

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA SANTA MADRONA

De la fundació "la Caixa"

INFORMACIÓ AL MALALT QUIRÚRGIC COM INDICADOR DE QUALITAT

AUTORS:

Agnès Bolaño Guri

Roser Dols Oliveras

Teresa Riu Albornà

Treball presentat al curs d'Administració i Gestió en Cures d'Infermeria per a l'obtenció del Màster 16^a promoció

Trabajo dirigido por el profesor: José Tejada

Comisión evaluadora

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretario
Marisol Rodríguez	Vocal
José Tejada	Vocal

Presentado en fecha: 18 de septiembre de 2006

Aceptado en fecha: 6 de octubre de 2006

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

Agraïments:

Volem agrair al Sr. José Tejada que ha estat el nostre tutor-guia del treball , així com els professors Sra. Montserrat Teixidor i Sr. Esteve Pont que ens han orientat en l'estructuració i contingut del marc teòric i a la professora de qualitat Sra. Carme Sans .

Agraïm a la Sra Mercè Escrig Directora d'infermeria del nostre hospital, la qual ens ha facilitat la realització del treball i també a les infermeres de la 4^a planta d'hospitalització i 5^a planta d'hospitalització de l'Hospital General de Granollers ja que elles amb la seva la seva experiència del dia a dia ens han aportat diferents punts de vista alhora de validar les enquestes.

Com no també volem agrair a les nostres companyes Sra.Manoli Pedrero i Sra. Montse Nieto , infermeres de l'àrea quirúrgica que ja tenien una prèvia experiència en les visites preoperatories , i la nostre cap Sra . Montse Massò i la Sra. Carme Tusquellas cap d'unitats hospitalització quirúrgica que van col.laborar en la validació de les enquestes que varem utilitzar per entrevistar als malalts estudiats.

A tots ells gràcies ja que els seus consells i la seva experiència ens ha permès millorar el contingut del treball.

INDEX

1	INTRODUCCIO	6
1.1	Justificació	6
1.2	Objectius	8
2	MARC TEÒRIC	9
2.1	ANSIETAT	10
2.1.1	Conceptualització	10
2.1.2	Tipus d'ansietat	12
2.1.3	Actituds del malalt relacionades amb l'ansietat	13
2.1.4	Factors que introdueixen un tipus o altre d'ansietat:	16
2.1.4.1	L'ansietat confussional, tècniques i procediments per controlar-la.....	17
2.1.4.2	L'ansietat paranoide. Efectes i control.	18
2.1.4.3	L'ansietat depressiva. Efectes i control.	19
2.1.5	Ansietat pacient quirúrgic.....	20
2.1.5.1	Valoració ansietat segons l'escala Stai.....	21
2.1.6	L'analgèsia en el pacient quirúrgic.....	25
2.1.6.1	Conceptualització del dolor	25
2.1.6.2	Analgèsia postoperatòria	27
2.2	INFORMACIÓ	28
2.2.1	Conceptualització	28
2.2.2	Informació al pacient	30
2.2.3	Acompanyament al pacient	33
2.3	COMUNICACIÓ	35
2.3.1	Conceptualització	35
2.3.2	Tipus de comunicació:.....	36
2.3.2.1	La comunicació no verbal.....	36
2.3.2.2	Mètodes no verbals per compartir la informació.....	38
2.3.3	Obstacles comuns a la bona comunicació	38
2.4	QUALITAT	39
2.4.1	Conceptualització	39
2.4.2	Tipus de normes de qualitat.....	41
2.4.3	Indicadors:	44
2.4.4	Establiment d'estàndards	45
2.4.5	Audit clínic: millorar l'assistència a través de la revisió.....	47
3	MARC PRACTIC	50
3.1	Disseny de l'estudi.....	50
3.1.1	Hipòtesis Generals.....	50
3.1.2	Subhipotesis.....	50
3.1.3	Material i mètode.....	50
3.2	Resultats.....	55
3.2.1	Anàlisi descriptiu	55
3.2.1.1	Variables personals	55
3.2.1.2	Variables formatives	58
3.2.1.3	Variables patològiques	58
3.2.2	Anàlisi inferencial.....	73
3.3	Conclusions	85
3.4	Propostes.....	86

3.5	Límits de l'investigació	87
4	BIBLIOGRAFIA	88
5	ANEXES.....	89

1 INTRODUCCIO

1.1 Justificació

La persona que ha de ser intervinguda quirúrgicament afronta una situació desconeguda ja que per un costat desconeix la conseqüència que genera la pròpia malaltia i per un altre la pròpia hospitalització.

Sotmetre's a una intervenció quirúrgica suposa de per sí, sigui quina sigui la causa i el pronòstic un problema que repercuteix en la vida de la persona i en la seva família. En aquesta situació és evident que es desencadenarà ansietat i estrès que en moltes ocasions són positius, ja que són activadors i motivadors de l'acció, però si es sobrepassa el grau d'ansietat sorgeixen problemes fent acte de presència els aspectes negatius de l'ansietat, els quals repercuteixen en la bona evolució i recuperació del postoperatori. (2-5)

Per tant per aconseguir resultats òptims en un procés quirúrgic s'ha de tenir en compte que la preparació psicològica del malalt. ☺ és primordial, tant per afrontar la situació d'aquest com per la seva recuperació.

En el context hospitalari els drets del malalt adquireixen una sèrie de peculiaritats . El malalt es troba immers en un ambient que no li és propi i al mateix temps es troba rodejat d'un personal altament especialitzat.

Volem precisar que la naturalesa de la informació que se li dona al malalt es essencial per ajudar-lo a l'adaptació en aquest medi que li es estrany. Això li permetrà viure la seva estància a l'hospital com un ser humà , considerant-lo en la seva totalitat lliure i responsable.

Existeix un tipus d'informació referent a l'entorn que envolta al malalt i als aspectes generals de l'hospital. Un altre tipus d'informació la més important es la pròpiament sanitària – assistencial directament lligada pel motiu pel qual el malalt està ingressat a l'hospital i que és refereix a la seva malaltia, o sigui al diagnòstic, tractament i evolució de la seva afectació.

. ☺ *parlem de malalt ,com aquella persona que te un problema que se li ha de solucionar per motius de salut, i com a persona involucrada en el seu procés de salut,; no de pacient, doncs es consideraria a n'aquest com a intèrpret passiu en el que fa referència a la seva participació en la curació.*

La informació sanitària tindrà que aportar al malalt els elements de judici suficients perquè pugui participar activa i responsablement en les decisions que li afecten. El malalt s'ha de sentir subjecte, no objecte, i part integrant del seu propi procés.

Donat que les cures d'infermeria en el quiròfan han de ser concretes i específiques per cada tipus de malalt ens plantejem la necessitat de fer un protocol dirigit al malalt quirúrgic (pla d'informació) que ens serveixi per clarificar i motivar el nostre treball diari, unificar l'actuació respecte a la informació de tots els professionals d'infermeria quirúrgics i també establir una referència pel control de la qualitat de cures.

L'existència d'un pla d'informació ens permetrà al mateix temps d'incloure la seva família; registrar la informació que ens dona la persona, assegurant la seva transmissió, evitant repeticions i omissions que poden ser contraproductes pel malalt.

També ens semblaria important poder reflexionar sobre la necessitat d'establir un canvi de mentalitats i actituds que ens portessin a afavorir i millorar la relació infermera - malalt , podent així constituir un factor de qualitat dintre del rol independent de qualitat assistencial.

Pensem que informar al malalt quirúrgic afavorirà la relació d'aquet amb els professionals d'infermeria i al mateix temps s'augmentarà la qualitat assistencial disminuint la insatisfacció del malalt.

1.2 Objectius

- 1.- Dissenyar un programa d'informació pre i postoperatori del malalt quirúrgic.
- 2.- Aplicació del programa.
- 3.- Verificar la seva influència sobre la qualitat assistencial.
- 4.- Valorar la qualitat d'aquest programa un cop aplicat.
- 5.- Quantificar la disminució de la despesa hospitalària, després d'aplicar el programa, valorant els dies d'estància hospitalària i el consum d'analgèsics.

2 MARC TEÒRIC

Malalt quirúrgic es aquella persona a la qual per raons de manca de salut se li ha de practicar una intervenció quirúrgica. De què dependrà l'èxit d'aquesta intervenció quirúrgica?; de les defenses biològiques que tingui l'individu?, de l'actitud del malalt davant de la seva malaltia?, de l'expertesa del cirurgià i dels ajudants?, de la tecnologia utilitzada?, de l'equilibri psicològic i saber estar de tots els que en formin part?, de l'organització hospitalària i dels mitjans econòmics que la sustentin?. Podríem dir que tots i cada un dels factors tenen una gran rellevància, a mes a mes d'altres els quals caldria reflexionar. (8)

Si partim de la base de que l'amenaça de la confusió s'atenua notablement al tenir la possibilitat d'entendre el que està passant dintre o fora d'un mateix, indubtablement tota la informació que se li podés donar al malalt sobre les característiques de la seva afectació i sobre el tipus i forma d'intervenció que se li practicarà contribuiria a anivellar la incidència d'aquesta incertesa.

No es tracta d'informar per principi de qualsevol manera i quanta més informació millor, sinó de mesurar prèviament la necessitat que el subjecte en qüestió te de rebre determinades dades, així com d'elaborar una metodologia i una estratègia per a proporcionar-les. Hi ha malalts que necessiten no només estar mínimament assabentats del que se'ls hi farà sinó també formar part activa a que es compleixin els punts i reaccions previstes, aquesta necessitat es satisfà exposant-los a un pla d'acció i facilitant la seva natural tendència a comprovar-ho.

S'ha de destacar que no totes les personalitats funcionen de la mateixa manera, per tant resulta poc útil fer una generalització i afirmar que l'individu sempre ha de estar en possessió i coneixement dels detalls de la intervenció, ja que ens trobarem també amb casos en els que això pot resultar contraindicat: però quan aquest paper brota espontàniament, del malalt, es contraproductiu tallar-lo, i s'obtenen excel·lents resultats si s'obté la seva canalització. (3)

Tota intervenció implica a mes a mes de l'amenaça de l'atac extern, pèrdua d'alguna cosa i presència més o menys immediata de la malaltia, ja sigui traumàtica o endògena. La malaltia presenta al mateix temps una doble possibilitat de ser

viscuda com esdeveniment exterior o com sortida de la pròpia persona. Aquí hem d'incloure també el fet que suposa la interrupció del ritme de vida quotidiana. La persona capta que aquest trencament pot portar a la pèrdua de les relacions exteriors.

Si ens centrem en l'estudi del factor psicològic, el que mes pes te dins de l'acte quirúrgic, resulta imprescindible poder treballar l'aspecte psicoprofilàctic, el qual està integrament constituït per les ansietats. Es per això que començarem analitzant aquestes com element essencial .

2.1 ANSIETAT

2.1.1 Conceptualització

La paraula ansietat es refereix tant als sentiments psicològics paroxístics i persistents, (temor, irritabletat, engany) com als canvis fisiològics (dispnea, sudoració, insomni,

tremolors) que perduren i pertorben el seu funcionament normal. Sovint són trastorns crònics en els quals els símptomes persisteixen en absència d'evidents tensions externes actuals o en els quals la intensitat dels símptomes està fora de proporció amb el grau d'estres extern.

Usualment s'ha definit l'estres ⁽¹⁹⁾ com una manca de salut i això ens indica la base de canvi en la vida diària de la persona. Es suposa que la relació en referència als canvis de vida i d'estatus de salut està mitjançat per l'estres.

Investigacions psicològiques entenen l'estres com un procés dinàmic sobre l'individu i els recursos adaptatius o de suport en els quals la persona s'enfronta amb les seves circumstàncies. En general podem parlar d'estres referint-nos a un estímul o aconteixement extern que provoca una resposta de tensió. Situacions que signifiquen canvi i requereixen reajustaments en la rutina diària de la persona (Holmes i Rahe 1967). Entre ells s'inclouen aconteixements desitjables e indesitjables.

El malalt ha d'aconseguir tenir el punt d'ansietat just, canalitzant aquesta energia cap a un punt de col·laboració i participació activa en la seva malaltia.

Segons Virginia Henderson ☺ i emmarcant l'ansietat dins de la necessitat d'evitar perills, diu que quan l'individu te salut es capaç de regular lliurement les condicions ambientals o canviar-les quan aquest les consideri perilloses, però la malaltia pot privar-li d'aquesta llibertat.

Enfocant aquesta necessitat des de el punt de vista de:

- **Seguretat física:** mesures de prevenció d'accidents, infeccions malalties i agressions del medi.
- **Seguretat psicològica:** mesures de repòs relaxació i control d'emocions, utilització de mecanismes de defensa segons les situacions.

La ignorància pot també donar-li temors innecessaris, tant si te bona salut com si està malalt. El malalt pot creure amb tabús desconeguts per al personal mèdic que el facin patir molt. ¹⁷

Si fem el diagnòstic d'infermeria segons NANDA ⁽⁹⁾ i l'ubiquem en el patró nº9, definirem l'ansietat com una situació en la que la persona experimenta una sensació vaga de malestar o amenaça acompanyada d'una resposta autònoma amb origen desconegut per a l'individu. Sentiment causat per l'anticipació d'un perill que permet a la persona prendre mesures per afrontar l'amenaça.

Sol estar relacionat:

Amenaça de canvi en l'estat de rol, relació amb un conflicte inconscient sobre els valors i metes essencials de la vida, necessitats no satisfetes, amenaça de canvi en els patrons d'interacció en el funcionament del rol.

Es manifesta amb les següents característiques:

- **Conductuals:** Agitació, moviments estranys, expressió de preocupació degudes a canvis en aconteixements vitals.
- **Afectives:** Arrepentiment com a conseqüència del sentiment de culpa, irritabilitat, angoixa, temor, nerviosisme i preocupació creixent.

☺ Infermera que marca un model de cures d'infermeria que es d'ajuda o de suplència. El postulat d'aquest model afirma que l'individu tendeix cap a la independència i la desitja, es capaç de prendre decisions i disposa dels recursos necessaris per poder tenir cura de si mateix, a afí de recuperar o mantenir la salut.

- **Fisiològiques:** Veu tremolosa, augment de la respiració, urgència urinària, augment de les pulsacions, dilatació pupil·lar...
- **Cognitives:** Bloqueig del pensament, confusió, preocupació, deteriorament de l'atenció, por a conseqüències inespecífiques, dificultat per a la concentració, disminució de l'habilitat per solucionar problemes i aprendre.

Si ho relacionem amb la classificació d'intervencions infermeres (NIC)⁽¹⁶⁾, la intervenció serà "**disminució de l'ansietat**", que la definirem: minimitzar l'aprensió, por, presagis relacionats amb una font no identificada de perill per endavant. Algunes de les intervencions seran:

- Utilitzar un enfocament serè que doni tranquil·litat.
- Establir clarament les expectatives de comportament del pacient
- Explicar tots els procediments, incloent les possibles sensacions que poden experimentar durant el procediment.
- Tractar de comprendre la perspectiva del pacient sobre una situació estressant.

2.1.2 Tipus d'ansietat

Segons Mardarás (1990) definirem les ansietats bàsiques com a tres. Les tres estan presents al llarg de la situació d'intervenció, sempre una d'elles predomina per sobre de les altres, per això requereix de més cura i atenció.

Definim tres tipus:

- **Confussional:** amenaça de desestructuració per confusió.

Manifestacions: confusió, indecisió, vacil·lació, incoordinació, tartamudés, tremolor.

Incidències en l'acte quirúrgic: no té pes específic, abunda en el preoperatori, es contraresta amb explicacions breus i senzilles.

- **Paranoide:** amenaça de desestructuració per atac extern.

Manifestacions: por, desconfiança, terror, paralització per pànic.

Incidències en l'acte anestèsic: té una importància fonamental, es dona sobre tot en el peroperatori, encara que es dona durant tot el ingrés. Disminueix si s'aconsegueix una aliança entre pacient i equip.

- **Depressiva:** amenaça de desestructuració per buidament.

Manifestacions: tristesa, avorriment, esgotament, insomni, impotència, eufòria o mania anorèxica.

2.1.3 Actituds del malalt relacionades amb l'ansietat

- Actituds que indiquen predomini **d'ansietat Confussional.**

Preguntes abundants i repetitives sobre detalls tècnics i mecànics de la intervenció
Dificultats notòries sobre la comprensió de la situació, signes de desorientació espacial i/o temporal així com alteracions de la parla.

Insistència per garantir-ne el prestigi del centre i del equip.

- Actituds que indiquen predomini **d'ansietat paranoide:**

To agressiu, preguntes inquisidores.

Intents d'acostament i curiositat pels aspectes personals i afectius de la vida dels diferents membres de l'equip.

Abundància de reclamacions, querelles protestes i amenaces.

Tendència a verificar reiteradament el diagnòstic i ha fer-ho comprovar per diferents professionals.

Idealització, establiment d'un vincle de veneració o adoració cap a un o diferents membres de l'equip.

Aquest tipus d'ansietat la podríem relacionar amb el diagnòstic NANDA de

"temor", que Riopelle ⁽²²⁾ ens ho defineix com a sentiment d'esglai provinent d'una font identificable percebuda com amenaçant, manifestada majoritàriament per :

- comportament de fugida
- temor
- agressivitat
- cara pàl·lida
- insomni
- irritabilitat.

Les intervencions en relació amb el problema serien:

- identificar amb la persona la naturalesa, la intensitat i les causes de la seva por.
- Situar les intervencions en un clima de comprensió empàtica.
- Parlar suaument i calmadament, amb la persona i en tot moment.
- Assegurar la presència de la família.
- Fer participar a la persona en les seves atencions per tal d'augmentar el seu sentiment de control sobre la situació.
- Fomentar l'entorn tranquil.
- Donar explicacions curtes i simples de les explicacions donades.
- Explicar a la persona que està permès tenir por.
- Evitar minimitzar la por negant que el tractament i la intervenció puguin ser objectes de por, però afegint que el personal està per ajudar-lo.

Podríem relacionar-ho:

- Por R/a incapacitat d'enfrontar-se a la realitat del tractament.
- Por R/a l'amenaça de la integritat i/o psicològica.

Donant informació clara i precisa sobre l'esdeveniment amenaçador.

No comunicar més detalls dels que la persona ansiosa pot retenir.

- Actituds que indiquen predomini **d'ansietat depressiva**:

Aquesta presenta respecte a les altres dues ansietats la particularitat de que el perill no està localitzat fora de l'individu, sinó dintre d'ell i apareix profundament associada a l'idea de mort, no com accident sinó com efecte natural.

Eufòria, excés de optimisme, verborrea i abús d' humor.

Tristesa accentuada, anorèxia, insomni, incontinència del plor i deixadesa.

Insistència marcada en establir relacions amoroses i/o sexuals amb un o varis membres de l'equip.

Tendència a magnificar la importància de la intervenció i assignar el paper d'heroi o heroïna.

Riopelle ⁽²²⁾ defineix l'ansietat com un estat psíquic caracteritzat per astènia física, nivell baix d'energia i de capacitat per gaudir de la vida.

Si el relacionem amb el diagnòstic NANDA "**d'estat depressiu**", es manifesta majoritàriament per:

- Idea pessimista.
- Pèrdua d'interès per tot.

I com a manifestacions menors:

- Apatia.
- Dependència excessiva.
- Disminució de l'autoestima.
- Cara trista.

La intervenció amb relació amb el problema serà:

- Avaluar amb la persona la intensitat de l'estat depressiu.
- Utilitzar preguntes obertes per facilitar l'expressió dels sentiments
- Informar a la persona sobre els esdeveniments que ella veu com amenaçadors: tractaments, intervencions.
- Fer participar a la persona en les seves cures, referent al que fa a pressa de decisions.

Com a diagnòstics Infermers donaríem:

- Estat depressiu R/a la pertorbació de l'anestèsia.

Actuarem avaluant el nivell d'ansietat, i ajustant les intervencions segons aquest nivell.

- Estat depressiu R/a reacció de dol:

Afavorirem una expressió del sentiment. Explicar a la persona que el sentiment de culpabilitat forma part del seu dol. Deixar plorar a la persona per tal d'alliberar energia.

2.1.4 Factors que introdueixen un tipus o altre d'ansietat:

- ***Introdueixen ansietat confusional:***

Les mides d'urgència, els canvis de plans, dates, horaris, els canvis d'ubicació...

La terminòloga excessivament tècnica i no aclaridora, que no s'entén del que s'està parlant.

L'exageració del número de persones que componen l'equip, els canvis i rotacions de personal.

Els canvis de prescripció medicamentosa.

La complexitat del instrumental i la maquinària quirúrgica.

- ***Introdueixen ansietat paranoide:***

Totes les mesures que impliquen sofriment de dolor físic.

La roba quirúrgica.

Les entrevistes i consultes amb familiars per darrera del pacient.

Les actituds autoritàries i els règims disciplinàries excessivament rígids.

El tancament, d'inutilització física i l'ús abusiu de sedants e hipnòtics.

- ***Introdueixen ansietat depressiva:***

L'anestesia total.

La postració i d'indicació reiterada de repòs

La manca de color en la decoració.

La cohabitació de pacients de major gravetat.

La prohibició o excés de visites així com la sobreprotecció.

2.1.4.1 L'ansietat confussional, tècniques i procediments per controlar-la.

Si partim de la base de que l'amenaça de confusió s'apaivaga notablement al tenir la possibilitat d'entendre el que està passant dintre i fora de sí, se'ns dubte tota la informació que es pugui donar al pacient sobre les característiques de la seva afectació i sobre el tipus i forma d'intervenció que se li practicarà contribuiria a anivellar la incidència d'aquesta ansietat.

Això va ser descobert intuïtivament fa molts anys per professionals de cirurgia i d'infermeria, que d'una forma mes o menys sistemàtica, van dedicar-se a tenir contactes peroperatoris amb els pacients. Més tard quan la psicologia va fer entrada en l'equip quirúrgic, psiquiatres i psicòlegs van fer palès la importància d'aquesta fase en la psicoprofilàxis quirúrgica.

No es tracta d'informar per principi i de qualsevol manera, sinó que prèviament s'ha de mesurar el grau de necessitat que el subjecte en qüestió té de rebre determinades dades així com d'elaborar una metodologia i estratègia per a proporcionar-li. Per evitar cometre una equivocació ,el millor sol ser graduar el contingut del que s'ha de transmetre al pacient començant pel més senzill i esquemàtic per arribar al més complexa i detallat. S'ha d'aclarir que aquesta informació pot dur a terme en intervencions no urgents i dins d'unitats d'hospitalàries lo suficientment organitzades.

Molt important la unificació de missatges. Òbviament la diferencia en formulació d'explicacions i les aparents o reals contradiccions augmenten l'ansietat confussional en lloc de calmar-la. En quan al contingut de la informació es vital fer algunes observacions que no ens permetin tenir errors.

Les entrevistes no poden ser classes d'anatomia, o fisiopatologia, el que el pacient necessita és una visió general del que passarà i de com passarà, i no una sèrie de noms i coneixements difícils d'assimilar, que al mateix temps li generen més sensació d'ignorància.

2.1.4.2 L'ansietat paranoide. Efectes i control.

Al trobar-nos davant d'una ansietat paranoide o persecutòria en l'acte quirúrgic es necessari realitzar un esforç consistent en descobrir el perquè d'aquesta ansietat en cada cas.

L'actitud mes comú és la de tendir a considerar aquesta ansietat com una manifestació d'immadures o de caràcters neuròtics per part del pacient, es suposa que qualsevol persona adulta te de comprendre que la intervenció que se li practica suposarà un benefici per ella i per tant no té de tenir cap tipus de desconfiança referent a ella i als professionals que la realitzen.

Està clar que aquest tipus d'ansietat té un punt de recolzament en la realitat, que l'acte quirúrgic està considerat globalment com una conducta reparatòria i no agressiva, i està compostat per una quantitat de petites conductes agressives tals com l'exploració, punxar, tallar etc...

Les dues principals tècniques que es poden dur a terme per obtenir una anivellació de l'ansietat paranoide, es la des-idealització i el desplaçament de l'agressor. S'ha de dir que el terme "idealització", te un significat més ampli del que comunament li apliquem, no fa referència solsament a totes aquelles persones o situacions a les que tenim una imatge millorada, sinó que avarca també a totes les representacions mentals que no coincideixen amb la realitat de l'objecte representat, independentment que siguin positives o negatives.

En la relació metge - malalt, en general el fet de que el segon tingui una imatge idealitzada del primer, és més reincident en el camp de la cirurgia, arribant aquesta impressió també cap als ajudants e infermeres. En els casos que s'ha analitzat aquesta situació es troba la deshumanització de les figures que el componen, es com si el pacient tingués una especial dificultat per percebre als professionals en el seu caràcter de persona. Aquest fet troba l'explicació en el fet de que el pacient davant de la por que li fa la patologia que té, necessita sentir-se envoltat i protegit per essers amb més poder que ell.

El més habitual es que la cara positiva quedi al descobert, manifestant el malalt una gran veneració cap al cirurgià i cap als seus col·laboradors, s'ha de tenir en compte

que darrera d'aquesta visió sempre hi ha l'amenaça que suposa estar sota les mans d'alguna persona amb poders casi sobrehumans.

L'acostament personal al pacient constitueix la via més efectiva de parar i contrarestar la idealització, abans de que aquesta tingui límits perjudicials. Entenem aquest acostament personal no únicament com la necessitat de presència física dels professionals prèvia al moment de la intervenció sinó també un coneixement una mica més profund de cadascun d'ells. El primer punt es lo suficientment important com per no oblidar-nos d'ells, en alguns hospitals el subjecte es troba moments abans d'entrar al quiròfan amb un extens nombre de persones amb les que no havia vist mai, aquestes identitats han de ser omplertes amb la seva imaginació, més propensa per circumstàncies a generar fantasmes dolents, que no benèfics. Quan més s'aconsegueixi reduir la presència de figures estranyes en l'operatori mateix, menys facilitat es donarà a l'ansietat paranoide.

El segon aspecte es refereix a les possibilitats que té el malalt d'accedir als característiques humanes dels membres del equip comentaris, canvis d'impressions entre els membres, fan augmentar que el pacient substitueixi realitats per fantasies. Per lo general es la infermera qui té la funció de més pes en aquest lloc, doncs es qui més estona està en contacte amb el pacient, fent que aquesta sigui la principal receptora dels problemes del pacient i al mateix temps emissora dels seus companys .Per tant resulta bàsic que ella estigui amb bona relació amb la resta d'integrants de l'equip.

2.1.4.3 L'ansietat depressiva. Efectes i control.

Té la màxima importància en el postoperatori encara que no és nul·la en la resta.

Tota intervenció implica a mes a mes de l'amenaça de l'entorn, la pèrdua d'alguna cosa i la presència més o menys immediata de malaltia. Que és el dol.

S'ha de tenir en conte que no hi ha remissió de l'ansietat depressiva sinó es passa per un període de dol. Quan es respecta l'elaboració del dol sense forçar al pacient, s'adoptaran conductes d'un total i ràpid restabliment, abstenint-se resultats més

sòlids i duradors. L'espera serà l'escolta sense que el tallem i oferir-nos com a receptors o interlocutors de missatges.

Un cop superat el dol es convenient llavors que la primera etapa de la rehabilitació estigui centrada en la canalització de l'energia del pacient cap a activitats relacionades amb la curació, l'administració de medicaments, exercicis fisioterapeutes i l'observació de la pròpia evolució, donant-li el major grau de responsabilitat possible.

2.1.5 Ansietat pacient quirúrgic

La idea segons la qual el pacient ha d'arribar al quiròfan amb les ansietats al màxim d'atenuades, hauria de modificar-se per un objectiu diferent consistent en aconseguir el punt d'ansietat just i canalitzar aquesta energia cap a una actitud de col·laboració i participació activa cap a la intervenció que s'ha de practicar.

Tots els autors consultats creuen que per poder atacar l'ansietat s'ha de treballar en conjunt amb els tres tipus de llenguatges Nanda, Nic i Noc, que es el que es proposa en el projecte NIPE que parlarem mes endavant.

Com detectar l'ansietat predominant?

El malalt sol emetre una sèrie de signes que si sabem recollir-los ens donen l'avís del que està passant, des de el punt de vista anímic. Aquestes senyals són a vegades molt clares i d'altres precisen d'una interpretació per aclarir el seu significat.

A mes a mes de saber traduir el codi de cada malalt en termes de predomini d'ansietat confussional, paranoide o depressiva es necessari també ser conscients de quin tipus d'ansietat introduïm o incrementem nosaltres mateixos amb el nostre propi comportament o amb les diferents mesures que tècnicament apliquem al pacient. Detalls tals com la vestimenta(mascaretes, uniforme etc... així com tècniques invasives que se li practiquen).

En primer terme ens ocuparem del llenguatge i dels missatges xifrats que ens envia el malalt, per revisar també els que emet el propi equip. Un molt clar es quan el malalt pregunta, des de quan durarà d'intervenció fins quin tipus de pròtesis se li col·locarà. Aquesta persona ens està informant de la gran necessitat d'entendre i

controlar i fins a quin punt es sent amenaçat per la confusió. Ens comunica la seva peculiar forma de funcionar i el tipus de defenses que necessita per no desestructurar-se davant de la situació que li toca viure.

2.1.5.1 Valoració ansietat segons l'escala Stai.

L'ansietat es un concepte plural o multidimensional i pot constituir per tant un trastorn clínic, així com una característica de personalitat . Parlarem d'ansiedat-estat (A/E) per l' ansietat que experimenta una persona davant d'una determinada situació, i parlarem d' ansiedat-caràcterística (A/C) com característica de personalitat. (veure anex 1)

“ **Ansietat – estat**” : Estat o condició emocional transitòria de l'organisme humà que es caracteritza per sentiments subjectius, conscientment percebuts, de tensió i aprensió, així com una hiperactivitat del sistema nerviós autònom. Pot variar amb el temps i fluctuar amb intensitat.”

“ **Ansietat – característica**” : Assenyala una propensió ansiosa per la que difereixen els subjectes en la seva tendència a percebre les situacions com amenaçadores i a elevar, consegüentment l' ansiedat-estat.”

L'ansietat característica implica diferències entre els subjectes en la seva disposició per respondre davant situacions tenses amb diferents quantitats d'ansiedat-estat.

En general els subjectes A/C positiu presentaran un A/E positiu o major que els subjectes amb A/C negatiu ja que els individus amb A/C + veuen més situacions amenaçadores, per tant son mes propensos a respondre amb un augment de A/E en situacions que impliquin una amenaça. El fet que persones amb diferent A/C mostrin també diferent A/E dependrà del grau en que la situació determinada es percebuda com amenaçadora, i això esta molt influït per les particulars experiències del passat. Les puntuacions A/E augmenten com resposta a diferents tipus de tensió i disminueixen com resultat de tècniques de relaxació.

La construcció de l'escala STAI s'inicia el 1964 amb l' objectiu de crear una única escala que permetés mesures objectives d'autoavaluació de l'ansietat, tant de l'estat com de la característica.

El qüestionari STAI compren escales separades d'autoavaluació que mesuren els dos conceptes anteriorment definits. En un principi va ser pensat per investigar l'ansietat en subjectes normals (sense alteracions psicològiques), el STAI ha demostrat ser útil per mesurar conceptes tant en escolars com en pacients de diferents grups clínics.

L'escala ansietat - estat (A/E) consta de 20 frases amb les que el subjecte pot descriure com esta " en un moment determinat" , m'entres que l'escala ansietat-característica (A/C) també consta de 20 frases i mostra com esta el subjecte en general.

INSTRUCCIONS PER LA SEVA APLICACIÓ

Les instruccions per cada una de les dues escales estan impreses en el document, tant de A/E como de A/C.

No tenen temps limitat per la seva resposta, normalment s'utilitza un quart d'hora per respondre ambdues escales.

Es important que la persona avaluada entengui be que en l' escala de A/E han de reflectir-se les seves impressions sobre el que sent " en aquell moment", i en l'escala de A/C el que sent en general, en aquestes premisses descansa la validada de les escales.

Un altre punt important es que l'examinador no mencioni la paraula ansietat en les seves explicacions, sinó com un instrument d' autoavaluació.

Si durant el desenvolupament de la prova surgeix alguna qüestió l'examinador la pot contestar sempre que no influeixi en la resta de la prova, casi sempre es possible contestar amb " simplement contesti el que senti en aquell moment o be en general".

També es important remarcar que es necessari contestar totes les preguntes.

En l'aplicació del STAI sempre es passa a respondre l' escala A/E i després la de A/C i es recomanable aquest ordre ja que la escala A/E esta dissenyada per ser sensible a circumstancies del moment, las puntuacions poden veure's afectades per l'atmosfera emocional creada al respondre primer la l'escala A/C, i per altre part s'ha

demonstrat que les puntuacions de A/C no se afecten al contestar primer l'escala A/E.

En les instruccions de cómo contestar les escales l'examinador demanarà que contestin col·locant una aspa sobre un dels números del 0 al 3 de cada frase.

Per mesurar els canvis de "estat" després d'un temps es recomana aplicar la escala A/E cada vegada que sigui necessari. Quan en una investigació sigui necessari obtindrà mides repetidament de A/E, es poden crear petites escales amb quatre o cinc frases de la escala A/E de major validés, per lo que s'alteraria poc o gens l'experiment.

Les puntuacions tant de A/E como A/C poden variar des de un mínim de 0 punts fins un màxim de 60 punts. Existeixen respostes que estan puntuades de 0 i a l'hora de ponderar-les es fan amb un valor de 3, es a dir en sentit invers de l'escala, això ens indica que en l'elaboració del STAI s'han barrejat elements d'escala directa i d'altres de l'escala indirecta.

En la part de Stai estat hi ha 10 elements de l'escala directa i 10 de l'escala invertida, mentre que en la part de Stai Característica només n'hi ha 7 de l'escala invertida i 13 de directa.

Les frases amb escala invertida son:

A/Estat: 1, 2,5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20,

A/Característica: 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39,

En el moment de la correcció i per tal d'evitar que l'examinador tingui que recordar quins son els elements amb escala invertida s'ha creat una plantilla transparent que facilita aquesta feina. Per a la seva aplicació només cal col·locar la columna de l'esquerra de la plantilla A/E+ sobre l'espai destinat a les respostes A/E i contar els punts senyalats pel subjecte, la seva suma es trasllada al requadre de l'angle superior del document i darrera del signe +, seguidament es correra la plantilla cap a l'esquerra perquè correspongui amb les respostes del subjecte, la columna senyalades con A/E – tornant-se a contar els punts obtinguts, aquets es traslladen al requadre superior amb signe - . En aquest moment es pot resoldre l'operació indicada ($30 + - =$) el resultat serà la puntuació directa en el STAI Estat.

Per obtenir la puntuació directa en el STAI característica es realitza igual traslladant la plantilla a les columnes de resposta A/C i resolent l'operació indicada en el requadre (21 + - =).

La majoria de les persones responen al STAI de forma compulsiva i sense necessitat d'unes instruccions específiques, però a vegades es pot donar que no es contesti alguna frase degut a la incomprensió de les explicacions o be del text. Quan s'han comés una o dues respostes existeix un sistema per prorratejar la puntuació final, però si el nombre d'elements no contestats es de tres o mes, es convenient dubtar de la seva validés.

En els diferents estudis realitzats s'ha pogut demostrar que el sexe i l'edat han estat dues variables amb alguna influencia en las puntuacions obtingudes en el STAI, per lo tant la tipificació i elaboració dels barems s'ha cregut necessari formar els següents grups:

Per sexe

Homes

Dones

Per edat:

Adolescents (fins 19 anys)

Adults (20 o més anys)

Una vegada obtingudes les puntuacions directes mitjançant l'aplicació de la plantilla en las respostes de la persona i després d'utilitzar la adequada fórmula i determinades les característiques (sexe i edat), es fàcil buscar en la taula de barems tant Estat com de Característica dintre de l'edat i sexe corresponents. En cada columna es busca la puntuació directa i a la mateixa alçada cap a la esquerra , es troba la puntuació centil i la puntuació decatipus en la columna final de la taula.

La puntuació centil indica el tant per cent del grup normatiu al que el subjecte es superior en la variable apreciada per el test; els centils no formen una escala típica sinó ordinal per lo tant no es poden utilitzar per calcular promitjos amb altres centils obtinguts en d'altres variables.

Al utilitzar aquesta taula la puntuació de la persona analitzada indicarà la seva posició relativa a la població normal i podrà ser utilitzada per observar variacions en els diferents moments de l'aplicació d'una tècnica específica.

2.1.6 L'analgèsia en el pacient quirúrgic.

2.1.6.1 Conceptualització del dolor

El *dolor* tot i que clàssicament ha estat classificat en agut i crònic, la seva etiologia, psicopatologia, sistematologia diagnòstica i terapèutica d'aquests dos tipus de dolor són diferents i tenen que tractar-se per separat.

Ens referirem al dolor agut i el definirem segons *Chapman* com una constel·lació d'experiències sensorials, emocionals i psíquiques desconfortants, associades a un conjunt de respostes autonòmiques, psicològiques i aconducta'ls, provocades per una lesió, malaltia o inflamació. Per tant el maneig del dolor agut requereix e coneixement d'aquesta complexitat i la consideració de tots els altres factors que poden influir-hi.

El dolor agut compleix unes funcions biològiques importants doncs provoca en l'organisme dues respostes:

Fisiològiques: alliberació de catecolamines i hormones d'estres que produeixen canvis cardiovasculars com taquicàrdia, hipertensió, increment del gasto cardíac..

Psicològiques: aquesta resposta es analitzada en el context d'experiències prèvies, l'aprenentatge, la personalitat i la cultura i dels factors ambientals. A través d'aquest anàlisis i del conjunt d'aquests processos cognitius el individu té una experiència emocional que denominem dolor.

Si el dolor agut no es tractat correctament desencadena una escalada cíclica d'angoixa, por i estres que pot ocasionar insomni, incapacitat e immobilitat., cosa que per d'altre banda incrementa la percepció del dolor.

Per tant el retard en el tractament del dolor suposa un increment en els índex de morbimortalitat, l'estància hospitalària, el gasto sanitari global, disminueix la productivitat del pacient , suposant en resum, un cost social i econòmic molt elevat. Tot això ens porta a la necessitat de crear protocols d'analgèsia que tractin el dolor abans de que aquest aparegui.

Evitar o pal·liar el dolor l'inclou V.Henderson en la necessitat d'evitar perills, en la seguretat física com una mesura de prevenció d'agressions del medi.

Si definim dolor com a diagnòstic infermer NANDA, patró nº 9 ⁽⁹⁾ en direm una situació en que la persona viu una experiència sensitiva i emocional desagradable

ocasionada per una lesió tissular real o potencial (Internacional/association for the study of Pain); amb inici sobtat o lent de qualsevol intensitat de lleu a greu i amb un final anticipat o previsible i amb una duració menor de sis mesos.

Està relacionat amb agents lesius (biològics,químics,físics i psicològics).

Es manifesta amb les següents característiques:

Observació d'evidències; posició antiàlgica, conducta de protecció o de defensa.

Centrar l'atenció en si mateix, alteració de la percepció del temps.

Respostes autònomes: canvis en la pressió arterial, respiració i pulsacions.

Conducte expressiva: agitació, gemecs, plors, irritabilitat.

Valoració específica després del diagnòstic:

Característiques del dolor: qualitat,intensitat,inici,duració i ritme,periodicitat que ho desencadena que ho augmenta i que el calma.

Grau d'interferència del dolor amb les activitats diàries.

Característiques personals o circumstancials que poden influir en la percepció o expressió del dolor: nivell de coneixement de la situació, presència d'ansietat i temor, significat cultural o religiós.

Idees sobre l'ús dels analgèsics.

Forma d'expressar el dolor: respostes fisiològiques,psicològiques i a conducta's.

Capacitat per a comunicar-ho.

Adaptació fisiològica al dolor(desaparició de la resposta fisiològica de sudoració, canvis de pressió arterial de pulsacions i la respiració).

Actitud de la família davant el dolor de la persona.

Experiències anteriors en situacions similars.

Si el malalt no sap o no pot comunicar-se, determinar la forma en que expressa el seu dolor: agitació,gemecs, retraïment...

Criteris de resultats:

La persona:

Expressarà de forma verbal o codificada la disminució o desaparició del dolor.

Identificarà els factors desencadenants, concurrents i agreujants del dolor.

Cures d' infermeria

Determinar un sistema de medició de l'intensitat del dolor (EVA)

Valorar regularment l'eficàcia de les mesures analgèsiques farmacològiques i no farmacològiques establertes.

Dissenyar conjuntament estratègies per tal de minimitzar o eliminar les interferències del dolor en la vida diària.

Proporcionar informació exacta sobre procediments per reduir l'estrès i facilitar el control del dolor.

Fomentar la col·laboració dels membres de la família.

2.1.6.2 Analgèsia postoperatòria

El control del dolor es una de les mes antigues aspiracions de la històrica de la medicina. Tot i això encara en els nostres dies el dolor es tractat tardana e inadequada e insuficientment. A mes a mes de ser un fet de sofriment innecessari, el tractament erroni del dolor suposa un increment de la morbimortalitat, un elevat cost socioeconòmic, i genera donada la seva elevada incidència un augment del gasto sanitari global.

Tot i els avenços en els últims anys en el coneixement de la fisiopatologia del dolor i del desenvolupament de nous analgèsics i de sofisticats sistemes d'administració de fàrmacs; la majoria dels pacients postoperats segueixen sense rebre una analgèsia adequada.

Queda per tant cada vegada més clar que la solució al problema del dolor postoperatori no recau en l'aplicació de nous fàrmacs o noves tècniques sinó en desenvolupar i aplicar un sistema organitzat d'atenció al dolor agut, es per això que es crea i consensua un protocol d'analgèsia postoperatòria.

Aquest protocol d'analgèsia postoperatòria té com a objectiu servir de guia per a la utilització racional dels analgèsics en el control del dolor postoperatori, aconseguint minimitzar els efectes adversos alhora que augmentar l'efectivitat d'analgèsia. Serveix també per unificar la prescripció entre diferents serveis quirúrgics i facilitar les cures d'infermeria.

Com a criteri resultat del diagnòstic Nanda, tindríem unes intervencions principals:

- Assistència en l'analgèsia controlada(bomba de perfusió)
- Maneig de la medicació, administració d'analgèsics.
- Maneig del dolor

Unes intervencions suggerides:

- Anàlisi de la situació sanitària
- Ensenyança individual
- Ensenyança dels medicaments prescrits
- Ensenyança del procediment/tractament
- Ensenyança del procés de la malaltia
- Establiment d'objectius comuns
- Facilitar l'autoresponsabilitza't
- Prescriure medicació.

Com a intervencions opcionals:

- Suport a la família
- Augmentar els sistemes de suport
- Proporcionar confort ambiental

2.2 INFORMACIÓ

2.2.1 Conceptualització

Informació : Segons diu T.Kron ⁽²²⁾ és la paraula clau per el suport psicològic al malalt. El dret a la informació és un dels més importants que es reconeixent en la carta de drets del malalt . El malalt ha de tenir dins dels límits de la seva capacitat , coneixement de tots els aspectes de la seva malaltia tal com : diagnòstic , pronòstic , i tractament. Aquesta informació el podrà fer partícip , de forma eficaç en la seva curació i en tot el procés de la seva malalta .

Avui en dia ningú es qüestiona que en qualsevol àmbit de l'activitat i amb major incidència en el sanitària, la informació es l'eix sobre el que gravita qualsevol procés de millora de qualitat.

Es necessari referir-se a les polítiques de contenció del gasto de la Unió Europea que fan referència als models de gestió sanitària i s'orienten cap a la qualitat en la gestió. Per això un model de gestió sanitària basat en la rendibilitat dels recursos i en la qualitat, incloent la informació, es sobre els que s'han de basar els Sistemes d'Informació Sanitària.

Aquets dos conceptes, informació i qualitat son els dos pilars sobre els que es sustenta el projecte de Normalització de les Intervencions per a la Pràctica infermera., o projecte NIPE.⁽⁸⁾

Des de 1997 el Ministeri de Sanitat i Consum amb col·laboració amb Insalud i les comunitats autònomes porten a terme un Projecte d'anàlisi i desenvolupament dels GDR en el Sistema Nacional de Salut. Entre els objectius d'aquets projectes es troba el desenvolupament de la metodologia homologada per a d'imputació de costos, a on es descriuen els diferents centres de costos entre ells les unitats d'infermeria. El projecte NIPE pretén un anàlisi precís de les intervencions i activitats i del càlcul dels costos derivats d'aquestes unitats.

Aquest anàlisi no pot basar-se exclusivament sobre els costos, sinó que ha de tenir en conte els resultats de la pràctica sanitària, en els que hi ha un element fonamental: estat global de la salut del pacient.

Des de el seu inici aquest projecte te com a directrius el desenvolupar un instrument de millora continua de la qualitat de les cures que dona la infermera i possibilitar la quantificació del consum dels recursos que la societat ha posat en mans dels professionals d'infermeria, això permetrà una gestió més eficient dels mateixos.

Aquest projecte NIPE, s'inicia amb la definició de la situació clínica inclosa en el GDR (grup diagnòstic relacionat: constitueix un sistema de calcificació de pacients que permeten relacionar els diferents tipus de pacients tractats en un hospital, amb el cost,(consum de recursos) que representa la seva assistència).

La situació clínica permetrà portar a terme la valoració d'infermeria, identificant els patrons alterats, donant lloc als diagnòstics infermers en els que s'especifiquen els factors relacionats, o riscos que justifiquen l'etiqueta diagnòstica. Finalment es seleccionen les intervencions derivades del judici clínic, infermer. Posteriorment s'identifiquen les intervencions derivades dels diagnòstics mèdics. Conjunt que ens permet evidenciar que el procés infermer es el que dona sentit i contingut a la norma d'actuació. El procés infermer s'evidenciarà mitjançant els diagnòstics d'infermeria segons NANDA agrupats per patrons funcionals. Amb els diagnòstics infermers i els factors de risc corresponents s'identificaran les intervencions d'infermeria que es realitzaran per corregir la situació disfuncional detectada. per això s'utilitzarà el sistema de classificació d'intervencions d'infermeria del sistema IOWA, NIC (classificació de les intervencions d'infermeria).

2.2.2 Informació al pacient

La influència de la visita infermera , compleix una funció importantíssima durant el procés quirúrgic del malalt , ja que sol ser el membre de l'equip , qui manté una relació mes estreta i continuada amb ell informant-lo dels seus dubtes i essent receptor de les seves pors.

Ens plantejarem el fet que proporcionar informació estandarditzada , mes completa i específica , servirà per aconseguir una tolerància psíquica davant de la intervenció .Evitar riscos d'ansietat relacionats amb el desconeixement del medi,disminuir l'angoixa de la família davant l'espera i davant del fet de “ no saber “ ,tot això es en gran potència un mèrit per la infermeria .

Mitjançant l'entrevista , al malalt , guanyarem una major confiança amb ell.

Sí tenim uns professionals d'infermeria que realitzin l'entrevista d'admissió i desenvolupin un pla de cures , incloent la planificació d'ensenyament durant l'hospitalització i a l'alta , aquests professionals disposaran de la suficient autoritat i autonomia per la cura dels seus malalts adquirint un compromís i facilitant la continuïtat de les cures.

Diferents estudis demostren que els malalts que tenen la seguretat que la infermera de referència esta disponible i tenen un bon referent d'aquesta, pateixen menys complicacions i suporten un menor període d'hospitalització .

La informació fa que hi hagi una participació activa en la gestió de la pròpia salut Mitjançant la informació passem d'un usuari passiu , pacient i receptor , a un individu actiu , interlocutor , amb capacitat de presa de decisions .(M. Teixidor 1996) .

Informar es utilitzar un recurs del qual disposem Utilitzarem la informació per donar qualitat doncs es un servei útil , econòmic i complaent per al malalt , definició feta per Isikawa per definir la qualitat.

Abans de donar una informació hem de fer una avaluació exacte del malalt i per això es necessiten uns certs coneixements de les ciències psicològiques, socials i fisiològiques amb un coneixement profund de la infermeria . Com infermeres ens hem de conèixer a nosaltres mateixes ,incloses les nostres reaccions emocionals i fisiològiques ; aleshores podrem acceptar als pacients tal i com ells es veuen a si mateixos .

Una bona infermera ha de ser molt observadora, una interlocutora activa i tenir una bona comprensió per saber quina informació ha d'obtenir ,on i quan pot aconseguir-la.

Quan recollim informació sistemàticament , hem de decidir si és o no pertinent aquí la infermera ha de fer una guia per assegurar-se que és recaptarà tota la informació pertinent sobre el malalt i la seva família. Cada infermera ha de tenir una guia amb la que poder treballar eficaçment i alhora l'ha de poder modificar per satisfer a si mateixa i al pacient a qui assisteix.

Un dels obstacles que es presenten es el factor temps que es necessita per dur a terme aquesta activitat ja que no pot ser delegada a cap personal no professional. Algunes vegades durant el procés , especialment quan la infermera està amb el malalt i la seva família , ella es concentra massa en les seves activitats

terapèutiques .D'aquesta manera el temps que ha estat amb ell pot ser o no utilitzat de manera eficaç. La infermera ha de donar major prioritat al temps necessari per reunir la informació pertinent. .La infermera ha d'estar alerta i prendre decisions del que es important o no en aquell moment o en aquell procés.

La manca d'experiència a l'hora d'entrevistar als malalts es un dels majors problemes per obtenir la informació.La incapacitat de fer preguntes de forma adequada i correcta , per ajudar al malalt a dir quelcom de si mateix , i la incapacitat d'establir una relació de confiança contribueix al fracàs de l'entrevistador per obtenir respostes complertes e intel·ligibles per a ser utilitzades.

Un altre obstacle estaria relacionat amb els problemes de la comunicació. Aquests inclouen les dificultats del idioma i la parla , confusió mental , diferències socials i culturals en l'expressió personal , la verborrea del pacient i els missatges no verbals contradictoris de les afirmacions verbals.

La distracció per fonts externes o internes pot pertorbar al pacient a l'hora de manifestar-se . Pot estar tant preocupat pels seus problemes i pors que obli donar una informació important.

El dolor és sempre un factor que pot causar distracció. El soroll o una activitat excessiva en l'àrea on es troba el pacient pot causar confusió , i d'aquesta manera s'obstaculitza l'obtenció d'informació.

La gravetat de la malaltia pot afectar el tipus i la quantitat de la informació que aquest pugui donar en qualsevol altre moment.

En ocasions la infermera pren equivocadament una conducta per el problema bàsic, en lloc d'acceptar-la com un símptoma d'una necessitat no satisfeta.

L'hostilitat , la depressió i la falta de col·laboració no son les causes sinó mes be els resultats de que alguna cosa està succeint. Per aquesta raó la infermera evitarà classificar o catalogar als malalts segons el seu comportament o malaltia ; veient en aquella persona com un ser únic.

Estretament relacionat amb la classificació està el fet de considerar al malalt com un objecte i no com un esser humà . Freqüentment les infermeres fan quelcom per el

malalt i per al malalt , mes que amb ell . Aquesta actitud pot afectar inclús en l'avaluació d'infermeria , impeding la reunió i l'ús eficaç de la informació. Considerar l'entrevista d'infermeria com un mètode mecànic i no com un mitjà per conèixer i apropar-se a la persona , anul·larà la seva finalitat al complet.

Les actituds i necessitats de la pròpia infermera solen ser un altre factor que dificulta l'elaboració d'avaluacions precises. En ocasions , les infermeres utilitzen als malalts per satisfer necessitats personals , principalment les relacionades amb la seva pròpia seguretat.

Una infermera pot identificar-se tant amb un pacient , fins el grau de perdre la seva objectivitat ; d'altres poden tenir “ por “ a les persones que necessitin una assistència tècnica complexa i d'altres poden sentir-se incòmodes quan entrevisten a un malalt en fase terminal de la seva malaltia.(8)

2.2.3 Acompanyament al pacient

Tal i com diu Esteve Pont en el seu article (18), acostar-se a la malaltia des de la perspectiva de l'acompanyament es creure que les persones malaltes poden arribar amb l'ajuda dels qui els envolten a concebre formes de vida raonablement autònomes, que els enriqueixin com a essers humans i que siguin una aportació a l'entorn social en el que vivim. Per que això sigui possible s'ha d'estendre l'actitud d'acompanyament a tots els contextos socials.

Tècnicament parlant, l'acompanyament es aquella forma de suport que donem o rebem quan la persona esta mancada de recursos propis per afrontar una situació. Acompanyar implica recolzar a les persones per que puguin trobar i utilitzar els seus propis recursos (Pont 2002) . Es tracta d'arribar aconseguir per la via de l'acompanyament el “empowerment”*. l'apoderament com assenyala Wilson(1997), consisteix amb una ruptura d'hàbits i comportaments en la línia de reconèixer i utilitzar al màxim el potencial de la persona acompanyada. El sentit d'acompanyament parteix del principi, de que tot ésser humà inclús en les

* consulta realitzada l'any 2001 al Sr Joaquim Segura,president de la comissió de traduccions de l'acadèmia Nortamericana de la llengua i academico correspondiente de la Real Academia Espanyola , va proposar empowerment com a traducció de empowerment.

condicions més adverses i precàries desenvolupa nivells de cognició, d'afectivitat i de comunicació que li donen un cert grau d'autonomia.

Una de les qüestions claus de l'acompanyament es que l'acompanyant ha d'estar profundament convençut de que aquestes actituds de la persona acompanyada poden i han d'expressar-se e incrementar en entorns favorables.

Acompanyar es sempre ajudar a una altre persona a seguir el seu camí, no es tracta de fer-li fer el camí que jo vull, ni que sigui sota el imperatiu conegut "es pel seu bé".. acompanyar significa donar a la persona l'escolta, el suport, les informacions, l'assistència i la intervenció psicosocial que sol·licita en funció dels seus desitjos, dels seus valors de la seva evolució, durant el seu itinerari i el seu moment existencial.

Al llarg de la seva vida, el ser humà ha d'adaptar-se contínuament als canvis de l'entorn. Ha de prendre les mesures necessàries per mantenir o recuperar la seva salut. La necessitat d'aprendre porta a la persona a adquirir coneixements, actituds i habilitats per modificar els seus comportaments o adoptar-ne altres de nous. D'aquesta manera, el rol de la infermera consisteix no solsament en proporcionar cures físiques, sinó també en ensenyar als pacients els mitjans per assegurar el seu benestar.(Riopelle)

La comunicació representa un component important en el paper que la infermera desenvolupa amb els seus clients. La interacció contínua amb ells,ha de comunicar-se sempre de forma eficaç i càlida.

La naturalesa de les relacions amb els malalts la col·loquen en una posició privilegiada en aquest sentit.

Es la infermera la que es troba en la capçalera del malalt les 24 hores del dia i durant els 7 dies de la setmana al llarg de tot l'any. Per altre banda la pròpia essència del seu treball les porta a dialogar amb el malalt amb la fi de poder-lo ajudar a satisfer les seves necessitats

Totes les informacions que es puguin donar no es limiten al malalt i a la seva família, ja que la infermera treballa en equip amb d'altres professionals, amb qui també s'ha de comunicar per poder donar unes bones cures al malalt.

El malalt té dret a ser informat del seu estat de salut. Però és important fer una distinció entre la informació i l'ensenyança. La informació s'ha d'anar donant a mida que el malalt rep cures o tractaments, o se li practica una exploració.

L'ensenyança fa referència a tot objecte d'aprenentatge determinat per les necessitats del client. Cada vegada que la infermera ensenya al malalt, ha d'aplicar principis pedagògics que serveixin de base a les seves intervencions.

El concepte de relació d'ajuda defineix el que ajuda (sigui una infermera o qualsevol altre persona) i el que es ajudat (es dir el que té necessitat d'una assistència qualsevol), una relació particularment profunda i significativa. La infermera considera al malalt com un ésser global, tenint com a finalitat aconseguir la plenitud o la serenitat de la persona. Els seus principis es fonamenten en la confiança en el home i en la possibilitat de trobar en ell mateix els recursos necessaris per la solució dels seus problemes. (Riopelle)

2.3 COMUNICACIÓ

2.3.1 Conceptualització

Donada la importància que actualment es dona a la medicina psicossomàtica es veu clar que la psique(ment) i el soma (cos) són interdepenents e inseparables. En estat de salut tota emoció té la seva expressió física o aquesta alteració física s'interpreta com emoció.

Tal i com descriu V.Henderson en el seu postulat, la necessitat de comunicar-se es fa fàcilment d'expressió de les necessitats, dels desitjos de les idees, de les opinions i de les emocions. Expressió clara dels pensaments. Imatge positiva d'un mateix. Percepció objectiva del missatge rebut i capacitat de verificar les seves percepcions, expressió dels sentiments del tacte, actitud de receptibilitat i confiança dels altres, recerca de l'atenció de l'afecte dels altres. Espai vital individual de comunicació.

La comunicació és la posada en comú d'idees i d'informació. Comunicació no és només dir paraules, forma part de totes les nostres activitats diàries i de les nostres relacions personals. Proporciona el marc on la gent viu i treballa conjuntament. És el pilar on construïm el nostre enteniment i respecta, tant essencials per les relacions

amb els nostres companys i malalts .Triomfem o fracassem en les nostre interaccions amb les persones segons la forma en que ens comuniquem amb elles.(21) El principal dilema en que actualment es troba la gent , la família , la feina , problemes inclús nacionals i internacionals no es la manca de mètodes de comunicació , sinó en la incapacitat o poc desig que te una persona per entendre a una altre , les seves idees , sentiments i actituds.

2.3.2 Tipus de comunicació:

El procés de la comunicació te diferents components com són el codi, el canal, l'emissor i el receptor; elements tots ells importants, però el que s'ha de tenir més clar de tots és el codi, doncs sense ell res del que s'està transmeten s'entendrà, per tant la comunicació serà nul·la.. en ells intervenen l'ús dels sentits – vista , oïda , gust , tacte i olfacte – tots controlats i sintetitzats pel pensament,cada persona utilitza aquests sentits per rebre i transmetre missatges,

2.3.2.1 La comunicació no verbal

Hi ha un altre tipus de comunicació que es sense llenguatge , la comunicació no verbal , anomenada “ llenguatge corporal “ es presenta quan les emocions provoquen canvis visibles en el nostre cos. Per exemple , l'ansietat provoca augment de la freqüència cardíaca , transpiració i canvis en el color de la pell , també pot presentar tremolor i crispa-me'n dels punys juntament amb hiperactivitat Tot i que els muscles estriats es troben sota control voluntari , les nostres mans i expressions facials amb freqüència posen de manifest informació sobre els nostres sentiments . Les nostres actituds davant de certes situacions i persones es reflecteixen en la nostre postura corporal.

Virginia Henderson ens defineix la necessitat de comunicar-se amb els altres per expressar les seves necessitats i sentiments tal i com ho defineix la medecina psicosomàtica

Segons Ruesch i Kees , la comunicació no verbal es un indicador fiable del significat real del que diu una persona , ja que els individus en general son incapaços de controlar conscientment el seu comportament no verbal .

El silenci , sobretot quan es combina amb el llenguatge corporal , pot també transmetre en forma eficaç un significat. El silenci pot adquirir diferents formes :

- **Silenci de decantació** La persona no mira al que parla i fingeix que està absorta en una altre activitat com llegir , fer un treball manual o simplement mirar a traves d'una finestra o la paret .
- **Silenci reacció** .La persona reconeix la presència de l'altre individu arrugant el front o els llavis però rebutja dir quelcom .
- **Silenci per por** . La persona es mostra ansiosa , vol parlar , però te por de fer-ho.
- **Silenci reflexiu** . L'expressió facial i la seva posició corporal indiquen que , tot i en silenci , l'individu medita amb conte el que es diu o s'ha dit amb anterioritat.

La informació recollida mitjançant l'entrevista d'infermeria i d'altres membres de l'equip mèdic i paramèdic han de comparar respecta el que el malalt diu d'una forma " no verbal " .

Per regla general els seus sentiments veraders es manifestaran en una forma de comportament evident . La seva postura , expressió facial ,moviments corporals el que fa o no fa , son pistes que ens indiquen el pensament ,creences i emocions que te la persona .Tot comportament te un significat i aquest es pot comprendre si la infermera vol aprendre el llenguatge.

Es impossible que la infermera planegi l'ajuda assistencial per cada malalt , a no ser que el conegui .En primer terme l'entrevista que tingui amb ell i les observacions que durant ella faci li proporcionaran quelcom d'informació. Sempre que la infermera estigui amb el malalt ha de parlar amb ell . Des de les institucions no es pot permetre que el ritme de treball sigui tant intens que no pugui escoltar o veure als malalts al donar la medicació , canviar la roba o fer visites de rutina.

2.3.2.2 Mètodes no verbals per compartir la informació

El que fem i com ho fem té tant significat com el que expressem verbalment, de fet, el que diem pot ser menys important que com ho diem o bé, el que fem mentre parlem.

La comunicació no verbal, o llenguatge corporal, es presenta quan les emocions ocasionen canvis visibles en el nostre organisme. Per exemple, l'ansietat provoca augment de la freqüència cardíaca, transpiració i canvis en el color de la pell, també pot donar tremolor i hiperactivitat. Tot i que els múscles estriats es troben sota control voluntària, les nostres mans i la nostra expressió facial amb freqüència posen de manifest informació sobre els nostres sentiments. La nostra actitud davant aquestes situacions i persones es reflecteixen en la nostra postura corporal i accions. Segons Ruesch i Kees, la comunicació no verbal és un indicador més fiable del significat real que el que diu una persona, ja que els individus en general són incapaços de controlar conscientment el seu comportament no verbal.

El silenci, sobretot quan es combina en llenguatge corporal, pot transmetre també en forma eficaç un significat. El silenci pot adquirir diferents formes:

La informació proporcionada pels companys

Es obvi que la infermera no disposa del temps necessari per conèixer a fons cada malalt, pel que ha de recorre al que escolten o observen d'altres infermeres. S'ha de reunir tota la informació que els membres de l'equip tinguin i establir si aquesta informació és necessària en relació a les necessitats assistencials del malalt.

2.3.3 Obstacles comuns a la bona comunicació

Els obstacles que causen interrupcions en la comunicació són:

- Paraules incorrectes i paraules mal utilitzades. Ja que moltes paraules tenen diferent significat, no s'està treballant amb el mateix codi emissor i receptor; hem de saber si la persona que ens escolta entén correctament el que li estem dient i també si nosaltres sabem interpretar el que ells ens diu de forma correcta. La utilització de paraules i definicions específiques constitueix

un mal ús del idioma. El significat no està en la paraula en si, sinó en la ment del que escolta i de l'emissor. El problema consisteix en que ambdós significats coincideixin.

- Si la nostra gramàtica no és bona, ens dificulta expressar el que volem dir. La capacitat dels altres per entendre el que volem dir depèn de la nostra capacitat per col·locar paraules en la seva relació correcta. L'ús correcte del llenguatge és part necessària de la comunicació eficaç.
- Idees preconcebudes, opinions i creences. Normalment la nostra tendència és a jutjar en termes de bo o dolent, sense graus entremetjats. Aquest criteri es basa en les nostres pròpies opinions, idees o creences, i no en la investigació i anàlisi crític dels fets existents. Ocasionalment no volem descobrir tots els fets o potser no estem capacitats o no volem acceptar més punts de vista que el nostre. Si els sentiments influeixen en el significat, també afectaran els nostres intercanvis no verbals, tan en els missatges que enviem, com en els que rebem.
- Expressió d'opinions personals. Les persones freqüentment diuen el que pensen que els altres volen escoltar. Quan expressem la nostra aprovació, desaprovació o d'altres opinions, a vegades indiquem com hauria de pensar o actuar aquesta persona.

2.4 QUALITAT

2.4.1 Conceptualització

Qualitat d'infermeria és una definició vàlida de la qualitat dels cuidadors que inclou els criteris amb els que es pot avaluar l'eficàcia dels mateixos.

Segons Donabedian: "l'atenció de qualitat és aquella que porta al màxim estat de benestar a la persona, tenint en compte els beneficis i els riscos que comporta el procés assistencial", incorporant la definició de risc - benefici.

Koch defineix la qualitat des de el punt de vista de la gestió com "el sistema que garanteix que els diferents processos que asseguren la qualitat, s'infiltrin en cada

aspecte de l'organització per tal de millorar la seva efectivitat, la seva competitivitat i l'habilitat per adaptar-se a les noves condicions.”

Per garantir la qualitat cada norma ha de ser vàlida (es a dir els cuidadors d'infermeria administrats d'acord amb la norma de qualitat ha d'assumir els resultats positius per als malalts). Una norma no és vàlida sinó inclou els criteris per avaluar la qualitat de la cura d'infermeria.

Per tant a l'hora de donar qualitat assistencial, la professió d'infermeria ha de ser capaç d'analitzar l'efectivitat de les seves intervencions i pràctica per assegurar el seu paper en les cures de salut i influir en que es vegi el seu paper professional de QUALITAT.

Les innovacions en el terreny d'infermeria son necessàries pel seu desenvolupament i perfeccionament del seu coneixement bàsic infermer. Els seus resultats es mesuraran segons els criteris dels malalts , es dir avaluant l'efectivitat mitjançant comentaris i opinions .

La qualitat ha de satisfer al client, la millora de la qualitat és essencial per a satisfer i accedir les expectatives del client, tant intern com extern i aquestes no han de ser determinades solsament per una visió professional insensible al client. Els sistemes de qualitat han de recolzar la innovació. La qualitat és una part del treball de cadascun en una empresa. Els processos de qualitat han de ser organitzats de forma que donin suport al bon desenvolupament dels equips.

Uns plans definits per produir bens de qualitat i els recursos necessaris per assumir aquets objectius en termes de personal i despeses de capital requereixen un compromís explícit , una estratègia i unes polítiques que persegueixen una taxa de zero defectes, es a dir fer-ho be la primera vegada. Els líders tenen d'assegurar,se que la millora contínua es la norma y que les expectatives del consumidor del producte i serveis serà i ha de ser sempre creixent; la qualitat sempre creix.

En el control de la qualitat un aspecte essencial es mesurar el cost de la qualitat., els costos relacionats amb al qualitat son importants perquè son sempre grans, però tot sovint no es mesuren ni es controlen quasi tots els costos de la qualitat, es refereixen a l'avaluació i a reparar l'error, i no a la prevenció. Els costos de

solucionar errors son improductius,innecessaris i fan el servei menys atractiu, poc competitiu e inacceptable als malalts i familiars. L'esforç de fer-ho be la primera vagada es mes barat que repetir un procediment dos o tres vegades.

2.4.2 Tipus de normes de qualitat

Existeixen 3 tipus de normes de qualitat d'infermeria :de procés, de resultat i d'estructura.

De procés: Aquestes normes defineixen la qualitat d'execució de les cures d'infermeria i s'haurien d'utilitzar en totes les activitats, unitats i cures d'infermeria. Una activitat d'infermeria o procediment conté les normes de qualitat de procés que defineixen les accions que ha de realitzar una infermera al malalt amb la finalitat de:

- Modificar el seu entorn intern o extern en un procés beneficiós.
- Ajudar-lo a valdre's per si mateix o a canviar el seu entorn.
- Prevenir problemes de salut.
- Implicar a la seva família o persones properes en el seu procés de salut.
- Incrementar el seu benestar fisiològic i psicològic.
- Coordinar amb l'equip interdisciplinari les cures de salut necessàries pel malalt.

De resultat: Defineixen el canvi esperat en l'estat de salut del malalt i entorn mitjançant les cures d'infermeria. Així com el grau de satisfacció d'aquell amb els mateixos.

Els resultats positius s'obtenen quan les cures s'ajusten a les necessitats del malalt. Per tant les normes de qualitat de resultats descriuen tant l'absència de resultats negatius com la presència de resultats positius.

D'estructura: Defineixen l'essència de les cures d'infermeria, que es comuniquen a d'altres i l'essència de les decisions d'infermeria. S'han de desenvolupar en els següents casos:

- Al educar al malalt i a la seva família.
- En la comunicació terapèutica amb els malalts i la seva família.
- En la planificació interdisciplinària de les reunions.
- En les decisions d'infermeria.
- L'enregistrament de les dades d'infermeria i les seves cures.
- Al donar-se dades a d'altres membres de l'equip.

La qualitat de l'assistència al malalt està determinada per un número de factors entre els que es troba l'accessibilitat, l'oportunitat, l'efectivitat, l'eficàcia, l'eficiència, continuïtat, intimitat i confidencialitat; la participació del malalt i de la seva família i la seguretat i suport de l'entorn assistencial.

Una unitat de cures d'infermeria es el nucli de normes de qualitat del procés, de resultat i d'estructura que defineixen les cures d'infermeria per a un diagnòstic determinat.

Els indicadors s'utilitzen per controlar i valorar un o més d'aquets factors en l'assistència a un malalt específic o en l'activitat o activitats dels serveis.

Cada vegada hi ha més consciència de que la qualitat de l'assistència al malalt no depèn només de l'actuació dels professionals sinó també dels esforços de col·laboració i d'altres sistemes integrats que han de funcionar en la seva totalitat per tal d'aconseguir -se així els seus objectius.

Factors que determinen la qualitat d'assistència al malalt són:

- Accessibilitat a l'assistència: facilitats que te un malalt d'aconseguir l'assistència que necessita.
- Efectivitat de l'assistència: grau que es proporciona assistència al malalt quan ho necessita.
- Eficàcia de l'assistència: el grau amb que un servei te la possibilitat de cobrir la necessitat pel que es fa servir.
- Conveniència de l'assistència: el grau amb que l'assistència rebuda concorda amb les necessitats del malalt.

- Eficiència de l'assistència: el grau en que l'assistència rebuda té el efecte desitjat amb el mínim esforç gasto o malgasto possible.
- Continuitat de l'assistència: el grau en que l'assistència que necessita el malalt està coordinada eficaçment entre els diferents professionals i organitzacions i amb relació al temps.
- Intimitat de l'assistència: els drets d'un malalt de controlar la distribució i entrega de les dades relatives a la seva malaltia, incloent la informació proporcionada als professionals sanitaris i qualsevol informació addicional continguda en la història i/o altres documents.
- Confidencialitat de l'assistència: la informació que l'equip assistencial obté de o sobre un malalt que es considerat privilegiat i que en conseqüència pot variar per malaltia i jurisdicció, no pot exposar-se a terceres parts sense consentiment del malalt.
- Participació del malalt o de la seva família en la seva cura, implicació del malalt o família en el procés de presa de decisions sobre els assumptes relatius a la seva salut.
- Seguretat de l'entorn de l'assistència: absència de qualsevol risc o perill en l'entorn de l'assistència al malalt.
- Recolzament en el suport de l'assistència: el grau de disponibilitat d'espais, equips i medicacions per a les necessitats del malalt. A nivell general es podrien definir tres dimensions essencials respecte a la qualitat d'atenció a les persones:
 - Relacions interpersonals: Inclou tots els aspectes del tracte: confidencialitat, drets dels residents.
 - Atenció tècnica: Procés assistencial pròpiament dit, valoració diagnòstica, determinació d'objectes, determinació d'activitats i avaluació de resultats.
 - Entorn organitzatiu i estructural: que compren tota l'estructura física i organitzativa de l'empresa

Des d'un altre punt de vista es podria definir quatre components fonamentals en els plans de qualitat d'una organització:

- El benefici de l'atenció: que contempla la pràctica dels professionals i els resultats del procés assistencial.
- El risc a l'atenció: que inclou aquells aspectes lligats a l'atenció a persones que produeixen resultats adversos.
- La eficiència en d'utilització dels recursos valorada com la relació cost/resultat.
- El confort i el respecte als drets dels residents i cobertura de les seves expectatives.

2.4.3 Indicadors:

L'elaboració dels indicadors clínics és un dels passos més importants en quan al control de qualitat. Un indicador clínic és una mida quantitativa que es pot fer servir com a guia per a controlar i valorar la qualitat d'importantes activitats de l'assistència al pacient i dels serveis de suport. Un indicador no és una mida directa de la qualitat, és més bé la visualització d'una senyal que identifica o crida l'atenció sobre els punts d'actuació específica dins d'una organització, d'assistència sanitària que haurien de ser objecte d'una revisió més intensa.

La valoració d'aquestes àrees proporciona la base per ajustar i augmentar la millora de qualitat de l'assistència donada en una organització sanitària.

Sovint en els centres hi ha una divisió entre els professionals interessats en la qualitat i els gestors interessats en els costos, activitat i productivitat. Aquesta divisió pot ser real, però en termes de **gestió total de qualitat**, té poca lògica i es un mal ús d'esforç i recursos

En la fase diagnòstica de la **gestió total de qualitat**, s'ha d'utilitzar temps en establir com es troba un centre en termes dels indicadors de productivitat que habitualment s'utilitzen per avaluar com ofereix assistència un centre:

- Provisió de serveis: nivells d'activitat, problemes per especialitat, establiment d'objectius per àrees d'especialitat etc..

- Desenvolupament de serveis: plans estratègics per especialitat, racionalització de distribució de llits, relacions amb el sector privat.
- Controls financers i de personal: situació pressupostària actual, i tendències més recents.
- Desenvolupament organitzatiu del centre: estratègies i plans de desenvolupament de directius, posada en practica de la direcció professional.
- Desenvolupament de relacions internes i externes: compromís amb els valors i objectius del centre, polítiques de relacions públiques amb el personal.
- Gestió de recursos humans: estratègia de control el personal especialment en el personal mèdic i d'infermeria

2.4.4 Establiment d'estàndards

Podem definir 5 diferents grups de persones que estan interessades en com definir i controlar la qualitat de l'assistència i servei:

- Pacients
- Personal d'assistència
- Gerents del centre
- Districte (comprador)
- Metges de capçalera

Hi ha molt pocs estàndards definits sobre assistència sanitària. Però abans d'entrar en la metodologia i possible estructura d'aquets estàndards, hem de definir:

- *Procés assistencial*: en ell s'identifiquen els símptomes i se'l intenta ajudar a través del diagnòstic, el tractament i l'alta. S'ha d'examinar la qualitat de tot el procés en el moment d'establir els estàndards.
- *Estàndards per cada servei*: aquesta es una part molt important del procés de fixació d'estàndards quan la majoria del personal ha estat format com a

professionals amb habilitats específiques apreses amb alt grau d'excel·lència.

Definir-los com estàndards de resultat, estructura i procés.

Si demanéssim a un client que definís la qualitat assistencial de qualsevol servei probablement donaria tres criteris:

- *Accessible*: l'atenció hauria de ser donada el més ràpidament possible.
- *Efectiva*: l'assistència tindria d'aconseguir reduir els símptomes i millorar la salut dels malalts.
- *Adequada*: l'assistència i el servei han de ser oferts de la manera més satisfactòria per al malalt. Donant informació, ser receptiu a les queixes amb retroalimentació, estil de comunicació i actitud del personal, ambient en que es dona aquesta assistència.

El primer en determinar aquestes 3 dimensions va ser Maxwell al 1984 i podrien ser ampliadetes per les seves 3 altres dimensions: rellevància, equitat i eficiència

Aquest sistema per el desenvolupament d'estàndards ha de donar suport i facilitar la iniciativa i millora de la qualitat, per això es necessari que estigui ben planificat i que tingui el beneplàcit de gerència i del personal clau per dur-lo a terme.

Aquest sistema suposa inevitablement molta feina, la quantitat de documentació pot variar molt, però les qüestions clau són:

- Que tot el personal de l'àrea consideri els estàndards com a propis.
- Identificació de la no conformitat i accions per a corregir aquest resultat del procés de fixació d'estàndards.
- Revisió i millora dels estàndards.

Fixar estàndards en 5 formats diferents, aquets tenen de ser:

- Mesurables
- Clars i èxplicits
- Estar d'acord amb els propòsits i principis del servei
- Assolibles amb els recursos disponibles
- Controlats per mecanismes específics.

El control d'aquets estàndards per part del personal ha de ser continu de tal forma que els procediments siguin controlats adequada i consistentment.

Un aspecte crític del sistema nacional de la salut ha estat sempre implícitament la millora de la qualitat de l'assistència per obtenir una bona relació qualitat/preu. Des de que es va posar a la practica la gestió general i la nova legislació, això s'ha anat fent més èxplicit mitjançant la introducció de sistemes per a revisar la qualitat de l'assistència clínica rebuda pels clients

2.4.5 Audit clínic: millorar l'assistència a través de la revisió

Actualment es treballa amb un criteri d'eficàcia, rendibilitat i qualitat, per a definir el servei i el rol que la infermera ha de donar en cada un dels nombrosos llocs que ocupa en les institucions.

La infermera manté relació personal i constant amb els malalts, identifica les seves necessitats físiques, psicològiques i socials, planifica l'actuació a seguir per tal de poder-les cobrir i manté una observació i avaluació constant dels resultats.

Equitat, eficàcia i eficiència tenen una gran importància en tots els països amb una societat desenvolupada. els gestors han de procurar que la qualitat, quantitat i cost estiguin units als criteris abans citats.

Qualitat es la capacitat perquè un producte aconsegueixi l'objectiu desitjat al cost més baix possible.

Una més gran satisfacció del pacient suposa una millora de la qualitat pel que suposa una millora de realització de proves diagnostiques en el **control de tractaments i en informació**.

La satisfacció del professional en el seu treball es també un factor causal d'una bona qualitat d'atenció, i unida a la satisfacció del malalt es converteix en un criteri per avaluar la qualitat d'atenció en el centre.

A nivell de la Direcció d'infermeria es valora qualitat amb uns ítems de referència:

- Estància mitja
- Taxa d'infecció de catèters intravenosos

- Taxa d'infecció de catèters vesicals
- Taxa de úlceres per pressió
- Audit

Per la Direcció d'infermeria assegurar la qualitat dels serveis que es presten exigeix trobar instruments i mètodes que permetin mesurar si les actuacions d'infermeria responen al òptim prèviament marcat.

Els programes de qualitat porten implícit la necessitat de recollir la informació, ordenar-la, analitzar-la e interpretar-la, identificar problemes i valorar la seva correcció.

La implantació en infermeria de programes de qualitat suposa un canvi de cultura de l'organització i això es possible si la direcció està compromesa amb el projecte de qualitat, i es capaç de transmetre-ho al personal, ja que això porta implícit la responsabilització del personal i la seva capacitat d'autoavaluació i correcció, no entenent-se en cap moment com a un mecanisme de vigilància.

La demanda de serveis d'infermeria no esta determinada solsament per la malaltia sinó per la capacitat de la persona de cuidar-se per si mateixa per tant hem de pensar que els serveis d'infermeria no són solsament el suport dels serveis mèdics sinó un element igualment essencial e imprescindible per a lla millora de la salut.

La unitat d'infermeria pot definir-se com una unitat funcional que proporciona valor al producte final hospitalari. Es important tenir present que les unitats d'infermeria són les verdaderes vertebradores del funcionament de l'hospital i serveixen d'unió entre la resta de professionals, de la seva bona coordinació i eficàcia depèn en gran mesura que s'aconsegueixin els objectius institucionals.

Partint d'aquesta idea es poden definir amb claredat el producte – servei de cada una de les unitats de l'hospital. Producte final dels hospitals ho constitueixen les altes, consultes, urgències no ingressades... El cost de l'estància pot canviar molt d'un malalt a un altre e inclús d'un dia a un altre, en funció del major o menor requeriment de serveis, entre els quals s'ha de destacar les cures d'infermeria, tot això fa que el producte infermer s'hagi de definir de forma clara i pertinent. Es

important un esforç en aquest sentit, per tal de poder establir unitats de mesura que facin possible definir i mesurar amb exactitud el producte de les unitats d'infermeria.

El concepte del producte infermer possibilita la planificació d'objectius que englobin no només aspectes de qualitat sinó també optimització de recursos. La millor forma que té infermeria de conèixer la suficiència/insuficiència dels fons disponibles es disposar d'un anàlisi clar i objectiu dels costos del producte infermer.

Això reforça la idea de que la qualitat del treball realitzat per tots els treballadors farà que el producte final assoleixi els objectius de qualitat desitjats.

De la qualitat de les cures d'infermeria dependrà que el malalt sigui donat d'alta abans o després. Per exemple tenir cura de la manipulació del catèter per evitar una infecció, mobilitzar un pacient per evitar les nafres per decúbit o proporcionar-li la informació que necessiti per tal de disminuir la seva ansietat te efectes sobre la salut que són quantificables monetàriament.

Amb tot això el professional passa a prendre protagonisme, permetent que aquest trobi les millors formes de fer les coses i promou la participació de tots els professionals en l'empresa partint d'una forta implicació en les seves respectives unitats.

Als professionals d'infermeria els hi correspon el deure d'intervindre sobre el càlcul de costos i l'assignació de recursos per garantir unes cures adequades.

Cada un dels productes no es el resultat d'un acte professional, sinó del conjunt d'accions de moltes persones que el fan possible. Per suposat moltes persones motivades que puguin reflexionar sobre com millorar les seves unitats, i aconseguixin que l'hospital avanci.

3 MARC PRACTIC

3.1 Disseny de l'estudi

3.1.1 Hipòtesis Generals

La informació al pacient quirúrgic disminueix la ansietat i incrementa la qualitat assistencial.

3.1.2 Subhipotesis

La informació al pacient influeix en la seva ansietat.

La informació al pacient i a la seva família farà augmentar l'actitud de col·laboració i participació em el procés de curació.

L'augment de col·laboració i participació del pacient i la seva família en el procés de la curació disminuirà l'estància hospitalària.

Si disminueix l'estanca hospitalària disminuirà el cost.

La informació sobre el tractament analgèsic per disminuir el dolor influeix sobre la demanda extra d'analgèsia i per tant sobre el gasto.

La disminució de l'ansietat del malalt juntament amb la disminució de l'estància hospitalària i gasto d'analgèsics son indicadors de qualitat assistencial.

3.1.3 Material i mètode

El treball ha estat realitzat a l'Hospital General de Granollers sobre una mostra de 37 pacients intervinguts, de forma programada de pròtesis total de genoll i pròtesis total de maluc,ingressen el mateix dia de la intervenció i se'ls practica una anestèsia regional o combinada, deixant catèter peridural per analgèsia postoperatòria durant 48 hores.

La mostra ha estat escollida aleatòriament durant el període comprès entre els mesos de febrer i abril de 2006.

Estudi d'investigació evolutiva. Es un disseny quasi-experimental.

Del total de la mostra, 17 malalts han estat informats mitjançant un programa d'informació abans de la intervenció mentre que la resta no se'ls ha donat cap tipus d'informació prèvia.

Els instruments de recollida d'informació han estat :

Entrevista realitzada al ingrés hores abans de la intervenció.

Escala per mesurar el nivell d'ansietat (escala estai).

Entrevista realitzada prèvia a l'alta.

Entrevistar a un malalt es un procés complexa que requereix gran saber tant en la comunicació com en les relacions interpersonals .Una entrevista eficaç s'ha de realitzar quan la infermera i el malalt estableixen un sentiment de mútua confiança i respecte.

L'entrevista ha de realitzar-se en un lloc tranquil i privat , de forma amigable i lliure. La infermera ha de mostrar interès per el malalt , pels seus problemes i per les seves preferències. En cap moment ha de llegir simplement les preguntes d'un qüestionari , escrivint les respostes donades pel malalt .Ecoltar amb atenció i estimular al malalt perquè expressi lliurement , son factors importants per aconseguir que l'entrevista sigui un èxit .S'ha de donar mes importància al malalt, als seus coneixements , creences i sentiments. Quan mes informació pugui aconseguir infermeria del seu malalt i del seu entorn , millor capacitada estarà per donar-li l'assistència necessària .

Dades que recollim:

1.- Antecedents mèdics i socials .El interrogatori d'infermeria no es igual al recull de dades mèdic , però inclourà dades essencials que son necessàries per l'assistència d'infermeria .La infermera ha de conèixer l'experiència prèvia que ha tingut el malalt amb la malaltia , l'hospitalització i la teràpia aplicada , i especialment quina experiència en va tenir , això marcarà la seva capacitat per acceptar o rebutjar la seva situació actual.

2.- L'ocupació del malalt .Pot ser un factor determinant en el seu problema de salut, o be aquest problema pot alterar la seva capacitat per continuar en el seu treball diari o estil de vida .Si el malalt està preocupat per la seva seguretat econòmica o pel paper que desenvolupa en la seva família i en la societat pot fer que utilitzi energia que necessitarà per la seva convalescència.

3.- El nivell de coneixement i comprensió , i l'acceptació del seu estat i tractament actual. El nivell de coneixement del malalt pot estar influït per la seva capacitat educacional o intel·lectual. La valoració del nivell general pot fer-se durant l'entrevista d'infermeria , al avaluar la seva capacitat per utilitzar el llenguatge i per comprendre el significat de les preguntes i les seves explicacions. La capacitat intel·lectual pot estar indicada en part per les preguntes fetes per el pacient i la seva capacitat per suggerir solucions viables al seu problema . El seu estat mental, el seu nivell de consciència i orientació poden valorar-se també durant l'entrevista.

El seu nivell de coneixement influirà en la seva capacitat per entendre els seus problemes de salut i el pla del tractament mèdic i d'infermeria .Quan el malalt capta erròniament el diagnòstic , tractament i pronòstic , existeix un problema d'infermeria i la infermera ha d'ajudar-lo a resoldre'l.

4.- Acceptar els problemes . Un cop determinat el nivell o l'etapa que ha aconseguit el malalt en l'acceptació del seu problema de salut , hem d'estar atens ja que els seus sentiments i comportaments influiran en el mètode que la infermera ha de seleccionar , i aquest ha de ser el mes avantatjós pel malalt..

5.- La seva relació amb la família i d'altres persones. Pot passar que un malalt demani que certes persones , poden ser membres de la mateixa família, no el visitin . La infermera ha de determinar quina es la raó que te per demanar-ho , i s'ha de respectar. En aquestes circumstàncies , el problema d'infermeria es compona de diversos factors interdependents que ha d'esbrinar.

6.- La seva capacitat per confiar en el personal mèdic i d'infermeria. La infermera ha de determinar quina es la capacitat que té el malalt i la seva família per confiar en les infermeres i d'altres membres del personal mèdic i paramètric per proporcionar una assistència adequada .Quan el malalt està en mans del personal assistencial , sap que la seva pròpia vida depèn d'ells , i la seva recuperació serà mes

satisfactòria si durant aquests temps està convençut de que tots faran el possible per ajudar-lo .

7.-Patrons de la vida diària . Infermeria ha de conèixer el pla d'activitats diàries del malalt. S'ha d'obtenir informació sobre la seva alimentació ,exercicis , vestit , descans , son , i hàbits d'eliminació. Si el malalt ha patit algun període llarg de convalescència , la infermera ha d'investigar com es va cuidar a casa seva. La capacitat que te el malalt d'autoassistència en totes les seves activitats quotidianes s'hauran de captar en aquest moment.

Interpretació de la informació

Tota informació pertinent es tindrà que classificar o separar segons categories afins per exemple , tota la informació sobre les activitats quotidianes .D'altres categories inclouran relacions interpersonals,símptomes físics i expectatives sobre el seu tractament . Si l'entrevista d'infermeria ha estat estructurada , la informació estarà totalment organitzada quan s'hagi completat l'entrevista . Però es important recordar que la infermera fa les seves observacions durant l'entrevista, i pot ser que la informació obtinguda pot no estar relacionada amb el que el malalt diu en aquell precís moment .

Després de classificar la informació, la infermera ha d'analitzar-la,comparar-la i qüestionar-la per determinar en quina forma una part es relaciona o afecta a l'altre. Després arribarà a la conclusió que defineixi correctament el problema del malalt , el d'infermeria o ambdós .

Es difícil portar a terme una valoració .La infermera ha de fer servir tot el seu coneixement experiència professional per fer un diagnòstic d'infermeria .No pot utilitzar el coneixement que no tingui , per tant tota infermera ha d'incrementar els seus coneixements i capacitats per portar afí el mètode del raonament i per prendre decisions vàlides.

Com donar la informació

El que informa ha de ser assertiu , l'objectiu ha de ser comunicar-se de forma directa sense violar els seus propis drets ni els dels demés .Ha de concedir una alta prioritat a l'obtenció de resultats , però també ha de dedicar temps a promoure el desenvolupament de les persones.

S'ha de rebutjar la forma de comunicació agressiva que només vol resultats , i lidera mitjançant d'intimidació .

Hem d'esforçar-nos en entendre les idees , sentiments i actituds dels demés , evitant els obstacles que dificulten la comunicació .S'ha de voler i saber escoltar , cosa que hauríem de fer mes sovint amb els nostres malalts i amb tots els que treballem i ens relacionem .

La metodologia emprada es va dur a terme agafant un grup control de malalts,els quals no rebien cap tipus d'informació,se'ls realitzava una recollida de dades i a continuació se'ls hi aplicava una escala per mesurar el seu nivell l'ansietat caràcter i estat. Un cop intervinguts i previ a l'alta se'ls realitzava una segona entrevista que anava acompanyada també de l'escala estat .

El segon grup, o grup estudi, un cop ingressats i previ a la intervenció se'ls feia una entrevista amb recollida de dades igual que el grup control, se'ls hi feia l'escala de mesura de l'ansietat, caràcter i estat i se'ls donava la informació segons el programa dissenyat . Un cop intervinguts i previ a l'alta se'ls realitzava una segona entrevista que anava acompanyada també de l'escala estat.

3.2 Resultats

Després de la recollida de dades, s'han realitzat l'explotació dels mateixos obtenint els següents resultats:

3.2.1 Anàlisis descriptiu

Caracterització de la mostra:

Tamany: 37 elements.

Ambdós sexes.

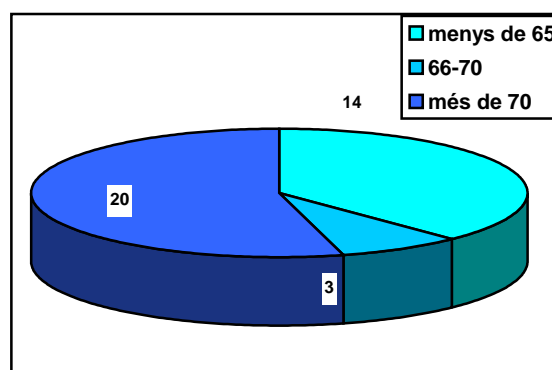
Edats compreses entre 53 i 83 anys.

Distribuïts entre malalts intervinguts de pròtesis total de maluc i genoll.

A cada pregunta del formulari s'han recollit les següents dades:

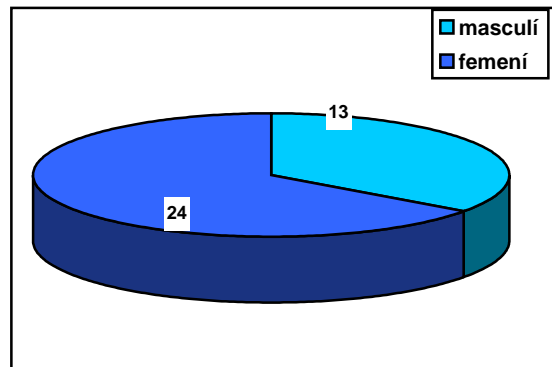
3.2.1.1 Variables personals

L'edat mitja del grup d'anàlisis es de 69,62 anys, amb un valor mínim de 53 i un màxim de 83, i una desviació de 8,607 anys..



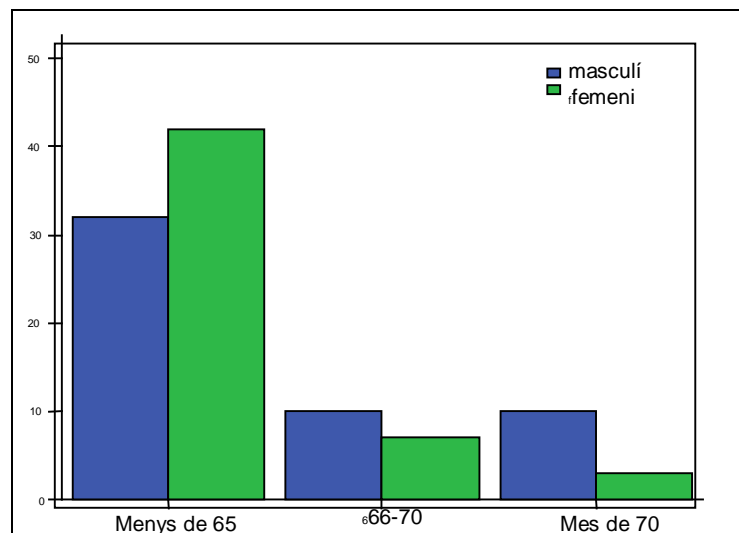
Gràfic 1.- Distribució de l' Edat

El **sexe** es distribueix de la següent manera, 13 dones i 24 homes.



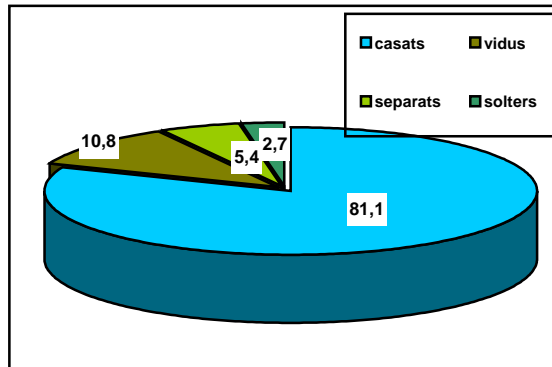
Gràfic 2.- Distribució del Gènere

Dintre de la variable sexe es distribueixen per edats segons mostra el següent gràfic.



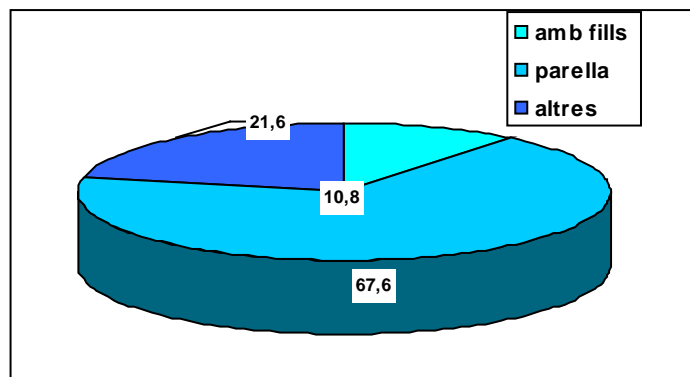
Gràfic 3.- Distribució gènere/edats

L'estat civil es majoritàriament de casats (81,1%) seguit de vidus (10,8%), separat/divorciat (5,4%) i de solters (2,7%).



Gràfic 4.- Distribució de l'Estat Civil

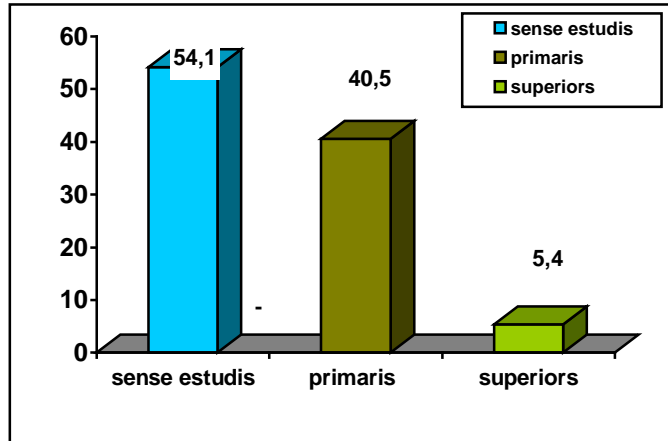
La convivència es distribueix: viu amb fill/fills 10,8%, amb parella 67,6 %, altres 21,6.



Gràfic 5. convivència

3.2.1.2 Variables formatives

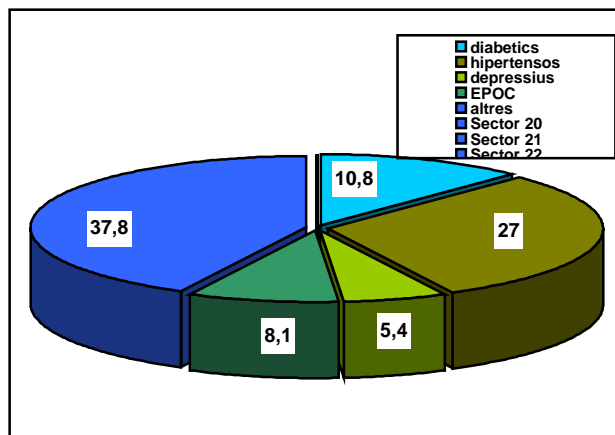
El nivell cultural de la mostra es distribueix de la següent: 54'1% sense estudis, 40'5% estudis primaris i 5'4 % estudis mitjos o superiors.



Gràfic 6. nivell cultural

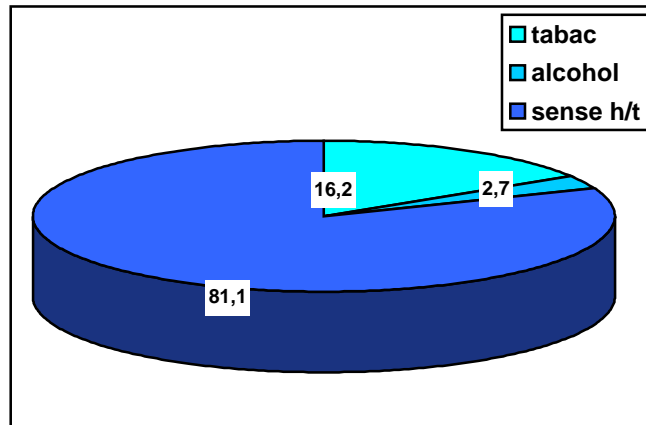
3.2.1.3 Variables patològiques

El fet que l'estudi s'efectuï en una població d'edat avançada, la majoria tenen patologies associades distribuïdes amb els següents percentatges: diabètics 10,8%, hipertensos 27,0%, depressius 5,4%, Epoc 8,1%, altres 37,8%.



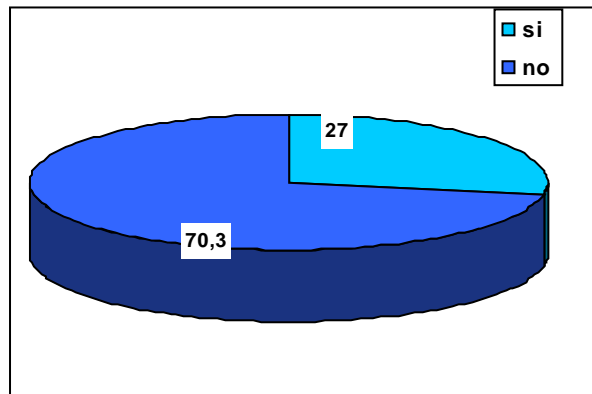
Gràfic 7. Patologies associades

De la totalitat de població estudiada un 18,9 % tenen hàbits tòxics i aquests es distribueixen en tabac 16,2 % i alcohol 2,7 % i la resta un 81,1 % no tenen hàbits tòxics.



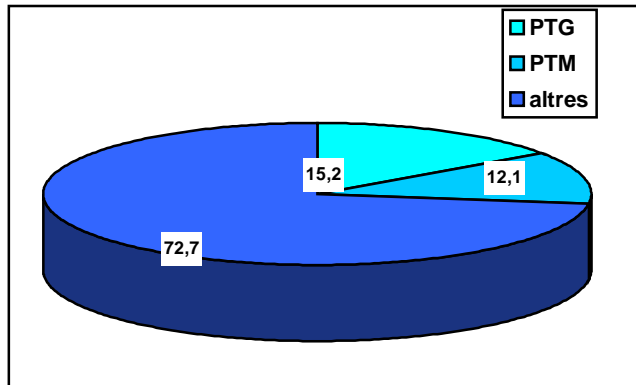
Gràfic 8. Hàbits tòxics.

A la pregunta de si havien estat intervinguts anteriorment, els resultats son si 27,0% i no 70,3%



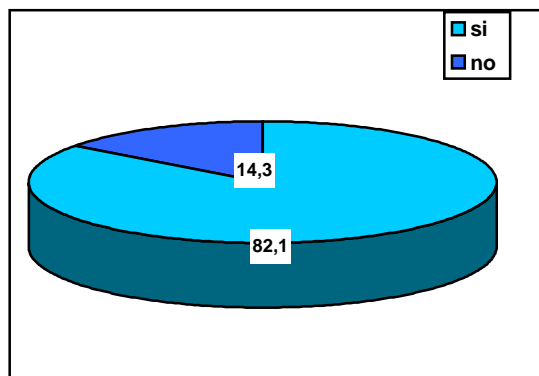
Gràfic 9. Intervencions anteriors

Dels casos intervinguts anteriorment es distribueixen en pròtesis total genolls 15,2%, pròtesis total maluc 12,1% i altres 72,7%



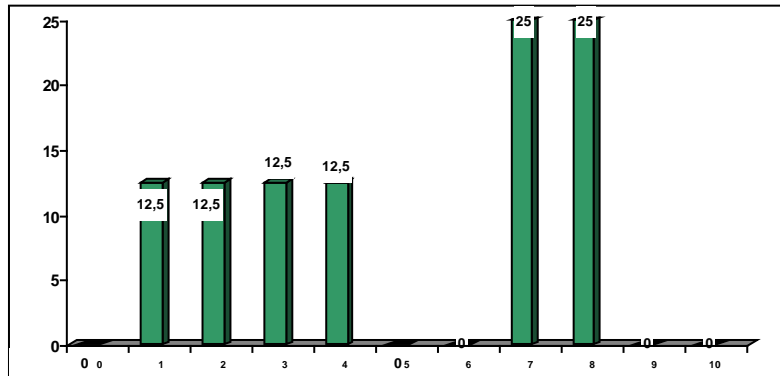
Gràfic 10. Tipologia d'intervencions.

Del grup de malats intervinguts anteriorment van rebre informació preoperatoria per part de la infermera quirúrgica , **si** un 82,1% i **no** un 14,3%.



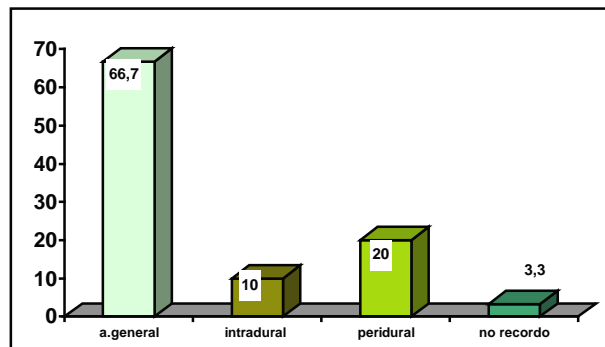
Gràfic 11. Rebuda d'informació en intervencions anteriors

Referent al grau de satisfacció obtingut en la informació preparatòria en intervencions anteriors, s'obté el resultat mitjançant una escala de valors del 0 al 10.



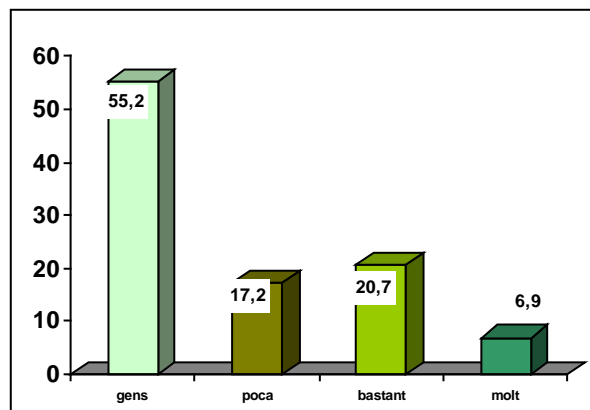
Gràfic 12.- Grau de satisfacció de la informació rebuda

Segons els malalts anteriorment intervinguts els tipus d'anestèsia practicada són: anestèsia general 66,7%, intradural 10,0%, peridural 20,0% i no recorda 3,3%



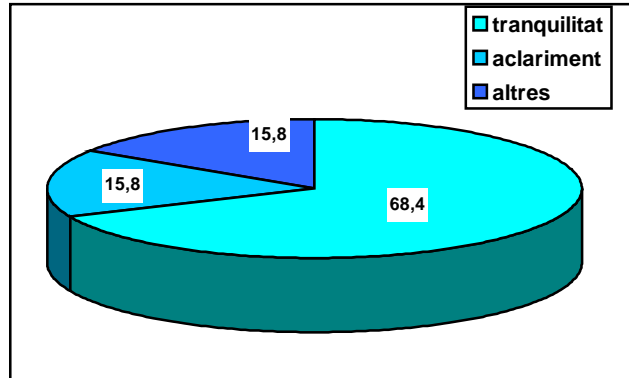
Gràfic 13. Tipus d'anestèsia en intervencions anteriors

De la població intervinguda anteriorment ens interessava saber quina quantitat d'informació havien rebut abans d'anar a quiròfan: gens 55,2%, poca 17,2%, bastant 20,7% i molt 6,9%.



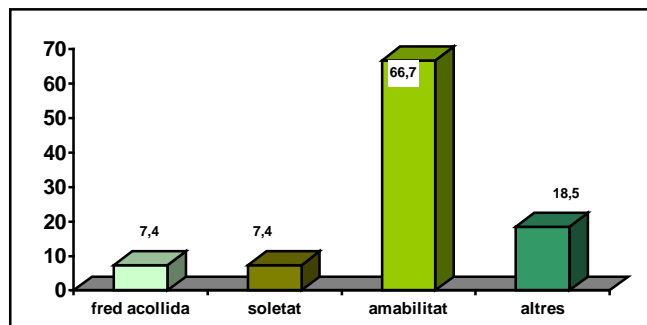
Gràfic 14.- Quantitat d'informació preoperatòria en intervencions anteriors.

De tota la població que va estar informada ens interessava saber que esperaven de la informació rebuda: tranquil·litat 68,4%, aclariment de dubtes 15,8%, altres 15,8%.



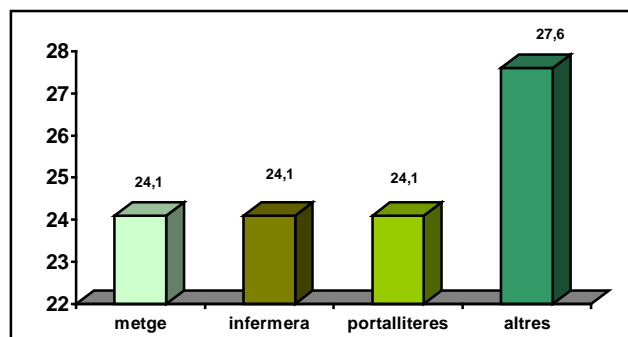
Gràfic 15.- Expectatives davant de la informació donada.

Referent al tipus d'acollida que esperaven trobar al quiròfan manifesten: fred acollida 7,4%, soletat 7,4%, amabilitat i recolzament 66,7% i altres 18,5%.



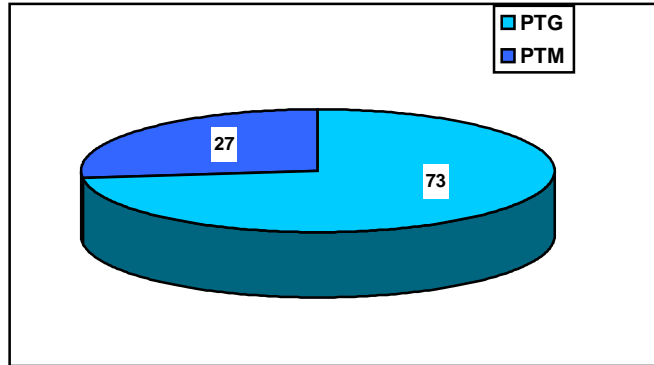
Gràfic 16.- Tipus d'acollida al quiròfan

De la població intervinguda anteriorment, varem preguntar a qui de tot el personal assistencial recordava: metge 24,1%, infermera 24,1%, portalliteres 24,1% i altres 27,6%.



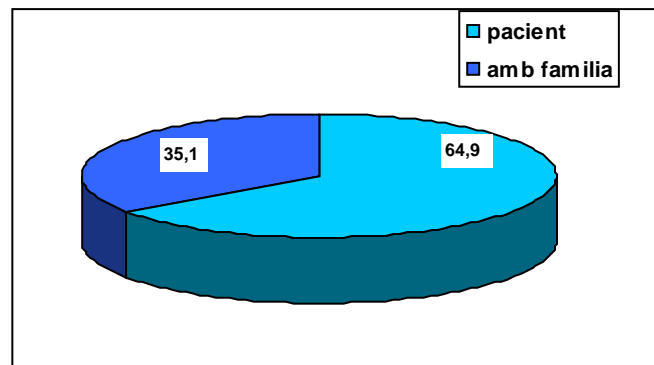
Gràfic 17.- Personal que es recorda del quiròfan.

Segons la recollida de dades s'obté que dels 37 pacients enquestats un 73 % son intervinguts de pròtesis total de genoll i un 27% de pròtesis total de maluc.



Gràfic 18. Intervenció actual

Dintre de la població informada diferenciem entre la informació que es dona només al pacient 64,9% i la que es dona en presència de un familiar 35,1 %.



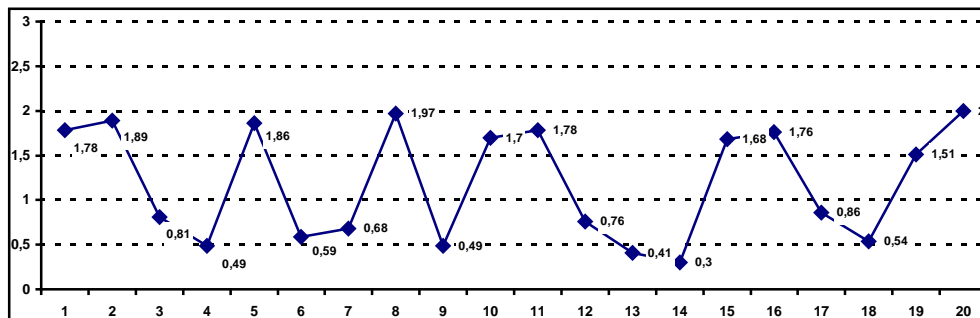
Gràfic 19.- Destinataris de la informació.

Per tal d'avaluar el grau d'ansietat del malalt es fa servir una escala estandarditzada (escala Stai) en les seves dues formes d'estat i caràcter, en el preoperatori i en el postoperatori.

Escala STAI estat- preoperatori.

	MITJA	DESVIACIÓ TIPICA
1. Em sento calmat	1,78	0,672
2. Em sento segur	1,89	0,614
3. Estic tens	0,81	0,877
4. Estic contrariat	0,49	0,607
5. Estic a gust	1,86	0,585
6. Estic alterat	0,59	0,762
7. Estic preocupat ara per desgracies futures	0,68	0,669
8. Em sento descansat	1,97	0,799
9. Em sento angoixat	0,49	0,6
10. Em sento confortable	1,70	0,740
11. Tinc confiança en mi mateix	1,78	0,712
12. Em sento nerviós	0,76	0,830
13. Estic desassossegat	0,41	0,686
14. Em sento molt lligat	0,30	0,618
15. Estic relaxat	1,68	0,973
16. Em sento satisfet	1,76	0,723
17. Estic preocupat	0,86	0,713
18. Em sento sobreexcitat	0,54	0,730
19. Em sento alegre	1,51	0,901
20. En aquest moment estic bé	2,00	0,667

Mitja aritmètica

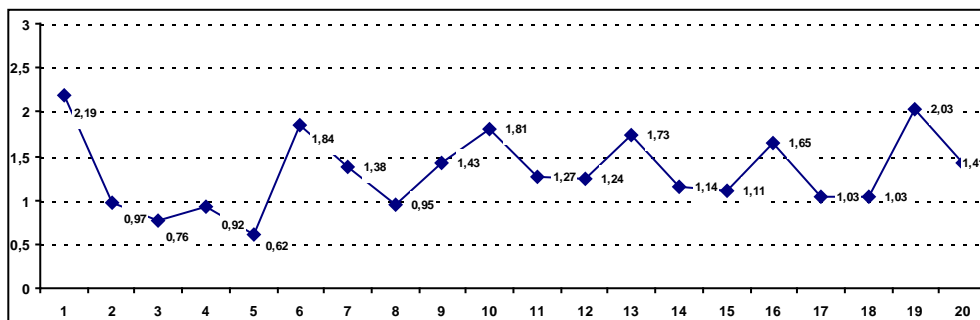


Gràfic 20.- Valors obtinguts en escala Stai estat preoperatori i gràfic de la mitja.

Escala de Stai Caràcter pre-operatòri

	MITJA	DESVIACIÓ TIPICA
21. Em sento bé	2,19	0,845
22. Em canso ràpidament	0,97	0,726
23. Tinc ganes de plorar	0,76	0,760
24. M'agradaria ser tant feliç com els altres	0,92	0,795
25. Perdo oportunitats per no decidir-me abans	0,62	0,639
26. Estic descansat	1,84	0,898
27. Soc una persona tranqui-la i serena	1,38	1,063
28. Veig que les dificultats s'acumulen i no puc amb elles.	0,95	0,815
29. Em preocupo massa per coses sense importància.	1,43	1,015
30. Soc feliç	1,81	0,877
31. Em prenc les coses massa seriosament.	1,27	0,838
32. Em manca confiança amb mi mateix.	1,24	0,955
33. Estic segur,	1,73	0,732
34. Sovint no m'enfronto a les crisis o dificultats	1,14	0,751
35. Estic trist	1,11	0,737
36. Estic satisfet	1,65	0,716
37. M'envolten i em molesten pensaments sense importància	1,03	0,726
38. M'afecten tant els desenganys que no puc oblidar-los.	1,03	0,726
39. Soc una persona estable.	2,03	0,726
40. Quan penso em preocupacions actuals em poso tens i agitat	1,41	1,014

Mitja aritmetica

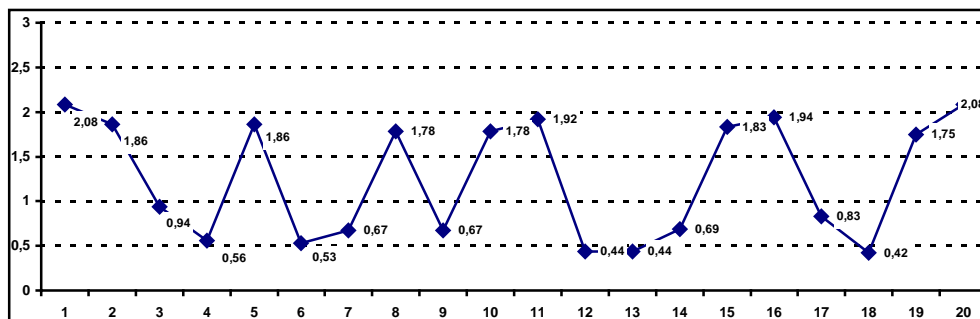


Gràfic 21.- Valors obtinguts en escala Stai caràcter pre-operatòri i gràfic de la mitja.

Escala estat post-operatòri

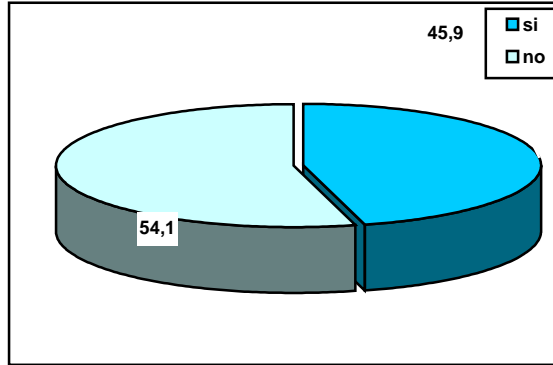
	MITJA	DESVIACIÓ TIPICA
41. 1.-En sento calmat	2,08	0,841
42. 2.-En sento segur	1,86	0,762
43. 3.Estic tens	0,94	0,924
44. 4.-Estic contrariat	0,56	0,695
45. 5.-Estic agust	1,86	0,683
46. 6.-Estic alterat	0,53	0,774
47. 7.-Estic preocupat ara per desgracies futures	0,67	0,676
48. 8.-En sento descansat	1,78	1,017
49. 9.-En sento angoixat	0,67	0,793
50. 10.-En sento confortable	1,78	0,832
51. 11.-Tinc confiança en mi mateix	1,92	0,604
52. 12.-En sento nervios	0,44	0,773
53. 13.-Estic desasosegat	0,44	0,607
54. 14.-En sento molt lligat	0,69	1,546
55. 15.-Estic relaxat	1,83	0,971
56. 16.-En sento satisfet	1,94	0,715
57. 17.-Estic preocupat	0,83	0,737
58. 18.-En sento sobreexitat	0,42	0,604
59. 19.-En sento alegre	1,75	0,906
60. 20.-En aquest moment estic bè	2,08	0,770

Mitja aritmètica



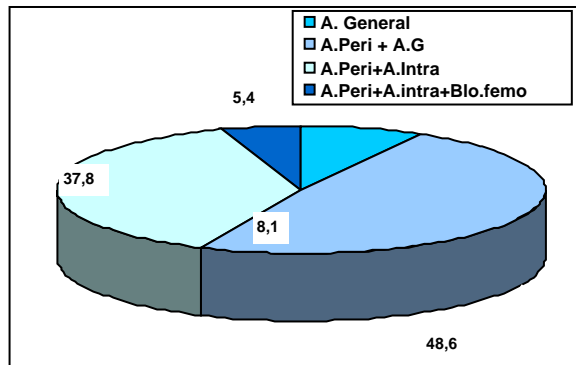
Gràfic 22.- Valors obtinguts en l'escala estat post-intervenció.

El grup mostra refereix haver rebut informació per part de la infermera de quiròfan, Si 45,9% i No 54,1 %



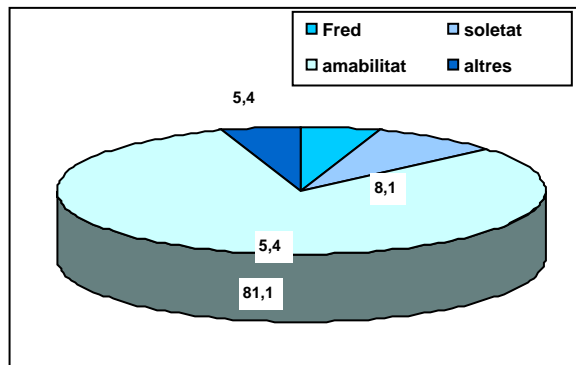
Gràfic 23.- Informació rebuda en la intervenció actual.

Del total de malalts intervinguts se'ls hi practica anestèsia general un 8,1% , peridural mes general 48,6%, peridural mes intradural 37,8% i peridural mes intradural mes bloqueig femoral un 5,4%



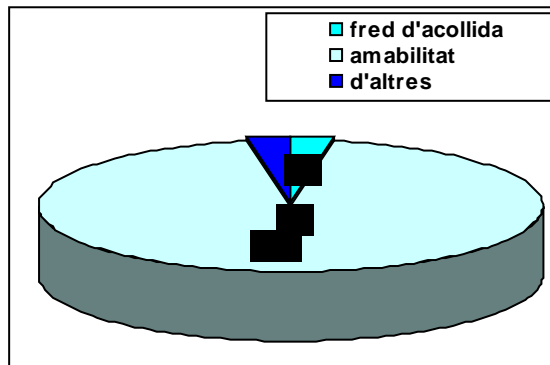
Gràfic 24.- Tipus d'anestèsia practicada

Referent a la pregunta de que esperava trobar al quiròfan contesten un 5,4 % esperaven trobar fred en l'acollida, un 8,1% soledat, un 81,1% amabilitat i un 5,4 % d'altres sensacions.



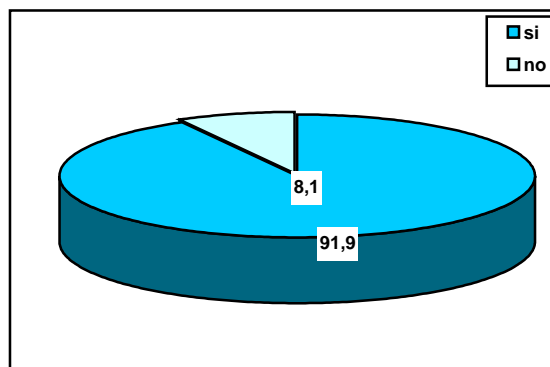
Gràfic 25.- Expectatives en el quiròfan.

Dels 37 malalts intervinguts 2,7% manifesten haver tingut una acollida freda, un 94,6% amabilitat i un 2,7 % d'altres sensacions.



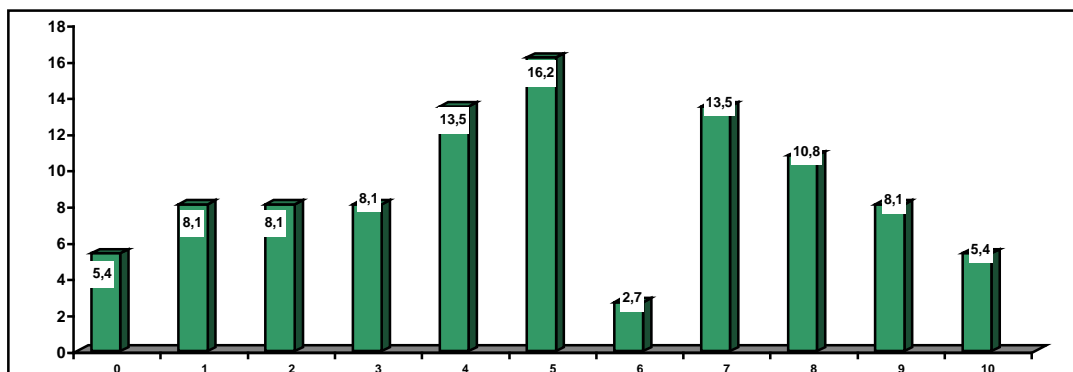
Gràfic 26.- tipus d'acollida en el quiròfan.

Entre els malats intervinguts van rebre l'analgèsia necessària 91,9% mentre que un 8,1% no la varen rebre.



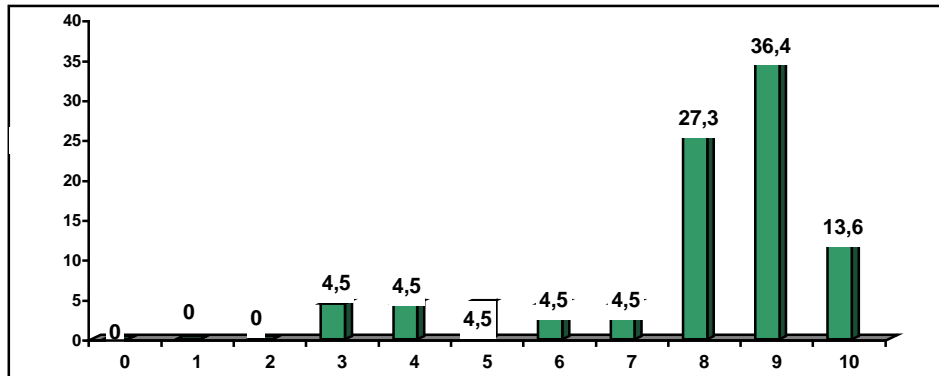
Gràfic 27.- Adequació de l'analgèsia

Referent a la pregunta de quin grau de dolor ha patit segons l'escala EVA a les 24 hores de la intervenció consideren 0 gens de dolor i 10 dolor insuportable.



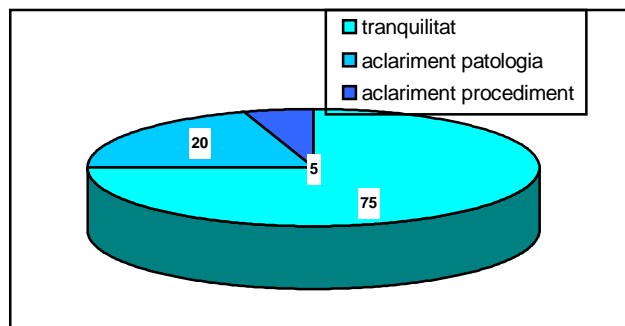
Gràfic 28.- Grau de dolor segons escala analògica.

En els malalts que se'ls hi va donar informació preoperatòria per part de la infermera quirúrgica van manifestar el grau de satisfacció segons una escala que es quantifica com 0 la no satisfacció de la informació donada i de 10 la màxima satisfacció per la informació donada.



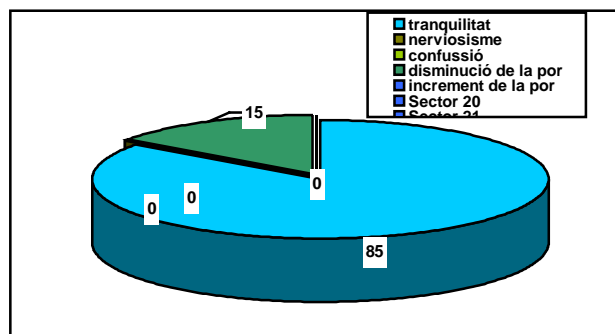
Gràfic 29.- Grau de satisfacció.

A la pregunta de que esperava de la informació que se li va donar responen que els hi dona tranquil·litat en un 75% , aclariment referent a la seva patologia un 20% i aclariment respecte al procediment que se li va aplicar en un 5% .



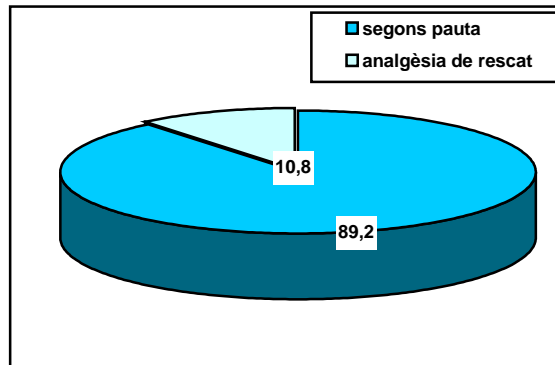
Gràfic 30.- Que esperava de la informació donada.

Referent a que li ha aportat la informació donada contesten en un 85% tranquil·litat i amb un 15% disminució de la por.



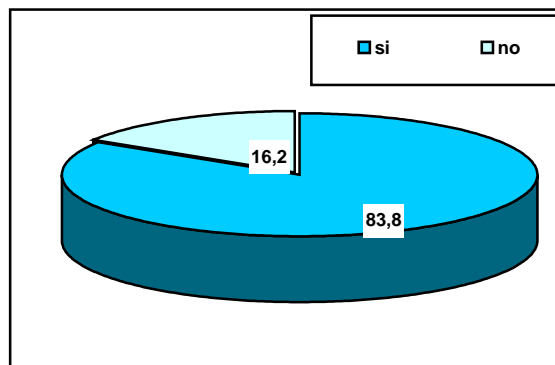
Gràfic 31.- Que li ha aportat la informació al malalt.

Parlant de l'analgèsia administrada en el postoperatori, segons el protocol existent a la unitat en un 89,2% ha seguit la pauta i un 10,8% ha necessitat analgèsia de rescat.



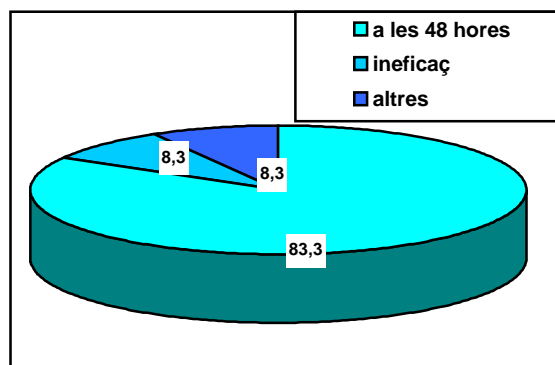
Gràfic 32.- Analgèsia administrada.

Referint-nos a si ha funcionat correctament el catèter peridural, si 83,8% i no 16,2%.



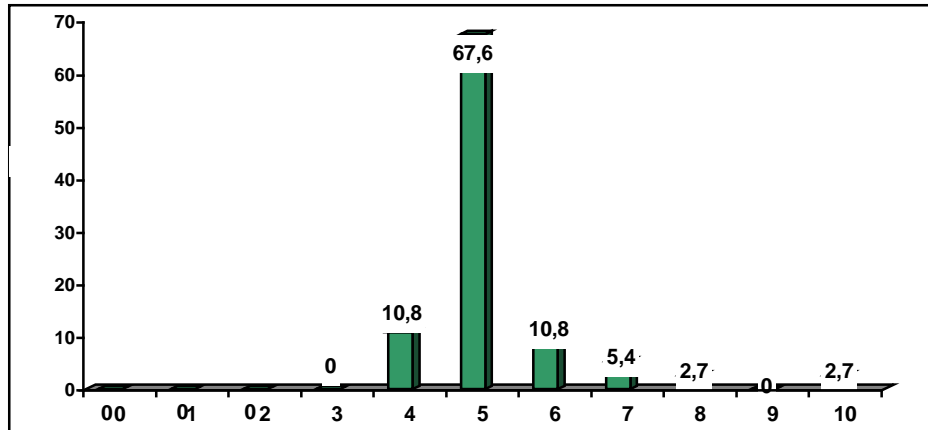
Gràfic 33.- Funcionament catèter peridural

La retirada del catèter peridural ha estat a les 48 hores i per tant eficaç en un 83,3%, ineficaç en un 8,3% i d'altres en un 8,3%.



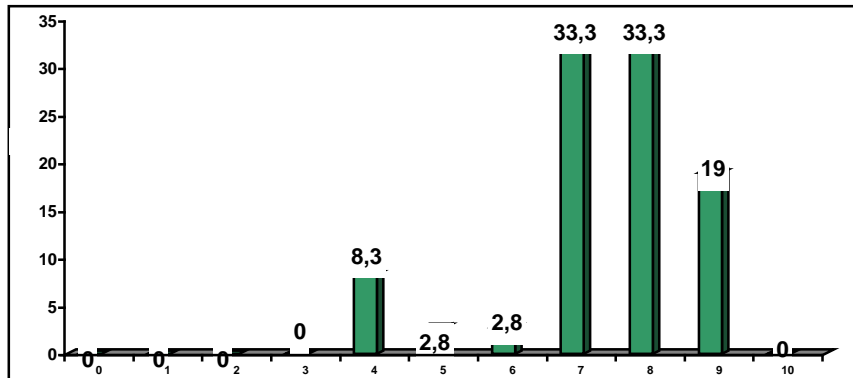
Gràfic 34.- Retirada del catèter peridural.

Referent als dies d'estància es fa servir una escala de 0 a 10 dies de ingrés



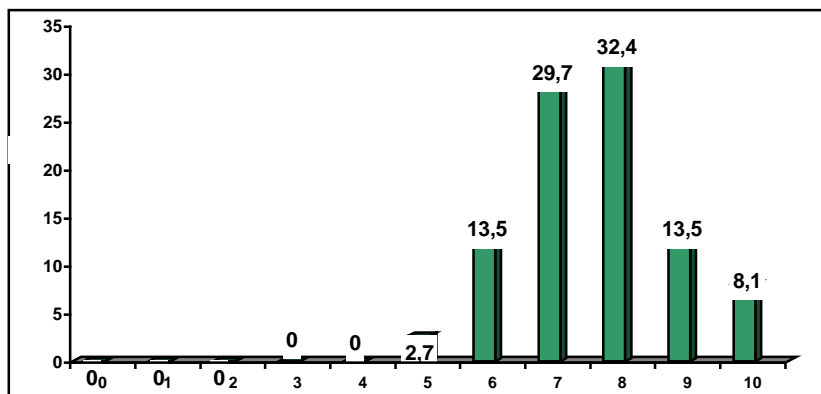
Gràfic 35.- Dies d'estància

Sobre el grau de col·laboració del pacient en el seu tractament es fa servir una escala del 0 al 10, sent el 0 nul·la col·laboració i el 10 màxima col·laboració.



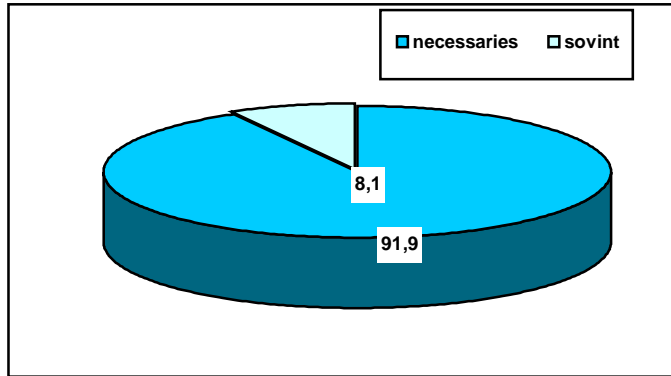
Gràfic 36.- Col·laboració del pacient en el seu tractament

Referent al grau de col·laboració de la família en el procés postoperatori es fa servir un gràfic del 0 al 10, sent el 0 nul·la col·laboració i 10 màxima col·laboració.



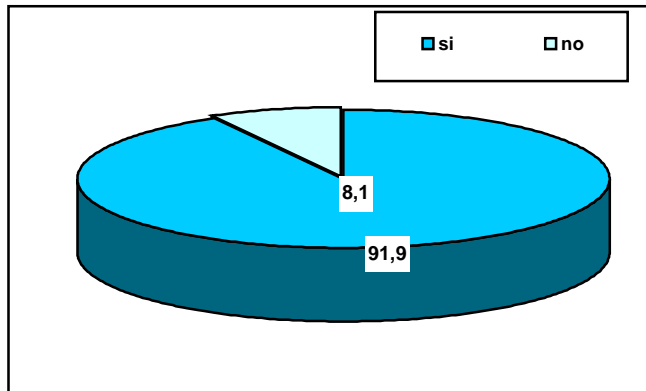
Gràfic 37.- Col·laboració de la família en el postoperatori.

A la pregunta si s'han realitzat moltes trucades al timbre sol·licitant la presència de la infermera un 91,9% les necessàries i un 8,1% sovint



Gràfic 38.- Trucades al timbre

A la pregunta de si el malalt s'ha aixecat el tercer dia o no un 91,9% s'ha aixecat i un 8,1% no s'ha aixecat

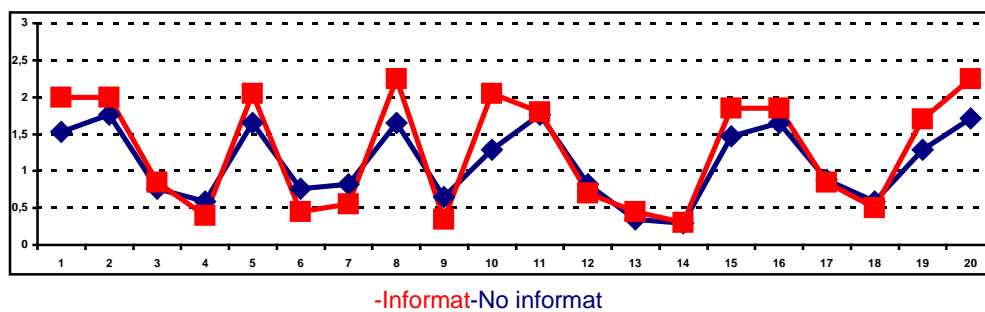


Gràfic 39.- Bipedestació del malalt

3.2.2 Anàlisi inferencial

Valoració nivell ansietat. Escala STAI estat- preoperatori.

	INFORMAT (1)	NO INFORMAT (2)	SIGNIFIC.	DIFERENC IA
En sento calmat	1,53	2	.032	1<2
En sento segur	1,76	2		
Estic tens	0,76	0,85		
Estic contrariat	0,59	0,40		
Estic agust	1,65	2,05	0,35	1<2
Estic alterat	0,76	0,45		
Estic preocupat ara per desgracies futures	0,82	0,55		
En sento descansat	1,65	2,25	0,20	1<2
En sento angoixat	0,65	0,35		
En sento confortable	1,29	2,05	0,01	1<2
Tinc confiança en mi mateix	1,76	1,80		
En sento nerviós	0,82	0,70		
Estic desassossegat	0,35	0,45		
En sento molt lligat	0,29	0,30		
Estic relaxat	1,47	1,85		
En sento satisfet	1,65	1,85		
Estic preocupat	0,88	0,85		
En sento sobreexcitat	0,59	0,50		
En sento alegre	1,29	1,70		
En aquest moment estic be	1,71	2,25	0,011	1<2

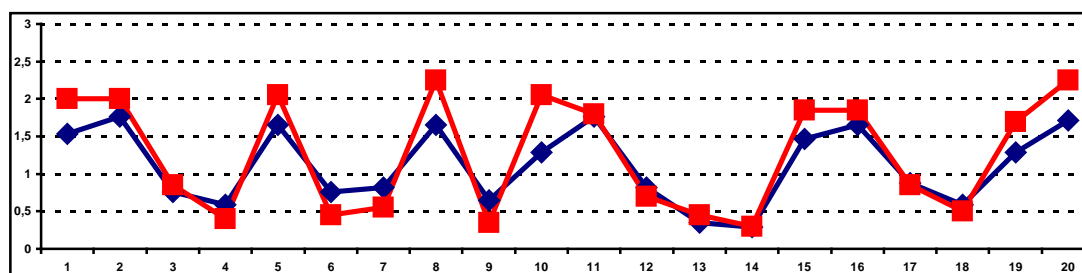


Gràfic 40.- Valors obtinguts en escala Stai estat preoperatori i gràfic de la mitja.

Segons ens indiquen els resultats d'encreuament de l'escala stai-estat en el pre-operatori els pacients que no han estat informats mostren estar mes calmats, mes agust, mes descansats, mes confortables i en aquest moment sentir-se be , davant dels informats .

Valoració nivell d'ansietat. Escala stai estat postoperatori

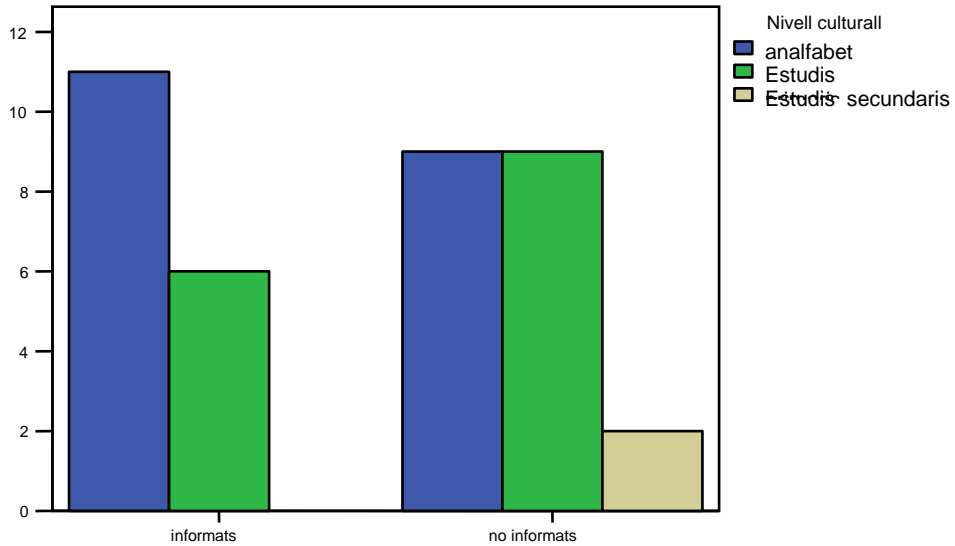
	INFORMAT (1)	NO INFORMAT (2)	SIGNIFIC.	DIFERENC IA
1. En sento calmat	1,94	2,21		
En sento segur	1,65	2,05		
Estic tens	0,94	0,95		
Estic contrariat	0,35	0,74		
Estic agust	1,76	1,95		
Estic alterat	0,59	0,47		
Estic preocupat ara per desgracies futures	0,88	0,47	0,069	1>2
En sento descansat	1,59	1,95		
En sento angoixat	0,65	0,68		
En sento confortable	1,65	1,89		
Tinc confiança en mi mateix	2	1,84		
En sento nervios	0,53	0,37		
Estic desasosegat	0,41	0,47		
En sento molt lligat	0,65	0,32		
Estic relaxat	1,71	1,95		
En sento satisfet	1,82	2,05		
Estic preocupat	0,82	0,84		
En sento sobreexitat	0,47	0,37		
En sento alegre	1,53	1,95		
En aquest moment estic bè	1,94	2,21		



-Informat-No informat
Gràfic 41.- Valors obtinguts en escala Stai- estat postoperatori i gràfic de la mitja.

En l'encreuament del postoperatòri s'observa que els malalts que han estat informats estan menys preocupats pel que els pugui passar en el futur.

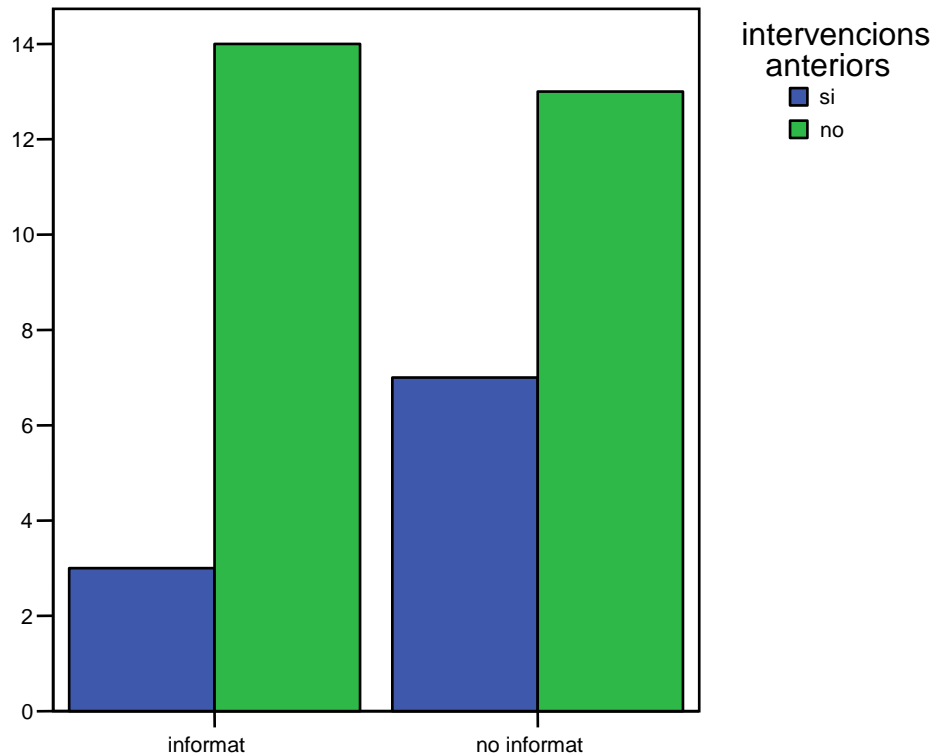
Valoració nivell cultural.



Gràfic 42.- nivell informació

Pel tipus de població mostra que hem escollit s'observa que el major nombre son analfabets, en el grup d'informats, mentre que en el de no informats s'igualava a la població amb estudis primaris. No sent significatiu el seu resultat.

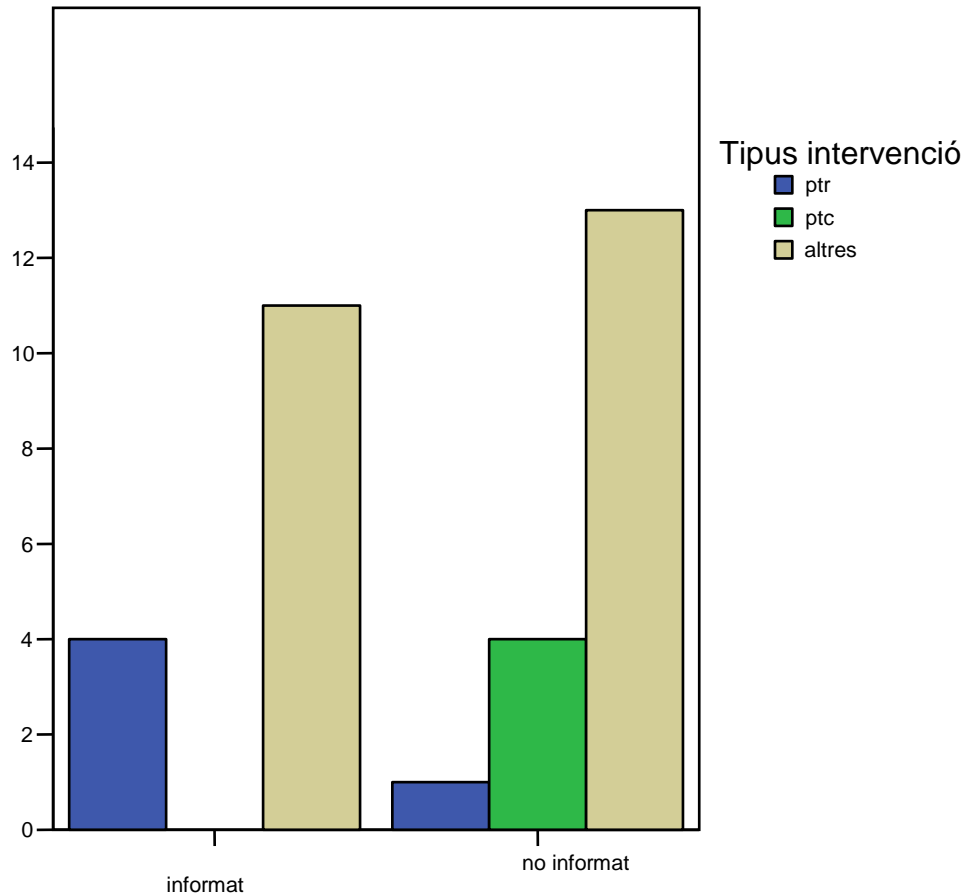
Valoració intervencions anteriors



Gràfic 43.- intervencions anteriors.

Podem observar que dins del grup de pacients informats hi ha menys intervinguts prèviament que a diferència del grup no informat mentre que en el grup de no intervinguts prèviament queda mes igualat no donant cap significació important.

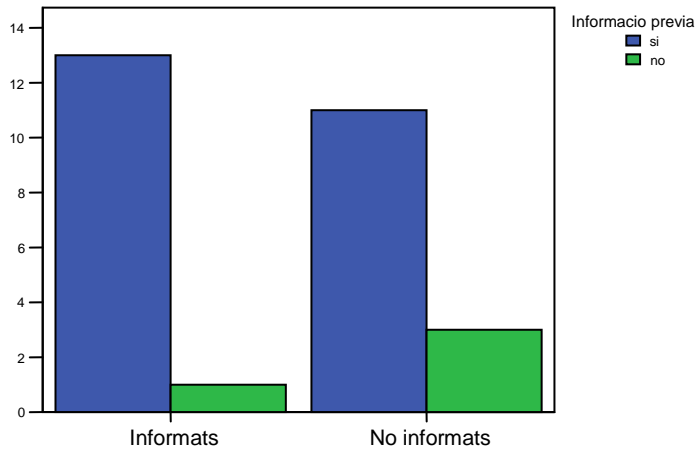
Valoració Tipus d'intervenció



Gràfic 44.- . Tipus d'intervenció anteriors

Podem observar que dins del grup de pacients informats, la gran majoria van ser intervinguts de PTR i d'altres intervencions, no havent-hi cap de PTM, mentre que en el grup de no informats es barregen els tres tipus d'intervenció, donant la casualitat que tots els intervinguts de PTM anteriorment estan em aquest grup, cosa que ho fa significatiu.

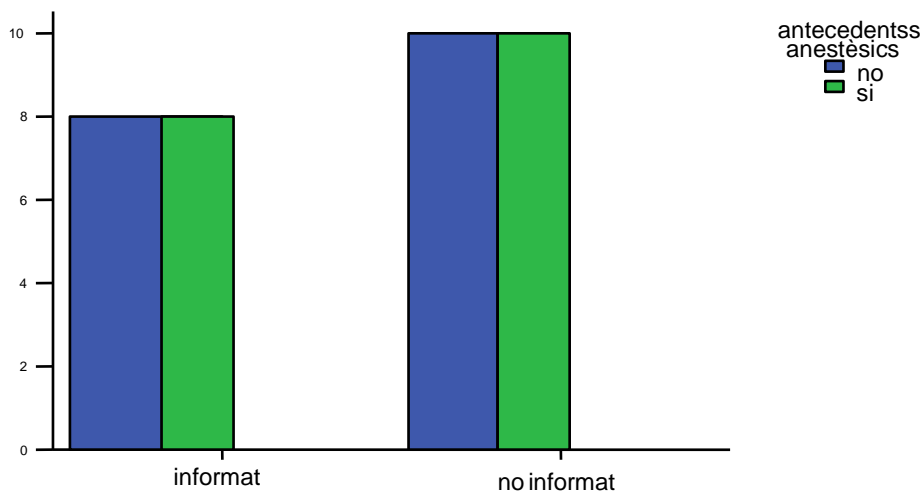
Valoració Informació preoperatòria en d'altres processos quirúrgics



Gràfic 45.- nivell d'informació

Tant em el grup de pacients informats com els no informats, predominen els malalts que han rebut informació prèvia a la intervenció, quedant els dos grups molt igualats, no sent significatiu.

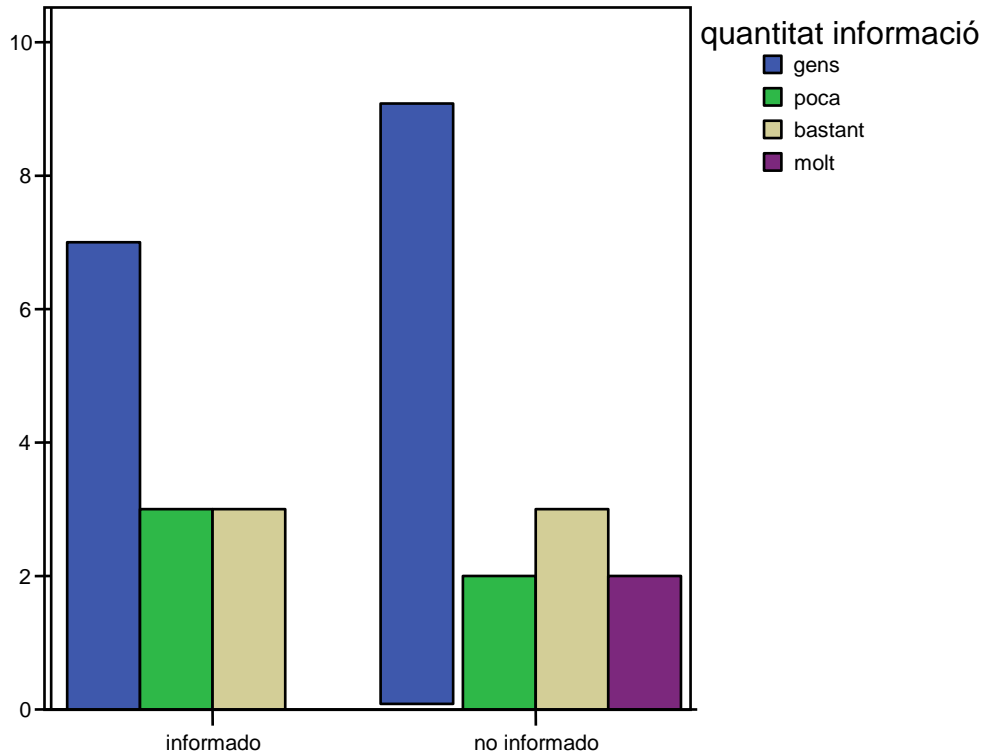
Valoració d'antecedents anestèsics.



Gràfic 46.- antecedents anestèsics.

En els dos grups observem igualats els antecedents anestèsics.

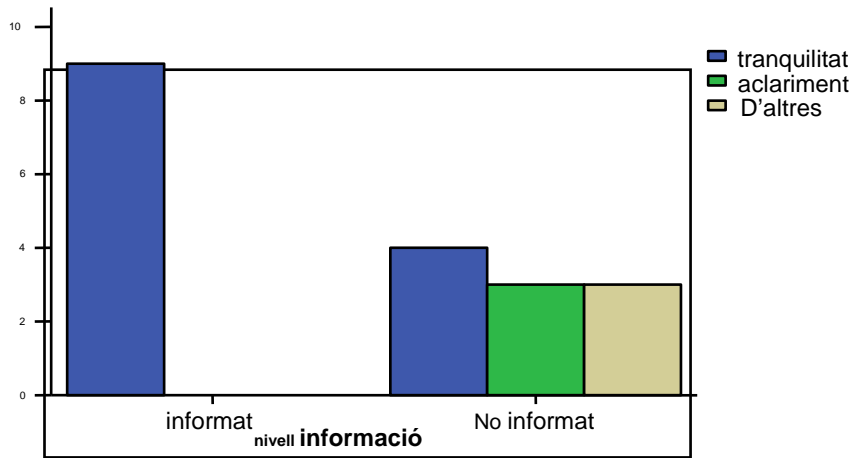
Valoració de la quantitat d'informació en intervencions anteriors.



Gràfic 47.- Quantitat d'informació rebuda.

Referent a la informació prequirúrgica en intervencions anteriors s'observa en els dos grups un predomini dels malalts sense cap informació, mentre que la resta de valors està més igualat, tot i així no dona significació.

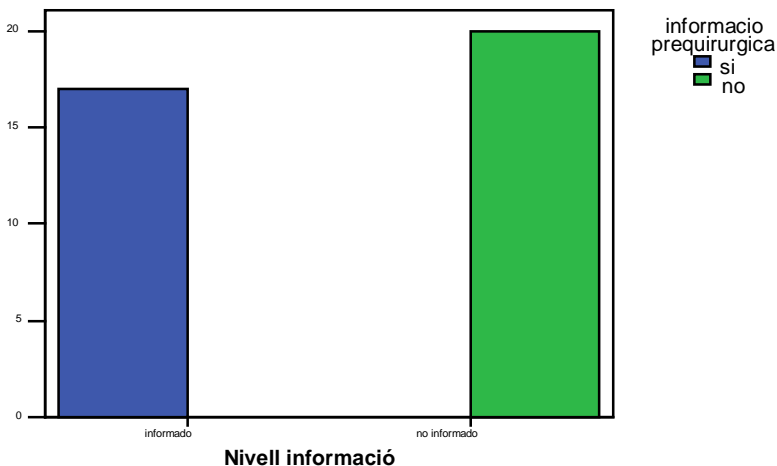
Valoració del que li va proporcionar la Informació prequirurgica en intervencions anteriors.



Gràfic 48,. Que s'esperava de la informació rebuda.

En el grup de pacients informats tot i no ser significatiu observem que el que esperen de la informació es tranquil·litat.; mentre que en el grup dels no informats es reparteix entre tranquil·litat, aclariment de patologies i d'altres.

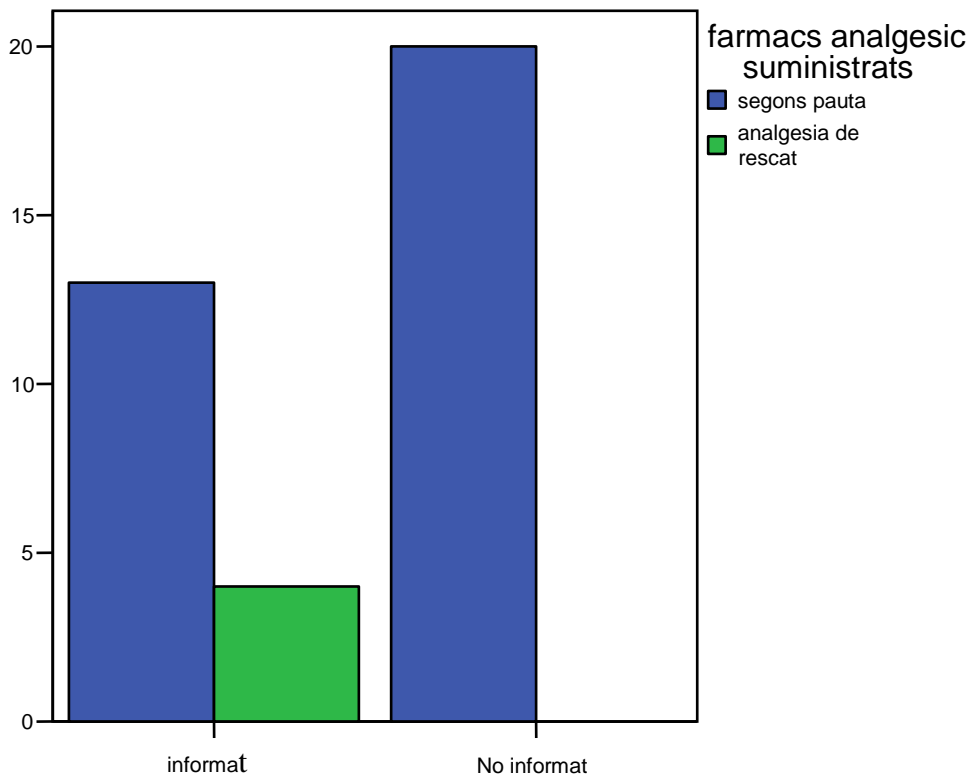
Valoració de la informació prequirurgica



Gràfic 49. Nivell d'informació.

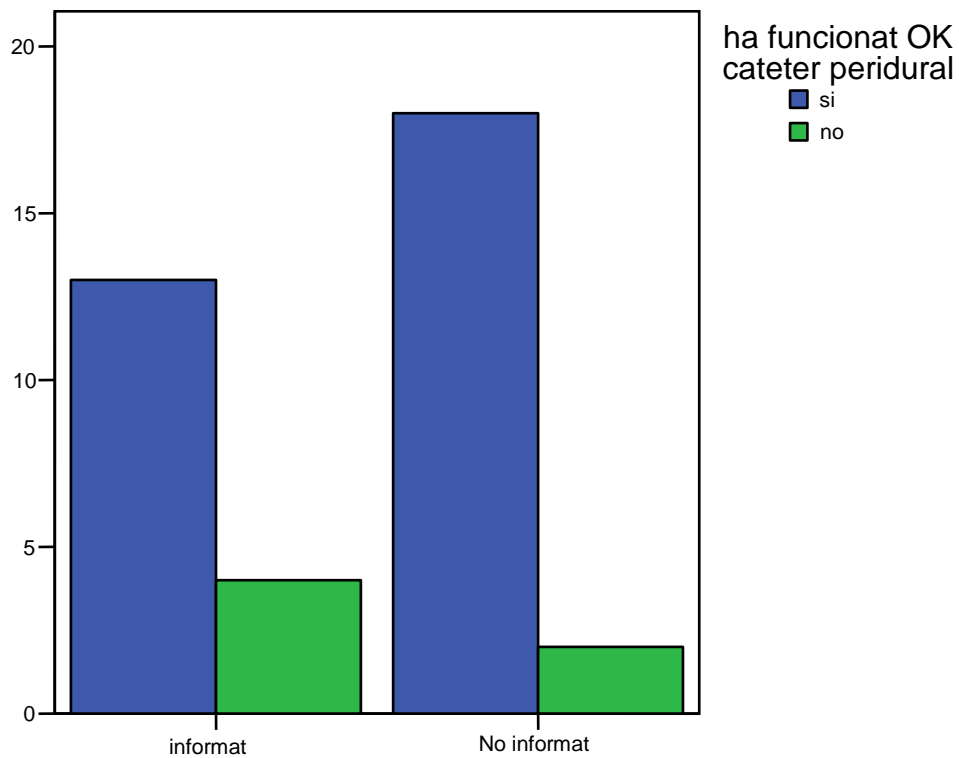
En aquest gràfic s'observa el numero de malalts informats i els no informats per a la realització de l'estudi. Podem observar que tots dos grups són equitatius.

Valoració farmacs analgèsics administrats



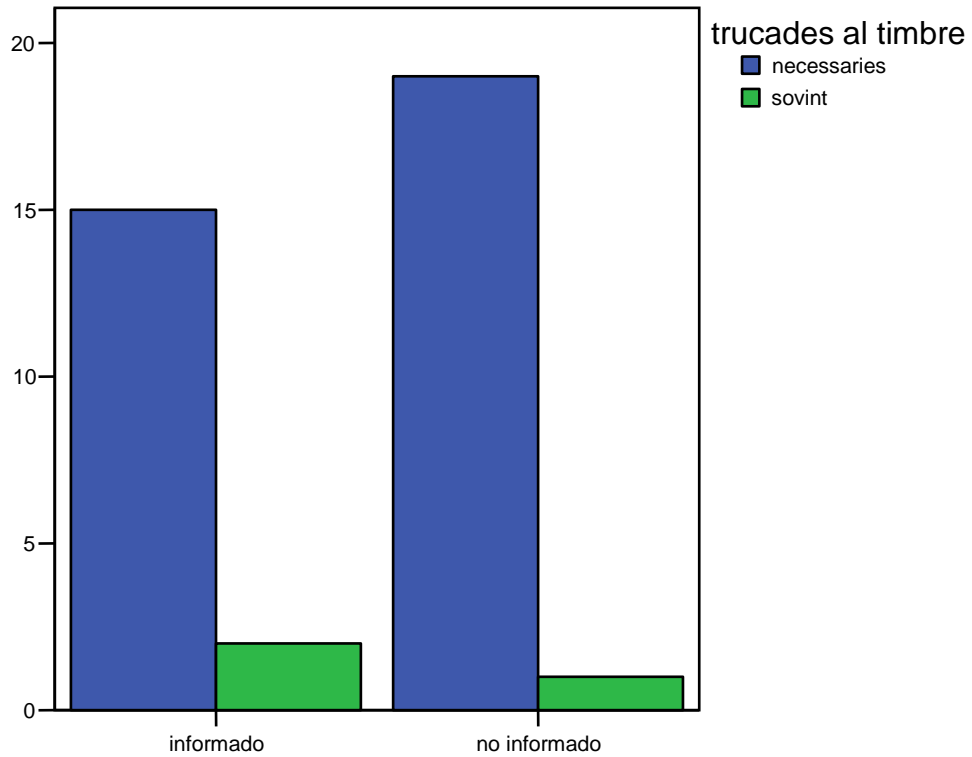
Referent als fàrmacs administrats, cap dels malalts no informats han necessitat analgèsia de rescat mentre que em el grup de malalts informats podem observat un petit grup que si que els han necessitat, això ens dona una diferencia significativa.

Funcionament correcte del catèter peridural



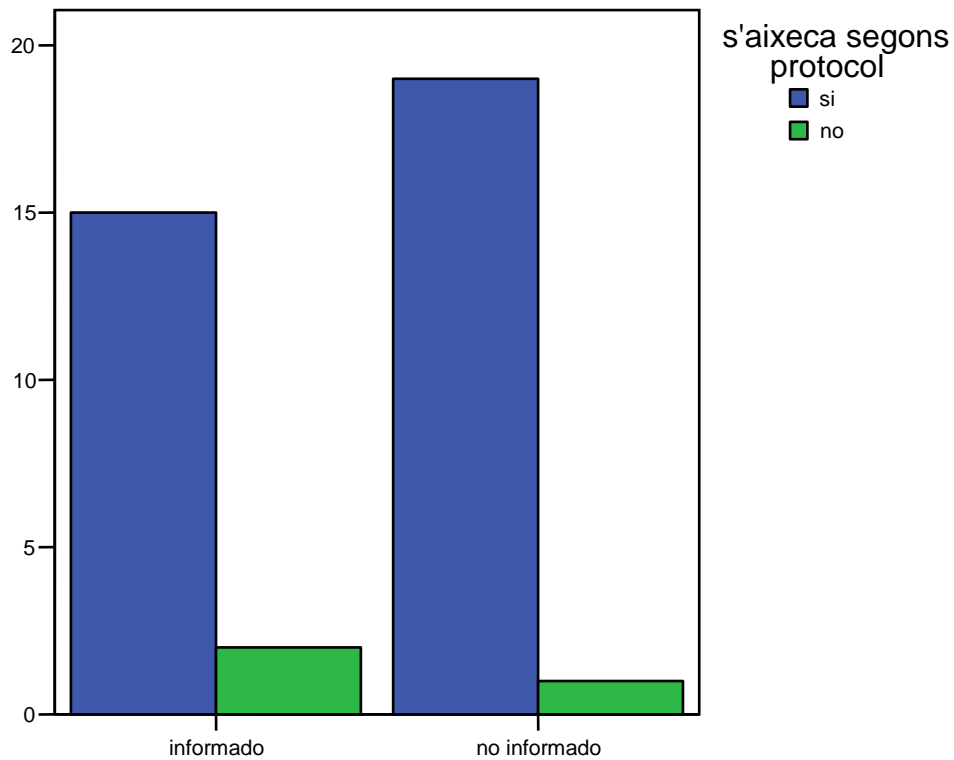
En els gràfics s'observa molta similitud referent al funcionament del catèter peridural per tant tampoc hi han diferències significatives.

Trucades al timbre



Igualment que en el gràfic anterior no s'observen diferències significatives.

S'aixeca segons protocol



S'observa em la gràfica que no hi há diferencia i que tant el grup de malalts informats com el no informats han seguit el protocol alhora de aixecar-se del llit.

3.3 Conclusions

Després d'observar els resultats del treball arribem a la conclusió que:

Tot i tenir pacients intervinguts anteriorment d'altres patologies e informats sobre aquestes; aquesta informació influeix en la actitud davant la intervenció actual ; fent que no disminueixi l'angoixa ja que podem veure que a mes informació més angoixa

Però sorprèn veure que a la pregunta que fa referència a la quantitat d'informació que tenen, predomina la variable de "gens", això ens fa pensar en el fet que o be quan se'ls va informar anteriorment aquesta informació no va ser clara o be que per l'edat avançada de la població mostra no s'ha entès la informació.

En lo referent a quines expectatives tenia de la informació d'intervencions, la gran majoria responen que esperaven aconseguir tranquil·litat al igual que el grup de malalts informats en el nostre estudi que afirmen que el que els ha aportat la informació actual es tranquil·litat.

Ens sorprèn que refent als punts de "trucades als timbres","funcionament correcte del catèter peridural" i "aixecar-se del llit" no hi ha diferències entre els dos grups estudiats, doncs nosaltres plantejàvem que serien uns bons marcadors de qualitat referent a les cures d'infermeria.

Ens fa pensar que les patologies escollides per el treball entren dintre d'uns grups de patologies en les quals es funciona per protocols, limitant les possibles variacions entre els dos grups.

Un valor remarcable es que els malalts informats son els que mes analgèsia de rescat han demanat amb comparació amb els no informats, no queda clar si es pel fet de tenir mes informació o per la intensitat del dolor que han sofert, cosa que fa que no es verifiqui la nostra subhipòtesis en la qual es deia que a mes informació no hi hauria d'haver demanda extra d'analgèsia tenint controlat el dolor.

Respecte als nostres objectius marcats ens hem adonat que seria necessària la revisió del programa d'informació per tal que aquest fos mes restrictiu i selectiu, cap a la tipologia del malalt tenint en conte l'edat i la seva capacitat de comprensió tal i com ens refereix el marc teòric.

Per conclusió podrien dir que donar informació al malalts no equival a disminuir l'angoixa ni a disminuir la demanda d'analgèsics, però si tenim molt clar que donar informació esta implícit en els nostres deures ètics com a infermeres. Això ha de fer reflexionar als gestors de qualsevol institució sanitària . Les direccions haurien de tenir en conte que la infermera ha de tenir un temps real per poder estar al costat del malalt, sense preses i així humanitzar mes les seves cures.

3.4 Propostes

- Tot hi veient les dificultats en realitzar el estudi creiem que es positiu per el malalt la informació preoperatoria, però feta en un despatx dies avanç de la intervenció, en un ambient relaxat, amb total disposició d'informació al malalt i la seva família, amb documentació gràfica (tríptic fotos..) per ensenyar i explicar l'experiència que suposa entrar en un quiròfan. Una altre opció podria ser que la infermera quirúrgica disposes d'unes hores per donar aquesta informació a planta.
- Aquest procés d' informació hauria de quedar per escrit en un document que s'arxivaria en l' historia del pacient, accessible per infermeria d'hospitalització i quiròfan, mitjançant la qual es podria fer el seguiment del malalt, per facilitar possibles dubtes i pors del malalt , junt a una visita post per recollir informació necessària per valorar i millorar l'assistència al malalt.
- Creació de grups de treball per consensuar la informació i protocol·litzar-la amb l'equip interdisciplinari.
- Poder fer la valoració del grau de qualitat de cura d'infermeria aplicada al malalt informat, veure la repercussió de la satisfacció dels professionals en la seva feina i al mateix temps conèixer l'estalvi hospitalari que això suposa.

3.5 Límits de l'investigació

Com en tota investigació ens em trobat amb diferents dificultats a l'hora de realitzar i són:

Degut a la pressió assistencial, els malalts ingressen el mateix dia de la intervenció, moltes vegades una hora avanç de ser intervinguts, això fa que estigui molt nerviós per la imminent intervenció i fent que la informació que li donem no la captin en la seva totalitat, no tinguin temps de assolir-la i estiguin més pendent de la preparació física que fa la infermera de la planta.

Com anècdota ens em trobat que hem tingut que fer una entrevista en la sala d'espera de la planta ja que la pacient no tenia llit fins després de la intervenció.

Ens havien plantejat fer les entrevistes postoperatories a la mateixa hora que l'entrevista preoperatoria però no ha pogut ser possible degut a la feina nostre, ja que hi ha hagut moments que no s'ha pogut pujar a la planta a realitzar

Durant el període de temps utilitzat per fer el treball i per circumstàncies alienes a nosaltres (vaga facultatiu) ens ha limitat el nombre d'enquestes realitzades i això ens ha repercutit en el resultat del estudi al obtenir una mostra reduïda.

Ens hem trobat que la entrevista no estava plantejada bé, que hi havia preguntes que es repetien i unes altres que el que feien era complicar la entrevista sense donar informació important. Creiem que tot això ha succeït per la nostra inquietud de no deixar cap variable sense estudiar, i per la nostra inexperiència en treballs de recerca. També per aquest mateix motiu molts dels expert en la matèria (infermeres de la planta i quiròfan) consultats no van caure en aquestes correccions.

Un altre problema ha estat l'escala Stai, molt llarga, difícil de comprendre per els malalts, molts de ells no la podien omplir. per ells mateixos com marca el manual d'aplicació, per les seves dificultats (mala visió, edat avançada, estar en el llit..). For a interessant haver trobat un altre instrument per mesurar l'ansietat, mes pràctic per el estudi.

4 BIBLIOGRAFIA

1. Ascensión cuñado barrio, m.jesús legarre gil, Efecto de una "visita enfermera" estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirurgicos. ensayo clinico aleatorizado. enfermeria clínica,vol9 num.3
2. Mason . E. J. Normas de calidad de enfermeria. Metodos de elaboración Ed. Doyma
3. Mardaras Platas E.. Psicoprofilaxis quirurgica 2ª edicion .1990.
4. "caracteristicas de los indicadores clinicos" join Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations. Control de calidad asistencial,6.3 (65.74).1991.
5. koch.H. "Gestion total de la calidad en la sanidad"
6. Petersdorf. "Principios de medicina interna". Ed..interamericana.Mcgraw-Hill.1987
7. Aliaga Font.L. "Tratamiento del dolor agudo".Europharma.especialidades farmaceuticas. Volumen 1.1992
8. Proyecto NIPE:Normalización de las intervenciones para la Práctica de la Enfermeria. Ministerio de Sanidad i consumo – Consejo General de Enfermeria. 2002.
9. NANDA. Diagnosticos enfermeros. Definición y clasificación. Madrid 2005.2006. Elsevier.
10. Luis Rodrigo,Mª Teresa Los diagnosticos enfermeros:revisión critica y guia practica., dir. Barcelona Masson 2000
11. .Riopelle.L.Grondin.L. PhaneufM.. Cuidados de Enfermeria, "Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Interamericana – MC Graw – Hill. 1993.
12. Riopelle L, Grondin L, Phaneuf. M, "Aplicación del proceso enseñanza – aprendizaje" Interamericana – MC Graw – Hill . 1993.
13. Arán Rosa Mª, Diez Celia, Marimoón Merçé et al. Hospital de Valle-Hebron, "Efecto de la visita pre-operatòria de las enfermeras quirurgicas a los pacientes que van a ser intervenidos." Enfermeria Clinica Vol. 6 nº2 pag. 57-61.
14. Hernandez Rodríguez, diaz Hernandez et al. " Influencia de la visita pre-operatòria en la evolución postoperatòria". Enfermeria Clinica nº 174-175. setembre-octubre de 1996. Pag. 34-37.
15. Mas Rubio, Comas Trullás. "Efecto de la visita al paciente de la enfermera quirofonista en la fase pre-operatòria". Enfermeria Clinica vol. 8 nº 4 pag. 28-32.
16. Jonson M,Bulechek G,et al. « Diagnosticos enfermeros,resultados e intervenciones. » Ediciones Hardcourt.
17. Henderson.V. « Principios bàsicos de los cuidados de enfermeria ». Consejo Internacional de enfermeras. 1971 S. Karger.
18. Pont Barceló ,Esteve: "Visiones desde la enfermedad". Barcelona 2005
19. Jesús Rodríguez, Rosario Zurriaga. "Estrés, Enfermedad y Hospitalización", 1997.
20. W.D. Fröhlich "La Angustia". Ed. Alambra. 1986.
21. Peya Gascons,Margarita. "La comunicaci3n en la toma de decisiones.
22. Khron,T. "Liderazgo y administraci3n en enfermeria". Interamericana. 5ª Ed.

5 ANEXES

Anexe 1

Full de recollida de dades inicial

INFORMACIÓ AL PACIENT
QUIRÚRGIC.

IDENTIFICACIÓ
PACIENT

FULL DE RECOLLIDA DE DADES INICIAL

Pacient informat

Pacient no informat

1. Edat..... anys

2. Sexe

2.1. Home

2.2. Dona

3. Estat civil

3.1. Solter/a

3.2. Casat/da en parella

3.3. Divorciat/ada

3.4. Separat

3.5. Vidu/a

4. Nivell cultural

4.1. Sense estudis

4.2. Estudis primaris

4.3. Estudis superiors

5.Convivència

- 5.1. Fills
- 5.2. Parella
- 5.3. Cuidador
- 5.4. Altres

6.Patologia associada

- 6.1. Diabètic
- 6.2. Hipertensió
- 6.3. Discapacitat física
- 6.4. Discapacitat psíquica
- 6.5. Epoc
- 6.6. Cardiopatia
- 6.7. Patòloga infecciosa
- 6.8. Neoplàsia
- 6.9. Altres

7.Hàbits tòxics

- 7.1. Tabac
- 7.2. Alcohol
- 7.3. Toxicomanies

8.Intervencions anteriors

- 8.1. No
- 8.2. Si

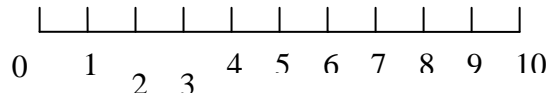
9.Tipus d'intervenció anterior

- 9.1. PTR
- 9.2. PTC
- 9.3. D'altres

10.En cas d'intervencions anteriors va rebre informació per part de d'infermera quirúrgica?

- 10.1. No
- 10.2. Si

11. Quin va ser el seu grau de satisfacció d'aquella informació?



Gens Molta

12. Antecedents anestèsics

- 12.1. No
- 12.2. Si

13. Tipus

- 13.1. Anestesia General
- 13.2. Intradural
- 13.3. Peridural
- 13.4. Plexe femoral
- 13.5. No ho recordo

14. Quantitat d'informació anterior

- 14.1. Gens
- 14.2. Poca
- 14.3. Bastant
- 14.4. Molt ben informat

15. Que esperava de l'informació que se li va donar?

- 15.1. Tranquil·litat
- 15.2. Aclariment de dubtes referent a la seva patologia
- 15.3. Aclariment de dubtes del procediment que se li aplicaria
- 15.4. D'altres

16. Quin tipus d'acollida esperava trobar al quiròfan?

- 16.1. Fred d'acollida
- 16.2. Soledat
- 16.3. Amabilitat i recolzament
- 16.4. D'altres

17. Quin record te del quiròfan?

- 17.1. Fred d'acollida
- 17.2. Soledat
- 17.3. Amabilitat i recolzament
- 17.4. D'altres

18.A qui recorda del quiròfan?

- 18.1. Al metge
- 18.2. A l'infermera
- 18.3. Al portalliteres
- 18.4. D'altres

19. Tipus d'intervenció que se li ha de realitzar:

- 19.1. PTR
- 19.2. PTC

VALORACIÓ DEL GRAU D'ANSIETAT SEGONS L'ESCALA STAI-ESTAT I STAI-RASGO (full annexa)

20. Destinataris

- 20.1. Pacient
- 20.2. Pacient i família

Infermera Quirúrgica dia / hora

Full de recollida de dades final

Anexe 2

INFORMACIÓ AL PACIENT
QUIRURGIC.

IDENTIFICACIÓ
PACIENT

VALORACIÓ FINAL RECOLLIDA DE DADES.

1. Ha rebut informació pre-quirúrgica per part de l'infermera de quiròfan?

- 1.1. Si
- 1.2. No

2. Tipus d'intervenció

- 2.1. PTR
- 2.2. PTC
- 2.3. D'altres

3. Tipus d'anestèsia que se li ha practicat?

- 3.1. A.G
- 3.2. AG + Peridural
- 3.3. A.Peridural+Intradural
- 3.4. A.Peridural+intradural+bloqueig femoral.

Valoració del Grau d'ansietat segons l'escala STAI-ESTAT

4. Què esperava trobar al quiròfan?

- 4.1. Fred d'acollida
- 4.2. soledat
- 4.3. Amabilitat i recolzament
- 4.4. D'altres

5. Què es va trobar al quiròfan?

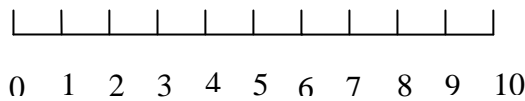
- 5.1. Fred d'acollida
- 5.2. Soledat
- 5.3. Amabilitat i recolzament
- 5.4. D'altres

6. Ha rebut l'analgèsia necessària sempre abans de tenir el dolor insuportable?

6.1. Si

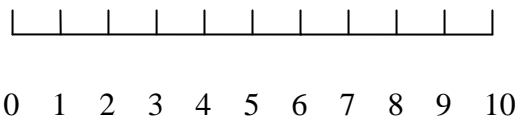
6.2. No

7. Quin Grau de dolor ha patit segons l'escala Eva a les 24 hores de l'intervenció?



GensMolt

8. En cas d'haver rebut informació pre-operatòria per part de la D.I quirúrgica, quin ha sigut el seu grau de satisfacció?



GensMolt

9. Què esperava de l'informació que se li va donar?

9.1. Tranquil·litat

9.2. Aclariment de dubtes referent a la seva patologia

9.3. Aclariment de dubtes respecte al procediment que se li aplicarà

9.4. D'altres

10. Què li ha aportat l'informació?

10.1. Tranquil·litat

10.2. Nerviosisme

10.3. Confusió

10.4. Disminució de la por

10.5. Increment de la por

Informació que es recollirà de la història del pacient

11. Fàrmacs analgèsics administrats

- 11.1. Segons pauta
- 11.2. Ha calgut analgèsia de rescat

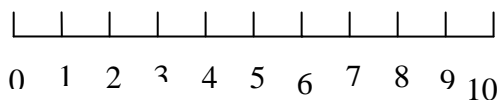
12. Ha funcionat correctament el catèter peridural?

- 12.1. Si
- 12.2. No

13. La retirada del catèter peridural ha sigut:

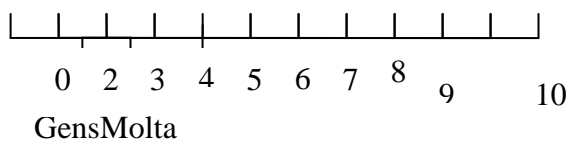
- 13.1. A les 48 hores
- 13.2. Abans per ser inefectiu
- 13.3. D'altres

14. Dies d'estància hospitalària:

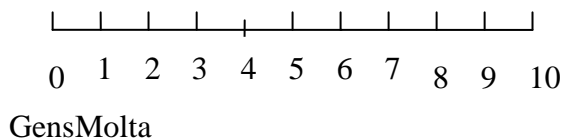


Informació obtinguda de l'infermeria d'hospitalització

15. Grau de col·laboració del pacient en el tractament?



16. Grau de col·laboració de la família en el tractament?



17. S'han realitzat moltes trucades al timbre sol·licitant la presència de l'infermera?

- 17.1. Les necessàries, i pertinents per tal de demanar analgèsics o cures
- 17.2. Sovint, més de lo habitual

17.3. Molt sovint, de forma reiterada

18.El pacient s'ha aixecat el tercer dia tal i com marca el protocol?

18.1. Si

18.2. No

Incidències:

Infermera Quirúrgica Dia/hora

CONTINGUT DE L'INFORMACIÓ QUE SE LI DONARA

- 20.3. Preparació quirúrgica Si No
- 20.4. Horari d'intervenció Si No
- 20.5. Trasllat i ubicació del pacient Si No
- 20.6. Informació àrea quirúrgica Si No
- 20.7. Preparació anestèsica Si No
- 20.8. Ubicació i col·locació al quiròfan Si No
- 20.9. Postoperatori immediat a URPASi No
- 20.10. Valoració del dolor segons EVASi No
- 20.11. Informació a la família Si No
- 20.12. Trasllat a planta Si No

Anexe 3

PROGRAMA D'INFORMACIÓ

Mitjançant una visita estructurada es van donant a conèixer els diferents passos del procés quirúrgic. En aquesta descripció, del circuit, es van donant els detalls de les diferents intervencions d'infermeria, que es portaran a terme amb l'objectiu de familiaritzar-lo amb l'actual procés.

1. Informació general de l'hospital: Ubicació de l'àrea quirúrgica, circuit d'ingrés a URPA, persones de referència.
 2. Informació ordre d'intervenció excepte canvis d'última hora que s'intentarà avisar amb el suficient temps.
 3. Qui vindrà a recollir al pacient, on haurà de quedar-se la família, qui els informarà de la intervenció.
 4. Record de la informació sobre la preparació quirúrgica: rasurat, pintat i entallat, exèresis de pròtesis i joies.
 5. Informació de les tècniques que se li practicaran un cop a pre-quiròfan: Monitorització, canalització de les vies, antibioticoteràpia.
 6. Informació de l'anestèsia que se li practicarà, explicació del perquè del catèter peridural per analgèsia postoperatòria, el sistema de bombes de perfusió. El control del dolor postoperatòri, (explicació de l'escala EVA per valoració del dolor). Qui el durà a terme.
 7. Informació de com el passarem al quiròfan i amb qui estarà. En quina posició se'l col·locarà. Quan s'acabi la intervenció on anirà i quan temps estarà a Urpa. Ambient de Urpa: pacients monitoritzats, (es senten sorolls), importància de que vagi indicant a la infermera que estarà amb ell els símptomes que vagi notant, sobre tot la sensació de dolor.
 8. Informació de que serà portador de sondatge vesical pel control de diüresis, de drenatges i de la possibilitat de realitzar transfusions sanguines.
 9. Informació del tipus de bandatge que portarà i de la immobilització que haurà de tenir.
 10. Qui, quan i a on s'informarà a la família.
- Temps aproximat d'hospitalització