

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA SANTA MADRONA
de la Fundación "la Caixa"

**CONTRIBUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA
A LA SATISFACCIÓN EN LOS PACIENTES
INTERVENIDOS DE CIRUGIA CARDIACA**

(Opinión de los Usuarios)

Roosevelth Angeles Ponte

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión de Enfermería para la obtención del Máster.

Trabajo dirigido por los profesores: Esteve Pont, Montserrat Teixidor

Comisión Evaluadora

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretario
Concepción Ferrer	Vocal
José Tejada	Vocal

Presentado en la fecha: 20 de septiembre de 2006

Aceptado en la 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.

AGRADECIMIENTOS

Antes de comenzar a redactar este informe, me gustaría agradecer a mis maestros de toda la vida, desde aquellos que me enseñaron las primeras letras y hasta la actualidad.

A mis padres y la madre naturaleza, que despertaron en mi la curiosidad y asombro, las ganas de aprender. A mi esposa e hijos, por su comprensión y apoyo constante.

Al Señor Javier Albalat que me dio la oportunidad de trabajar como enfermero en este país. Es de justicia en este punto reconocer el impulso y apoyo entusiasta de la Sra. Montserrat Teixidor; Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, al señor Dr. Esteve Pont por haber dirigido este trabajo. Al Señor José Tejada, Las Señoritas Enfermeras Camen Valls, Alicia Sanchez, Carmen Juncá, La Dra. Mireia Sanz, por haberme asesorado.

Estoy también en deuda con todas las personas que integran los profesionales del equipo multidisciplinar del Centro Cardiovascular Sant Jordi de Barcelona, que sin su apoyo hubiera sido imposible asistir a clases. Al MSc. Pablo Paredes, al Dr. Alfredo Cuppoletti y al MSc. Wilder Mendez, por su crítica constructiva.

A todos y todas que me apoyaron en mi camino. Gracias también a los obstáculos superados a lo largo de mi vida que me dieron fuerza para llegar hasta aquí.

A los pacientes familiares y amigos de los pacientes que cuidé, quienes dieron y dan sentido a mi vida.

En definitiva, a todos aquellas personas que han hecho posible realizar este trabajo.

I N D I C E

1	INTRODUCCIÓN GENERAL	7
1.1	Justificación	9
1.2	Objetivos	15
1.3	Hipótesis	15
2	DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA Y DEFINICIÓN DE LA CIENCIA DEL HOMBRE Y SUS PARADIGMAS.....	17
2.1	La ciencia del hombre y sus paradigmas	23
2.2	Paradigmas.....	24
3	EXAMEN PLURIDIMENSIONAL DE LA PERSONA	29
3.1	La persona como estructura	29
3.2	Persona como totalidad	29
3.3	La persona como subsistencia.....	30
3.4	La persona como proceso de desarrollo	30
3.5	La persona como unicidad	30
4	LA PERSONA FRENTE A SITUACIONES LÍMITE:.....	31
4.1	El sufrimiento	31
4.2	La muerte. Las curas paliativas y el proceso de duelo.....	33
5	LA CIENCIA Y EL ARTE DE CUIDAR	37
5.1	Modelo de Florence Nightingale (La enfermería moderna).....	40
5.2	Modelo de Virginia Henderson (Definición de enfermería).....	41
5.3	Modelo de Dorotea Orem (Teoría del déficit de autocuidado)	45
5.4	Modelo de Callista Roy	50
6	PASADO “VERSUS” FUTURO	57
6.1	El ejercicio profesional de enfermería nos obliga a mirar el pasado ..	57
6.2	La Persona, La Salud ,El cuidado, El Entorno (En Resúmen)	61
6.2.1	La Persona	61
6.2.2	La Salud.....	63
6.2.3	El Cuidado	64
6.2.4	El Entorno	65
7	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA CARDIACA.....	68
7.1	Cuidados Pre-operatorios	69
7.1.1	Preparación del paciente	69
7.1.2	Preparación del Box de UCI	70
7.2	CUIDADOS POST-OPERATORIOS.....	71
7.2.1	Ingreso del paciente a UCI:	71
7.2.2	El proceso de extubación.....	73
7.3	Posibles complicaciones y soluciones	79
8	NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES/USUARIOS INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA.....	83
8.1	Definición de términos.....	83
8.1.1	Opinión del paciente	84
8.1.2	Satisfacción del usuario	85
8.1.3	Calidad sentida	86
8.2	Estudio de opinión.....	87
9	DISEÑO DEL ESTUDIO.....	89
9.1	Metodología	89
9.2	Diseño de la encuesta.....	89

**Contribución de los cuidados de enfermería a la satisfacción en los pacientes
intervenidos de cirugía cardíaca**

9.3	Población y muestra.....	90
9.4	Criterios de inclusión.....	91
9.5	Criterios de exclusión.....	91
9.6	Desarrollo de los parámetros de evaluación	91
9.7	Variables	92
9.8	Validación de la encuesta	93
	Ejecución de la encuesta	94
9.9	Fuente de datos	95
9.10	Período	95
10	RESULTADOS.....	96
10.1	Análisis General.....	96
10.2	Características de la Muestra	97
10.2.1	<i>Variables Personales</i>	97
10.3	Factores de riesgo y patologías asociadas	98
10.4	OPINION/SATISFACCION DEL PACIENTE.....	101
11	CONCLUSIONES	103
12	DISCUSION	106
13	NUEVAS LINEAS DE INVESTIGACION.....	121
14	PROPUESTAS PARA LA MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DESDE LA ENFERMERIA.	122
15	BIBLIOGRAFIA	123
16	SIGLAS	129
16	ANEXOS	131

1 INTRODUCCIÓN GENERAL

El cuidar es la esencia de la enfermería, lo cual se realiza con una serie de acciones de cuidado dirigidos a otro ser humano, o grupos de personas con afecciones físicas, psíquicas reales o potenciales con la finalidad de mejorar o aliviar sus molestias y dolencias generadas por el proceso de la enfermedad. Ejercer esta actividad exige del profesional un conocimiento profundo de la propia profesión, un conocimiento de la persona humana en el sentido de ser capaz de comunicarse y reflexionar críticamente, sobre los problemas inherentes o que alteran la salud de los pacientes. El personal de enfermería trabaja permanentemente junto al paciente, realizando todas aquellas tareas de soporte, mantenimiento y continuidad de la vida. Los profesionales de enfermería, han de seguir teniendo un papel fundamental e imprescindible en el cuidado de pacientes críticos o crónicos acelerando, garantizando, su recuperación, evitando complicaciones. Asimismo deben estar abiertos hacia nuevos métodos y modelos conceptuales que aporten una mejora cualitativa y cuantitativa de la profesión de enfermería, desde una perspectiva humanista, con una visión global que ayude a mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes y familiares. El éxito de los resultados de la cirugía cardíaca, depende de manera crítica de los cuidados de enfermería, antes durante y en el post operatorio. En este proceso, la capacidad y profesionalidad de las enfermeras permitirán detectar cualquier complicación súbita y resolverlo rápidamente en cooperación con el equipo multidisciplinar.

El Centro Cardiovascular de Barcelona, ha contribuido significativamente desde sus inicios, hace más de 40 años en la atención de pacientes afectados de patología cardiovascular. En un primer momento desde una óptica filantrópica vinculado a la Obra Social de la “Caixa de Catalunya”, posteriormente como una Empresa Privada desde el año 1992. En una línea de constante renovación y especialización. Donde son atendidos pacientes procedentes de las principales Mutuas, la Seguridad Social, que

deriva pacientes a través del SEM (Servicio de Emergencias Médicas) y pacientes privados de Cataluña. A diario se observa en nuestro Centro pacientes intervenidos de Cirugía Cardíaca, ya sean de recambio valvular, o de by-pass aorto-coronario. En este Centro el año 2003 se realizaron 346 intervenciones, pacientes a los cuales el personal de enfermería ha tenido que brindar cuidados en todas las etapas del proceso quirúrgico.

El estudio busca determinar la contribución de los cuidados de enfermería en la satisfacción de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca.

La enfermera, planifica, ejecuta y evalúa constantemente los resultados de su labor, por lo tanto al analizar la situación antes descrita, se han formulado las siguientes interrogantes:

¿Contribuyen los Cuidados de Enfermería en la Satisfacción de los Pacientes intervenidos de Cirugía Cardíaca? Y si es así, ¿De qué manera?, ¿Qué opinan los pacientes?. Todas estas interrogantes me llevó a diseñar y llevar a término una investigación sobre “La contribución de los cuidados de enfermería a la satisfacción de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca”. (Opinión de los Usuarios).

El informe está dividido en dos partes: La primera describe la definición de enfermería y el ser humano, los modelos de enfermería más conocidos, los cuidados de enfermería a pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, la metodología empleada en el proceso de investigación. En la segunda, se presentan los resultados que opinan los pacientes de la atención de enfermería. Finalmente se pone en consideración unas conclusiones y propuestas derivadas del estudio. Así como las referencias bibliográficas donde se agrupa las fuentes empleadas y citadas.

1.1 Justificación

La gestión de la calidad y su aplicación en enfermería han sido la gran motivación para la ejecución del presente trabajo de investigación del Master de Gestión y Administración de Enfermería. Esta investigación representa al mismo tiempo un gran desafío y una gran oportunidad para entender y profundizar los conocimientos de gestión de la calidad en enfermería, ya que la opinión/satisfacción de los pacientes (usuarios) sobre la atención de enfermería en cirugía cardíaca ha sido poco estudiada. El presente estudio, busca determinar la relación existente entre: Los cuidados de Enfermería y el Nivel de Satisfacción de los Pacientes Intervenidos de Cirugía Cardíaca.

El conocimiento de la opinión de los pacientes/usuarios puede considerarse como una herramienta de gestión interna para la Dirección de Enfermería. Dicho conocimiento puede ser utilizado para planificar las acciones de mejora de la calidad asistencial. Una forma de obtener la opinión de los pacientes es a través de encuestas, la principal fuente de información utilizada en el presente trabajo de investigación. Uno de los motivos por que se realiza la encuesta es, porque permite obtener de manera directa, rápida y objetiva la opinión de los pacientes (usuarios). Una vez obtenida esa información se puede planificar servicios que atiendan las expectativas de aquellos que solicitan. Esta claro que, podemos llegar a saber la opinión, pero no podemos saber, o no podemos llegar a decir que los cuidados contribuyen o no a la satisfacción del paciente.

La cirugía cardíaca ha experimentado un enorme desarrollo en los últimos 30 años, lo que permite en la actualidad la resolución quirúrgica de las cardiopatías isquémicas mediante la intervención quirúrgica de revascularización miocárdica (realización de “by pass” o derivación aorto-coronario utilizando para ello vena safena o arteria mamaria del propio paciente). Asimismo, se realizan sustituciones valvulares a pacientes con

cardiopatía valvular. Utilizando para ello prótesis mecánicas o biológicas. Se constata así una permanente mejora de la técnica quirúrgica, así como diseño y construcción de prótesis valvulares muy avanzadas. También se ha avanzado en la aplicación de eficientes técnicas de circulación extracorpórea. El uso de las técnicas de cardiología intervencionista en la exploración y diagnóstico e incluso tratamiento de las patologías cardíacas como el Infarto Agudo del Miocardio en el momento mismo del cateterismo cardíaco, si es posible se realiza inmediatamente Angioplastia con Implantación de STENT que es una prótesis endocavitaria. Actualmente la cardiología intervencionista soluciona: patologías cardíacas que antes requerían de intervención quirúrgica. Lo que ha reducido los días de estancia de los pacientes. Ha disminuido el número de pacientes jóvenes para la cirugía cardíaca, quedando para ello los pacientes más complejos con pluripatologías y con edad avanzada. Lo que nos hace pensar que el índice de mortalidad en estos pacientes aumentará. Se han producido progresos en el cuidado post operatorio de estos pacientes, en Unidades de Cuidados Intensivos y Hospitalización, por personal cualificado y aparatos preparados para detectar precozmente y registrar posibles alteraciones.

Los cuidados de enfermería al paciente que ha de ser intervenido de corazón, no puede limitarse al órgano lesionado. El proceso de recuperación del paciente, está influenciado por aspectos físicos, psicológicos, sociales, laborales, que condicionan las fases de hospitalización, los mismos se inician mucho más antes que el paciente ingrese al quirófano. Así la valoración pre-operatoria completa, debe considerarse como uno de los fundamentos de los cuidados quirúrgicos de enfermería. Esta valoración también ayudará a identificar las condiciones que pueden perjudicar la capacidad del paciente para tolerar el estrés quirúrgico, o cumplir los procesos post-operatorios. No se ha de olvidar, que cuando el órgano afectado es el corazón, el temor y por lo tanto el estrés aumente considerablemente, surgirán dudas, temores, sobre su vida presente y futura, ya que la hospitalización es como una especie de paréntesis en su vida.

Sabemos que las enfermedades al corazón son procesos largos que se han ido gestando con el tiempo, y que implican un cara a cara con los factores de riesgo. Principalmente con los hábitos no saludables del paciente. La pregunta que siempre se hace el paciente es: si podrá seguir realizando sus labores habituales. Trabajo, ocio, actividad física, actividad sexual. Hábitos nutricionales. Una vez manifestada la enfermedad se hace necesario tomar algún de medida que resuelva el problema. Se ha avanzado en el conocimiento y tratamiento médico quirúrgico de las patologías cardíacas. Igualmente se han conseguido éxitos importantes en la reducción del consumo del tabaco, en mejorar los hábitos de nutrición, en el descenso del índice de infartos de miocardio, en la detección precoz del cáncer de mama, en la disminución de accidentes de automóvil y en la incidencia del abuso de drogas entre ciertos grupos de jóvenes. Las secuelas del infarto agudo del miocardio permanecerán. Los cuidados del post operatorio no terminan con el alta. Quedará pendiente todo un proceso de “rehabilitación cardíaca” por realizar.

La cirugía cardíaca tiene un patrón particular que la caracteriza de cualquier otra y es la técnica habitual de abordaje es la esternotomía media, y la necesidad de “parar” el corazón durante un tiempo determinado, sustituyéndolo por una bomba de perfusión y oxigenación que se comporta como el corazón y los pulmones del paciente. Este circuito externo de la sangre, recibe el nombre de circulación extracorpórea. Durante la operación el corazón recibe un tratamiento especial que consiste en someterlo a hipotermia con una solución a unos 4-6°C, que perfunde intermitente a través de las coronarias, con ello se consigue mantener vivo el corazón durante varias horas. También se disminuyen los requerimientos energéticos del resto del organismo mediante una reducción de la temperatura corporal de unos 10 ó 15°C, lo que se logra mediante un enfriamiento de la sangre cuando se encuentra en el circuito extracorpóreo. La sangre se hepariniza (se descoagula) a su llegada a la bomba de perfusión y solo cuando se va a terminar la intervención, se le va inyectando protamina para neutralizar la acción de la heparina. La asistolia del corazón se logra mediante la inyección, a través

de las coronarias, de una solución rica en Potasio. La recuperación del ritmo se produce en la mayoría de los casos cuando se elimina esta solución, mediante el lavado coronario y se desclaman los grandes vasos comenzando a llegar la sangre a las cavidades cardíacas. Cuando esto no es suficiente, se precisa una o varias descargas con el desfibrilador ó la estimulación con un marcapaso externo.

Existen dos hechos en el circuito de extracorpórea que significan un gran cambio respecto al normal funcionamiento de la circulación sanguínea y que pueden causar desarreglos importantes, son:

La sangre es bombeada al organismo de forma continua no pulsátil.

La circulación menor o pulmonar no se produce.

Los problemas que se pueden derivar de la circulación extracorpórea son entre otros: hemólisis, alteraciones renales y “pulmón de perfusión” (alteraciones a nivel de microcirculación y de las membranas alveolares como consecuencia de la paralización sanguínea en el circuito de oxigenación pulmonar.

Existen factores que influirán en el post operatorio inmediato, las condiciones físicas y psíquicas con que llega el paciente al quirófano. A todo ello se ha de añadir que los pacientes permanecerán intubados y conectados a ventilación mecánica, durante la intervención y en el post operatorio inmediato. En el caso de pacientes de edad avanzada, estos pueden sufrir de osteoporosis, con una consecuente dificultad para la consolidación ósea del hueso esternal. A continuación están listados algunos de los factores más relevantes:

No es lo mismo que la intervención sea programada o electiva, que sea urgente o emergente si reciben tratamiento previo con profilaxis antibiótica, si están inmuno deprimidos ó si existe la posibilidad de infección intrahospitalaria.

Entre otros factores de riesgo tenemos, la obesidad, tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Diabetes, Edad avanzada. La desorientación y agitación en el post operatorio inmediato que realicen esfuerzos bruscos que puedan comprometer la herida

esternal. Debemos recordar que, la herida que en definitiva ha permitido acceder a la caja torácica, no deja de ser una puerta de entrada de múltiples microorganismos del propio paciente, del ambiente y de quienes manipulen a los pacientes durante su estancia en todas las técnicas que realizamos para su recuperación.

Durante el proceso post operatorio los cuidados de enfermería son de vital importancia dentro del conglomerado de atenciones que requiere un intervenido de cirugía cardíaca. La atención de las enfermeras será garantía de éxito en el post operatorio inmediato y mediano del paciente evitando sufrimientos innecesarios y estancias prolongadas no deseadas.

El análisis de los datos obtenidos mediante las encuestas debe ser cuidadosamente procesado, ya que es posible que la opinión de los pacientes se vea condicionada si llegan a tener complicaciones vinculadas a la propia naturaleza del paciente. Entre las principales complicaciones tanto en el post operatorio inmediato y mediano se pueden mencionar:

- a) Sangrado > 100cc/hora que precisen reintervención.
- b) Trastornos de ritmo arritmias graves.
- c) Mala contractibilidad global del corazón que precise ayuda del balón de contrapulsación (IABP).
- d) Distrés respiratorio.
- e) Dehisencia esternal.
- f) Mediastinitis.
- g) Isquemia cerebral.
- h) Insuficiencia renal grave.
- i) Desorientación temporoespacial.
- j) Shock séptico.
- k) Edema Agudo de Pulmón.
- l) Shock por bajo gasto.

- m) Enfisema pulmonar.
- n) Parada cardiorrespiratoria.

1.2 Objetivos

- Obtener un conocimiento de la percepción que tienen los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca sobre los cuidados de enfermería.
- Evaluar los cuidados de enfermería desde el punto de vista del usuario.
- Establecer un indicador de calidad que permita la evaluación de la atención de los profesionales y la gestión de la empresa.

1.3 Hipótesis

“Los cuidados de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) contribuyen a la satisfacción del paciente, y los resultados de la cirugía cardíaca”?

Primera parte.-

MARCO TEÓRICO

2 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA Y DEFINICIÓN DE LA CIENCIA DEL HOMBRE Y SUS PARADIGMAS.

Como se puede leer en el preámbulo del Código Deontológico de la profesión de Enfermeras y Enfermeros de Canadá (1985) <<La práctica de la Enfermería puede definirse como: “una relación de ayuda marcada por el dinamismo y la preocupación por los demás, relación en cuyo interior, la enfermera ayuda al paciente a alcanzar y a conservar mejor el estado de salud posible”>>. Parafraseando a Teixidor: “Las actividades de enfermería son muy antiguas. Frecuentemente invocamos la historia para recordar que nuestra tarea es tan antigua como el sufrimiento y las necesidades humanas mal satisfechas”¹ En la actualidad los profesionales de enfermería trabajan en todos los campos relacionados con la salud. Como dice Francine Saillant Kérouac et al : 1996) “Sus competencias están diversificadas..... las enfermeras cuidan, educan, aconsejan, dirigen y también investigan. Su trabajo actual está marcado por la polivalencia, la flexibilidad y la multidisciplinaridad.

Igualmente, está llena de paradojas. Se les pide desarrollar un espíritu analítico y tener en cuenta la globalidad. Se les exigen competencias técnicas de alto nivel manteniendo el calor humano y la sencillez en el contacto. Se desea una enfermera que pueda combinar las propiedades de la high tech –alta tecnología- y el high touch –alto contacto, proximidad”-.² Luego añade Teixidor que enfermería es una ocupación que desempeña una función social “Las enfermeras, en el ejercicio de su práctica asistencial, cumplen su misión social contribuyendo a la mejora de la salud en el medio hospitalario y comunitario.

Las Enfermeras, en continua interacción con el entorno, ofrecen servicios de salud a la persona, a la familia y a la comunidad, mediante cuidados de acompañamiento, de estimulación, de desarrollo, de soporte y de mantenimiento de la vida. Estos cuidados tienen como características

¹ Teixidor, M. Conferencia de clausura pronunciada en el marco de trabajo dedicada a “L’atenció d’Enfermeria a l’Atenció Primaria, organizada por la Divisió d’Atenció Primaria de l’Institut Catalá de Salut” (Barcelona, 24 Abril de 1996).

² Kérouc, S., Pepin, J et al “El Pensamiento enfermero”. Barcelona Masson.1996

principales el hecho de ser integrales e individualizados, ya que el acercamiento de la enfermera a la persona que necesita de sus servicios es de del orden bio-psico-social cultural y espiritual. Cuando la enfermedad afecta algún órgano, perturba el organismo y también afecta a la persona en la satisfacción de sus necesidades, corresponde a la enfermera proporcionar los cuidados de suplencia que los ayudará a vivir tales situaciones. Más allá del tratamiento de la enfermedad, que depende de la decisión del médico, con el cual la enfermera colabora, la iniciativa y decisión de la enfermera descansa sobre el análisis de la dependencia en la satisfacción de las necesidades provocadas por la situación generada por la enfermedad.

Con sus prácticas independientes, estos profesionales contribuyen de manera importante al Sistema de Salud, ya que sus cuidados e intervenciones educativas en pos de cambios de actitud inciden directamente en la promoción de la salud y en la calidad de vida. Así mismo, es tarea prioritaria de la enfermera, además de la prevención de la enfermedad, el acompañamiento, asistencia y rehabilitación de aquellos que sufren pérdida de su autonomía; en efecto uno de los objetivos del personal de enfermería consiste en ayudar al paciente — respetando siempre su propio ritmo — a mantener su dignidad, a encontrar los recursos con los que pueda recuperar su autonomía y, en los casos en que el desarrollo de la enfermedad es irreversible a acompañar al enfermo en el trance de la muerte.

Las enfermeras asumen, con su función asistencial, lo esencial de la responsabilidad en materia de cuidados, porque constituyen el recurso más importante de los servicios de salud, y porque son los únicos profesionales, que permanentemente, dan continuidad a los cuidados. Sus campos de actuación engloban la práctica clínica; también actúan en la comunidad en la que elaboran y participan en diferentes planes de intervención como difundiendo los servicios de prevención, la promoción de la salud y la educación sanitaria. Además en los programas de mantenimiento y de atención a domicilio, proporcionan apoyo, educación, consejo y cuidados de suplencia tanto a los pacientes como a sus familias. Por último asumen

función de administrar los servicios de enfermería y velan por la gestión y calidad de los cuidados, lo que comporta también la formación de los profesionales que integran dichos servicios y la investigación relacionada con el ámbito de su conocimiento disciplinar.”³

Las sociedades como la nuestra, de capitalismo avanzado, han experimentado cambios que inciden directamente en el ejercicio de las profesiones sanitarias y dentro de ello del personal de enfermería. Entre otros aspectos que contribuyen a dichos cambios están: la globalización económica, los cambios demográficos y sociales, los movimientos migratorios, las diferencias económico-sociales norte sur. El desarrollo tecnológico, la universalización de la atención sanitaria, la evolución de las enfermedades hacia la cronicidad y la pluripatología aparición de enfermedades contagiosas como el SIDA. Otro factor importante que incide directamente en los cambios en el ejercicio de las profesiones sanitarias es el mayor grado de información y capacidad de opinión de los usuarios y la mayor implicación de las personas en los aspectos referentes a su propia salud y de la comunidad. No podríamos dejar de lado la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, relacionadas con factores de riesgo como son: la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes, tabaquismo, obesidad.

Concepto de Salud. El ser humano es considerado como un todo integrado, biológico, psico-social e intelectual, es un ser dinámico que interactúa dentro de un contexto total de su medio ambiente, luchando para entenderlo y transformarlo. El hombre como ser humano requiere una interacción significativa encaminada a la realización potencial capaz de asumir responsabilidades para su realización. Las tendencias actuales de enfermería se dirigen hacia la concepción global u holística del ser humano. El concepto holístico considera al ser humano como una unidad bio-psico-social y espiritual que se encuentra en constante interacción consigo mismo y al mismo tiempo con su medio ambiente siempre cambiante.

³ Teixidor Freixa M. “Los espacios de profesionalización en enfermería”. *Enfermería Clínica* 1997-7(3):126-136.

La interacción que mantiene el hombre con su medio ambiente, con otros seres humanos y con el mismo, como ser único y al mismo tiempo semejante a los demás, es importante, ya que será la magnitud de los cambios a los que ha de enfrentarse su interacción y los comportamientos que utilizará para adaptarse; los factores determinantes para conseguir el estado de crecimiento y bienestar, por el contrario, el desequilibrio y/o enfermedad. Esta concepción asume que cada una de las estructuras que integran el ser humano tiene las propias necesidades y su propio desarrollo. Cualquier deficiencia o anomalía en alguna de las estructuras repercutirá directa o indirectamente, sobre los otros alterando su funcionamiento. Es a partir de esta concepción del ser humano desde donde intentamos analizar el concepto de salud.

Buscar una definición de salud que represente las inquietudes, las realidades y la filosofía de la sociedad europea durante el siglo XX, ha sido una preocupación de las autoridades sanitarias. En la primera mitad del siglo pasado caracterizado sobre todo por problemas políticos guerras y recuperación social y económica permitieron sentar las bases del Estado del Bienestar que buscara un máximo empleo y máxima cobertura sanitaria. Desde épocas muy remotas las organizaciones políticas han dado muestras de interés por la salud de sus habitantes, de una forma al principio intuitiva, para más tarde hacerlo apoyándose en los conocimientos epidemiológicos y en los descubrimientos científicos a los que se ha ido accediendo. Sin embargo, el derecho a la salud, o el derecho a la protección de la salud, está unido a la propia evolución de la sociedad, a la conjunción de las reivindicaciones igualitarias del socialismo.

Las exigencias del humanismo cristiano, en cuanto a la dignidad de la persona y a la convicción de que ninguna sociedad democrática podría progresar con paz social si el liberalismo económico no se acompañara de políticas redistributivas, capaces de alcanzar la debida cohesión social. La sanidad pública, juntamente con la educación pública y las pensiones públicas, se reveló como uno de los instrumentos más eficaces de esas políticas. Este es el fundamento del propio "Estado del Bienestar", que tiene sus orígenes en las Leyes Sociales de Bismarck y se concreta en el

informe “BEVERIDGE”, en 1942. En el marco de estos planteamientos doctrinales y políticos se desarrollaron los grandes sistemas sanitarios europeos, posteriores a la Segunda Guerra Mundial. El “Estado del Bienestar” supuso evidentemente una importante conquista social. Y en la mente de todos están sus logros en los campos como: La Educación, Sanidad, Justicia, Pensiones Públicas. Lo mismo que en la implantación del Seguro de Desempleo, o en el desarrollo de las Infraestructuras Públicas.

“La ausencia de enfermedad”, era un signo casi suficiente de “tener salud”, según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1948). En la segunda mitad del siglo pasado por los años 70, era necesaria una revisión a profundidad del concepto y de las bases que mantenían. El año 1977, el objetivo de la OMS era “Salud para todos el año 2000”. El año 1978 la declaración del Alma-Ata, postulaba que la Atención Primaria de Salud, era clave para conseguir salud para todos. El año 1984 la OMS lanzaba 38 objetivos para ayudar a los países a conseguirlos.

Es necesario- según Domínguez- “recuperar el sentido que los cuidados han tenido desde su origen: mantener la vida, dar vida; mantener la vida apartando o evitando el mal, además de los cuidados de reparación, restableciendo la salud combatiendo la enfermedad. Esta tarea que los profesionales tienen planteada, proporcionar una ayuda competente que permita alcanzar la independencia del cliente, o la máxima independencia posible, saber discriminar cuando la ayuda ya no es necesaria, respetar la dignidad humana, promover la participación del cliente en los cuidados y respetar su libertad individual, proporcionar como experto de una parcela de los cuidados de la salud la información que permita al cliente tomar sus propias decisiones. La técnica es necesaria, imprescindible, pero no lo es todo sin el desarrollo de las posibilidades de vida de las personas. Si no es posible triunfar sobre la muerte, no hay porqué renunciar a las posibilidades de vida que todavía existan”⁴ Los y las enfermeras –añade Domínguez-

4 Domínguez, C., “Los cuidados y la profesión de enfermera en España”. Madrid, 1986; p.246.

“precisan concretar y definir su contribución única y esencial al cuidado de la salud, conocer y hacer conocer cual es la naturaleza del servicio que prestan, de un servicio eminentemente centrado en la persona”⁵. Por todo ello impone la tarea de profundizar en la noción del cuidar.

Según Pellegrino, “el cuidar es la base moral sobre la cual tienen que reformarse nuestras obligaciones profesionales nuestra ética”⁶ El cuidar requiere tiempo y espacio, dedicación y técnica, ciencia y sabiduría, conocimiento teórico y práctico. El deber moral de los profesionales sanitarios no sólo radica en el buen ejercicio de su profesión, sino en la reivindicación de unas condiciones adecuadas desde el punto de vista institucional para el buen ejercicio del cuidar. Es allí donde radica la dimensión social y política de la profesión de Enfermería.

La práctica adecuada de Enfermería precisa de unas determinadas condiciones, no solo desde el punto de vista económico o burocrático, sino estructural. En determinados contextos, la presión exterior y los intereses instrumentales y utilitarios dificultan el ejercicio de los cuidados. La masificación de los centros asistenciales, la burocratización del sistema sanitario, la estructura piramidal de poder, los intereses económicos, son factores que obstaculizan la tarea del cuidar.

Nos encontramos ante el reto donde se hace necesario desarrollar de modo crítico un análisis pluridimensional del cuidar, tanto en sus aspectos técnicos y psicológicos, como en sus aspectos antropológicos, sociológicos e institucionales, y humanos, es decir, el acompañamiento pluridimensional, tanto en intención como en la extensión. Si la Antropología Filosófica es la reflexión filosófica, esto es, honda y permanente, sobre la condición humana, y por otro lado, la Enfermería es el cuidado del ser en extensión, de la persona enferma. La Enfermería necesita complementarse de otras disciplinas como la Antropología Filosófica y viceversa.

5. Domiguez, C., ib´dem, p. 244.

⁶ Pellegrino, E. “The caring Ethics”, En: A. H. Bishop y J. R. Scudder (ed.), Caring, curing, coping. Alabama, 1985; p. 30.

2.1 La ciencia del hombre y sus paradigmas

Entre todo lo que nos rodea, el hombre en si siempre ha llamado la atención del propio hombre. Como producto de esta curiosidad y en el afán de explicar la naturaleza humana han surgido las ciencias del hombre: nos llama la atención los escritos de Torralba. Revisaremos algunas de sus definiciones.

Primera definición:-según Torralba- “La Antropología Filosófica es el discurso filosófico sobre el ser humano”.⁷

No se trata de aquel ser humano, sino del ser humano “in abstracto”, es decir, de lo que es el ser humano más allá de sus concreciones históricas, biológicas, económicas, sociales, religiosas y culturales.

Segunda definición: “La Antropología Filosófica es el discursos racional, crítico y dialógico en torno a la condición humana.”⁸

La Antropología es un discurso racional, aunque no únicamente racional, pues intervienen factores de tipo subjetivo, emotivo, histórico social y religioso, pero fundamentalmente es racional.

Ensayemos, todavía añade –Torralba- “una última definición de Antropología Filosófica puede definirse como un discurso filosófico, esto es, racional, crítico y dialógico en torno a la condición humana, cuyo fin es dilucidar lo más propio y específico de la condición humana y comprender globalmente las múltiples expresiones y modalidades del vivir humano.

La vida humana con todas sus ambigüedades y perplejidades”⁹

⁷ Torralba i Roselló F., “Antropología del Cuidar”, Ed. Gráficas Lormo,S.A., España 1998,p.33

⁸ Torralba i Roselló F., ibídem, p.34.

⁹ Ibídem.,p.35.

2.2 Paradigmas

Resumen del esquema de Torralba:

1. El Valor de la Historia

Para la Antropología Filosófica es un diálogo transhistórico crítico y racional sobre la esencia y el sentido de la condición humana. Donde Aristóteles, Kant y Hegel son plenamente actuales como material de análisis y creación.

2. Occidente y Oriente

Por lo general, existen dos grandes esferas de pensamiento: el pensamiento occidental, cuya génesis se remonta a los presocráticos en el siglo VI a.C. y se desarrolla posteriormente en el universo cristiano medieval y en la Modernidad europea. Por otro lado, está el pensamiento de raíz oriental que se refiere al conjunto plural y heterogéneo de las grandes sabidurías del Extremo Oriente, esto es, al Brahmanismo y a sus múltiples “dharsanas” o interpretaciones. Oriente y Occidente constituyen dos visiones distintas, aunque complementarias del Mundo, de Dios y del Hombre.

La síntesis intelectual entre Oriente y Occidente, en una sociedad plural y multicultural, resulta fundamental desde todos los puntos de vista. La comprensión mutua es la base de la convivencia y de la ciudadanía en el mundo. También en el plano asistencial, es necesario introducirse en esta problemática, pues resulta imposible asistir y cuidar a un ser humano fuera del marco de su cultura. El ser humano es un animal cultural, ineludiblemente cultural y eso significa que se reconoce y se desarrolla en el seno de unos símbolos, de unos mitos, de un lenguaje de una mentalidad. El desarraigo cultural constituye, desde este punto de vista, un grave problema que tiene, además, efectos desde el punto de vista de la salud integral de dicho sujeto. Resulta imposible cuidar a un ser humano fuera de los parámetros de su cultura, pues sólo en el marco de su hemisferio cultural se siente seguro y protegido, amparado y reconocido. Cuando el ser humano sufre, además, una enfermedad y se halla en un

estado máximamente vulnerable, entonces precisa con mucha más urgencia de su entorno cultural. Los aspectos cultural, lingüístico y religioso son fundamentales en la praxis de la asistencia y del cuidado.

Existen cinco grandes rasgos de la visión del hombre en el conjunto de las sabidurías de Oriente. En primer lugar, en el conjunto de la sabiduría oriental, el ser humano tiene un carácter sagrado, es decir, es la expresión singular e individual de lo divino, de la única realidad, Dios, que está, más allá de cada ser individual, pero se expresa en todos y en cada uno de ellos. En segundo lugar, en las grandes sabidurías orientales, la realidad trasciende el marco de los sentidos y de las percepciones. En tercer lugar, la naturaleza espiritual de lo humano constituye una tesis fundamental de las grandes sabidurías de Oriente. En la tradición hinduista, el Baghavad Gita, el cuerpo se describe como un vestido y, por lo tanto, como algo completamente extrínseco a la identidad del ser humano. Cuando un individuo nace, se viste con un cuerpo y cuando muere se despoja de dicho vestido, de dicho cuerpo, pero el espíritu subsiste. En cuarto lugar, el fin de la existencia humana en las grandes sabidurías de Oriente es la liberación. La liberación es un camino del ser y del obrar y no exclusivamente de saber. Hay en quinto lugar un rasgo muy característico de las sabidurías orientales, a saber su visión cíclica de la historia. M. Eliade lo expresó de un modo sintético con el famoso ensayo *El mito del eterno retorno*. Según esta tesis la historia es un círculo eterno, donde todo vuelve, donde todo se repite de un modo infinito e inalterable. La vida humana constituye una particularidad de este eterno retorno, lo que significa que el ser humano no es una realidad única e irrepetible, sino un espíritu eterno que se transforma y adquiere distintas modalidades a lo largo de la historia.

3. La herencia Occidental

La herencia de la cultura occidental se construye en base a tres grandes tradiciones: el mundo grecorromano, cuyo máximo esplendor se sitúa en la Grecia antigua (Sócrates, Platón y Aristóteles). El mundo cristiano, cuyo máximo desarrollo se produce en el siglo XIII (Santo

Tomás, San Buenaventura, Ramón Lull). El mundo moderno, del siglo XVIII, nos referimos a la ilustración alemana y francesa. Atenas, Jerusalén y Berlín constituyen, el fundamento cultural de la herencia occidental. En el círculo de ideas de la antigüedad clásica está la visión platónica del ser humano, pero también la caracterización aristotélica, así mismo las corrientes como el Estoicismo, el Epicureísmo, el Cinismo, o el Escepticismo.

4. Paradigma Grecorromano

Cuatro ideas constituyen el núcleo del paradigma grecorromano.

Primera idea: el ser humano es una realidad dual de cuerpo y alma.

Segunda tesis: el ser humano es animal que tiene logos, que tiene la facultad de pensar y de contar con palabras la realidad.

Tercera idea: el ser humano es animal político, esto es, que vive y se desarrolla en el seno de la ciudad.

Cuarta idea: el ser humano desea, por naturaleza, la sabiduría.

5. Paradigma Judeocristiano

En el círculo de ideas judeocristianas en torno a la naturaleza humana, es preciso resaltar las siguientes:

Primera idea: el ser humano es una unidad estructural, una globalidad.

Segunda idea: la persona es una criatura hecha a imagen y semejanza de Dios.

La tercera idea: La persona es un ser trascendente cuyo fin es la comunión con Dios.

Cuarta idea: el ser humano es un ser caído y, por lo tanto, débil y frágil que necesita ser liberado del pecado original.

Quinta idea: el ser humano es un ser capaz de amar, cuyo centro de gravedad no es el logos, sino el corazón.

6.- El Paradigma Moderno

Primera idea: El ser humano es el centro de la cultura, de la sociedad, de la historia y de la naturaleza.

Segunda idea: el hombre es el resultado de una evolución millonaria de la vida biológica.

Tercera idea: el ser humano es un ser radicalmente libre y la libertad le define desde un punto de vista esencial.

Tercera idea: el ser humano es un animal instintivo que sufre por la represión cultural, social y religiosa.

Cuarta idea: el hombre es un ser enajenado que lucha por su liberación.

Las ideas como libertad, instinto, rebeldía, alienación antropocentrismo, razón, constituyen los hilos fundamentales del tejido filosófico de la modernidad.¹⁰

7.- La crisis Paradigmática.

Según García Bacca, nos hallamos en un período de crisis paradigmática en el plano antropológico. Esto significa que, en nuestro tiempo carecemos de una visión global, sintética e integral del ser humano, pues los tres paradigmas anteriores sufren una grave erosión. “Nuestra existencia –concluye García Bacca- es problemática, y nuestra esencia, problemática. Las anteriores: griega, la medieval, son tema: algo bien puesto, firme, estable y permanente”¹¹

Torralba no contempla el aporte de Africa y América Latina al pensamiento contemporáneo.

Las sociedades son frágiles, las democracias y sus instituciones también lo son. Asistimos a diferentes conflictos. Este vacío puede ser

¹⁰ Torralba Ibídem 69-84

¹¹ García Bacca, D. “Antropología filosófica contemporánea”. Barcelona, 1982; p. 31.

ocupado por ideologías extremistas de todo tipo. Para que exista democracia, hace falta que existan demócratas. Y se respeten las normas del juego democrático. Las sociedades que busquen el antídoto contra los gérmenes de la violencia, tendrán que valorar seriamente la protección del niño y de la madre, puesto que en los primeros años de vida, es donde se decide el futuro de las personas.

Según Rojas Marcos “La vieja ley de ojo por ojo termina dejando ciegos a todos...El desarrollo del carácter y la personalidad ha sido estudiado a fondo por renombrados psicólogos, psiquiatras y educadores como Sigmund Freud Jean Piaget, Eric Ericsson, Margaret Mahler y John Bowlby. Sus diversas teorías dan relieve a aspectos biológicos, cognitivos y emocionales distintos, pero suelen compartir principios fundamentales. A grandes rasgos, el carácter se empieza a forjar desde el primer día de vida. Nacemos con un temperamento, con un potencial y con unos instintos y tendencias vitales que están programados en nuestro equipaje genético. Otros atributos innatos, sin ser instintivos ni hereditarios, también pueden tener un impacto definitivo en la personalidad, como es el caso de ciertos factores hormonales y trastornos cerebrales producidos durante el embarazo o el parto”.¹²

¹² Rojas Marcos Luis “Las Semillas de la Violencia” Ed.Círculo de lectores S.A. 1995 p.202-203

3 EXAMEN PLURIDIMENSIONAL DE LA PERSONA

Resumiendo el esquema de Torralba encontramos:

3.1 La persona como estructura

El proceso de estructuración, de la persona tiene connotaciones de tipo estético, ético, religioso, político, social, intelectual y emotivo y eso significa que la persona está siempre en proceso de estructuración, pues se puede crecer en muchas dimensiones. Pero además, la persona, en cuanto a tal, no es una estructura absoluta e inalterable, como puede ser una estructura de tipo geométrica, sino que es una realidad que sufre procesos de desestructuración, es decir, de caotización, no sólo en el sentido material del término, sino en el sentido racional, emotivo religioso, cultural, económico social. Por otro lado, cuidar, desde esta perspectiva, es asistir a un sujeto que sufre una desestructuración global en su ser, porque la desestructuración jamás es regional o sectorial, sino que afecta a todas las dimensiones. La desestructuración somática, ética, cultural, religiosa emotiva e intelectual es un proceso patológico que requiere la práctica terapéutica y el cuidado en distintas direcciones.

3.2 Persona como totalidad

Una de las notas características de la realidad personal es la totalidad. La persona es totalidad, es decir, se refiere a la totalidad humana, a todos sus constitutivos, a todas sus partes, al conjunto. La persona no se reduce a su riñón, no se reduce a su mente a su forma externa, sino que es un todo integrado. El especialista tiende a observar al ser humano desde su prisma intelectual, esto es, como sociólogo, como nefrólogo, como cardiólogo y ello conlleva, por lo general, a una pérdida de hondura y de anchura en la mirada. El enfermo, además de tener sus facetas somática, psicológica y sociocultural, posee una faceta interior que le da unidad o totalidad al conjunto y que lo integra al mundo de los valores y principios fundamentales de la vida y del mundo. Conocer las creencias, los valores o la fe de un paciente, sobre todo si éste se encuentra en graves condiciones, puede ser de gran importancia, pues ello puede permitir ofrecer una ayuda más singularizada, mas personalizada.

3.3 La persona como subsistencia

La vida, la historia, las experiencias, las vivencias moldean la estructura humana y de este modo aparecen distintas configuraciones, pero más allá de estas variaciones subsiste algo, una identidad, un yo que no es estático, sino completamente abierto y sensible a lo exterior. La vida es el gran alfarero que va moldeando el rostro de la persona, las distintas caras del polígono humano.

3.4 La persona como proceso de desarrollo

Decir que la persona es un dinamismo significa afirmar que es un ser móvil y mutante, una fuerza de acción, de creación de pensamiento. El pleno y total desarrollo de todos los órdenes y niveles potenciales de la estructura pluridimensional y plurirrelacional que es el sujeto humano es la felicidad.

3.5 La persona como unicidad

El término persona significa directamente el ser personal propio de cada hombre, su nivel más profundo, misterioso e inalcanzable. La persona no es algo, sino alguien. La persona nombra a cada individuo personal, lo propio y lo singular de cada Hombre, su estrato más profundo. Merece por ello, ser nombrado con su nombre propio que se refiera a él mismo. Precisamente por que la persona es un ser único, su muerte no se puede interpretar como la pérdida de algo, sino como una ausencia radical.¹³

¹³ Torralba F., *Ibíd*em p. 109-117

4 LA PERSONA FRENTE A SITUACIONES LÍMITE:

4.1 *El sufrimiento*

El sufrimiento no es ajeno a la vida humana, sino que está completamente presente en ella aunque bajo formas y modalidades muy distintas. El hombre sufre precisamente por que es vulnerable y cuando sufre o cuando está enfermo se percata de un modo patente de su extrema vulnerabilidad. Resulta enriquecedor el testimonio del Sr.Gala cuando habla de su primer infarto “Cogí el coche acompañado de mi mujer y nos fuimos a la Clínica Sant Jordi, en la calle Vía Augusta de Barcelona. Entré me senté en una silla. Me hicieron un electrocardiograma y cuando me iba a levantar me dijeron que no me moviera de allí, así que llamaron a mi mujer y le dijeron “coja la ropa de su marido, por que tiene un infarto y nos lo llevamos a la UCI...” Los días en la UCI reflexioné lo que mis padres pasaron cuando dejaron a sus siete hijos sin comer, ni nada. ¿Con qué remordimiento se irían? Lo único que pensaba era en dejar los papeles en regla y que mi familia se pusiera al corriente de la empresa para que pudieran tirar hacia delante. Mis hijas todavía no estaban bien integradas para saber llevar el negocio y me ponía nervioso por que tenía la empresa de la que nadie sabía nada, en que situación estaba, ni donde ni como estaba el dinero ni cuánto debía, ni a quién le debía. Para mí fue un drama, de aquellos que solo Dios y yo sabemos. No se como pude salir de aquello.”¹⁴

El sufrimiento humano es universal, y por ello la actitud más adecuada frente a la persona que sufre es la solidaridad y el silencio. Acción comprometida y sumo respeto a la persona que padece. Como ejemplo de universalidad del sufrimiento se cita aquí la expresión del poeta peruano César Vallejo (1892-1938), el poeta de la solidaridad humana.

“Yo no sufro este dolor como César Vallejo. Yo no me
Duelo ahora como artista, como hombre ni como sim-
ple ser vivo siquiera. Yo no sufro este dolor como cató-

¹⁴ Gala,M.,Memorias de un extremeño que construyó su nombre Ed. Igual,S.A.Barcelona 2003 p.216

lico, como mahometano ni como ateo. Hoy sufro solamente. Si no me llamase César Vallejo, también sufriría este mismo dolor. Si no fuese artista, también lo sufriría. Si no fuese hombre ni ser vivo siquiera, también lo sufriría. Si no fuese católico, ateo ni mahometano, también lo sufriría. Hoy sufro desde más abajo. Hoy sufro solamente.

Me duelo ahora sin explicaciones. Mi dolor es tan hondo, que no tuvo ya causa ni carece de causa. ¿Qué sería su causa? ¿Dónde está aquello tan importante, que dejase de ser su causa? Nada es su causa; nada ha podido dejar de ser su causa. ¿A que ha nacido este dolor, por si mismo? Mi dolor es del viento del norte y del viento del sur, como esos huevos neutros que algunas aves raras ponen en el viento. Si hubiera muerto mi novia, mi dolor sería igual. Si me hubieran cortado el cuello de Raíz, mi dolor sería igual. Si la vida fuese, en fin, de otro modo, mi dolor sería igual. Hoy sufro desde más arriba. hoy sufro solamente.

Miro el dolor del hambriento y veo que su hambre anda tan lejos de mi sufrimiento, que de quedarme ayuno hasta morir, saldría siempre de mi tumba una brizna de yerba al menos. Lo mismo el enamorado. ¡Qué sangre la suya más engendrada, para la mía sin fuente ni

consumo”¹⁵

4.2 La muerte. Las curas paliativas y el proceso de duelo

Los cuidados paliativos han de estar encaminados para conseguir que el paciente mantenga en todo el proceso la mejor calidad de vida posible. La respuesta emotiva a la pérdida de una persona querida es el duelo. El duelo no es un momento, una situación o un estado, sino todo un proceso. En todo el proceso del duelo se distinguen diversas etapas, que experimentan tanto la familia como el mismo paciente. Las que describe Kubler Ross son:

1ª etapa: **Negación**. Hay un predominio de la negación y una búsqueda de culpables de la situación actual. A veces se tiende al aislamiento.

2ª etapa: **Ira**. Hay un predominio de sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. La ira se proyecta hacia todas las direcciones. (resto de la familia, personal sanitario, etc.).

3ª etapa: **Pacto**. Es una etapa muy breve. Se trata de un acuerdo para proponer aquello que es inevitable. Son pactos que se realizan habitualmente en la intimidad.

4ª etapa: **Depresión**. La depresión se utiliza es utilizada como un instrumento para prepararse para la pérdida inminente.

5ª etapa: **Aceptación**. Es la etapa de la resolución en que los sentimientos negativos (dolor, pérdida, etc.) parece que hayan desaparecido.¹⁶

El análisis psicológico del duelo es fundamental para comprender los distintos mecanismos que tiene la persona para superar, en el plano de la vida psíquica, la ausencia de la persona amada. En el arte de cuidar, el

¹⁵ Vallejo C. “Poesía Completa”. Edición de Antonio Merino Ed. Akal, S.A. Madrid 2005 p.241.

¹⁶ Kubler – Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1994

pleno dominio del discurso psicológico es fundamental para enfrentarse adecuadamente a dicha experiencia.

La muerte es un tema interdisciplinar, según Torralba “El hombre occidental vive de espaldas a la muerte, se acerca lentamente hacia ella, pero elude pensarla. Esta tabuización de la muerte subsiste simultáneamente con una auténtica banalización del hecho de morir, con la presencia cotidiana de la muerte a través de la pantalla.”¹⁷ Sin embargo ese bombardeo de imágenes de muerte, no activa la reflexión sobre el morir. En la sociedad tecnológica añade Torralba “la posibilidad de prolongar la vida humana más allá de los límites adecuados es una posibilidad real y frente a esta posibilidad el discurso ético debe delimitar el valor y la dignidad de morir. Desde esta perspectiva, es fundamental la reflexión entorno al suicidio, a la eutanasia, a la distanasia y otras formas de morir que, por principio, son polémicas y despiertan duros debates de orden intelectual. ¿Cuál es la muerte buena en nuestra sociedad tecnológica? ¿Qué significa morir bien en nuestro mundo? La determinación de la muerte buena, del morir digno constituye un tema fundamental en la ética de la muerte”¹⁸

En el arte de cuidar, la comprensión de la muerte es importante para dispensar un adecuado acompañamiento a la persona moribunda. La muerte, junto con el amor, constituye uno de los temas del discurso poético, desde los orígenes hasta la actualidad. El poeta César Vallejo dice así ¹⁹

<“Las Ventanas se han estremecido..”>

“La familia rodea al enfermo agrupándose ante sus sienes
regresivas, indefensas, sudorosas. Ya no existe hogar
sino en torno al velador del pariente enfermo, donde
montan guardia impaciente, sus zapatos vacantes, sus
cruces de repuesto, sus píldoras de opio. La familia ro-

¹⁷ Torralba F. “Antropología del Cuidar” Ed.Lormo Barcelona:1998 p.282

¹⁸ Torralba Antropología.....pg.283

¹⁹ Vallejo C. “Poesía Completa” Ed. Akal S.A. Madrid 2005 p.235-236

deja la mesita por espacio de un alto dividendo. Una mujer acomoda en el borde de la mesa, la taza, que casi se ha caído.

Ignoro lo que será del enfermo esta mujer, que le besa y no puede sanarle con el beso, le mira y no puede sanarle con los ojos, le habla y no puede sanarle con el verbo.

¿Es su madre? ¿Y cómo, pues, no puede sanarle? ¿Es su amada? ¿Y como, pues, no puede sanarle? ¿Es su hermana? ¿Y como, pues no puede sanarle? Es simplemente una mujer? ¿Y como, pues, no puede sanarle?

Porque esta mujer le ha besado, le ha mirado, le ha hablado y hasta le ha cubierto mejor el cuello al enfermo y ¡cosa verdaderamente asombrosa!, no le ha sanado.

El paciente contempla el calzado vacante. Traen queso. Llevan tierra. La muerte se acuesta al pie del lecho, a dormir en sus tranquilas aguas y se duerme. Entonces, los libres pies del hombre enfermo, sin menudencias ni pormenores innecesarios, se estiran en acento circunflejo, y se alejan, en una extensión de dos cuerpos de vivos, del corazón.

El cirujano ausculta a los enfermos, horas enteras. Hasta donde sus manos cesan de trabajar y empiezan a jugar, las lleva a tientas, rozando la piel de los pacientes, en tanto sus párpados científicos vibran, tocados por la indocta,

por la humana flaqueza del amor. Y he visto a esos enfermos morir precisamente del amor desdoblado del cirujano, de los largos diagnósticos, de las dosis exactas, del riguroso análisis de orinas y excrementos. Se rodeaba de improviso un lecho con un biombo. Médicos y enfermeros cruzaban delante del ausente, pizarra triste y próxima, que un niño llenará de números, en un gran monismo de pálidos miles. Cruzaban así, mirando a los otros, como si más irreparable fuese morir de apendicitis o neumonía, y no morir al sesgo del paso de los hombres.”

5 LA CIENCIA Y EL ARTE DE CUIDAR

Según M. Leininger “la conducta y las prácticas cuidantes distinguen singularmente a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas.”²⁰ Leininger considera el cuidado como uno de los conceptos más poderosos y el fenómeno particular de la Enfermería.

Como afirma Torralba “Uno de los objetivos del personal de cuidados de la salud debería ser el intento de comprensión de lo que son los cuidados y la salud en diferentes culturas porque los valores, las creencias y los modos de vida de cada cultura proporcionan una base sobre la que planificar y ejecutar de forma eficaz los cuidados específicos en aquella cultura.”²¹ La Enfermería no puede separar factores de la estructura social de la salud, el bienestar, la enfermedad, o los cuidados de cada cultura por que tienden a relacionarse estrechamente y de forma interdependiente. Factores de la estructura social tales como la religión, la política, la cultura, la economía y el parentesco son fuerzas significativas que afectan la salud, los cuidados y la curación.

Según Virginia Henderson “La función propia de Enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo a la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a la muerte pacífica), que este realizaría sin ayuda, si tuviera fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacerlo de tal manera que lo ayuda a ganar independencia a la mayor brevedad posible”²² En esta línea menciona Teixidor “otra conceptualización del rol profesional de la enfermera engloba tres dimensiones que son: el rol autónomo, el rol de colaboración y vigilancia y el rol delegado de la aplicación de las prescripciones médicas”²³

²⁰ Leininger, M. “Caring: An essential human need”. Thorofare, 1981; p.4. Citado por Torralba F. Antropología del Cuidar Fundación Mafre Medicina Ed. Lormo Barcelona: 1998 p.4.

²¹ Torralba, F. “Antropología del Cuidar” Ed. Lormo Barcelona: 1998 p.4.

²² Henderson, V. “The nature of nursing: A definition and its implications for practice research and education.”. New York, 1966; p. 15 Citado por Torralba p.4.

²³ Teixidor, M. “L’aprebetat de la comunicació element essencial en la formació de un futur infermer/a” Conferencias impartida a la I Jornada d’ Enfermería “Rol Autónom de la infermeria interacció amb el malalt” Organizada por la Clínica Mental Sta. Coloma i la E.U.I. Gimbernat, 1992.

La Enfermería tiene sus bases teóricas en el siglo XIX, a partir de los planteamientos de Florence Nightingale, la Enfermería es fundamentalmente un ejercicio profesional específico, una praxis y no una Teoría. Es decir, la Enfermería es fundamentalmente el desarrollo de una actividad humana, una actividad que tiene sus características propias y distintas, con una autonomía, lo que no significa que sea autárquica o excluyente. Es una actividad profesional en el área de la atención de la salud que aporta una especificidad completamente singular e insustituible.

Históricamente las autoras que más han destacado con sus trabajos y aportes han sido clasificadas. Para tratar de los modelos más conocidos de enfermería, resumo trabajo de Marriner,A., y Raile,M., de su libro Modelos y teorías en enfermería:

Cuadro-I

Evolución de las teorías de enfermería dentro de los tipos de trabajo

FILOSOFÍAS
Nightingale
Wiedenbach
Henderson
Abdellah
Hall
Watson
Benner

MODELOS CONCEPTUALES
Orem
Levine
Rogers
Jonson
Roy
Neuman
King
Roper ,Logan y Tierney
TEORIAS
Peplau Orlando
Travelbee
Riehl - Sisca
Ericsson , Tomlin y Swain
Mercer
Bernard
Leininger
Parse
Fitzpatrick
Neuwan
Adam
Pender

Elaborado por: Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood. ²⁴

²⁴ Marriner A., Raile M. “ Modelos y Teorías en enfermería”, Ed. Harcourt Madrid 2000 p.57

5.1 Modelo de Florence Nightingale (La enfermería moderna)

“SUPUESTOS PRINCIPALES

Enfermería

Nightingale creía que todas las mujeres, en algún momento de su vida, tendrían que actuar como enfermeras, entendiendo enfermería como la responsabilidad de velar por la salud de otros. Así. *Notes on Nursing* fue escrita para explicar a las mujeres las líneas maestras sobre la práctica de la enfermería y suministrarles consejos que les ayudaran a “pensar como enfermeras”. Fitzpatrick y Whall describieron la idea de que entorno de Nightingale como la suma de “todos aquellos elementos externos que influyen en la salud de las personas sanas y enfermas”, en lo que se incluía “todo, desde los alimentos y las flores del paciente hasta las interacciones verbales y no verbales con que se expresa”. Casi ningún elemento escapaba de su definición de entorno.

Persona

En la mayoría de sus escritos, Nightingale aludía a las personas como pacientes. Las enfermeras trabajaban por y para el paciente y se encargaban de controlar el entorno en el que éste se movía para facilitar su recuperación. En su mayor parte, estas descripciones hacen referencia a pacientes pasivos. Sin embargo, existen apuntes específicos de acciones de autocuidado en el paciente, siempre que sean posibles, y de sus opiniones acerca de los horarios y el contenido de las comidas; por ejemplo, se recomendaba a la enfermera que preguntara al paciente acerca de sus preferencias. No obstante, la responsabilidad del control del entorno del paciente recaía principalmente en la enfermera, según definición aportada por Nightingale.

Salud

Nightingale definió salud como un estado de bienestar en el que se aprovechan al máximo las energías de las personas. Además, contemplaba la enfermedad como un proceso reparador instituido por la naturaleza cuando se producen situaciones de falta de cuidado. Nightingale imaginaba la salud como un estado que podía mantenerse mediante la prevención de la enfermedad a través del control del entorno; llamó a esta idea “enfermería de la salud”, para distinguirla de la atención a pacientes enfermos en pos de su recuperación o, al menos, de la mejora de sus condiciones de vida hasta su muerte.

Entorno

Los supuestos de Nightingale sobre las condiciones sociales son también relevantes en el marco de su teoría. Así creía que los pobres podrían aliviar sus enfermedades con una mejora en las condiciones ambientales, que tendrían influencia tanto en sus cuerpos como en sus mentes; también se mostraba convencida del papel instrumental que desempeñaban las enfermeras en la modificación del estado social de los pobres, siempre mediante el fomento de las mejoras en sus condiciones de vida.”²⁵

5.2 Modelo de Virginia Henderson (Definición de enfermería)

Es uno de los modelos conceptuales más conocidos, e introdujo la definición de función propia de la enfermera, que fue adoptada por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE)²⁶ Las ideas clave de su pensamiento se encuentra contenido en su libro Principios de los Cuidados básicos de Enfermería actualmente difundida en numerosas escuelas de enfermería y centros de cuidados.

²⁵ Marriner, A. y Raile, M., Modelos y teorías en enfermería Ed. Harcourt, Madrid 2000, p.73-74

²⁶ (CIE) Consejo Internacional de Enfermería

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Resumido por Marriner, A. y Raile:

Enfermería

Henderson definió la enfermería en términos funcionales: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible.

Salud

Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. En la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing* citó diversas definiciones de salud de varias fuentes, entre ellas la del estatuto de la Organización Mundial de la Salud. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como declaró, “se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cotas”

Entorno

Tampoco en este caso dio Henderson una definición propia de entorno. Acudió, en cambio, al *Webster New Collegiate Dictionary* de 1961, en el que se define entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”,

Persona (Paciente)

Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables.

Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.

Necesidades

En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería. Estas necesidades son las siguientes:

- Respirar normalmente
- Comer y beber de forma adecuada.
- Evacuar los desechos corporalmente.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Dormir y descansar.
- Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
- Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
- Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
- Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Actuar con arreglo a la propia fe.

- Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
- Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.”²⁷

Se sobreentiende que resulta coherente con nuestros valores culturales, y que emplea una terminología de fácil comprensión para describir conceptos. Realmente todos los profesionales de enfermería comprendemos el Modelo de Virginia Henderson? No significa que el modelo sea simplista o simplificador si no que la aplicación de los modelos en la práctica exige simplicidad y concreción. La mayoría de los profesionales de enfermería aplicamos con simplicidad y corrección un modelo de Virginia Henderson? Podría suceder por la urgencia de realizar actividades, por la presión con que se trabaja, exista la tendencia a asociar el modelo de Virginia como las 14 necesidades que hay satisfacer mecánicamente? Se dice que su construcción teórica es muy abierta. A partir de allí cada uno entiende lo que le parece y luego cuesta ponerse de acuerdo en su solo tema por que cada uno tiene una opinión distinta? Incluye también como parte de la actuación de la enfermera el papel de colaboración con otros profesionales de salud.

²⁷ Marriner, A. y Raile, M., Modelos y teorías en enfermería, Ed. Harcourt Madrid, 2000, p.102.

5.3 Modelo de Dorotea Orem (Teoría del déficit de autocuidado)

Según Marriner, A. y Raile, M. LOS PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES SON:

“Orem ve su modelo del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres subteorías interrelacionadas que describen:

el autocuidado (cómo y por qué se cuidan a las personas),

el déficit de autocuidado (porqué la enfermería puede ayudar a las personas), y

los sistemas de enfermería (que relaciones deben crearse y mantenerse para que exista la enfermería).

En este apartado se señalan los conceptos principales de estas teorías, explicados en todo detalle en el libro de Orem Nursing Concepts of Practice.

Autocuidado

El autocuidado es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.

Requisitos del autocuidado

Estos requisitos se derivan de una reflexión interior formulada expresamente que distingue las acciones que, según se sabe o se cree, son necesarias para regular los diversos aspectos del funcionamiento humano y el desarrollo permanente o en condiciones y circunstancias específicas.

Por cada requisito del autocuidado formulados se fija:

el factor que se debe controlar u orientar para mantener el funcionamiento y desarrollo humano con arreglo a las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal, y la naturaleza de la acción necesaria. Los requisitos del autocuidado formulados abiertamente constituyen el fin formal del mismo y expresan los resultados deseados o pretendidos, es decir, las metas que persigue aquél.

Requisitos del autocuidado universales

Los objetivos necesarios a escala universal que se deben satisfacer a través del autocuidado o del cuidado dependiente tienen su origen en lo que se conoce de forma contrastada lo que está en vías de comprobación acerca de la estructura humana y la integridad funcional en las diversas etapas del ciclo vital.

En esta teoría se proponen seis requisitos que comparten los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un consumo de aire, agua y alimento suficiente.
2. La prestación de la asistencia que se asocia con los procesos de eliminación y los excrementos.
3. La preservación de un equilibrio entre actividad y reposo.
4. El mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.
5. La prevención para los riesgos de la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.
6. La promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal. El término *normalidad* se utiliza aquí para referirse a lo que es humano en esencia y se corresponde con las cualidades y las características genéticas constitutivas del individuo.

Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo

Estos requisitos se desgajan de los universales en la segunda edición de *Nursing: Concepts of Practice*, y se definen aquellos que tienen por objeto promover mecanismos que ayuden a vivir y madurar y a prevenir enfermedades que perjudiquen dicha maduración o a aliviar sus efectos.

Requisitos del autocuidado cuando falla la salud

Estos requisitos son comunes en las personas que están enfermas o que han sufrido algún accidente y que presentan algún trastorno o estado patológico en concreto, en lo que se incluyen defectos y discapacidad, y para los que existe un diagnóstico y se ha iniciado un tratamiento médico. Las características de la falta de salud como un estado que abarca un cierto período de tiempo determinan el tipo de cuidados necesarios mientras se sufren los efectos del estado patológico y dura la enfermedad.

Las enfermedades o lesiones no sólo afectan a estructuras concretas y a mecanismos fisiológicos y psicológicos, sino también al funcionamiento global del cuerpo. Cuando este funcionamiento global está seriamente alterado (retraso mental grave, estado de coma, autismo), la capacidad del individuo maduro o joven para actuar se ve seriamente afectada, ya sea de forma permanente o temporal. En estados de salud anormales, los requisitos de autocuidado nacen tanto de la circunstancia de estar enfermo como de las medidas tomadas en el diagnóstico o el tratamiento.

En el modelo de Orem se enumeran seis categorías de requisitos de autocuidado cuando falla la salud deben ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes del individuo. La complejidad de los sistemas de autocuidado o de cuidado dependientes es aún mayor por el alto número de tipos de necesidades generadas por la falta de salud que deben satisfacerse dentro de un intervalo de tiempo determinado.

Demanda de autocuidado terapéutico

En esta categoría se encuentra la suma de todas las medidas sanitarias necesarias en momentos concretos o a lo largo de un período de tiempo para satisfacer las necesidades de autocuidado conocidas del individuo, que dependen en particular de cada enfermedad y de las circunstancias y requieren la aplicación de métodos apropiados para:

- 1) controlar o gestionar factores identificados en las necesidades, de valor obligatorio para el funcionamiento del organismo como, por ejemplo, el aire, el agua y suficiente alimento, y
- 2) cumplir con elemento de actividad de la necesidad. Por ejemplo, mantenimiento, promoción y provisión.

La demanda de autocuidado terapéutico en cualquier momento:

- 1) Describe factores en el paciente o en el entorno que (en pro de la vida, la salud o el bienestar del paciente) deben mantenerse estables dentro de un rango de valores o conducirse hasta este rango de forma permanente, y
- 2) posee un grado conocido de eficacia instrumental que se deriva de la selección de la tecnología y las técnicas específicas que se van a aplicar, con el fin de tratar y en cierto modo, controlar a un paciente o unos factores cambiantes del entorno.

Actividad de autocuidado

Esta actividad se describe como la compleja capacidad adquirida por las personas jóvenes y maduras para conocer y satisfacer de forma continua sus necesidades y llevar a cabo una acción deliberada e intencionada para regular su funcionamiento y desarrollo individual.

Agente

Persona que se compromete a realizar una serie de acciones o que tiene poder para hacerlo.

Agente de cuidado dependiente

Por lo general, estos agentes son personas adolescentes o adultas que aceptan y cumplen con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico de otras personas socialmente dependientes de ellas, o bien que regulan el desarrollo o el ejercicio para que estas personas lleguen a conseguir un autocuidado.

Déficit de autocuidado

Relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad autoasistencial en la cual las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la actividad no sirven o no resultan adecuadas para conocer o satisfacer parte o la totalidad de los componentes de la demanda existente o potencial.

Actividad de enfermería

Conjunto de aptitudes que desarrollan las personas con formación de enfermeras para poder asumir su papel dentro de un marco de relación interpersonal legítima con el fin de actuar, conocer y ayudar a las personas, satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o ejercicio de la actividad de autocuidado.

Diseño de enfermería

Función profesional realizada antes y después del diagnóstico y la prescripción a través de la cual las enfermeras, aplicando criterios prácticos sobre trastornos reales, sintetizan los elementos concretos para descubrir relaciones ordenadas que permitan estructurar las unidades operativas. El propósito del diseño de enfermería es ofrecer líneas maestras que ayuden a lograr resultados necesarios y previstos creados por la enfermera para alcanzar determinadas metas; las unidades en conjunto constituyen el modelo que orienta la actuación de la enfermera.

Sistemas de enfermería

Series y secuencias de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras, a veces en coordinación con sus pacientes, para conocer y satisfacer los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de éstos y para proyectar y regular el ejercicio de desarrollo de la actividad autoasistencial.

Método de ayuda

Desde el punto de vista de una enfermera, un método de ayuda es una sucesión de acciones que, al aplicarse, resuelven o compensan las limitaciones que tienen las personas, en el ámbito de la salud, para regular su funcionamiento y desarrollo propios o de otras personas que dependen de ellas. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y combinan adaptándolos a las necesidades o a las personas que atienden, en función de las limitaciones asociadas al estado de salud de aquéllas.

1. Actuar por otros.
2. Orientar y dirigir.
3. Ofrecer apoyo físico y psicológico.
4. Proporcionar y mantener un entorno que favorezca el desarrollo personal.
5. Enseñar”.²⁸

5.4 Modelo de Callista Roy

Las ideas clave de Callista Roy, según Marriner,A. y Raile,M. se puede resumir de la siguiente manera:

SUPUESTOS PRINCIPALES

²⁸ Marriner,A., Raile,M., “ Modelos y teorías en enfermería”Ed. Harcourt, Madrid,2000 p.177-178.

Roy expuso sus supuestos científicos y filosóficos en el marco de la Conferencia internacional de teorías de enfermería celebrada en Edmonton, Alberta, el 2 y 3 de mayo de 1984, y en otras conferencias. Estos supuestos, extraídos de la teoría de los sistemas y de la teoría de los sistemas y de la del nivel de adaptación de Nelson y, también, de supuestos filosóficos asociados a los valores humanos han sido complementados en una reciente monografía de la National League of Nursing Press.

Supuestos derivados de la teoría de los sistemas

1. Holismo: un sistema es un conjunto de unidades tan relacionadas o interconectadas que forman un todo unitario.
2. Interdependencia: un sistema es un todo que actúa como tal a través de la interdependencia de sus partes.
3. Procesos de control: todo sistema tiene entradas y salidas y procesos de control e interacción.
4. Aporte de información: las entradas al sistema en forma de reglas o interacciones suele recibir el nombre de información.
5. Complejidad de los sistemas vivos: los sistemas vivos son infinitamente más complejos que los mecánicos y se rigen por normas e interacciones que gobiernan su funcionamiento unitario.

Supuestos derivados de la teoría del nivel de adaptación

1. Conducta como adaptación: el comportamiento humano refleja la adaptación a las fuerzas del entorno y el organismo.
2. Conducta adaptativa como función de los estímulos y del nivel de adaptación: la conducta adaptativa es función del estímulo y del nivel de adaptación, es decir, del efecto combinado de los estímulos focales, contextuales y residuales.
3. Niveles de adaptación dinámica individual: la adaptación es un proceso de respuesta positiva a los cambios producidos en el entorno; esta respuesta positiva disminuye las respuestas necesarias para afrontar los

estímulos y eleva la sensibilidad que propicia nuevas respuestas ante nuevos estímulos.

4. Procesos de respuesta positivos y activos: las respuestas reflejan el estado del organismo y las propiedades de los estímulos, por lo que pueden verse como procesos activos.

Supuestos derivados del humanismo

1. Creatividad: Capacidad de creación personal.
2. Finalidad: la conducta del ser humano se dirige a un fin primordial, y no es una simple concatenación de causas y efectos.
3. Holismo: todo individuo es holístico.
4. Proceso interpersonal: la relación interpersonal es importante.

Supuestos derivados de la realidad

Basándose en la realidad se pueden definir cuatro supuestos:

1. La existencia de un objetivo en la vida humana.
2. La unidad de objetivos.
3. La actividad y la creatividad.
4. El valor y el sentido de la vida.

Enfermería

En un sentido amplio, la enfermería se define como un “sistema teórico de conocimientos que ordena el proceso de análisis y acción relacionado con las personas enfermas o que pueden estarlo”. “Las actividades de la enfermería comprenden la valoración de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación. Los criterios aplicados se basan en esta valoración y las intervenciones se planifican de manera que respondan a estos estímulos.”

Roy distingue la ciencia de la enfermería de la disciplina práctica. Así, interpreta la primera como “un sistema en desarrollo del conocimiento sobre las personas, que observa, clasifica e interrelaciona los procesos por los que éstas

influyen de forma positiva en su estado de salud”. En cambio, la enfermería como disciplina práctica es “el conjunto de conocimientos científicos que se utilizan con el propósito de prestar un servicio esencial a las personas, es decir, de favorecer su capacidad de influir de manera positiva en la salud”. “La enfermería actúa para mejorar la relación entre la persona y el entorno, para promover la adaptación”.

El objetivo de la enfermería según Roy consiste en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades fisiológicas, su autoconcepto, el desempeño, de roles y en sus relaciones de interdependencia durante la salud y las enfermedades. La enfermería desempeña un papel único como facilitadora de la adaptación, valorando la conducta en cada uno de estos cuatro modos adaptativos e interviniendo en la manipulación de los estímulos.

Persona

Según Roy, una persona es un “ser biopsicológico en constante interacción con un entorno cambiante” Roy, define la persona, el ser receptor de la asistencia sanitaria, como un sistema vivo complejo y adaptativo con procesos internos (cognator y regulador) que sirven para mantener la adaptación en los cuatro modos adaptativos (necesidades fisiológicas, autoconcepto, función de rol e interdependencia). La naturaleza adaptativa de las personas “indica que el ser humano tiene la capacidad de adecuarse a los cambios en el entorno y, a su vez, de influir sobre dicho entorno”. La persona como ser vivo es un “todo constituido por partes o subsistemas que actúan como una unidad para un cierto fin”.

Salud

“La salud es el estado y el proceso de ser o de convertirse en una persona completa e integrada. Como tal es un reflejo de la adaptación, es decir, de la interacción entre el sujeto y el entorno.” Roy llega a esta definición a partir de la idea de que la adaptación es un proceso que favorece la integridad fisiológica, psicológica y social y de que tal integridad se entiende como una situación que conduce a la totalidad y a la unidad. En sus primeros trabajos, Roy concebía la salud como un flujo continuo que se iba desde la

muerte y la condición de extrema gravedad hasta el estado de máximo bienestar. Conforme avanza a través de la línea continua, cada persona va enfrentándose a problemas a los que debe adaptarse. Sin embargo, en los últimos escritos de Roy se insiste más en la salud como un proceso.

La salud y la enfermedad conforman una dimensión inevitable de la experiencia vital global de cada persona. La enfermería se relaciona con esta dimensión. Cuando los mecanismos de afrontamiento son ineficaces se produce la enfermedad. En cambio, si la persona mantiene un buen mecanismo de adaptación estará sana. Cuando se adapta a un estímulo, queda más libre para responder a los siguientes. La liberación de la energía empleada en afrontamientos ineficaces favorece, en último término, la curación y mejora de la salud.

Entorno

Según Roy, entorno es el conjunto de “todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y la conducta de las personas y los grupos”. “Un entorno cambiante (es lo que) estimula las respuestas de adaptación de las personas.” El entorno es la información que entra en la persona considerada como sistema adaptativo, que comprende factores tanto externos como internos. Estos factores pueden ser sutiles o acusados, negativos o positivos. Sin embargo, todo cambio en el entorno demanda una cierta energía para adaptarse a la situación. Los factores del entorno que influyen en la persona se clasifican en estímulos focales, contextuales y residuales”²⁹

Según Riopelle nos encontramos ante “El dilema de los cuidados enfermeros: un modelo conceptual o el diagnóstico enfermero”. “Para explicar la naturaleza de los cuidados enfermeros cita a Fawcett, quien ha identificado cuatro conceptos nucleares de nuestra disciplina. Estos son: la persona, el entorno, la salud y los cuidados enfermeros”.

Para ilustrar la necesidad de que en la práctica se haga servir un modelo conceptual como base de nuestro rol profesional y la utilidad de los diagnósticos enfermeros cita un ejemplo: “La recogida de datos al lado de un

²⁹ Marriner A. Raile M., “Modelos y teorías en enfermería”. Editorial Harcourt, Madrid, 2000 p247-249

enfermo ha permitido identificar un diagnóstico enfermero: “incapacidad para lavarse”. Una vez identificado este diagnóstico, si nos remitimos a V.Henderson las intervenciones se orientarán a la independencia del enfermo; si tomamos como referencia a D. Orem, se enfocarán a la realización del autocuidado, y si optamos por C. Roy, a la adaptación. Así pues, el modelo guía la acción. En este ejemplo si seguimos el pensamiento de V. Henderson, las acciones a realizar estarán planificadas para ayudar al enfermo a satisfacer progresivamente su necesidad de estar limpio, acción decidida naturalmente de acuerdo con el enfermo. De este modo, yo puedo evaluar los resultados de mis intervenciones siguiendo la evolución del enfermo hacia la consecución de su independencia. La utilización de un modelo conceptual me conduce hacia la mejora de la calidad de mis intervenciones. Sin modelo, la clasificación de los diagnósticos ayuda a determinar el problema y sus causas, pero limita la investigación en orden a clarificar el servicio que yo presto a los enfermos debido a que desconozco la naturaleza de los cuidados enfermeros que administro.

Los elementos de solución en el futuro vendrán dados por la investigación, en virtud de que ésta ofrecerá una clarificación universal de la esencia de los cuidados enfermeros, y los modelos y los diagnósticos enfermeros configurarían nuestra disciplina como un todo armónico. Mientras tanto, el modelo conceptual nos proporciona las directrices para la acción y la tipología de los diagnósticos enfermeros, cualquiera que sea la clasificación utilizada, guía la identificación de los problemas y de sus causas.”³⁰

Se puede decir con Torralba que “El cuidar es un arte porque integra técnica, intuición y sensibilidad.”³¹ El arte de cuidar es, fundamentalmente una praxis y ello significa que radica en el hacer. El conocimiento de la técnica de los cuidados es básico, pero también la intuición y la sensibilidad. Precisamente la condición humana de nuestro trabajo exige el rostro a rostro permanente. Aquello que en el arte se llama creación, en nuestra praxis podría llamarse creación heroica. Conocimientos y habilidades que se adquieren con el trabajo y la acción. En mi opinión acción en constante cooperación. Las enfermeras utilizan todos los

³⁰ Riopelle, L. “Enfermería Clínica”; Vol.3, Núm.4, 133

³¹ Torralba, F. “Antropología del cuidar” p. 331

métodos, los seleccionan y combinan adaptándolos a las necesidades según la gravedad, complejidad y prioridad, de las personas a las cuales atienden en función a la disponibilidad de recursos materiales y humanos que disponen en esos momentos.

6 PASADO “VERSUS” FUTURO

6.1 *El ejercicio profesional de enfermería nos obliga a mirar el pasado*

Para –Colliere– “Comprender mejor el pasado permite entender el significado original y primordial de los cuidados: mantener, promover y desarrollar todo lo que existe o queda de potencial de vida dentro de los seres vivos”³² y añade más adelante, “Cuidar de la vida” sigue siendo tan vital para los hombres de hoy en día como para los de ayer.”³³ La acción de acompañar, o más concretamente de cuidar, constituye la esencia de la enfermería. Según J. Watson, el eje central de la enfermería es el ejercicio de cuidar³⁴.

La enfermería se propone comprender como se relacionan entre sí la salud, la enfermedad y la conducta humana. Con su filosofía y ciencia de los cuidados, intenta definir un resultado de su actividad con respecto a los aspectos humanísticos de la vida. Esto no significa ni mucho menos que el profesional de enfermería no deba curar, sino que el móvil fundamental de su acción es cuidar a sujetos vulnerables que sufren o padecen, o tratar de ayudar a quienes acompañan a estas personas. En el acto de cuidar, la enfermería se singulariza respecto a las otras áreas y ciencias de la salud y de la asistencia. La inclinación de cuidar no se transmite de generación en generación a través de los genes. Se transmite mediante el cultivo de la profesión como forma concreta de enfrentarse al entorno.

El desarrollo de la enfermería supone el fecundo ejercicio de estudiar creativamente el pasado, la herencia histórica y, por otro lado, integrar las novedades del presente. Según –Torralba “La transformación paradigmática de la Enfermería no debe significar la fractura radical respecto al pasado, respecto a los modelos antiguos, cuyo máximo exponente es F.

³² Colliere M., “Promover la vida”, Madrid, Ed. Mac Graw-Hill, 1993, p.355

³³ Colliere, M., *ibidem*.p.355

³⁴ Watson,J., “Nursing: The philosophy and science of caring”. Boston, 1979;pp.8-9

Nightingale, sino que requiere la recreación de la disciplina a partir de cuatro núcleos temáticos de reflexión: **la persona, la salud, la sociedad y el cuidado**. En efecto, en el futuro de la Enfermería, el desarrollo de teórico práctico de dichas categorías resultará clave.”³⁵

La persona

La afirmación de la dignidad de la persona humana es constante en los textos de las grandes constituciones democráticas modernas, desde la Constitución de Virginia del año 1776 hasta las últimas constituciones europeas. También en las declaraciones universales de la Organización de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948. En los códigos deontológicos de enfermería la afirmación de la dignidad personal del paciente es fundamental y ello implica una praxis donde el respeto a su intimidad, la atención a su vulnerabilidad y la protección de su libertad es básica es constantemente referido.

Torralba sostiene que: “La persona es, en cualquier caso, singular, individual y única. Las cosas no son estimables por la esencia que poseen. En ellas todo se ordena, incluida su singularidad a las propiedades de la especie. No ocurre así con la persona, por que interesa su individualidad. A diferencia de todos los demás la persona humana es un individuo único, irrepetible e insustituible. Merece por ello, ser nombrado con su nombre propio que se refiera a él mismo. Precisamente porque la persona es un ser único, su muerte no se puede interpretar como la pérdida de algo, sino como una ausencia radical”³⁶

El ser humano no está solo ni aislado en el conjunto del universo, sino que establece vínculos, de un modo implícito o explícito, con el entorno. Torralba - establece: “El cuadro completo del entramado relacional del ser humano es pues, el siguiente: **mundo natural**, que se refiere al binomio hombre-naturaleza; **mundo afectivo**, que se refiere al binomio hombre-hombre; **mundo noético**, que se refiere al binomio hombre-idea; **mundo**

³⁵ Torralba i Roselló, F., “Antropología del cuidar”, Barcelona, Ed. Lormo 1998, pp-22

³⁶ Torralba i Roselló, F., “Antropología del Cuidar”, Barcelona, Ed. Lormo, 1998, pp-118.

tecnológico, que se refiere al binomio hombre-artefacto técnico; **mundo reflexivo**, que se refiere al binomio hombre mismidad; y, finalmente, **mundo trascendente**, que se refiere al binomio hombre-misterio”.³⁷

La persona humana es una estructura indigente, es decir, un ser frágil y quebradizo, no sólo en su génesis, sino también en su desarrollo vital y lo es desde muchas perspectivas. Todos los mundos relacionales (el mundo natural, el mundo afectivo, el mundo tecnológico....) son, en este sentido, indigentes. Pues carecen de autosuficiencia. Los clásicos griegos y romanos lo definieron como el animal más desnudo. Plinio por ejemplo, en la Fábula del hombre lo expresa de la siguiente manera: “Solo el hombre en el día de su nacimiento es arrojado desnudo sobre el desnudo suelo, para prorrumper de inmediato en llanto y quejidos; ningún otro entre los animales es más propenso a las lágrimas y esto desde el primer momento de su vida”.³⁸ La persona humana es, pues, un ser indigente y esto significa que tiene necesidades, es decir, que debe cumplir una serie de obligaciones para poder realizarse como tal. La estructura personal no es un andamiaje férreo e incólume a la erosión, sino muy débil y necesita constantes esfuerzos para subsistir y para desarrollarse íntegramente.

Construir un cuadro completo de las necesidades humanas, resulta de por si complejo. La alimentación por ejemplo, en la sociedad humana no se refiere, simplemente a la ingesta de alimentos para vivir, sino que conlleva una cultura, que es la cultura gastronómica y además, un espacio de alimentación que se convierte en espacio de interrelación personal, esto es, en mundo afectivo. Espacio de socialización y relación personal.

Así pues un instrumento para la realización de un plan de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson “reduce a la persona en catorce necesidades que hay que suplir:

Respirar,

beber,

comer,

³⁷ Torralba i Roselló, F. Antropología del Cuidar. Barcelona 1998, pp-125

³⁸ Plinio. Historia Natural, VII, 2-5

eliminar,
moverse y mantener una buena postura,
dormir y descansar,
vestirse y desvestirse,
mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites de la normalidad,
estar limpio y aseado y proteger sus tegumentos,
evitar los peligros,
comunicarse con sus semejantes,
actuar según sus creencias y sus valores,
estar ocupado para sentirse realizado,
recrearse, aprender.³⁹

Como esquema metodológico: Cuidar del ser humano es percibir todas sus necesidades y velar por ellas, responder a ellas. –Torralba- añade a las ya descritas las trece siguientes:

el orden,
la libertad,
la obediencia,
la responsabilidad,
la igualdad,
la jerarquía,
el honor,
la seguridad,
el riesgo,
la propiedad privada,
la propiedad colectiva,

³⁹ Riopelle I. Grondinl.; Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Aplicación del proceso de enseñanza-aprendizaje. Madrid:Interamericana; McGraw-Hill,1993

la verdad,

el arraigo.⁴⁰

6.2 La Persona, La Salud ,El cuidado, El Entorno (En Resúmen)

6.2.1 La Persona

Según Carlitos Páez el más joven del grupo de supervivientes de ¡Viven!... “Después llegó mi segunda cordillera. Y fue más duro sobrevivir a esa segunda cordillera que a la primera, que a la de los Andes....Al regreso el mundo se volcó: focos, revistas, televisiones, Hollywood, jefes de Estado. Me endiosé: me convertí en drogadicto y alcohólico. Y estuve al borde de la muerte...Reaccioné, logré salir de eso ¡y vivir! Eso...¡Tuvo más mérito que lo de los Andes!”⁴¹

Según Bhakti Das “No pienses tanto en tu cuerpo, es mejor....Desde que llegas a este mundo ya has firmado tu sentencia de muerte. No te aferres tanto a tu dolencia porque eso no te dejará vivir. No pienses tanto en tu cuerpo, estarás mejor. No quisiera parecer insensible al dolor pero... hay que dejar fluir el sufrimiento a través del cuerpo. Así consigues muchas veces alejarlo”.⁴²

Según Ivo Slaus “Existen actualmente entre 5,000 y 10,000 culturas humanas distintas. Esa diversidad cultural sumada a la diversidad biológica es uno de nuestros mayores activos, aunque el ser humano esté empeñado en destruir”⁴³

Cuenta Alan Leshner “Cuando era niño y volvía a casa del colegio, a todos mis amigos sus papás les preguntaban: ¿Cómo te ha ido? En cambio, a mí me repetían: “¿Qué has hecho para cambiar el mundo?” La revista ‘Science’ plantea 25 preguntas para la ciencia de este milenio. Seleccione

⁴⁰ Torralba, F. Idem,p.163

⁴¹ Páez Carlos (Superviviente de la Tragedia de ‘¡Viven!’ “La Contra” “La Vanguardia” 18 Febrero 2006.

⁴² Das Bhakti (Experto en Hinduismo, Maestro Yoga) “La Contra” “La Vanguardia” 22 Febrero 2006.

⁴³ Slaus Ivo (Experto en partículas y Física Nuclear, Pacifista) “La Contra” “La Vanguardia” Abril 2006.

tres: ¿de qué está hecho el universo?, ¿cómo y cuando reemplazar el petróleo? Y ¿qué cambio genético nos hizo únicos a los humanos?”⁴⁴

Según Angel Gabilondo: “La alegría es un desafío...algo por lo que hay que luchar. No comparto los discursos quejosos de esa gente que está siempre gimiendo lamentándose. En una sociedad blanda, acomodada y tibia, la queja se ha convertido en un instrumento que se utiliza con demasiada facilidad....Hay que emprender cosas, si. En general, estamos muy aburridos y eso nos produce una vida gris más o menos adornada. La alegría nace del desafío, de correr el peligro de vivir, de hacer de la vida una experiencia....Hay que vincular el pensar al vivir y a nuestras palabras. De manera que digamos lo que pensamos, y pensemos y hagamos lo que decimos. Un pensamiento implicado en la transformación de uno mismo es muy innovado, por que el pensamiento empieza por transformarse a sí mismo.”⁴⁵

Diría Alfonso Sáez Mena “¡Qué bien, un día más!” “Siempre ocurre de sopetón, primero los pulmones, luego me extirparon parte de la lengua y la mandíbula, y dejé de controlar la saliva, eso es horrible, pero yo bromeaba y las enfermeras me llamaban ‘mocoseite’. Aunque tengo claro que sin la ayuda recibida por parte de mi familia y de la AECC-Catalunya contra el Càncer puede que hoy no fuera un hombre feliz...Hay vida después del cáncer”.⁴⁶

Cuenta Fernando Sanchez Dragó “Fui feliz en la UVI”. “Una UVI es un gran teatro, el lugar más divertido del mundo. Ahí sucede de todo a la vez: personas entre la vida y la muerte, enfermeras, médicos, maquinistas... ¡Fascinante!”... “¡Para un escritor todo es interesante! Todo es bueno, porque todo es aprovechable como material literario. Y yo me siento escritor desde que nací... Y gracias a eso, ¡vivo con gratitud cualquier cosa que me suceda! Para autoterapia lo que descubrí en la UVI cuando desperté, miré el monitor al que estaba conectado...! Y ví el ojo de

⁴⁴ Leshner Alan (Editor de ‘Science’; Director de la Asociación Americana para el Progreso de la Ciencia (AAAS) “La Contra” “La Vanguardia” 21 Marzo 2006.

⁴⁵ Gabilondo Angel. (Catedrático de Metafísica Rector de la Universidad Autónoma de Madrid) “La Contra” “La Vanguardia” 3 Mayo 2006.

⁴⁶ Sáez Mena , Alfonso (Mecánico Tornero) “La Contra” “La Vanguardia” 10 Mayo 2006.

Yahvé!... Ese monitor reflejaba mis constantes vitales: era yo en curvas y números. Al rato observé que mis pensamientos y actitudes, ¡modificaban mis constantes! Y me puse a jugar...A modificar esas curvas a voluntad. A partir de ciertos límites, sonaba una alarma, y la enfermera venía corriendo. Yo me reía y le decía: “Estoy bien, he sido yo ja, ja, ...Luego me he enterado de que eso se llama neurofeedback o biofeedback”⁴⁷

Dice Noelia López “No me dejen por inútil.” “Lo que la gente ve como una heroicidad yo lo veo normal. Es tan sencillo como luchar dentro de tus posibilidades, aprovechar la vida”. “Lucho por que las niñas y los niños lo tengan más fácil de lo que lo tuve yo. No nos arrinconen”... “Si te empeñas, lo conseguirás”... “Nunca debe uno tirar la toalla por grandes que sean las adversidades. La felicidad son destellos fugaces, cuando los tengo los saboreo; eso es lo que he aprendido: a disfrutar”.⁴⁸

6.2.2 La Salud

Según Lucía Etxebarria “Que el amor es muy bonito, y el dinero siempre hace falta, pero ninguno de los dos se disfruta sin salud.”⁴⁹

Comenta Antonio Damásio “Sanarás tu cuerpo desde tu cerebro.” “Puedes usar tu cerebro para inducirte emociones benéficas”⁵⁰

Dice Torsten Wiesel “La confesión católica es un invento genial”...“El cerebro todavía es el jardín del Eden para los investigadores. Está todo por hacer: todavía no sabemos ni como aprendemos, ni como olvidamos ni cómo recordamos. Desconocemos los mecanismos que desencadenan las enfermedades mentales. Y tampoco sabemos nada sobre los mecanismos mentales del odio y del amor”⁵¹

Sostiene Deepak Chopra “Te mueres varias veces por minuto” “Dos pacientes con una misma enfermedad, con el mismo doctor y con el mismo

⁴⁷ Sanchez Dragó, Fernando, (Escritor) “La Contra” “La Vanguardia” 16 Enero 2006.

⁴⁸ Lopez Noelia, (Abogada, Parálitica Cerebral, 76% de discapacidad) “La Contra”, “La Vanguardia” 8 Noviembre 2005.

⁴⁹ Etxebarria Lucía .(Escritora) “Salud, dinero y amor Artículo Magazine La Vanguardia 07 Mayo 2006 p.81

⁵⁰ Damásio Antonio. (Neurobiólogo)”LaContra” “La Vanguardia”28 Mayo 2006.

⁵¹ Wiesel Torstein. (Premio Nobel de Medicina; Neurólogo y Psiquiatra) “La Contra” La Vanguardia 27 Abril 2006.

tratamiento, reaccionan de modo distinto: ¿Porqué? ¡Porqué interviene la conciencia! En todo: cognición, emociones, conductas... Todo son manifestaciones de la conciencia... Inicie una autoindagación: ¿Quién soy? ¿Qué objetivo tiene mi vida? ¿Qué deseo? ¿Qué siento? ¿Cómo me satisfago? Acalle su mente racional para que afloren la intuitiva y la creativa, atributos de la conciencia... Tras todo lo físico hay energía + información, y aún tras eso hay una realidad oculta: ¡La discontinuidad! Todo es una vibración, on-off, on-off, on-off.... Es sorprendente, maravilloso: en ese off está toda la creatividad del universo, todas las posibilidades... Tu mismo estás muriendo varias veces por minuto. Si superas tu miedo a la muerte te habrás conectado a la vida, con el espíritu, con el poder. ¡Eso es la salud absoluta!⁵²

Según Emilio Fernandez “Si sólo sabes medicina, no sabes medicina... estoy interesado en las relaciones humanas y los árboles, que me parecen los más elegantes del planeta”⁵³

6.2.3 El Cuidado

Sostiene Katherine Ellison. Jugar Juntos: “Tener un hijo nos mejora el cerebro...El comprometido y duro entrenamiento que supone la maternidad aporta a la mujer una gran capacidad para cumplir plazos, coordinar múltiples tareas, buscar salidas creativas a los problemas, encajar interrupciones frecuentes y permanecer impasible en plena crisis”⁵⁴ Yo diría que tener un hijo deseado mejora toda la familia.

Según Humberto Maturana. En equipo “Pregúntese donde le duele la vida... Los humanos somos fruto de la cooperación para la conservación, no de la supervivencia: bioevolutivamente somos porque amamos... Verá que la vida duele en los espacios donde no es visto, es donde está usted siendo negado, en sus espacios de desamor... queremos que nos quieran por puro mandato biológico... Si a usted no le reconocen y le aprecian

⁵² Chopra Deepak ,(Nuroendocrinólogo) “La Contra” “La Vanguardia” 17 Mayo 2006.

⁵³ Fernandez Emilio (Neuropediatra) “La Contra” “La Vanguardia” 16 Noviembre 2005.

⁵⁴ Allen Katherine. (Investiga el cerebro materno) “La Contra” “La Vanguardia” 15 Abril 2006.

como ser útil, convertirá su trabajo en inútil... la mayor parte de los problemas de una empresa hoy se deben al factor humano. Por mucha tecnología que empleemos: son las personas las que deciden”.⁵⁵

Según Jonás Ridderstrale “El éxito no es solo de los jefes... Liderar es lograr que gente normal haga cosas extraordinarias... Las empresas tienen muchos sistemas para que los jefes experimenten el éxito y aumenten su autoconfianza, pero muy pocos para que los de abajo también saboreen el triunfo. Todos felicitan al jefe por los buenos resultados, pero quienes lo hacen posibles no salen en la foto. Hacer que todos experimenten el éxito y aumenten su autoconfianza es crear capital psicológico que se reflejará también en los números”.⁵⁶

Comenta Alfons Cornella “No hay mal empresario sino un mal directivo... El futuro trabajador pasará por tres etapas: aprenderá en una empresa, colaborará en otras y se establecerá como profesional libre. Si en toda tu vida sólo has trabajado en una sola empresa, has malgastado tu tiempo”⁵⁷

6.2.4 El Entorno

Según Dennis Meadows “En 50 años, seremos menos en el mundo... Un declive del petróleo que comenzará en esta década, cambios climáticos.... Descenderán los niveles de vida..., y un tercio de la población mundial no podrá soportarlo.... Hay que tener claro que el planeta no puede sostener a 6.000 millones de personas viviendo igual que vive ahora Occidente. Y que Occidente no puede crecer más sin comprometer el futuro de la humanidad.... Por ejemplo: cada caloría que ingieres, se precisan diez calorías de petróleo para producirla. Para producir un kilo de cereal se han necesitado 1.000 kilos de agua... Cada vez que le den una bolsa de

⁵⁵ Maturana Humberto (Biólogo del amor) “La Contra” “La Vanguardia” 7 Noviembre 2005.

⁵⁶ Ridderstrale Jonas Gurú de la nueva economía ‘Funky Bussines’ “La Contra” “La Vanguardia” 13 Marzo 2006.

⁵⁷ Cornella Alfons (Fundó Infonomía, Red de innovadores) “La Contra” “La Vanguardia” 15 Febrero 2006.

plástico del súper, pregúntese dónde estará esa bolsa dentro de cien años: porque de estar, ¡estará!”⁵⁸

Manuel Castells intenta responder a la siguiente interrogante: “¿Inmigración razonable?...Empieza por la ayuda efectiva al desarrollo del planeta para que la gente tenga alternativas en su tierra, como demuestra la experiencia de una España que en los setenta tenía dos millones de emigrantes y luego pudo ofrecer cobijo a sus propios ciudadanos. Así es como el aumentar al 0,7% del PIB nuestra contribución al Tercer Mundo es también frenar la inmigración que tanto nos molesta. Continúa por un control de las empresas y una política de empleo que habitúe a la gente de aquí a trabajar en lo que le toque. Y podría innovarse en una estrategia económica en que nuestro crecimiento dependiera menos de sectores como el turismo o la construcción.... Si le parece que hay demasiados inmigrantes, no tape con los dedos el estrecho de Gibraltar. Piense en la gestión compartida de una economía global”⁵⁹

Mijail Gorbachev dice: “Tomé el poder para devolverlo a la gente... En los últimos 25 años, en el fin del siglo XX, hemos visto 80 países totalitarios abrazar la democracia en todo el mundo... el mío sale de siglos de esclavitud, servidumbre y después totalitarismo y militarización. Costará avanzar. Y de 80 países recién llegados a la democracia, algunos retroceden al autoritarismo... Por que los pueblos no se habían ganado a pulso la democracia: se la habían otorgado desde arriba. En estas sociedades que no han luchado y se han ganado, la democracia se convierte en seguida para muchos en la cusa de todos los problemas.... Ningún líder, por inteligente y capaz que sea, soluciona ningún problema: son las sociedades las que maduran, reflexionan, militan civilmente, actúan y deciden y hacen posible que los problemas tengan una solución”⁶⁰

Ricardo Rodrigo afirma: “Soy modesto ejemplo del ‘Somni catalá’... Para mí es un sueño que dura. Por que mi ascenso no hubiera sido posible en

⁵⁸ Meadows Dennis.,Químico, Dr. En Administración de Empresas y Analista de Sistemas (Estudia los Límites del crecimiento Occidental) “La Contra” “La Vanguardia” 30 Mayo 2006.

⁵⁹ Castells Manuel (Sociólogo) Artículo de Opinión “La Vanguardia” 7 Enero 2006 p.22

⁶⁰ Gorbachev Mijail, (Premio Nobel de la Paz; Ex-Presidente de la URSS) “La Contra” “La Vanguardia” 3 Junio 2004.

un país endogámico cerrado para los de fuera en su cultura exclusivo de sus castas y familias”⁶¹

Según el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) del mes de Mayo 2006, Los españoles cada vez se muestran menos preocupados por el terrorismo de ETA, que ha pasado a situarse en el quinto lugar entre los problemas de España. El paro, la inmigración, la inseguridad ciudadana y el acceso a la vivienda encabezan el ranking⁶²

Luís Rojas Marcos dice: “Sospecho que la vida continuará siendo difícil, la intolerancia abundante y la violencia implacable. Con todo, el balance total de los dramas humanos será positivo. En el futuro que se desdobra ante nosotros se vislumbran más y más hombres y mujeres que persiguen la convivencia y la felicidad, mientras construyen sus vidas juntas como seres libres, iguales, seguros de sí mismos, racionales, generosos y convencidos del poder de la bondad”.⁶³

⁶¹ Rodrigo Ricardo, (Editor Catalán), “La Contra” “La Vanguardia” 23 Mayo 2006.

⁶² La Vanguardia Viernes 30 Junio 2006,p.18

⁶³ Rojas Marcos L. “Las Semillas de la Violencia” Ed. Circulo de Lectores 1995,p.215-216

7 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA CARDIACA.

Predomina el rol de colaboración (interdependencia), debido a la alta complejidad de los enfermos, aunque en este momento oficialmente en nuestra realidad no hay un marco normativo que prescriba un modelo, en las prácticas más habituales la tendencia y la aproximación es hacia el modelo basado en necesidades, en concreto el de Virginia Henderson..

Las necesidades que se ven más afectadas están relacionadas con: la ansiedad del paciente, el miedo, el dolor, la relación con la familia (distorsión, alteración). Se incluyen en esta lista también el déficit de conocimiento, y todos los aspectos de bienestar y seguridad del paciente.

Aspectos psicológicos que encajan con los diagnósticos NANDA⁶⁴

Ansiedad	00146
Temor.....	00148
Dolor agudo.....	00132
Déficit de Conocimientos.....	00126
Déficit de Autocuidado Baño/Higiene.....	00118
Déficit de Autocuidado Uso del WC.....	00110
Deterioro del Patrón del Sueño.....	00095
Riesgo de Infección.....	00004
Riesgo de Caídas.....	00155
Riesgo de deterioro de integridad cutánea.....	00047
Interrupción de los procesos familiares.....	00060
Riesgo de estreñimiento.....	00011

Después de plantear los diagnósticos de enfermería, las actividades se relacionan con los diagnósticos y por el momento todavía no se utiliza la

⁶⁴ NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

taxonomía NIC.⁶⁵ Igualmente los resultados obtenidos de estas intervenciones se describen en el evolutivo de enfermería, sin utilizar todavía taxonomía NOC⁶⁶

Este estudio se centra en el papel de colaboración con otros profesionales, en el día a día realizado en equipo, en el cuidado de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, en el post operatorio inmediato en la Unidad de Cuidados Intensivos.

7.1 Cuidados Pre-operatorios

7.1.1 Preparación del paciente

Los cuidados de enfermería al paciente que debe ser intervenido del corazón no puede limitarse solamente al órgano lesionado. El proceso de recuperación del paciente, está influenciado por aspectos psicológicos y sociales, que condicionan las fases de hospitalización. Estos cuidados, empiezan mucho antes que el paciente entre en el quirófano. Así la valoración pre-operatoria completa, debe considerarse como el fundamento de los cuidados quirúrgicos de enfermería. Esta valoración, también ayudará a identificar condiciones que pueden perjudicar la capacidad del paciente para tolerar el estrés quirúrgico, o cumplir los procesos post-operatorios.

No se ha olvidar, que cuando el órgano afectado es el corazón, el temor y por lo tanto el estrés suelen verse incrementados. Una vez que el paciente haya ingresado, se ha de reunir con él y su familia en un lugar tranquilo e íntimo con la finalidad de proporcionarle información, la misma que debe contemplar los siguientes puntos:

Breve resumen de la intervención.

Explicación de los sucesos pre-operatorios (Analíticas, Enema de Limpieza).

⁶⁵ NIC: Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

⁶⁶ NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería.

Descripción de la Unidad de Cuidados Intensivos. Que se encontrará cuando el se despierte.

Enseñanza de los ejercicios respiratorios (Triflow).

Aclarar dudas y despejar temores.

El paciente antes de ingresar al quirófano, está acompañado por personal de la UCI, además ha de disponer de unos minutos para poder verse con las personas más significativas.

7.1.2 Preparación del Box de UCI

Asegurar unos cuidados de calidad para cuando salga el paciente de quirófano implica tener preparado: El Monitor, Electrocardiograma (ECG), transductores para controlar: Presión Venosa Central (PVC), Presión de Aurícula Izquierda (PAI), Tensión Arterial (TA).

Garantizar que todo funcione correctamente: Toma de Vacío con regulador y tubo “bulbo” conectado, para aspirar drenajes. Y posible conexión a máquina de recuperar Sangre de los drenajes (Máquina y equipo para Autotransfusión).

Toma de Vacío con tubo “bulbo”, para aspirar secreciones y Receptal para recogerlas.

Diversas sondas de aspiración.

Manómetro de Oxígeno con humidificador, gafas nasales ó ventimask.

Para evitar riesgos u omisiones y trabajar con máxima seguridad El Respirador deberá estar conectado a la red eléctrica; toma de aire y Oxígeno, y comprobado su correcto funcionamiento. Con los parámetros de base que posteriormente serán modificados por el Anestesista.

Volumen Controlado 20x'

FiO2 60%

8 litros

Para evitar errores Comprobar si el paciente tiene alergias antes de preparar la Medicación habitual, tal como Suero Glucosalino x 500cc+20mEq de Cloruro de Potasio. Antibióticos, Protector gástrico.

Aparato de Electrocardiograma

Tubos de laboratorio para analítica

Gráficas de Enfermería.

Manta térmica.

Colchón de aire si precisa.

Ambú

Jeringas de gasometría

Electrodos.

Batería de Marcapasos externo.

7.2 CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

7.2.1 Ingreso del paciente a UCI:

El traslado del paciente a UCI, es realizado, con la máxima seguridad posible, por el equipo de cirugía Cardíaca. Este equipo está habitualmente constituido por dos enfermeras, uno o dos cirujanos y un Anestesista que ventila al paciente con el ambú.

El paciente sale del quirófano con:

Intubación endotraqueal.

Sedación según la escala de Ramsey de 6.

Perfusiones endovenosas conectadas.

Sonda Nasogástrica.

Sonda Vesical conectada a urinometer.

Cables de marcapaso conectados a generador externo.

Tubos de drenaje mediastínicos y pleurales unidos en conexión en “y” y conectados al sistema de aspiración (Pleur-evac).

Cateter arterial radial y/o femoral conectado a cápsula para medir presiones.

Cateter de aurícula izquierda, también conectado a capsula de medir presiones.

Portador de una vía central (Drum o Subclavia) por donde se administrará (Antibióticos, Cloruro de Potasio, Bicarbonato...), y dos vías periféricas normalmente de calibre grueso, para administración de drogas inotrópicas y otra para administración de sangre, sea sangre de “maquina” o concentrado de hematíes o plasma y expansores del plasma.

Herida quirúrgica de estereotomía cubierta con apósito, así como también herida en la pierna por safenectomía.

Una vez instalado el paciente en la cama de UCI, la actuación principal e inmediata de la enfermera responsable del paciente y del equipo de soporte será:

Conectar al paciente al respirador, habitualmente con los parámetros de FIO2 del 60%, Volumen Control de 20x' y los litros según indicación del Anestesiista. No PEEP. Escuchar los campos pulmonares para comprobar la correcta ventilación.

Conectar los cables del monitor para ver el ECG.

Conectar las capsulas de presiones+transductor al monitor, realizando el cero atmosférico.

Conectar el Pleur-evac al vacío de pared para aspiración suave Y constante de los drenajes.

Colocar urinómetro a un costado de la cama despinzando.

Comprobar la permeabilidad de la Sonda Nasogástrica y dejarla en declive colocando una bolsa colectora.

Realizar Electrocardiograma de “post operatorio inmediato.”

Extraer muestras de sangre para enviar a laboratorio (Gasometría arterial, Hematocrito, Hemoglobina, Ionograma, Función Renal, Enzimas), Glicemia y se solicita: Radiografía de Tórax.

Iniciar administración de medicación prescrita.

Comprobar permeabilidad de las vías y fijación.

Observar de los apósitos de las heridas quirúrgicas.

Registrar en la gráfica de enfermería el estado hemodinámico del paciente (Constantes Vitales) diuresis, drenajes, antecedentes patológicos de interés, alergias, medicación administrada, grado de sedación.)

Todo ello considerando que la persona esta sedada. A pesar del estado de sedación, se debe recordar que el paciente se merece el máximo respeto y sensibilidad como si la persona estuviera despierta. La enfermera tiene la misión de velar por el mantenimiento y continuidad de la vida. Así mismo de brindar confort ya que el paciente ha estado muchas horas en posición forzada y en baja temperatura.

7.2.2 El proceso de extubación

Se ha de tener en cuenta que el paciente está sedado y que en su despertar debe sentirse permanentemente acompañado, y todas sus dudas y temores en lo posible deberán ser aclarados. Debe tenerse siempre en cuenta que el paciente necesita sentirse seguro.

Desde que el paciente queda instalado en la UCI, hasta proceder a extubarlo se han de realizar las siguientes Acciones:

Asegurar un control permanente de Electrocardiograma, Tensión Arterial, Presión Venosa Central, Presión de Aurícula Izquierda, Saturación de Oxígeno, Temperatura Corporal, Frecuencia Respiratoria, anotándolo en la gráfica de enfermería cada ½ hora.

Apuntar en la gráfica cada hora la cantidad de diuresis y drenajes.

Controlar del correcto funcionamiento del respirador y control de gasometría arterial del paciente.

Inicialmente el paciente está intubado y conectado al respirador a una FIO₂ del 60%, 14 respiraciones x' y la cantidad de litros de O₂ pautados por el anestesista. La FIO₂ o concentración de Oxígeno se disminuye al 40% en función al resultado de la gasometría arterial. Permaneciendo el paciente sedado durante las 2 primeras horas de haber salido de quirófano.

Aspirar si es necesario las secreciones del tubo endotraqueal y boca. Siempre debe aspirarse después de la extracción de una muestra de sangre para gasometría, para evitar errores en los resultados analíticos.

Comprobar que el globo del Tubo endotraqueal esté correctamente inflado con el neumotaponamiento, mantenerlo dentro de los valores de 20-30 cmH₂O, es importante evitar el posible compromiso vascular de la mucosa traqueal y también evitar la fuga de aire.

Observar la permeabilidad de los tubos de drenaje, anotando las pérdidas horarias y características de las pérdidas, serosas, hemáticas, abundantes, escasas.

Si los drenajes son escasos y tienden a coagularse, se han de "ordeñar" para evitar una posible obstrucción y posterior taponamiento.

Controlar de la diuresis horaria teniendo en cuenta el balance total de líquidos de quirófano así como también la Presión de Aurícula Izquierda y Tensión Arterial.

Correcciones Hidroelectrolíticas:

Corrección de Bicarbonato.

Corregir las de Glicemias según si el paciente es diabético o no, portador de pauta de Insulina con controles de Glicemia cada 6 horas ó portador de Perfusión continua de Insulina, con control horario de Glicemias.

Controlar el dolor mediante administración de analgesia según indicaciones médicas.

Evitar posibles úlceras por presión, por posición defectuosa de tubos sondas. Retirar lonas y material sintético electrodos etc. utilizados en quirófano y durante el traslado.

Realizar higiene bucal y ocular para evitar conjuntivitis y boca séptica.

Cerrar la sedación después que el paciente haya permanecido en la UCI por lo menos 2 horas, si hemodinámicamente está estable y las gasometrías son correctas a una FIO₂ del 40%.

Cuando el paciente comience a despertar se le informará sobre su estado, explicándole que ya está operado, que lleva un tubo en la boca, que le ayuda a respirar y que le puede resultar molesto y que se le retirará cuando esté completamente despierto y respirando por si mismo. Al mismo tiempo se le informará que lleva sonda vesical para orinar y que sus familiares ya han sido informados de la operación y pasarán a verlo cuando esté completamente despierto. Mientras tanto continúan las acciones del proceso de extubación:

Modificar la modalidad del respirador de Volumen Control a SIMV que le permita hacer respiraciones al paciente.

Realizar un control progresivo del estado de sedación del paciente según la escala de Ramsay.

Proceder progresivamente con el proceso de extubación, el “destete” ó *weaning*, disminuyendo la frecuencia respiratoria en el respirador y que el paciente respire por si mismo.

Enviar al laboratorio muestra de sangre arterial para control de gasometría.

Se debe tener en cuenta el volúmen inspiratorio que realiza el paciente, así como las características respiratorias del paciente tales como: dificultad, tirajes o alteraciones hemodinámicas como: hipertensión arterial, taquicardia.

Cuando el paciente esté despierto hemodinámicamente estable y las características del respirador estén en: **FIO₂ 40% PRESION ASISTIDA PSV “8cmH₂O”**, Saturando 100% O₂. Las gasometrías correctas proceder a su **extubación**. Comunicando previamente al Médico de Guardia.

Colocar inmediatamente Gafas Nasales con Oxígeno a 4-6 Litros x' ó Ventimask al 35% 8 Litros x'.

Proporcionarle líquido antiséptico para que se enjuague la boca, y avisarle que tendrá mucha sed y que de momento solo podremos mojarle la boca y que no puede beber agua por que podría vomitar, ya que los intestinos no están completamente despiertos.

Explicarle que está en la Unidad de Cuidados Intensivos, la hora que es, que ya está operado, que en cuanto sea posible podrán pasar sus familiares, que ya fueron debidamente informados.

Explicarle también que lleva calmantes, y que si precisara más calmantes se le administrará, y que es importante que respire.

Para extubar será importante tener en cuenta:

Que no haya sangrado importante.

Correcta estabilidad hemodinámica.

Que no existan problemas de oxigenación, valorado mediante Saturación de Oxígeno, Gasometría arterial, auscultación, observación del patrón respiratorio del paciente (para más información ver cuadros).

PROCESO DE EXTUBACIÓN						
FIO2	MV	FR	LTS	PEEP	SATO2	OBSERVACIONES
60%	VC	14	8	0	100%	Hemodinámicamente estable, gasometría ok.
40%	VC	14	8	0	100%	Hemodinámicamente estable , gasometría ok.,2 horas de haber salido de quirófano stop Propofol (sedación)
40%	SIMV	14	8	0	100%	Hasta que despierte el paciente
40%	Presión asistida PSV "8cm H20"				100%	Paciente despierto estable. permanece así : 30 minutos. gasometría ok.
<p>EXTUBAR: Colocar gafas nasales 4-6 litros o Ventimax 35% 8 litros. Que se enjuague la boca con "Oraldine" u otro antiséptico oral.</p>						

Elaboración propia

VALORES DE LABORATORIO

GASOMETRIA ARTERIAL NORMAL	
PH	7,30 – 7,40
PCO2	35 – 45 mm Hg
PO2	90 - 100 mm Hg
SATO2	90 – 100%
HCO3	22 – 26mmol/L
ABE	-3 - +3 mmol/L

OTROS VALORES DE REFERENCIA	
Sodio(Na)	135- 145 mEq/L
Potasio (K)	3,5- 5 mEq/L
Hto	36 – 40 %
PAI	5 - 8 mm Hg
PVC	4 – 10 cm2O
PCP	5 - 8 mm Hg
PAP	15 - 25 mm Hg

Elaboración propia .

7.3 Posibles complicaciones y soluciones

Es muy importante estar alerta durante el post-operatorio, para detectar cualquier complicación, especialmente aquellas de aparición brusca y que precisen una rápida actuación del personal de enfermería, equipo de UCI y Cirugía. Entre ellos tenemos:

Complicaciones más frecuentes:

Arritmias: Las más habituales son las extrasístoles supraventriculares y ventriculares; taquicardia sinusal y dobletes – tripletes ventriculares.

¿Que hacer?

Se comprobará la colocación del cateter central según observación de la radiografía de tórax.

Si el catéter está muy introducido y toca el ventrículo puede estar irritándolo y ser causante de las alteraciones rítmicas. En este caso se retirará un trozo de catéter correspondiente.

También se extraerá una muestra de sangre para análisis de Ionograma, los cambios de valores sobre todo del Potasio pueden ser las causantes de las alteraciones del ritmo cardíaco.

Si los valores de Potasio y /o Sodio no son incorrectos se corregirán de acuerdo con el Médico Intensivista ó Equipo de Cirugía.

Si el paciente es Marcapaso Dependiente observar su correcto funcionamiento y tener a mano pilas de recambio.

Tener siempre cerca el Carro de Paros.

Hipotensión: Puede presentarse por vasodilatación, sedación y/o analgesia, administración de drogas vasodilatadoras. Hipovolemia, secundaria a hemorragia masiva o taponamiento cardiaco. Insuficiente administración de líquidos. Es importante evitar la hipotensión ya que puede cursar la obstrucción o trombosis de los injertos.

¿Que hacer?

Cerrar las drogas vasodilatadores, analgesia, sedantes.

Comprobar los valores de la Tensión Arterial de forma manual.

Controlar los valores de presiones venosas.

Verificar el sangrado por los drenajes.

Colocar al paciente en posición de Trendelemburg.

Administrar Sangre, Plasma, o expansores del Plasma.

Si el médico lo indica se aumentará la dosis de drogas vasodilatadores.

La hipertensión no es muy frecuente pero también será importante evitarla, por el riesgo de distensión en las líneas de sutura con el consiguiente sangrado. Puede ser secundaria debido al dolor o la angustia. En lo que se refiere al dolor, una vez despierto el paciente será importante disminuirlo, ya que puede alterar su estado hemodinámico. Es habitual que el dolor esté referido a la estereotomía y también a la región lumbar. Se administrará analgesia según pauta. Cuando el paciente esté extubado es posible realizar algunos mínimos cambios posturales, para aliviar el dolor lumbar.

Complicaciones menos Habituales:

Arritmias: Las menos habituales son la bradicardia, bloqueo Aurícula-Ventricular, Ritmo Nodal, Taquicardia Ventricular, Fibrilación Ventricular, Asistolia. Así como también IAM periopertorio.

Se tendrá cerca el carro de paros.

Se tendrá el Marcapaso Externo con los cables aurícula-ventriculares debidamente conectados por si fuera necesario

Taponamiento Cardíaco:

Dentro del post operatorio se puede considerar una emergencia. Se da cuando el sangrado no se evacua hacia el exterior por el sistema de drenajes; se forman coágulos que quedan dentro del pericardio con la consiguiente dificultad del corazón para bombear.

¿Que hacer?

Control hemodinámico.

Control del sangrado por los drenajes; si este es escaso o nulo, proceder a “ordeñar” los tubos para evitar el taponamiento; observar si se forman coágulos.

Se avisará a los cirujanos y se tendrá el material necesario para realizar una toracotomía de urgencia en la UCI; también se avisará a quirófano por si se reinterviene al paciente.

Sangrado:

Normalmente es debido a una defectuosa hemostasia quirúrgica, y/o alteraciones en la coagulación del paciente. Si es por defecto de coagulación también se observará sangrado por los puntos de sutura de las heridas. Puntos de punción de los catéteres.

¿Que hacer?

Control del volumen, aspecto del sangrado.

Control de hemograma, coagulación, plaquetas, etc.

Administración de Concentrado de Hematíes, Plasma, Según indicación médica.

Otras complicaciones:

- Insuficiencia Renal con oliguria-anuria, que precise hemofiltración.
- Mala función ventricular que requieran Balón de Contrapulsación.
- Hiperglicemia a corregir con Perfusión de Insulina.
- Distrés Respiratorio que obligue permanecer más tiempo intubado y conectado al respirador.
- Ileo paralítico.
- Infección de herida quirúrgica.
- Parada Cardiorrespiratoria.

8 NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES/USUARIOS INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA.

8.1 Definición de términos.

Según la teoría de Linder-Palz, “La satisfacción es una actitud, es decir una evaluación afectiva, es un sentimiento positivo respecto a los servicios de salud percibidos”⁶⁷ Lógicamente estos sentimientos pueden ser positivos como pueden ser negativos. Más adelante las mismas autoras lo relacionan con el bienestar percibido por el paciente durante su estancia hospitalaria, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones:

Información

Acogida

Individualidad

Intimidad.

Según Gutierrez “En la actualidad la medida de satisfacción de los usuarios/pacientes, con los cuidados de salud o servicios sanitarios recibidos, es uno de los métodos utilizados para evaluar la calidad de la atención prestada. Pero también es una forma de participación de los usuarios en el sistema de salud, al expresar su percepción y valoración, de los servicios.”⁶⁸ De acuerdo con las teorías más aceptadas el nivel de satisfacción con los servicios sanitarios está claramente relacionado con el grado de adecuación (conformidad discrepancia) entre las expectativas y la percepción final del servicio recibido.

Las expectativas pueden ser:

Ideales o deseos.

Predecibles o basada en la experiencia.

⁶⁷ Citado por Saldivar, C.,Esteve,M. ,Rojo, CH., “Nivel Satisfacción de los usuarios en dos unidades de hospitalización Hospital de la Esperanza” Tesis presentada para obtener el Master en Gestión y Administración de Enfermería la Escuela Univesitaria de Enfermería Santa Madrona,Barcelona:1991 p.5

⁶⁸ Gutierrez, R., “La satisfacción del paciente como medida de la evaluación de la calidad percibida”. Curso de Verano de la UCLM: Evaluación de la calidad, satisfacción del paciente y gasto sanitario, Oficina de Atención al usuario Area de Atención al Usuario y Calidad Asistencial SESCAM, Toledo 16 Julio 2003.

Normativas o basadas en “lo que debe ser” el servicio.

Inexistentes.⁶⁹

La satisfacción del paciente/usuario debe ser un objetivo irrenunciable para cualquier responsable de los Servicios Sanitarios y una medida de resultado y la calidad una de sus intervenciones; su grado se obtiene de la concurrencia del binomio expectativas.

Calidad percibida; el método más utilizado para su medición son las encuestas de opinión, que permiten detectar aspectos susceptibles a mejorar

Según LLadó, “Al abordar el cada vez más importante tema de encuestas de opinión en el hospital conviene diferenciar primero los términos “opinión del paciente”, “satisfacción del usuario” y “calidad sentida”.⁷⁰

8.1.1 Opinión del paciente

Se puede usar diversos sentidos según Lobow, “para designar la actitud del usuario hacia el sistema sanitario, para expresar la opinión del paciente frente a un hospital o profesional en especial y, en último lugar, para indicar la valoración del enfermo de una experiencia asistencial concreta”.⁷¹

Según Pont “El punto de vista del enfermo mas bien debiera decir, mi punto de vista como enfermo, es reivindicar para todos el trabajo en cooperación interdisciplinar, pero incluyendo en ese equipo también a la familia, a los cuidadores formales e informales y al propio enfermo. La inclusión del enfermo en el equipo, debe de ser en mi opinión como miembro a pleno derecho, es decir con capacidad para opinar y colaborar en la fijación de objetivos y valoración de resultados y abandonando el rol

⁶⁹ Gutierrez, R., “La satisfacción del paciente como medida de evaluación de calidad percibida” Oficina de Atención al usuario Area de Atención al Usuario y Calidad Asistencial SECAM, Toledo 16 Julio 2003.

⁷⁰ LLadó, R., Vilella, A., **Bare, ML., ** Bayas, JM., ** Prat, A., ** Asenjo, M.A., ***
*Coordinador Garantía de Calidad., **Servicio de Medicina Preventiva., ***Director Técnico Hospital
Clínic i Provincial de Barcelona. Revista Todo Hospital/87.Junio 1992 p.9

⁷¹ Lobow, J. “Consumer satisfaction with medical care”. Present status. Chapter of Quality Assessment of Medical Care. Ed. By Selbmann H.K. and Uberla K.K. Publ. for the Robert Bosch Stiftung Gmb H Stuttgart 1982

tradicional de paciente receptor pasivo de cuidados y terapias para erigirse en elemento activo y participante en la orientación y curso del proceso de salud.⁷²

8.1.2 Satisfacción del usuario

Este concepto está integrado por diversos componentes, según Suñol “accesibilidad a la atención médica, estructura organizativa del centro, duración del tratamiento, continuidad de la asistencia, percepción de la competencia de los médicos y demás personal sanitario, claridad de información recibida y expectativas de los pacientes en relación a una visita en concreto y/o sistema sanitario en general”.⁷³

Según Mira,J., Aranaz,J., Rodriguez-Marín J., Buil,J., Castell, M.,Vitaller J.,“Desde diferentes disciplinas se han estudiado el concepto de satisfacción del paciente y se han analizado los principales instrumentos de medida, abogando por la necesidad de normalizar este tipo de evaluación. Además, la aplicación de los postulados de la calidad total en el ámbito sanitario ha introducido cambios en la forma de prestar la asistencia sanitaria, de tal modo que busca incorporar el punto de vista del paciente en el diseño de los procesos. Desde esta perspectiva, conocer las expectativas del paciente reviste especial importancia, tanto para los gestores como para los clínicos”.⁷⁴ Los mismos autores añaden que se trata de “una medida de calidad percibida y por lo tanto no de la calidad técnica que ofrece el hospital. Su empleo por consiguiente, debe ir acompañado de otras evaluaciones sobre la idoneidad de los procesos y la

⁷² Pont,E. “Visiones desde la Enfermedad”,El texto está basado en la conferencia pronunciada en el Hospital Universitario de Bellvitge (L'Hospitalet del Llobregat, Barcelona-España- el 19 de noviembre de 2004 con ocasión de la “V Reunión sobre Ventilación Mecánica adomicilio”.p.8

⁷³ Suñol, R., Pacheco ,M^a V., Delgado. R. ,Corbella, A., Baures, N., “El estudio de la opinión del usuario y su aplicación en los Programas de Control de Calidad Asistencial” 1987 : 2(1) :15-22.

⁷⁴Mira,J.J.,* Aranaz J.,***Rodriguez-Marin,J.,*, Buil,J.,*.Castell,M.,*****,Vitaller,J.,**

* Nota Técnica del Departamento de Psicología de la Salud,** Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernandez. ***Hospital General Universitario de Alicante. ****Consellería de Sanidad. Alicante. *****Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante Medicina Preventiva Vol IV. N°4, 4º Trimestre 1998 p.16

efectividad de los resultados, así como las medidas, entre las que sugerimos la opinión de los propios profesionales del hospital.

El primer factor fue denominado Calidad Subjetiva, dado que los ítems que lo integran hacen referencia todos a aspectos totalmente subjetivos, difíciles de evaluar externamente y solo se basan en la mera opinión del paciente. El segundo factor, de Calidad Objetiva, contiene ítems que hacen referencia, en cambio, a aspectos que pueden ser susceptibles de comprobación, como el estado de conservación o limpieza de las habitaciones, la uniformidad del personal, la puntualidad.”⁷⁵

8.1.3 Calidad sentida

Según Guerrero, la calidad sentida, “Representa la evaluación global del nivel de acuerdo o discrepancia entre las percepciones de los usuarios y sus expectativas.”⁷⁶ Se podría decir que de un conjunto de experiencias de servicio satisfactorias resulta una percepción de la calidad de servicio elevada.

⁷⁵ Mira, J., Otros, Nota Técnica, Universidad de Alicante Medicina Preventiva Vol.IV, Nº4, 4º Trimestre 1998.p17.

⁷⁶ Guerrero, M., Esteban J. “La mejora de la gestión asistencial: la calidad como objetivo”. Todo Hospital 1991: 78:41-47

8.2 Estudio de opinión

Según Dubois y Millats “El origen de los estudios sobre satisfacción de los pacientes se entiende como una función más de las relaciones públicas, como medio para conseguir la imagen que los pacientes tenían sobre el hospital. Unos resultados relevantes ampliaron el enfoque hacia dimensiones más ambiciosas. Como conocer la opinión del paciente sobre los servicios recibidos, para de esta manera mejorar la calidad de las prestaciones y así la propia imagen del centro.”⁷⁷⁻⁷⁸ Según Rubio “a la vez de que se produce el reconocimiento social del derecho”⁷⁹ según Suñol “de los enfermos a que su opinión sea conocida y valorada.”⁸⁰

Para Clearly un estudio de opinión “Es en consecuencia, un indicador que evalúa la calidad del resultado del proceso asistencia.”⁸¹

Según opinión de expertos de la Generalitat de Catalunya “En definitiva, las encuestas al enfermo nos pueden facilitar información sobre dos campos esenciales:

Algunos hechos relacionados con el proceso asistencial, como procedimientos, datos temporales, etc.

Opiniones sobre actividades, instalaciones, resultados y, en definitiva, sobre todos aquellos factores que pueden estar en el sentir y valorar de los pacientes.”⁸²

⁷⁷ Dubois, B., « Le marketing hospitalier: l'espace et le temps. Gestions Hospitalières ». Gestión de Santé.1989 : 291 : 913-916. Revista Todo Hospital/87, Junio 1992 p.9

⁷⁸ Millats, S. , “El marketing en una empresa pública de serveis sanitaris”. II Jornada sobre Experiencias en les Unitats d' Admissió a l' Usuari. L'Hospitalet 1990.Revista Todo Hospital/87, Junio 1992 p.9

⁷⁹ Rubio, R., “Calidad asistencial. Opinión de los usuarios”. Todo Hospital 1988: 47:61-65

⁸⁰ Suñol ,R., Pacheco, M^a. , Delgado, R., Corbella, A., Baures, N., “El estudio de la opinión del usuario y su aplicación en los Programas de Control de Calidad Asistencial” 1987 : 2(1) :15-22.Revista Todo Hospital/87,Junio 1992 p.10

⁸¹ Clearly, P., Mc Neil , B. “Patien satisfaction as an indicator of quality care”. Inqiry 1988;25:25-33, Revista Todo Hospital/87,1992:p.10.

Segunda parte

MARCO APLICADO

⁸² Comitè d' experts departament sanitat i seguretat social. Informes y Dictàmenes nº2. "Control de Calidad de los Centros Asistenciales de la Generalitat de Catalunya". Barcelona 1982. Revista Todo Hospital/87,1992:p.10.

9 DISEÑO DEL ESTUDIO

9.1 Metodología

La hipótesis en la que se basa el trabajo, como puede verse en el apartado de la página (15) es: “¿Los cuidados de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) contribuyen a la satisfacción del paciente, y a los resultados de la cirugía cardíaca?” Para confirmarla, tal como fue señalado anteriormente, se realizó un estudio de opinión/satisfacción de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca en un Centro Cardiovascular de Barcelona, en el período comprendido entre Enero y Abril del 2006.

9.2 Diseño de la encuesta

Se han valorado dimensiones que según Sánchez, Coll y Valls permiten conocer la opinión/satisfacción del usuario. Estas son accesibilidad, bienestar, trato, información, intimidad, satisfacción respecto a los profesionales de enfermería.⁸³

Se realizó una revisión bibliográfica en busca de estudios de opinión de los pacientes, encontrándose en el Centro Cardiovascular de Barcelona una encuesta de satisfacción de carácter general. Por lo que se resolvió elaborar dos cuestionarios, uno específico, destinado a los pacientes partiendo de contenidos y preguntas de otros cuestionarios de opinión; y otro, para conocer las características basales y las patologías asociadas de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca. Para este último teniendo como referencia el cuestionario para la evaluación de los resultados de la

⁸³ Sanchez, A., Coll, L., Valls, C., "Evaluación de un hospital de día: monitorizamos indicadores de funcionamiento, pero ¿qué opinan los usuarios?" Ediciones Doyma, SL p.6. <http://www.doyma.es>. Revista de Calidad asistencial. Agosto/2002. Número 06 Volúmen 17 p.337-349.

cirugía coronaria de la Unidad de Epidemiología Clínica del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario del Valle Hebrón 2001-2003.⁸⁴

Para la elaboración del cuestionario se tomaron en cuenta las recomendaciones de Cuesta que señala que las preguntas:

Deben ser relativamente pocas, para evitar la fatiga, desánimo en el entrevistado.

Deben exigir una respuesta numérica, una afirmación o negación, una elección entre las propuestas cogida.

Ser sencillas y fáciles de responder.

No deben ser indiscretas sin necesidad.

En lo posible, deben ser corroborativas, esto es que una misma cuestión se pregunte de formas distintas varias veces, para detectar contradicciones.

Deben hacerse de forma que contesten inequívoca y directamente a la información deseada.⁸⁵

9.3 Población y muestra

La muestra elegida forma parte de un universo de 53 pacientes intervenidos de cirugía cardíaca. Dichas cirugías fueron realizadas entre los meses de Enero a Abril del 2006. Según el tipo de cirugía pueden ser clasificados de la siguiente manera: 30 fueron coronarios, 24 Valvulares, 9 Coronario+Valvular, y 9 fueron *exitus*. La muestra está constituida de: 34 pacientes elegidos al azar, excepto los casos en que se aplican los criterios de exclusión.

⁸⁴ Cuestionario “Estudio multicèntric per a l’avaluació dels resultats de la cirurgia coronaria ajustats al risc a Catalunya” Unidad d’ Epidemiología Clínica Servei de Cardiologia Hospital Universitari Vall d’ Hebrón.2001-2002. Validado por la Dra. Mireia Sanz.

⁸⁵ Cuesta, A. ,Moreno, J., GutierrezR. “La Calidad de la Asistencia Hospitalaria” Ed. Doyma SA. Barcelona 1986. Revista Todo Hospital/87. Junio 1992 p.11.

9.4 Criterios de inclusión

Primera intervención de sustitución valvular.

Primera intervención de derivación aorto-coronaria.

Cirugía mixta valvular y coronaria.

Reintervención en el post operatorio inmediato.

9.5 Criterios de exclusión

Pacientes intervenidos por tercera vez o más.

9.6 Desarrollo de los parámetros de evaluación

En la Encuesta de Satisfacción del Paciente, los parámetros a considerar están relacionados con:

Asistencia: valor que el paciente concede a las Instalaciones y la capacitación técnica y el trato humano de los profesionales de enfermería.

Instalaciones: limpieza, orden, facilidad de localización, accesibilidad, seguridad comodidad.

La persona que lo atendió: (Enfermeras) antes durante y después de la Intervención en la UCI. Si fueron amables, eficientes, si respondieron a sus preguntas, le escucharon, le dedicaron suficiente tiempo, le brindaron buenas sugerencias y explicaciones, le acompañaron (le apoyaron), le respetaron su intimidad, le calmaron el dolor, le permitieron tener a la persona significativa, le ayudaron a satisfacer sus necesidades básicas, le explicaron las técnicas a realizar, acudieron sin demora.

Resto de Personal: Si fueron amables y eficientes, respondieron a sus preguntas.

Que aspectos mejoraría.

Valoración Global del Centro.

En el Cuestionario “Factores de riesgo y patologías asociadas” del paciente intervenido de cirugía cardíaca, se ha tenido en cuenta:

Datos demográficos: sexo, edad.

Factores de riesgo Cardiovascular: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes, tabaquismo, obesidad.

Se ha valorado si el paciente padece de: vasculopatías, problemas neurológicos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Si ha tenido Intervención cardíaca previa, antecedentes clínicos de cardiopatía isquémica, antecedentes clínicos de cardiopatía Valvular, antecedentes de Insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal. Se ha valorado el motivo de su ingreso, la fecha de intervención, la indicación de la intervención si fue de carácter: electivo, urgente, ó emergente, tipo de intervención. Complicaciones perioperatorias, días de estancia en la UCI, horas de intubación. Complicaciones post-operatorias en la UCI resueltas.

Para la realización del estudio fueron elaborados dos cuestionarios:

Cuestionario N° 1 (Anexo1), referido a la opinión/satisfacción del paciente intervenido de cirugía cardíaca.

Cuestionario N° 2 (Anexo 2) relacionado con los factores de riesgo y patologías asociadas del paciente intervenido de cirugía cardíaca.

9.7 Variables

Las variables que se tomaron en cuenta para la elaboración de los cuestionarios fueron:

Accesibilidad: facilidad / dificultad de acceso al centro de atención.

Limpieza: aspecto general del centro, así como de las habitaciones y/o UCI donde permaneció ingresado.

Orden: referido al trabajo y a las habitaciones donde permaneció ingresado.

Confort: de la UCI y habitaciones de planta.

Bienestar: referido al bienestar general del paciente en relación al centro médico y al trato del personal del cual el paciente recibió atención.

Información: la suministrada por el personal de enfermería con respecto al procedimiento realizado previa y posteriormente a la intervención. (No se incluye la información suministrada por el equipo médico).

Trato: del personal en general y en particular del personal de enfermería hacia el paciente.

Intimidad: del paciente en los diferentes lugares donde permaneció ingresado.

Calificación de los profesionales: valoración subjetiva del paciente en cuanto a los profesionales de los que recibió atención (en especial el personal de enfermería).

Sexo: valoración de los resultados en relación al sexo de los pacientes.

Edad: los resultados se valoran según los grupos etarios.

Factores de riesgo: considerando dislipemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, etc.

Patologías asociadas: presencia de enfermedades importantes de la edad adulta.

9.8 Validación de la encuesta

Una vez confeccionados los cuestionarios se realizó una prueba piloto con 10 pacientes elegidos al azar en el momento de alta de la UCI. La encuesta fue personalizada, explicándose previamente el motivo de la encuesta, por qué se realizaba y por qué se solicitaba su opinión. También se preguntó sobre si las preguntas eran unívocas, fáciles de comprender, fáciles de responder y su visión sobre los temas tratados.

Las respuestas obtenidas permitieron mejorar los cuestionarios. Por ejemplo en el cuestionario N°1 una de las preguntas decía: ¿Le acompañaron? Fue cambiada por: ¿Le apoyaron? Pues, debido que podría ser interpretada en el sentido de que le acompañaron por ejemplo ir al WC.

El cuestionario de satisfacción del paciente fue validado por la Profesora Montserrat Teixidor (Directora de la Escuela Univesitaria de Enfermería “Santa Madrona” de Barcelona) y por las Profesoras Alicia Sanchez y Carmen Valls, ambas enfermeras del Hospital San Pablo de Barcelona.

En la prueba piloto realizada en el centro han respondido todos los casos elegidos. El resultado de la prueba ha modificado la redacción y planteamiento de algunas preguntas, dando lugar al cuestionario definitivo para opinión/satisfacción de los pacientes (Anexo1). Además se confeccionó otro cuestionario sobre Factores de riesgo y patologías asociadas de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca (Anexo2); validado por la Dra. Mireia Sanz.

Ejecución de la encuesta

Para la ejecución de la encuesta se tuvo en cuenta los criterios de Ausin quien formuló que “el intervalo de 1 mes y los 6 meses es el comúnmente aceptado como el más correcto”⁸⁶, las encuestas se realizaron desde el primer día del alta de la UCI., intentando buscar el momento más apropiado para el paciente.

En el estudio se ha considerado que puede haber existido gran labilidad en la sinceridad de las respuestas, ya que debe tenerse en cuenta que la encuesta se realizó cuando aún existía una fuerte vinculación emocional y una gran dependencia entre el paciente, el centro y el personal.

Los datos fueron colectados personalmente por mí. Ya que al estar vinculado al mundo hospitalario, esperaba minimizar los riesgos

⁸⁶ Ausin ,JL. et al. “La encuesta a los usuarios como instrumento de Control de Calidad”. JANO 1982;521:68-74.

conceptuales o de interpretación que pudieran surgir en el caso de participación de terceras personas en el estudio.

9.9 Fuente de datos

Con la finalidad de registrar información relacionada con los datos demográficos, factores de riesgo, y estado de los pacientes intervenidos; datos que, pudieran influir en los resultados de la cirugía y en la opinión/satisfacción de los pacientes fue realizada una revisión de las historias clínicas, respetando la intimidad y confidencialidad de los pacientes.

9.10 Período

Enero – Abril 2006. Se eligió este período por que coincidía con la finalización de la parte teórica del Master y podía dedicar más tiempo al marco práctico del proyecto de investigación.

10 RESULTADOS

10.1 *Análisis General*

Una de las estrategias para el **análisis de la satisfacción de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca**, es la recogida de información a través del cuestionario “*ad hoc*”. El cuestionario ha sido dirigido, pues, a destinatarios con la edad referida (>40), siendo el ámbito geográfico en el que se ha aplicado la ciudad de Barcelona.

Para el análisis se ha utilizado el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), implicando tanto estrategias de análisis descriptivo como *inferencial*. Para ello se ha contado con el asesoramiento del Profesor José Tejada. Para una mejor comprensión de los resultados la presentación de los mismos ha sido organizada atendiendo al orden establecido en el propio cuestionario. De ahí que en un primer momento se atiende a la caracterización de la muestra para posteriormente centrar la atención en algunos cruces de interés para la investigación.

10.2 Características de la Muestra

10.2.1 Variables Personales

El **sexo** se distribuyó de manera desigual, con un 97,3% de presencia masculina (ver Gráfico 1), correspondiendo a la mayor prevalencia e incidencia en el sexo masculino para este tipo de enfermedades. No obstante que podemos afirmar que de todas maneras es probable que en el futuro cercano crezca el porcentaje correspondiente al sexo femenino, ya que hay un mayor aumento de los factores de riesgo cardiovasculares, en especial el tabaquismo y la obesidad, que son cada vez más generalizadas en la población femenina.

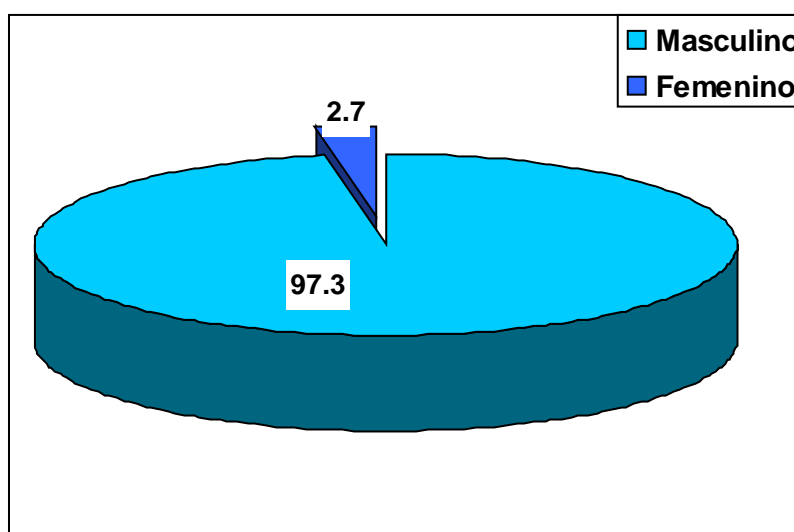


Gráfico 1.- Distribución del Sexo

La **edad** media de la muestra fue de 65,11 años (8,03 desviación). La tendencia es que a pesar de la creciente progresión de la hemodinámica cardíaca con los tratamientos de revascularización percutánea, cada vez se operan pacientes más grandes (mayores de 65 años). Esto es debido a que la expectativa de vida ha aumentado en los últimos 10 años, siendo

habitual al día de hoy intervenciones quirúrgicas a pacientes de 80 años de edad, cosa que años atrás era impensable.

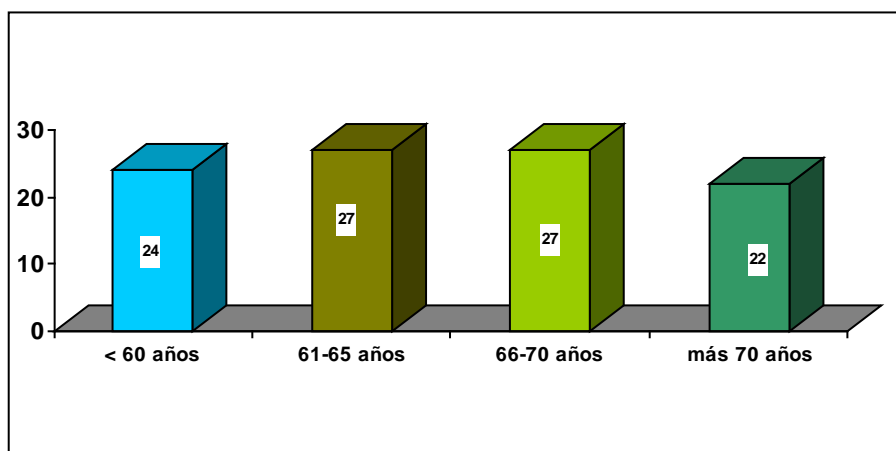


Gráfico 2.- Distribución según la edad.

10.3 Factores de riesgo y patologías asociadas

Los factores de riesgo y patologías asociadas están resumidos en la Tabla 1 y en el Gráfico 3. Puede apreciarse también de manera específica el perfil del paciente.

Tabla 1. Factores de Riesgo y Patologías asociadas.

ITEMS	SI	NO
S 1. Hipertensión Arterial	75,7	24,3
S 2. Hipercolesterolemia	67,6	32,4
S.3. Diabetes	43,2	56,8
S 4. Fumador/Tabaquismo	78,4	21,6
S 5. Obesidad	24,3	75,7
S 6. Vasculopatía	40,5	59,5
S 7. Problemas neurológicos	16,2	83,8
S 8. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC	35,1	64,9
S 9. Intervención Cardíaca Previa	2,7	97,3
S 10. Antecedentes de Cardiopatía Isquémica	59,5	40,5
S 11. Antecedentes de Cardiopatía Valvular	51,4	48,6
S 12. Antecedentes de Insuficiencia Cardíaca.	75,7	22,2
S 13. Insuficiencia renal.	16,2	83,8
S 14. Complicaciones quirúrgicas perioperatorias.	16,2	83,8
S 15. Exitus	5,4	94,6

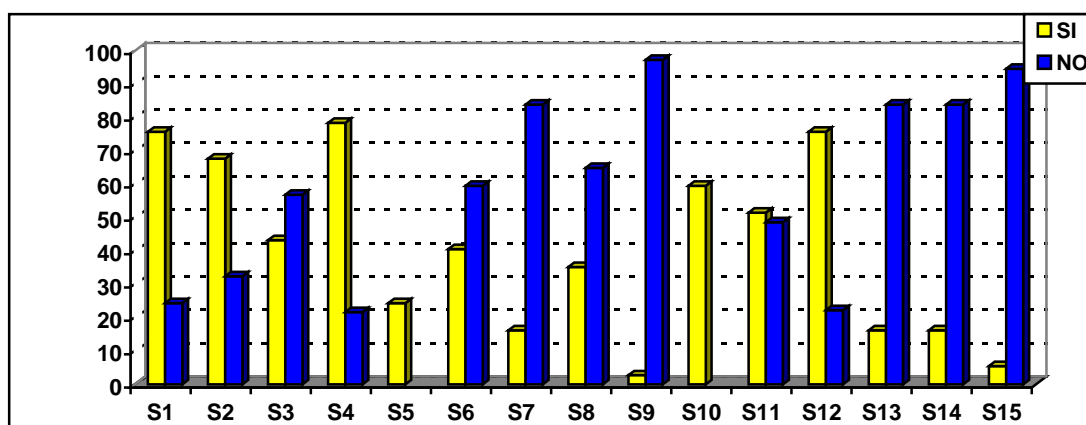


Gráfico 3.- Factores de riesgo y patologías asociadas.

Globalmente todos los pacientes tienen presentes los factores de riesgo clásicos en las enfermedades cardiovasculares. Se dice que en cardiología los factores de riesgo no se suman si no se multiplican. En el Grafico 3 se aprecia que en el presente trabajo los factores de riesgo más presentes fueron el tabaquismo (78.4%), seguido por la hipertensión arterial (75,7%) y luego las dislipemias (67,6%).

El Grafico 4 muestra la distribución de la Indicación de la intervención. Como se puede apreciar la intervención ha sido mayoritariamente electiva (62, 2%), seguida de la intervención urgente (35,1%) y por último la emergente (2,7%).

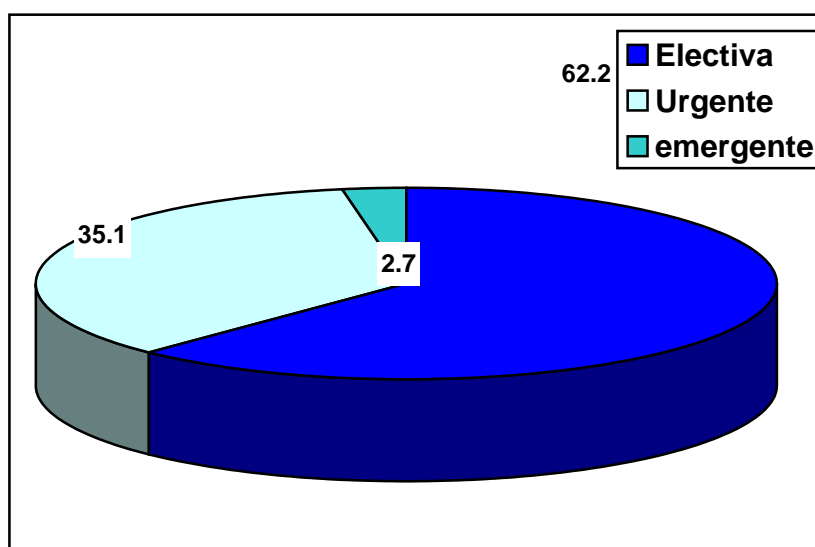


Gráfico 4.-Distribución de la Indicación de la intervención.

Contribución de los cuidados de enfermería a la satisfacción en los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca

Los tipos de intervención se encuentran esquematizados en el Grafico 5. Las intervenciones han sido mayoritariamente coronarias 41,9%, seguido por valvulares 39,7% y cirugía mixta valvular + coronario 10,6%.

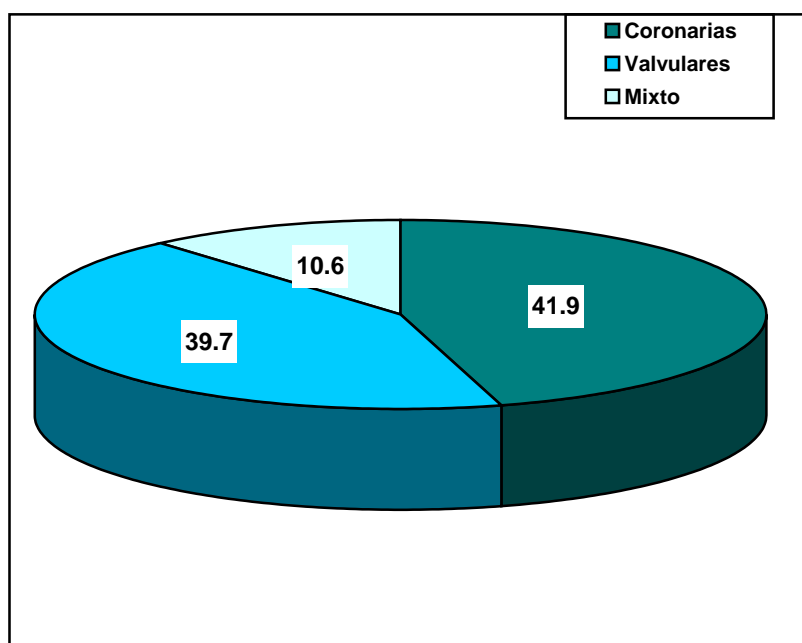


Gráfico 5.-Tipo de Intervención.

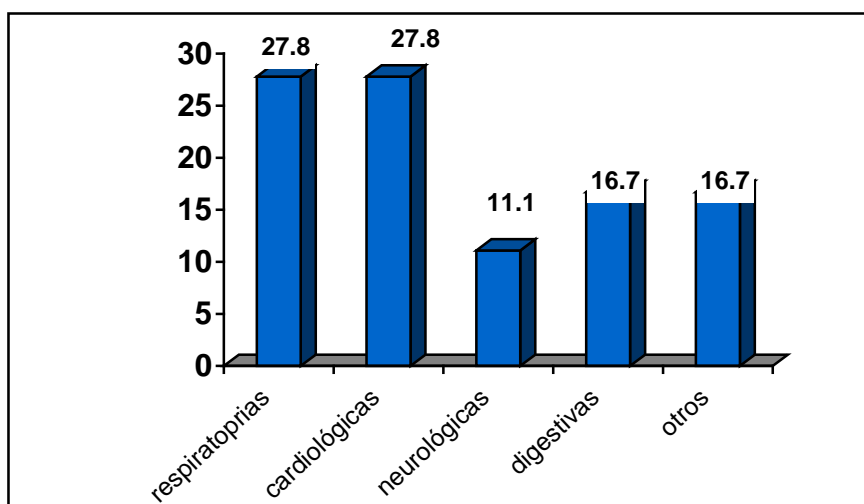


Gráfico 6.-Distribución complicaciones post-operatorias.

El Gráfico 6 muestra la Distribución de Complicaciones post-operatorias. Entre las complicaciones post-operatorias más frecuentes tenemos: respiratorias, cardiológicas, digestivas y neurológicas. También puede

presentarse dehisencia de sutura esternal, insuficiencia renal, infecciones, etc; reflejadas en el gráfico en la columna de “otros”.

10.4 OPINION/SATISFACCION DEL PACIENTE

En la Tabla 2 y en el Gráfico 7 se especifica la valoración opinión/satisfacción.

Tabla 2. Opinión/Satisfacción del Paciente.

ITEMS	Media	desv.
1. Edificio limpio y ordenado	3,59	0,5
2. Clínica fácil de encontrar	3,82	0,4
3. Acceso para discapacitados	3,06	0,6
4. Area de espera segura cómoda	2,47	1,1
5. - Amables	3,88	0,4
6. - Eficientes	3,88	0,3
7. - Responden a las preguntas	3,94	0,2
8. -Le escuchó	3,91	0,3
9. -Le dedicó suficiente tiempo	3,94	0,2
10. -Le brindó buenas sugerencias explicaciones	3,85	0,3
11. -Le acompañaron,(le apoyaron)	3,94	0,2
12. -Le respetó su intimidad	3,85	0,3
13. -Le calmó el dolor	3,91	0,3
14. -Le permitió tener la persona	3,88	0,3
15. -Le ayudó a satisfacer sus necesidades básicas	3,88	0,3
16. -le explicó las técnicas a realizar	3,94	0,22
17. -Acuden sin demora	3,91	0,3
18. -Amables	3,91	0,3
19. -Eficientes	3,88	0,3
20. -Responden a preguntas	3,88	0,3

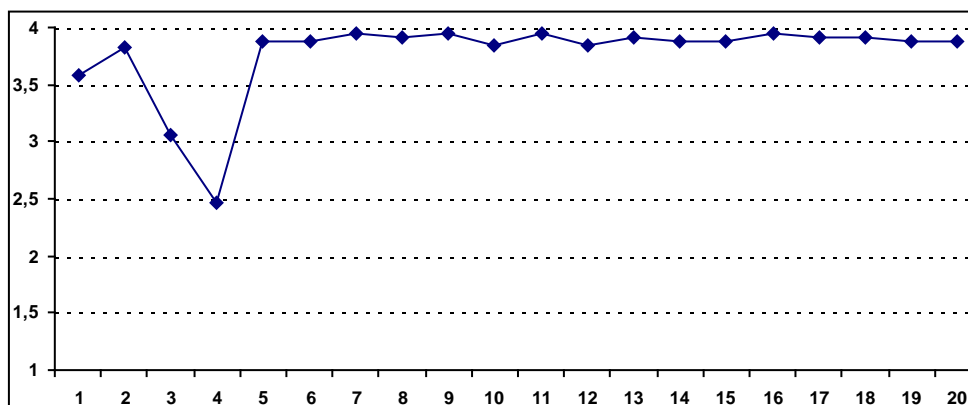


Gráfico 7.- Opinión/satisfacción paciente.

En una escala del 1 a 4, en general todos los pacientes tienen una valoración muy alta, superior a 3,8, respecto al profesional de enfermería que le brindó los cuidados, tanto previo a la cirugía, durante, y en el post operatorio en la UCI. Ya en el caso de la valoración de la infraestructura el promedio es de 2,5. Este resultado indica que hay deficiencias que deben ser corregidas. Un estudio futuro, que permita descubrir puntualmente las necesidades a ser atendidas al respecto, podría ayudar a corregir tales deficiencias.

11 CONCLUSIONES

El trabajo fue un estudio de opinión sobre un total de 34 encuestas realizadas en un centro cardiovascular. El porcentaje de respuesta fue del 100%. La mayoría de los usuarios estuvo satisfecho, aunque expresaron algunas sugerencias de mejora. Consideraron que se le respetó su intimidad y que recibieron un trato e información correcta. La calificación de la mayoría de los encuestados estuvo comprendida entre un 3,8 a 4 sobre una escala de 1 al 4 puntos sobre la atención recibida por parte de las enfermeras; en los períodos pre, intra y postoperatorio inmediato durante su estancia en la UCI. En lo referente a la infraestructura la valoración fue negativa recibiendo una calificación promedio de 2,5 en la misma escala.

El género de los pacientes operados fue predominantemente masculino con un 97.3%; siendo la edad media de 65.11 años.

Hoy en día existen un número creciente de intervenciones cardíacas en pacientes mayores de 80 años, situación que años atrás era impensable, ya que son pacientes a los que además de la alta complejidad por su cardiopatía de base, a veces muy evolucionada, se suman las pluripatologías asociadas propias de la edad avanzada, lo cual conlleva un mayor riesgo quirúrgico así como una recuperación post operatoria lenta y compleja.

En la actualidad, la tendencia es que pacientes cada vez más jóvenes son afectados por enfermedades cardiovasculares. Sin embargo la mayoría de casos se resuelven con medidas intervencionistas, es decir por ejemplo, mediante la realización de cateterismo cardíaco con angioplastia e implantación de prótesis vasculares (“STENT”).

Las patologías asociadas están muy relacionadas con los factores de riesgo cardiovasculares. En este registro el grupo de fumadores y ex-fumadores fue del 78,4%, hipertensos un 75,7%, y la hipercolesterolemia estuvo presente en un 67,6%.

Hay situaciones que pueden condicionar los resultados de la cirugía cardíaca y por consiguiente la valoración del paciente o usuario respecto a

la atención recibida. Un ejemplo de esto sería la indicación de la intervención, valorando si es una intervención programada o urgente.

Las intervenciones de carácter electivo en el presente trabajo correspondieron a un 62,2%, en la que el paciente ingresó por su propio medio procedente de su domicilio. Las intervenciones urgentes fueron un 35,1%, y finalmente pacientes que se intervinieron con suma urgencia (cirugía emergente) que correspondieron al 2,7%.

De acuerdo a la intervención realizada, la mayoría han sido cirugías coronarias con un 41.9%, los valvulares un 39,7%, seguido por las intervenciones mixtas (valvular+coronario) que correspondieron a un 10,6%. Debemos recordar que en la amplia variedad de valvulopatías (insuficiencia mitral, estenosis aórtica, etc) además de la etiología isquémica (por ejemplo la insuficiencia mitral por disfunción de músculo papilar) existe el origen reumático e infeccioso como posible causas de las mismas.

Por otro lado entre las complicaciones más frecuentes relacionados con las patologías asociadas tenemos: respiratorias, digestivas, neurológicas, renales, etc; que exigen del personal de enfermería un mayor conocimiento y especialización en el manejo de pacientes críticos con post operatorios complicados.

Los cuidados de enfermería son muy importantes en general para la atención de los pacientes, pero cobran más relevancia en los pacientes de edad avanzada y en aquellos con múltiples patologías subyacentes. No es lo mismo la atención a un paciente joven, con una sola enfermedad y con un gran soporte familiar, que aquel otro que sabe está llegando al final de su vida, sufre varias enfermedades simultáneas, y además, probablemente está solo o no posee apoyo familiar.

El personal de enfermería se encuentra al lado del paciente durante muchas horas al día, tanto en los momentos en que la evolución de los enfermos es favorable como en otros momentos en que las complicaciones médicas aparecen o los tratamientos y procedimientos instaurados no son eficaces. Mantiene un contacto muy cercano y personalizado con el

paciente, el cual no debemos olvidar, acaba de sufrir una intervención en la que según su percepción hubo un gran riesgo de perder la vida y a sus personas queridas.

Al despertarse de los efectos de la anestesia, habitualmente la primera persona que toma contacto con el paciente es la enfermera. Es la persona que lo tranquilizará, le ayudará a situarse, informándole, despejando sus dudas, temores y angustia, dándole seguridad, calmándole el dolor, realizando progresivamente además de las acciones humanas, todas aquellas relacionadas con la salud del paciente, como el control hemodinámico, el proceso de extubación, la administración de la analgesia, etc.

Con sus prácticas cuidantes enfermería contribuye a crear las condiciones para que el paciente pueda recuperarse, física y emocionalmente.

Volviendo a los resultados del trabajo, finalmente se ha observado que la opinión general de los usuarios fue favorable, considerando muy importante la atención recibida y muy útil la información transmitida por el personal de enfermería que estuvo a su cargo.

Las enfermeras sienten que su profesionalidad está bien valorada por sus colegas y los usuarios, pero insuficientemente valorada por la organización y la sociedad. La complejidad de los enfermos y del sistema organizativo obligan al personal de enfermería a un constante esfuerzo de adaptación y cambio, llegando a niveles altos de control y autonomía técnica en el desarrollo de las actividades propias, que contrasta con un bajo control sobre la organización y la orientación de la empresa donde se trabaja.

Según el estudio Sociológico presentado por el Colegio de Enfermería de Barcelona⁸⁷ sostiene que los problemas más destacados a nivel mundial los son también para las enfermeras de la demarcación de Barcelona. Nos referimos a: las insuficientes retribuciones, la falta de incentivos profesionales y la falta de reconocimiento social y político.

⁸⁷. El Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB) presentó un estudio Sociológico **“Infermers avui: como som i como voldriem ser”** al **17e Congrés Internacional de la Sigma Theta Tau** “Enfocant la pràctica basada en l'evidència” a Mont-real (Canadá). Julio 2006.

Los usuarios consideraron que la UCI fue un ambiente ruidoso, y la sala de espera para familiares no era confortable. A pesar de estas últimas consideraciones se cumplen los estándares de funcionamiento.

12 DISCUSION

La satisfacción con los servicios sanitarios y con servicios especiales como la unidad de cuidados intensivos de cirugía cardíaca en particular, es un concepto bastante complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad⁸⁸. Una de las principales dificultades del análisis de la satisfacción del paciente, radica justamente en la indeterminación de este concepto que procede, por una parte, de una naturaleza subjetiva y, por otra, de una contextual. Esto es, de múltiples posibilidades de expresión definidas en los espacios socioculturales en los que se muestra y de la multidimensionalidad de las experiencias previas relacionadas a ella. La satisfacción es un fenómeno que viene determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social.

A la complejidad de la definición de la satisfacción hay que añadir la “labilidad” del sujeto de análisis, que explica la resistencia de algunos autores a incluir la satisfacción entre los criterios de calidad asistencial. Esta resistencia se fundamenta en las siguientes razones: 1. la falta de conocimiento científico y técnico por parte de los pacientes para evaluar la calidad asistencial; 2. el estado físico o mental de los pacientes que puede influirlos, o en algunos casos incapacitarlos, para emitir juicios objetivos; 3. el rápido proceso asistencial (atención de enfermería, realización de pruebas diagnósticas, medidas terapéuticas) que dificultan que los pacientes puedan tener una opinión objetiva y comprensiva de lo que está

⁸⁸ Carr-Hill RA. “The measurement of patient satisfacción.” J. Publica Health Med 1992;14(3):236-49

ocurriendo y 4. la dificultad en definir lo que los pacientes consideran “calidad”. La calidad es un concepto que depende de las características de los pacientes, varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico y los cambios del estado de salud (la percepción de este varía considerablemente cuando está grave o cuando está en vías de recuperación). Además las características de los pacientes influyen en la actitud de los profesionales que repercute en la satisfacción de la población⁸⁹

A pesar de esta complejidad, Vuori propone una serie de consideraciones éticas, desde el punto de vista del paciente, que justificarían que la satisfacción se incluya en la evaluación de la calidad: 1. el principio hipocrático según el cual el bienestar del paciente ha de ser el interés máximo de la atención médica y de enfermería; 2. el principio democrático según el cual aquellos a los que concierne una decisión han de estar implicados en ella; 3. los derechos del consumidor por los que el consumidor tiene derecho a decidir aquello que él quiere; 4. el concepto de enfermedad, que debería desplazarse del concepto biológico estricto al concepto experimental de la misma. Se entiende que las personas se definen enfermas o sanas teniendo en cuenta sus sentimientos y no los resultados de la valoración objetiva externa.

Aunque la medicina y la enfermería no siempre puede curar, sí que puede ser útil a los pacientes y satisfacer sus necesidades. Por esta razón debe conocer cuales son sus necesidades y experiencias. Una forma de alcanzar este conocimiento es, en parte a través del análisis de la satisfacción.⁹⁰

A pesar de las limitaciones descritas, la medida de la satisfacción ha demostrado ser un instrumento útil para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios porque proporciona información sobre la calidad

⁸⁹ . Hall J, Milburn M, Epstein MA. “A causal model of health status and satisfacción with medical care”. Med Care 1993-31:84-94

⁹⁰ . Bolivar I, “ Grupo de estudio de la utilización de servicios sanitarios de Mataró. Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria”. Gac Sanit 1999;13 (5):371-83

percibida por los ciudadanos⁹¹ Utilizando adecuadamente puede ser un buen instrumento para modular y adaptar los servicios a las necesidades expresadas por la población, así como un buen centinela de los cambios culturales y de preferencias de la población.

El objetivo del análisis de la satisfacción será pues facilitar información a los profesionales y a los gestores y administradores del sistema sanitario sobre aquellos aspectos de la organización sanitaria que son percibidos por la población como insatisfactorios y que son susceptibles de mejora mediante la modificación de circunstancias, comportamientos o actitudes de la organización que intervienen en el proceso asistencial.

Como recomienda Mira Aranaz⁹², la metodología más recomendable es la que combina técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa así como el empleo de instrumentos que contengan elementos que faciliten la evaluación de las percepciones de los pacientes con la experiencia sobre si determinados “hechos de buena praxis” han ocurrido. Los investigadores de este ámbito de conocimiento han avanzado en el diseño de instrumentos de medida de la satisfacción para evaluar la calidad de los servicios. Un ejemplo de estos avances son los cuestionarios derivados del “SERVQUAL” para su uso en el ámbito hospitalario que combinan la medida de las expectativas y las percepciones⁹³ o el “Consumer/Provider Survey” que mide las experiencias y las percepciones en la atención y resolución de problemas concretos en la atención primaria, desde una doble perspectiva la del usuario y la del proveedor⁹⁴.

Una de las maneras de facilitar la información a los profesionales, como alternativa o complemento a las encuestas clásicas, pueden ser otros sistemas de análisis como grabar la opinión de los pacientes, pasar posteriormente la cinta al personal sanitario y establecer grupos de participación en los que se reflexione sobre esa percepción de los

⁹¹ . Vuori H., “ Patient satisfaction-An attribute or indicator of the quality of care?”QRB 1987; March:106-8

⁹² . Mira JJ, Aranaz J. “ La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria”. Med Clin (Barcelona 2000; 114 (supl 3): 26-33

⁹³ . Mira JJ, Aranaz J. “La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria”. Med Clin (Barcelona 2000; 114 (supl 3): 26-33

⁹⁴ . Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest C, Berk R. “ Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: Implications for managed care”. J. Family Practice 1998; 216-26.

pacientes. Las encuestas implican un proceso extenso, complejo, largo y caro al que hay que añadir el cuidado del uso de los instrumentos estandarizados por razones muy simples: el contexto y los objetivos del análisis. Además, el análisis deberá incluir más estudios sobre grupos minoritarios puesto que es inapropiado asumir que los resultados que se obtienen de un estudio de población general son extrapolables. Ante esta situación, y desde una perspectiva de la gestión de los servicios sanitarios, se podrá plantear la utilidad complementaria de los métodos cualitativos.

Una razón adicional para introducir la utilización de la opinión de la población en las organizaciones sanitarias es porque se convierte en un instrumento útil para hacer efectivas las políticas más actuales sobre la calidad. Un ejemplo puede ser el Modelo Europeo de Excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM), que promueve dichas políticas desde la perspectiva de la máxima participación de los diferentes actores del proceso asistencial.

La opinión expresada por los ciudadanos, mediante diferentes vías, ofrece una información esencial para conocer el funcionamiento de los servicios sanitarios desde el punto de vista de la población y como tal constituye un instrumento de participación de la misma en la mejora de la calidad de la atención sanitaria⁹⁵

La complejidad de los pacientes obliga a los especialistas en ciencias de la enfermería a ampliar el conocimiento de las dimensiones sociales, culturales, políticas y psicológicas del fenómeno integral de los cuidados dentro del proceso de salud/enfermedad y enfermedad/salud, en la persona, la familia y la comunidad en las diferentes dinámicas de los sistemas sanitarios en general así como en el sistema privado en particular.

Esta una sociedad cambiante y compleja obliga a los profesionales en general y más precisamente a enfermería, a estar formados y preparados para adecuar los servicios de salud a las necesidades del momento actual.

⁹⁵ . Caminal J., “La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios”. Rev Calidad Asistencial 2001;16:276-279

Esta preparación y formación continua, incluye el revisar y actualizar conocimientos relacionados con:

- las bases históricas, teóricas y filosóficas de las ciencias de la enfermería.
- con diseñar y ejecutar la planificación de las actuaciones y evaluación en el campo de los cuidados de enfermería contemplando diferentes demandas de salud según problemas, edad y contexto social.
- aplicar métodos y técnicas necesarias para el ejercicio del constante realimentación, de la enseñanza-aprendizaje en la práctica diaria y aprender todos del equipo.
- gestionar los recursos disponibles del centro en cualquier nivel.

La aplicación de los postulados de calidad total en el ámbito sanitario, busca incorporar el punto de vista del paciente en el diseño de procesos. Desde esta perspectiva, conocer las expectativas del paciente reviste especial importancia, tanto para los gestores como para los clínicos.

Para este trabajo se han aplicado 2 cuestionarios específicamente diseñados para evaluar la calidad percibida de pacientes atendidos en un servicio especializado la UCI de cirugía cardíaca. No obstante, a pesar de que se realizó una prueba piloto y fue validado por expertos de la especialidad, los resultados obtenidos pudieran tener limitaciones, ya que sería preciso realizar un estudio previo de adaptación de todos los ítems; algo que no se pudo realizar dado el poco tiempo que se disponía para realizar el trabajo de investigación.

Además, se ha de enfatizar en que se trata de una medida de calidad percibida, o sea subjetiva, y por lo tanto no sobre la calidad técnica que ofrece el centro. Su empleo debería ir acompañado de otras evaluaciones sobre la idoneidad de los procesos y la efectividad de los resultados, así como otras medidas como podría ser la opinión de los profesionales del centro.

El trabajo hospitalario intenta reparar los daños causados por las enfermedades cardiovasculares que tardaron años en instaurarse. Lo importante y urgente es prevenir las enfermedades cardiovasculares.

El corazón bombea en cada latido aproximadamente 70 mililitros de sangre hacia las arterias. Esto equivale a bombear 7.000 litros por día 2,5 millones de litros al año. Para obtener energía el corazón necesita un suministro continuo de oxígeno y nutrientes, que son llevados al corazón por medio de vasos sanguíneos llamados arterias coronarias. ¿Cómo cuidar el órgano que mueve la vida? ¿Como reducir los riesgos de padecer enfermedades cardiovasculares? Cuando hablamos de “esperanza de vida” pensamos en el trabajo del corazón? (ver cuadro).

Tabla N° 3 Cuadro comparativo de latidos durante la vida de algunos mamíferos.

EDADES QUE ALCANZAN ALGUNOS MAMIFEROS						
<i>MAMIFERO</i>	<i>LATIDOS MINUTO</i>	<i>POR</i>	<i>VIDA AÑOS</i>	<i>EN</i>	<i>TOTAL LATIDOS</i>	<i>DE</i>
MUSARAÑA	1.000		2		1.050`000,000	
RATÓN	550		3		950`000,000	
RATA	430		4		900`000,000	
CONEJO	150		15		1.150`000,000	
GATO	130		20		1.350`000,000	
PERRO	95		20		1.000`000,000	
CERDO	75		20		800`000,000	
OVEJA	45		20		600`000,000	
LEÓN	45		35		830`000,000	
CABALLO	38		40		800`000,000	
VACA	60		30		950`000,000	
ELEFANTE	30		60		1.200`000,000	
BALLENA	17		77		630`000,000	

Fuente: Unger Tomás “Ventana a la Ciencia N°4 Ed.DIPUSA p.76

“El Bioquímico Isaac Asimov ha elaborado una tabla comparativa que incluye diversos animales, desde la ballena y el elefante hasta la musaraña (que puede llegar a 2 años, el ratón puede llegar a los (3) y la rata a los (4). Los corazones de los mamíferos laten en proporción inversa a su tamaño).

La tabla de Asimov muestra que los mamíferos viven entre una total de 600 millones y 1,350 millones de latidos de su corazón; estando la mayoría entre 800 y mil. Sin embargo el hombre con un pulso de 72 latidos por minuto, en Japón tienen una esperanza de vida de 2,800 millones de latidos. Y si tomamos al hombre más longevo –así como hemos hecho con varios animales- veremos que vivió 4,280 millones de latidos. Esto indica que, por alguna razón, hemos roto una barrera biológica . Ya no se trata de “promedios”, pues en ese caso los animales (con gran mortalidad infantil) estarían aún en mayor desventaja, sino de los más desfavorecidos. Si ha esto añadimos que la “esperanza de vida” del hombre ha ido en notable aumento en lo que va del siglo, y el progreso de la medicina cada vez más acelerado, no parece descabellado pensar que entre los hombres y mujeres que nacerán en este siglo habrá un porcentaje significativo de centenarios”⁹⁶

Desde hace años, los ministerios de salud así como los equipos sanitarios han comenzado una campaña de medidas y consejos de prevención para evitar el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares. Parte de las cuales se detallan a continuación.

1) Mantenga el peso equilibrado

El aumento del número de personas con sobrepeso u obesidad es el principal factor que explica el actual crecimiento de las enfermedades cardiovasculares tanto en los países ricos como en los países pobres. Para saber si una persona tiene un peso adecuado, los médicos calculan el índice de masa corporal (IMC) a partir de la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO (en Kg)}}{\text{ALTURA (en m)}^2}$$

Un IMC inferior a 18.5 indica bajo peso.

Un IMC comprendido entre 18.5 a 25 es óptimo.

Un IMC entre 25 a 30 indica sobrepeso.

Un IMC de 30 a 40 indica obesidad.

Un IMC superior a 40 indica obesidad mórbida.

⁹⁶ Unger Tomás “Ventana a la Ciencia N°4 Ed. DIPUSA, p.78-79

En la Tabla 4 se indica los límites del bajo peso, el sobrepeso y la obesidad según la altura de cada persona.

Tabla 4. Límites de peso: índices de masa corporal.

Altura	BAJO PESO (IMC 18.5)	PESO ADECUADO (IMC 25)	SOBREPESO (IMC 30)	OBESIDAD (IMC 40)	Obesidad MORBIDA (IMC > 40)
1,50 m		42 Kg	56Kg	67Kg	90Kg
1,55 m		44	60	72	96
1,60 m		47	64	77	102
1,65 m		50	68	82	109
1,70 m		53	72	87	116
1,75 m		57	77	92	124
1,80 m		60	81	97	130
1,85 m		63	86	103	137
1,90 m		67	90	109	149
1,95 m		70	95	114	152
2,00 m		74	100	120	160

Fuente: "Magazine" 16 Octubre 2005 p.32

La siguiente entrevista realizada al Dr. Valentí Fuster fue publicado en la revista Magazine, y por su trascendencia e importancia lo transcribo casi textualmente: "Lo más importante que podemos hacer ahora para proteger la salud de los ciudadanos es investigar en prevención, estudiar qué estrategias son eficaces y cuáles no lo son, para evitar que tantas personas sigan cayendo enfermas, en lugar de investigar qué hacer después, cuando ya han enfermado." Tan importante es la prevención para el Dr. Fuster que

una de las cinco grandes líneas de trabajo del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC) se concentrará precisamente en los estudios sobre prevención. Por ahora, a la prevención se dedica menos del 1% del gasto sanitario y menos del 1% de los presupuestos de investigación, según datos de Estados Unidos. Pero no podemos seguir así. Por comparación, el cáncer de mama se cobra un 4% de las muertes en la población femenina de la Unión Europea. Demasiadas aún, desde luego, pero por cada mujer que muere por un cáncer de mama mueren más de 12 por una enfermedad cardiovascular. Si el año 1990 las enfermedades cardiovasculares mataron a 14 millones de personas en todo el mundo -¡14 millones más: más que la malaria, la tuberculosis y el sida sumados!-, en el 2020 la factura anual habrá ascendido a 25 millones. La catástrofe castigará sobre todo a los países pobres, donde la mortalidad cardiovascular se duplicará. Pero en los países ricos también se prevé un aumento de un 20%.⁹⁷

Como explicarlo?

Obesidad galopante

En En 1991 en EEUU, en todo su territorio se registraban tasas de obesidad por debajo del 20% en la población adulta. Hoy en día, en 40 de los 50, más del 20% de los adultos son obesos, según los últimos datos del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta. En Italia Grecia, Portugal y España, países donde es fácil seguir la saludable dieta mediterránea, el número de niños de 4 a 11 años con sobrepeso supera ya el 30%. Y el número de adultos obesos en España, está entorno al 15%: casi uno de cada seis.

El problema no son sólo los kilogramos de más. También influyen el colesterol, el tabaco, la predisposición genética. Pero los kilogramos son para muchas personas víctimas de enfermedades cardiovasculares, el origen del problema. Por que la obesidad (sobre todo la abdominal, que es la grasa que se acumula en abdomen y muslos) suele ir acompañada de un aumento del colesterol LDL (conocido como colesterol “malo”), así como

⁹⁷ Revista “Magazine” 16 Octubre, 2005, p.29.

de un déficit de colesterol HDL (el “bueno”), también de un aumento de la tensión arterial con el paso de los años; suele llevar hasta la diabetes y sin un tratamiento médico adecuado, a la muerte prematura.

Sobre el papel, la solución es simple.

“Hay tres medidas básicas que los ciudadanos pueden tomar para cuidar su salud. Son sencillas, baratas y tremendamente eficaces. Si uno hace estas tres cosas, tiene muchas posibilidades de llegar a cumplir muchos años con buena salud”, explica Fuster. La receta mágica: **Cuidar la dieta, practicar ejercicio regularmente y no fumar.**

Lleve una dieta saludable

“En España se come mucho”, observa Fuster. “En los restaurantes aún domina la tradición de comer un gran primer plato, un gran segundo plato y un gran postre. Y a la hora de cenar, mucha gente vuelve a tomar primero, segundo y postre.” En las grandes ciudades, además, con los horarios apretados y las incomodidades de desplazamiento, cada vez se come menos en casa a mediodía y más en restaurantes, lo que favorece una sobredosis de calorías. Es cierto que para algunas personas el horario es tan apretado que no hay tiempo de ir a un restaurante. Pero entonces es habitual sustituir los dos platos y postre por productos hipercalóricos que permiten ingerir una gran cantidad de energía en un tiempo mínimo: bocadillos atiborrados de mayonesa, trozos de pizza preparados para llevar, patatas fritas, refrescos azucarados. Al final, si uno se para a echar cuentas, pueden haber entrado las mismas calorías en una cuarta parte del tiempo.

“El exceso de calorías es el problema más importante que tenemos con la dieta. Es un problema de cantidad”, señala Fuster. “Pero a menudo hay también un problema de calidad”. Dietas desequilibradas, con un exceso de grasas saturadas y azúcares, favorecen las enfermedades cardiovasculares incluso cuando el tamaño de las raciones es adecuado. Por el contrario, una dieta equilibrada tiene un efecto protector.

“No hay una dieta ideal única. Hay muchas dietas ideales posibles, con múltiples combinaciones de alimentos para elegir”, advierte el cardiólogo.

Pero todas estas dietas adecuadas tienen algunas normas comunes. Son ricas en carbohidratos complejos – como los que abundan en arroz, lentejas, pan o patatas – y moderadas en azúcares; aportan grasas saludables, como las del pescado y el aceite de oliva, y limitan las grasas poco saludables, como las que dominan en carnes rojas y bollería industrial; e incorporan abundantes frutas, verduras y hortalizas. Incluso hay alimentos altos en calorías que, tomados con moderación, tienen un efecto protector sobre la salud cardiovascular: el chocolate negro (el cacao contiene antioxidantes) o los frutos secos (muy calóricos, pero con un perfil de grasas saludable).

Aumentar el consumo de productos vegetales es, según los médicos, una de las mejores estrategias para corregir los desequilibrios de la dieta, ya que aportan varios beneficios al mismo tiempo. Al comer una manzana, por ejemplo, entran en el organismo las vitaminas, antioxidantes y otros nutrientes saludables de la fruta. Pero también se evita que entren calorías en tromba por que da sensación de saciedad. Y sin embargo, la tendencia es la contraria: la dieta de los españoles tiende a empeorar, con menos productos frescos (¿Quién puede ir cada día al mercado como se hacía en el siglo pasado?), más productos procesados (cargados de sal que favorece la hipertensión y grasas saturadas que favorecen el exceso de colesterol), picoteo entre horas (hipercalóricos) y más bebidas azucaradas.⁹⁸

Existen medidas simples que podrían ayudar a prevenir la obesidad infantil tales como que los niños solo coman “chucherías” (dulces bollerías) los días sábados. Fomentar el consumo de pan integral para toda la familia. Caminar después de las comidas en lugar de quedarse sentados en el sofá. Existe un divorcio entre la ciudad y el campo o el bosque, donde el caminar sea algo realmente gratificante.

- Evite el estrés
- Practique ejercicio de forma regular

⁹⁸ Magazine 16 Octubre 2005, p.31

No hace falta machacarse cada día en el gimnasio o la piscina para obtener beneficios apreciables. Basta con acostumbrarse a caminar un poco cada día, a no coger el coche para desplazamientos cortos, a ir por las escaleras en lugar del ascensor para subir unos pocos pisos, para que la salud empiece a mejorar. Y conviene hacer media hora de actividad física intensa por lo menos tres veces por semana para conseguir los máximos beneficios. Sin embargo, aunque la mayoría de los ciudadanos perderá la vida por enfermedades cardiovasculares, sólo una minoría cumple estas recomendaciones. Y quienes las cumplen no suelen ser quienes más lo necesitan, sino personas que ya cuidan su dieta y están motivadas para conservar su salud.

Explica Fuster “Quien quiere hacer ejercicio y cuidarse encuentra el tiempo para hacerlo. Cuando alguien dice que le falta tiempo, lo que le falta es la motivación”⁹⁹

- Evitar el consumo de Alcohol

El alcohol por si mismo es tóxico para el organismo. Sin embargo cada día disponemos de más información que sustenta el hecho de un consumo moderado de bebidas alcohólicas de baja graduación, en especial vino tinto, conlleva a largo plazo una disminución de los niveles en sangre de colesterol total y LDL.

- Mantenga una presión arterial adecuada

Las cifras elevadas de presión arterial persistentes, conllevan un mayor riesgo a mediano y corto plazo de padecer enfermedades no solo cardiovasculares, sino también renales, oculares y neurológicas. El ejercicio físico practicado de manera regular ayuda a mantener la tensión arterial dentro de los límites de la normalidad por mejor funcionamiento del sistema vascular periférico así como del sistema neuroendocrino. Una dieta pobre en sal (al menos no excesiva) también mantiene la presión arterial con valores correctos y más estables.

- No fume

⁹⁹ “Magazine” 16 Octubre 2005 p.31

Todos los fumadores saben lo peligroso que es el tabaco para su salud. Y todos saben que dejar de fumar es posible, aunque no fácil. Pero, al igual que muchas personas empiezan a hacer deporte después lo dejan, muchos fumadores intentan dejar el tabaco y después recaen. “La mejor manera de dejar de fumar es tener un infarto, esto es lo que dicen los estudios”, dos tercios de los fumadores que sufren accidentes cardiovasculares no han hecho antes ningún intento de dejar de fumar. Otro estudio muestra que un año después del accidente cardiovascular, entre un 25% y un 50% de los fumadores (el porcentaje de éxito varía según los estudios) han dejado el tabaco y no han recaído. “Son pacientes que acaban de tener un susto importante y que suelen estar muy motivados para empezar a cuidarse”. Observa. “En cambio, si los pacientes no están motivados, es seguro que no van a dejar de fumar por mucho que el médico les repita lo malo que es el tabaco y que las cajetillas ponga que fumar mata.” A falta de un infarto, Fuster recomienda fijarse un día para dejar de fumar y evitar intentarlo cuando se pasa por una etapa emocionalmente complicada. Romper con una adicción trabajada durante años, y a menudo décadas, reconoce el cardiólogo, resulta más difícil para unas personas que para otras y, para cada persona, resulta más difícil en unos momentos que en otros.¹⁰⁰ Fuster apunta que cada uno es libre de cuidar de su salud como mejor le parezca, pero el recrudecimiento de las enfermedades cardiovasculares en países como España responde a un problema cultural más profundo y más difícil de resolver.

Los actuales estilos de vida en las grandes ciudades, donde los ciudadanos se encuentran con una sobreoferta de productos que les ofrecen una gratificación inmediata, desde sabrosos alimentos hipercalóricos a trepidantes juegos de ordenador, y donde las prisas y la falta de tiempo han alcanzado niveles de epidemia. “llevan a muchas personas a dejarse arrastrar por las inercias de todo lo que les rodea en lugar de detenerse a pensar cómo quieren vivir su vida”. “Es muy habitual en personas que sufren un infarto. Comen mal, fuman, se estresan y castigan su cuerpo, y muchas veces no saben ni porque lo hacen. Tengo

¹⁰⁰ Revista “Magazine” 16 Octubre 2005, p.32

muchos pacientes que mientras conseguían grandes éxitos profesionales, han perdido completamente el control de su propia vida”¹⁰¹

¹⁰¹ Revista “Magazine” 16 Octubre 2005,p. 32.

13 NUEVAS LINEAS DE INVESTIGACION

Estudiar lo que plantea el Dr. Esteve Pont “reivindicar para todos el trabajo en cooperación interdisciplinar, incluyendo en ese equipo a la familia, los cuidadores formales e informales y al propio enfermo” citado en la página 83.

Estudiar la opinión de los profesionales del Centro.

Estudio de instrumentos homologados que faciliten la recogida de datos para el estudio de la opinión de los pacientes.

Diseñar un indicador de evaluación de la satisfacción de los pacientes.

Profundizar el diálogo de la enfermería con otras disciplinas como la antropología filosófica, sociología, economía, bioética, etc.

Profundizar en el conocimiento y acciones para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Estudio de los procesos de atención de enfermería, estandarización de procesos, metodología enfermera.

Estudio de la interacción de los diagnósticos enfermeros NANDA¹⁰², Clasificación de intervenciones de Enfermería CIE (NIC)¹⁰³ / Clasificación de resultados de Enfermería CRE (NOC)¹⁰⁴; En pacientes intervenidos de Cirugía cardíaca, según las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson.

Formación de los profesionales de las ciencias de enfermería en el uso de sistemas informatizados.

¹⁰² (NANDA) North American Nursing Diagnosis Association .

¹⁰³ (CIE) La traducción de la sigla NIC (Nursing Interventions Classification) es CIE (Clasificación de las intervenciones de Enfermería).

¹⁰⁴ (CRE) La traducción de la sigla NOC (Nursing Outcomes Classification), es CRE (Clasificación de los resultados de Enfermería).

14 PROPUESTAS PARA LA MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DESDE LA ENFERMERIA.

Ya en el año 2004, el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB) presentó propuestas sobre la atención de la enfermería basándose en estudios sociológicos.

En general los profesionales consideran muy importante aumentar los esfuerzos para la mejora en los aspectos científicos, como parte del sistema de excelencia profesional dominado por la ética.

Si bien es cierto que las enfermeras sienten que su profesionalidad está bien valorada por los usuarios, pero está insuficientemente valorada por la organización y la sociedad. La construcción de una sociedad más justa y con mayores niveles de bienestar pasa por una mayor preponderancia de la educación sanitaria. Y un mayor compromiso del estado en la protección de la niñez y la madre durante los primeros años de vida, que es cuando se generan los hábitos.

Como afirma Caminal, “La opinión expresada por los ciudadanos mediante diferentes vías sea través de encuestas de satisfacción solas, sea en combinación con los métodos cualitativos, ofrece información esencial para conocer el funcionamiento de los servicios sanitarios desde el punto de vista de la población y como tal constituye un instrumento de participación de la misma en la mejora de la calidad de la atención sanitaria.¹⁰⁵ Las mismas que pueden ser utilizadas en el ámbito de la gestión y administración, así como en el rediseño de los procesos asistenciales”.(citado en la pág.114).

La satisfacción de los usuarios podría ser monitorizado periódicamente con un instrumento diseñado expresamente para esta finalidad, propuesto en (Anexo 3) “Indicador de valoración de satisfacción”.

¹⁰⁵ Caminal J., “La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios”. Rev Calidad Asistencial 2001;16:276-279

15 BIBLIOGRAFIA

Bisly, M. (1997) *“La gestión de servicios de enfermería”*. Nota técnica del programa del Máster en Administración y Gestión de Cuidados de Enfermería. EUE. Santa Madrona, Fundación “la Caixa” y Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Barcelona.

Bolivar, I. (2000), *“Grupo de estudio de la utilización de los servicios sanitarios de Mataró. Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria”*. Gac. Sanitaria.

Bower, K. (1994 – 1997). *“Case management for nurses”*. Washington D.C. American Nurser Publishing. (Notas del curso impartido en la EUE Santa Madrona de la Fundación “La Caixa”).

Caminal, J. (2001), *“La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios”* Rev. Calidad Asistencial.

Carr-Hill, RA. (1992). *“The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med.”*

Colliere, M. F.(1993), *“Promover la vida”*, Madrid: Interamericana.

Comité d' experts departament sanitat i seguretat social. Informes y Dictámenes nº2. Control de Calidad de los Centros Asistenciales de la Generalitat de Catalunya.(1982), Barcelona .

Cuesta, A. Moreno, JA. Gutierrez R. (1986), *“La Calidad de la Asistencia Hospitalaria”*. Barcelona: Doyma.

Domínguez, C. (1986), *“Los cuidados y la profesión de enfermera en España. Madrid”* :

Dubin, D. (2003) *“Electrocardiografía práctica”* Editorial Interamericana. México.

Gala, M. (2003) *“Memorias de un extremeño que construyó su nombre”*
Barcelona: Igual.

García Bacca, D. (1982) *“Antropología filosófica contemporánea”*.
Barcelona.

Guerrero, E. (1991) *“La mejora de la gestión asistencial: la calidad como objetivo”*. Todo Hospital : 78:41-47

Gutierrez, R. (2003) *“La satisfacción del paciente como medida de la evaluación de la calidad percibida”*. Curso de Verano de la UCLM: Evaluación de la calidad, satisfacción del paciente y gasto sanitario, Oficina de Atención al usuario Area de Atención al Usuario y Calidad Asistencial SESCAM, Toledo.

Henderson, V. (1966) *“La naturaleza de enfermería: Definiciones y sus implicaciones en la investigación práctica y la educación”*. New York.

<http://www.arrakis.es/ectorrep/cirugiacurso> *“Curso de Enfermería y Cirugía Cardíaca”*

Hampton, J.R. (2001) *“ECG Guía práctica”*, .Madrid :Menarini.

Hall J, Milburn M, Epstein MA.(1993) *“A causal model of health status and satisfaction with medical care”*. Med. Care.

Kérouc S, Pepin J. et al (1996) *“El Pensamiento enfermero”*. Barcelona: Masson.

Kübler - Ross E. (1994) *“Sobre la muerte y los moribundos”*. Barcelona: Grijalbo.

Leininger, M. (1981) *“Caring: An esencial human need”*. Thorofare.

Lobow, J. (1982) *“Consumer satisfaction with medical care”*. Present status. Chapter of Quality Assessment of Medical Care. Ed. By Selbmann J.K. and Uberla K.K. Publ. for the Robert Bosch Stiftung Gmb H Stuttgart.

Marriner, A.;Raile, M. (1999) *“Modelos y teorías en enfermería”*. Madrid: Harcourd Brace.

Millats, S. (1990) *“El marketing en una empresa pública de serveis sanitaris”*. II Jornada sobre Experiencias en les Unitats d'Admisió a l'Usuari. L'Hospitalet .Barcelona.

Mira JJ, Aranaz J. (2000) *“La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria”*. Med.Clin.Barcelona.

Polit, D.; Hungler, B.(1994) *“Investigación científica en ciencias de la salud”*, Méjico: Interamericana.

Pont, E.(2004) *“Visiones desde la Enfermedad”* El texto está basado en la conferencia pronunciada en el Hospital Univesitario de Bellvitge (L’Hospitalet del Llobregat, Barcelona-España- el 19 de noviembre de 2004 con ocasión de la “V Reunión sobre Ventilación Mecánica adomicilio”.

Potter y Perry,(1996) *“Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica”*. Madrid: Doyma.

Riopelle, L. Grondin L, Phaneuf, M.(1993) *“Cuidados de enfermería. Aplicación del proceso de enseñanza-aprendizaje”*. Madrid: Interamericana.

Rodríguez J., Bosch J., (2004) *“Infermeres avui: como som i como voldríem ser Conclusions de l’estudio sociològic. Col.legi Oficial Infermeria de Barcelona, Universitat de Barcelona.*

Rubio R. (1988) *“Calidad asistencial. Opinión de los usuarios”*. Todo Hospital 47:61-65

Sanchez A, Coll L., Valls C.(2002), *“Evaluación de un hospital de día”*: monitorizamos indicadores de funcionamiento, pero ¿qué opinan los usuarios? <http://www.doyma.es>. Revista de Calidad asistencial . Número 06 Volúmen 17 . Barcelona: Doyma

Saldivar, C.,Esteve, M.Rojo CH.(1991), *“Nivel Satisfacción de los usuarios en dos unidades de hospitalización Hospital de la Esperanza”* Tesis

presentada para obtener el Master en Gestión y Administración de Enfermería la Escuela Univesitaria de Enfermería Santa Madrona, Barcelona.

Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest C. Berk R. (1998), *“Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: Implications for managed care. J Family Practice”*

Suñol R. Pacheco M^a V Delgado R. Corbella A. Baures N.(1987) “El estudio de la opinión del usuario y su aplicación en los Programas de Control de Calidad Asistencial” Barcelona: 2(1) :15-22.

Teixidor, M.(1996) *“Los espacios de profesionalización en enfermería. Enfermería Clínica”* Nota técnica del programa del Máster en Administración y Gestión de Cuidados de Enfermería. EUE. Santa Madrona, Fundación “la Caixa” y Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Barcelona.

Teixidor, M. (1996) Conferencia de clausura pronunciada en el marco de trabajo dedicada a *“L’ atenció d’ Enfermería a l’ Atenció Primaria”*, organizada por la Divisió d’Atenció Primaria de l’Institut Catalá de Salut (Barcelona, 24 Abril de 1996).

Tejada, J. (1997) *“El proceso de investigación Científica”* Barcelona: Fundación “La Caixa”.

Torralba i Roselló,F.(1998) *“Antropología del cuidar”*, Barcelona: Lormo

Vallejo C. (2005) *“Poesía Completa”* Edición de Antonio Merino. Madrid: Akal.

Valls, C. (2005) *“Calidad Asistencial”* Nota técnica del programa del Máster en Administración y Gestión de Cuidados de Enfermería. EUE. Santa Madrona, Fundación “la Caixa” y Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Barcelona.

Vouri, H. (1987). *“Patient satisfaction-An attribute or indicator of the quality of care?”* QRB

Wesley, R.L.(1995) *“Teorías y modelos de enfermería”*. Méjico: McGraw Hill.

16 SIGLAS

ABE: Exceso de Base en sangre.

CIE: Consejo Internacional de Enfermería.

FR: Frecuencia Respiratoria.

HCO₃: Bicarbonato.

HTO: Hematocrito.

MV: Modalidad Ventilatoria.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

NIC: Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería.

PAI: Presión de Aurícula Izquierda.

PAP: Presión Arterial Pulmonar.

PCO₂: presión parcial de dióxido de carbono en sangre

PCP: Presión de Capilar Pulmonar.

PEEP: Es el ajuste de una presión espiratoria final positiva, por ejemplo, para prevenir la formación de atelectasias. El margen de ajuste de la PEEP abarca de 0 a 50 cm H₂O.

PO₂: Presión de Oxígeno.

PVC: Presión Venosa Central.

SATO₂: Saturación de Oxígeno.

SIMV: Ventilación mandatoria intermitente sincronizada. Significa que el paciente recibe respiraciones mandatorias controladas por el ventilador, y que también dispone de la posibilidad de respirar espontáneamente.

VC: Volumen Controlado, garantiza que el paciente reciba un cierto volumen corriente, el ventilador suministra un volumen corriente específico a una frecuencia dada durante un tiempo determinado (valores preseleccionados).

16 ANEXOS

CUESTIONARIOS DE RECOGIDA DE DATOS

Roosevelth Angeles Ponte

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en
Cuidados de Enfermería para la obtención del Master.

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PACIENTE¹⁰⁶

INSTRUCCIONES: Para responder marque (O)

Instalaciones	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Edificio limpio y ordenado	4	3	2	1
Clínica fácil de encontrar	4	3	2	1
Acceso para discapacitados	4	3	2	1
Area de espera segura cómoda	4	3	2	1
-La persona (enfermeras) que lo atendieron antes durante y después de la intervención. En la UCI.				
- Amables	4	3	2	1
- Eficientes	4	3	2	1
- Responden a las preguntas	4	3	2	1
-Le escuchó	4	3	2	1
-Le dedicó suficiente tiempo	4	3	2	1
-Le brindó buenas Sugerencias y explicaciones	4	3	2	1
-Le acompañaron,(le apoyaron)	4	3	2	1
-Le respetó su intimidad	4	3	2	1
-Le calmó el dolor	4	3	2	1
-Le permitió tener la persona Significativa	4	3	2	1
-Le ayudó a satisfacer sus Necesidades básicas	4	3	2	1
-Le explicó las técnicas A realizar	4	3	2	1
-Acuden sin demora.....	4	3	2	1
-Resto del Personal				
- Amables	4	3	2	1
- Eficientes	4	3	2	1
- Responden a sus preguntas	4	3	2	1

Sugerencias

Después de su experiencia que mejoraría.....

En general

Que valoración Global tiene del Centro con una escala del (1 al 10)?:

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Muchas gracias

84.Cuestionario validado por Profesoras: Montserrat Teixidor*, Carmen Valls**, Alicia Sanchez**
* Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, Barcelona. ** Enfermera del Hospital de San Pablo. Barcelona.

Anexo 2

CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO Y PATOLOGIAS ASOCIADAS

1. N° de Orden

DATOS DEMOGRAFICOS

2. Sexo: (1) Hombre, (2) Mujer

3. Edad:.....

VALORACION DEL ESTADO DEL PACIENTE

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

4. Hipertensión Arterial: (1) Si , (2) No

5. Hipercolesterolemia: (1) Si , (2) No

6. Diabetes Mellitas (1) Si , (2) No

7. Fumador (1) Si , (2) No (3) Ex Fumador.

8. Obesidad (1) Si , (2) No

9. Vasculopatía (1) Si , (2) No

10. Neuropatías (1) Si , (2) No

11. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (1) SI, (2) No

12. Intervención cardíaca previa (1) SI, (2) No

13. Antecedentes Clínicos Cardiopatía Isquémica (1) Si , (2) No

14. Antecedentes Clínicos Cardiopatía valvular (1) Si , (2) No

15. Antecedentes de Insuficiencia Cardíaca (1) Si , (2) No

16. Insuficiencia Renal (1) Si , (2) No

17. Motivo del Ingreso Actual.....

18. Fecha del Ingreso Actual.....

19. Fecha de la Intervención.....

20. Indicación

(1) Electiva, (2) Urgente, (3) Emergente.

21. Tipo: (1) Coronarias, (2) Valvular, (3) Valvular+Coronario

22. Complicaciones quirúrgicas perioperatorias (1)Si, (2)No

23. Días de Estancia en UCI.

24. Horas de Intubación.

25. Complicaciones post operatorias resueltas en UCI

Respiratorias

Cardiológicas

Renales

Neurológicas

Infecciosas

Digestivas

Otros.

26. Exitus.¹⁰⁷

¹⁰⁷ Cuestionario validado por la Dra. Mireia Sanz.

Anexo3

Diseño de un Indicador de evaluación de la satisfacción.¹⁰⁸

Los indicadores de la calidad nos permiten evaluar las dimensiones tales como:

- Accesibilidad
- Adecuación
- Continuidad
- Efectividad
- Seguridad
- Puntualidad
- Satisfacción
- Eficiencia.

Para hacer un seguimiento de la satisfacción de los pacientes atendidos en el Centro, diseñamos un indicador, que nos permita evaluar los resultados, en el momento en que estos se alejen del estándar, se llevarán a cabo acciones encaminadas a la mejora de la satisfacción, teniendo como base los apuntes de clase facilitados en el Master por la profesora Carmen Valls.

Nombre del Indicador: Satisfacción de los usuarios.

Justificación: La valoración del grado de satisfacción de los usuarios es un elemento indispensable para la mejora del servicio.

Fórmula:

¹⁰⁸ 98. Valls, C. (2005) "Calidad Asistencial" Nota técnica del programa del Master en Administración y Gestión de Cuidados de Enfermería, EUE. Santa Madrona, Fundación "la Caixa" y Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Barcelona.

Número de usuarios con satisfacción superior al 75% a las preguntas
Del cuestionario que exploran las áreas de la definición de términos.

_____x100

Número de Usuarios Encuestados

Definición de términos:

La Unidad realizará la valoración del grado de satisfacción de los usuarios a través de una encuesta o cuestionario de opinión.

Se considera un resultado inadecuado cualquier resultado que no llegue al 75%

De valoración positiva. La periodicidad del estudio será, como máximo bianual.

Fuente de información: Registros específicos elaborados para este motivo.

Tipo: Resultado

Estándar: 80%

DOPAMINA

Principio Activo: Clorhidrato de dopamina.

Nombre Comercial: Dopamina.

Acción : estimulante cardíaco, vasopresor.

Consideraciones a la administración. Las dosis pueden ser incrementadas según la indicación clínica. Usar catéter intravenoso central preferentemente.

Efectos adversos: a corto plazo, náuseas, vómitos, alucinaciones, taquicardia, arritmias e hipertensión. Extravasación local puede producir necrosis tisular y requiere tratamiento de infusión local con fentolamina.

Contraindicaciones: contraindicado en feocromocitoma. Cuidado en pacientes con taquiarritmias, hipoxia, hipercapnia, acidosis en enfermedad vascular como el de Raynaud.

NORADRENALINA

Principio Activo: Norepinefrina (Bitartrato).

Nombre Comercial: Noradrenalina

Acción: amina simpaticomimética.

Consideraciones a la administración: controlar la presión sanguínea cada 2 minutos, desde el momento de la administración. Se debe colocar en una vena de grueso calibre. El sitio de infusión debe ser chequeado frecuentemente para asegurar el flujo permeable.

Efectos adversos: por lo general, son benignos. Pueden consistir en vértigos, sudoración excesiva, ansiedad, sofocos y disuria. Con menor frecuencia, náuseas, vómitos, sequedad de la boca, estreñimiento, temblor y palpitaciones.

Contraindicaciones: hipotensión, trombosis vascular mesentérica o periférica, hipoxia, hipercapnia pronunciada.

PANTOPRAZOL

Principio activo: Pantoprazol.

Nombre comercial: Pantoprazol, Pantecta, Anagastra, Pantocarm, Ulcotenal.

Acción: inhibidor de la bomba gástrica de protones. Tratamiento de esofagitis erosiva, úlceras gástricas y duodenales en úlceras producidas por aines.

Consideraciones a la administración

Efectos adversos: es bien tolerado, aunque puede dar cefaleas, diarrea, dolor abdominal. Otros efectos son flatulencia, rash, eructos, insomnio e hiperglucemia.

Contraindicaciones: en pacientes con hipersensibilidad conocida. Con precaución en pacientes con disfunción hepática grave.

PROPOFOL

Principio activo: Remifentanil.

Nombre comercial: Propofol

Acción: el mecanismo de acción de sus efectos hipnóticos es desconocido. Sigue la correlación entre la potencia anestésica y liposolubilidad. Produce una anestesia rápida sin analgesia.

Consideraciones a la administración: dolor durante la inyección.

Efectos adversos: algunas evidencias sugieren que puede aumentar la depresión del SNC mediada por el GABA. Depresión respiratoria.

Contraindicaciones: contraindicado en administración epidural y espinal por contener glicina y en pacientes con hipersensibilidad conocida a análogos del fentanilo. No se recomienda en pacientes embarazadas o durante la lactancia; en niños menores de dos años y para uso prolongado en cuidados intensivos por no tener hasta el momento datos suficientes.

VANCOMICINA

Principio activo: Clorhidrato de vancomicina

Nombre comercial: vancomicina

Acción: Antibiótico glicopéptido para uso parenteral obtenido de la *Nocardia orientalis*. Eficaz solo contra las bacterias gram-positivas. Para tratar infecciones del tracto digestivo como la colitis pseudomembranosa.

Consideraciones a la administración: en general, se administra solo por vía intravenosa, aunque la administración oral es importante para tratar algunas otras infecciones. No se debe administrar en infusión intravenosa en menos de 60 minutos de duración. No por vía intramuscular.

Efectos adversos: eritrodermia generalizada. Ototoxicidad. Nefrotoxicidad.

Contraindicaciones: con precaución en pacientes con insuficiencia renal ya que podría acumularse aumentando sus concentraciones en plasma.

DOBUTAMINA

Principio activo: Dobutamina

Nombre comercial: Dobutamina, Dobutrex

Acción: agonista selectivo de los receptores b-1

Consideraciones a la administración: se administra en infusión intravenosa continua. Debe ser diluida en soluciones de dextrosa, Na Cl o Ringer Lactato, pero las soluciones que contengan bicarbonato sódico deben evitarse para impedir la inactivación de la dobutamina por las soluciones alcalinas.

Efectos adversos: el aumento de la dosis puede aumentar la frecuencia cardíaca y pulso sistólico. También se puede asociar a extrasistolia ventricular.

Contraindicaciones: contraindicada en pacientes con estenosis subaórtica hipertrófica idiopática y en pacientes con hipersensibilidad demostrada a la droga.

FUROSEMIDA

Principio activo: Furosemida

Nombre Comercial: Seguril

Acción: su mecanismo de acción no es bien conocido. Inicialmente tiene un efecto antihipertensivo debido a una reducción de la volemia y reduciendo el gasto cardíaco, más tarde el gasto cardíaco puede volver a su valor inicial pero las resistencias periféricas permanecen bajas, lo que resulta una reducción de la presión arterial.

Consideraciones a la administración: por vía oral y parenteral.

Efectos adversos: puede producir ocasionalmente, hiperuricemia asociada a deshidratación, lo que debe evitarse particularmente en pacientes con gota. Reacciones adversas de tipo neurológico incluyendo mareos, vértigos, cefaleas, visión borrosa, xantopsia y parestesias. Dolor abdominal asociado a náuseas y vómitos.

Contraindicaciones: contraindicada cuando existe un desequilibrio electrolítico importante como hiponatremia, hipocalcemia, hipokaliemia, hipocloremia e hipoagnesemia.

INSULINA ACTRAPID

Principio activo: Insulina Cristalina Humana.

Nombre Comercial: Actrapid, Humulina, Humaplust.

Acción: Hormona peptídica humana biosintética con acción hipoglucemiante.

Consideraciones a la administración: La dosis eficaz se determina individualmente según los valores de la glucemia y a la gravedad del cuadro clínico.

Efectos adversos: Hipoglucemia (sensación de hambre, palpitaciones, taquicardia, piel sudorosa y fría, hipotermia, dolor anginoso, debilidad muscular, temblores, irritabilidad, vértigos, nistagmo, ataxia, disartria, diplopia, parálisis transitoria y afasia, hasta llegar a desorientación, delirio, convulsiones epileptiformes, coma y muerte). Los efectos secundarios son de aparición rápida con las insulinas de acción corta. Reacciones locales en los sitios de inyección: lipomatosis o lipodistrofia.

Contraindicaciones: Hipoglucemia. Insuficiencia corticosupraenal no tratada. Insuficiencia hipofisiaria no tratada

PAUTA DE INSULINA RAPIDA (BMT c/6h).

<200mg/dl-----0UUI

200-220-----4UUI

220-240-----6UUI

240-260-----8UUI

260-280-----10UUI

280-300-----12UUI

>300mg/dl----15UUI y avisar al Médico.

COLORURO POTASICO

Principio activo: Cloruro Potásico

Nombre Comercial: Cloruro Potásico.

Acción: Antihipokalémico, Retardador de electrolitos.

Consideraciones a la administración: Administración con Suero Glucosado.

Efectos adversos: Alergia, confusión, latido irregular del corazón, dificultad para respirar, cansancio de piernas, debilidad, dolor abdominal, calambres severos, excrementos negros y sanguinolentos.

Contraindicaciones: Alteración renal grave.

NUTRICION PARENTERAL

Principio activo: Composición por cada 100 ml.

Nombre comercial: Clinomel 7- 1000 E.

Acción: Indicado para su uso en nutrición parenteral cuando la alimentación oral o enteral es imposible, insuficiente o esté contraindicada.

Como fluido para nutrición parenteral intravenosa, las mezclas SY-CLINOMEL N7-1000 proporcionan un apoyo nutricional para mantener el balance de nitrógeno/energía que puede alterarse por la malnutrición y la enfermedad del paciente SY-CLINOMEL N7-1000 proporciona una fuente

de Nitrogeno (L-aminoácidos), energía (como glucosa y lípidos), ácidos grasos esenciales y electrolitos, biológicamente disponibles.

Los aminoácidos, electrolitos, glucosa y lípidos en SY-CLINOMEL N7-1000 se distribuyen, metabolizan y excretan de forma idéntica a los de soluciones intravenosas individuales de aminoácidos, glucosa, electrolitos y las emulsiones lipídicas.

Consideraciones a la administración: Consérvese en lugar fresco y seco. Se recomienda que el producto sea almacenado a temperatura por debajo de 25°C. No se congele.

Infusión intravenosa por catéter venoso central.

Dosificación y velocidad de infusión: La dosis se ha elegido según las necesidades metabólicas, el gasto energético y el estado clínico del paciente.

Nitrógeno: En adultos el rango de requerimientos es de 0.16g de Nitrógeno/Kg/día (1g de Aminoácidos/Kg/día) a 0.35g de Nitrógeno/Kg/día (2g de Aminoácidos/Kg/día).

En niños el rango de requerimientos es de 0.35g de Nitrógeno/Kg/día (2g de Aminoácidos/Kg/día).

Calorías: El rango de requerimientos de calorías es de 25 Kcal/kg/día a 40 Kcal/Kg/día, dependiendo del estado nutricional del paciente y del grado de catabolismo.

Velocidad de infusión: La velocidad de administración debe ajustarse según la dosis, las características de la solución infundida, la ingesta de volumen total durante 24 horas y la duración de la infusión.

Efectos adversos: La mezcla ternaria es hipertónica y puede producir irritación venosa. Una infusión demasiado rápida de aminoácidos puede producir náuseas y vómito. En esos casos, se debe discontinuar la infusión inmediatamente. En algunos casos graves, puede ser necesaria la hemodiálisis, hemofiltración o hemodiafiltración.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad conocida a cualquier componente.

Fallo renal en ausencia de hemodiálisis, hemofiltración o hemodiafiltración.

Enfermedad hepática grave.

Alteraciones de metabolismo de los aminoácidos.

Acidosis metabólica.

Insuficiencia suprarrenal.

Coma hiperosmolar.

Contraindicaciones generales de la terapia de infusión como edema pulmonar, hiperhidratación e insuficiencia cardíaca desponsada.

Hiperlipidemia grave.