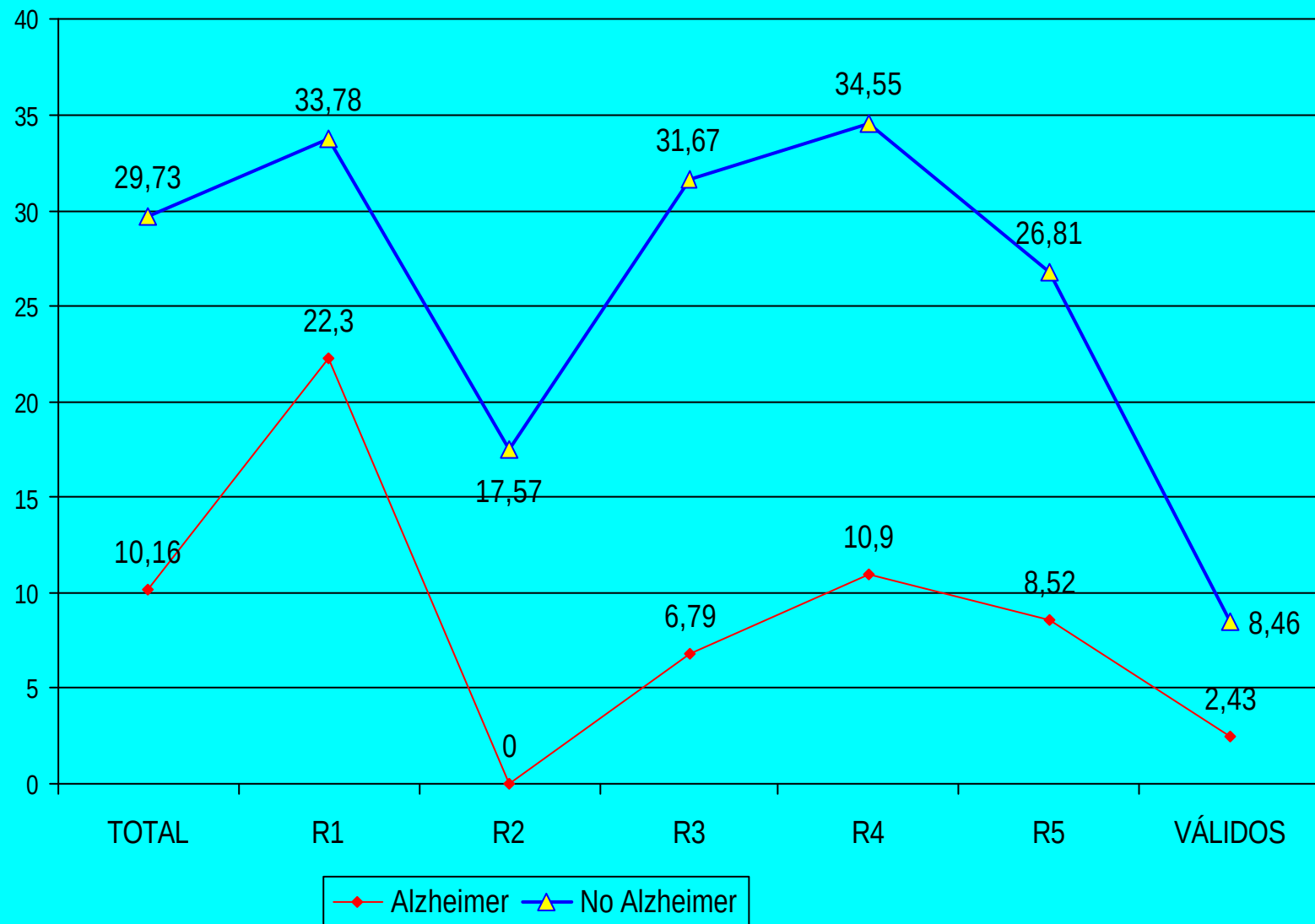


Incidencia de fracturas

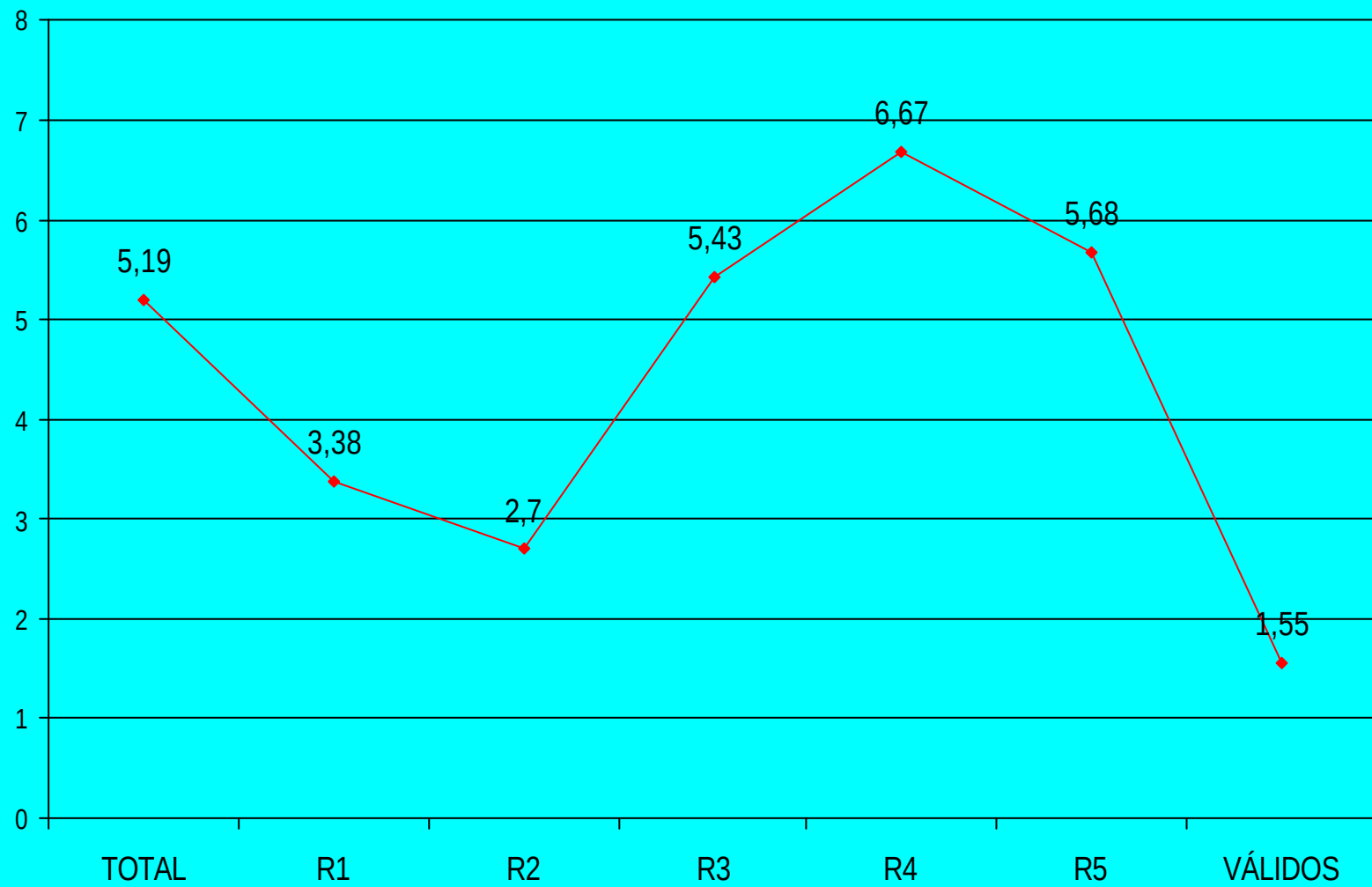


LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

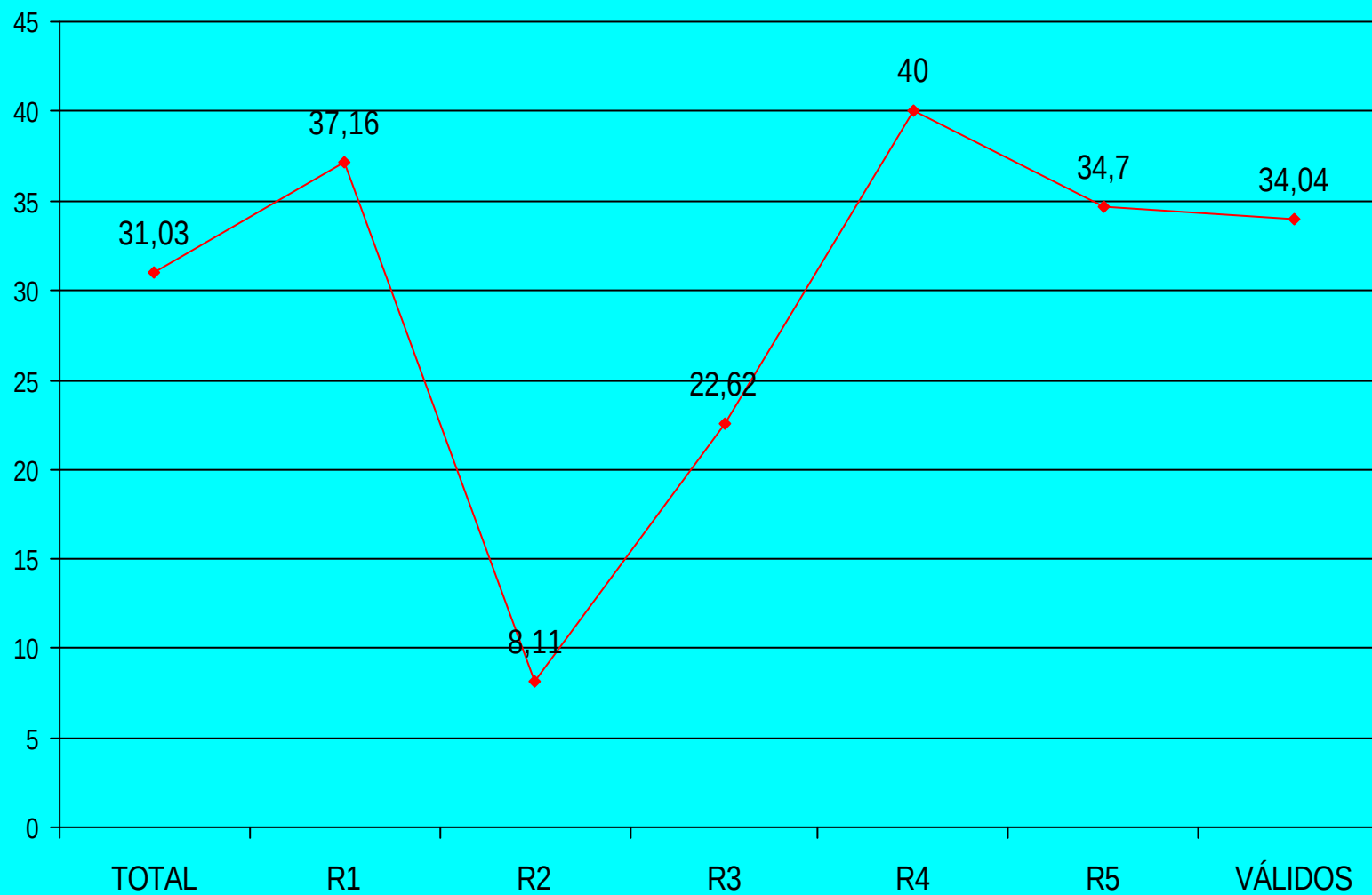
Prevalencia de demencia



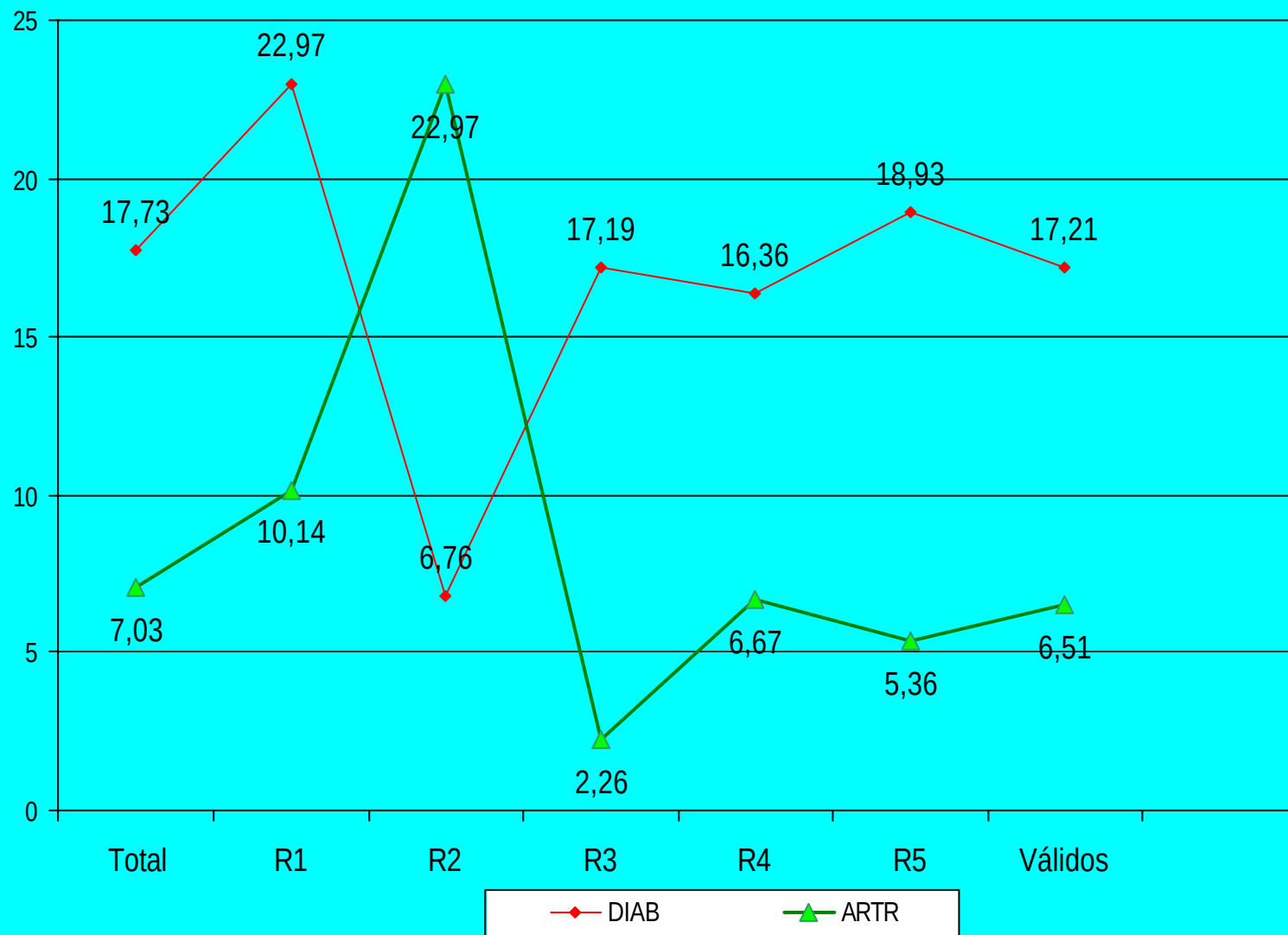
Prevalencia de cáncer



Prevalencia de hipertensión



Prevalencia de diabetes y artritis



IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

Hacia la Excelencia de los Cuidados, desde el Razonamiento Diagnóstico

A Coruña. 9-10 de Mayo 2002

Resumen de la Ponencia:

DE LO EMPÍRICO A LO EVIDENTE: LAS CLASIFICACIONES ENFERMERAS

Mercedes Ugalde Apalategui

Profesora Titular. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona

Presidenta. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos
de Enfermería. (AENTDE)

ÍNDICE

- 1 - Prenotando
- 2 - Antecedentes
- 3 - Algunos apuntes sobre la Teoría del Conocimiento
- 4 - Aportaciones a la construcción del conocimiento enfermero
- 5 - Reflexiones sobre lo empírico
- 6 - Lo evidente (Enfermería Basada en la Evidencia EBE)
- 7 - Las taxonomías enfermeras: NANDA, NIC y NOC
- 8 - Epílogo y Propuestas
- 9 - Bibliografía

1.- PRENOTANDO

En el prefacio del libro sobre Diagnósticos de Enfermería elaborado conjuntamente con la Profesora Rigol en el año 1995, hacíamos pública **“... una trayectoria de muchos años, fruto de la reflexión y el estudio, y que no es un avance a tientas, sino un proceso elaborado, siempre sujeto a cambios pero válido en sí mismo, ya que la ciencia sólo avanza a través de aportaciones susceptibles de críticas y de cambios.”**

El objetivo de esta ponencia apunta en la misma línea: Hacer aportaciones que permitan avanzar la “Ciencia Enfermera”. Sólo pretendo incitar a la reflexión, planteando algunas cuestiones que considero centrales, desde una perspectiva puramente particular, de algunos temas que serán trascendentes en un futuro cercano.

Quedan sometidas a su opinión y posibles críticas las ideas que aporte o los cambios que proponga.

2.- ANTECEDENTES

El propósito de este escrito es presentar un resumen breve, por lo tanto el documento no tiene más ambición que señalar, sin deseo de profundizar, algunos puntos que pueden resultar de interés para la comunidad enfermera. Ello supone renunciar a gran parte del apartado de referencias y explicaciones y expresar, únicamente, algunas cuestiones que no concluyen, en modo alguno con todas las facetas que hoy sería posible presentar sobre el avance de las Taxonomías Enfermeras.

Hemos comenzado el título de este Simposium, con la palabra "Hacia...", lo que indica una dirección, una intencionalidad, que se concreta en trabajar en un camino común de Excelencia en los Cuidados. Por nuestra parte, asumimos la

tarea de contribuir con el razonamiento diagnóstico y la organización y clasificación de nuestras actividades y resultados, para construir la gran estructura del Conocimiento Enfermero. Queremos consolidar la propia identidad y nuestro campo de actuación específico.

Hace unas décadas que perseguimos una transformación profunda de nuestra actuación profesional, pasar desde lo exclusivamente técnico y auxiliar, a la revolución de cuidar, con una perspectiva más humana, más cercana al ciudadano y asumiendo nuestras propias responsabilidades. Tener en cuenta las necesidades del usuario está resultando una tarea compleja en un mundo sanitario en el que prima la perspectiva tecnificada, biomédica y exclusivamente economicista. Como decía la Profesora Julia López en el IV Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería en Valladolid, **“no podemos afirmar que enfermería esté totalmente libre de interferencias exteriores, o que defienda una posición fuerte dentro de la sociedad, para monopolizar su campo de actividad ..Y, en cambio, recibe presiones de las instituciones para priorizar la actividad biomédica sobre la función específica de su rol”**. Sin embargo, y aún en ese contexto, continuamos proponiendo renovar nuestro compromiso de cambio.

Nos negamos a continuar por más tiempo **“atrapadas en el silencio”**. De hecho, ya hemos comenzado a utilizar las herramientas taxonómicas para hacernos **“ver y oír”**. Puedo sustentar esta afirmación en los numerosos artículos y publicaciones que señalan el importante avance que está experimentando en los últimos años, la aplicación de la metodología enfermera en la práctica asistencial.

Esta realidad, nos está permitiendo ver y revisar qué pasos son necesarios para establecer puentes entre lo antiguo y lo nuevo, realizar nuestro propio tránsito desde la experiencia al conocimiento, o lo que es lo mismo, de lo **“empírico a lo evidente”**, dado que a mi entender, ambos conceptos deberán estar íntimamente ligados para construir la estructura conceptual de nuestro propio mundo, del mundo del Conocimiento Enfermero. En este sentido, todavía no hemos alcanzado un grado aceptable de madurez ¿se podría

denominar madurez profesional?, entre otras razones por la inexistencia de un “corpus teórico”, suficientemente elaborado, debatido y consensuado entre las denominadas enfermeras teóricas o teorizadoras y el conjunto de profesionales clínicos, aquellos que gustan de denominarse enfermeros de base o asistenciales. Un esfuerzo para el diálogo y la comprensión mutua se hace imprescindible.

3.- ALGUNOS APUNTES SOBRE LA TEORÍA DEL CONOCIMIENTO

Revisando los textos de la teoría de la ciencia o del conocimiento científico (llamada epistemología) nos fijamos en que trata de estudiar el origen, la estructura, los métodos y la validez del conocimiento científico. Tiende a considerar que algo es verdaderamente conocido cuando ha sido verificado mediante la experimentación. La ausencia de este tipo de experimentación en Enfermería, impide ver qué pasos serían necesarios para situar el ámbito de investigación en lugares más centrales de la problemática específica de la Enfermería.

¿Qué clase de conocimiento es la ciencia?

Aquél que se encuentra lo más pegado a los hechos empíricos, aquellos enunciados teóricos que están más cerca de los hechos empíricos, que pueden verificarse a través de la observación y de la experimentación, esos son los enunciados se tienen por científicos. Cuanto más analíticos, más específicos y más pegados a los hechos, más científicos.

Lo que mueve el mundo científico, es el deseo, de saber cómo son las cosas, la duda metódica y el constante preguntarse. La primera manera de saber es a través de la experiencia, pero el deseo de saber no se detiene ahí, sino que continúa a través de la observación, la reflexión, el análisis y concluye extrayendo sus propias conclusiones. Pretende saber y conocer la esencia de las cosas, sus fenómenos, por qué se desenvuelven de una manera y no de

otra, trata de darles nombre, definirlos, describirlos y de alguna manera dominarlos.

Una buena parte de las leyes elaboradas por la Ciencia se basan o intentan demostrar la existencia de relaciones reales de causa-efecto entre los acontecimientos. Proponen que una determinada actuación, produce unos resultados predecibles. Este está siendo un nuevo y prometedor campo de estudio para las enfermeras.

4.- APORTACIONES A LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO

Ocuparse del conocimiento debe ser entendido también como una actividad puramente intelectual, como un ejercicio del intelecto, que permite elucubrar, especular y por qué no inventar, crear, imaginar... Proponer cambios.

¿Qué nos da miedo?.

Alguna de las características de la ciencia, apunta hacia la idea de que las certezas conceptuales, son siempre relativas, temporales y fruto de cambios (por las propias características del concepto de Ciencia). Por tanto, deberemos asumir ciertas trasgresiones de las normas establecidas, de las rutinas y del camino trillado y arriesgarnos a cometer errores, porque el inmovilismo y la cerrazón, son intrínsecamente negativos para el desarrollo, el avance o la progresión (entendido como progreso y mejora).

Lo que identifica a la ciencia como tal, es una actitud frente a las cosas y a la vida que exige una metodología estricta, pero que también tiene que ver con la búsqueda de la verdad y con lo que ello, nos exige. La ciencia, es en realidad y desde sus orígenes, por definición, la búsqueda desinteresada, afanosa de la verdad o al menos de un cierto grado de certeza, pero a lo largo de la historia, las verdades teóricas han sido desmontadas reiteradamente por nuevos

conceptos y nuevas verdades en un ciclo que resulta dinámico y vivo, al que sin duda no puede sustraerse la Enfermería si quiere continuar en la consolidación de su proceso identitario y conceptual, o dicho de otra manera. ¿Acaso podremos las enfermeras avanzar en nuestra disciplina, sin arriesgarnos a introducir cambios en nuestros conceptos y teorías? ¿Será nuestro destino progresar sin cometer nunca errores? ¿Es nuestro sino avanzar siempre en la certeza? ¿Triunfaremos estando siempre en posesión de la verdad científica?

¿Cómo podemos las enfermeras progresar por esta ruta?

Hay quien afirma que las discusiones sobre temas conceptuales y metodológicos son estériles y ociosas, nada más alejado de la realidad. El encuentro con el ser mismo de la identidad enfermera, se suele alumbrar en el intercambio y el enriquecimiento mutuo entre colegas, sobre la base de compartir dudas, temores y reflexiones “**no dogmáticas**”, razonadas y razonables, con sentido y conocimiento, abiertas, plurales y si me permiten “**atrevidas**”. Nuestros conocimientos sólo pueden aspirar a la probabilidad y están expuestos a verse desmentidos por el descubrimiento de nuevos hechos. Estos procesos reflexivos y madurativos, ayudan a la argumentación de los fundamentos conceptuales y a nuestro progreso en el camino de la Excelencia de los Cuidados.

En qué se diferencia la Ciencia, entendida como Evidencia del Empirismo entendido como Experiencia. El empirismo se conforma con ordenar las observaciones, en base a impresiones que surgen de un modo espontáneo, la ciencia, en cambio, desarrolla sus tesis de una manera crítica y racional. Pero en todos los casos, nuestros conocimientos sólo pueden aspirar a la probabilidad y están abocados a verse desmentidos por nuevos descubrimientos.

Nos preocupa el desinterés o la poca importancia que se le atribuye a las cuestiones conceptuales desde ciertas instancias enfermeras. ¿Cuántas enfermeras con responsabilidad gestora o investigadora están comprometidas en el desarrollo conceptual de la Enfermería? También esto forma una parte

primordial de lo que denominamos ausencia de identidad. Algunas de cuyas razones apuntaba la profesora Saracibar en el III Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería en Pamplona, al afirmar que **“La conceptualización no suele proporcionar soluciones a problemas inmediatos, lo que sí proporciona es una mayor comprensión de la práctica, se intenta capturar ese fenómeno de una manera holística y comprenderlo en su contexto; se encamina hacia la producción de un conocimiento válido y relevante y no a la solución de problemas prácticos”**. Sin embargo, el panorama está cambiando, la necesidad de clarificar los costos económicos, específicamente la partida dedicada a la atención enfermera, ha conducido a los responsables políticos a exigir una justificación de a qué se dedican estos recursos, lo que a su vez, está obligando a los responsables enfermeros, a dedicar tiempo y energías “para hacer observable y cuantificable nuestro trabajo clínico”. Sería lamentable que exclusivamente razones económicas, acompañen la dura tarea de aplicar la metodología enfermera al campo asistencial.

La generación de conocimiento implica la representación y organización de las ideas, pero, ¿cómo podemos tener la certeza de si la idea representada corresponde ciertamente al fenómeno que hemos observado? Por el momento, sólo tengo una respuesta, poseer alguna Taxonomía que describa con precisión los fenómenos que nos conciernen.

En la comunidad científica se afirma que una clasificación constituye la base de toda ciencia, ya que supone el proceso básico de identificar los fenómenos, permite describir y medir los distintos acontecimientos y hace posible la comunicación entre los investigadores y los profesionales clínicos. En definitiva la división, la ordenación y la medición no son sino partes del proceso de análisis y síntesis de la conceptualización, el cual empieza con la discriminación o distinción, continúa con la descripción y culmina en la teoría predictiva. Mientras no logremos predecir (teorizar), estaremos en la fase pre-científica.

Obviar el enriquecimiento profesional que supone dotarnos de una estructura explicativa y lógica, de un lenguaje, con el que podamos describir y expresar la especificidad de nuestras experiencias, ideas y conocimientos, denotaría pobreza intelectual y práctica.

Si sólo prestamos atención a la experiencia intuitiva o excluimos todo aquello que no es verificable o cuantificable, empobreceremos nuestro patrimonio. Aquello que demostrará finalmente el valor de nuestro trabajo (el producto enfermero), también desde el punto de vista del método científico, será que de los hechos valorados y de nuestras actuaciones, se puedan predecir, evidenciar y verificar resultados.

¿Cuál es la innovación que se propone?

Como en el título apuntaba, deberemos pasar de la intuición a la evidencia (investigación) Añadiendo nuevas habilidades e instrumentos (taxonomías) al quehacer enfermero, conservando las ya existentes y aplicándolas en su justa medida. La experiencia y la intuición clínica siguen siendo necesarias, pero en nuestra realidad asistencial actual, debemos tener en cuenta la eficiencia, hacer lo mejor, al mejor coste y que esto sea “**visible**”.

5.- REFLEXIONES SOBRE LO EMPÍRICO

Desde el enunciado de mi exposición, he partido de la premisa de que la base de nuestra práctica actual está en lo empírico, entendiendo bajo el término empírico, aquello que está basado en la experiencia. Se trata de una forma de conocimiento intuitivo, pero también, se conoce como una corriente filosófica en la que subyace la más pura filosofía del ensayo acierto / error. En el empirismo no hay selección rigurosa de experiencias; se tantea al azar hasta confirmar lo esperado. Tampoco hay un verdadero análisis detallado de los resultados; los resultados “negativos», simplemente, son desechados.

El empirismo es la corriente filosófica (teoría) que sostiene que el origen del conocimiento es la experiencia, el origen de todo conocer, dimana de la experiencia, tal como señala Kant, que inicia su “Crítica de la Razón pura” señalando que **"todos nuestros conocimientos comienzan con la experiencia"**, entendiendo que **"en el tiempo, ninguno de nuestros conocimientos precede a la experiencia y todos comienzan con ella"**.

En contraposición al empirismo, el racionalismo sostiene que la fuente del saber o conocimiento es el razonamiento o pensamiento.

Son dos visiones que parecen contrapuestas, pero que a mi entender son complementarias, no son excluyentes, sino que se necesitan mutuamente. Experiencia y Razonamiento. Para explicar la experiencia, se requiere del razonamiento, ambas ideas son inseparables, se necesitan la una a la otra... una base empírica es esencial para el desarrollo del razonamiento conceptual en cualquier disciplina científica, también en Enfermería.

A partir de la experiencia, hemos acumulado un importante bagaje de conocimientos empíricos. Con base en estas percepciones concretas de nuestra experiencia y utilizando el razonamiento, formaremos las representaciones generales y las leyes enfermeras. ¿Cómo sino, podremos describir la práctica, analizarla y compararla?

6.- LO EVIDENTE

(Enfermería Basada en la Evidencia EBE)

Según la define Sackett, “padre” de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), se trata de **“el uso consciente, explícito y juicioso de la actual y mejor evidencia que aporta la investigación sobre el cuidado individualizado de los pacientes”**. La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), plantea que el trabajo clínico, gestor y docente, se base en el análisis de los resultados

obtenidos de investigaciones (evidencia externa) conjuntamente con la experiencia práctica (evidencia interna) y las opiniones y preferencias del cliente/usuario.

En este punto, se nos plantean algunas dificultades a resolver, por ejemplo: ¿Dónde, cómo y sobre la base de qué criterios se delimitan los campos de la MBE y de la EBE? ¿Disponemos de suficientes investigaciones enfermeras para realizar las Revisiones Sistemáticas que propone el método EBE? ¿Existe suficiente documentación y bibliografía disponible sobre cuestiones específicamente enfermeras? ¿Las actuales investigaciones, están encaminadas a las evidencias enfermeras?

A pesar de estas insuficiencias que señalamos y algunas más, resulta innegable que este es el camino a seguir en el futuro inmediato. En el siglo de la información, el trabajo basado en la intuición y las opiniones particulares no tienen justificación.

Aunque está por venir una práctica investigadora que suponga una adaptación metodológica y una delimitación del objeto de atención específico de Enfermería. Los objetivos, e intencionalidades de los proyectos de investigación, se deberán basar también en las taxonomías enfermeras para que configuren el espacio propio que queremos delimitar.

El camino hacia la construcción de una campo específico de investigación es largo. En nuestro caso, ya se ha cubierto un trecho importante. La existencia de un lenguaje común enfermero es un embrión que apunta a la creación de una comunidad científica que podrá contrastar sus resultados incluso con lo que ocurre en otros países de nuestro entorno Europeo, que ya han iniciado este mismo trabajo, dado que probablemente nos hallamos en situaciones distintas y con marcos institucionales diversos, pero con problemas de identidad comunes.

Quienes nos dedicamos a trabajar en la precisión de las taxonomías, nos corresponde contribuir en ésta línea aportando el particular esfuerzo de

precisión de lenguaje y clarificación terminológica. Será la manera de contar con buenas bases de datos propias, que resultes fiables y que los datos de búsqueda sean precisos. ¿Podríamos hablar de un lenguaje documental enfermero, que incluya términos especializados, propios de la disciplina?

7.- LAS TAXONOMÍAS ENFERMERAS: NANDA, NIC Y NOC (NNN)

... Y su significado para la consolidación de una Ciencia Enfermera.

Cualquier disciplina que pretenda aproximarse a la ciencia, no puede prescindir de una taxonomía para ordenar y organizar su propio conocimiento. Clasificar es el proceso por el cual se reduce la complejidad de los fenómenos, agrupándolos en categorías y siguiendo unos criterios establecidos con uno o más propósitos. Todo sistema de clasificación, trata de ordenar y agrupar entre sí ciertos elementos u objetos en conjuntos o clases, en base a las propiedades que tienen en común, e ignoran las diferencias que se consideran poco relevantes para los propósitos de la clasificación. Las clasificaciones deben denominar, colocar y designar en el mismo grupo y mediante el mismo término científico y universalmente reconocido, aquello que posee características comunes.

Las aportaciones que ofrece, de forma genérica, una clasificación al conocimiento disciplinar, se pueden sintetizar en:

- 1) Aportar la terminología y nomenclatura necesarias para hacer posible la comunicación entre los científicos y los profesionales que trabajan en un determinado campo.
- 2) Servir de base para la acumulación y ordenación de los conocimientos disponibles, así como para la obtención de nueva información.
- 3) Ser de utilidad, para describir las entidades básicas a estudiar.

4) Hacer predicciones en torno a los diferentes fenómenos del sistema de clasificación.

5) Proporcionar conceptos básicos que posibiliten el desarrollo de formulaciones teóricas más amplias o leyes generales, lo que constituye un objetivo fundamental en toda ciencia.

Algunos lingüistas afirman que nuestro siglo será el del desarrollo de las terminologías, de las disciplinas de la sistematización del conocimiento, expresado mediante lenguajes profesionales. Los lenguajes, incluido el profesional, son una ventana a través de la cual vemos la porción de mundo que nos es alcanzable, aprehensible (acto intelectual por el cual la mente capta un objeto). Sin embargo, John Locke (médico y pensador), introduce una idea valiosa y novedosa en la crítica al lenguaje al decir que "no deben tomarse las palabras como retratos adecuados de las cosas, pues no son más que signos arbitrarios de ciertas ideas".

Resumiendo, nosotros hablamos siempre de manera aproximativa, y conseguimos entendernos sólo porque comparamos nuestras expresiones, fundamentalmente inexactas, de modo que, en nuestra intercomunicación "nos salva el "más-o-menos" y la comparación. Trataré de evitar que nos invada una sensación de desazón o inseguridad por pensar que no tenemos a punto nuestro "lenguaje profesional". Para ello, quisiera ilustrar esta idea con un ejemplo tomado del semiólogo italiano Umberto Eco, quien refiriéndose a las aproximaciones del lenguaje, dice: **"Después de que los lógicos se preocuparon de hallar reglas matemáticas para construir proporciones no ambiguas, no sólo la lingüística, sino la propia lógica y la inteligencia artificial se ha dado cuenta de que el lenguaje natural es el reino de las aproximaciones... Hace años que están efectuando investigaciones sobre lo que la gente piensa que es un ave. La gente piensa que las aves vuelan y considera que los pollos son aves. Todas nuestras definiciones son aproximativas... Sujetos sometidos a exámenes correctamente elaborados han revelado, durante los experimentos, que piensan que el águila es un ave, al igual que un pollo, pero que el águila es más ave que el pollo; de ahí que los lingüistas hayan establecido, por decirlo así,**

escalas de “pajaridad” en las que el águila vale 10 puntos y el pollo uno (y creo que los búhos estaban en un escalón algo inferior al de los cóndores).

¡Qué suerte que al menos no tenemos que ocuparnos de los pájaros...!

Oímos decir que los diagnósticos no son válidos, porque no describen exactamente y con todos sus matices las situaciones con las que nos podemos encontrar. Se critican sus insuficiencias y que a veces resultan confusos, incompletos... Pues bien, a la vista de los que afirman algunos expertos lingüistas, puede que quizás no debamos exigir a nuestro lenguaje profesional, lo que los científicos consideran inalcanzable.

Hemos de reconocer las limitaciones actuales, seguir trabajando por refinarlas, preocuparnos en hacer las clasificaciones válidas, es decir, validadas por la experimentación clínica. Resolver lo que significan en cierta manera de colonización conceptual y adaptarlas a nuestra cultura y contexto.

La nueva propuesta de agrupación diagnóstica de la Taxonomía II, obedece al propósito de que los diagnósticos NANDA, estén agrupados en función de criterios eclécticos, sin proponer un modelo o marco conceptual concreto. En este sentido, la consideramos una buena aportación, ahora bien, el hecho de abandonar los anteriores criterios taxonómicos, ha producido también el cambio de los códigos, ésta modificación, nos está significando un mayor nivel de dificultad en su utilización

La complicación en el uso de la Taxonomía II de la NANDA en nuestro país, viene acrecentada por la traducción y falta de adaptación de los nuevos conceptos. El orden alfabético de las etiquetas diagnósticas en el texto, no sigue los criterios recomendados por NANDA, lo que le añade un alto grado de complejidad innecesaria. Dada la dificultad que en sí comporta toda innovación, al menos debemos reclamar un esfuerzo porque los textos sean lo más sencillo, comprensible y facilitadores posible.

Hace pocos días, se ha celebrado en Chicago la Conferencia Conjunta de NANDA, NIC y NOC, en la que la asamblea de socios de la NANDA, ha aprobado un trascendental cambio de nombre. A partir de ahora, se llamará “NANDA INTERNACIONAL Inc.” Alguien podría pensar ¡qué tontería!, pero creo que es muy importante. Han aceptado dejar de ser una Asociación Norteamericana (las siglas se mantienen únicamente como imagen, porque son reconocidas a nivel mundial), pero su verdadero propósito plantea una auténtica apertura Internacional. Se han oído cosas impresionantes en la NANDA, como por ejemplo “Federación Internacional de Asociaciones”. Con el tiempo se irá viendo la importancia de este proyecto, aunque hoy es muy prematuro programar en ésta línea.

Otra de las cuestiones tratadas en la Conferencia de Chicago, ha sido la presentación del proyecto de unificación de las taxonomías, NANDA, NIC y NOC (a partir de ahora NNN). Según explicaron, la proliferación de clasificaciones, ha hecho inevitable que una de sus prioridades sea dotar de una estructura unificada a los múltiples lenguajes enfermeros, precisamente están trabajando en la creación de la **“Taxonomía de la Práctica Enfermera”**. A través de grupos de trabajo, han descrito la primera aproximación de este proyecto, serán pues necesarios estudios y contribuciones específicas en este tema.

La apertura que ha realizado la NANDA a las contribuciones internacionales, plasmadas ya desde hace un año en los cambios introducidos en su revista y su clara decisión de que se amplíe la taxonomía, hace que os anime a presentar nuevos diagnósticos o modificaciones de los existentes. El trabajo de la NANDA, ya es una labor de todas, no sólo de las enfermeras norteamericanas.

8.- EPÍLOGO y PROPUESTAS

Desde el inicio ha sido mi intención someter a vuestra consideración o crítica, las ideas o reflexiones que he explicado. No es la cuestión plantear urgencias de última hora para extraer conclusiones, es más interesante repensar todas estas cuestiones que están muy en los inicios de la propia filosofía de las clasificaciones. El objetivo final, sigue siendo llegar a la teoría desde la experiencia práctica. Nos incumbe hablar y discutir sobre los diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros desde su génesis y seguir reflexivamente trabajando por las rutas que nos encaminan **hacia** una definición ajustada de lo que puede ser el ámbito de nuestra actuación autónoma.

En el momento presente, tenemos algunos logros que conviene ir consolidando, para no dejarlos al arbitrio de situaciones políticas pasajeras o liderazgos transitorios. ¿En cuantas ocasiones hemos vivido la implantación de grandes proyectos que se han visto interrumpidos por la fugacidad de sus responsables? Por ejemplo el Proyecto Signo. En este caso, estos proyectos clasificatorios, poseen algunas características que los hacen particularmente prometedores:

- . Son Internacionales
- . Hay grandes organismos que los respaldan. CIE, OMS...
- . Tienen adjudicada una importante cantidad de recursos (económicos y personales)
- . Por definición se trata de una línea de trabajo atemporal, en progresión permanente

La difusión, clarificación verificación y utilización de las clasificaciones enfermeras, es un proyecto paralelo y similar al del resto de la familia de clasificaciones de la OMS.

Por todo ello creo que también es el momento de reconocer los logros... Y disfrutarlos. Hemos de ser conscientes de la complejidad de la tarea que nos aguarda. La ordenación del conglomerado del saber y la praxis enfermera.

Algunas cuestiones elementales, pero a su vez fundamentales, deberán trabajarse en forma de discusión de base más académica. Debemos establecer unas líneas de debate para clarificar los postulados. Tenemos la obligación y la responsabilidad de facilitar y ayudar a su utilización clínica.

Buscamos aproximarnos a las ciencias y consolidar nuestro conocimiento, personalmente considero que quienes nos dedicamos a la docencia, tenemos la obligación de pensar, de ser creativos e innovadores, de hacer avanzar la Enfermería, incluso con incertidumbres y asumiendo ciertos riesgos. Tratemus de transformar nuestra realidad repensándola y construyendo desde la esperanza en nuestra propia capacidad y conocimiento.

Muchas gracias por su atención.

9.- BIBLIOGRAFÍA

1. Bericat, E. La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida. Ariel. Barcelona. 1998.
2. Canales, M. Peinado, A. Grupos de discusión. En Delgado, M. Gutiérrez, J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Síntesis. Madrid. 1995.
3. Chalmers, A. La ciencia y cómo se elabora. Siglo Veintiuno de España Editores. Madrid. 1992.
4. Conde J.L. Evaluación de tecnologías sanitarias. En: Asenjo M.A. Manual de gestión diaria del hospital. Ed. Masson – Salvat. Barcelona. 1997.
5. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE). Beta. Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra. 1999.

6. Del Pino Casado, R. Ugalde Apalategui, M. Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. Revista de Enfermería Clínica. Vol. 9. núm. 3. pags. 115-120. 1999.
7. Echeverría, J. Filosofía de la ciencia. Akal. Madrid. 1998.
8. Echeverría, J. Introducción a la metodología de la ciencia. Teorema. Madrid.1999.
9. Gálvez Toro, A. Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la Investigación a la Práctica de los Cuidados. Fundación Index. Granada. 2001.
10. Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Mosby/Doyma Libros. 3 Ed. Madrid 1996.
11. Icart Isern, M.T. Enfermería Basada en la Evidencia (EBE): un nuevo desafío profesional. Enfermería Clínica. Vol. 8, núm. 2. Págs. 77-83. 1998.
12. Insalud. Gestión Clínica de los centros de Insalud. Insalud. Madrid. 2001
13. Johnson, M. Maas, M. Moorhead, S. Clasificación de Resultados de Enfermería. CRE. Nursing Outcomes Classification (NOC). Harcourt. Madrid. 2001.
14. López Ruiz, J. Propuestas para el desarrollo profesional. Ponencia II Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería en Valladolid. CD AENTDE. 1998.
15. McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC). 3ª Ed. Harcourt. Madrid. 2001.
16. Medina, J.L. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Laertes. Barcelona. 1999.
17. Ministerio de Sanidad y Consumo-Sanitas. La gestión del proceso asistencial: Impacto de los sistemas de información médica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2000.
18. Muir Gray, J.A. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Churchill Livingstone, Madrid 1997.
19. Nagel, E. La estructura de la Ciencia. Paidós. Buenos Aires. 1994.
20. NNN August 2001 Conference Group. Collaboration in Nursing Classification – The Creation of a Common Unifying Structure. Iowa. 2002.

21. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Harcourt. Madrid. 2001.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Décima Revisión. Volumen 1. Publicación Científica No. 554. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1995.
23. Popper, K.R. Conocimiento Objetivo. Tecnos. Madrid. 1988.
24. Saracibar Razquin, M.I. La actividad conceptualizadora en la disciplina enfermera. Ponencia. III Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería en Pamplona. CD AENTDE. 2001.
25. Ugalde Apalategui, M. Rigol Cuadra, A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Masson. Barcelona. 1995.



COMUNICACIONES ORALES



A E N T D E

Asociación Española de Neumología,
Tisiología y Diagnóstico de Enfermería

EL DUELO EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN DOMICILIO

Palomar Gallardo, Cinta; Merino Navarro, Dolores; González Rodríguez, Angustias

Escuela de Enfermería de la Universidad de Huelva. Huelva

INTRODUCCIÓN

El duelo es universal, como lo es la muerte. Es un momento de la vida que probablemente todos nosotros habremos de conocer. Podemos definirlo como la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. (Odriozola de los Montero, C. 1.999). Las reacciones ante la pérdida o duelo de una persona querida pueden ser muy variada, dependiendo de la personalidad y también del ambiente cultural. Sabemos que ayuda a madurar a las personas, estimula sus facultades creadoras, pero nada es más perjudicial que un duelo no resuelto, por lo que es necesario una reflexión sobre cuando una pérdida deviene en patológica y hace recomendable nuestra intervención enfermera.

OBJETIVO

Valorar la superación del duelo de los cuidadores principales en un periodo de seis meses a un año tras el fallecimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos que se presentan forman parte de una investigación cualitativa más amplia, realizada en los meses de Marzo Abril y Mayo de 2001. La selección de los casos se realizó en hospitales, centros de salud, entidades privadas, personal sanitario etc. Para la recogida de datos se utilizó la entrevista en profundidad dirigida a doce cuidadores principales de pacientes terminales de cáncer que fueron cuidados en domicilio. Los recursos materiales utilizados fueron una guía de entrevista y una grabadora. Los dos criterios de selección fueron: tiempo transcurrido desde el fallecimiento, debiendo ser este de seis meses a un año y pacientes diagnosticados de cáncer, cuidados en domicilio.

RESULTADOS

Ante las preguntas realizadas a los cuidadores principales obtuvimos manifestaciones de sentimientos de culpa, negación, racionalización y transformación en lo contrario, reflejo de duelo no resuelto y otras, que manifestaron frases de agradecido recuerdo al difunto indicando la superación del mismo. Además se detectó otro tipo de pérdida relacionado con el estatus social.

CONCLUSIONES

El duelo disfuncional es un diagnóstico presente entre los cuidadores principales tras el periodo de pérdida valorado.



SÍNDROME DE DESUSO: SUFRIR LOS EFECTOS DE LA INMOVILIDAD

Alfaya Góngora, M.^a del Mar; Benbunan Bentata, Bibiana; López Bueno, Marta; Navarro Prado, Silvia; Gil Ruiz, Mercedes; Kramer Muñoz, M.^a Carmen
Escuela Universitaria de Enfermería. Melilla

La movilidad necesidad básica esencial en la vida del hombre. Son diversos factores que provocan deterioro de esta función, produciendo en ocasiones a estados de inmovilidad relativa o absoluta.

Las complicaciones propias de la inmovilidad pueden tener gran trascendencia en el pronóstico de nuestros pacientes, especialmente cuando se trata de personas de edad avanzada y con encamamiento prolongado. Estas complicaciones van a afectar al paciente tanto en los aspectos físicos, como psicológicos y sociales. En el entorno hospitalario, encontramos con frecuencia a pacientes que están en situación de inactividad musculoesquelética. Determinar las causas de esta no es siempre fácil ya pueden obedecer tanto a una prescripción terapéutica, como a la interacción de varios factores.

La categoría diagnóstica NANDA Alto riesgo de síndrome de desuso, se define como “el estado en el que el individuo se halla con riesgo de deterioro de los sistemas corporales como resultado de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable”, y nos proporciona a los enfermeros la base de los cuidados encaminados a prevenir los efectos indeseables derivados de la inmovilidad.

El presente trabajo es producto de la revisión de 60 historias de enfermería de pacientes del H. Comarcal de Melilla, con el objeto de determinar la incidencia de este diagnóstico, analizar los factores desencadenantes, y proponer propuestas para la identificación precoz que mejoren la calidad de los cuidados.

Resumen pendiente de los resultados de estudio.





EL CUIDADOR INFORMAL TAMBIÉN CUENTA

M.^a del Mar Hernández Ruipérez, Ángeles del Rosario Sáez Soto, Carmen M.^a Hernández Castelló
Hospital General Universitario. Murcia

“Cuidar es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales”. Colliere

Los cuidados al paciente pueden ser ofrecidos desde dos perspectivas:

El cuidado formal, entendido como el dispensado por profesionales, instituciones y servicios sanitarios. Supone el 12% de los cuidados.

El cuidado informal, ofertado por los familiares del paciente. Supone el 88% de los cuidados.

Dentro de la definición de cuidador informal encontramos en la bibliografía consultada las características de:

1.- no retribuido

2.- sin organización explícita.

Nos centraremos en las personas que actúan como “cuidadores principales” o “cuidador Familiar”, definido por Rosebaum (1986) como: Persona de la familia que asume la responsabilidad de promover acciones de soporte, que asiste o ayuda a un miembro de la familia con necesidades, objetivando una mejora de la calidad o estilo de vida.

El cuidador principal al asumir la responsabilidad de cuidar a otro puede ver mermada su salud, experimentar cambios en sus hábitos de vida, de alimentación, de relaciones, etc. En contadas ocasiones los profesionales de enfermería dirigimos nuestros cuidados más allá del paciente, hacia la familia; hacia el cuidador principal.

Este trabajo tiene como objetivos:

1.- Conocer al cuidador informal.

2.- Determinar los diagnósticos más comunes en estos cuidadores.

Se realiza un análisis observacional descriptivo y transversal y como instrumento de recogida de datos se elaboró un cuestionario agrupado según los 11 patrones funcionales de M. Gordon.



EL SUEÑO: UN DIAGNÓSTICO A VALORAR, UN OBJETIVO A CUMPLIR

M.^a José Sánchez, Dolores Moro, Pilar Bibián, Carmen García, M.^a Jesús Patricio, Mercedes Rivas
Dirección de Enfermería. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña

INTRODUCCION

Según Virginia Henderson "La imposibilidad de dormir es una de las causas así como uno de los efectos de la enfermedad. El descanso y sueño son dos factores esenciales para la reparación del desgaste que el organismo sufre diariamente." Como Supervisoras de Guardia, nuestro trabajo se desarrolla en su mayor parte en el turno de noche, y de ahí que sintamos como una necesidad que el descanso nocturno en los pacientes de nuestro hospital sea satisfactorio.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de Perturbación del sueño y/o riesgo del mismo así como los Objetivos y/o Acciones encaminadas para el manejo de dichos problemas en pacientes ingresos hospitalariamente.

MATERIAL Y MÉTODO:

Ámbito: Pacientes ingresados en el Hospital Juan Canalejo.

Período: Febrero-Abril del 2002.

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia.

Justificación del tamaño muestral: Para una seguridad del 95% ($\alpha=0.05$) y precisión $\pm 3.43\%$, el tamaño muestral es de 742 pacientes.

Selección de los pacientes: Los pacientes incluidos en el estudio corresponden a la totalidad de los pacientes ingresados en las diferentes plantas los días que se hizo la selección. Dicha muestra se obtuvo a través del programa GACELA existente en las diferentes Unidades de Enfermería.

Mediciones e intervenciones: De cada paciente incluido se determinó la planta de procedencia, la presencia o no del problema de "Perturbación del sueño" o "Riesgo de perturbación del sueño", correspondientes al código de la NANDA 500001 y 500002.

A su vez presentaron o no dicho problema o riesgo, se identificaron los objetivos específicos según los códigos 00022, 00030, 00066, ... y las acciones correspondientes según los códigos 500002, 500003, 500004, ..., 170046, 170068, ...

RESULTADOS

De los 742 pacientes analizados se ha podido observar que con los diagnósticos mencionados aparecen





125 pacientes, que representa el 22% de los pacientes a los que se le haya realizado plan de cuidados. Este dato no podemos valorarlo por sí solo ya que tenemos otro número importante de pacientes que, aunque no aparezca el sueño como diagnóstico, sí se le han planteado objetivos y/o se han realizado acciones encaminadas a que el paciente consiga dormir.

Encontramos que 126 pacientes con objetivos diseñados, esto es un 22'2% de pacientes con plan de cuidados, y que se realizaron acciones en 188 casos, equivalente a un 33'2%.

Con estos datos se constata que, a pesar de que sólo al 22% se le diagnostique el problema o riesgo del mismo; en forma de objetivos y/o acciones, la necesidad de descanso-sueño, ha sido considerada en un 44'5% de los pacientes ingresados en este período en el Hospital y al que se le haya aplicado el plan de cuidados de Enfermería.

CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE INTERVENIDO DE PRÓTESIS DE CADERA. EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Pérez Rivas, Francisco Javier; Rincón Parra, Cristina; Santos del Saz, Francisco; Manzanero España, Begoña; Escalera Abad, Carmen; Carrera Manchado, Concepción
Gerencia de Atención Primaria Área 11. Madrid

La elevada frecuencia con que se lleva a cabo este tipo de cirugía (reemplazo de cadera), unida a la tendencia de disminución de la estancia media hospitalaria justifica la necesidad de articular un protocolo de actuación coordinada entre profesionales de Atención Primaria y Especializada que facilite la prestación de cuidados adecuados y eficaces a los pacientes sometidos a esta intervención.

OBJETIVOS DEL PROTOCOLO:

- Mejorar la calidad de los cuidados enfermeros en la atención a pacientes sometidos a cirugía de prótesis de cadera.
- Establecer una relación de continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria.
- Fomentar la utilización del Proceso de enfermería como metodología de trabajo enfermero.
- Unificar criterios de actuación entre ambos niveles asistenciales (primaria y especializada).

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO:

1.- Valoración:

1.- P. Percepción-Mantenimiento de la salud:

- Percepción de su estado de salud.
- Seguimiento de los cuidados y tratamiento prescritos: ejercicios de rehabilitación, fármacos...
- Conocimiento de su enfermedad: signos y síntomas de complicaciones (p.ej. luxación).
- Factores de riesgo doméstico: Estado de la vivienda, barreras,...

2.- P. Nutricional-Metabólico:

- Consumo de nutrientes (sólidos y líquidos). Apetito.
- Dificultad en la masticación y en la deglución.
- Rechazo a alimentos: alergias, intolerancias, problemas gastro-intestinales.
- Estado y fragilidad de uñas y pelo, coloración de piel y mucosas.

3.- P. Eliminación:

- Patrón de eliminación (intestinal y urinaria) previo y actual. Si hay algún problema, en que



momento apareció.

- Fármacos que puedan alterar la eliminación
- Presencia de hemorroides y fisuras.

4.- P. Actividad-Ejercicio:

- Nivel de independencia (índice de Katz). Escala de Norton si procede.
- Si hay firmeza/ atrofia muscular.
- Precauciones (uso de muletas, descanso si dolor...).
- Grado de movilidad en articulación intervenida.
- Como marcha o deambula el paciente.

5.- P. Sueño-Descanso

- ¿Se ha modificado su patrón de sueño tras la intervención?.
- Posibles dificultades y como las soluciona.
- Ayuda para dormir.

6.- P. Cognitivo-Perceptivo

- Dolor (intensidad, localización, dificultad para realizar las AVD, momentos en que aumenta y manejo del dolor).
- Estado de conciencia. (Pfeiffer si procede).
- Dificultades de visión/audición.

7.- P. Autopercepción-Autoconcepto

- Percepción de sí mismo: sentimientos de inutilidad e inseguridad desde que comenzó la enfermedad y especialmente tras la intervención. Cambios en la imagen personal.

8.- P. Rol/relaciones

- ¿Con quién vive?.
- Sistema de ayuda y soporte para los cuidados que precisa por su operación: familia, amigos, etc.

9.- P. Sexualidad/Relaciones

- Si hay algún problema después de reponerse de la intervención: miedo a reiniciar relaciones por posibles lesiones,...

10.- P. Adaptación/Tolerancia al estrés

- Si tiene quien le ayude, le apoye, a quién contar sus problemas.
- Si es capaz de abordar y tolerar el proceso o cambio sufrido tras la intervención.

11.- P. Valores-creencias

- Existencia de conflictos entre la terapia propuesta o las limitaciones de la enfermedad y el orden de valores y/o preceptos religiosos de la persona (acudir a la iglesia, salir al parque con los amigos,...).





Examen de valoración:

- Pulso, Tensión arterial y Temperatura.
- Estado de la piel y mucosas: coloración, temperatura, hidratación, edemas, lesiones, cicatrización de la herida.

2.— Diagnósticos de enfermería y Complicaciones Potenciales:

- *Diagnósticos de Enfermería*: Deterioro de la movilidad física; Manejo inefectivo del régimen terapéutico; Déficit de autocuidados: Baño/higiene, vestido, uso del WC; Riesgo de Traumatismo; Riesgo de deterioro de la integridad cutánea; Dolor; Riesgo de infección; Alteración en el mantenimiento de la salud.
- *Complicaciones Potenciales*: Luxación de la prótesis, Hemorragia, tromboflebitis, infección y déficit neurovascular.

3.— Planificación de Cuidados:

Planificación de los objetivos e Intervenciones de enfermería para cada uno de los problemas identificados.

Posibles Intervenciones: Ayuda con los autocuidados; Terapia de ejercicios: deambulación, movilidad articular; Manejo del dolor; Cuidado del sitio de incisión; Vigilancia de la piel; Prevención de Caídas; Asistencia en el mantenimiento del hogar; Aumentar los sistemas de apoyo; Manejo ambiental: seguridad.

4.— Evaluación:

La evaluación de la atención a pacientes intervenidos de prótesis de cadera dentro de este protocolo está encaminada a conocer la consecución de los objetivos propuestos.

Posibles Indicadores:

- Medida de la Actividad: N° de pacientes intervenidos de prótesis de cadera en los Hospitales de referencia.
- Medida de la Calidad Asistencial:
 - + Indicadores de proceso: Porcentaje de H^oC^o de pacientes intervenidos de prótesis de cadera en las que aparece registrado el plan de cuidados
 - + Indicadores de resultados: Porcentaje de pacientes que precisan reingreso hospitalario por alguna complicación.



ANÁLISIS DE LOS REGISTROS DE INFORME DE ALTA. LA PRESENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Salvadores, Paloma; Limia, Susana; Venturini, Carmen ; Morillo, Javier; Pileño, Elena; Jiménez, Raquel
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid

INTRODUCCIÓN

La planificación del alta es fundamental para asegurar la continuidad de los cuidados de Enfermería. Los objetivos a cubrir por el alta de Enfermería son asegurar la continuidad de cuidados, identificación de problema, enseñar y proporcionar seguridad al paciente y familiares, intercambiar información entre los servicios socio-sanitarios, y remitir al paciente o familiares a servicios sanitarios. Se debe valorar el nivel de resolución de problemas y decidir, a través de la revisión de las actividades, qué continuidad de cuidados es necesario, valorar las capacidades del paciente, familia y ayuda comunitaria, así como valorar la necesidad de derivación del paciente hacia la continuidad de cuidados. Todo esto no se puede llevar a cabo sin la aplicación de la Metodología de Enfermería. Nuestro objetivo es conocer si nuestros registros y más concretamente, si los informes de alta están adecuadamente estructurados, si contemplan la metodología de Enfermería, y si aparece un apartado específico para los Diagnósticos de enfermería o al menos identificación de problemas. **Hipótesis:** No siempre los Informes de Alta contemplan en su estructura la identificación de los Diagnósticos de Enfermería.

METODOLOGÍA

Análisis de los registros de Informe de Alta utilizados en la Comunidad de Madrid, tanto en el ámbito de la atención especializada (hospitales) como atención primaria, así como centros publico y privados

RESULTADOS

Las hipótesis de nuestro estudio han sido confirmadas. No hay una uniformidad en la estructuración del Informe de Alta en la Comunidad de Madrid. Minoritariamente aparece como una parte del registro los Diagnósticos de Enfermería. La estructura de la mayoría de los registros analizados no identifican los Diagnósticos. El registro en muchos casos se reduce a anotaciones o recomendaciones al alta o como vehículo de comunicación de procedimientos o técnicas entre la atención especializada y la primaria. Los centros privados son los que mayores deficiencias presentan

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio reflejan la permanencia de la cultura y patrón biomédico en la configuración de los registros de Enfermería, y concretamente en el Informe de Alta. Los profesionales de enfer-





mería han sufrido un largo proceso de interiorización del patrón médico. Pero si no poseemos registros de Enfermería atendiendo a la Metodología Enfermera, difícilmente romperemos con ese patrón biomédico y la concepción meramente técnica de la enfermería. La identificación técnicas no puede sustituir a la valoración de problemas e identificación de Diagnósticos de Enfermería.



ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y FISIOTERAPIA DOMICILIARIA

Enriqueta Ten Lorente, José Manuel Moya Pérez, Ana Ruth Silvia Orjuela, M.^a Waleska, Badih Rafecas,
Montserrat Baiges Folch, Iris Miralles
Área Básica de Salud. Salou. Tarragona

JUSTIFICACIÓN

La enfermera se consolida como líder de la prestación de cuidados y coordinación de la intervención de diferentes profesionales en el ámbito de la atención domiciliaria (ATDOM).

Una correcta definición y aplicación de los diagnósticos de enfermería (DxE) son esenciales para determinar la participación de otros profesionales.

Los enfermeros/as del Área Básica de Salud hemos estudiado las situaciones diagnósticas de enfermería que han motivado la intervención de los fisioterapeutas domiciliarios.

PALABRAS CLAVE

Atención domiciliaria, diagnósticos de enfermería, fisioterapia domiciliaria.

OBJETIVOS

Conocer qué DxE son los que, con mayor prevalencia, nos llevan a precisar la intervención del fisioterapeuta en el ámbito domiciliario.

Conocer qué intervenciones de fisioterapia domiciliaria se aplican en relación a los DxE expresados.

Valorar la efectividad de la intervención conjunta de la enfermera y fisioterapeuta en relación a la evolución diagnóstica.

METODOLOGÍA

AMBITO DE ESTUDIO: pacientes incluidos en el programa ATDOM durante los años 2000 y 2001 que precisaron la intervención del fisioterapeuta.

TIPO DE ESTUDIO: descriptivo retrospectivo de las siguientes variables.

Nº de pacientes incluidos en el programa ATDOM y, de éstos, nº de los que requieren la intervención del fisioterapeuta.

DxE más prevalentes que han requerido dicha intervención.

Intervenciones del fisioterapeuta más prevalentes dirigidas a la resolución del DxE expresado.

Porcentaje de los DxE resueltos a partir de la intervención conjunta.





RESULTADOS

Contábamos con 208 pacientes dentro del programa ATDOM, de los cuales 28 (13,4%) precisaron de la intervención del fisioterapeuta.

Los DxE más prevalentes que motivaron esta demanda fueron: deterioro de la movilidad física: 53,5%; dolor: 12,5%; intolerancia a la actividad: 9,7%; deterioro de la integridad cutánea: 9,7%; y otros: 14,6%. Las intervenciones del fisioterapeuta en relación con los DxE estaban dirigidos mayoritariamente con la evitación de la atrofia muscular, la potenciación de la musculatura de las EEII, el aumento de la movilidad global de la persona, la reeducación de la bipedestación y la marcha y la reducción del dolor.

A los 3 meses de intervención, se habían resuelto el 68% de los DxE encontrados, se mantienen el 26% de los mismos y se hizo necesario el inicio de un nuevo proceso diagnóstico en el 6%.

CONCLUSIONES

Los DxE relacionados con la movilidad física son los que con mayor frecuencia requieren la colaboración del fisioterapeuta.

La aplicación del proceso de atención de enfermería facilita la identificación de las situaciones de cuidados, así como la necesidad de implicación de diferentes profesionales.

La evaluación conjunta enfermera-fisioterapeuta de los resultados ha llevado, en algunos casos, al replanteamiento de un nuevo proceso diagnóstico y a la intervención de nuevos profesionales (trabajadores sociales, médico de cabecera, etc.).



EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y LA RELACIÓN DE AYUDA, ¿VAN UNIDOS?. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ferrer Pardavila, Ángeles; García Sampedro, Rosario; Barreiro Bello, José M.^a

Servicio de Lactantes. Servicio de Lactantes. Hospital Teresa Herrera. A Coruña

INTRODUCCIÓN

Los conocimientos necesarios para los cuidados de enfermería tienen que contemplar a la persona en sus esferas biológica, psicológica, espiritual y social. Enmarcados en un modelo conceptual que organice toda la información recogida, nos marque la filosofía y establezca líneas de acción, en el contexto del proceso de atención de enfermería (P.A.E.) como método científico que sistematice el trabajo y lleve a la práctica el modelo elegido. Es necesario mantener unas relaciones interpersonales además de conocimientos éticos, legales y comunicación terapéutica con el paciente y/o familia. Consideramos que todos estos elementos son la clave para que pueda llevarse a cabo la relación de ayuda (R.A.).

OBJETIVOS

Reflexionar sobre el cuidado y la relación de ayuda en el ámbito enfermero.

Establecer la vinculación existente entre el proceso de atención enfermero y la relación de ayuda, centrándolo en un caso real.

Transmitir la importancia de su integración en los cuidados, basándonos en los resultados.

Desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería y Relación de Ayuda.

Trabajo realizado en la unidad de lactantes del Hospital Teresa Herrera, C.H.J. Canalejo de A Coruña. Descripción de un caso de una niña de 11 meses hospitalizada con su madre; que ingresa por: estancamiento ponderal, cardiopatía congénita (Coartación de Aorta. Ductus arterioso, Comunicación interventricular) y Síndrome de Down.

Valoración de la necesidades según el Modelo de Virginia Henderson, definiendo los diagnósticos enfermeros por la Taxonomía NANDA y adaptados al programa informático de Gestión asistencial de cuidados de enfermería línea abierta (GACELA).

Hemos identificado los diagnósticos: Afectación de la movilidad física. Alteración de la temperatura corporal. Riesgo de traumatismo. Riesgo de bajo aporte de nutrientes. Alteración de la función parental. Ansiedad de la madre. Riesgo de tensión en el desempeño del rol cuidador. Riesgo de perturbación del sueño.

Con actividades de: comunicación, expresión de sentimientos, afrontamiento de la ansiedad, apoyo psicológico, refuerzo positivo, se desarrolla una importante comunicación interpersonal y relación significativa entre la niña, la madre y el equipo de profesionales. La madre vivió un cambio constructivo y positivo, en su modo de pensar y comportarse consiguiendo así una mejora y eficacia en la resolución de los problemas.





DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El P.A.E. a partir de un modelo conceptual, no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda (eje fundamental del proceso de cuidados) con los pacientes y/o familias.

Los profesionales de enfermería necesitamos una formación adecuada, para asumir este tipo de intervenciones, así como mayor implicación y responsabilidad en las mismas.

Destacaremos la importancia del trabajo en equipos multidisciplinares.

Apostamos por la relación de ayuda como un proceso de crecimiento personal de los usuarios y profesionales, siendo la implicación de la familia imprescindible en todo este proceso.

UTILIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA. SEGUIR AVANZANDO PESE A LA INFORMATIZACIÓN

Auñón Muelas, Ángela; Pérez Rivas, Francisco Javier; Carrera Manchado, Concepción; López Blasco, Ángeles; García López, Montserrat; Muñoz Balsa, Marcos
Gerencia de Atención Primaria Área 11. Madrid

RESUMEN

En el Área 11 de Atención Primaria de Madrid se ha realizado una estrategia de implantación y desarrollo de la metodología enfermera durante la década de los 90, trabajando en varias líneas: formación, edición de una guía metodológica, incorporación en programas/protocolos de la metodología enfermera, etc. . . En los últimos 2-3 años se está produciendo la informatización de los Centros de Atención Primaria, utilizando en la mayor parte del extinto territorio Insalud el programa informático OMI-AP. Este programa no permite o no facilita en ningún caso el trabajar con metodología enfermera. En este contexto, se creó en el Área un grupo de trabajo con el objetivo de adaptar esta aplicación informática a nuestro trabajo diario.

OBJETIVO

Adaptar el Programa informático OMI-AP para que los profesionales de Enfermería de Atención Primaria puedan seguir trabajando con metodología enfermera.

METODOLOGÍA

En una primera fase se desarrollaron las etapas de valoración y diagnóstico del proceso enfermero, para lo cual se elaboraron dos protocolos, que recogen la estructura de Valoración por Patrones Funcionales de M. Gordon y que además permiten registrar los diagnósticos de enfermería y/o otros problemas identificados. En una segunda etapa se ha elaborado un protocolo que hemos denominado "Plan de cuidados de Enfermería" y que permite registrar los objetivos, las intervenciones/actividades y la evaluación, para completar así la aplicación del proceso enfermero. Estos protocolos se han integrado en los "Planes Personales de Área", que es una utilidad de la aplicación informática OMI-AP que nos facilita el recordatorio y el registro de una serie de actividades (incluidas las del Proceso enfermero) que se deben aplicar a todos los usuarios del Área. En esta segunda fase también se han elaborado, dentro de los Planes Personales de Atención al Paciente Crónico, protocolos específicos que permiten la aplicación de la metodología enfermera en estos pacientes (valoración focalizada, registro de los diagnósticos de enfermería y plan de cuidados).



A Coruña 9-10 de Mayo. 2002

IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

Hacia la Excelencia de los Cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico

CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería de Atención Primaria tenemos que seguir aplicando la metodología enfermera, como instrumento de mejora de la calidad de nuestra práctica asistencial, pese a que desde determinadas instancias no se nos tenga en cuenta a la hora de diseñar las herramientas de apoyo a la consulta, como es en este caso, el nuevo programa informático introducido.



INFORMATIZACIÓN DE LOS CUIDADOS. AVANZANDO EN EL USO DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Sebastián Viana, T.; Mejías Delgado, A.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN

Desde el año 1999, nuestro hospital inicio un proceso de informatización de los cuidados de enfermería, en Marzo de 2001 se implanto la aplicación informática de cuidados en la última unidad, los objetivos de este proceso eran mejorar la gestión de los cuidados e iniciar dinámicas de trabajo con metodología enfermera. En este trabajo contamos la situación actual y hacemos un análisis de los diagnósticos de enfermería más utilizados.

OBJETIVOS

- Describir la situación actual de la implantación del sistema de información de cuidados.
- Describir los diagnósticos de enfermería más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo del año 2001 de la utilización de los planes de cuidados en la aplicación informática de cuidados obtenido de una copia de los datos almacenados en la base de datos y procesados con MS-Access 98. Se presentan datos de un corte transversal realizado en diciembre, en el que se estudiaron todas las historias de todos los pacientes ingresados en el hospital, el estudio se realizaba por unidades y la dinámica era analizar todos los pacientes de una unidad un día, recogiendo datos sobre el plan de cuidados y el resto de registros de enfermería del paciente.

En el mes de octubre se realizo un volcado de todos los episodios a los que se asigno GRD y la carpeta de Diagnósticos de Enfermería de la aplicación informática de cuidados y se analizaron los datos con MS-Access y Epilnfo 2000.

RESULTADOS

En el año 2001 hubo 42485 ingresos/traslados en las unidades de hospitalización, de ellos 24227 tuvo un plan de cuidados asignado, lo que supone un 57% del total.

En el corte transversal realizado en Diciembre de 2001, se analizaron 806 pacientes de los cuales había 584 pacientes con plan de cuidados individualizado o estándar 55 pacientes con cuidados directos 167 pacientes sin plan de cuidados. En el mes de Octubre analizamos 1577 episodios con plan de cuidados, la media de diagnósticos por episodio fue de 5,8 y los 10 diagnósticos que se asignaron con mas frecuencia



fueron: Riesgo de infección en 955 ocasiones, Dolor en 740, Def. Autoc. Baño/Higiene en 595, Afectación Movilidad Física en 593, Def. Autoc Evacuación 556 Def. Autoc vestido 443, Déficit conocimientos 415, Riesgo retención urinaria 384, Riesgo estreñimiento 318, Ansiedad 314

CONCLUSIONES

- Si bien queda mucho camino por recorrer, la situación actual de la implantación y uso de la metodología de enfermería, consideramos que es aceptable aunque mejorable.
- La enfermería de nuestro hospital, en general sigue centrando su actuación en aspectos físicos como se evidencia en los diagnósticos usados con más frecuencia aunque llama la atención que entre ellos se encuentren 3 diagnósticos de riesgo, el déficit de conocimientos y la ansiedad.





EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y ACTITUD DE LAS ENFERMERAS ANTE LA INFORMATIZACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

San Martín, L.; Oroviogicoechea, C.; Beortegui, E.
Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Navarra

INTRODUCCIÓN

La informatización de los registros de Enfermería en la Clínica Universitaria de Navarra (CUN) comenzó en mayo de 2000. En esta fecha el programa informático PICIS se incorporó a dos unidades piloto; la UCI y una planta de hospitalización quirúrgica. El proceso fue el mismo para todas las plantas que se incorporaban a la informatización de sus registros de enfermería. Actualmente todas las unidades de hospitalización tienen integrado el programa informático en su trabajo diario. Junto al proceso de implantación del sistema nos planteamos la posibilidad de estudiar 3 aspectos principales acerca de la informatización de los registros de enfermería: la satisfacción de los usuarios, la repercusión de la utilización del sistema y la actitud hacia la informatización.

HIPÓTESIS

H₀: la satisfacción, repercusión y actitud de las enfermeras ante la informatización es la misma al comienzo del proceso de informatización y a los 6 meses.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se ha realizado en 4 unidades de hospitalización. Se elaboró un cuestionario (escala tipo Likert) con 14 ítems que las enfermeras contestaron en dos periodos distintos : al comienzo del proceso de informatización y a los 6 meses de implantación del sistema. El tamaño de muestra fue de 86 sujetos en total. Se aplicó el test de la Ji-cuadrado de Pearson mediante el programa SPSS 9.0.

RESULTADOS

Alguno de los resultados obtenidos ha sido que un 21,4% de las enfermeras (al comienzo de la informatización) estaban satisfechas en cuanto al empleo de tiempo con el programa, aumentando significativamente hasta el 42,6% a los 6 meses ($p=0,033$).

DISCUSIÓN

Es muy probable que este resultado este relacionado con la percepción que ellas mismas tienen (69% al comienzo y 72,6% a los 6 meses) de estar realizando valoraciones más completas y evoluciones más exhaustivas y constantes con los registros informatizados, lo que conlleva un mayor empleo de tiempo destinado al registro.





UTILIZACIÓN DEL LENGUAJE GACELA EN LA ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS

Trenado Jiménez, R.; Cañas Gil, A.M.; Campos Doblado, F.; Camiña García, M.
IT - Deusto. Sanidad, Consultoría, GACELA. Sebastián de los Reyes. Madrid

INTRODUCCIÓN

Un requerimiento imprescindible en toda aplicación informática es la utilización de un lenguaje normalizado. GACELA (Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería Línea Abierta) como aplicación de cuidados de enfermería, cumple, como es obvio, con este requisito.

GACELA nace y se utiliza con una terminología enfermera (Base de datos clínico — enfermera) que surge y se va creando / ampliando desde la práctica clínica de los profesionales.

El esfuerzo en esta construcción terminológica se centra, entre otras cuestiones, en identificar la globalidad de la práctica cuidadora, en establecer un lenguaje próximo al que se emplea en el desempeño diario del trabajo, y en la incorporación y adecuación a los referentes internacionales conocidos.

El objetivo de la presente comunicación es demostrar la compatibilidad del lenguaje GACELA con las clasificaciones taxonómicas más conocidas en este momento a nivel mundial: NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos en Enfermería), NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) y NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería).

MATERIAL Y MÉTODO

Se elaboró un Plan de Cuidados Estandarizado correspondiente a una situación con su contenido básico: diagnóstico de enfermería, objetivos y acciones cuidadoras en lenguaje GACELA y se realizó la conversión de esos tres componentes al lenguaje NANDA, NOC y NIC.

La construcción del Plan de Cuidados correspondiente al PUERPERIO se hizo compilando diez planes de cuidados estandarizados realizados por distintos grupos de enfermeras expertas clínicas en diferentes centros sanitarios, y con la correspondiente revisión clínica y metodológica por parte de una consultora clínica experta.

CONCLUSIONES

Se demostró cómo es perfectamente intercambiable una terminología por otra en lo relativo a diagnósticos de enfermería y acciones cuidadoras. En cuanto a los objetivos, se podrá intentar una aproximación adecuada la evaluación, mediante ítems de escalas, de los criterios de resultado planteados en GACELA.

En esta conclusión se puede afirmar que el conocimiento enfermero cada vez está más establecido, se generaliza más. Al utilizar un lenguaje normalizado en nuestra profesión podremos entendernos mejor y así crecer todos juntos como profesionales.



PROBLEMÁTICA EN EL USO DEL RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

González Moreno, M.J.; Valderrama Franco, E.; Moreno Pérez, M.L.; García González C.
Universidad de Sevilla. Sevilla

INTRODUCCIÓN

A la hora de plantearnos esta comunicación, hemos partido del convencimiento de que el cuidado excelente que las enfermeras prestamos, es aquel que permite resolver los problemas de los pacientes y al mismo tiempo hacer patente la contribución específica del grupo profesional en el bienestar de la sociedad. Teniendo en cuenta estas premisas nuestros alumnos realizan las prácticas clínicas, utilizando el proceso de cuidados como el método para solucionar problemas y lo hacen desde la concepción enfermera propuesta por la profesora Henderson que orienta los registros que utilizan.

OBJETIVOS

Detectar los problemas que los alumnos han tenido en la realización del análisis de datos, en los procesos enfermeros realizados en sus prácticas clínicas.

Analizar las dificultades que han tenido a la hora de identificar los diagnósticos.

METODOLOGÍA

El estudio se ha realizado revisando 165 Procesos de Cuidados realizados por los alumnos en el periodo clínico, analizadlos a través de tres aspectos:

1. Si están recogidos todos los datos en la valoración y si estos son los adecuados al caso según nuestro juicio.
2. Si los datos están interrelacionados correctamente según nuestro criterio.
3. Si la identificación de los diagnósticos realizados por los alumnos se ajusta a los datos y a su interrelación según nuestro juicio.

Siguiendo el modelo de la Profesora Henderson. Y con los siguientes criterios para su realización:

- Escala de valoración funcional Mini Examen Cognitivo de Lobo
- Escala de Actividades de la Vida Diaria, básica, avanzada, etc.
- Registro de recogida de datos sobre el perfil del cliente para la planificación de cuidados.
- De Los trabajos revisados hemos incluido en este estudio los casos en los que el paciente presentaba un estado cognitivo igual o superior a 23, según el mini examen de Folstein (validado al castellano por Lobo). Dada la necesidad de fiabilidad en la entrevista estructurada.
- Los trabajos, han sido utilizados, después de ser corregidos por los profesores.



A Coruña 9-10 de Mayo. 2002

IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

Hacia la Excelencia de los Cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico

- En la operativización del proceso, cuando los alumnos clasifican los problemas que detectan en los pacientes para poder intervenir sobre ellos siguen la concepción del modelo elegido, y los clasifican en problemas de colaboración, problemas de autonomía y problemas de independencia, en estos últimos utilizan para formularlos la taxonomía diagnóstica de la NANDA.

RESULTADOS

1. En el análisis crítico de los datos recogidos en la valoración del paciente, se observa que en la interrelación de los datos existe una gran tendencia al análisis lineal, además de poca profundización y concreción de los mismos, factores que dificultan la relación entre ellos.
2. En la identificación de los diagnósticos, formulan numerosos diagnósticos enfermeros en cada paciente, lo que está indicando un conocimiento poco conexo entre el análisis de los datos y los problemas detectados, puesto que asignan a cada dato que cree puede reflejar una manifestación de dependencia un diagnóstico enfermero, cuando debe buscarse precisamente un diagnóstico que pueda dar explicación al conjunto de datos recogidos.





ESTUDIO DE PREVALENCIA DIAGNÓSTICA EN CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE NAVARRA

Cariñena Lezaun A., Giralte Guembe A., Gutiérrez Pardo M.C., Hueso Navarro F., Lanz Areopajita R., Silvestre Busto M.C.

Atención Primaria Tudela. Consultorio de Cortes. Cortes. Navarra

RESUMEN

De una búsqueda bibliográfica anterior a la realización de este estudio, comprobamos su pertinencia teórica, tanto por ajustarse a las recomendaciones nacionales e internacionales, como por la ausencia de estudios de este tipo en nuestro país en el ámbito propuesto.

OBJETIVO

Determinar la frecuencia de los diagnósticos de enfermería en los centros de salud de Atención Primaria de Navarra.

Diseño: Estudio descriptivo transversal prospectivo.

Población: Usuarios tanto de consulta de enfermería y en domicilio de Atención Primaria. 5 de adultos y 1 de pediatría, a los que se les realizó un diagnóstico nuevo, durante los meses de Octubre - Noviembre de 2001 en 6 Centros de salud (3 rurales, 2 urbanos y 1 semiurbano)

Variables: edad, sexo, centro de salud, Diagnóstico de enfermería según taxonomía NANDA clasificación 2001-2002

Recogida de datos: Se recogieron todos los diagnósticos nuevos en el momento de su aparición.

RESULTADOS

Se estudiaron 338 pacientes: 280 adultos y 58 niños, de los cuales 131 (38,8%) eran varones, 182 (53,8%) mujeres. La edad media de los adultos era 67,4 años (DE: 16.34), rango de 15 a 96 años; Se han establecido 456 diagnósticos nuevos, 376 en las consultas de adultos y 81 en la de pediatría durante el periodo estudiado.

Los diagnósticos más frecuentes eran: 82 Manejo efectivo del régimen terapéutico 11,8%, 78 Manejo inefectivo del régimen terapéutico 7,7%, 126 Conocimientos deficientes 7%, 1 Desequilibrio nutricional por exceso 5,3%, 46 Deterioro de la integridad cutánea 3,9%, 4 Riesgo de infección 2,8%, 11 Estreñimiento 2,6%, 51 Deterioro de la comunicación verbal 2,6%, 132 Dolor agudo 2,6%, 47 Riesgo deterioro de la integridad cutánea 2,4%, y 85 Deterioro de la movilidad física 2,4%, que suponían el 50% del total.

CONCLUSIONES

Se constata la gran variabilidad diagnóstica existente en el ámbito de atención primaria.





INTEGRACIÓN DE LOS LENGUAJES ESTÁNDAR EN EL PROGRAMA DE FORMACIÓN BÁSICA DE ENFERMERÍA

Espinosa, Carme; Bros, Montserrat

Escola Universitaria D'Infermeria D'Andorra. Andorra La Vella. Andorra

INTRODUCCIÓN

La Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Andorra tiene como objetivo el proporcionar a sus estudiantes unos conocimientos que sean competitivos y actualizados y que les permitan desarrollar su actividad profesional en el futuro en cualquier lugar del mundo. Por este motivo, en estos momentos se está llevando a cabo un proyecto de integración de los lenguajes estándar en enfermería al Plan de Estudios, utilizando una estrategia de formación basada en el pensamiento crítico y el razonamiento clínico.

OBJETIVOS

Integrar los lenguajes estándar en el Plan de Estudios de la formación básica de enfermería

Utilizar una metodología de enseñanza basada en el pensamiento crítico y el razonamiento clínico

Unificar los criterios del profesorado para proporcionar al alumno un conocimiento coherente basado en la Ciencia Enfermera

MATERIAL Y MÉTODOS

La integración está siendo llevada a cabo por el Grupo de profesoras de Ciencias Enfermeras (CIET) de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Andorra. Los lenguajes estándar escogidos en esta primera fase son: Taxonomía Diagnóstica NANDA, Clasificación de las Intervenciones Enfermeras (NIC) y Clasificación de Resultados esperados (NOC) del Centro para la Clasificación de Enfermería de la Universidad de Iowa. La metodología de enseñanza utilizada es el modelo OPT (Outcome-Present-state-Test) propuesto por Daniel J. Pessut y JoAnne Herman. En la implementación se han seguido las fases propuestas por McCloskey y Johnson para la implementación de los lenguajes estándar en un entorno educativo.

DISCUSIÓN

El proyecto está funcionando en la Escuela en los tres cursos de formación desde el inicio del presente año escolar, habiéndose realizado durante el año anterior una prueba piloto en segundo curso. La utilización de lenguajes estándar en la formación básica facilita el aprendizaje integrado del conocimiento enfermero. El proceso de aprendizaje, que se centra en la utilización de las habilidades de pensamiento crítico, facilita al mismo tiempo el aprendizaje de los lenguajes estándar y la recuperación del conocimiento adquirido.





CONCLUSIONES

La integración de lenguajes estándar no solamente es aconsejable, sino que sin duda se convertirá en los próximos años en una cuestión ineludible para la formación básica i postbásica en enfermería, los resultados que se están obteniendo en nuestra escuela con este proyecto nos animan a continuar en la misma línea e incluso a plantearnos la posibilidad de integrar otros lenguajes estándar útiles en las diferentes áreas de la actuación enfermera.



LAS CLASIFICACIONES ENFERMERAS: HERRAMIENTA EFICAZ EN LAS SESIONES DE ENFERMERÍA EN EL AULA, BASADAS EN EXPERIENCIAS CLÍNICAS

Carrasco Acosta, M.^a Carmen; Macías Rodríguez, Ana Carmen; Arenas Fernández, José;

Márquez Garrido, Manuel; Fera Lorenzo, Diego José; León López, Rocio

Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva. Huelva

Enseñar a los estudiantes el uso de estrategias que favorezcan la adquisición de habilidades y destrezas para solucionar situaciones conflictivas. Debe ser un objetivo prioritario del docente.

Para crear en los alumnos estas habilidades es necesario innovar en el proceso de enseñanza aprendizaje, para ello en la E.U.E. de Huelva desde la asignatura de Enfermería Médico Quirúrgica II realizamos las sesiones de Enfermería (talleres teórico prácticos), la elección de un caso clínico, durante el periodo de prácticas de los alumnos, el manejo de las clasificaciones enfermeras (N.A.N.D.A, N.O.C. Y N.I.C.) como herramientas facilitadoras (o favorecedoras) en la Planificación de los Cuidados del paciente seleccionado. Con esta metodología pretendemos desarrollar un pensamiento crítico en los alumnos en el proceso de enseñanza-aprendizaje y más específicamente en la planificación de los cuidados. Siguiendo el modelo crítico de Berta Guerrero (1999) podemos decir que los alumnos:

Piensen acerca de lo que aprenden.

Apliquen lo que aprenden.

Comparen sus propias ideas con la literatura, con lo que el profesor le dice y con la experiencia clínica.

Expliquen a los compañeros la importancia de lo que aprendieron

Incorporaren a sus compañeros a través de la escucha activa

Cuestionen su propia manera de pensar y traten de asimilar ideas nuevas y diferentes.

A través de las Sesiones de Enfermería queremos potenciar en el alumno la reflexión y la creatividad para que los conocimientos lo puedan transferir a situaciones nuevas. Dedicarle tiempo a la reflexión es muy importante para evaluar lo que le ha resultado más fácil o difícil, para que aporten sugerencias de cambios encaminadas a mejorar las Sesiones con respecto a: la metodología, distribución horaria, recursos materiales, otros aspectos que quieran reseñar y medir el grado de dificultad que han tenido a la hora de manejar las clasificaciones enfermeras y su motivo. Para ello pasamos una encuesta, con preguntas de contestación múltiple en su mayoría con cuatro opciones (escala tipo Liker) y en algunas ocasiones abierta para recabar más información

Incorporar nuevos conocimientos requiere un esfuerzo para el docente y para el alumno. Siendo necesaria la renovación pedagógica para mejorar la calidad de la enseñanza de los futuros agentes de salud.





EL LENGUAJE PROPIO DE LA ENFERMERA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS O EL TRIUNFO DE LA PERSEVERANCIA

M.^a Aurora Rodríguez Borrego, M.^a Elena Fernández Martínez

Servicio de urgencias. Hospital "Río Carrión". Palencia

"El éxito es una cuestión de perseverar cuando los demás ya han renunciado" W.F.

La aplicación de una determinada taxonomía diagnóstica en la cotidianeidad asistencial enfermera en Urgencias, tiene mucho de perseverancia, en la medida en que ya antes de empezar a identificar nuestro lenguaje e investigar sobre él, da la impresión de que la profesión en su vertiente asistencial ya ha renunciado.

Inmersos en un esperanzador proyecto de aplicación de los diagnósticos enfermeros N.A.N.D.A. 2001-2002, en el Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital "Río Carrión" de Palencia con los **Objetivos** : en una primera fase de aplicación y de conocer los diagnósticos más habituales. En una segunda fase de aplicación de forma general en el Servicio por todos los profesionales enfermeros. En una tercera fase de investigación, profundización en la repercusión de su uso en la actividad propia enfermera y la calidad de los cuidados ofrecidos... "La excelencia".

Este proceso se ha iniciado en Enero del 2002, concretamente el día 11; lo que hace que aún esté en sus inicios, y las preguntas que van surgiendo a lo largo del mismo, las trasladamos a este simposium. **El objetivo** pues de esta presentación es debatir sobre: - ¿Se puede plantear un diagnóstico enfermero si luego no se va a continuar con el resto del proceso de atención de enfermería: planificación, ejecución, evaluación...? - ¿Es posible la utilización de los diagnósticos enfermeros de la N.A.N.D.A. en nuestra realidad cultural asistencial? - ¿La sociedad demanda, en un Servicio de Urgencias hospitalarias, una atención que venga derivada de los diagnósticos enfermeros? - ¿Realmente demanda atención de enfermería, o la atención que la sociedad identifica como de enfermería: las diversas técnicas pre-diagnóstico médico o tratamiento?.

En esta primera fase del proyecto es una única enfermera la que los está utilizando y en diferentes lugares, importante señalarlos en la medida que la relación enfermera paciente en cuanto a tiempo y a actividades a llevar a cabo por la enfermera varía sustancialmente, y son: Clasificación, Boxes y Consultas, Observación. El modelo conceptual de referencia es el de Virginia Henderson, entendiendo que debido al escaso tiempo de relación paciente - enfermera, con lo que conlleva de escasa posibilidad de recoger datos; es posible detectar determinadas manifestaciones de dependencia.

Entre la información que se va recogiendo señalar: (los datos presentados corresponden a los pacientes atendidos en los días trabajados por la enfermera en el periodo del 11 de enero del 2002 al 23 de febre-



ro del 2002 Æ 26 días en turnos de día y noche) El tiempo de relación enfermera – paciente, las actividades que se llevan a cabo en y con el paciente. El número de pacientes atendidos: 429 pacientes. Las patologías, identificadas como diagnósticos de entrada. Edades. La posibilidad de diagnóstico enfermero, no tanto en pensarlo como en escribirlo ha sido de un **20,74%**. Los diagnósticos enfermeros utilizados en mayor frecuencia: – Riesgos de caídas 15. – Protección inefectiva 11. – Deterioro de la movilidad física 9. – Dolor agudo 9. – Ansiedad 8. – Patrón respiratorio ineficaz 6. – Deterioro de la comunicación verbal 4. – Conocimientos deficientes 4. Tanto en hombres como en mujeres los más frecuentes y por ese orden son: Riesgo de caídas, Protección inefectiva y dolor. En los hombres destaca: Deterioro de la movilidad física, Patrón respiratorio ineficaz, conocimientos deficientes. En la mujeres el total del diagnóstico de Ansiedad.

El proceso iniciado es muy largo, estamos en el inicio, en el diccionario de la R.A.E. dice al referirse a Urgencia: Servicio de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos. . . es esa inmediatez, lo que parece condicionar la aplicación del diagnóstico, fundamentalmente cuando la atención viene determinada no tanto por el número de pacientes como por la cadencia de presentación: “o ninguno o todos a la vez” lo que hace que no siempre dé tiempo a anotar los diagnósticos empleados.

Por otro lado nos queda aún mucho camino para construir nuestra propia cultura del diagnóstico enfermero en general y de forma específica en situaciones de urgencia. En “El mundo de Sofia” de Jostein Gaarden se lee. . . “al fin y al cabo, algo tuvo que surgir en algún momento de donde no había nada de nada” . . . el se refería a la filosofía, y ya que la filosofía significa, simplemente, tener capacidad para hacernos preguntas sobre el ser humano y que la actividad enfermera gira en torno al ser humano, nos encontramos pues en el proceso de hacernos preguntas observando las respuestas del ser humano y encontrar los signos adecuados que las expresen: “El lenguaje”.

Por lo tanto y de momento en espera de las reflexiones suscitadas en el simposium a los interrogantes planteados en los objetivos, concluir con: “lo que vale no es una victoria ocasional, lo que realmente cuenta son muchos pequeños triunfos sucesivos” Robert. J. Ringer.





EXPERIENCIA DE UNIFICACIÓN DESDE EL GRUPO REGIONAL DE METODOLOGÍA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ASTURIAS

Marta González Pisano y colaboradores

C.S. De Ujo (Mieres). Oviedo. Asturias

PALABRAS CLAVE: HOJA DE VALORACIÓN, GUÍA, DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, PROCESO ENFERMERO, ATENCIÓN PRIMARIA.

INTRODUCCIÓN

Conscientes de que muchos profesionales de enfermería de Atención Primaria de Asturias aún trabajan con un modelo biomédico y de que en otras Comunidades otros compañeros ya poseen un modelo, un lenguaje propio y aplican el proceso enfermero en su quehacer diario; el 8 de Junio de 2001 se crea dentro de la SEAPA (Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias) el Grupo Regional de Metodología y Diagnósticos de Enfermería.

El objetivo principal, es aunar esfuerzos e iniciativas con todos los compañeros Asturianos para consolidar un mismo método de trabajo y un lenguaje común propio de los Profesionales de Enfermería.

Para alcanzar sus objetivos se diseñó: una Hoja de Valoración Inicial por patrones funcionales de Margory Gordon, una Guía/manual de bolsillo manejable y útil, un fichero regional de casos y un programa formativo y divulgativo.

MATERIAL Y MÉTODO

Habiendo realizado un programa formativo, y asistido a los foros de encuentro nacionales sobre Metodología Enfermera, el Grupo de Trabajo dispone del adecuado bagaje de conocimientos para continuar su camino y redactar la hoja de valoración y la Guía/Manual.

Los Patrones Funcionales de Gordon, NANDA, NIC, NOC serán los elementos claves de esta guía al presentar cada una de las etapas del PAE y el Modelo de Orem la referencia del Autocuidado que se ha de potenciar en Atención Primaria para Promover la Salud y Prevenir la Enfermedad.

Ambos instrumentos, se difundirán a través de la página web de SEAPA y del boletín trimestral que edita la SEAPA.

Una vez que la Guía este editada, el Grupo la presentará y difundirá personalmente por cada una de las Areas ofreciendo su apoyo. Se requerirá el apoyo del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) para su implantación, divulgación, formación, valoración y evaluación.



A Coruña 9-10 de Mayo. 2002

IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

Hacia la Excelencia de los Cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico

RESULTADOS

Las experiencias personales de cada uno de los miembros del Grupo de Metodología y Diagnósticos de Enfermería y el análisis de lo que diariamente los Profesionales de Enfermería de Atención Primaria realizan en cada Área Sanitaria constatan la prevalencia del Modelo biomédico y el escaso desarrollo de un Modelo de enfermería propio.

La edición y difusión de herramientas comunes y consensuadas, y distribuidas simultáneamente a toda la región, permitirá al Grupo de Metodología unificar la aplicación del proceso enfermero en atención primaria y contribuir al desarrollo de un Modelo de Enfermería propio.





ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN GRD

Pascual Navajas, Cristina; Oronz Garde, Susana; Blasco Ríos, Mónica; Rodríguez Herce, Conchi;
Gómez González, Fernando; Ube Pérez, José M.

Hospitalización. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra. La Rioja

ANTECEDENTES

El desempeño del rol de enfermería en términos de asistencia sanitaria hace necesario la realización de planes de cuidados individualizados.

El posterior estudio de dichos planes de cuidados pretende detectar los diagnósticos de enfermería más frecuentes en dependencia de los diferentes.

GRD utilizados en el análisis de datos.

OBJETIVOS

- Conocer los diagnósticos de enfermería más frecuentes en cada GRD.
- Analizar los niveles de coberturas y objetivos definidos en relación a los diagnósticos detectados.
- Analizar la correlación entre acciones y coberturas de objetivos relacionados.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo del 100% de las historias de enfermería (Gacela)
de todos los pacientes ingresados por los siguientes GRD:

- GRD 541, trastorno respiratorio, infección, bronquitis, asma.
 - GRD 373, parto vaginal sin diagnóstico complicado.
 - GRD 209, proceso quirúrgico articulaciones mayores, reimplante miembro, extremidades inferiores sin infección.
 - GRD 014, trastornos específicos cerebro-vasculares, accidentes isquémicos transitorios.
- Muestra del 01/01/2001 al 31/12/2001

RESULTADOS

- Conocer los 2 diagnósticos de enfermería mas detectados en cada GRD.
- Conocer los objetivos propuestos a cada diagnostico.
- Evaluar el estado del objetivo al alta hospitalaria.
- Evaluar la estado de su diagnostico de enfermería al alta hospitalaria.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados se pretende estandarizar los diagnósticos de mayor incidencia para tales GRD, al igual que objetivos y acciones relacionadas.





REGISTRO DE UN DIAGNÓSTICOS ENFERMERO: GRADO DE CUMPLIMIENTO Y ADECUACIÓN

Lluís García Garrido, Carme Majó Rovira, Anna Muñoz Bautista, Carme Puigvert Vilalta

Servicio de Cardiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona. Girona

INTRODUCCIÓN

Los diagnósticos de Enfermería son juicios clínicos sobre las respuestas de una persona a problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de los cuidados para el logro de los objetivos, de los que las enfermeras son responsables. En el campo de la investigación la taxonomía proporciona una estructura para el estudio clínico de casos, así como las intervenciones para tratarlas que deben desarrollarse, comprobarse y validarse.

Uno de los diagnósticos más utilizados por las enfermeras del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona, es el de deterioro de la integridad cutánea, esto se debe al interés del Instituto Catalán de la Salud (ICS) en promover la prevención y la intervención mediante un protocolo de actuación. Las úlceras de piel tienen una elevada incidencia, de ahí la preocupación del personal sanitario, y como no, de los gestores y administradores por su elevado coste. También produce una disminución en la calidad de vida del paciente viéndose implicado los aspectos psicológicos y sociales.

Aunque existen muchos instrumentos de valoración que permiten detectar el riesgo de la integridad cutánea, en nuestro centro se utiliza la escala EMINA, considerando como factores de riesgo el estado mental, movilidad, humedad r/c incontinencia, nutrición y actividad.

El objetivo del estudio es:

Analizar si en todos los pacientes en los que se llevan a cabo actividades relacionadas con el riesgo o deterioro de la integridad cutánea se ha formulado previamente el diagnóstico enfermero.

Valorar el grado de cumplimiento en el cálculo de la escala EMINA y si su concordancia con el diagnóstico enfermero.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha utilizado un diseño descriptivo y transversal. El ámbito de estudio ha sido el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona. Los sujetos de estudio son todos los pacientes adultos ingresados en las plantas de hospitalización convencional y en cuidados intensivos entre febrero y marzo del 2002 y que en la hoja de recogidas de actividades tuvieran especificado las actividades de lesión o prevención de úlceras.

El grupo investigador confeccionó una hoja para la recogida y registro de los datos.





RESULTADOS

Resultados preliminares correspondientes a la prueba piloto.

Se estudiaron un total de 59 pacientes con una media de edad de 64,3 rango 15-83 años. De estos pacientes un total de 20 (33,89 %) tenían registradas en la historia de enfermería actividades de prevención y 14 tenían descrito el diagnóstico enfermero, cuya causa principal es la inmovilización. Presentaban lesión cutánea sin tener formulado el diagnóstico 4 pacientes (6,77%), de estos pacientes, se había realizado en 2 de los casos la escala EMINA y en el resto no.

Un total de 35 pacientes no tienen actividades registradas ni de lesión ni de prevención, de estos 25 (71,42%) tampoco tienen la escala EMINA, 13 (52 %) tienen hoja de valoración de las necesidades y en ningún caso se ha formulado el diagnóstico.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE SALUD

R.B. Muñoz, R. Badía, M. Carbonell, R. Ferrero, O. Mora, M.F. Muñoz

Área Básica de Salud Badalona-7. CAP La Salut. Badalona. Barcelona

OBJETIVO

Conocer los resultados de la implementación del proceso de cuidados de enfermería basado en el modelo de V. Henderson en los pacientes incluidos en el programa de Atención Domiciliaria (ATDOM) de un Equipo de Atención Primaria (EAP) urbano.

METODOLOGÍA

Plan de trabajo (1999-2000):

- 1.- Formación de 2 enfermeras como referentes para el resto del equipo.
- 2.- Presentación al resto de profesionales de la propuesta y su importancia.
- 3.- Formación metodológica mediante exposiciones teóricas y talleres.
- 4.- Curso de profesionalización de enfermería organizado por la dirección de AP.
- 5.- Prueba piloto durante dos semanas con casos reales.
- 6.- Propuestas para su implementación.

Variables estudiadas: edad, sexo, formación académica, experiencia laboral previa en EAP y adhesión al proceso de implementación de los profesionales de enfermería. Número de pacientes incluidos en ATDOM y pacientes con la valoración de enfermería según el modelo de las 14 necesidades de V. Henderson. Diagnósticos de la NANDA por paciente, formulación de la etiqueta diagnóstica e inclusión de etiología (relacionado con), signos y síntomas (manifestado por).

RESULTADOS

Se adhirieron a la metodología el total de profesionales (16), media de edad: 43,5 años; 18% varones (n=3). Todos son diplomados de enfermería (50% ATS con convalidación), Experiencia laboral previa en EAP 20%, ninguno tenía experiencia previa con metodología del proceso de enfermería. En el año 2000 se realizó la valoración al 89,5% de los 164 pacientes incluidos en ATDOM. La media de diagnósticos por paciente fue de 2,2. La formulación de la etiqueta diagnóstica fue correcta en un 75%. Las etiquetas que más errores presentaron en su formulación fueron: Incontinencia urinaria total 100%(n=12), Deterioro de la movilidad física 44%(n=57) y el Riesgo de alteración de la nutrición por exceso 50%(n=6). Se incluyó etiología (relacionado con) 78%; signos y síntomas (manifestado por) en el 66 % de las etiquetas. Tras la prueba piloto se acordó simplificar la hoja de registro para facilitar la implementación del proceso.



A Coruña 9-10 de Mayo, 2002

IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

Hacia la Excelencia de los Cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico

CONCLUSIONES

El entrenamiento y la simplificación del registro ha comportado una elevada adhesión a pesar de que la mitad de los profesionales no se habían formado previamente a la implementación en esta metodología. La etiqueta fue correcta en un elevado número de casos aunque se debería mejorar en la formulación de algun diagnóstico sobre todo en el patron de intercambio.



¿SE UTILIZA LA METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA (ME) EN EL ÁREA DE SALUD DE TUDELA (NAVARRA)?

Moreno Hermosilla, S.; Ciaurriz Martínez, Manoli; Giral Guembe, Anuntxa; Magaña Moreno, Araceli; Pozuetad Diéguez, Guadalupe; Hernández Galindo, Mariano

Subdirección de Atención Primaria. Jefatura Enfermería. Tudela. Navarra

INTRODUCCIÓN

El Área de Salud de Tudela está estructurada en 7 Zonas Básicas de Salud (ZBS), de las cuales 2 son urbanas y 5 rurales, en las que trabajan 52 enfermeras de Atención Primaria (AP) para atender a una población de 79.856 habitantes. Desde el año 1.996 venimos trabajando en una estrategia docente cuyo objetivo final es la adquisición de los conocimientos, las habilidades y las aptitudes necesarias para que la utilización de la ME.

OBJETIVOS

- 1.-Valorar el grado de implantación de la ME en el trabajo habitual de enfermería.
- 2.-Cuantificar el número de enfermeras que aplica metodología según los criterios establecidos.
- 3.-Conocer a qué población y dentro de qué actividades de enfermería se utiliza la metodología.

MÉTODO

En mayo del 2.001, se seleccionaron 600 Historias Clínicas (HC) de forma aleatoria y estratificada por ZBS y enfermera de AP donde debería estar reflejada el trabajo de enfermería desarrollado durante el año 2.000.

Se evaluó la recogida de los siguientes datos en la HC:

- 1.- Fecha de consulta
- 2.- Motivo de la consulta de enfermería.
- 3.- Valoración según necesidades de V. Henderson.
- 4.- Objetivos.
- 5.- Diagnósticos de enfermería.
- 6.- Actividades.

El grupo de trabajo consideró que se estaba aplicando adecuadamente la ME cuando se cumplían los siguientes requisitos:

- 1.- Registro de fecha y motivo de la consulta.
- 2.- Constatación de patrón eficaz o de al menos 2 ítems por necesidad.
- 3.- Determinación de al menos un objetivo por necesidad.



A Coruña 9-10 de Mayo, 2002

IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

Hacia la Excelencia de los Cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico

RESULTADOS

- 1.- El 25%(13 de 51) de las enfermeras de AP del Area de Salud de Tudela utiliza ME.
- 2.- A un 29% solamente les falta reflejar los objetivos.
- 3.- Se aplica la metodología de enfermería en las consultas programadas con los pacientes crónicos (hipertensos, diabéticos...)

CONCLUSIONES

Valoramos positivamente los resultados obtenidos y decidimos seguir trabajando en esta línea.
Consideramos necesario realizar una nueva evaluación, una vez haya concluido el plan docente.





LA OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS/OS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Raña Lama, C; Pita Vizoso, R.; Conceiro Rúa, A.; Fdez. Fraga, I.; García Martínez, C.

Centro de Atención Primaria y Escuela Universitaria de Enfermería. A Coruña

OBJETIVO:

Conocer la opinión de las/os enfermeras/os del área sanitaria de A Coruña, sobre las causas de la baja utilización de los Diagnósticos de Enfermería en Atención Primaria.

Diseño: Estudio cualitativo. Técnica: grupo de discusión.

Ámbito: Área sanitaria de A Coruña.

Período: Octubre — Noviembre 2.001

Participantes: Ex-alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería Juan Canalejo (Titulados en los dos últimos años).

Enfermeras/os de Atención Primaria del área sanitaria de A Coruña

Diseño muestral: Para el diseño muestral se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

a) variables de homogeneidad

* Grupo de ex-alumnos:

Haber realizado sus estudios en la Escuela Universitaria de Enfermería Juan Canalejo de A Coruña en los cursos 1.999/2000 y 2.000/2.001.

Haber realizado prácticas clínicas en los Centros de Atención Primaria del área sanitaria de A Coruña. *

Grupo de profesionales:

Desempeñar su actividad laboral en los Centros de Atención Primaria del área sanitaria de A Coruña.

b) Variables de heterogeneidad

* Grupo de alumnos: Haber realizado sus prácticas clínicas en distintos Centros de Salud.

* Grupo de profesionales:

Pertenecer a distintos Centros de Salud.

Poseer distinta formación pregrado (A.T.S. reciclados, D.U.E.)

Poseer distinta vinculación laboral (estatutarios, interinos)

Se mantuvo la proporción real de género en cada uno de los grupos.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

La técnica utilizada fue el análisis de contenido para lo cual se identificaron las opiniones expresadas por los participantes de ambos grupos, clasificándolas posteriormente según las características de los parti-



A Coruña 9-10 de Mayo. 2002

IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

Hacia la Excelencia de los Cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico

pantes (ex-alumnos, profesionales) y dentro de tres aspectos que el grupo de investigación decidió a partir del objetivo de estudio: a) opiniones sobre la utilización de los Diagnósticos de Enfermería. b) Opiniones sobre los factores que influyen en la no utilización. c) Opiniones sobre las estrategias para su implantación. Ambos grupos opinaron que los Diagnósticos de Enfermería no se utilizaban en Atención Primaria.

En cuanto a los factores que influyen en la no utilización las opiniones de los ex-alumnos se centraron en: algunos profesionales los consideran innecesarios, complejidad de la estructura y vocabulario, falta de formación, deficiencias de recursos, convivencia de distintos modelos de atención e interés personal del profesional.

Los profesionales opinaron, que los factores se relacionaban con: el modelo médico hegemónico recursos humanos insuficientes, inmovilismo y motivación, convivencia de distintos modelos de atención, heterogeneidad de profesionales, incertidumbre de la eficacia de los Diagnósticos de Enfermería en la mejora de la salud de la población.

Ambos grupos opinan que la obligación o imposición "con o sin formación" sería la estrategia más adecuada para la implantación de los Diagnósticos de Enfermería.

DISCUSIÓN

La falta de conocimientos no aparece como causa de la no utilización de los Diagnósticos de Enfermería entre los profesionales, cuando en estudios previos (Raña 2001, Mañá 1999, Puig 1995) la consideraban la causa principal.



DE LAS NECESIDADES A LOS DIAGNÓSTICOS

O. Mora, R. Ferrero, R.B. Muñoz, M. Carbonell, R. Badía, M.F. Muñoz

Área Básica de Salud Badalona - 7 (CAP La Salut). Badalona. Barcelona

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de necesidades alteradas y de los principales diagnósticos de enfermería basados en el modelo de V. Henderson de los pacientes y cuidadores incluidos en el programa de Atención Domiciliaria (ATDOM) de nuestro centro de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra de 147 pacientes incluidos en ATDOM de un total de 164 pacientes de un centro de Atención primaria urbano. Las variables relacionadas con el enfermo fueron: edad, sexo, patología, necesidades alteradas y diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Las variables relacionadas con el cuidador fueron: edad, sexo, grado de parentesco, diagnósticos de la (NANDA) y si se trataba de un cuidador formal (pagado) o informal (no pagado).

RESULTADOS

De los pacientes => el 67 % son mujeres. Patologías más frecuentes: Diabetes (33%), Hipertensión arterial (29%), Demencias (28%), Accidente Vascular-cerebral (18%), Incontinencia (14%), Alteraciones neurológicas (12%), y úlceras (9,5%). Necesidades más alteradas: Movimiento (70%), Eliminación (40%), Seguridad (33%), Higiene (31%), Alimentación (27%) y Comunicación (22%). Los diagnósticos más prevalentes: Deterioro de la movilidad física (10%), Deterioro de la integridad cutánea (6%), Riesgo de lesión (4%), Aislamiento social (4%), Alteración de la nutrición por defecto (3%), Alteración del patrón del sueño (3%), Incontinencia urinaria total (2%) y Déficit de actividades recreativas (2%).

Del cuidador => el cuidador principal es un familiar (89%), sexo femenino (86%), hija (40%). Los diagnósticos relacionados con el cuidador fueron: Cansancio en el desempeño del rol del cuidador (1%) y Alteración de los procesos familiares (1%).

CONCLUSIONES

Baja prevalencia de úlceras aunque el diagnóstico más frecuente es el deterioro de la movilidad física. El cuidador principal es un familiar y en su mayoría de primer grado y sexo femenino. Destaca la hija. Predomina el sexo femenino en los cuidadores y en los pacientes. El bajo porcentaje de diagnósticos de enfermería relacionados con la claudicación del cuidador, sugiere que la labor de educación, soporte y ayuda que lleva a cabo el personal de enfermería es un buen elemento de prevención.



ANSIEDAD ANTE LA MUERTE COMO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: UNA PROPUESTA DE DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y DIFERENCIAL

Lidia Fernández, Pilar Fernández, Joaquín Tomás
E.U.I. Gimbernat. Sant Cugat del Vallés. Barcelona

La inclusión por parte de la NANDA en la taxonomía 2001-2002 de la etiqueta ansiedad ante la muerte ha suscitado una cierta polémica en cuanto a la conveniencia o no de diferenciarla de la etiqueta de ansiedad. El uso de la nueva etiqueta diagnóstica se justificaría por el interés que puede suponer la concreción y adecuación de los cuidados dirigidos a personas que se encuentran en proceso de muerte.

Sin embargo, la definición planteada por NANDA no delimita con precisión el concepto, en cuanto a que no diferencia con claridad los términos de ansiedad ante la muerte y temor ante la muerte.

En las características definitorias propuestas para el diagnóstico se incluyen el dolor y otros aspectos relacionados con la agonía y el proceso de morir, que sería más apropiado incluir en un diagnóstico de temor, entendido éste como una reacción ante un estímulo amenazante claramente identificable.

En cambio, la ansiedad es, por definición, una reacción emocional que surge ante una amenaza inidentificable, por lo que la etiqueta diagnóstica ansiedad ante la muerte debería referirse únicamente a aquellos estados de aprensión provocados por la propia desaparición, el “no ser” y la incertidumbre ante lo que hay o no hay tras la muerte.

El objetivo de este trabajo es definir de forma clara los conceptos de ansiedad y temor, remarcando la diferencias existentes entre ambos constructos para, posteriormente, aplicar estas definiciones a la formulación precisa de la etiqueta diagnóstica ansiedad ante la muerte.



PROYECTO DE DESARROLLO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Y FACTORES RELACIONADOS DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

Pilar Fernández, Lidia Fernández, Joaquín Tomás
E.U.I. Gimbernat. Sant Cugat del Vallés. Barcelona

A partir de la propuesta de definición conceptual y diferencial de la etiqueta diagnóstica Ansiedad ante la Muerte, se plantea la necesidad de llevar a cabo una revisión exhaustiva de las características definitorias propuestas por NANDA en la taxonomía 2001-2002, así como incluir el desarrollo de los factores relacionados para dicha etiqueta.

Para llevar a cabo el proyecto presentado en esta comunicación se ha realizado un diseño cuyo desarrollo empírico comporta las fases siguientes:

Revisión sistemática de la literatura científica existente sobre el tema.

Análisis minucioso de las características definitorias propuestas por NANDA, desestimando aquellas que no se consideren adecuadas e incluyendo nuevas aportaciones que se identifiquen como pertinentes.

Desarrollo de los factores relacionados con la etiqueta diagnóstica.

Proceso de validación de características definitorias y factores relacionados. En esta fase se procederá a someter ambos componentes al juicio crítico de una muestra adecuada de profesionales que juzgarán el grado de adecuación o inadecuación de cada elemento.

Los resultados obtenidos en la muestra de profesionales se comunicarán a NANDA, proponiendo la revisión de la etiqueta Ansiedad ante la Muerte y de sus características definitorias, así como la inclusión, en la nueva taxonomía, de los factores relacionados con ella.



EL BUEN MORIR. UNA REFLEXIÓN

Amalia Conceiro Rúa

Centro de Saúde Arteixo. A Coruña

INTRODUCCIÓN

Continuamente hablamos de la necesidad de basarnos en el concepto holístico de l hombre para poder dar unos cuidados adecuados para una muerte digna o un buen morir; pero ¿qué significa buen morir? Cada grupo social elabora una serie de conceptos y actitudes hacia la invalidez, la enfermedad, el dolor y la muerte. La muerte, por tanto, aunque es un acto esencialmente personal está limitado por el sistema de valores, creencias y formas de vivir y pensar de las distintas épocas y culturas. Y la posición ante ella, así como la manera de afrontarla ha ido variando a lo largo de la historia; siendo la medicalización de la misma el modelo prevalente de nuestra cultura actual, bajo la disculpa de la beneficencia de la tecnología.

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo surgió tras una experiencia durante un periodo de medio año dando cuidados a Antonio, un enfermo terminal de cultura gitana, lo cual me obligó a revisar algunos conceptos y actitudes que, de forma general el personal de enfermería, mantenemos en la práctica.

OBJETIVOS

El motivo qu me lleva a la presentación de éste trabajo es la reflexión conjunta a cerca de las siguientes preguntas que me fueron surgiendo:

¿Qué es el buen morir?

¿Tenemos en cuenta las diferencias culturales en el último tramo del camino hacia la muerte?

Consideramos en algún momento la muerte social?

Desde qué diagnóstico de enfermería se trabaja dicho problema?

CONCLUSIONES

La muerte de Antonio no fue un acto individual fue una muerte que, como indica Ariés “marcó la solidaridad del individuo con su estirpe y comunidad proclamando el peligro que sentía, reconstruyendo sus fuerzas mediante una ceremonia de carácter festivo” —la fiesta gitana—. Pero no fué un buen morir. El miedo a hacer daño, el deseo de protección, la falta de respuesta hizo que el personal de enfermería entrara a formar parte de la “conspiración del silencio” poniendo barreras a la adaptación y , lo que es peor, a la libertad individual.



DIAGNÓSTICOS PREVALENTES IDENTIFICADOS EN LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES, DURANTE EL PERIODO DE FORMACIÓN

Berta García Fraguela

Consultora de IT Deusto Sanidad. Cambre. A Coruña

INTRODUCCIÓN

A lo largo de estos dos años en la valoración diaria de cómo se ha desarrollado cada uno de los ciclos voy detectando la presencia de sintomatología que se repite y me sugiere la existencia de problemas como: Afrontamiento inefectivo, Déficit de conocimientos, Duelo anticipado, Baja autoestima situacional y Ansiedad.

OBJETIVO

Identificar los diagnósticos de las alteraciones que (aparecen/ detecto) mayoritariamente en las enfermeras y auxiliares durante el periodo de formación que realizo en los hospitales del SERGAS desde hace dos años.

MATERIAL

Dos años y medio de trabajo, con implantación del programa informático Gacela tras la formación de los profesionales de enfermería en treinta unidades de cuatro Hospitales.

MÉTODO

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a los profesionales de las treinta unidades.

CONCLUSIONES

1. El proceso de atención de enfermería ha demostrado ser un método muy eficaz para valorar y resolver las alteraciones de actitud y conducta que se producen en los profesionales de enfermería durante el período de formación de la herramienta informática Gacela.
2. Trabajando con los profesionales el afrontamiento inefectivo y déficit de conocimientos, dos de los diagnósticos más habituales en este período de formación, se ha comprobado que se puede obtener una buena respuesta final con autosuficiencia.





P.C. ESTANDARIZADO DE BIOPSIA HEPÁTICA: HERRAMIENTA ÚTIL E INDISPENSABLE EN EL TRABAJO DIARIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITAL DE DÍA

Rosa María Santiago Castellanos, Mercedes Berrio Pecero, María Elena González Jadraque, Gemma Redondo Romero

Fundación Hospital de Alcorcón. Alcorcón. Madrid

OBJETIVO

Organizar la actividad asistencial enfermera, basándose en unos criterios comunes a todos los pacientes que acuden a nuestra unidad (Hospital de Día) a realizarse una biopsia hepática.

INTRODUCCIÓN

En nuestra unidad, hospital de día médico, es habitual la realización de procedimientos diagnósticos como la Biopsia Hepática. Debido al aumento de pacientes que requieren esta técnica, decidimos establecer un plan de cuidados estandarizado que reflejara aquellos diagnósticos enfermeros y actividades de cuidados más frecuentemente realizadas. Sin olvidar el registro de constantes, medicación y observaciones.

METODOLOGÍA Y MATERIALES

Estudio prospectivo y descriptivo. El plan de cuidados estandarizado de la Biopsia Hepática ha sido implantado a 70 pacientes con enfermedad hepática sin patología asociada y en régimen ambulatorio, desde junio del 2000 hasta diciembre del 2001. El plan de cuidados se evaluó cuatrimestralmente en el primer año, y posteriormente se ha realizado una revisión anual. Paralelamente se ha asociado el consumo de material utilizado en cada prueba (Guía Clínica).

RESULTADOS

Se ha elaborado un plan de cuidados estandarizado con 4 diagnósticos de enfermería para problemas reales y 2 diagnósticos relacionados con complicaciones potenciales. Así mismo se han añadido 12 actividades derivadas de la técnica. Se ha obtenido el consumo medio de material por cada prueba.

CONCLUSIÓN

El plan de cuidados estandarizado es una herramienta de trabajo útil y dinámica, ya que ha sido adaptado a las necesidades del paciente y ha originado la unificación de criterios en los cuidados enfermeros de dicho procedimiento. Ha permitido conocer la aportación que realiza enfermería en el proceso de salud de estos pacientes. Por último, permite conocer el coste de cada proceso y su repercusión en los aspectos referentes a la gestión.





UTILIZACIÓN DE TAXONOMÍAS (NANDA, NIC Y NOC) EN LA ESTANDARIZACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS

Yolanda Ordorica, María E. García, Montse Riera, Paqui Pérez, Dolors Miguel

Atención Primaria DAP Granollers. Granollers. Barcelona

INTRODUCCIÓN

- En enfermería necesitamos dejar constancia de nuestra práctica profesional, de acuerdo a un método científico y riguroso.

Pensamos que la estandarización de cuidados, nos facilitará en la práctica asistencial aplicar la metodología según modelo de Virginia Henderson y las Taxonomías: NANDA, NIC Y NOC.

OBJETIVO

Estandarizar planes de cuidados para facilitar la aplicación de metodología enfermera en el ámbito de ATDOM, en la Dirección de Atención Primaria de Granollers.

MATERIAL Y MÉTODO

La metodología utilizada en la elaboración de la estandarización de cuidados, se ha realizado a través del consenso de expertos, método inductivo.

Marco teórico: modelo Virginia Henderson y las Taxonomías NANDA, NIC y NOC

CONCLUSIÓN

El resultado de la identificación del paciente tipo, mediante el consenso de expertos, ha sido la de pacientes con un nivel de dependencia total y un nivel cognitivo de deterioro intelectual grave.

A pesar de no haber puesto a prueba el estándar que proponemos, creemos que será de gran utilidad y nos facilitará la identificación y registro de las intervenciones enfermeras.



MEJORA DE CALIDAD Y CONTINUUM ASISTENCIAL EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y RAI-NH 2.0 (RESIDENT ASSESMENT INSTRUMENT NURSING HOME)

Parés Palom, Rosa; García Mantas, Ascensión

Serveis de Preveió. Assistencials i Sòcio-Sanitaris. Mataró. Barcelona

INTRODUCCIÓN

En los últimos años los sistemas sanitarios de todo el mundo han sufrido grandes transformaciones debidas a las necesidades de reducir costes y de dar mejor respuesta a las necesidades del usuario. Es necesario ofrecer una buena asistencia con eficacia y eficiencia, y mantener el equilibrio entre estancias medias, definición de costes, recursos utilizados y resultados obtenidos.

Partiendo del Programa de mejora de la calidad, en el año 1997 la dirección del CSM para unificar los criterios asistenciales determinó implantar el sistema de trayectorias clínicas y de planes de cuidados estandarizados y secuenciados como metodología de trabajo en nuestro hospital.

En la actualidad este proyecto ha ido creciendo y se ha hecho extensible a los demás ámbitos asistenciales del CSM además del hospital de agudos (Áreas básicas de salud, sociosanitario) El Antic hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena es un centro socio sanitario de 124 camas. En junio del 2000 empezó a adaptar la metodología asistencial del hospital de agudos a las peculiaridades de un centro de estas características.

OBJETIVO

Obtener un lenguaje y una metodología común que nos facilite el continuum asistencial y mejore en nuestros centros la calidad asistencial con la unificación de criterios y el consenso multidisciplinar

MÉTODO

La estandarización de los procesos en el Hospital se ha elaborado desde la perspectiva enfermera siguiendo el orden establecido por los patrones funcionales de M. Gordón introduciendo los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA.

En el socio sanitario la valoración del paciente / residente se hace mediante el sistema RAI.NH

El RAI NH es un instrumento de evaluación multidimensional del paciente / residente que nos permite valorar de manera integral las necesidades y capacidades de las personas ancianas.

Mejora del proceso de valoración, detectando los problemas reales o potenciales que el paciente / residente pueda presentar para poder elaborar los planes de cuidados.



Teniendo en cuenta este instrumento de valoración, se han clasificado los diagnósticos enfermeros partiendo de los patrones funcionales del RAI. Los planes de cuidados estandarizados y secuenciados se han diseñado en base a esta metodología.

RESULTADOS

El primer Plan de cuidados estandarizado y secuenciado ha sido el de los pacientes con alimentación enteral portadores de PEG y se implantó en Febrero de este año por lo que aún no se han obtenido resultados relevantes.

CONCLUSIONES

Se ha establecido una base de trabajo con método adaptando la metodología científica a la práctica diaria de enfermería a través de la elaboración de los Planes de cuidados y trayectorias clínicas.

Disminuimos la variabilidad en las acciones de enfermería unificando criterios y aseguramos la continuidad de la atención del proceso.

Garantizamos una utilización adecuada de los recursos

Promocionamos la práctica en colaboración del equipo interdisciplinar favoreciendo el rol autónomo de enfermería.



¿QUÉ PIENSAN LAS DIRECCIONES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ESPAÑA SOBRE LA FORMACIÓN EN DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS?

Manuel Mañá González; M.^a Elena Fernández Martínez; Amparo Mesas Sáez; Daniel Fernández García;
Ana M.^a Vázquez Casares; Cristina Liébana Presa
Centro de Salud Pico Tuerto. Ponferrada. León

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería como proveedores de cuidados deben satisfacer las necesidades de salud de la población. Estos servicios deben asumir una doble responsabilidad prestar cuidados y hacerlo con la mayor calidad. Por ello es fundamental la formación continuada pero siempre partiendo de una formación pregrado en las Escuelas Universitarias (EUE) que proporcione una base teórica y metodológica sólida que garantice la integración de los conocimientos sobre el cuidado y al mismo tiempo facilite el desarrollo del Rol Independiente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio Observacional descriptivo de tipo transversal. La población de diana son las Direcciones de Atención Primaria de todas las Gerencias de España, obteniendo una muestra del 55.64% de la población de estudio.

RESULTADOS

El 88.4% de las Gerencias que han participado en el estudio han desarrollado alguna estrategia para la implantación de los Diagnósticos de Enfermería (DE) y el PAE.

El 92.6% de las direcciones de enfermería consideran fundamental la formación pregrado para facilitar la implantación de esta metodología.

Las direcciones de Enfermería consideran en el 78.1% de los casos, que el perfil de la persona que imparta la materia de DE en las EUE debe tener experiencia práctica en su utilización y compaginar asistencia y docencia.

La relación entre EUE y direcciones de enfermería se limita exclusivamente en el 62.9% de los casos a la coordinación de prácticas de los alumnos.

DISCUSIÓN

Hay que reflexionar sobre la escasa relación entre gestores de servicios y EUE, lo que puede llevar a una dicotomía entre teoría y práctica, que tanto dificulta nuestro desarrollo profesional. Creemos necesario este tipo de estudios para conocer el punto de vista de los gestores sobre los planes de estudio, lo que indudablemente facilitaría que estos se adapten a las necesidades de salud de la población.



A Coruña 9-10 de Mayo, 2002

IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

Hacia la Excelencia de los Cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico

CONCLUSIONES

Necesidad de potenciar la cooperación entre EUE y direcciones de enfermería.

Colaboración entre Direcciones para mejorar la efectividad de las estrategias de implantación de DE.

Las direcciones de enfermería tienen que participar en el diseño de los planes de estudio.

Necesidad de adecuar los perfiles del profesorado de las EUE por materias y en función de criterios científicos, para mejorar la calidad de la docencia.





PROCESO DE VALORACIÓN COMO BASE DEL DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO

Elena Dorado Martínez, José L. Ortiz Gómez, Nuria Hurtado de la Fuente
Centro Hospitalario P. Benito Benni. Valladolid

Debido a las dificultades encontradas en la realización de los diagnósticos de enfermería en nuestra unidad de salud mental, sobre todo en la determinación de los factores relacionados y posterior realización del plan de cuidados. Nos vimos obligados a reevaluar la valoración de enfermería en nuestros pacientes dándonos cuenta que era deficitaria en dos puntos:

- 1.- La concepción del paciente como un todo integral e integrado en un ambiente cultural, no era bien recogida en nuestra valoración.
- 2.- No cuidábamos lo suficiente la relación terapéutica paciente-enfermera.

En nuestra comunicación daremos especial importancia a estos puntos de la valoración a través de un caso práctico de un paciente esquizofrénico, en el que tras realizar una valoración adecuada, hemos detectado varios diagnósticos, pudiendo realizar un plan de cuidados satisfactorio para la obtención de los objetivos marcados.

Posteriormente expondremos los siguientes diagnósticos detectados así como el plan de cuidados de algunos de ellos.

- a) Déficit de autoestima situacional.(7.1.2.2.)
- b) Alteración del patrón del sueño.(6.2.1.)
- c) Déficit de autocuidado, vestuario y acicalamiento.(6.5.3.)
- d) alteraciones sensorio-perceptivas.(7.2.)
- e) No seguimiento del tratamiento.(5.2.1.1.)
- f) Alto riesgo de aspiración.(1.6.1.4.)

El objetivo de la exposición es acercar nuestro trabajo diario al resto de los profesionales de enfermería, compartiendo con ellos nuestra experiencia en el campo de la psiquiatría, por medio de la cual hemos llegado a la conclusión de que para llegar a detectar diagnósticos en los pacientes psiquiátricos y obtener su resolución es muy importante una buena relación con el paciente y su entorno; siendo ésta la clave para obtener una valoración de enfermería satisfactoria y así poder llegar a la resolución de los diagnósticos detectados mejorando la incapacidad del paciente y obteniendo el mayor grado de independencia posible. Que es en definitiva el objetivo final que queremos conseguir para nuestros pacientes, y el que queremos transmitir al resto de profesionales de enfermería.





LOS SEMINARIOS COMO IMPULSORES DE UNA MEJOR ACTITUD ANTE LA METODOLOGÍA

Cariñena Lezaun A.; De Miguel Ibáñez P.; Hueso Navarro F.; Mari i Puget G.; Zugarrondo Martínez M.A.
Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud. Pamplona. Navarra

INTRODUCCIÓN

El trabajo con método es la base necesaria para unificar criterios, revisar y perfeccionar los planes de cuidados, y por lo tanto, mejorar el trabajo de enfermería.

OBJETIVO

Aumentar el número de profesionales de enfermería que trabajan con metodología propia.

MÉTODO

Para hacer realidad este objetivo se organizaron unos Seminarios de Metodología, que se caracterizaban por ser una actividad realizada en grupos pequeños de manera descentralizada, basada en la resolución de casos clínicos reales, siendo las tutoras de cada grupo: enfermeras de base con una preparación básica en metodología y dinámica de grupos, las cuales estaban muy motivadas.

RESULTADOS

Tras cuatro años de formación continuada, y basándonos en los resultados de las evaluaciones intermedias y finales de cada fase, nos encontramos que el cambio de la actitud de las asistentes ha sido la mayor dificultad encontrada. Otros aspectos como la adquisición de conocimientos y habilidades están siendo superados sin mayores resistencias.

CONCLUSIONES

Este método docente favorece que se produzca el cambio deseado, si bien como se constata es un proceso largo y costoso. Para obtener los fines esperados es determinante el papel ejercido por los gestores que deben apoyar este tipo de actividades cuyos resultados se apreciarán a largo plazo.



PREVALENCIA DE RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO EN PACIENTES INMOVILIZADOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA ELVIÑA-MESOIRO

Ramil Pernas, H.; Pita Vizoso, R.

Centro de Salud de Elviña-Mesoiro. A Coruña

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de riesgo de síndrome de desuso en los pacientes inmovilizados en la población mayor de 14 años que atiende el Centro de Salud Elviña-Mesoiro.

Determinar los factores de relación más prevalentes de riesgo de síndrome de desuso.

Determinar la prevalencia de otros diagnósticos de enfermería asociados a la inmovilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito de estudio: Centro de Salud Elviña-Mesoiro.

Período: Enero y Febrero del 2.002.

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia.

Población de estudio: Todos los pacientes inmovilizados que reúnan los criterios descritos en los objetivos de actividad de la Gerencia de Atención Primaria de A Coruña.

Variables de estudio: Presencia de riesgo de síndrome de desuso. Factores relacionados con riesgo de síndrome de desuso. Diagnósticos de enfermería asociados a la inmovilidad.

Instrumento para la recogida de datos: Observación, entrevista y examen físico; los datos fueron registrados en un formulario diseñado para tal fin.

Análisis de los datos: Estadística descriptiva, se utilizó el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 58 casos, 27,6% eran hombres y el 70,4% mujeres. La media de edad fue de 77,9 (D.E. 18,6).

Presentaron riesgo de síndrome de desuso el 8,6% de la población. Los factores relacionados con riesgo de síndrome de desuso fueron: alteración del nivel de conciencia 56,9%, parálisis 46,6%, dolor intenso 6,9%, debilidad 3,4% y con 1,7% inmovilidad mecánica, prescrita, amputación y letargo yatrogénico.

Los diagnósticos de enfermería asociados a la inmovilidad que se detectaron fueron: incontinencia fecal 6,5%, incontinencia urinaria total 51,7%, impotencia 32,8%, trastorno de la imagen corporal 20,7%, deterioro de integridad cutánea 17,2%, incontinencia funcional 15%, incontinencia urinaria refleja 10,3%, con-



A Coruña 9-10 de Mayo. 2002

IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

Hacia la Excelencia de los Cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico

fusión aguda 3,4%, limpieza ineficaz de las vías aéreas 3,4%, con 1,7% baja autoestima situacional y alteraciones sensorio-perceptivas.

CONCLUSIÓN

En la población estudiada el Riesgo de síndrome de desuso tienen una baja prevalencia, por lo que se hace necesario utilizar categorías diagnósticas específicas para atender a esta población.

No es posible determinar los factores de relación más frecuentes de Riesgo de síndrome de desuso por su baja prevalencia.

Los diagnósticos de incontinencia son los más prevalentes en la población estudiada.





EVALUAR LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN DE LOS GESTORES ENFERMEROS UNA ASIGNATURA PENDIENTE

Macías, A.C.; Barquero, A.; Fera, D.J. León, R; Carrasco M.C.

E.U.E. Universidad de Huelva. Huelva

El objetivo de nuestra comunicación es el de dar a conocer algunos de los resultados del Grupo de Discusión llevado a cabo por el grupo de investigación ENYSA (Enfermería y Salud) del Departamento de Enfermería de la Universidad de Huelva en el proyecto financiado por el FIS: "El desarrollo profesional de los gestores enfermeros y su incidencia en la calidad de los cuidados en el Servicio Andaluz de Salud (SAS)".

La finalidad de utilizar esta técnica de corte cualitativo, fue la de recabar información directa sobre el sentir de los gestores sobre los problemas relacionados con la formación y aquellos que más interfieren en su desempeño profesional y de cómo estos, inciden en la calidad de los cuidados.

Los grupos de discusión realizados fueron tres; para ello, se eligieron a quince personas cuyo requisito fue: el ser o haber sido director, coordinador de enfermería en atención primaria (distrito), o atención especializada (hospital), ser docente de EUE habiendo desempeñado cargos de gestión o el haber desempeñado puestos de coordinador de formación en los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud (puesto que en la actualidad ha desaparecido).

RESULTADOS OBTENIDOS

Algunas de las principales dificultades que tienen los directores/coordinadores de enfermería en su desempeño profesional diario.

- A) La falta de formación y la autoformación como respuesta
- B) Encorsetados por las normas
- C) La no participación ni en la contratación ni en la selección del personal y la politización de la gestión.
La descoordinación entre la Admón y sus gestores y la falta de información.
La falta de poder para tomar decisiones.
- F) La conveniencia de reabrir el debate sobre la identidad profesional de la enfermera.

Algunas de las conclusiones más relevantes es en línea general, la necesidad de crear foros de debates para que exista un intercambio entre gestores de todo los niveles asistenciales. La necesidad de que La Admón debe clarifique las funciones de los directores de enfermería. La vuelta de los directores a los órganos de poder en los Servicios Centrales del SAS. El reto de la formación continuada y de la investigación en la gestión.



GESTIÓN ECONÓMICA DE UN PROGRAMA DE INFORMATIZACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Carmen M.^a Sánchez Álvarez

Dirección de Enfermería. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña

INTRODUCCIÓN

La informatización de los cuidados de enfermería ha sido uno de los avances más relevantes del trabajo enfermero en los últimos 50 años.

La implantación del Proceso de Atención de Enfermería en los grandes Hospitales de nuestro país se ha visto frenada, en numerosas ocasiones, por la complejidad del proceso, el déficit de formación del personal y el alto coste material y humano de los programas.

La herramienta informática se ha revelado como una ayuda muy importante en el trabajo diario de planificación y seguimiento de los cuidados, pero su uso no es gratuito ni mucho menos. En el presente trabajo se realiza un análisis exhaustivo del proceso de informatización de cuidados en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, haciendo especial hincapié en el coste en Capítulo I y Capítulo II de dicho proceso.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis económico del período 1998-2001 que abarca:

Programa Informático GACELA.

41 Unidades de Enfermería pre y post informatización.

Gasto en capítulo I del proceso.

Gasto en capítulo II del proceso.

RESULTADOS

Se precisó incremento de plantilla en 15 unidades del Complejo Hospitalario.

Se realizó sustitución de personal por formación en el 80% de las Unidades.

Se realizaron obras de reforma en el 100% de las Unidades.

Se incrementó el porcentaje de sustitución de IT en las Unidades informatizadas.

El gasto, tanto en Capítulo I como Capítulo II ha sido elevadísimo.

CONCLUSIONES

La informatización de cuidados es un plus de calidad en la atención de enfermería.

Las plantillas del CHJC, previas a la informatización, eran en su mayor parte deficitarias.

Las unidades del Complejo Hospitalario no se adaptaban, arquitectónicamente a los requerimientos del trabajo informatizado. El rendimiento del programa ha de corresponderse con un coste tan elevado en recursos materiales y humanos.



HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA. SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Cañas Gil, A.M.; Herrera de Elera, D.

IT - Deusto. Sanidad, Consultoría, GACELA. Sebastián de los Reyes. Madrid

INTRODUCCIÓN

Hasta hace relativamente poco tiempo, el soporte documental en los aspectos relacionados con la salud era básicamente el papel. Este soporte papel ha estado sujeto a una serie de requisitos legales y normas institucionales que tratan de preservar aspectos tales como la confidencialidad, la responsabilidad y la integridad de la información.

OBJETIVOS

Mostrar las ventajas e inconvenientes de la utilización de la historia informatizada, concretamente de la aplicación informática GACELA.

Exponer los tipos de seguridad que existen de acuerdo al tipo de datos que se manejan y,

Plantear las cuestiones o las lagunas legales que todavía existen en lo que se refiere a:

Protección de la identidad de los individuos cuyos datos se manejan

Autorización y acreditación de usuarios de archivos y bases de datos

Ausencia de un manual o reglamento específico para el ámbito sanitario

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica del Informe SEIS (Sociedad Española de Informática y Salud) y de LORTAD

CONCLUSIONES

“La documentación informatizada no supone menos garantías de seguridad y confidencialidad que la documentación en papel”.





ALTERACIÓN DE LAS MUCOSAS

Rei Serra, T.; González Sánchez, A.; Cañas Gil, A.M.; Trenado Jiménez, R.; Herrera, de Elera, D.

IT - Deusto. Sanidad, Consultoría, GACELA. Sebastián de los Reyes. Madrid

INTRODUCCIÓN

Como es sabido por todos, la informática aplicada a la salud nos aporta innumerables ventajas en cuanto a utilización de un lenguaje común, ahorro de tiempo, disponibilidad de información, integridad de la misma, etc. Desde el punto de vista del contenido clínico, la utilización de GACELA favorece claramente la adaptación al contexto de la enfermería española de las referencias internacionales: NANDA.

OBJETIVOS

Presentar un diagnóstico de enfermería demostrando que, reconvirtiendo dos de los diagnósticos que ofrece la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association): Deterioro de la integridad tisular y Deterioro de la mucosa oral, se puede crear uno sólo, cuya utilidad ha sido validada por enfermeras clínicas españolas y por el equipo de Consultoría IT-DEUSTO. SANIDAD

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de las validaciones realizadas por distintos grupos de enfermeras expertas clínicas en diferentes centros sanitarios.

Revisión bibliográfica de "Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. NANDA. 2001- 2002.

CONCLUSIONES

"La utilización de este nuevo diagnóstico: Alteración de las mucosas. (Especificar) favorece, desde el razonamiento diagnóstico, la calidad de los cuidados prestados en estas situaciones".



LACTANCIA MATERNA INEFICAZ: UTILIZACIÓN DE NANDA, NIC Y NOC

M.ºE. Fernández

E.C.S. Universidad de León. León

INTRODUCCIÓN

El programa del niño sano es uno de los pilares de la asistencia de los equipos de Atención Primaria. Dentro de este programa se establecen varios servicios, entre ellos las revisiones del niño sano (0 - 23 meses). En esta época en la que se aboga por la integración de las clasificaciones enfermeras en la práctica, este estudio da a conocer una propuesta para trabajar con un marco teórico que integre tres clasificaciones importantes como son la NANDA de diagnósticos enfermeros, la NIC de intervenciones enfermeras y la NOC de resultados de Enfermería.

En la consulta de Enfermería pediátrica de Atención Primaria los diagnósticos más relevantes utilizados por los profesionales enfermeros son: desequilibrio nutricional por defecto; riesgo de desequilibrio nutricional por exceso; riesgo de asfixia; riesgo de intoxicación; lactancia materna ineficaz; interrupción de la lactancia materna; lactancia materna eficaz; trastorno de la imagen corporal; desequilibrio nutricional por exceso; estreñimiento; diarrea; deterioro de la integridad cutánea; riesgo de traumatismo; limpieza ineficaz de vías respiratorias; cansancio en el desempeño del rol de cuidador; conductas generadoras de salud; deterioro del patrón de sueño; déficit de autocuidado: baño/higiene; déficit de conocimientos; ansiedad.

Entre todos ellos nos hemos propuesto trabajar con el diagnóstico de lactancia materna ineficaz.

La importancia de este estudio radica en la creación de un instrumento integrado que facilite la prestación de cuidados y su evaluación, instrumento que se desarrolla para un diagnóstico enfermero pero que pretendemos desarrollar para el resto de los diagnósticos de Enfermería en la consulta de Enfermería.

El objetivo general del presente estudio es:

Contribuir a la homogeneización de criterios en atención de Enfermería.

Los objetivos específicos propuestos son los siguientes:

- Identificar las intervenciones enfermeras NIC para el diagnóstico de Enfermería lactancia materna ineficaz.
- Identificar los resultados NOC para el diagnóstico de Enfermería lactancia materna ineficaz.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se empleó la técnica cualitativa de grupo de discusión para establecer los objetivos.

Posteriormente se desarrollan los contenidos de las actuaciones de Enfermería y los criterios de resultados a través de la revisión bibliográfica en la que se utilizaron las bases de datos CUIDEN, MEDLINE, CUIDATGE y BDIE.





El grupo de discusión realizó aportaciones tanto a las intervenciones como a los resultados. Se utilizan los patrones funcionales de Mallory Gordon en la valoración, los diagnósticos de Enfermería de la NANDA, las intervenciones NIC y los resultados NOC.

RESULTADOS

Se explican a continuación los objetivos y las intervenciones más importantes que corresponden al diagnóstico lactancia materna ineficaz en la consulta de Enfermería pediátrica de Atención Primaria. NOC: establecimiento de la lactancia materna: lactante; establecimiento de la lactancia materna: madre; mantenimiento de la lactancia materna; conocimiento de la lactancia materna. Principales Intervenciones: ayuda en la lactancia materna y asesoramiento en la lactancia. NOC: lactancia materna: destete. Principales Intervenciones: asesoramiento en la lactancia y supresión de la lactancia.

CONCLUSIONES

Queda reflejado que utilizar la metodología enfermera es un buen método de trabajo, por lo que sería conveniente seguir realizando la integración de las diferentes taxonomías con el resto de diagnósticos y adecuarlos a la realidad española ya que la bibliografía es escasa en este tema. En atención primaria las intervenciones no están todavía estandarizadas por lo que el trabajo de Enfermería resulta más dificultoso.



ADECUACIÓN A UNA REALIDAD ASISTENCIAL DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL DIAGNÓSTICO RIESGO DE TRAUMATISMO EN PERSONAS ANCIANAS

M.^aA. Barceló, M. Miró, A. Alias, A. Martín, O. Ibáñez, G. Gallego

Departamento Enfermería y Fisioterapia. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de Riesgo de Traumatismo fue propuesto para su inclusión en la taxonomía de la NANDA en 1980 y sometido a análisis por Schoenfelder DP y Crowell CM en 1999. El riesgo de traumatismo se define como la acentuación del riesgo de lesión tisular accidental: heridas, quemaduras, fracturas.

Las caídas en ancianos originan incomodidades y secuelas importantes. Ello altera de forma sustancial el bienestar en los últimos años de la vida, tanto por las complicaciones que realmente se presentan como por el miedo a padecerlas (síndrome postcaída). La prevención de las caídas forma parte integral del cuidado de las personas ancianas, y quienes les atienden deben tener en cuenta la supervisión de la movilidad, el apoyo para los desplazamientos y la restricción de la exposición al riesgo.

OBJETIVOS

El propósito del estudio es determinar la prevalencia de los factores de riesgo relacionados con el Riesgo de traumatismo: caídas en la población geriátrica.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional prospectivo. La población está formada por los 388 ancianos residentes en la residencia geriátrica "Llar d'ancians", en Palma de Mallorca, a lo largo del año 2001. Se diseñó un registro en el que recoger distintas variables relacionadas con el tema que nos ocupa que fue incluido en el sistema informático del centro. Todas las enfermeras del centro participaron en la recogida de datos. Las variables recogidas fueron agrupadas, según la literatura consultada, de la siguiente forma:

Sociodemográficas: sexo, edad.

Características de la caída: franja horaria, mes, lugar, tiempo de permanencia en el suelo.

Tipo de actividad que el residente llevaba a cabo en el momento de la caída.

Tipo de calzado.

Factores ambientales: tipo de iluminación, características del suelo.

Consecuencias de la caída.





RESULTADOS

El número de caídas fue de 107, (prevalencia del 23%). El 68% eran mujeres. El grupo de edad de mayor riesgo fue el de 80 a 84 años.,

El 59% se produjeron durante el turno de tarde. Los meses de mayor incidencia fueron octubre y noviembre. El 28% ocurrieron en la habitación y el 23% en la sala de estar. El 100% pasó menos de 5 minutos en el suelo.

El 58% deambulaba cuando sufrió la caída.

El 41% calzaba zapatillas abiertas o sin sujeción al talón.

En el 14% de los casos se objetivó una iluminación deficiente. El suelo resbaladizo originó una caída.

El 10 % sufrió algún tipo de fractura, el 28% sufrió herida(s).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La valoración de la autonomía de la persona que sufre la caída, ha sido incluido en el registro que se utiliza en la actualidad. De los factores relacionados que aparecen en la literatura sobre el tema (TINETTI, 1988), existe coincidencia en cuanto a la edad, la franja horaria, el lugar donde se produce la caída, el tipo de calzado, la iluminación deficiente, el suelo mojado o resbaladizo.



MÉTODO PARA LA ESTANDARIZACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS CON BASE A: LAS TAXONOMÍAS NANDA–NIC–NOC

Paqui Pérez Robles, Concepción Santos Ruiz, Mónica Martínez Soriano

Instituto San José. Madrid

Proponemos un método prospectivo en el que nos basamos en los cuidados y a partir de eso, deducimos los dde. una vez identificados éstos, proponemos las intervenciones y las actividades, recogidas del NIC y posteriormente se identifican los resultados, utilizando el NOC.

Nuestro objetivo es elaborar una sistemática de trabajo, poniendo en marcha planes de cuidados estándar y/o trayectorias clínicas.

Para la estandarización de los planes de cuidados nos basamos en el modelo conceptual de Virginia Henderson, en la taxonomía de la NANDA, en la NIC y en la NOC.

En el método empleado, proponemos seis etapas: descriptiva, inductiva, analítica, de validación, de implantación y de control.

Tras poner en marcha el método, hemos elaborado dos trayectorias clínicas, ACV y fractura de cadera.





POSTERS



A E N T D E

Asociación Española de Neumólogos,
Tisiólogos y Pediatras de Enfermería



P-01 **DETERIORO DE LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN PACIENTES CON I.R.A.**

Capel Bonachera, Y.; Contreras Rodríguez, A.M.; Urrea Gilabert, I.; Soria Albacete, A.M.;
Melero Ramos, C.; Cobo Montes, M.C.

Unidad de Cuidados Intensivos. Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería

INTRODUCCIÓN

El deterioro de la respiración espontánea es el diagnóstico principal en la mayoría de los pacientes que ingresan en nuestra unidad con I.R.A. produciéndose por un lado, una alteración de la función respiratoria que da lugar a patrones de respiración ineficaz, consistentes en cualquier alteración en la frecuencia, ritmo o profundidad respiratoria respecto a los valores normales del paciente y por otra parte, obstrucción de la vía aérea por una deficiente eliminación de secreciones debido a la debilidad y fatiga generales o a la disminución de la capacidad de respuesta del paciente.

En las Unidades de Cuidados Intensivos, y cada vez más en el resto de unidades de hospitalización, se utiliza un método de asistencia ventilatoria de probada eficacia en la I.R.A., la V.M.N.I., mediante el cual se proporciona una presión positiva y flujo constante de oxígeno a través de una mascarilla facial y un respirador. Nuestra actuación es fundamental para el éxito de la técnica ya que ésta determina un aspecto clave de la misma: "La aceptación por parte del paciente".

OBJETIVO

Resolver y/o controlar el deterioro de la respiración espontánea durante las primeras horas de ingreso de los pacientes con I.R.A.

METODOLOGÍA

Se han valorado las necesidades mediante el modelo de Virginia Henderson e identificado el diagnóstico principal según la lista de diagnósticos enfermeros de la NANDA. Se han planteado los resultados esperados mediante la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) y planificado las intervenciones para conseguir los objetivos siguiendo la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE).

Diagnóstico enfermero

00033 Deterioro de la respiración espontánea r/c:
hiperventilación y fatiga de los músculos respiratorios,
limpieza ineficaz de la vía aérea secundaria a secreciones traqueobronquiales.



A Coruña 9-10 de Mayo. 2002

IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

Hacia la Excelencia de los Cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico

Resultados esperados

- 0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso.
- 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.
- 0600 Equilibrio electrolítico y ácidobásico.
- 0909 Estado neurológico.
- 0001 Resistencia.

Intervenciones

- 3350 Control y seguimiento respiratorio.
- 3140 Control de las vías aéreas.
- 3390 Apoyo de la ventilación.
- 3320 Oxigenoterapia.
- 3250 Actuación ante la tos.
- 3230 Fisioterapia torácica.
- 3160 Aspiración de las vías aéreas.
- 3200 Precauciones para evitar la aspiración.
- 3310 Destete de la ventilación mecánica.
- 1920 Control del equilibrio ácido-base.
- 2620 Control y seguimiento neurológico.
- 0180 Control de la energía.

CONCLUSIÓN

Los pacientes con I.R.A. presentan alteraciones en todas sus necesidades en mayor o menor grado sobre las que habrá que actuar a lo largo de su estancia, pero durante las primeras horas del ingreso respirar normalmente se convierte en la necesidad prioritaria y es aquí donde los enfermeros desarrollamos un papel fundamental y donde se unen más que nunca nuestros conocimientos biomédicos y enfoque humanista ya que el éxito del tratamiento depende en igual medida de la respuesta del paciente y de nuestras intervenciones.





P-02 **REPERCUSIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE P.C.G. EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL**

García Luque, María José; Gavira Alviach, M^a Pilar; Rodríguez Ruiz, Javier; Toribio Montero, Juan Carlos; Doncel Molinero, Diego; Pérez Cisneros, Belinda
Servicio de Pediatría. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga

OBJETIVOS

Valorar el cambio en términos de opinión del personal enfermero de un hospital comarcal con respecto a los registros de enfermería previos y tras la implantación de los PCG (planes de cuidados guía).

MATERIAL, PERSONAS Y MÉTODO

Diseño de estudio “antes-después” mediante sendas encuestas, que constaban de las mismas preguntas, salvo una de ellas que se eliminaba en la segunda ocasión por no ser aplicable a los registros de los PCG. Las opciones de respuesta eran desde “Estoy totalmente de acuerdo” hasta “Estoy en desacuerdo”.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de las dos encuestas fueron los siguientes:

- El 86% de los enfermeros estaban total o relativamente de acuerdo con que llevaba mucho tiempo cumplimentar los registros que manejábamos. Este porcentaje se reducía al 71,3% en la segunda encuesta, referida a los registros de los PCG.
- En la primera encuesta, el 55 % del personal opinaba que los registros que utilizábamos no recogían todos los cuidados que se realizan al paciente. Tras la implantación de los PCG, el porcentaje que pensaba de esta forma era del 39,8%.
- El 53% de los encuestados pensaba que los registros no transmitían bien la información al resto del equipo de trabajo. En la segunda encuesta, el porcentaje que opinaba de esta forma era del 59,8%.
- En la primera encuesta, el 76% consideraba que no usábamos una terminología común para transmitir problemas/diagnósticos enfermeros. Este porcentaje se redujo al 16,9% tras la implantación de los registros de la PCG.
- En la primera encuesta, el 34% pensaba que no disponíamos de todos los registros necesarios para realizar de forma completa el proceso de atención enfermera, mientras que, tras la implantación del PCG, sólo opinaba así el 16,9%.
- El 36% de los encuestados pensaban que, ante una situación conflictiva los registros no reflejaban fielmente la actuación realizada por los enfermeros de una unidad. Este porcentaje se redujo al 22,6% en la segunda encuesta.



A Coruña 9-10 de Mayo. 2002

IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

Hacia la Excelencia de los Cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico

- El 97'8% estaba totalmente de acuerdo con que, ante una misma patología, sería de utilidad protocolizar la actuación enfermera. En la segunda encuesta el 88.8% manifestó que los PCG habían unificado la actuación enfermera ante una misma patología.
- El 46'8% consideraba que los registros que teníamos en las unidades no facilitaban la planificación de cuidados específicos de las distintas patologías. Este resultado se redujo al 14,1% tras la implantación de los PCG.

CONCLUSIONES

- La implantación de los PCG mejoró la percepción, por el personal de enfermería, sobre la capacidad de los registros utilizados para recoger todos los cuidados que se realizan al paciente y para transmitir la información al resto del equipo de trabajo.
- Se valoró muy positivamente la capacidad de los PCG para unificar la terminología utilizada para referirse a problemas/diagnósticos enfermeros y para disponer de todos los registros necesarios para realizar de forma completa el proceso de atención enfermera.
- Los enfermeros consideraron que la implantación de los PCG facilitó sustancialmente la planificación de cuidados específicos de las distintas patologías atendidas.



P-03 **EL PROCESO ENFERMERO Y LAS RECLAMACIONES DEL USUARIO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

Begoña Sánchez Gómez, Javier Terol Fernández, Susana del Río Urenda, Yolanda Morcillo Muñoz, Rosa Raga Chardí, Elena Calvo Charro

Supervisora de Calidad y Procesos. Hospital de Antequera. Málaga

INTRODUCCIÓN

En las entrevistas mantenidas con usuarios que interponen reclamaciones por falta de información, descoordinación interniveles y demora en la asistencia hemos detectado la presencia de problemas de afrontamiento familiar incapacitante, afrontamiento defensivo y cansancio en el rol del cuidador. Entendiendo las reclamaciones del usuario como respuesta a los problemas de salud y a las situaciones que se producen en el medio ambiente hospitalario, construimos una hipótesis de trabajo basada en que es posible con la identificación precoz de Diagnósticos de Enfermería (DdE) disminuir determinados tipos de reclamaciones.

OBJETIVOS

1-Analizar las reclamaciones y sugerencias (escritas o verbales), interpuestas por los usuarios del Hospital de Antequera durante el 1º semestre de 2001. 2-Facilitar la identificación de aquellos motivos de reclamaciones que pueden ser manifestaciones de una respuesta humana ante un problema de salud susceptible de ser tratado por la enfermera. 3-Definir las intervenciones enfermeras más efectivas a la reclamación del usuario. Insistiendo en aquellas que pueden anticiparse a la reclamación incrementando la excelencia profesional, la calidad asistencial y la calidad percibida por el usuario.

MATERIAL Y MÉTODOS

1-Recopilación de las reclamaciones interpuestas por los usuarios en el periodo de tiempo comprendido entre el 01/01/01 y el 30/06/01. 2-Búsqueda bibliográfica. 3-Descripción del proceso sugerencia/reclamación usando la metodología I.D.E.F. 4-Clasificación de los problemas presentados por los usuarios. 5-Identificación de intervenciones realizadas por enfermeras que tienen su efectividad demostrada.

RESULTADOS

La descripción del proceso con metodología IDEF nos permitió identificar puntos del proceso que presentan oportunidades de mejora. De las 105 reclamaciones recogidas el 41,9% fueron por demora en la asistencia; 19% por desatención; 7,6% por falta de información; 11,4% por descoordinación interniveles; 6,6% por trato incorrecto; 8,6% por deficiencias en las instalaciones; 1,9% por pérdida de objetos; 2,8% por desconfianza en el profesional. Los DdE a los que pueden atribuirse estas respuestas son: Afrontamiento fami-



liar incapacitante, cansancio en el rol de cuidador y afrontamiento defensivo entre otros. Las intervenciones enfermeras efectivas identificadas son: Asistencia personalizada: gestionando las visitas atendiendo a las necesidades de los pacientes y de la familia; realización de un plan de intervención individualizado. La ausencia de la asistencia personalizada puede producir demandas por trato incorrecto, desatención, falta de información y desconfianza en los profesionales. Enfermera de referencia: la falta de una persona de referencia produce desconfianza e inseguridad en los pacientes pudiendo dar lugar a demandas por falta de información, trato incorrecto, descoordinación y desconfianza. Protocolizar la información al paciente y a la familia: la persona que realiza el cuidado debe ser la persona que dé la información, la ausencia de protocolos de información puede ocasionar demandas por trato incorrecto, descoordinación y desconfianza en los profesionales. Participación de enfermeras gestoras de casos: proporcionando un informe de la enfermera asignada al paciente, transmitiendo la información al médico y enfermera asignado, asegurándose de la realización del plan de cuidados del paciente, ayudando a los miembros de la familia contestando a preguntas y resolviendo situaciones y preocupaciones de los pacientes, las enfermeras gestoras de casos podrían prevenir las reclamaciones por falta de información, descoordinación, demora en la asistencia y desconfianza.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos, sugieren que es necesario realizar un estudio en mayor profundidad de las reclamaciones de los usuarios. En ocasiones estas reclamaciones son manifestaciones de problemas que pueden ser valorados, tratados y evaluados por una enfermera. El uso de una metodología que utilice el proceso enfermero como instrumento, facilitará la identificación y permitirá definir las intervenciones a realizar por la enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Decreto 2 agosto 1988 nº 262/88 conserjería de Gobernación de la Junta de Andalucía. 2.- Protocolo de Atención a Reclamaciones de Usuarios de la división de Enfermería. Hospital de Antequera 2001. 3.- La apreciación global de IDEFA. Agencia europea de Calidad. 4.- Plan de Calidad del SSPA. Conserjería de Salud de la Junta de Andalucía, 2000. 5.- Recomendación Científica 99/01/01 de 15 de junio de 1999 de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias. 6.- Carelock, J; Critical incidents: effective communication and documentation. Critical Care Nursing Quarterly. Feb. 2001, vol. 23(4); 59-66. 7.- Estándares para la práctica de enfermería de urgencia. Emergency Nurses Association. Ed. Masson, Salvat Enfermería.





P-04 IDENTIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LOS INFORMES DE ALTA. DEFICIENCIAS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS

Salvadores, P.; Limia, S.; Pileño, E.; Aguado, G.; Venturín, C.; Chocarro, L.

Dpto. de Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud. Alorcón. Madrid

INTRODUCCIÓN

La aplicación de la Metodología de Enfermería es imprescindible para garantizar la continuidad de los cuidados del paciente. Los Informes de alta son documentos y registros permanentes de cada centro asistencial, representativos de los cuidados que son responsabilidad de la enfermera para asegurar la continuidad de los cuidados de Enfermería.

Nuestro **objetivo** es conocer si el personal de enfermería identifica los Diagnósticos de Enfermería al alta, y establece sus recomendaciones al paciente. **Hipótesis:** El nivel de error en la formulación de DdE y la aplicación de la terminología enfermera es alto.

METODOLOGÍA

Se han valorado un total de 150 informes de alta. Para el análisis de los informes se ha elaborado una ficha de valoración en la que se ha establecido cuatro criterios. A cada uno de ellos se ha puntuado entre el uno y cuatro (1: no cumplimiento del criterio y 4: máximo cumplimiento)

RESULTADOS

Las hipótesis de nuestro estudio han sido confirmadas. Se aprecian importantes lagunas en el empleo de la terminología propia de enfermería. Las recomendaciones al alta derivadas de los diagnósticos de enfermería al alta son minoritarias.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio reflejan que las enfermeras siguen trabajando en base a los sistemas corporales que permiten identificar con mayor facilidad los problemas interdependientes y de estos plantear las recomendaciones al alta. La documentación y registro del trabajo propio de enfermería sigue siendo un aspecto secundario. La falta de realización de planes de cuidados de enfermería condiciona que los informes de alta solo contemplen las recomendaciones. Identificar los diagnósticos de enfermería alta es garantizar la continuidad de los cuidados y hacer explícito el trabajo de Enfermería.



P-05 **ESTRATEGIAS DE CONSOLIDACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN UNIDAD DE CUIDADOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Fuente Cebada, L.; López Sánchez, A.; Moreno Álvarez, M.M.; Rodríguez Bello, J.A.; Muñoz de la Nava, P.; Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real. Cádiz

INTRODUCCIÓN

La División de Enfermería del Hospital Universitario Puerto Real tiene en marcha un proceso de cambio de gran envergadura en el que se pretende mejorar la práctica enfermera para adecuar la producción de cuidados para adecuar la producción de cuidados a las necesidades de la población atendida.

A lo largo de los tres últimos años se ha desarrollado una herramienta informática específica a partir de las necesidades de nuestros pacientes, de sus profesionales y del Hospital, que dispone de un esqueleto basado en el proceso de enfermería integrando las clasificaciones con mayor vigencia en el ámbito internacional de: diagnósticos de enfermería (NANDA), criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC). Dicho proceso se ha pilotado en una Unidad de Cuidados Traumatológicos.

PALABRAS CLAVE

Enfermería; NANDA; NOC; NIC; Proceso Enfermero; Pilotaje; Informática.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es la consolidación del Proceso Enfermero como modelo para la práctica asistencial.

METODOLOGÍA

Se presenta un estudio cualitativo longitudinal retrospectivo con las siguientes fases secuenciales:

- Identificación de elementos claves.
- Planificación de estrategias.
- Ejecución de Intervenciones
- Evaluación del proceso

RESULTADOS

Un 94% de los pacientes ingresados en la Unidad Piloto tienen en su Historia Clínica registros de Valoración, Diagnóstico, Resultados e Intervenciones de las clasificaciones NANDA, NOC, NIC.

Se han realizado 26 sesiones clínicas con participación de todo el equipo enfermero.

Consecución de una enfermera motivada y preparada para liderar el cambio.





CONCLUSIONES

Consideramos que el objetivo planteado de consolidar el proceso enfermero se ha conseguido y además el esfuerzo realizado por todos los profesionales implicados ha supuesto una considerable mejora en la satisfacción de los profesionales y de los usuarios.

La documentación clínica enfermera, al registrarse siguiendo el método científico y usando lenguaje estandarizado, nos facilita su análisis y la apertura de líneas de investigación, adecuación de recursos, la mejora de la práctica asistencial y la docencia.



P-06 **DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: EVALUACIÓN DE UN PROYECTO DE IMPLANTACIÓN EN A.P. DESDE LA ENFERMERÍA ASISTENCIAL**

Juana Gómez Puente, Cristina Cassinello Espinosa, Nieves Martín Pascual, M^a Victoria Rodilla Luque, Rafael Ruiz Navascués

Área 8 AP. Centro de Salud Dos de mayo. Las Matas. Madrid

INTRODUCCIÓN

En el Área 8 de AP de Madrid un grupo de enfermeras asistenciales propusieron a la dirección la implantación de una metodología enfermera para lo cual se diseñó un proyecto que consta de tres fases: Formación, implantación y evaluación.

Presentamos los resultados de la 1^a fase (Formación) tras la realización de 6 cursos, a la que han asistido 144 profesionales, lo que representa un 65% del conjunto de la enfermería de dicha Área.

OBJETIVOS

Evaluación de los cursos sobre Metodología de Cuidados Enfermeros desarrollados en el Área 8.

Evaluación de que la iniciativa de implantar esta Metodología, naciese de un grupo de compañeras/os de la propia Área.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizaron seis cursos sobre "Metodología de Cuidados Enfermeros", elaborados e impartidos por cinco enfermeras/os de la misma Área. El material entregado consta de: documento base del curso y una guía de consulta diaria. Se entregó, a la finalización de cada curso, la encuesta anónima de evaluación estándar de nuestra Área, añadiendo 4 ítem específicos sobre los docentes.

RESULTADOS

De los 144 asistentes a los cursos, 12 no respondieron a la encuesta por ausencia. La valoración global del curso fue "Muy buena" para el 46% y "Buena" para el 52%, considerando que podría contribuir a mejorar mucho/bastante su trabajo cotidiano en un 88%. El 53% consideró "Muy buena" la metodología empleada. Se valoró como "Muy positivo" que los docentes fuesen compañeros del Área, así como que la iniciativa de implantación partiera de los profesionales de base (75%).





CONCLUSIONES

La evaluación del curso fue extremadamente positiva. El hecho de que los docentes fueran compañeros del Área resultó muy bien valorado: "Por tener las mismas necesidades y problemas; Posibilitar un mismo lenguaje y objetivos; Servir de estímulo; Por su cercanía y accesibilidad" como principales razones argumentadas. Mayoritariamente se considera que la Metodología Enfermera, aprendida en estos cursos, es aplicable a la práctica diaria. Dada por finalizada, desde la Dirección del Área, la fase de Formación, estamos llevando a cabo la Implantación, utilizando como ayuda el OMI-AP versión 5.0.



P-07 **POTENCIAL DE MEJORA EN LA COMUNICACIÓN ENFERMERA, EN EL ÁREA DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PALENCIA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

San Martín Aparicio, M; Trigueros Aguado, P; López Merino, P; Ballesteros Álvaro, A.M.

Centro de Salud Carrión de los Condes. Autilla del Pino. Palencia

INTRODUCCIÓN

De todos es conocida la profunda necesidad de la implantación conjunta de un lenguaje enfermero, pero corremos el riesgo de perdernos en los “lodos teórico-burocráticos”, si no asentamos correctamente las bases de nuestra ciencia, si no interiorizamos y unimos los conceptos de profesión-ciencia-enfermería.

RECURSOS Y MÉTODO

Realizamos una valoración del sentir de los profesionales enfermeros del Área de Atención Primaria de Palencia, teniendo como principal objetivo la motivación institucional para mejorar la comunicación enfermera mediante la implantación de los DdE en la zona.

RESULTADOS

Personal motivado en la implantación.

Dicotomía teoría práctica.

Esencia enfermera no interiorizada.

Falta de conocimientos.

Conceptos erróneos y superficiales del P.A.E.

Mentalidad de equipo no instaurada.

Cuidados centrados en tareas médicas y no en los pacientes.

Necesidades de valoración, autoestima y autorrealización no satisfechas.

CONCLUSIONES

Creemos que todos los niveles organizativos implicados en la implantación de los DdE en el Área (directivos, docentes, investigadores, estudiantes, profesionales...) deben aunar esfuerzos para paliar el déficit de conocimientos, consiguiendo que cada una de las partes de nuestro colectivo, progrese como un TODO, para interiorizar la esencia enfermera y alcanzar el mismo objetivo común: la calidad de los cuidados enfermeros.





P-08 **GUÍA DE CUIDADOS DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN EDAD ESCOLAR: FASE DE INGRESO**

M.ªJ. Puialto Duran, M.A. Fernández Lamelas, L. Moure Fernández, R. Antolín Rodríguez

Escuela Universitaria de Enfermería de Meixoeiro. Vigo. Pontevedra

INTRODUCCIÓN

Los estándares y las guías de la práctica se desarrollan por una profesión para guiar y evaluar la práctica así como para demostrar su responsabilidad con la sociedad.

Se presenta un plan de cuidados estándar como una guía práctica que clarifica la orientación de los cuidados a seguir en el ingreso en UCIP de un niño escolar que presenta una I.R.

Las situaciones de cuidados y los diagnósticos se enmarcan en este trabajo en el modelo de V.Henderson. El criterio para la elaboración de este guía ha sido la elevada incidencia de esta patología (20%) en la unidad.

METODOLOGÍA

En primer lugar hemos delimitado el proceso a estandarizar: Ingreso de un niño escolar en la UNIP con disfunción respiratoria de moderada a severa.

Identificamos los diagnósticos prevalentes según la taxonomía II de la Nanda (2001-2002) que se han relacionado con la taxonomía de la CIE (NIC) y los resultados esperados (NOC) como parámetros de evaluación de las intervenciones planteadas.

RESULTADOS

Una vez estudiadas las características generales que presentan estos pacientes en su fase de ingreso, hemos encontrado un diagnóstico prevalente: Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de los músculos respiratorios y ansiedad m/p disnea, aleteo nasal, uso de músculos accesorios para respirar y ortopnea.

Se establecieron 6 intervenciones (NIC), 4 indicadores (NOC) de la clasificación de resultados de enfermería (CRE) y 12 actividades (NIC).

CONCLUSIONES

Esta guía permite que el trabajo de enfermería queda reflejado, al mismo tiempo que orienta y desarrolla la práctica clínica, la gestión y la investigación del personal de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- M.ª Reyes Cartagena Gimeno, Rosario Santa María Najarro. Título: Niños con asma. Rev. Rol vol. 23 mayo 2000. Marjory Gordon, PhD, y otros. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002 edit. Harcourt ed. 2001.



A Coruña 9-10 de Mayo. 2002

IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

Hacia la Excelencia de los Cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico

- 2.- Marion Johnson y otros. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) edit. Harcourt segunda edición ed. 2001. Joanne C y otros. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) tercera edición ed. 2001 edit. Harcourt
- 3.- Donna L. Wong. Enfermería pediátrica cuarta edición edit. Mosby/Doyma.



P-09 **CONTINUIDAD ASISTENCIAL: PACIENTES CON PROCESOS ONCOHEMATOLÓGICOS**

Del Río Urenda, Susana; Sánchez Gómez, Begoña; Terol Fernández, F. Javier; Morcillo Muñoz, Yolanda; Calvo Charro, Elena; Raga Chardi, Rosa
Hospital de Antequera. Málaga

OBJETIVOS

Conseguir la coordinación entre los diferentes intervinientes en el proceso.
Adoptar una visión integral del paciente como centro de nuestra organización.
Implementar el cambio cultural de los profesionales hacia el usuario, como parte de la filosofía del Hospital.
Aumentar la calidad asistencial utilizando un instrumento para la continuidad de cuidados.
Elaborar herramientas que hagan ágil la aplicación de la metodología enfermera: mapa de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

- Formación de un grupo de mejora.
- Revisión bibliográfica.
- Panel de consenso.
- Descripción del proceso con metodología IDEF.
- Elaboración del plan de cuidados basado en el marco teórico de Virginia Henderson.

RESULTADOS

Elaboración de una guía de actuación para pacientes sometidos a tratamiento quimioterápico, entre los distintos profesionales implicados, incluyendo: facultativos hematólogos, preventivista, farmacéutico y enfermeras. Registro del plan de cuidados enfermeros, formato de mapa de cuidados, en el que se incluye: valoración, determinación de problemas, criterios de resultado e intervenciones enfermeras. Este plan está temporalizado para favorecer la continuidad de cuidados a lo largo de su estancia en la unidad de cuidados ambulatorios.

CONCLUSIONES

El inicio de tratamiento con citostáticos para pacientes oncohematológicos en Hospital de Día, supone el diseño de una estrategia de implantación para el nuevo servicio que íbamos a ofrecer. Se hace necesaria la coordinación entre profesionales de distintos servicios con el fin de garantizar la continuidad asistencial y de incrementar la calidad percibida por el usuario. Con ello conseguimos la visión integral de la asistencia. La delimitación de problemas favorece la continuidad de los cuidados. La participación del personal de enfermería en la elaboración del plan de cuidados favorece la implicación con los objetivos de la organización.



P-10 **¿VALORAMOS EL SUEÑO EN LOS PLANES DE CUIDADOS?**

D. Moro; P. Bibián; C. García; R.M. Marcos; M. Rivas; J. Ruibal

Dirección de Enfermería. C.H.U. Juan Canalejo. A Coruña

INTRODUCCIÓN

La Alteración del Patrón del sueño es el diagnóstico enfermero de la NANDA otorgado a pacientes con problemas de sueño.

Muchos factores pueden alterar el sueño, entre ellos: el ambiente, el estilo de vida, el estrés psicológico, la dieta, la motivación, la enfermedad y los medicamentos. Todos estos factores se dan en el paciente hospitalizado, por eso es tan importante que se diagnostique correctamente la Alteración del Patrón del sueño.

OBJETIVOS

Conocer si se satisface la necesidad de descanso y sueño.

Demostrar que la realización del Proceso de Atención de Enfermería con soporte informático influye en la satisfacción de esta necesidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante dos meses del año 2001 se realizó un estudio en dos Unidades del Hospital Juan Canalejo seleccionadas porque en una se están realizando Planes de Cuidados informatizados "A" y en la otra no "B". Se estudiaron 131 pacientes que reunían determinados requisitos. Respondieron a una encuesta con nueve variables en la que se recogían datos sobre edad, patrón de sueño en casa y en el hospital. Estudio observacional de prevalencia descriptiva. Tratamiento estadístico con SPSS.

RESULTADOS

Del total de pacientes encuestados el 19% duerme mal en el Hospital.

Los pacientes de la Unidad "A" duermen igual en casa que en el hospital. En la Unidad "B" los pacientes tienden a dormir peor en el hospital, dato que se corresponde con la bibliografía consultada.

CONCLUSIONES

Los Planes de Cuidados realizados en una de las Unidades igualan a todos los pacientes en cómo duermen en el hospital a pesar de haber sido diferentes en sus patrones de sueño previos.

Este resultado justifica la realización del Proceso de Atención de Enfermería con soporte informático.



P-11 **ESTUDIO DE INCIDENCIA DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN LA CONSULTA DE PREDIÁLISIS**

Salcés Sáez, Esther; García Palacios, Rosario; Tejuca Marenco, Amalia; Tejuca Marenco, Mercedes; Carmona Valiente, Carmen; Fuentes Cebada, Luis
Unidad de Nefrología. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

PALABRAS CLAVE

Enfermería; Diagnóstico; NANDA; Nefrología; Prediálisis.

INTRODUCCIÓN

La consulta de Enfermería de los pacientes en Prediálisis, resulta fundamental para el posterior seguimiento y evolución de los pacientes que en corto plazo van a recibir tratamiento con Diálisis.

OBJETIVO

Identificar la incidencia diagnóstica enfermera en la consulta de prediálisis en un periodo de 9 meses.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y longitudinal. El material utilizado durante el estudio fue la siguiente documentación enfermera: hoja de valoración y hoja de identificación de diagnósticos de los 32 pacientes durante la primera Consulta de Enfermería de Prediálisis del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Puerto Real en los nueve meses que duró el estudio. La metodología seguida fue el análisis de dicha documentación, y la creación de una base de datos con las principales características de la población a estudio.

Población de estudio: 32 pacientes de la Consulta de Enfermería (en primera visita) de Prediálisis del Hospital Universitario Puerto Real. 17 Mujeres (53,1%) y 15 Varones (46,9%), con una edad media de 62,6 años. (-18, +78). Un 40,6% presentaba Diabetes. Un 75% era autosuficiente y un 25% dependiente de otras personas.

RESULTADOS

Se identificaron 80 diagnósticos enfermeros en los 32 pacientes estudiados en este periodo de los cuales:

- 28 Conocimientos deficientes.
- 9 Afrontamiento Inefectivo
- 8 Temor
- 5 Afrontamiento Familiar Comprometido



A Coruña 9-10 de Mayo. 2002

IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

Hacia la Excelencia de los Cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico

- 4 Negación Ineficaz
- 4 Mantenimiento Inefectivo de la Salud
- 4 Conflicto de decisiones.
- 3 Baja autoestima situacional
- 3 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.
- 3 Manejo Inefectivo del régimen terapéutico
- 2 Procesos familiares disfuncionales (alcoholismo)
- 1 Manejo Efectivo del régimen terapéutico
- 1 Riesgo de soledad
- 1 Duelo disfuncional
- 1 Aflicción crónica
- 1 Disfunción sexual
- 1 Duelo anticipado
- 1 Deterioro de la interacción social.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos, podemos decir, que el diagnóstico prevalente en estos pacientes estudiados fue el de Conocimientos deficientes, que lo presentaba un 87,5 %, seguido a continuación de un 28,12 % de pacientes que presentaban Afrontamiento Inefectivo, un 25 % de los pacientes estudiados estaban diagnosticados de temor y un 15,6 % presentaban afrontamiento familiar comprometido.





P-12 **LA ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE EL PACIENTE CUANDO ES ÉL QUIEN MANEJA SU TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE**

Mireia Quintana Castellví, Barbara Menéndez

Unidad de Hemostasia y Trombosis. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El automanejo del tratamiento anticoagulante oral (TAO) consiste en que el paciente utilizando un coagulómetro portátil determina el grado de descoagulación y modifica su dosis (similar a la diabetes). En el contexto de un ensayo clínico randomizado para incorporar el automanejo como un sistema complementario de control del TAO.

Hemos identificado distintos problemas en los pacientes que han supuesto acciones concretas de enfermería.

OBJETIVOS

Identificar las necesidades de los pacientes anticoagulados realizando automanejo y proporcionar las acciones necesarias para mejorar el control y la aceptación del automanejo sin que suponga una alteración para el paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre Febrero y Diciembre de 2001, 600 pacientes seleccionados al azar (media de edad 64 años) fueron incluidos en un ensayo clínico randomizado para comprobar la eficacia habitual del control rutinario del tratamiento anticoagulante oral frente al automanejo.

Los 300 pacientes del grupo experimental recibían un curso de adiestramiento antes de iniciar el automanejo. La identificación de los diagnósticos de enfermería por patrones funcionales de salud se realizó durante los meses de adiestramiento y seguimiento.

RESULTADOS

Los diagnósticos identificados en los pacientes fueron:

- Ansiedad, Alteración de la autoestima y déficit de conocimientos.

Después de aplicar las acciones de enfermería para cada problema identificado los resultados observados fueron:

- En más del 60% de los pacientes el automanejo fue una opción factible.
- Sólo el 13% de los pacientes precisaba ayuda de un responsable para realizar el automanejo.
- Los pacientes precisaban sólo 4 horas de adiestramiento.
- El 20,4% de los pacientes precisó asistencia personalizada de los cuales un 29,8 % la precisó para el manejo de dosis y un 70,2 % por dificultades técnicas a la hora de realizar la medición.



A Coruña 9-10 de Mayo. 2002

IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

Hacia la Excelencia de los Cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico

CONCLUSIONES

La edad y el nivel cultural no limitan a los pacientes para realizar automanejo pero las acciones deben ser mas concretas para pacientes de mayor edad y menor nivel cultural.

La realización correcta del autoanálisis precisa dedicación personal en pacientes con problemas de agudeza visual disminuida, ansiedad, inseguridad y falta de autoestima.

La motivación es una de las bases fundamentales del automanejo.

La mayoría de las visitas se realizan al inicio del automanejo.

El automanejo permite participar de una manera activa en su tratamiento, aumentar su autoestima.





P-13 **CUIDAR Y EDUCAR A LOS CUIDADORES DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS**

M.^ª Milagros Leal Felipe, Sara Darias Curvo, M.^ª Purificación Daroqui Agusti, Ana María Arricivita Verdasco, M.^ª del Cristo Robayna Delgado, M.^ª Mercedes Arias Henández

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife

Al hablar del cuidado de la salud y de sistemas de salud, por lo general se habla del papel de los servicios sanitarios y cada vez se da más valor a la labor de otros sistemas bien sean sociales, educativos, grupos de autoayuda o voluntariado, pero con frecuencia, se olvida el papel imprescindible que juegan las redes de apoyo social. Familiares, amigos y vecinos prestan su ayuda a los pacientes geriátricos en momentos de enfermedad y contribuyen a conformar actitudes y conductas relacionadas con la salud.

En cuanto a los principales agentes de cuidados informales, son los familiares los que ejercen las tareas del cuidado. Por lo tanto, el profesional de enfermería puede y debe conocer las estrategias elementales de educación para la salud, ya que ésta es un instrumento esencial para garantizar una atención adecuada a las necesidades de cada individuo.

La enfermera como administradora de educación para la salud debe implementar estrategias que le permitan afrontar los retos diarios de los cuidadores. Para ello es imprescindible que sea educadora teniendo en cuenta tres elementos básicos del proceso de educación: la necesidad de detectar problemas de salud, motivar e instruir. Para detectar los problemas de salud es necesario conocer al cuidador y sus características, su situación, en definitiva, que es la que va a determinar la orientación de nuestras actuaciones.

Nuestra intención es llevar a cabo un programa psicosocial dirigido a los cuidadores que permita, por un lado, el apoyo de las redes sociales en función a las necesidades que presenten cada persona o núcleo familiar de forma individual y personalizada, y de otro lado, la integración social de estos cuidadores, que de alguna manera suponga un soporte para su situación y que las funciones que asumen sean valoradas social y públicamente. Es decir, proporcionar cuidados integrales a los cuidadores.

El programa consta de varias fases:

- Evaluación diagnóstica
- Fase de planificación
- Fase de aplicación
- Fase de evaluación

Creemos que fundamentalmente debemos actuar sobre el estado físico y emocional del cuidador, por que condiciona el tipo y las exigencias del cuidado, para ello proponemos la realización de una serie de talleres como son: el de información, aprendizaje de habilidades y por último el de apoyo emocional.



P-14 CAMINANDO HACIA LA EXCELENCIA ENFERMERA A TRAVÉS DE LA INVESTIGACIÓN Y PUESTA EN PRÁCTICA DE LAS TAXONOMÍAS: NANDA, NIC, NOC

Daroqui Agusti M.^ºP., Arias Hernández, M.^ºM., Leal Felipe M., Darias Curvo S., Arricivita Verdasco A.M.^º, Cabrera Figueroa J.

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

Toda profesión se caracteriza por poseer unos bienes internos y externos. Los internos consisten en actuar de acuerdo con el fin propio de la profesión, "cuidar con calidad" y pretender alcanzar la máxima "excelencia" en el ejercicio de la misma, definiendo la excelencia como el cumplimiento virtuoso de la profesión, es decir alcanzar la máxima competencia en las habilidades propias. En la actualidad la Enfermería esta viviendo un momento histórico importante gracias al estado de desarrollo de las taxonomías enfermeras: Taxonomía de Enfermería NANDA, Taxonomía de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la taxonomía de Resultados de Enfermería (NOC), ya que sólo a través de la utilización de estas herramientas nos beneficiaremos de las ventajas que supone el uso de este lenguaje común de Enfermería estandarizado.

OBJETIVO

Destacar la importancia y trascendencia que tienen para el desarrollo de la enfermería, tanto a nivel teórico como práctico, la utilización de estas tres taxonomías.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado una revisión y análisis de las tres taxonomías, para efectuar una síntesis de la interrelación entre las mismas, así como las aportaciones que suponen para la práctica asistencial.

RESULTADOS

En póster que presentamos consiste en una representación gráfica de las tres taxonomías, con las características específicas de cada una de ellas (fecha de aparición, estructura, número de diagnósticos, intervenciones y resultados que las conforman) Por todo ello creemos que este trabajo constituye un instrumento didáctico y clarificador de las taxonomías.

CONCLUSIÓN

La enfermería alcanzará el grado ideal de "excelencia" en la medida en que todos los profesionales implicados en las de las distintas áreas (clínica-asistencial, docente, investigación, gestión...) estén dispuestos a





asumir y llevar a la práctica todos los instrumentos de que disponemos para facilitar el ejercicio profesional y allanar el camino hacia el desarrollo y la excelencia de la Enfermería. De suceder lo contrario nos encontraríamos ante una situación de desvirtualización de los fines propios de la enfermería y por tanto nos alejaríamos no de excelencia que pretendemos.



P-15 **DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE CON PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS**

Campos Rico, Aurelio; Aragonés Domínguez, Antonio Enrique; Calvo Charro, Elena; Ruiz Diana, Dolores; Zafra Luque, Brígida; Linares Herrero, Fco. Javier
Urgencias Pabellón C. Hospital Carlos Haya y E.U.C. Salud de Málaga. Málaga

RESUMEN

Los pacientes con problemas visuales presentan déficits evidentes en la satisfacción de sus necesidades básicas, que tienen que ver con las alteraciones en la relación con el medio derivadas de su patología. Esta circunstancia provoca que el tratamiento enfermero se vea condicionado por una serie de problemas, en primer lugar, la adaptación a su nueva situación de salud, y posteriormente con su capacidad para desenvolverse en las actividades de la vida diaria. Por lo general el paciente oftalmológico pasa poco tiempo en el hospital, por lo que la mayor parte del tratamiento enfermero tendrá lugar en el domicilio del individuo.

Hemos revisado 100 historias al azar de pacientes atendidos en el período comprendido entre el 1/01 y el 30/06/2001. Las historias revisadas contemplan el uso de la metodología enfermera, con diagnósticos e intervenciones normalizadas, amén de las seleccionadas por los profesionales en cada caso. Los datos han sido procesados con paquete informático Office 2000. Los problemas enunciados significan una aproximación actualizada de nuestra experiencia asistencial expresada en taxonomía NANDA, con intervenciones según CIE, y resultados según la Clasificación de Resultados Enfermeros de la Universidad de Iowa. Los diagnósticos reflejados son:

Riesgo de lesión r/c falta de adaptación a su nuevo estado de relación con el medio.

Ansiedad r/c falta de habilidades para desenvolverse en las actividades de la vida diaria.

Riesgo de aislamiento social r/c la posibilidad de accidentes y situaciones embarazosas fuera del domicilio.

Riesgo de dificultad para el mantenimiento del hogar r/c falta de conocimientos y adaptación al entorno.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo pretende aportar una visión realista y válida para su aplicación por los profesionales responsables de la atención a pacientes con problemas visuales.





P-16 **CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA: ADECUACIÓN DE LA FORMACIÓN**

García Hernández, A. M.; Darias Curvo, S.

Esc. Univ. de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife

El conocimiento sobre la muerte como conocimiento social, tiene en común con el físico, que ambos requieren información específica del mundo exterior. Sin embargo lo que caracteriza al conocimiento sobre la muerte, es su carácter convencional y arbitrario, puesto que el carácter de vínculo con la persona que muere, a quien prestamos los cuidados al final de la vida, está dado en parte por la ubicación de dicha persona, en una diversidad de estructuras sociales como son: La familia, el hospital, las profesiones sanitarias, la edad, etc., en definitiva, la construcción por parte de los individuos que prestan cuidados en y al final de la vida, requiere de una reconstrucción de los conceptos de cuidar, vida - muerte, así como un conocimiento de la muerte y morir y el establecimiento de una formación adecuada, que nos permita la anticipación en lo relativo no sólo a conocimientos sino a comportamientos y actitudes, de modo que podamos construir nuestro conocimiento de la muerte, en acuerdo con otras personas de nuestra comunidad social y cultural, no debiendo limitarse a presentar el resultado final de este conocimiento, como el proceso del morir.

Existe un proceso de construcción de nociones sobre el morir a partir de las observaciones, experiencias, interacción entre iguales y la diferentes informaciones que el sujeto incorpora progresivamente en su sistema cognitivo y no concluyen necesariamente en ningún período del desarrollo o edad concreta. De hecho pensamos que la reestructuración cognitiva y del morir es un proceso permanente del ser humano aunque las estructuras básicas hayan podido establecerse al final del período de la infancia. Como profesionales inmersos, cada vez más en los cuidados al final de la vida, hemos de adecuar los cuidados a las diferentes situaciones del cuidar, por lo que "la socialización de la muerte" supondría la adecuación de la construcción del morir humano al modelo colectivo, fenómeno que no ocurre de manera lineal, ya que todo individuo elabora a su modo y manera los comunes modelos sociales. Nuestra propuesta de adecuación de la formación para prestar unos cuidados a pacientes y familiares, demanda la necesidad de una educación efectiva en la muerte y el morir y en los cuidados enfermeros que en torno a la misma se prestan. Al ser los profesionales educados en conceptos de vida eficaz y muerte disminuirán su ansiedad al abordar el tema y mejorarán en la administración de cuidados a cualquier individuo, ya sea o no moribundo, siendo capaces de comprender más apropiadamente los distintos modelos personales y familiares y las diferentes demandas. Dicho proceso de formación les ayudará además, a reconocer sus propias limitaciones, examinando sus actitudes y comportamientos, de modo, sin lugar a dudas, que los grandes beneficiarios de esta formación constructivista seamos todos: profesionales, pacientes, familias y cualquier persona implicada de diferentes edades, raza o sexo que mire a la vida a la cara, y porque no, al final de la vida.



P-17 **¿QUÉ SABES TÚ SOBRE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA?**

Dolores Cilleruelo Muiño, Miriam Pedre Seoane, Carmen Pita Barral, Cristina Valiño Pazos

Servicio de Infecciosos. Hospital Juan Canalejo. Betanzos. A Coruña

INTRODUCCIÓN

Tal vez el modo más eficaz de introducirse en una disciplina es comenzar valorando lo que se conoce de ella. Sucede a menudo que conceptos que creemos asentados sobre bases firmes e irrefutables no son otra cosa que meras suposiciones que en algún momento hemos incorporado como fidelignas sin casi darnos cuenta. Con nuestro póster pretendemos, en clave de humor, que todo aquel que se sienta motivado a adentrarse en el mundo de los Diagnósticos de Enfermería, lo haga partiendo de una autoevaluación voluntaria que en unos segundos le permita ser consciente de su nivel de conocimiento en la materia.

OBJETIVOS

Despertar la curiosidad científica de una forma participativa en todos aquellos asistentes al Congreso que, viendo nuestro póster, se decidan a tomar parte en un juego en el que saldrán ganando siempre.

MATERIAL Y MÉTODOS

Elaboración de una serie de juegos visuales relacionados con los Diagnósticos de Enfermería que permitan un primer acercamiento a la temática del Congreso de una forma relajada y lúdica.

A través de dameros, crucigramas sencillos y jeroglíficos, los profesionales que consideren los Diagnósticos como una práctica complicada y dificultosa podrán relajarse durante unos minutos sin dejar de aprender a través de un póster que permite la participación interactiva que tan buenos resultados está dando en todos los círculos educativos.

RESULTADOS

Dado que en este proyecto los resultados sólo podrán ser evaluados a posteriori, únicamente cabe la posibilidad de confiar en la participación de los asistentes. En este sentido somos optimistas y esperamos una actitud empática por parte de nuestros compañeros. Nosotros ponemos el juego y ellos simplemente tendrán que animarse a jugar.

CONCLUSIÓN

Somos conscientes de la dificultad de establecer una comunicación efectiva que permita un intercambio de información satisfactorio. En esta ocasión lanzamos a los asistentes al Congreso un reto intelectual en el que competirán para saber si sus conocimientos acerca de los Diagnósticos de Enfermería son fiables y actualizados.





P-18 **IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO Y SECUENCIADO EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO EN BASE A LOS PATRONES FUNCIONALES RAI-NH**

A. García Mantas, R. Parés Palom

Serveis de Preveió. Assistencials i Sòcio-Sanitaris. Mataró. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El "Antic Hospital Sant Jaume" es un centro Socio Sanitario, ubicado en Mataró (Barcelona). Dispone de 124 camas en las cuales se ofrecen los siguientes servicios: Larga estancia 70 camas, media estancia 54 camas. Una de las Unidades es para enfermos con demencias y cuenta con 12 camas de media estancia y 31 de larga estancia. En esta unidad el 20 % de los pacientes llevan alimentación enteral con gastrostomía percutánea endoscópica (PEG).

OBJETIVOS

Unificar criterios en la aplicación de los cuidados enfermeros. A través de la elaboración de un plan de cuidados estandarizado y secuencial de cuidados de enfermería en pacientes con Gastrostomía endoscópica percutánea PEG que disminuya la variabilidad y aumente la calidad asistencial.

METODOLOGÍA

- Grupo de trabajo, formado por 4 enfermeras, con experiencia en cuidados de PEG.
- Diagnósticos de enfermería según la taxonomía de la NANDA.
- Patrones funcionales del RAI.
- Planificación de manera ordenada y secuencial de todas las acciones que enfermería hace de manera independiente, delegada y también de vigilancia.
- Formación del equipo de enfermería de la unidad piloto elegida: Psicogeriatría, y información al resto del equipo interdisciplinar (médico y dietista).
- Implantación del plan de cuidados en la unidad piloto, febrero del 2002.

CONTENIDO

El plan de cuidados se abre a todo paciente adulto portador de PEG, esta enmarcado temporalmente en una semana, abarcando los pacientes que tengan previsión de alta y los que no. También abarca la posibilidad de que el paciente presente o no deterioro cognitivo y diferentes niveles de autonomía funcional.

El diseño del plan de cuidados permite la consecución del proceso de atención de enfermería y al mismo tiempo el registro de todas las actividades que se ejecutan tanto para auxiliares como enfermeras, tiene en cuenta lo inesperado y no planificado permitiendo anotar las variaciones y personalizar el estándar.



A Coruña 9-10 de Mayo, 2002

IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

Hacia la Excelencia de los Cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico

CONCLUSIÓN Y RESULTADOS

El grupo de trabajo ha elaborado el plan de cuidados en base a la realidad del trabajo diario y diseñando una hoja de trabajo operativa y ágil para el equipo asistencial.

Ha habido una buena aceptación por los equipos de enfermería en la puesta en marcha del plan de Cuidados. Acabado el periodo de prueba se tendrán los resultados preliminares y se iniciará la puesta en marcha en el resto del centro socio-sanitario.



P-19 DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Marta González Pisano y colaboradores

C.S. De Ujo (Mieres). Oviedo. Asturias

PALABRAS CLAVE

Valoración, Enfermería, Atención Primaria, Patrones Funcionales de Gordon.

INTRODUCCIÓN

Conscientes de la necesidad de introducir en el trabajo diario el Proceso Enfermero, el Grupo Regional de Metodología y Diagnósticos de enfermería decide formarse para realizar tal fin, y elaborar una Hoja de Valoración cuyo uso permita constatar su eficiencia al detectar problemas que pueden ser satisfechos más eficazmente con cuidados de Enfermería y mejorar la Calidad Asistencial, satisfacción del usuario y Autoestima del Profesional.

MATERIAL Y MÉTODO

La Hoja de valoración inicial, se diseña en el seno del Grupo, a partir de la Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Salud propuesta por M. Gordon y de las experiencias de otros compañeros en Atención Primaria.

Sirviéndonos de la Hoja diseñada, se recogen organizada y sistemáticamente datos significativos de una usuaria que acude a la Consulta de enfermería de Atención Primaria y de su entorno. Con estos datos se identifican los Diagnósticos de Enfermería y se elabora el Plan de Cuidados, fomentando siempre la participación y autonomía del paciente y la familia.

RESULTADOS

Al valorar a nuestra usuaria según los Patrones Funcionales de Margory Gordon, con la hoja diseñada y una formación básica en metodología, se pone de manifiesto que el trabajar con un método y herramientas propias de los Profesionales de Enfermería permite identificar los diagnósticos enfermeros, elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros y conseguir resultados muy satisfactorios tanto para la usuaria como para el Profesional.

CONCLUSIONES

Al plasmar en este Poster, el Plan de Cuidados elaborado y desarrollado para el Primer Diagnostico de Enfermería que hemos identificado con la Hoja de Valoración por Patrones Funcionales de Gordon diseñada, pretendemos haceros ver que con método, consenso, uniformidad y formación, las enfermeras podemos alcanzar niveles cada vez más altos de calidad y excelencia.



P-20 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA COMO GARANTÍA DE LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Inma Ferré Jornet, Pilar Espelt Aluja, Marisa Fores Palacios, Elisa Vidal Marsal, Pilar Monteso Curto
SAP Terres de L'Ebre. Tortosa. Tarragona

INTRODUCCIÓN

En nuestro entorno la atención sanitaria hospitalaria pública está diversificada entre varios proveedores (públicos, privados y concertados) de distinto nivel de complejidad; Hospital Comarcal, Hospital de 2º nivel y Hospital de 3º nivel.

Esta circunstancia implica para la atención primaria una gran pluralidad de interlocutores.

La Atención Primaria cuenta con profesionales de enfermería que tienen distinto nivel de formación con relación a la utilización de la metodología de atención de enfermería, además de la dispersión de la población y la distancia entre el equipo de profesionales del centro de salud contribuyen al aumento de la diversidad de actuaciones.

OBJETIVOS

Facilitar la transferencia de información utilizando la metodología científica.

Fomentar la coordinación y la homogeneización de procesos entre profesionales de enfermería de Hospital y Atención Primaria.

Ofrecer a los usuarios de la sanidad una mayor seguridad en la adaptación a su entorno habitual.

METODOLOGÍA

Análisis de la situación mediante un grupo de mejora continua.

Propuestas de mejora:

- Participación conjunta en la elaboración y diseño de guías de práctica clínica.
- Incorporación de la figura de la enfermera de enlace para la elaboración del plan de cuidados de enfermería.
- Utilización del plan de cuidados de enfermería como elemento de coordinación. Sistematización de reuniones de coordinación entre responsables de enfermería, directoras y adjuntas de Hospital y Primaria.
- Evaluación anual de los casos que se han coordinado.

RESULTADOS

Diagnósticos de enfermería más frecuentes. Resultados:

- 1.- Implantación del modelo de enfermería de enlace con 2 hospitales de 2º y 3º nivel y 2 centros socio-sanitarios.





Se ha incrementado el proceso de coordinación entre hospitales de 2º nivel y 1 hospital comarcal.

2.- Número de casos en el 2001 y número de casos en 3 meses.

3.- Diagnósticos más relevantes.

4.- Casos en que la enfermera de coordinación decidió que no puede ser atendidas en su domicilio habitual.

CONCLUSIONES

La coordinación mediante la utilización del proceso de atención de enfermera es útil para la continuidad de los cuidados.

Las personas atendidas mediante este proceso manifiestan su satisfacción y el aumento de la seguridad percibida.

Aumento del grado de satisfacción de los profesionales de enfermería de Atención Primaria.



P-21 **ESTRATEGIAS PARA OPTIMIZAR LA APLICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN LA FORMACIÓN**

Orosco, Laura Mabel; Madoery, Delicia Hilda; Ibáñez, Clara Beatriz; Peralta, María Norma; Kitlain, Ana María; Durán, Alcira; Moyano, Valeria

Dpto. de Enfermería. Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires

Si bien se reconoce mundialmente la necesidad de aplicar el método científico en el quehacer diario de la Enfermería para el logro, entre otros fines, de la continuidad de los cuidados enfermeros, esto no se logra en la práctica diaria.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), expresión propia del método científico, posee diversas etapas, una de ellas, el Diagnóstico de Enfermería, constituye en la realidad de la formación y, especialmente, en la práctica, una deuda para con la profesión. Diversos estudios nacionales y regionales confirman la no utilización de diagnósticos de Enfermería.

Muchos son los factores que influyen sobre esta realidad, entre los que se mencionan con mayor frecuencia son: Diagnósticos que no responden al contexto argentino, etiquetas "extensas", falta de formación y capacitación específica, falta de tiempo para aplicarlos, gran variedad de diagnósticos, etc.

Como docentes se vuelve imprescindible, contribuir a disminuir los condicionantes negativos que se encuentran desde la formación misma del Profesional.

En la Cátedra de Enfermería Medicoquirúrgica, del 2do año de la Carrera de Enfermería, se han analizado durante 3 años consecutivos los Planes de Cuidados que realizan los estudiantes en sus Experiencias Clínicas, con el propósito, entre otros, de determinar cuáles son los diagnósticos Enfermeros más frecuentes a utilizar en personas con alteraciones medicoquirúrgicas. Luego de identificar los diagnósticos más frecuentes, se decidió trabajar sobre solamente 50 diagnósticos enfermeros, de los 150 que comprende actualmente la lista de la NANDA.

La disminución en el número de diagnósticos contribuyó a:

Lograr mayor conocimiento de cada uno de los diagnósticos, definición, factores de riesgo, factores relacionados y principios de los cuidados de Enfermería.

Mayor seguridad en identificar las características distintivas de cada uno de ellos.

Formarlos desde las alteraciones en los Patrones de Salud y probables diagnósticos, y no desde la patología médica o quirúrgica.

Coordinar con los docentes de 1er año y de 3er año la formación gradual en cuanto a los números de diagnósticos, según las características de las personas a las que brindan cuidados en cada una de las asignaturas en sus prácticas.

Actualmente seguimos trabajando especialmente en el último ítem, y nos proponemos traspolar esta experiencia a los ámbitos laborales, con la capacitación en base a los diagnósticos de uso más frecuente según





las características de los usuarios. Consideramos imprescindible que como docentes se trabaje sobre estrategias para lograr un verdadero ejercicio profesional de la Enfermería, identificando permanentemente aquellos condicionantes que podemos modificar.



P-22 **PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES PORTADORES DE FIJADORES EXTERNOS. EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA**

Concepción López, Yolanda López Moreno

Hospital Asepeyo. Unidad de Hospitalización. Coslada. Madrid

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo es presentar un plan de cuidados protocolizado para pacientes portadores de un fijador externo durante su proceso de hospitalización, que permita el cuidado continuado, tanto para el personal de enfermería encargado de su cuidado, como para el autocuidado de todas las necesidades que el paciente presenta al alta hospitalaria.

MÉTODO

El marco teórico del trabajo está basado en el "Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson", y los componentes del plan de cuidados se fundamentan en la descripción de diagnósticos según NANDA.

OBJETIVOS GENERALES

Favorecer una recuperación eficaz y rápida, con acciones coordinadas y continuadas dentro del equipo de enfermería y consensuadas con el paciente.

Favorecer la incorporación adecuada del paciente, portador de un fijador externo, a su vida diaria tras el alta hospitalaria.

MATERIAL

Bases de datos bibliográficas (CUIDEN, BDIE...). ORTOPEDIA. Serie Mosby de Enfermería Clínica.

RESULTADO

Desarrollo de un protocolo de acción enfermera en una patología específica, dentro de un marco conceptual, que nos ayudará a mejorar la calidad de la atención de enfermería en beneficio del usuario, así como a conseguir una mayor independencia en el desarrollo de nuestras funciones.

CONCLUSIÓN

La experiencia y la bibliografía nos permite conocer que un paciente portador de un fijador externo presenta numerosas inquietudes en su nuevo estado. El uso de fijadores externos se encuentra en aumento en la actualidad, pues la experiencia ha demostrado que existe una reducción en la estancia media hospitalaria de pacientes con patologías susceptibles de ser tratadas por estas técnicas. Por ello creemos que es impor-





tante que el cuidado continuado en este tipo de pacientes, tanto en su etapa de hospitalización como en su etapa de alta hospitalaria, se realice de forma protocolizada, incluyendo aspectos de educación para la salud, que permitan al paciente vencer la inseguridad ante este nuevo aspecto en su vida diaria y del que depende la evolución adecuada de su patología, ya que en algunos casos son ellos los que manejan su estado y lo varían siguiendo indicaciones médicas en su propio domicilio. La continuidad del cuidado en estos pacientes será importante en el futuro de su recuperación y reinserción.



P-23 **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES EN LOS CUIDADORES INFORMALES A PARTIR DE UNA VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON**

Roberto Arévalo Lagándara, Cristina Junquera de los Santos, Carmen Lago García, Rosario Sánchez Fernández
Área IV de Atención Primaria de Oviedo. Llanera. Asturias

INTRODUCCIÓN

En el desempeño de nuestra labor profesional y reforzada por una amplia revisión bibliográfica sobre el tema, hemos detectado que la figura del cuidador informal presenta trastornos de salud específicos relacionados con el rol que desempeña, siendo llamativa la poca ayuda que solicita, pues siempre sus problemas se ocultan tras la persona a la que cuida.

Los cuidados enfermeros deberían extenderse al cuidador informal, orientados hacia la prevención del “can-sancio del cuidador”, aportándole soporte emocional, formación, ayuda técnica e instrumental y poniendo a su disposición todos los recursos disponibles.

OBJETIVOS

Identificar los Diagnósticos de Enfermería más frecuentes en el cuidador informal tras una valoración por patrones funcionales de M. Gordon.

PLAN DE ACTUACIÓN

Siguiendo nuestra línea de trabajo, en una primera fase ya realizamos una valoración completa por patrones funcionales de M. Gordon. Esta valoración se realizó sobre un cuidador informal “tipo” que según nuestras investigaciones se correspondía con una mujer, en la quinta decena de su vida, hija de la persona a la que cuida, que convive con ella y no trabaja fuera de casa. A partir de la valoración de una cuidadora con estas características, hemos identificado los Diagnósticos de Enfermería más frecuentes (que es el motivo del póster que presentamos). Nuestra futura intención es, a partir de los diagnósticos, desarrollar intervenciones de enfermería con sus correspondientes actividades (NIC), así como los resultados esperados de nuestra intervención (NOC).





P-24 **RIESGO DEL SÍNDROME DEL DESUSO RELACIONADO CON LA EDUCACIÓN DEL CUIDADOR**

Mercé Pujol, Celia Vinaixa, Dolors Pellisa, María Jesús Ferreres, Carmen Pelleja, Anna M. Gimeno
Institut Català de la Salut-DAP Terres de L'Ebre-ABS Terra Alta. Gadesa. Tarragona

El diagnóstico de enfermería N°. 1.6.5.1 "RIESGO DE SÍNDROME DEL DESUSO" es uno de los mas frecuentes en los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria de nuestra ÀREA BÁSICA DE SALUD.

A partir de una visión retrospectiva intentamos analizar las intervenciones de enfermería en lo que respecta a la educación y prevención en la vida diaria del cuidador principal en relación al paciente.

La muestra es de pacientes dentro del programa ATDOM, con etiqueta diagnóstica 1.6.5.1 de una zona rural con 10.902 habitantes mayores de 15 años, de los que el 33,91 % son mayores de 65 años.

El proceso de envejecimiento o deterioro sigue su curso como tal, pero es posible modificar la calidad de vida del paciente y de su cuidador con intervenciones específicas educativas para cuidar y cuidarse mejor, contaremos con que el cuidador principal se siente protegido y aumenta su auto confianza por la información obtenida de su enfermera/ro, lo que revierte en una mejor atención y colaboración con el paciente (mejora notable en su higiene, alimentación y relación, al tiempo que disminuye el número de úlceras por presión...).

Este tipo de paciente, el cual es muy demandante de los servicios de enfermería a domicilio, muestra un progresivo aumento del número de ellas mientras el cuidador no tiene los conocimientos y las habilidades necesarias para cumplir con su papel.

Tras las intervenciones realizadas al cuidador por su enfermera/ro evaluamos de nuevo al paciente y podemos retirar la etiqueta diagnostica observando un buen descenso en el número de visitas al domicilio, de cada día a cada mes.



P-25 **RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO: PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

L. Arantón Areosa; J.M.^a Rumbo Prieto; A.M.^a Martínez Moar; J.M. Campos Manivesa; L. Martínez Moar; M.^aC. Carballal Balsa

Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide. Narón. A Coruña

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de desuso es un estado en el que un paciente sufre o está en riesgo de sufrir los efectos adversos (físicos y/o psíquicos) de la inmovilidad prolongada. A través de este diagnóstico de enfermería se engloban once problemas de salud que puede llegar a padecer una persona como resultado de una inactividad prescrita o inevitable, de duración superior a dos meses. Para el abordaje integral del paciente inmovilizado se hace necesario contar un sistema de información para los cuidados que sirva de guía para que el profesional de enfermería intervenga y logre el autocuidado del paciente.

OBJETIVOS:

Diseñar un modelo de atención de enfermería para la persona inmovilizada con diagnóstico de riesgo de síndrome de desuso. Nuestros objetivos específicos son: 1) elaborar un plan de cuidados en base al diagnóstico de enfermería y; 2) crear un registro de valoración de este diagnóstico de enfermería para identificar problemas reales, potenciales o posibles en pacientes inmovilizados.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo. Se realiza una búsqueda bibliométrica para conceptualizar términos y diagnósticos asociados al riesgo de síndrome de desuso. Método de consenso del grupo nominal para elaborar el plan de cuidados estándar y diseñar la plantilla de valoración que sirva como modelo de intervención de enfermería.

RESULTADOS:

Se establece un plan de cuidados estándar (objetivos, intervenciones de enfermería y resultados) sobre el diagnóstico de riesgo de síndrome de desuso aplicable a pacientes inmovilizados. Se diseña una plantilla para la valoración y seguimiento del paciente diagnosticado de síndrome de desuso. Dicha plantilla tiene un formato A3 (doble folio) donde quedan registrados los datos del paciente, los factores de riesgo, los once diagnósticos específicos asociados al síndrome de desuso y las intervenciones generales de enfermería respecto a movilidad o actividad.

CONCLUSIONES:

Para proporcionar unos cuidados de calidad, integrales, a un coste real y obtener un reconocimiento expe-





so por la labor realizada, el personal de enfermería tiene que describir gráficamente las acciones (plan de cuidados) que realiza en base a los diagnósticos que formula. La American Nurses Association dijo: “la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales” (A.N.A., 1976). Este trabajo pone de relieve un problema que está dentro de la competencia de enfermería. Se trata de respuestas humanas que la enfermera puede identificar y tratar de forma independiente estableciendo para ello un modelo de intervención. Este plan de cuidados y su hoja de valoración estimulan a las enferme@s a ejercer una práctica profesional propia.



P-26 **DESDE EL MODELO BIOMÉDICO AL MODELO DE CUIDADOS. GESTIÓN DEL CAMBIO**

L. Arantón Areosa; J. Pesado Cartelle; Á. Rodeño Abelleira; M.^ºC. Carballal Balsa; M. Rodríguez Varela;
M. Quintián Méndez

Dirección de Enfermería (Ferrol). Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide. Narón. A Coruña

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente la enfermería en España ha desarrollado su labor asistencial en función de un modelo biomédico en el que destacaba nuestro rol como ayudantes técnicos de otros profesionales sanitarios. Pero progresivamente hemos ido centrándonos en la administración de Cuidados, que es la esencia real de nuestro trabajo. En este sentido, el SERGAS adoptó como filosofía de los Cuidados de Enfermería, el modelo de la 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, que como otros modelos enfermeros, desarrolla la concepción moderna de nuestra labor profesional. Para su desarrollo e implantación disponemos del aplicativo informático de gestión asistencial de cuidados de enfermería Gacela.

La incorporación de la planificación de cuidados de enfermería, con diagnósticos enfermeros que designan respuestas que la enfermería identifica y trata, proporcionando un marco común de referencia, supone un profundo cambio en la cultura organizativa, lo que unido a la incorporación del uso de equipos y aplicativo informáticos, implica, como en todo cambio, la aparición de resistencias que sin duda dificultarán el proceso.

OBJETIVO

Reflexionar sobre el proceso de cambio en una Unidad de Enfermería Quirúrgica, identificando y analizando las posibles resistencias para establecer la estrategia adecuada que permita abordarlas, posibilitando el éxito en el cambio.

MÉTODO

Desde el Consejo de Calidad de Enfermería de nuestro hospital, cuyo fin principal es la mejora continua de la calidad, se decide la creación de un equipo de mejora del tipo QIT (Quality Improvement Team), que analiza las distintas fases del proceso de cambio en nuestra organización para identificar las resistencias, especificando sus orígenes, causas e intensidad, con el fin de determinar acciones correctoras o preventivas.

RESULTADOS

El Equipo de Mejora QIT se define como un equipo de profesionales afectados por un problema, que se reúnen para estudiar y mejorar los problemas de su servicio o ámbito de trabajo; pudiendo ser de forma temporal o permanente. Dicho grupo está formado por la Directora de Enfermería, Subdirectora de Enfermería,





Supervisor de Calidad, Supervisor de la Unidad de Enfermería donde se va a abordar el cambio y Supervisora de Formación Continuada. Se identifican 14 motivos de resistencia, se analiza cada uno de ellos valorando su alcance, causas, personas a las que afecta e intensidad. En consecuencia se proponen otras tantas acciones correctivas y preventivas que serán expuestas en formato póster durante el congreso.

CONCLUSIÓN

Los equipos de mejora se han revelado como un instrumento muy importante para la gestión de la calidad. Como consecuencia se han desarrollado una serie de acciones preventivas y correctoras que han permitido abordar los problemas, antes de que aparezcan o en todo caso, de forma inmediata y programada, minimizando de esta forma las resistencias. Cabe destacar que al cabo de solo dos semanas, el propio personal de la unidad, decidió por unanimidad dejar de usar los registros gráficos en papel, para utilizar solo el aplicativo informático, lo que sin lugar a dudas avala el éxito del proceso de gestión del cambio.



P-27 **MIRANDO EN NUESTRO INTERIOR: ¡DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEROS!**

Fina García Morales, Isabel Márquez Romero, Rosa Ros García

Centres Assistencials Torribera. Sta. Coloma de Gramanet. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Con este poster titulado "Mirando en nuestro interior: ¡diagnósticos enfermeros!" Hemos realizado una reflexión personal sobre la situación personal que vivimos, así como de nuestras vivencias personales como enfermeras, delante de situaciones cotidianas del día a día en nuestro entorno de trabajo.

OBJETIVOS

Realizar una Reflexión sobre como está nuestro interior enfermero, ya que ha llegado el momento de sentarse y reflexionar y poder sacar al exterior, él como está nuestro interior, hemos elaborado nuestros propios diagnósticos de enfermería ya que que herramienta es mejor para poder definir nuestros problemas como enfermeras.

METODOLOGÍA

Llevamos mucho tiempo trabajando con el modelo de enfermería de Virginia Henderson y utilizando el Proceso de atención de enfermería, así como la taxonomía de la Nanda, términos utilizados en las valoraciones de nuestros usuarios (ubicados en diferentes unidades), Una vez que hemos realizado un dossier con los diagnósticos más frecuentes en sociosanitario y salud mental y hemos elaborado todos los Procesos de Atención de enfermería y después de varias evaluaciones, además de tener cada enfermera un diskette con una veintena de diagnósticos etiquetados con objetivos y actividades, (a falta de un programa informático) y de tener bastante camino recorrido.

EVALUACIÓN

Nuestra reflexión nos ha hecho a llegar a los siguientes diagnósticos:

- 1.- Déficit de identidad personal relacionado con la pérdida de nuestro camino así como por los múltiples cambios que se han producido y se están produciendo actualmente y manifestado por decepción, desesperanzas, apatía, sensación de pérdida de tiempo y dificultad a la hora de llevarlo a la práctica.
- 2.- Trastorno de la imagen personal de enfermería relacionado con problemas que han resurgido con otros estamentos, y manifestado por problemas a la hora de desarrollar nuestra autonomía como enfermeras, lucha por tener que explicar y defender nuestra identidad profesional y por no tener visión actual de la profesión de enfermería.

