ISBN:978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI01319-2021

GESTION ENFERMERA BASADA EN EVIDENCIAS CIENTIFICAS

Autor: Varios Autores
Coordinadores: INAMCULADA SANCHEZ MARTIN, XOSÉ MANUEL MEIJOME SÁNCHEZ, ALBERT CORTES BORRA

salusplay

www.salusplay.com

¡COMIENZA LA LECTURA!

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

GESTION ENFERMERA BASADA EN EVIDENCIAS CIENTIFICAS

AUTORÍA: VARIOS AUTORES

COORDINADORES: INAMCULADA SANCHEZ MARTIN, XOSÉ MANUEL MEIJOME SÁNCHEZ, ALBERT CORTES BORRA

SALUSPLAY editorial
CARRETERA BILBAO PLENCIA 31 DPTO111.
48950 ERANDIO, BIZKAIA, PAIS VASCO
TEL.: ++34 946522986

ISBN: 978-84-18396-67-0

DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

FECHA Y LUGAR DE PUBLICACIÓN: ERANDIO, A 1 DE AGOSTO DEL 2021

Todos los derechos reservados. Queda prohibido reproducir, almacenar en sistemas de búsqueda automátia, realizar copias de todo tipo o por cuarlquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, brabación) o transmitir de otroa forma calquier parte de esta publicación sin la autorización escrita del editor. No se podrá divulgar esta obra científica en ningún formato.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulos

CAPÍTULO 1: MANTENIMIENTO DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LOS CAMBIOS DE HABITACIÓN DE UNA UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA: **09 pag.**

AUTORÍA: MARÍA MARTÍNEZ CANTALAPIEDRA

CAPÍTULO 2: HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN SALUD MENTAL: UN RETO PARA ENFERMERÍA: **23 pag.**

AUTORÍA: FERRAN GIL GUIÑON

CAPÍTULO 3: GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN: **45 pag.**

AUTORÍA: NEREA SARRIA VARELA

CAPÍTULO 4: PROYECTO DE INNOVACIÓN DOCENTE: INTEGRACIÓN DE LAS TAXONOMÍAS ENFERMERAS EN LA DOCENCIA UNIVERSITARIA **64 pag.**

AUTORÍA: LORENA LOURDES TEJERO VIDAL

CAPÍTULO 5: IMPACTO DEL COVID EN DEPARTAMENTOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS: **89 pag.**

AUTORÍA: GRACIA CASTAÑON NOMPARTE

CAPÍTULO 6: PROYECTO HAQ (HUMANIZACIÓN AREA QUIRURGICA): **103 pag.**

AUTORÍA: XISCA CAMPINS MORENO

CAPÍTULO 7: ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA RESIDENCIA DE MELILLA: **111 pag.**

AUTORÍA: NEREA GARCÍA RODRÍGUEZ

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

CAPÍTULO 8: INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ENTRE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y SOCIOSANITARIA: **135 pag.**

AUTORÍA: MARIA DEL CARMEN CEJUDO

CAPÍTULO 9: COMPENDIO DE MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA: **149 pag.**

AUTORÍA: MONTSERRAT FERNÁNDEZ LÓPEZ

CAPÍTULO 10: FOMENTO DEL AVANCE DE CUIDADOS EMPÍRICOS HACIA CUIDADOS BASADOS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA A TRAVÉS DE LA GAMIFICACIÓN: **180 pag.**

AUTORÍA: IGNACIO VALVERDE BENÍTEZ

CAPÍTULO 11: EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES: MODELO IEXPAC: **197 pag.**

AUTORÍA: MARTA CASALS ZORITA

CAPÍTULO 12: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA: **209 pag.**

AUTORÍA: ESTIBALIZ GONZALEZ SANCHEZ

CAPÍTULO 13: IMPACTO DEL COVID-19 EN LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: **228 pag.**

AUTORÍA: LILIANA MARÍA RINCÓN JUARISTI

CAPÍTULO 14: UTILIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EN LACTANCIA MATERNA (IHAN) DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA PUERPERAL: **245 pag.**

AUTORÍA: ALAZNE KORRO BAÑUELOS

CAPÍTULO 15: NUEVO MODELO DE GESTION DE LOS MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERIA DE LA OSI ARABA: **270 pag.**

AUTORÍA: INMA LABURU

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

CAPÍTULO 16: LA CREACIÓN DE UN EQUIPO DE SOPORTE DE ENFERMERAS A LAS RESIDENCIAS: CLAVE EN LA GESTIÓN DE LOS BROTES POR COVID EN BALEARES **292 pag.**

AUTORÍA: ARACELI PALOMINO CASTRO

CAPÍTULO 17: MEJORA DE LA SEGURIDAD DE PACIENTE EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN GERIÁTRICA:MEDIDAS DE CONTENCIÓN MECÁNICA.: **318 pag.**

AUTORÍA: CELESTE FERNÁNDEZ JIMÉNEZ

CAPÍTULO 18: EL FUTURO DEL DEPARTAMENTO RR.HH. NUEVAS COMPETENCIAS "SOFT SKILLS".TALENTO Y MARCA PERSONAL EN LA ERA COVID-19.

333 pag.

AUTORÍA: MIGUEL ANGEL SUAREZ RODRIGUEZ

CAPÍTULO 19: EL LÍDER RESONANTE EN LA GESTIÓN DE EQUIPOS ENFERMEROS: **365 pag.**

AUTORÍA: MÓNICA ENTRENA XICOTA

CAPÍTULO 20: LAS ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS, HUMANIZAN LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL PACIENTE: **391 pag.**

AUTORÍA: ANA PAULA LEIVA ASENJO

CAPÍTULO 21: CREACIÓN DE UNA EMPRESA DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA A DOMICILIO: **410 pag.**

AUTORÍA: MARÍA DEL CRISTO HERNÁNDEZ MEDINA

CAPÍTULO 22: TRABAJO FIN DE MÁSTER EN GESTIÓN Y LIDERAZGO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA: **437 pag.**

AUTORÍA: MARIA ISABEL GONZALEZ MINGUELA

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

CAPÍTULO 23: ATENCIÓN Y SOPORTE A SEGUNDAS VÍCTIMAS DE INCIDENTES DE SEGURIDAD: **451 pag.**

AUTORÍA: ALBA JIMÉNEZ MATEO

CAPÍTULO 24: APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE MARTORELL: **462 pag.**

AUTORÍA: CARLOS CORREAS MARTÍNEZ

CAPÍTULO 25: EFECTO DE LA IMPLANTACIÓN DE TURNOS DE «12 HORAS» y OTRAS INTERVENCIONES EFICACES EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y EL ABSENTISMO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: **472 pag.**

AUTORÍA: SERGIO GONZÁLEZ ÁLVAREZ

CAPÍTULO 26: MEJORA DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES:**487 pag.**

AUTORÍA: ANA PARIENTE RODRIGO

CAPÍTULO 27: SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA: **500 pag.**

AUTORÍA: Mª ISABEL MARTOS ABRIL

CAPÍTULO 28: UNA ESTRATEGIA DE LIDERAZGO Y MODELO DE GESTION PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION QUIRURGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA: **515 pag.**

AUTORÍA: MARIA JESUS DEL VALLE LOPEZ

CAPÍTULO 29: PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO NO PRESENCIAL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: **537 pag.**

AUTORÍA: JOSE CARLOS MONTEMAYOR LÓPEZ

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

CAPÍTULO 30: ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO POR LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA.: **561 pag.**

AUTORÍA: LAURA CAMPO RIVERO

CAPÍTULO 31: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN EL HOSPITAL DE DÍA DEL INSTITUTO CLÍNICO DE MEDICINA INTERNA Y DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA: **577 pag.**

AUTORÍA: MARÍA DEL CARMEN CAÑUETO VILAR

CAPÍTULO 32: MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS GRACIAS A LA IMPLANTACIÓN DE NUEVAS HERRAMIENTAS: **639 pag.**

AUTORÍA: ITZIAR ERCILLA EGUIARTE

CAPÍTULO 33: HUGAR“HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN EL HOGAR ES POSIBLE”: **652 pag.**

AUTORÍA: LAURA VILLÁN FERNÁNDEZ

CAPÍTULO 34: GESTIÓN DE CASOS EN LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD Y REDEFINICIÓN DEL ROL DE LA ENFERMERA DE ENLACE: **687 pag.**

AUTORÍA: VANESSA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

CAPÍTULO 35: CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: **696 pag.**

AUTORÍA: SANDRA LINARES REAL

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

CAPÍTULO 36: PLAN DE MEJORA DE COMUNICACIÓN EN UNA UNIDAD COVID DEL SERVICIO DE URGENCIAS: RELACIÓN HUMANIZADA: **712 pag.**

AUTORÍA: MARÍA DEL CARMEN MONTOYA PÉREZ

CAPÍTULO 37: TFE PROYECTO FRACTURA DE CADERA: **745 pag.**

AUTORÍA: MARGALIDA TERRASA SOLÉ

CAPÍTULO 38: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PARTE 1: **756 pag.**

AUTORÍA: GEMA ALVAREZ CANAS

CAPÍTULO 39: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PARTE 2: **771 pag.**

AUTORÍA: MARÍA ELVIRA SUAREZ GUITART

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 1: MANTENIMIENTO DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LOS CAMBIOS DE HABITACIÓN DE UNA UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA

AUTORÍA: María Martínez Cantalapiedra

RESUMEN EJECUTIVO

La seguridad del paciente se busca desde antes incluso del código Hipocrático “Ante todo, no hacer daño”, no obstante, cobra mayor importancia desde la década de 1950 aunque se puso realmente en evidencia por la publicación del estudio “To Err is Human” de Estados Unidos en 1999.

Desgraciadamente, los pacientes sufren daños todos los días, en todos los países del mundo, por lo que se pretende reducir el riesgo hasta un mínimo aceptable. Conscientes de ello y deseando una atención más segura, efectiva y eficiente, las principales organizaciones de salud como la OMS, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa y otras agencias y organizaciones internacionales han desarrollado estrategias, planes y acciones para controlar los eventos adversos evitable.

Tras estudiar la cantidad de cambios internos realizados en una unidad de neurocirugía durante los años 2019 y 2020, se pensó en la creación de un protocolo estandarizado para sistematizar el cambio de habitación, con ayuda de una lista de verificación de todos los pasos necesarios y, de esta manera, garantizar la máxima seguridad del proceso y minimizar todo lo posible los incidentes adversos que puedan desarrollarse por la identificación errónea del paciente.

PALABRAS CLAVE: seguridad del paciente, sistemas de identificación de pacientes, gestión de riesgos, daño del paciente, hospitalización.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ABSTRACT

Patient safety has been sought even before the Hippocratic code "First of all, do no harm", however, it has become more important since the 1950s, although it was really highlighted by the publication of the study "To Err is Human" by United States in 1999.
Unfortunately, patients suffer damage every day, in all countries of the world, so it is intended to reduce the risk to an acceptable minimum. Aware of this and desiring a safer, more effective and efficient care, the main health organizations such as the WHO, the Health Committee of the Council of Europe and other international agencies and organizations have developed strategies, plans and actions to control avoidable adverse events.
After studying the number of internal changes made in a neurosurgery unit during the years 2019 and 2020, it was thought about the creation of a standardized protocol to systematize the room change, with the help of a checklist of all the necessary steps and, in this way, guarantee the maximum safety of the process and minimize as much as possible the adverse incidents that may develop due to the erroneous identification of the patient.
KEY WORDS: patient safety, patient identification systems, risk management, patient harm, hospitalization.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La seguridad del paciente se busca desde antes incluso del código Hipocrático “Ante todo, no hacer daño”, no obstante, cobra mayor importancia desde la década de 1950 aunque se puso realmente en evidencia por la publicación del estudio “To Err is Human” de Estados Unidos en 1999.
Además, en el año 1990 el investigador y psicólogo James Reason creó “la teoría o modelo del queso suizo “, en la que asume que el ser humano es falible, por lo que, pese a los esfuerzos y barreras por evitarlos, los incidentes se llegan a producir de tal manera que un sólo factor no es suficiente pero sí necesario en esa cadena.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

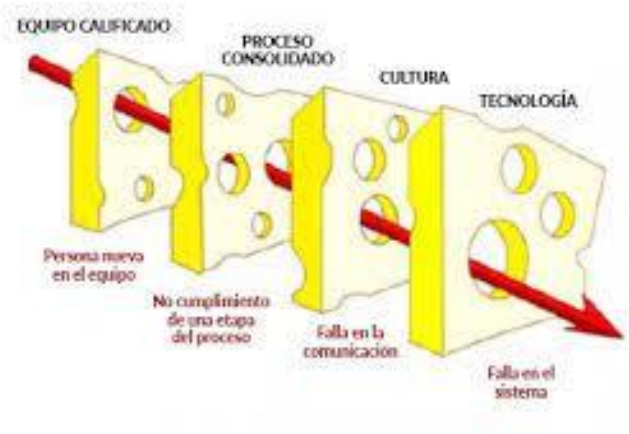


Figura 1: Teoría del queso suizo

En 2002, a raíz de la 55ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se pide a los Estados Miembros dar importancia al problema de seguridad del paciente creando sistemas para mejorarla.

Dos años y dos asambleas después, se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente con el fin de coordinar, difundir y promover las mejoras en esta materia en todo el mundo. En ella se identificaron seis campos de acción, entre los que está el desarrollo de las "Soluciones para la Seguridad del paciente" y, dentro de ellas, ya en el año 2007, publicaron como segunda medida del paquete, la identificación de pacientes, cuya confusión supone errores de medicación, en transfusiones, pruebas, intervenciones, entre otros.

Este tema adquiere cada vez más importancia tanto para pacientes y familiares como para los gestores y profesionales que conocen el aumento de la morbimortalidad causado por efectos secundarios no deseados en la atención sanitaria y que conlleva, a su vez, elevados costes y prolongación de su estancia hospitalaria.

Desgraciadamente, los pacientes sufren daños todos los días, en todos los países del mundo, y se pretende reducir el riesgo hasta un mínimo aceptable. Conscientes de ello y deseando una atención más segura, efectiva y eficiente, las principales organizaciones de salud como la OMS, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa

y otras agencias y organizaciones internacionales han desarrollado estrategias, planes y acciones para controlar los eventos adversos evitables.

Así mismo, desde el 2005, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con la colaboración de las Comunidades Autónomas dedica una estrategia exclusiva, la número 8, para "Mejorar la Seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud", cuya última actualización es la de 2015-2020.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

A raíz de las trece recomendaciones publicadas por la Comisión Europea a través de las respuestas a un cuestionario de los Estados Miembros en 2012, España implementó la mayoría, reflejando su compromiso por la seguridad en la atención sanitaria.
Todo ello nos plantea la necesidad tanto de rediseñar los procesos para hacerlos más resistentes a los fallos y menos proclives a las situaciones de riesgo, como para habilitar estrategias de detección y de prevención de incidentes. Por tanto, no se trata de buscar culpables sino de conocer las razones por las que las barreras no han funcionado y tomar medidas a partir de ello.
El objetivo principal de este trabajo es la creación de un protocolo para llevar a cabo los cambios de habitación de los pacientes con la máxima seguridad y buscando la prevención de incidentes adversos y su bienestar.

Como objetivos secundarios:

- Facilitar el trabajo de enfermería, teniendo a los enfermos acomodados en función del nivel de cuidados que precisen.
- Analizar los efectos adversos a los que están más expuestos los pacientes afectados por los traslados.
- Cumplir con el Decreto 119/2004, por el que se regulan los criterios de utilización de habitación de uso individual en los centros hospitalarios del Sistema de Salud de Castilla y León y con ello, gestionar dichas habitaciones de manera más eficiente.
- Facilitar una mejor estancia y ubicación de los pacientes en la unidad.

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROYECTO: SOCIAL, PROFESIONAL E INSTITUCIONAL

Las patologías neuroquirúrgicas incluyen problemas cerebrales tales como hemorragias, tumores, traumatismos y problemas de columna, fracturas, hernias, tumores, mielopatías, desviaciones de la espalda, traumatismos…
Dada la complejidad y amplitud de las mismas, podemos encontrarnos con pacientes con alteraciones físicas, psíquicas (desorientación, agitación, con bajo nivel de conciencia o en coma), dispositivos o cuidados especiales e infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, riesgo compartido con cualquier paciente ingresado. Todo ello, hace necesaria una adecuada y compleja gestión de las camas de la unidad, siempre valorando individualmente la situación de cada paciente por el equipo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

A estas situaciones hay que añadir los errores cometidos por la identificación deficiente de pacientes como, por ejemplo, los notificados en el área quirúrgica o por transfusión de componentes sanguíneos, pruebas... Por ello, se recomienda utilizar al menos dos identificadores para verificar la identidad del paciente antes de cualquier procedimiento, no siendo válido el número de cama o habitación.
Realizando un análisis DAFO de la situación con respecto a los cambios internos de los pacientes dentro de la unidad, encontramos:

DEBILIDADES
Ausencia de un protocolo estandarizado.
Carga de trabajo inadecuada para la ratio de plantilla.
Actitud de resistencia al cambio.
Solicitudes en formato papel.

FORTALEZAS
Hábito de trabajo en equipo.
Optimización de recursos.
Prevención de infecciones cruzadas.
Sistema de identificación del paciente mediante pulsera identificativa.
Mejora de la cultura de seguridad del paciente.

AMENAZAS
Limitación de recursos estructurales (habitaciones individuales).
Riesgo de incidentes o eventos adversos (por error en la identificación o falta de comprobación).
Mayor presión social sobre los resultados de la asistencia sanitaria.
Incremento del déficit público.

OPORTUNIDADES
Aumento de la satisfacción de los usuarios.
Regulación del uso de las habitaciones individuales.
Historia clínica electrónica en proceso.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

DEBILIDADES	FORTALEZAS
• Ausencia de un protocolo estandarizado. • Carga de trabajo inadecuada para la ratio de plantilla. • Actitud de resistencia al cambio. • Solicitudes en formato papel	• Hábito de trabajo en equipo. • Optimización de recursos. • Prevención de infecciones cruzadas. • Pulsera identificativa. • Mejora de la cultura de seguridad del paciente.
AMENAZAS	**OPORTUNIDADES**
• Limitación de recursos estructurales. • Riesgo de incidentes o eventos adversos. • Mayor presión social sobre los resultados de la asistencia sanitaria. • Incremento del déficit público.	• Aumento de la satisfacción de los usuarios. • Regulación del uso de las habitaciones individuales. • Historia clínica electrónica en proceso.

A partir de ello, valoramos unas estrategias:

1.- DE SUPERVIVENCIA

Procedimiento para el cambio de habitación dentro de la misma unidad (prioridad 1). Entendido éste como la creación del mismo con una relación paso a paso para garantizar la seguridad de los pacientes que permanecen en la unidad.

Digitalizar peticiones de pruebas (prioridad 5).

Gestión de recursos personas (prioridad 2).

2.- ADAPTATIVAS

Completar el proceso de la historia clínica electrónica (prioridad 9).

3.- DEFENSIVAS

Detección precoz de infecciones y ubicación adecuada del paciente (prioridad 3). Como estrategia defensiva para otros enfermos de la unidad.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Creación de un protocolo estandarizado para el proceso de cambio de habitación entre unidades diferente a nivel del hospitalario (prioridad 4).

4.- OFENSIVAS:
Optimizar las habitaciones individuales (prioridad 6).
Formación en comunicación (prioridad 7).
Gestión de recursos (prioridad 8): relacionada con la carga de trabajo inadecuada para la plantilla (debilidad) y el riesgo de incidentes (amenaza). Esta estrategia trataría de reforzar la plantilla durante los turnos en los que existen mayor carga de trabajo por los cambios de habitación como se detalla en este trabajo.

ANÁLISIS

La Unidad de Neurocirugía del Complejo Asistencial Universitario de León consta de un pasillo con dieciocho habitaciones, de las que sólo cuatro son individuales y el resto dobles.

Por tanto, la capacidad es de 32 camas. Sin embargo, en periodos de máxima ocupación del hospital, puede ser necesario el uso supletorio de camas en las habitaciones más grandes lo que conllevaría albergar hasta seis pacientes más a los que garantizar su atención hospitalaria.

Dentro de las habitaciones dobles, los pacientes se diferencian por otro número, un 1 para aquellos situados al lado de la puerta y un 2 para los de la ventana. En caso de camas extras, el tercer usuario se escribe con una X.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El personal que compone la plantilla son 11 enfermeras y 11 técnicos auxiliares de cuidados de enfermería (TCAEs) en turnos fijos y rotatorios, a razón de tres enfermeras y tres TCAEs por la mañana; dos enfermeras y dos TCAEs por la tarde, y los mismos en el turno de noche.

Además, de lunes a viernes, está dotada de un Jefe de Unidad en turno de mañana, un celador durante la mañana y otro por la tarde, así como una persona encargada de la limpieza, también en turno de mañana y otra durante la tarde pero que se comparte con otra unidad en este último periodo.

El equipo de trabajo del turno de mañana, compuesto por las enfermeras, los técnicos auxiliares de cuidados y el Jefe de Unidad se reúnen conjuntamente todas las mañanas para poner en común la información y analizar a cada paciente a cargo. En base a ésta y a las necesidades que surjan por los ingresos programados y los traslados desde otras unidades como servicios especiales, se programan las camas dando prioridad a los pacientes procedentes de la Unidad de Cuidados Intensivos que pueden precisar, en su mayoría, cuidados más específicos, habitación individual o medidas de aislamiento por infecciones de patógenos multirresistentes.

Los ingresos programados, los traslados desde otras unidades, tanto de hospitalización como de servicios especiales, cambios internos, altas a otros hospitales y la mayoría de los ingresos desde urgencias, se realizan en el turno de tarde donde el personal de limpieza tiene una importante labor para poder recibir a los nuevos integrantes de las habitaciones.

En cuanto a la plantilla de trabajo, ésta es igual independientemente del tránsito de pacientes, lo que supone una carga añadida, sobre todo los días laborables cuando llegan la mayoría de los ingresos.

Se estudia la cantidad de cambios internos realizados entre enero de 2019 y febrero de 2021 encontrándose un total de 227, de los cuales, 99 cambios corresponden al año 2019 y 109 en el 2020 (Tabla 1: Cambios internos realizados). Esto es, una media de 8-9 cambios mensuales.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

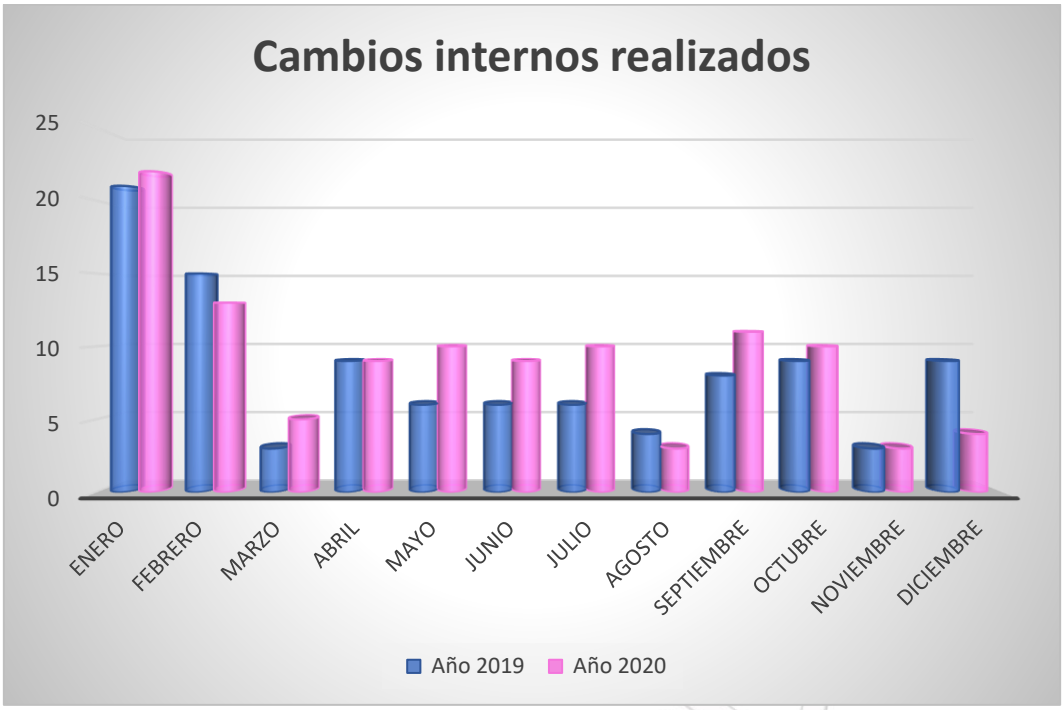


Figura 3: Cambios realizados en la Unidad de Neurocirugía 2019-2020

Los motivos para dichos traslados se englobaron en: necesidad del paciente, cambio de un hueco añadido por falta de camas a uno normalizado, mal estado general del paciente con próximo desenlace y necesidad de cambiar de género la habitación para los nuevos enfermos. Además, se detectaron 7 por quejas entre los pacientes de la misma habitación.

Mediante un análisis más pormenorizado, el aumento de los cambios durante los meses de enero y febrero (21 y 15 en el año 2019; 22 y 13 en el 2020, respectivamente), es debido al aumento de la ocupación hospitalaria con mayor presencia de enfermos de otras especialidades, así como la necesidad de usar camas adicionales. En este último caso, se intenta su cambio a una normalizada a la mayor brevedad posible, incrementando con ello, los traslados internos de estos pacientes y la carga de trabajo.

Otro detalle que podemos observar es el descenso en los meses de agosto y diciembre en el 2020, mientras que en la mayoría aumentó con respecto al año anterior.

Sin embargo, durante el pasado año, 2020, sólo se materializaron 10 cambios más respecto al anterior. Y en lo que va del 2021, estos valores han sido inferiores ya que, a pesar del aumento de la pandemia por COVID-19, con la tercera ola, y de la ocupación hospitalaria, no se produjo tanta necesidad de disponer de más huecos añadidos como

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

los anteriores periodos y, con ello, menor necesidad de cambios debidos al uso de camas accesorias.

DISEÑO

Antes de cambiar a un paciente de ubicación, habitualmente tendrá pruebas solicitadas con anterioridad, su dieta, la ubicación de la historia clínica, medicación, transfusiones pendientes de administrar, pérdida de la pulsera identificativa, etc… que supone un riesgo alto de error o pérdida si no se ponen barreras y atención para detectarlos a tiempo y corregirlos.

Dependiendo de la actividad desempeñada por la mañana en la unidad, cabe la posibilidad de preparar parte de los cambios para el turno siguiente. Esto ayuda en tanto que reduce la carga del turno en pequeña medida, sin embargo, la ejecución por diferentes personas y las interrupciones, pueden arriesgar la finalización del proceso.

En base a esto, se pensó en la creación de un protocolo/procedimiento estandarizado para sistematizar el cambio de habitación dentro de la misma unidad, con ayuda de una lista de verificación de todos los pasos necesarios para garantizar el mayor grado de seguridad del proceso y minimizar todo lo posible los incidentes adversos que puedan desarrollarse por la identificación errónea del paciente.

Precisa de un estudio de las tareas que se realizan habitualmente durante el cambio prestando especial atención a los puntos más frágiles de la cadena, así como la inclusión del paciente y sus familiares para detectar otros fallos y mejoras a tener en cuenta.

Convendría incluir en el estudio la consulta a otros servicios a los que les influirá el cambio de ubicación del enfermo, como pueden ser: el servicio de farmacia con la preparación de la medicación pautada, laboratorio cuando se trata de analíticas ordinarias que en este centro las extrae personal externo a la propia unidad, servicio de diagnóstico por imagen cuando el paciente tiene pruebas pendiente de realizar, otros servicios a los que se les pide consultas, banco de sangre al que se pueda haber pedido una transfusión, o el bloque quirúrgico con las intervenciones programadas.

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

Se crea un protocolo de actuación ante el procedimiento de cambio de habitación dentro de la misma unidad. Ver anexos I y II.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

EVALUACIÓN

Se llevará a cabo una valoración de la implantación e impacto del protocolo, así como de la evolución de los cambios al cabo de seis meses y un año pudiendo modificarse con los resultados observados y fomentando el uso del SISNOT como herramienta de apoyo para la mejora del proyecto.

Se seleccionará a una persona, preferiblemente externa a la unidad, que evaluará la consecución de todos los pasos a realizar con cada cambio para detectar, corregir y registrar las deficiencias ocurridas.

Como indicadores específicos del plan usaríamos:

1. Porcentaje de cambios internos en la Unidad de Neurocirugía respecto a la ocupación en tres meses. Se evaluará mediante estudio mensual por el Jefe de Unidad con ayuda del servicio de admisiones del complejo asistencial. El objetivo será de un 30%.
2. Registro de quejas de pacientes a cargo de Neurocirugía con motivo de los cambios de su compañero de habitación en un año. El objetivo será menor al 2%. Se evaluará mediante una auditoría a los 3, 6, 9 y 12 meses por el Jefe de Unidad con los datos recogidos por él mismo de las quejas verbales recibidas, los aportados por el personal del servicio y los recibidos a través del servicio de atención al paciente.
3. Mejoras implantadas en el procedimiento de cambio a partir de las notificaciones recibidas en el sistema de notificación de incidentes sin daño (SISNOT). El objetivo es que el 50% de las notificaciones produzcan mejoras que estén implantadas en un año, evaluado por el Jefe de la Unidad en colaboración con el Jefe del Área de Calidad del hospital.
4. Realización con aprovechamiento de una formación sobre el nuevo protocolo y su evaluación. Para cumplir el objetivo, el 100% de los profesionales implicados superarán la evaluación de la actividad formativa impartida por el Jefe de la misma Unidad una vez al año.
5. Uso del listado de verificación de la cadena del protocolo para cada cambio realizado por la enfermera responsable del paciente en su origen y que evaluará mensualmente el responsable de calidad de la unidad y lo comparará con los cambios organizados cada dos meses durante un año. El objetivo será el 75% para el primer semestre y 85% para el segundo semestre desde su implantación.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

CONCLUSIONES

La falta de bibliografía encontrada sobre la temática puede deberse a varias razones: la complicación de la misma, una infravaloración del riesgo que supone realizar cambios de habitación una vez que el paciente ha ingresado en una, el trastorno a otros servicios implicados que precisan conocer la localización de los pacientes, o la evitación generalizada de los traslados en sí mismos.

A pesar de la carga de trabajo adicional y de los inconvenientes de la puesta en marcha de un cambio de habitación, es necesario continuar ejecutándolos bajo unos criterios claros y valorando el riesgo-beneficio. Por un lado, con el fin de cumplir el Decreto sobre los criterios del uso de habitación individual, y por otro, para mejorar la acomodación de los pacientes y sus cuidados.

El uso de un protocolo impulsaría la calidad y seguridad del proceso además de reducir los posibles eventos adversos inherentes.

Conviene insistir en prestar atención a la identificación del paciente por su nombre completo y otro medio distinto al número de habitación, así como explotar el uso de la pulsera identificativa garantizando su presencia.

Los sistemas de notificación de incidentes, a pesar de no servir como sistema de registro, junto a la mejora continua, son herramientas eficaces que deberían exprimirse para minimizar los riesgos en la seguridad del paciente.

A nivel institucional, el impulso definitivo para la implantación total de la historia clínica electrónica podría evitar algunos de los fallos al contribuir a la localización actualizada del enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto 119/2004, de 25 de noviembre, por el que se regulan los criterios de utilización de habitación de uso individual en los Centros Hospitalarios del Sistema de Salud de Castilla y León o concertados con éste. Boletín Oficial de Castilla y León, número 231, de 30 de noviembre de 2004, 17265-6. [en línea] [consultado 01 mar 2021] Disponible en: https://bocyl.jcyl.es/html/2004/11/30/html/BOCYL-D-30112004-1.do

2. Aranaz J, Aibar C, Vitalier J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe febrero 2006. Plan de Calidad

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

para el Sistema de Salud. [Internet] 2006 [acceso 01 mar 2021] Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf

3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020. [Internet] 2015:1-128. [consultado 3 feb 2021] Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2
4. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estrategia 8: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS. [Internet] 2010. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec_pnc03.htm
5. World Health Organization (WHO). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [citado 2012 Ju 28]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
6. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Medicina Clínica Las Condes. [internet] 2017; [acceso 14 may 2021] 28(5) 785-95. DOI: 10.1016/j.rmclc.2017.08.006. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268
7. Mella Laborde, M, Gea Velázquez, MT, Aranaz Andrés, JM, Ramos Forner, G, Compañ Rosique, AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. 2017 Gac Sanit [Internet]. 2020 Oct [citado 03 jun 2021] 34 (5): 500-13. DOI 10.1016/j.gaceta.2018.10.004. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112020000500015&lng=es.
8. Morís de la Tassa J, Fernández de la Mota E, Aibar-Remón C, Castan S, Cameo, Ferrer Tarrés JM. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. [Internet] Medicina Clínica Monogr Barcelona. 2008; [citado 3 feb 2021] 131(Supl 3):72-8. DOI:
9. 10.1016/S0210-5705(09)71003-9. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-resumen-identificacion-inequivoca-pacientes-ingresados-hospitales-13132776
10. Melgarejo Urendez A, Bernat Adell, MD, Lorente García, P. Análisis de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario del paciente crítico. Listado de

verificación. [en línea] Enfermería Intensiva 2014, [consultado 12 abr 2021] 25(2): 58-64. DOI: 10.1016/j.enfi.2014.03.004. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-analisis-eventos-adversos-asociados-al-S1130239914000303

11. Dirección General de Industria y de la Pequeña y Mediana empresa. Ministerio de Industria, Comercio y Turismo. Herramienta DAFO. [Internet] https://dafo.ipyme.org/Home

12. Nespereira García P, Cabadas Avión R, Leal Ruiloba MS, Rodríguez Pérez J, Broullón Dobarro A, Rivero García A. Estudio retrospectivo de la seguridad en el traslado de los pacientes críticos tras aplicación de la metodología para la gestión de riesgo. Revista Española de Anestesiología y Reanimación, 2020; 67(3): 119-29.

13. Agra Y, Terol E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. 2006. An. Sist. Navar., 29(3) septiembre-diciembre: 319-23.

14. Saturno P, Da Silva Gama Z, De Oliveira-Sousa S, Fonseca Y, De Souza Oliveira A. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Med Clin (Barc). 2008;131(Supl. 3):18-25.

15. León Román C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer. [en línea] 2006; [consultado 12 abr 2021] 22(3):1-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v22n3/enf07306.pdf

16. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Revista de Calidad Asistencial [internet] 2005 [acceso 02 jun 21];20(4):216-22. Disponible en: https://doi.org/10.1016/s1134-282x(08)74754-7

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 2: HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN SALUD MENTAL: UN RETO PARA ENFERMERÍA

AUTORÍA: FERRAN GIL GUIÑON

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción: El concepto de Humanización del cuidado está muy presente en el entorno sanitario, gracias al reconocimiento de las instituciones como carácter estratégico, al interés social en fomentar la autonomía y empoderar al paciente, a la participación de los ciudadanos en las organizaciones y el voluntariado, y al compromiso y vocación de los profesionales sanitarios, en especial de enfermería. Pese a ello, debido a su complejidad conceptual, no se efectúa una evaluación sistematizada en los diferentes recursos del sistema, o bien, no se realiza.
Objetivo: Evaluar el grado de Humanización de los profesionales de enfermería que ejercen en Salud Mental y su relación con variables socio-demográficas y profesionales. Describir, desde su punto de vista, el significado otorgado a la Humanización del cuidado, e identificar sus conocimientos, opiniones, actitudes y expectativas.
Metodología: Se plantea un diseño de metodología mixta. Con un componente cuantitativo observacional descriptivo y un componente cualitativo mediante grupos focales. Los participantes serán profesionales del equipo de enfermería, graduados y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, de dispositivos hospitalarios y comunitarios de psiquiatría, psicogeriatría y discapacidad intelectual.
Implicación a la práctica: Conocer el grado de Humanización de los profesionales de enfermería y sus aportaciones relacionadas con la Humanización, establecerá la base del conocimiento para la hipótesis y el desarrollo de posteriores estudios de investigación. Permitirá a los gestores sanitarios promover las acciones oportunas dirigidas a mejorar la Humanización de la asistencia y la medición de los beneficios de programas dirigidos a implementar acciones humanizadoras.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

PALABRAS CLAVE

Humanización, cuidado, enfermería, salud mental

RESUME

Introduction: The concept of Humanization of care is very present in the health environment, thanks to the recognition of the institutions as a strategic nature, the social interest in promoting autonomy and empowering the patient, the participation of citizens in organizations and volunteering, and the commitment and vocation of health professionals, especially nursing. Despite this, due to its conceptual complexity, a systematic evaluation is not carried out in the different resources of the system, or it is not carried out.

Objective: Evaluate the degree of Humanization of nursing professionals practicing in Mental Health and its relationship with socio-demographic and professional variables. Describe, from their point of view, the meaning given to the Humanization of care, and identify their knowledge, opinions, attitudes and expectations.

Methodology: A mixed methodology design is proposed. With a descriptive observational quantitative component, and a qualitative component, through focus groups. The participants will be professionals from the nursing team, graduates and technicians in auxiliary nursing care, hospital and community devices for psychiatry, psychogeriatrics and intellectual disability.

Implication to practice: Knowing the degree of Humanization of nursing professionals and their contributions related to Humanization will establish the knowledge base for the hypothesis and the development of subsequent research studies. It will allow health managers to promote appropriate actions aimed at improving the Humanization of care and measuring the benefits of programs aimed at implementing humanizing actions.

KEYWORDS

Humanization, care, nursing, mental health.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Introducción

La Humanización del cuidado tiene como objetivo conseguir que el paciente sienta que es el centro de la atención sanitaria, valorado como persona, que reciba un trato personalizado y cercano, con información completa y comprensible, con respeto a su intimidad y a la confidencialidad de la asistencia. Con el fin de ofrecer la mejor atención posible, al incorporar la dimensión de la dignidad y la humanidad a los cuidados basados en la evidencia científica disponible.

Su implantación en el sistema sanitario es posible gracias al reconocimiento de las instituciones por la Humanización como carácter estratégico, al interés social en la necesidad de cuidar la autonomía y empoderar al paciente, a los avances en la participación de los ciudadanos, pacientes y familiares, en las organizaciones y en el voluntariado, así como, al compromiso y vocación humanística de los profesionales, en especial de los de enfermería por su cercanía con los pacientes.

A pesar de que en la actualidad el concepto de la Humanización del cuidado está muy presente en el entorno sanitario, no existe una definición clara. Y debido a su complejidad conceptual, su evaluación no se realiza de forma sistematizada, ni homogénea, en los diferentes recursos del sistema, o bien, no se lleva a cabo. Conocer el nivel de Humanización realizado, permitiría medir los beneficios de los programas dirigidos a implementar acciones basadas en la atención humanizada.

Los actores principales en que se basa la Humanización de la asistencia sanitaria, son: los pacientes y sus familiares, los profesionales y los gestores, de quienes depende en gran medida que se establezcan las medidas humanizadoras y de que el sistema adecue las herramientas necesarias para la Humanización.

El objetivo de este proyecto de investigación es conocer el grado de Humanización de los profesionales del equipo de enfermería, evaluando sus competencias personales y explorando sus conocimientos, opiniones y expectativas hacia la Humanización en el ámbito de la salud Mental. Donde los profesionales mantienen numerosas interacciones con los pacientes, propiciando un clima de relación terapéutica, con técnicas que en su mayoría son verbales y de acompañamiento. Objetivos

Evaluar el grado de Humanización de los profesionales del equipo de enfermería, graduados universitarios y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, que ejercen en el ámbito de la Salud Mental y su relación con variables socio-demográficas y profesionales.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Describir el significado otorgado a la Humanización del cuidado, conocimientos, opiniones, actitudes y expectativas, por las enfermeras que ejercen en el ámbito de la Salud Mental.

Identificar los elementos facilitadores y limitadores de la Humanización del cuidado desde el punto de vista de las enfermeras que ejercen en el ámbito de la Salud Mental.

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROYECTO: SOCIAL, PROFESIONAL E INSTITUCIONAL

La Humanización y sus atributos

El término Humanizar es definido por la Real Academia Española como “hacer humano, familiar, afable a alguien o algo” (1). En la literatura vemos como este concepto tiene un significado más profundo, amplio y variable. Con diferentes definiciones y numerosas implicaciones, según la perspectiva desde el que se valora. Aunque a nivel general coinciden en el deseo de que algo sea bueno, que se ajuste a la condición humana y a la dignidad de la persona (2).

Al vincular el concepto Humanizar al de Salud, estamos atribuyendo sus características a la asistencia sanitaria en general y al cuidado en particular. Un sistema sanitario humanizado es aquel que está al servicio de la persona, pensado y concebido para las personas (3). Con una atención individualizada centrada en la comunicación, el contacto y donde se dé la misma importancia tanto al sufrimiento físico como al anímico y espiritual (4). Cuidando y curando en base a la evidencia científica, pero incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad. Estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud (5).

En un proceso en el que el paciente es situado en el centro del sistema, con una concepción integral de sus necesidades, considerando sus sentimientos, conocimientos y creencias sobre su salud (6). Donde pueda participar activamente del proceso del cuidado de su propia salud, convirtiéndose así en parte activa de su proceso junto a los profesionales sanitarios. Proporcionando un trato personalizado y cercano, con información completa y comprensible, respetando su intimidad y la confidencialidad de la asistencia, mediante el respeto mutuo (4).

La Humanización tiene que ver con el funcionamiento de las estructuras y con la mentalidad e interacción de las personas involucradas (pacientes, profesionales,

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

familiares y gestores). Con la competencia profesional y con elementos no fácilmente comunicables ni mensurables, como el dolor evitado, el sufrimiento prevenido, las capacidades recuperadas y la alegría recobrada (3,4). Con énfasis en la actitud y en las competencias personales de los profesionales sanitarios, que les permiten

desarrollar su actividad. Como son: el afecto, la autoeficacia, la comprensión emocional, la disposición optimista y la sociabilidad (7).

Las personas con enfermedad, sufrimiento o dolor, se sienten más vulnerables y su dignidad se encuentra temporalmente amenazada. Por ello, resulta crucial la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad, y su componente humano: mirar, hablar, mostrar calidez, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión (2). Ofreciendo un cuidado Humanizado, al atender a las personas desde su concepción holística (7,8), como personas singulares, que requieren acciones personalizadas a sus necesidades y expectativas (9). Personas con derechos y responsabilidades que, a pesar de tener problemas y dificultades, están llenas de recursos y potencialidades para cuidar con autonomía su vida, salud y bienestar (10). Dando respuesta a las necesidades reales o potenciales de los pacientes, con un grado de empatía con el paciente, que les permita actuar en situaciones de crisis, con el temple y la profesionalidad que se requiere (11).

La Humanización y los profesionales de enfermería

Los profesionales del equipo de enfermería requieren de cierto grado de especialización y madurez personal. Es imprescindible que posean los conocimientos y competencias científico-técnicas necesarias para su actividad, pero también el desarrollo de competencias de eficacia personal, humanística y relacional (4). Mediante recursos sociales, personales y emocionales que faciliten su práctica profesional y permitan que el paciente, adopte un papel activo en su proceso de recuperación. Con herramientas vehiculares como la comunicación afectiva y efectiva, la escucha activa, la presencia, la actitud empática y la aceptación incondicional (2).

La Humanización de los profesionales de enfermería, parte de dar prioridad en la atención sanitaria a aspectos tan relevantes como la empatía, la comunicación, la confidencialidad, la ética o la seguridad del paciente (12). Será necesario que, el profesional haga un esfuerzo para ponerse en la situación del paciente y familiares, para atenderles e informarles de acuerdo a la excepcional circunstancia que están viviendo (4). Requiere una actitud mental, afectiva y moral que obliga al profesional a repensar continuamente sus propios esquemas mentales y remodelar costumbres de intervención para que se orienten al bien del enfermo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Los gestores sanitarios, como agentes de Humanización, son un elemento clave para impulsar la estrategia de Humanización en las organizaciones, servicios o unidades. Actuando como líderes y modelo de referencia para el conjunto de los profesionales (13). Responsables de que el sistema sanitario adecue las herramientas necesarias para la Humanización.

La Humanización y sus limitaciones

Los principales obstáculos para poder ofrecer una atención humanizada, son: La tecnificación y medicalización de la asistencia, la excesiva burocratización, la centralización del poder y la masificación del sistema sanitario, que conlleva una sobrecarga del profesional y limita el tiempo disponible para la atención. La rigidez de las organizaciones, con estructuras frías, poco confortables o poco modificables. La desmotivación profesional, con escasa iniciativa o tolerancia al cambio hacia prácticas más humanizadas. La falta de formación y competencia en comunicación y relación de ayuda de los profesionales (2,8,4). Y la existencia de profesionales vulnerables al agotamiento o quemados, a menudo con un desempeño multitarea en plazos reducidos de tiempo (14).

Por otro lado, la falta de operatividad y concreción del concepto Humanización, hace que éste tenga barreras que dificultan su desarrollo e implementación (7). Sería necesaria una definición acotada del término, vinculada a unos objetivos claros, específicos y cuantificables, que se traduzcan en acciones específicas. Para poder reconocer e incentivar las buenas prácticas en Humanización del cuidado, medir su avance y facilitar su implementación, de forma común y realista (2).

La Humanización y su evaluación

Debido a su complejidad conceptual, actualmente la evaluación del grado de Humanización asistencial no se realiza de forma sistematizada, ni homogénea, en los diferentes recursos del sistema sanitario, o bien, no se lleva a cabo (7).

De forma general, la valoración del grado de Humanización puede realizarse mediante la evaluación de la calidad percibida de un servicio prestado, por parte de pacientes y familiares, en función de sus necesidades sentidas, demandas y expectativas (15). En los recursos de Salud Mental, resulta especialmente arriesgado evaluarla únicamente de este modo, debido a la influencia que puedan ejercer las alteraciones psiquiátricas que presentan los pacientes.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Cuando la Humanización se relaciona con los resultados obtenidos de la aplicación de los planes institucionales, suele evaluarse mediante la valoración del nivel de ejecución y grado de cumplimiento de las actividades programadas (2,14). Con acciones dirigidas a instruir en la mejora de las competencias personales de los profesionales, en el mejor de los casos, o relacionadas con la organización y estructura de los centros sanitarios, su entorno y ambiente (16).

Cuando la Humanización se concibe como una dimensión inherente al profesional sanitario, sustentada en sus competencias personales no técnicas, más que a la realización o no de determinadas acciones, nos encontramos que apenas existen instrumentos para medirla de forma ágil y sencilla (14).

Para evaluar estas competencias, y con ello, el grado de Humanización de los profesionales y de su actividad asistencial, disponemos de la Escala de Humanización Profesional Sanitaria (HUMAS). Un instrumento de medida válido y confiable para su uso en investigación y en la práctica, elaborado y validado para los profesionales de enfermería (17). Sus creadores, contemplan que puede contribuir al desarrollo de investigaciones sobre la humanización del cuidado en los profesionales de la salud (enfermeras, médicos, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) y en diferentes contextos. Diseñada para evaluar aspectos personales como son: la afectación, la autoeficacia, la comprensión emocional, la disposición al optimismo y la sociabilidad (14).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANÁLISIS

A continuación, se representa el análisis de las necesidades que justifican conocer el grado de Humanización de los profesionales del equipo de enfermería que ejercen en el ámbito de la Salud Mental, plasmado en una matriz DAFO, para conocer el entorno de implementación de la iniciativa.

ANÁLISIS INTERNO	ANÁLISIS EXTERNO
Debilidades	Amenazas
Insuficientes competencias en relación de ayuda y comunicación de los profesionales. Profesionales con escasa formación en Humanización y bioética. Poca cultura de orientación y atención centrada en el paciente. Existencia de profesionales quemados, con escasa motivación, iniciativa y/o tolerancia al cambio. Estructuras frías, poco confortables, poco modificables.	Situación de crisis económica. Situación de emergencia sanitaria provocada por el COVID-19. Sostenibilidad del sistema. Tecnificación de la asistencia sanitaria. Alteraciones clínicas que requieran de medidas restrictivas y/o coercitivas. Carácter involuntario de algunos ingresos hospitalarios.
Fortalezas	Oportunidades
Capacitación científico-técnica de los profesionales. Compromiso y vocación humanística de los profesionales. Carácter estratégico de la Humanización, acorde con los valores hospitalarios de la institución. Existencia de comisiones de ética excelencia y calidad.	Reconocimiento de las instituciones por la Humanización de la asistencia. Avances en los TICs y SIS (Sistemas de Información Sanitaria). Reconocimiento social de la necesidad de cuidar la autonomía y de empoderar al paciente. Avances en la participación de los ciudadanos, pacientes y familiares, en organizaciones y en voluntariado.

Tabla 1: Matriz DAFO Análisis previo

Por ello serían estrategias de mejora:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Evaluar de forma regular el grado de Humanización de los profesionales de enfermería que ejercen en el ámbito de la Salud Mental.

Generar estructuras en la institución para promover la Humanización: comisiones y responsables, diseñando planes específicos para la mejora de la sensibilización y cultura en Humanización del cuidado.

Promover la formación en cultura de Humanización tanto a personal sanitario como no sanitario en contacto con personas con problemas de Salud Mental.

Promover cuidados enfermeros colaborativos que pongan al usuario en el centro del proceso terapéutico.

Reconocer a los profesionales y a las experiencias de Humanización desarrolladas en las instituciones.

Realizar una exploración continua de las expectativas y grado de satisfacción de los pacientes, para evaluar el impacto de las acciones desarrolladas.

Impulsar acciones hacia una institución más saludable y humanista, cuidando a los profesionales para prevenir el burn out.

Plantear objetivos de Humanización en la atención a nivel institucional, con una reducción de medidas restrictivas o coercitivas.

METODOLOGÍA

Diseño

Con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados, se propone un diseño de metodología mixta. Con un componente principal cuantitativo, observacional descriptivo, para dar respuesta al objetivo 1. Y un componente secundario cualitativo, mediante grupos focales, para dar respuesta a los objetivos 2 y 3. Estas etapas se desarrollarán consecutivamente, primero la etapa con diseño cuantitativo y posteriormente la etapa cualitativa.

Ámbito y participantes en el estudio

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El ámbito de estudio serán las unidades hospitalarias y los dispositivos comunitarios de Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental (CASM), ubicados en Sant Boi del Llobregat, L'Hospitalet del Llobregat y Granollers. La población a estudio serán los profesionales del equipo de enfermería, graduados universitarios y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, que trabajen en estos dispositivos.

Benito Menni CASM, está formado por un conjunto de dispositivos dedicados a la atención integral de las personas que padecen enfermedades mentales o necesitan asistencia sociosanitaria y social. La institución promueve la Humanidad en la atención como valor de hospitalidad, "Trabajamos explícita y prácticamente la Humanización en los planteamientos y en cada actividad concreta. Nuestra atención es un encuentro humano que prioriza la dignidad de la persona" (18).

Criterios de selección y reclutamiento de los participantes:

Criterios de inclusión:

Profesionales de enfermería vinculados a Benito Menni CASM.

Aceptación de las condiciones del estudio y del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

No se han definido criterios de exclusión.

Procedimiento

Se invitará a participar en el estudio a los profesionales de enfermería que cumplan con los criterios de selección y reclutamiento planteados, mediante el envío de un correo electrónico a su email corporativo. Los profesionales que acepten participar en el estudio, podrán hacerlo a la totalidad (etapa cuantitativa y cualitativa), o bien, tan solo a la primea etapa (cuantitativa).

En el correo electrónico se les indicará el motivo del estudio y sus características, el carácter voluntario de la participación, así como la confidencialidad y anonimato en el manejo de los datos obtenidos, y se les proporcionará el enlace para acceder al consentimiento informado.

Componente cuantitativo:

Los participantes que acepten el consentimiento informado del estudio, accederán al formulario web con los siguientes contenidos:

Un cuestionario elaborado ad hoc para recoger datos sociodemográficos (edad, sexo y titulación académica) y recopilar información sobre su profesión y puesto de trabajo: años de experiencia, especialista en Salud Mental (sí o no), situación laboral (permanente o temporal), turno de trabajo (mañana, tarde, noche o fines de semana), unidad y centro de trabajo, y número de usuarios atendidos de forma habitual en una jornada laboral (Anexo II).

La Escala de Humanización Profesional Sanitaria, para conocer el grado de Humanización de los profesionales del equipo de enfermería (Anexo I).

Componente cualitativo:

Esta etapa seguirá una orientación fenomenológica. Se realizarán grupos focales de forma remota mediante videoconferencia, debido a la situación actual de crisis global de SARs-CoV-2 y a las restricciones relativas a las actividades grupales para asegurar el distanciamiento social, como medida de contención de la COVID-19.

La muestra será seleccionada a través de un muestreo intencional por propósito, inicialmente, y teórico según avance el proceso de investigación. El tamaño final de la muestra dependerá de la saturación de los datos.

Para realizar el grupo se seguirá un guion de apoyo (Anexo III). Participarán en cada grupo entre 7 y 9 participantes, con una duración de 1 hora. Se dará la posibilidad de abandonar el grupo si así lo desea el participante.

Se invitará a los participantes por correo electrónico, donde también se les recordará el motivo del estudio, el carácter voluntario de la participación y se les advertirá de que la reunión será grabada para su análisis, para conseguir su consentimiento (previo a la realización del grupo y al inicio del mismo).

Análisis de datos

Componente cuantitativo:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Con los datos obtenidos de la Escala de Humanización Profesional Sanitaria y del cuestionario ad hoc para recoger datos sociodemográficos y recopilar información sobre la profesión y el puesto de trabajo de los participantes, se elaborará una base de datos mediante el programa IBM SPSS v25. Para describir las características de los participantes y las puntuaciones obtenidas en la escala, se usará la estadística descriptiva. Para las variables cuantitativas, se calcularán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (varianza y desviación media), y se compararán mediante el test de T Student. Para las variables cualitativas se calcularán porcentaje y frecuencia. Se considerarán estadísticamente significativos valores de p inferiores a 0,05.

Componente cualitativo:

Se utilizará el método de análisis cualitativo del contenido. Los datos obtenidos de los grupos de discusión serán transcritos literalmente y se procederá a fragmentar el texto en códigos descriptivos asignados en base a su contenido semántico. Se agruparán tales códigos en subcategorías más analíticas, atendiendo al significado de las unidades lingüísticas y de sus combinaciones, y se categorizarán en función de los objetivos del estudio. El análisis de estos datos se llevará a cabo a través del programa QRS Nvivo v11.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

Plan de trabajo

	2020				2021												2022		
	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M
Fase Inicial																			
Planteamiento del Problema y Objetivos de la Investigación.																			
Revisión de la literatura.																			
Elaboración del Marco teórico.																			
Diseño de la Metodología.																			
Redacción del TFM																			
Defensa del TFM.																			
Aprobación por el CEIC y la Dirección de enfermería.																			
Solicitud de financiación.																			
Fase de trabajo de campo																			
Componente cuantitativo																			
Componente cualitativo																			
Fase de análisis																			
Análisis e interpretación de datos.																			
Conclusiones e implicaciones.																			
Redacción del Informe final.																			

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Fase de difusión																				
Publicación de resultados.																				

Tabla 2: Cronograma de investigación

Aspectos éticos

Se solicitará la aprobación del proyecto por el CEIC de Benito Menni CASM y posteriormente el permiso y autorización de la dirección de enfermería de la institución. Además, en cumplimiento con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se solicitará la consiguiente autorización de todos los participantes para el resultado público que se les dará a los datos, preservando el anonimato y la estricta confidencialidad, de tal forma que los datos obtenidos serán codificados y tratados de forma totalmente confidencial. Los participantes, lo harán voluntariamente, firmando el consentimiento correspondiente de aceptación de las condiciones del estudio (Anexo IV), pudiendo acogerse al derecho a retirarse cuando lo consideren.

Limitaciones

En los grupos focales: Podría producirse un sesgo de atención en los participantes del estudio, quienes podrían alterar su comportamiento al saber que están siendo observados. Podría producirse un sesgo del entrevistador, quien podría inducir a algún tipo de respuestas por error. Para paliar las limitaciones mencionadas se plantea que los grupos focales sean grabados, evitando tomar notas durante los mismos, y que el entrevistador sea experto en entrevistas individuales y grupales, formado en habilidades comunicativas.

Limitación en cuanto a los instrumentos de medida. Se utilizará una escala de autoevaluación y únicamente desde la perspectiva de los profesionales del equipo de enfermería. Debido a la falta de otros instrumentos de evaluación validados, no se puede evaluar el grado de Humanización de forma objetiva, o a través de la percepción de los pacientes, sus familiares o de otros grupos profesionales.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

EVALUACIÓN

A la fecha de presentación y defensa de este Trabajo de Fin de Master, no se ha podido ejecutar el proyecto de investigación planteado, debido al cronograma de investigación programado.

CONCLUSIONES

Dar respuesta a los objetivos planteados en este proyecto, permitirá desarrollar un informe donde queden reflejadas las sugerencias y aportaciones realizadas por profesionales de enfermería que ejercen en el ámbito de la Salud Mental, en relación a la Humanización del cuidado. Que permita a los gestores sanitarios promover las acciones oportunas dirigidas a mejorar la Humanización de la asistencia en el ámbito de la Salud Mental.

El diseño metodológico utilizado describirá el fenómeno a estudio, el grado de Humanización de los profesionales de enfermería, comparando las diferencias en las variables estudiadas, que se dan de forma natural entre los participantes. Presuponiendo que el grado de Humanización será mayor cuando el profesional del equipo de enfermería: tenga más años de experiencia, sea graduado universitario, sea especialistas en Salud Mental, tenga una situación laboral estable, en un turno diurno y atienda a un número de usuarios menor durante su jornada laboral.

Los resultados obtenidos en este trabajo establecerán la base del conocimiento para la hipótesis, en relación a la Humanización del cuidado en el ámbito de la Salud Mental, como base para posteriores estudios tanto correlacionales, cuasi-experimentales como experimentales. También permitirán conocer el nivel actual de Humanización de los profesionales de enfermería, y posibilitará, la medición de los beneficios de los programas de intervención dirigidos a implementar acciones basadas en la atención humanizada.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXOS

Anexo I. Escala de Humanización en el Profesional Sanitaria (HUMAS)

1	Espero el futuro con entusiasmo.	1	2	3	4	5
2	En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	1	2	3	4	5
3	Ante las dificultades, confío en que al final todo saldrá bien.	1	2	3	4	5
4	Cuando atiendo a mis pacientes, trato de ponerme en su lugar.	1	2	3	4	5
5	Ofrezco un trato cercano al paciente o a sus familiares, si lo necesitan.	1	2	3	4	5
6	Me preocupo por tranquilizar a pacientes y familiares, ya que considero que es una parte importante de mi labor de cuidado.	1	2	3	4	5
7	Cuando me tratan mal, intento comprender los motivos y sigo tratando bien a esa persona.	1	2	3	4	5
8	Cuando alguien me cae mal, me esfuerzo por comprenderle y darle una oportunidad para conocerlo.	1	2	3	4	5
9	Cuando alguien actúa en mi contra, tiendo a analizar la situación para justificar de forma racional su conducta.	1	2	3	4	5
10	Soy capaz de diferenciar los cambios de humor de otros, y actuar en consecuencia.	1	2	3	4	5
11	Estoy satisfecho con lo que hago y como lo hago.	1	2	3	4	5
12	Soy capaz de diferenciar mis propios estados de ánimo, y actuar en consecuencia.	1	2	3	4	5
13	Creo que estoy preparado para afrontar con éxito cualquier situación en mi trabajo.	1	2	3	4	5
14	Siento que tengo una gran capacidad para percibir cuando un paciente no está recibiendo una atención adecuada.	1	2	3	4	5
15	Cuando desempeño mi labor profesional, suelen aparecer sentimientos de angustia. *	1	2	3	4	5
16	Me siento nervioso cuando atiendo a mis pacientes. *	1	2	3	4	5
17	En mi labor profesional, hay ocasiones en las que me siento asustado. *	1	2	3	4	5
18	Como profesional, hay situaciones en las que me siento culpable. *	1	2	3	4	5
19	Me siento afectado cuando estoy atendiendo a mis pacientes. *	1	2	3	4	5

Nunca; 2 = Pocas veces; 3 = Algunas veces; 4 = A menudo; 5 = Siempre. (*R): 5 = Nunca; 4 = Pocas veces; 3 = Algunas veces; 2 = A menudo; 1 = Siempre.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Anexo II. Cuestionario de datos sociodemográficos y profesionales

Figura 2: Cuestionario de datos sociodemográficos y profesionales

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Anexo III. Guion de apoyo para el Grupo focal

INICIO

- Breve presentación del moderador, explicación del propósito del grupo focal (objetivos del estudio) y del método. El abordaje cualitativo se caracteriza por la posibilidad de profundizar, clave para obtener información que enriquezca a la investigación.
- Recalcar la confidencialidad y el anonimato en el uso de la información recabada.
- Aclarar que no se asociará la información obtenida con la persona que la proporcione. Las opiniones serán analizadas de forma agregada, entre todos los entrevistados.
- Enfatizar en la importancia de disponer de opiniones espontáneas, transmitiéndoles que no se trata de valorar sus respuestas. No hay respuestas correctas ni incorrectas.
- Solicitar la autorización para grabar el grupo focal, explicando que la finalidad de la grabación es sólo para agilizar la recogida de datos y el análisis.
- Presentación de los participantes (unidad, experiencia, interés por el tema).

DURANTE

- Generar un clima de intimidad y comodidad para que puedan expresarse sin censuras.
- Demostrar interés, cordialidad y respeto ante las opiniones de los participantes. El moderador jamás debe debatir con ellos ni cuestionar sus opiniones. Debe mostrarse neutral.
- El moderador no debe "esclarecer" ni instruir, durante los grupos focales, sobre ningún aspecto de los temas abordados. Toda opinión es válida y constituye un dato en sí misma.
- El moderador no dará por obvios los conceptos que surgen y no presupondrá su significado. Pudiendo repreguntar: ¿En qué sentido lo dicen? ¿Podrían darme un ejemplo de ello?
- El moderador conducirá el grupo de manera que todos puedan hablar sin superponerse.

CIERRE

- Se dará por concluido cuando el moderador considere que se han abordado todos los temas previstos en la guía y que se ha profundizado lo suficiente.
- Ofrecer un espacio de reflexión y la posibilidad de ampliar algún tema, o algún comentario sobre las acciones evaluadas o sobre la evaluación en sí misma.
- Agradecer el tiempo brindado y destacar la importancia de las opiniones genuinas aportadas, que serán de relevancia para el estudio.

EJEMPLO DE BATERÍA DE PREGUNTAS

¿Habías oído antes hablar sobre el término de Humanizar la asistencia sanitaria?

¿Y sobre la humanización del cuidado? ¿A qué creéis que hace referencia? ¿Cómo la definiríais?

¿Quiénes son sus actores implicados? ¿A qué elementos repercute? ¿Influye en la calidad?

¿Qué nivel de humanización creéis que se da en cuidados generales? ¿Y en Salud Mental?

¿Sabéis cómo puede evaluarse? ¿Se puede autoevaluar? ¿Se evalúa actualmente?

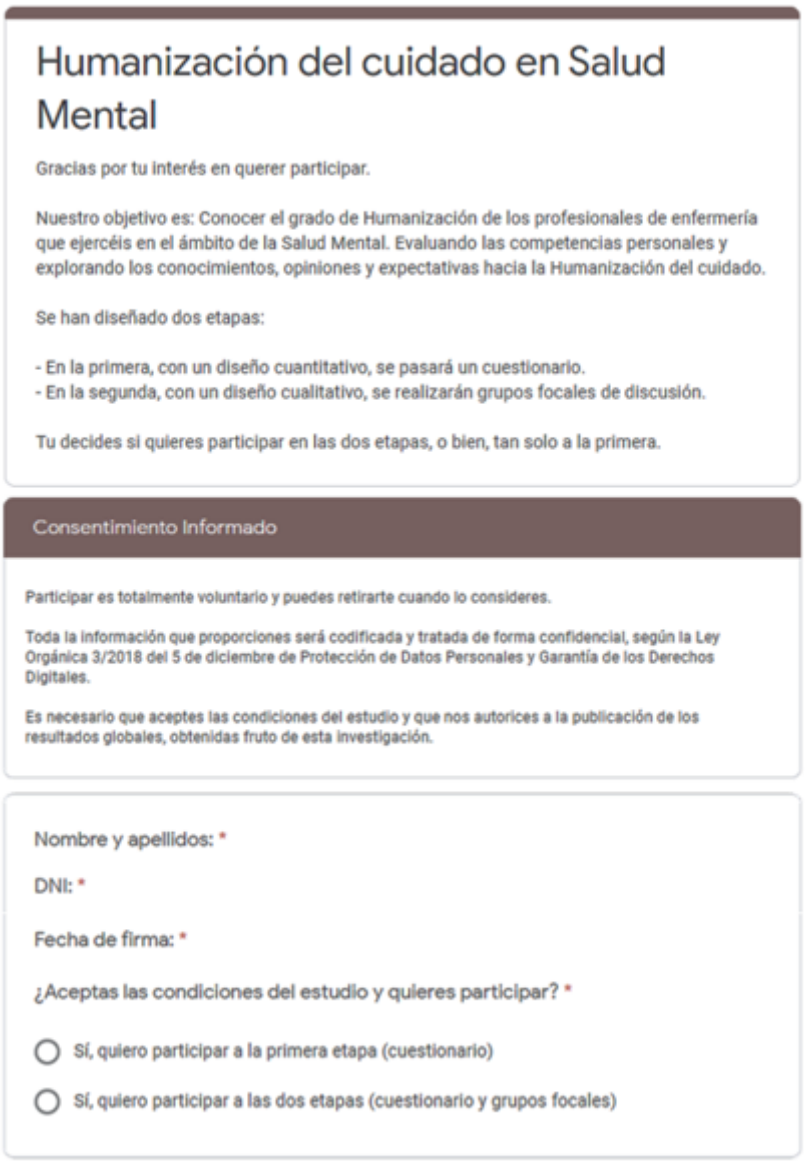
¿Qué elementos facilitan el poder dar un cuidado Humanizado? ¿Qué elementos lo dificultan?

¿Cómo se podría potenciar? ¿Qué papel tienen los profesionales de enfermería en ello?

Figura 3: Guion de apoyo para el Grupo Focal

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Anexo IV. Consentimiento de aceptación de las condiciones del estudio



Humanización del cuidado en Salud Mental

Gracias por tu interés en querer participar.

Nuestro objetivo es: Conocer el grado de Humanización de los profesionales de enfermería que ejercéis en el ámbito de la Salud Mental. Evaluando las competencias personales y explorando los conocimientos, opiniones y expectativas hacia la Humanización del cuidado.

Se han diseñado dos etapas:

- En la primera, con un diseño cuantitativo, se pasará un cuestionario.
- En la segunda, con un diseño cualitativo, se realizarán grupos focales de discusión.

Tu decides si quieres participar en las dos etapas, o bien, tan solo a la primera.

Consentimiento Informado

Participar es totalmente voluntario y puedes retirarte cuando lo consideres.

Toda la información que proporciones será codificada y tratada de forma confidencial, según la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Es necesario que aceptes las condiciones del estudio y que nos autorices a la publicación de los resultados globales, obtenidas fruto de esta investigación.

Nombre y apellidos: *

DNI: *

Fecha de firma: *

¿Aceptas las condiciones del estudio y quieres participar? *

- ○ Sí, quiero participar a la primera etapa (cuestionario)
- ○ Sí, quiero participar a las dos etapas (cuestionario y grupos focales)

Figura 4: Consentimiento de aceptación de las condiciones del estudio

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Real Academia Española (RAE). 2020 [citado 8 octubre 2020]. Disponible en: https://dle.rae.es/humanizar
2. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria; 2016 [citado 3 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf
3. Raventós F. La organización sanitaria al servicio del ciudadano. Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD. Madrid: INSALUD. 1985:12.
4. Plan de humanización de la atención sanitaria de Extremadura. [Internet]. 1ª ed. Mérida: Junta de Extremadura. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias; 2007 [citado 7 noviembre 2020]. Disponible en: http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/714003.pdf
5. Albert Jovell. Construyendo un modelo más afectivo y efectivo. Guía del Modelo AE, vol.1 [Internet] Foro Premios Afectivo Efectivo; 2019 [citado 1 diciembre 2020]. Disponible en: https://foropremiosafectivoefectivo.com/sites/default/files/revistas/files/modelo-afectivo-efectivo.pdf
6. Povesa JL, Company MJ, Edo MD. Manual de Buenas Prácticas de Humanización de los servicios de Farmacia hospitalaria en la atención de Enfermedades Raras. NewsRare [Internet]. 2020 Feb; 5(1):13-30. Disponible en: http://newsrare.es/wp-content/uploads/2020/04/suplemento-vol-5-i-sup-1-i-febrero-2020.pdf
7. Perez MC, Molero MM, Herrera I, Oropesa NF, Gázquez J. Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales: Modelo HUMAS. Eur. J. Health Research [Internet]. 2019; 5(1):63-77. [citado 9 enero 2021]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7114142.pdf
8. Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España. [Internet]. 1ª ed. Fundación HUMANS; 2017 [citado 17 noviembre 2020]. Disponible en: http://www.fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2017/10/analisis-aspectos-humanisticos-atencion-sanitaria-espana.pdf

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

9. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado. Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm [Internet]. 2007; 20(4):499-503. [citado 20 enero 2021]. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf

10. Bermejo J. Humanizar la asistencia sanitaria. 1ª ed. Bilbao: Ed. Descléer; 2014.

11. Diario Dicen. Enfermería 21 [Internet]. España: Diario Dicen; 10 octubre 2016 [10 octubre 2016; 23 octubre 2020]. Humanización e integralidad en la atención a pacientes de salud mental. Disponible en: https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/humanizacion-integralidad-y-humanidad-en-la-atencion-a-pacientes-de-salud-mental-DDIMPORT-044476/

12. Romero G. Diario Enfermero [Internet]. España: Diario Enfermero; 15 noviembre 2019 [15 noviembre 2019; 23 noviembre 2020]. Disponible en: https://diarioenfermero.es/desarrollan-una-escala-que-permite-medir-la-humanizacion-en-enfermeria/

13. Cortes A, Jaén P. Editorial: La gestión de proximidad, clave en la estrategia de humanización. Metas Enfermería [Internet]. 2019 Abril; 3(22):3. Disponible en: https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81385/la-gestion-de-proximidad-clave-en-la-estrategia-de-humanizacion/

14. Healthcare Professional Humanization Scale - HUMAS [Internet]. Grupo de investigación SEJ473. Intervención Psicológica y Médica a lo largo del Ciclo vital. Universidad de Almería; 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: http://sej473.com/humas

15. Blázquez M, Olea J, Fornos M, Pérez N, Gallego JL. Impacto del programa de humanización sobre la experiencia de hospitalización de la persona con problemas de salud mental. Paraninfo Digital [Internet]. 2019; 13(29):XX [citado 29 enero 2021] Disponible en: http://ciberindex.com/c/pd/e079

16. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019 [acceso 10 enero 2021]. Disponible en: https://proyectohuci.com/wp-content/uploads/2019/05/Manual_BP_HUCI_rev2019_web.pdf

17. Pérez MC, Herera I, Molero MM, Oropesa NF, Ayuso D, Gázquez JJ. The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2019;

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

16(3999). [citado 9 enero 2021]. Disponible en: https://www.mdpi.com/1660-4601/16/20/3999https://www.mdpi.com/1660-4601/16/20/3999/pdf/pdf

18. Valores Hospitalidad [Internet]. Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental. Hermanas Hospitalarias; 2020 [citado 4 diciembre 2020]. Disponible en: https://www.hospitalbenitomenni.org/es/complejo-asistencial/valores-hospitalidad.html

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 3: GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN

AUTORÍA: NEREA SARRIA VAREA

RESUMEN EJECUTIVO

La Seguridad del Paciente es un elemento clave de la calidad asistencial, siendo los servicios de Anestesiología y Reanimación los que vienen desde hace tiempo analizando las causas y los errores que acaban produciendo efectos adversos en los pacientes.
En estos servicios, por el perfil de su actividad asistencial, no es de extrañar la existencia del binomio "anestesia-problemas" si bien es de reseñar que es, de las especialidades existentes, una de las pioneras en analizar e intentar prevenir los efectos adversos que se producen en su servicio trabajando de forma continuada en la Seguridad del Paciente.
Existen también en estos servicios situaciones que de forma velada tienen potencia suficiente para desencadenar un efecto adverso como es la organización de la medicación en el servicio y, más concretamente, en relación con la rotulación y la administración de los mismos.
Con el objetivo de minimizar cualquier incidencia relacionada con la Seguridad del Paciente, la finalidad del trabajo consistirá en cómo el servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital Universitario Donostia (aplicable al resto de servicios de la organización) se irá adelantando a los posibles efectos adversos que pueden surgir en la práctica diaria. Así, el personal se actualizará periódicamente, teniendo en cuenta la última evidencia científica disponible, para realizar una buena praxis. De ahí, surgirán los denominados documentos "Buenas Prácticas"
PALABRAS CLAVE: Anestesiología, Seguridad del Paciente, Medidas de Seguridad, Administración de la seguridad.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ABSTRACT

Patient Safety is a key element of care quality. For a long time, Anesthesiology and Reanimation services have been analyzing the causes and errors that end up producing adverse effects in patients. Due to healthcare activity profile on this service, the existence of the binomial “anesthesia-problems” is not surprising. Of the existing specialties, Anesthesiology and Reanimation is a pioneer in analyzing and attempting to prevent the adverse effects occurring on its service by continuously working on Patient Safety.

There are also situations in this service capable of triggering an adverse effect such as the organization of the medication in the service, more specifically labeling and administration of the medication.

In order to minimize any incident related to Patient Safety, this work consist of describing how the Anesthesia and Reanimation service of the Donostia University Hospital (applicable to the rest of the organization's services) anticipates possible adverse effects that can arise in daily practice. Thus, the staff will be updated periodically, considering the latest available scientific evidence, in order to carry out good practice. From there, the so-called “Good Practices” documents will emerge.

KEY WORDS: Anesthesiology, Patient Safety, Security Measures, Safety Managment.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Seguridad del Paciente es un elemento primordial en la Asistencia Sanitaria. Los ciudadanos demandan una asistencia de calidad y segura, es decir, que no conlleve efectos negativos para el paciente, fundamentalmente aquellos que sean evitables. Si bien es cierto que a pesar de que la cualificación y capacitación de nuestros profesionales es cada vez mayor y que disponemos de una tecnología avanzada, la probabilidad de riesgo está siempre presente de forma explícita o latente pudiendo producir incidentes en seguridad sin daño o con daño (efectos adversos) para el paciente de menor o mayor gravedad.

Si repasamos los principios de la bioética vemos que uno de ellos es el de la “No Maleficencia” es decir el no producir daño al paciente en nuestra practica asistencial es un principio básico.

Si nos vamos a referencias más recientes vemos como ya en el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) pone en marcha la llamada “Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente” promoviendo la higiene de manos, la cirugía segura y la lucha frente a las

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

resistencias antimicrobianas. En el año 2006 la Unión Europea inicia el despliegue de los sistemas de notificación de incidentes.
Como podemos ver, la Seguridad del Paciente en los países desarrollados y desde hace algo más de una década es un tema prioritario en la práctica clínica contemplándose en programas de salud y planes estratégicos.
Los incidentes que ocurren en la práctica asistencial pueden estar ligados con cualquiera de las actividades asistenciales que se llevan a cabo y en cualquiera de los diferentes ámbitos.
Actualmente, la Seguridad del Paciente forma parte de la cultura de las organizaciones sanitarias y la entendemos no como una acción concreta sino como el conjunto de actividades, acciones y proyectos destinados a promover la cultura de la Seguridad. Todas ellas intentan reducir esa probabilidad que se ha comentado de que ocurran incidentes de Seguridad.
Como hemos dicho anteriormente, a pesar de todo el trabajo que se viene realizando en seguridad del paciente dentro de las organizaciones, la probabilidad de que se produzca un incidente existe y cuando éste ocurre, evidentemente hay que gestionarlo. La gestión de incidentes aumenta la base de conocimientos mediante la correcta entrada y clasificación de los incidentes reportando la misma al área con las capacidades necesarias para solventar el problema detectado cumpliendo con los acuerdos del servicio aplicables en cada caso. La Gestión de los Riesgos que pueden provocar incidentes incluye todas las políticas, recomendaciones, programas e intervenciones que tienen como objetivo prevenir, eliminar, reducir o gestionar los riesgos sanitarios.

Se diferencian dos enfoques de Gestión de los Riesgos:
Gestión proactiva: se trata de prever incidentes antes de que ocurran mediante un análisis previo de los riesgos.
Gestión reactiva: una vez ocurrido el incidente, se trata de encontrar soluciones para limitar sus consecuencias y evitar su reaparición.
El objetivo del trabajo es abordar de forma preventiva (gestión proactiva) los riesgos en la Unidad de Anestesia y Reanimación del Hospital Universitario Donostia (HUD) de la OSI Donostialdea. Esto implica una metodología u organización de trabajo diferente a la mera gestión de incidentes y eventos adversos (gestión reactiva).
Osakidetza cuenta con un Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP). Este sistema posibilita la notificación por parte de los trabajadores de los incidentes de seguridad para los pacientes, con una finalidad de aprendizaje y de prevención. Una vez valorado y analizado el incidente, desde el Departamento de Calidad se realiza un documento llamado “Alertas” con el que se pretende, de forma concisa, recordar la ejecución de la buena praxis relacionada con el incidente para que no vuelva a suceder. Estaríamos hablando en este caso de una Gestión Reactiva.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Dentro del proceso de mejora continua, el hospital ha apostado por trabajar también la Gestión Proactiva elaborando lo que se llamarán documentos de "Buenas Prácticas". Estos documentos tendrán como objetivo el de recordar a los profesionales la buena praxis ante diferentes actividades teniendo en cuenta la última evidencia científica, intentando así minimizar los errores que puedan surgir en la práctica de dichas actividades.

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROYECTO

Los diferentes estudios nacionales sobre los efectos adversos como, por ejemplo, el de hospitalización (ENEAS)21, arrojó unos datos que extrapolando estadísticamente y anualmente a todo el estado, estaríamos hablando de 418.000 efectos adversos, de los cuales 178.000 se consideraron evitables y en 18.400 casos supusieron el fallecimiento del paciente. Otros estudios como el APEAS22, también arrojaron datos de incidencia de efectos adversos muy significativos.

Bien es cierto que todos los estudios realizados tanto a nivel nacional como Internacional han estado sujetos a polémicas en cuanto a su metodología, objetivos, método de cálculo etc. Lo que sí parece concluyente es, que el diseño metodológico de estos trabajos no permite establecer una causalidad entre el efecto adverso y el fallecimiento de los pacientes, tampoco determinar a un efecto adverso la categoría de evitable. Pero lo que si han supuesto, y eso es lo importante, ha sido el tomar conciencia del problema existente para poner en marcha las actividades necesarias para mejorar la seguridad de nuestros pacientes.

Desde el año 2001, existe un plan nacional nacido en EEUU cuyo objetivo primordial es garantizar la Seguridad del Paciente. Desde entonces, la National Patient Safety Agency (NPSA), gestiona un sistema en el que se notifican todos los acontecimientos adversos y complicaciones derivadas de la asistencia sanitaria. Debido a la gran cantidad de incidentes comunicados, se promovió el Safe Anaesthesia Liaison Group

(SALG) con el objetivo de impulsar la comunicación de incidentes específicos de Anestesia y, mediante su análisis, proporcionar información y establecer acciones a nivel nacional, además de promover la investigación en seguridad en anestesia.

Varios países, desde entonces, han implementado también diferentes procedimientos de notificación de incidentes en los servicios de Anestesia y Reanimación. Así actualmente, nacido en ESPAÑA (Alcorcón) en el año 2009, disponemos del Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR).

Características del SENSAR:

Los incidentes comunicados tienen origen y final en el ámbito del servicio.

Cada hospital es dueño de sus propios incidentes.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Mientras dura el análisis del incidente, sólo tendrán acceso al mismo comunicador y analizadores.
Una vez analizado el incidente, éste pasa a la red nacional para poder ser visualizado por el resto de organizaciones.
Nuestro hospital, el Hospital Universitario Donostia, lleva 8 años trabajando la seguridad clínica de forma proactiva y dispone de un plan de seguridad hospitalario con líneas estratégicas claras y objetivos ambiciosos. La implantación de los registros de notificación de eventos adversos y la creación de Comités de Seguridad en los servicios con mayor prevalencia de eventos adversos se han considerado imprescindibles para aflorar múltiples riesgos que con frecuencia se gestionan de forma descoordinada y sin disponer de información precisa para ello.

ANÁLISIS DAFO DEL SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN

DEBILIDADES	AMENAZAS
Organización amplia con puntos de mejora en comunicación y coordinación Implicación mejorable de los profesionales Falta homogeneizar y consolidar la cultura de seguridad. Bajo desarrollo de sistemas de detección de eventos adversos. Escasa formación del personal en el manejo de la herramienta Necesidad de motivación de todo el personal que va a ser implicado Tendencia a no registrar incidentes sin daño para el paciente Elevada rotación del personal La cultura de transparencia en la difusión y divulgación de las incidencias	Limitación de recursos económicos El impacto negativo de la situación económica en el impulso de la Investigación y Desarrollo (I+D) en seguridad del paciente. Los cambios estructurales en los recursos humanos no previstos que requieran una formación y capacitación del personal en seguridad del paciente de forma eficaz. El desarrollo de la tecnología y las intervenciones sanitarias de complejidad creciente. La repercusión mediática de los eventos adversos graves. La judicialización de la asistencia El incremento de la complejidad clínica de los pacientes y su impacto en la seguridad.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Larga trayectoria en Mejora Continúa Relevo generacional con ganas de mejorar e innovar.	El creciente interés en seguridad del paciente como dimensión de la calidad

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El despliegue de la estrategia de seguridad del paciente en el servicio. El apoyo de la Dirección. La consolidación de un sistema de notificación y gestión de incidencias. El incremento de la sensibilización y la cultura en seguridad del paciente en el ámbito asistencial. El portal de seguridad en la intranet, con espacio propio para las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos. La alineación con la estrategia de seguridad en el hospital.	en el ámbito científico técnico y profesional. La publicación de la evidencia científica en prácticas clínicas seguras por los organismos de referencia a nivel internacional. La financiación de líneas de investigación en seguridad del paciente El avance en el campo de la innovación tecnológica El desarrollo de las tecnologías de la información como la historia clínica electrónica. El acceso y uso de la información sobre la cultura de seguridad en diferentes soportes de red orientados al desarrollo profesional continuo.

A continuación, he priorizado cada uno de los componentes de la Matriz utilizando una herramienta de priorización (ver Anexo 4).

Tras realizar la matriz DAFO del Servicio de Anestesia y Reanimación para la realización de este proyecto, la organización propone una serie de estrategias para solventar las debilidades y amenazas.

ESTRATEGIA OFENSIVA (Fortalezas – Oportunidades): Difundir la evidencia científica para mejorar la práctica clínica.

F: la consolidación de un sistema de notificación y gestión de incidencias.

O: la publicación de la evidencia científica por los organismos de referencia internacional.

ESTRATEGIA DEFENSIVA (Fortalezas – Amenazas): Adoptar nuevos métodos de gestión del riesgo. Nos adelantaremos al incidente.

F: Larga trayectoria en mejora continua.

A: El incremento de la complejidad clínica de los pacientes y su impacto en la seguridad.

ESTRATEGIA ADAPTATIVA (Debilidades – Oportunidades): Potenciar la formación en el uso de herramientas con la seguridad del paciente.

D: escasa formación del personal en el manejo de la herramienta.

O: el manejo y uso de la información sobre la cultura de seguridad orientado al desarrollo profesional.

ESTRATEGIA DE SUPERVIVENCIA (Debilidades – Amenazas): Estabilización de los profesionales y definición de las capacitaciones necesarias para el desempeño.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

D: elevada rotación del personal.
A: cambios estructurales en recursos humanos que requieran una formación y capacitación del personal.

DISEÑO

Para realizar el Plan de Seguridad en el servicio de Anestesia y Reanimación, como he comentado anteriormente, existen 2 tipos de gestión, la reactiva y la proactiva.

Gestión Reactiva:

1) Incidencias, su gestión en 5 pasos.
    a. Identificación y registro de la incidencia: somera y precisa
    b. Análisis de la incidencia.
        i. Análisis del origen, causa y consecuencias.
        ii. Identificación y valoración de riesgos derivados
    c. Intervención sobre la incidencia.
        i. Plan de acción.
        ii. Acciones preventivas
        iii. Determinación de un responsable para su seguimiento y subsanación.
        iv. Plazo de actuación.
        v. Plan de información a afectados.
    d. Seguimiento y control de la incidencia.
        i. Propuestas de mejora
        ii. Sintetizar el problema.
        iii. Analizar el impacto y proponer las mejoras.
        iv. Explicar los beneficios.
        v. Obtener la autorización y realizarlo.

Cuando se comunique un incidente o evento adverso, su abordaje debe enfocarse al sistema, evitando culpabilizar al profesional y dirigiéndose a la mejora de la Seguridad del Paciente.
Cuando exista una notificación y el profesional se identifique, hay que informarle de la recepción de la notificación, agradeciéndole su colaboración.
El Comité de Gestión de Seguridad del Paciente ha de generar información a partir del análisis de la información disponible enfocadas hacia la mejora de la Seguridad del Paciente.
Nuestra organización, OSI Donostialdea, hasta ahora emite un documento llamado “Alertas” y lo difunde a todos los profesionales del hospital, en el que se informa del incidente acaecido y cómo poder evitarlo.
Propuesta de mejora.

e. Propuesta de mejora.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Gestión Proactiva:

2) AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos): Método prospectivo y sistemático para la identificación y prevención de problemas en los procesos, antes de que ocurran.
    a. Pasos:
        i. Seleccionar un proceso de alto riesgo.
        ii. Crear un equipo de trabajo.
        iii. Realiza un diagrama de los procesos.
        iv. Analizar los riesgos.
        v. Definir acciones de mejora y medidas de resultado.
        vi. Analizar y evaluar el nuevo proceso.

3) Buenas Prácticas: su objetivo es la detección de problemas antes de que tengan consecuencias.
    a. Pasos para Guías basadas en evidencia:
        i. Selección de Temas.
        ii. Uso de un panel de expertos.
        iii. Revisión sistemática.
        iv. Formulación de recomendaciones.
        v. Revisión de las partes interesadas.
        vi. Publicación.
        vii. Actualización de las guías cada 5 años.

Los Comités de Seguridad Clínica son grupos organizados en torno a un servicio, cuyo fin es velar por la seguridad de los pacientes, utilizando las herramientas necesarias para el análisis de sus procesos y de los incidentes detectados en su ámbito de actuación.

- Funciones generales:
o Promover la cultura de seguridad del servicio.
o Participar en la implantación de los objetivos de la comisión de seguridad.
o Definir los procesos y actividades de riesgo del servicio.
o Desplegar y coordinar el Plan de seguridad en los servicios.
- Funciones específicas:
o Recibir los registros de incidencias para su análisis.
o Gestionar las incidencias y los planes de acción derivados de ellos.
o Realizar seguimiento de la implantación de las áreas de mejora recomendadas.
o Revisar los procesos desde el análisis de riesgos.
o Comunicar al servicio los incidentes notificados.
o Comunicar al servicio las mejoras implantadas derivadas del análisis de los incidentes.
- Composición: Médico, enfermera, auxiliar, técnico, celador, administrativa, limpiadora y coordinador de seguridad.

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

- Fase de desarrollo del proyecto:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Creación de un “grupo de trabajo” integrado por 5 profesionales, 4 pertenecientes al servicio de Anestesia y Reanimación: Supervisora, Médico, Enfermera y Auxiliar y un profesional de la Unidad de Calidad como metodólogo. El citado grupo haría una selección del incidente a prevenir y del que se va a elaborar el documento de “Buenas Prácticas”, en base a ciertos criterios establecidos como frecuencia del incidente, gravedad etc. Cada uno de los integrantes del grupo tendrá definido su rol en el trabajo de grupo. La periodicidad de las reuniones del grupo será de 1 mes y de una hora máxima de duración en las que el orden del día dependerá de la fase que estén del trabajo: selección de los posibles errores observados durante la práctica diaria, búsqueda bibliográfica de la evidencia científica, puesta en común, diseño del documento de la buena práctica, dificultades, difusión etc. y/o revisando el trabajo realizado para su posterior implementación.

En una Unidad de Anestesia y Reanimación es habitual la administración de medicación intravenosa e inhalatoria de un mismo principio activo. Si se produce un error humano en la administración los efectos adversos producidos al paciente pueden ser graves por lo que he creído relevante realizar un ejemplo de “Buenas Prácticas” sobre este tema.

Para llegar a esto, deberá de haber un periodo de formación previo a los diferentes profesionales sobre búsqueda de evidencia científica y la información y estructura del documento.

- Fase de implementación. Existen 3 niveles:

o Nivel micro individual: desarrollo del proyecto a nivel individual e implementación en una única unidad.

o Nivel meso: desarrollo del proyecto a nivel organizacional.

o Nivel macro: desarrollo del proyecto a nivel de todo el sistema de salud.

Este proyecto tendría un alcance a nivel Meso. En cada organización, teniendo en cuenta la evidencia científica pero también la experiencia personal, se detecta una cierta variabilidad de acuerdo a la propia experiencia. Ya en una misma organización, en cada servicio (y más cuando éstos son Servicios Especiales) se trabaja de diferente manera. Por eso, la evidencia científica, aun siendo la misma, las recomendaciones para minimizar las incidencias al máximo posible, son diferentes en cada organización.

Cada unidad del hospital debería de poner en marcha este proyecto de documento de “Buenas Prácticas” teniendo en cuenta la evidencia científica pero también su práctica diaria. Una vez elaborado el documento consensuado con los profesionales implicados, a través de la Unidad de Calidad, se difundirá el documento al resto de unidades.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Al final del documento, he añadido un ejemplo de cómo quedaría el documento de "Buenas Prácticas" (ver Anexo 1) como ejemplo de Gestión Proactiva. Como Gestión Reactiva, he añadido un ejemplo también, con el mismo tema que el anterior para observar la diferencia, sobre el documento "Alertas" (ver Anexo 2).

EVALUACIÓN

- % de comunicaciones de incidentes o efectos adversos que han sido gestionadas y han dado como resultado documentos de "Buenas Prácticas".

- Encuesta bianual de clima sobre seguridad para evaluar la cultura de Seguridad del Paciente en el servicio de Anestesia y Reanimación (Ver Anexo 3). Utilizando, por ejemplo, el Cuestionario AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). En la primera encuesta que se realice, pretendemos conocer cuál es la cultura de seguridad de pacientes existente entre los profesionales del servicio y, de esta forma, determinar nuestra situación basal identificado las fortalezas y debilidades en la cultura de seguridad que existe en el citado servicio. A los dos años, veríamos en la siguiente encuesta si se ha generado un cambio tras la implantación de la gestión proactiva de "Buenas Prácticas".

- Número de actividades preventivas que detectan un riesgo latente y tratan de evitarlo.

- Número de sesiones de entrenamiento de actuación de los profesionales de Enfermería ante un simulacro de efectos adversos generados en un paciente.

- Número de inspecciones de etiquetado de jeringas realizadas a las distintas zonas donde se prepara la medicación en el servicio.

- Número de reuniones del Comité de Seguridad.

- Número de sesiones formativas, relacionadas con la Seguridad del Paciente, realizadas al personal del servicio.

CONCLUSIONES

- Valoración global del proyecto:

Aunque la Gestión de Enfermería sea liderada por enfermeras, lo ideal sería formar un equipo multidisciplinar a la hora de realizar este proyecto. Como he comentado anteriormente, la "Buena Práctica" nace tanto de la evidencia científica como de la experiencia personal y, además, Enfermería trabaja en equipo con diferentes profesionales complementando su práctica. Esto supone una mejora de la calidad de la atención prestada a nuestros pacientes.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La idea principal es formar un documento visual de una página en la que quede recogida la evidencia más importante y el bien hacer más inmediato de la práctica diaria para enfermería. Aun así, lo ideal más adelante sería realizar un protocolo teniendo en cuenta la esfera no sólo biológica sino también la psicológica, social y espiritual del paciente. El protocolo debiera recoger evidencia científica y experiencia personal de las diferentes disciplinas que componen el cuidado del paciente.

Importancia de trabajar continuamente en la mejora de la Seguridad del Paciente detectar nuevas probabilidades de incidencias en el trabajo diario y a poder ser trabajar la gestión de incidencias de una forma proactiva si rechazar la gestión reactiva. Es decir, los dos sistemas de gestión son perfectamente compatibles.
La matriz DAFO nos ayuda a visualizar como está nuestra organización posicionada en cuanto a las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades en relación a proyectos que vayamos a realizar. A partir de ahí, podemos definir las estrategias de que queremos hacer y cómo lo vamos a llevar a cabo.
Otro aspecto importante es el abordaje multidisciplinar para el desarrollo de este proyecto. Es decir, no sólo se tiene en cuenta la práctica enfermera sino de todos los estamentos implicados en el proyecto.
La importancia de aunar la evidencia científica con la experiencia de la práctica diaria.
Explicitar que los incidentes que ocurren no sólo tienen que ver con el avance tecnológico y la mayor complejidad de los procedimientos asistenciales que se llevan a cabo, sino que el aspecto organizativo es también muy relevante como hemos visto en el caso expuesto de error en administración de un medicamento.
El bajo consumo de recursos necesarios para este proyecto. El recurso fundamental es el recurso tiempo de dedicación de los profesionales que conforman el grupo de trabajo.
Los beneficios que conlleva una gestión proactiva de los incidentes además del objetivo principal de mejorar la Seguridad del Paciente, el hecho de evitar un efecto adverso para el paciente repercute positivamente en otras áreas de la organización como es la económica. Un efecto adverso puede conllevar mayores estancias, procedimientos, incremento de consumo farmacéutico, etc.
Formación a todo profesional implicado en el proyecto sobre la búsqueda de evidencia científica y de la elaboración del documento.

- Contextualización en la Gestión de Enfermería:

Como se ha comentado anteriormente, este proyecto entraría dentro de la Gestión Proactiva de la Enfermería. Con este documento, se trata de prever incidentes antes de que éstos ocurran mediante un análisis previo de los riesgos.
Para la implementación de este proyecto, es necesaria la participación del Comité de Seguridad de la OSI Donostialdea como director o vector para su implementación.

- Dificultades y oportunidades generadas:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En la priorización del DAFO, realizada para generar los diferentes tipos de estrategias que componen el proyecto, he tenido dificultades a la hora de la categorización de los diferentes ítems que componen la matriz. Ejemplo: El incremento de la complejidad clínica de los pacientes y su impacto en la seguridad (Político; Económico; Sociocultural, lo he puesto por descarte; Legal; Tecnológico; Ecológico).

Por otra parte, está la dificultad de desarrollar el proyecto a nivel teórico, y no practico es decir no tener la oportunidad de trabajarlo desde dentro de un grupo de trabajo real. El implicar a profesionales en tareas diferentes a la estrictamente asistencial en ocasiones es difícil. Sin embargo, estos proyectos hay que entenderlos no como un trabajo añadido a la carga de trabajo asistencial si no como una oportunidad, algo que además de incrementar la seguridad del paciente va a hacer que nuestro desempeño profesional sea de mayor calidad, más seguro y facilitador y de un aprendizaje continuo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXOS

- ANEXO 1: Ejemplo de documento de "Buenas Prácticas"; Salbutamol inhalado vs Intravenoso.

EFECTOS ADVERSOS SALBUTAMOL
Alteración del gusto
Irritación de boca y garganta
Ardor de lengua
Temblores leves en manos
Calambres musculares
Mareos
Sudoración
Náuseas
Hiperexcitabilidad
Inquietud
Cefalea
Hipersensibilidad
Taquicardia
Palpitaciones
Tos

SALBUTAMOL INHALATORIO	SALBUTAMOL INTRAVENOSO
1ml = 5mg	1ml = 0.5mg

La dosis inhalada es 5 veces mayor

ANTÍDOTO
Beta-bloqueante cardio-selectivo intravenoso (Esmolol)

Ante un posible error en la administración:

1. Monitorizar con un Electrocardiograma posibles taquicardias y tensión arterial.
2. Monitorización analítica de hipopotasemia, hiperglucemia y acidosis láctica.
    a. Efectos visuales de la acidosis láctica.
        i. Respiración acelerada, dificultad respiratoria.
        ii. Sensación de frío.
        iii. Dolor de estómago, náuseas y vómitos.
3. Observar posible reacción alérgica.
    a. Pitos u opresión en el pecho.
    b. Hinchazón de párpados, cara y/o labios.
    c. Erupción de piel (habones) y/o urticaria.
    d. Sensación repentina de debilidad o mareo con posible pérdida de conciencia.

Cómo evitar el error, correcto etiquetado de la medicación:

1. Todas las jeringas y los frascos o bolsas que contienen medicación deben estar etiquetados correctamente.
2. La existencia de protocolos para el etiquetado de las jeringas, no exime la necesidad de leer atentamente las instrucciones de preparación y administración suministradas por el fabricante.
3. Los medicamentos destinados a diferentes vías de administración se colocarán en lugares diferenciados.
4. Utilizar sistemas de administración o infusión no intercambiables, con conexiones no compatibles para las diferentes vías de administración.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- ANEXO 2: Ejemplo de documento de "Gestión de Incidencias".

Siguiendo con el ejemplo anterior del Salbutamol, un ejemplo sobre cómo es el documento de Incidencias atendiendo a la Gestión Reactiva.

INCIDENTE	Se administra Salbutamol inhalado por vía intravenosa al paciente.
ANÁLISIS / CAUSAS	- Falta de etiquetado de la Jeringa. - Falta de verificación antes de la administración del medicamento al paciente.
ACTUACIÓN INMEDIATA	- Avisar al médico de Guardia. - Monitorización electrocardiográfica. - Observar reacciones del paciente.
PROPUESTA	- Etiquetado de la jeringa con Pegatina amarilla diseñada para medicamentos inhalados. - Administrar la medicación la persona que realiza la preparación.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- ANEXO 3: Cuestionario Cultura de Seguridad AHRQ (Sección A).

1. El personal se apoya mutuamente.	1	2	3	4	5
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	1	2	3	4	5
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	1	2	3	4	5
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	1	2	3	4	5
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	1	2	3	4	5
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	1	2	3	4	5
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	1	2	3	4	5
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	1	2	3	4	5
10. No se producen más fallos por casualidad.	1	2	3	4	5
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	1	2	3	4	5
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	1	2	3	4	5
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	1	2	3	4	5
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	1	2	3	4	5
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5

16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	1	2	3	4	5
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	1	2	3	4	5

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	1	2	3	4	5
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	1	2	3	4	5

salusplay

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- ANEXO 4: Priorización de Matriz DAFO.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

BIBLIOGRAFÍA

1. Bartolomé A, Gómez-Arnau J, et al. El Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR) [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2010 [citado el 18 marzo 2021]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/informesensar.pdf
2. González PE, Fernandez CM. La seguridad como parte de la calidad en Anestesiología: una necesidad de nuestros días. Acta Med Cent. 2012;6(1).
3. Estrategia de Seguridad del Paciente 2020 [Internet]. 1st ed. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2018 [citado el 20 marzo 2021]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/ESTRATEGIA2020_es.pdf
4. Herramienta DAFO [Internet]. DAFO. [citado el 26 marzo 2021]. Disponible en: https://dafo.ipyme.org/Home
5. Osakidetza. Comisión de seguridad clínica y comités de seguridad en servicios. Donostia: OSI Donostialdea; 2013.
6. Osakidetza. Instrucción 2/2018, de 21 de febrero, de la Dirección General de Osakidetza para la adecuada notificación y análisis de los eventos centinela, así como de otros eventos adversos y brotes epidémicos o alertas epidemiológicas en el ámbito de Osakidetza. Departamento de Salud del Gobierno Vasco; 2018.
7. Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente [Internet]. Madrid; 2015 [citado el 22 marzo 2021]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/estrategia_de_seguridad_del_paciente_2015-2020_sermas_rev.pdf
8. Notificación de un incidente de seguridad (profesionales) [Internet]. Gestión de incidentes de seguridad. [citado el 17 marzo 2021]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/notificacion deincidentes/login?accion=inicioProceso
9. Belmar A, Chaparro J. Implementación de Buenas Prácticas en Enfermería: Programa BPSO como herramienta principal. Rev. Med. Clin. Condes. 2018;(29(3):311-321.
10. Flujo de la gestión de incidencias [Internet]. CEUPE magazine. [citado el 16 marzo 2021]. Disponible en: https://www.ceupe.com/blog/flujo-de-la-gestion-de-incidencias.html
11. Sanz E. Guía útil: Gestión de incidencias en 5 pasos [Internet]. Consultores documentales. 2008 [citado el 16 marzo 2021]. Disponible en: https://sorprendemos.com/consultoresdocumentales/?p=2285
12. Recomendaciones para el etiquetado de los medicamentos inyectables que se administran en Anestesia [Internet]. España: Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia (SENSAR); 2011 [citado el 28 marzo 2021]. Disponible en: http://www.ismp-espana.org/ficheros/Recomendaciones%20ETIQUETADO%20Enero%202011.pdf

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

13. Prospecto Ventolín 0,5 mg/ml solución inyectable [Internet]. CIMA. 2021 [citado el 6 abril 2021]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/55148/P_55148.html
14. Caso clínico: Error administración Atropina/Salbutamol nebulizada/o por vía intravenosa [Internet]. Farmacia hospitalaria. 2012 [citado el 6 abril 2021]. Disponible en: http://Caso clínico: Error administración Atropina/Salbutamol nebulizada/o por vía intravenosa
15. Vademecum. 2016. Salbutamol inhalatorio. [online] Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-salbutamol+inhalatorio-r03ac02> [Citado el 6 abril 2021].
16. Gascón, J. and Saturno, P., n.d. Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. [ebook] Gobierno de España. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/bacteriemiaZero/Anexo_6_Cuestionario_de_cultura_de_seguridad_xAHRQx.pdf> [Citado el 25 abril 2021].

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 4: PROYECTO DE INNOVACIÓN DOCENTE: INTEGRACIÓN DE LAS TAXONOMÍAS ENFERMERAS EN LA DOCENCIA UNIVERSITARIA

AUTORÍA: LORENA LOURDES TEJERO VIDAL

Resumen

Nuestra historia como profesión se ha desarrollado desde sus orígenes intentando definir cuál es el objeto de nuestros cuidados y cómo se llevan a cabo. En las últimas décadas, se ha desarrollado un amplio conocimiento sobre la metodología enfermera y los lenguajes estandarizados que nos permiten el comunicarnos entre los propios profesionales. A pesar que en la actualidad, el lenguaje normalizado NANDA-I es el más utilizado, no es el único.

El objetivo del proyecto es el de conocer el grado de concordancia terminológica entre las taxonomías NANDA-NOC-NIC y las etiquetas diagnósticas del lenguaje normalizado ATIC.

La metodología utilizada es la de un estudio descriptivo, transversal fundamentado en la concordancia o equivalencia semántica entre dos lenguajes estandarizados: NNN y ATIC. Para llevar a cabo el proyecto se elaborará un plan de cuidados individualizado utilizando las diferentes taxonomías enfermeras, bibliografía de referencia y plataformas informáticas (NNNConsult y GACELA care®). El análisis de los resultados se

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

llevará a cabo mediante el uso de rúbricas de metacognición, de análisis de trabajo colaborativo y de satisfacción de resultados de conocimientos adquiridos.

Las conclusiones del proyecto pasan por entender que independientemente de la etiqueta terminológica que los profesionales utilicen en la práctica diaria, los resultados en cuanto a calidad asistencial deben ser similares. Los profesionales de enfermería tienen como objeto central el cuidar y hacerlo tendiendo hacia la excelencia de los cuidados.

Palabras clave: NANDA, NOC, NIC, ATIC, Lenguaje enfermero estandarizado, diagnóstico enfermeros.

ABSTRACT

Our history as a profession has developed from its origins trying to define what is the object of our care and how it is carried out. In the last decades, a wide knowledge has been developed about the nursing methodology and the standardized that allow us to communicate among the professionals themselves. Although at present, the standardized NANDA-I language is the most widely used, it is not the only one.

The objective of the project is to know the degree of terminological agreement between the NANDA-NOC-NIC taxonomies and the diagnostic labels of the ATIC standardized language.

The methodology used is that of a descriptive, cross-sectional study based on the concordance or semantic equivalence between two standardized languages: NNN and ATIC. To carry out the project, an individualized care plan will be developed using the different nursing taxonomies, reference bibliography and computer platforms (NNNConsult and GACELA care®). The analysis of the results will be carried out through the use of metacognition rubrics, collaborative work analysis and satisfaction of the results of acquired knowledge.

The conclusions of the project come from understanding that regardless of the terminology label that professionals use in daily practice, the results in terms of quality of care should be similar. Nursing professionals have as a central object caring and doing so tending towards excellence in care.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Keywords: NANDA, NOC, NIC, Standardized nursgin language, Nursing diagnosis

INTRODUCCIÓN

Los fenómenos que son objeto de cuidados en la enfermería deben ser estudiados y analizados desde una teoría de la complejidad, donde los fenómenos no son meras yuxtaposiciones, sino que presentan fuertes interacciones entre ellos. Para ello, es necesario disponer de modelos conceptuales que nos ayuden a entender esa complejidad y abstracción de los mismos. Situación extrapolable también al momento en el que se inicia el proceso de atención de enfermería. (1–3)

Actualmente, en la disciplina enfermera existen diferentes niveles de abstracción, estándares institucionales y lenguajes para los diagnósticos, resultados e intervenciones que constituyen la globalidad de los cuidados enfermero de manera holística y que forman parte de sus competencias profesionales.(4,5)

Generar una corriente de pensamiento enfermero que tenga en cuenta el lenguaje enfermero no sirve de nada si no se ve su aplicabilidad en la asistencia diaria., y sin que los propios profesionales sean conscientes de que son observadores principales del significado que dan las personas a todo lo relacionado con su proceso de cuidado de la salud.(1,6) Esta corriente de reflexión teórica sobre cómo se prestan los cuidados de manera holística y cómo se incorpora esta reflexión en los registros, no es ni mucho menos nueva para la profesión sino que los enfermeros españoles ya llevan desde el siglo XVI utilizándola.(7)

Para fundamentar todo este conocimiento es necesario no sólo disponer de un lenguaje común y entendible por todos los profesionales, sino que también disponer de representaciones de las distintas formas de llevar a cabo todo el proceso de cuidar por parte de las enfermeras. (6)

La terminología enfermera: ¿qué es?

Como señalaba Villeneuve (2016), “el lenguaje es el cimiento de la civilización, lo que une los pueblos”, ya que permite que nos comuniquemos. La profesión enfermera lleva tiempo construyendo sus propios lenguajes con el objeto de ayudar en la visibilización de su trabajo hacia la sociedad. (1)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Los lenguajes enfermeros nacieron como una forma de representar el cuidado profesional, y ofrecen la posibilidad de dibujar la realidad del cuidado más allá de los propios registros que aportan, además de aportar un sistema de información objetivo que permita construir el conocimiento propio de la profesión. Aportando pues, una información que sea entendible por todos los participantes del proceso de cuidado, como código común, con el objetivo final de conseguir una continuidad de los mismos. (1,8–10)

La estandarización de los mismos va más allá de la práctica clínica diaria, y engloba la propia docencia pre y postgrado e incluso la gestión de los cuidados.(11)

Las terminologías enfermeras han incrementado su visibilización en las publicaciones científicas en las últimas dos décadas, fruto también de su integración en plataformas informáticas que facilitan su uso en la práctica clínica diaria.(1)

Existe un conjunto de normativas que aglutinan la necesidad de disponer de una forma de actuación estandarizada de los profesionales de enfermería. La primera de las cuales es la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias, que en su artículo 7.2 determina que "las enfermeras graduadas son responsables de sus actuaciones, evaluaciones y provisión de cuidados de enfermería". Lo que las autoriza para manejar un plan de cuidados individualizado del cual son responsables y que deben desarrollar utilizando un método científico. (11) El Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, determina el conjunto mínimo de datos que deben tener los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Norma que establece en su anexo VII que los diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones deben estar identificados y descritos con taxonomía NANDA-NOC- NIC (6,12,13)

Desde la década de los setenta, han ido surgiendo más de una docena de lenguajes normalizados y reconocidos internacionales por la American Nurse Association (ANA) entre los que se encuentran: OMAHA system, NANDA-II, NOC, NIC, CIPE (International Classification of Nursing Practice), CCC (Clinical Care Classification), Perioperative Nursing Data Set (PNDS) y ATIC.(3,8,14–20)

El despliegue de estos lenguajes estandarizados en nuestro país, ha ido en paralelo a la implementación de la historia clínica electrónica que ha permitido el armonizar lenguajes, acercarlos a los profesionales y ajustarlos a sus necesidades.(18,21–23)

La posibilidad de estandarizar unos cuidados a partir de unos lenguajes comunes y conocidos por la totalidad de los miembros de la disciplina permite asegurar el

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

intercambio de información, su entendimiento, y por ende, la continuidad de los cuidados. Permitiéndonos, por tanto, gestionar la diversidad de situaciones que se presentan en todo el proceso de cuidados, independientemente del lenguaje utilizado y de una manera holística. (8,14,15,18,20,24–27)

Un aspecto que se debe tener en cuenta a la hora de fomentar el uso de una terminología estandarizada y sistematizada, es el que permite una mejor gestión del conocimiento ya que se identifica el capital humano necesario para llevar a cabo cada una de las acciones, el capital estructural requerido para la explotación de los datos finales obtenidos (sistemas de información y comunicación), y el capital relacional que se produce por el simple hecho de que los cuidados se llevan a cabo entre dos personas (alianzas, colaboraciones,…).(24,28)

Otro aspecto que los pone de actualidad y les da un peso importante en la calidad asistencial que se presta a las personas por parte del colectivo enfermero, es que se han mostrado útiles como indicadores de proceso de prestación de cuidados, así como de los resultados finales en la atención sanitaria; además de fomentar un rol autónomo profesional. (6,21,23,29)

Las taxonomías enfermeras se iniciaron en 1973 con la fundación de la organización NANDA Internacional, que posteriormente derivó en el desarrollo de unos diagnósticos de enfermería focalizados en las respuestas de las personas ante los problemas de salud que presentaban. (6,30)

En la actualidad, la mayoría de los lenguajes enfermeros que conocemos no tienen una interconexión entre ellos, a excepción de NANDA, NOC y NIC. Pero existe una propuesta de análisis llevada a cabo por la Dra. Eulália Jové que propone una comparación entre las etiquetas diagnósticas de NANDA y las de ATIC para facilitar su compresión y aplicabilidad.(17)

En su globalidad, todo el proceso de atención enfermera constituye una responsabilidad por parte del profesional, siendo éste una actividad intelectual, deliberada y que requiere de un pensamiento crítico por parte de los profesionales; por ello resulta básico el poder desarrollar competencias que los ayuden a focalizar ese proceso (tanto interpersonales como de trabajo en equipo), utilizando para ello, técnicas deductivas de triangulación taxonómica.(6,31–33) Situación que se ha puesto en primera línea de la profesión con la pandemia del COVID-19 en la que la enfermería tiene un rol protagónico para ofrecer cuidados individualizados. (3,8,18,34–38) Proceso de enfermería entendido

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

como “el método sistematizado de brindar cuidados humanistas, centrado en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente”, tal como señala R. Alfaro. (2,39)

Su concepción ha evolucionado hacia una mayor conceptualización de todo el proceso enfermero como de la estandarización de los cuidados, se enmarcar en un nuevo paradigma de medición de resultados fomentado por la gestión sanitaria actual, con un interés especial por poner en el centro a la persona cuidada. Aspecto que se ha denominado en los últimos tiempos, como la tercera generación del proceso enfermero. (6,33)

Lenguajes enfermeros utilizados en Cataluña

El lenguaje del cuidado, el lenguaje enfermero, ha ido cambiando a lo largo de nuestra historia como profesión, del mismo modo que han ido cambiando nuestro desarrollo técnico y científico; evolucionando desde un lenguaje natural que hacía referencia a los aspectos más físicos de la persona, hacia un lenguaje más elaborado, focalizado a las respuestas humanas y que respondiera a la necesidad de representar el conocimiento propio de la enfermería. (40)

Un diagnóstico se definía ya en la década de los setenta como “una fórmula provisional designada para la acción” pero que tiene importantes dificultades para llegar a esa certeza diagnóstica. Según algunos estudios, se constituye como el eje central del proceso de atención de enfermería, si bien, la fase diagnóstica la primera sobre la que aparecieron propuestas de lenguajes estandarizados.(17,41,42) Además, constituyen una herramienta muy útil para la investigación enfermera y especialmente, si van acompañados de herramientas electrónicas que permitan su explotación. (43,44)

De las terminologías con un uso más prevalentes están NANDA-NOC-NIC, y que en Cataluña también han tenido un gran impacto durante varias décadas, y que han requerido de un proceso frágil de aplicación junto con una impregnación cultural de la necesidad de disponer de herramientas para estimular el pensamiento crítico en la profesión.(2,22,45)

La taxonomía NANDA-I 2021-2023 cuenta actualmente con 267 diagnósticos, 46 de los cuales son de nueva incorporación estructurados en dominios y clases. Cada etiqueta diagnóstica cuenta con su definición, factores relacionados y características definitorias que forman parte de la estructura PES de su desarrollo escrito. Esta nueva edición

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

incorpora nuevos criterios de evidencia que incluyen: la generación del concepto, el soporte teórico y el soporte clínico.(11,30,46–48)

Tabla 1. Niveles de evidencia científica de la taxonomía NANDA-I 2021-2023.

Nuevos niveles de evidencia científica de la clasificación de NANDA-I	
Generación de concepto	**Nivel 1. Propuesta recibida por el Comité de Desarrollo Diagnóstico para su desarrollo**
	1.1. Solo etiqueta
	1.2. Etiqueta y definición
	1.3. Componentes diagnósticos y sus relaciones con los resultados e intervenciones
Soporte teórico	**Nivel 2. Inclusión en la terminología y pruebas clínicas**
	2.1. Validez de concepto
	2.1.1. Validez conceptual de los elementos
	2.1.2. Validez causal teórica
	2.1.3. Validez terminológica
	2.2. Validez de contenido diagnóstico
	2.2.1. Validez de contenido diagnóstico
	2.2.2. Validez potencial del contenido diagnóstico
	2.2.3. Validez avanzada del contenido diagnóstico
	2.2.4. Validez consolidada del contenido diagnóstico
Soporte clínico	2.3. Validez clínica
	Bloque 1: Identificación de poblaciones en las cuales el diagnóstico puede ser aplicado
	2.3.1. Validez cualitativa
	2.3.2. Validez demográfica
	Bloque 2: Utilidad de las características definitorias para los propósitos clínicos
	2.3.3. Validez clínica de constructo
	2.3.4. Validez selectiva
	2.3.5. Validez discriminante
	2.3.6. Validez pronóstica
	2.3.7. Validez generalizada de las características definitorias
	Bloque 3: Identificación de factores relacionados/de riesgo, poblaciones en riesgo y condiciones asociadas
	2.3.8. Validez causal específica del diagnóstico
	2.3.9. Validez causal de la variable de exposición
	2.3.10. Validez generalizada del factor relacionado/de riesgo

Fuente: Extraído de http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2021/03/niveles-de-evidencia-cientifica- en.html

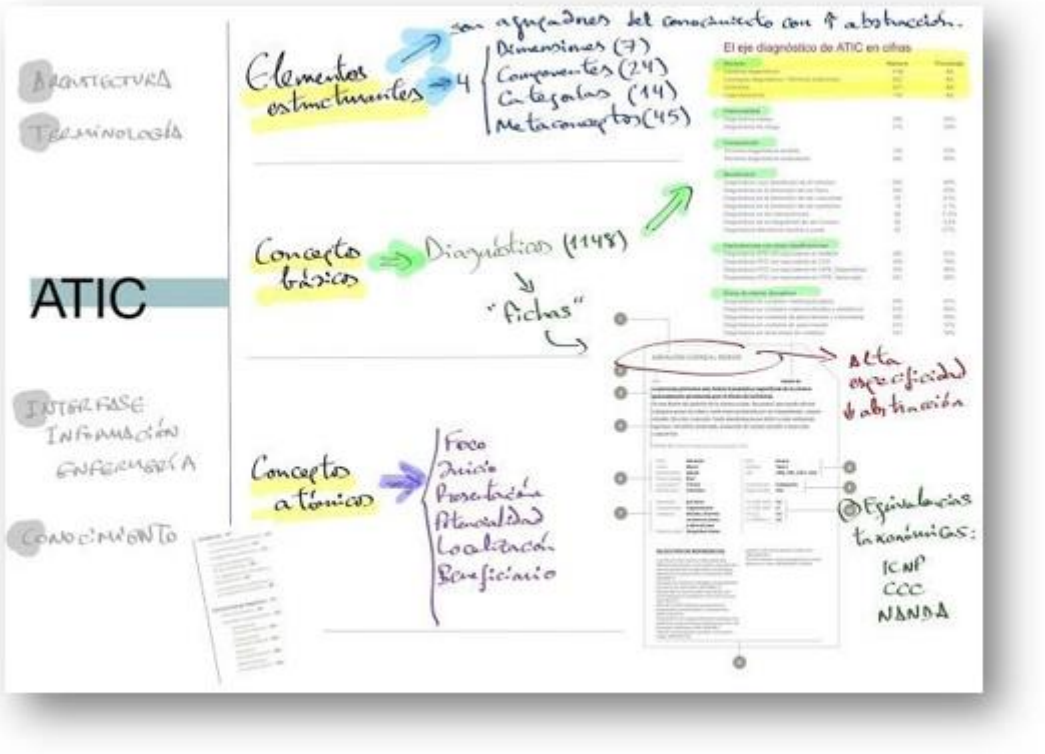
En la última década, también se ha introducido una terminología de interfase conocida como ATIC. Terminología multiaxial que se acerca al lenguaje natural de la profesión que busca una orientación muy práctica de la resolución de los problemas. Este lenguaje se compone de representaciones lingüísticas a través de términos, así como, conceptos a través de etiquetas diagnósticas y definiciones. (1,18,49–51)

ATIC es el acrónimo de: Arquitectura, Terminología, Interfase (Información) y Enfermera-Conocimiento; que como señala la propia autora tiene el objetivo de “crear una terminología expresiva y flexible, de fácil uso para los usuarios del proceso de prestación de cuidados, para facilitar la expresión y registro de sus valoraciones”. (18,21,23,51–54)

Desde este lenguaje, uno de los conceptos nucleares del metaparadigma enfermero descrito por Fawcett, que es la conceptualización de la persona, se estructura como un ser físico, consciente y autónomo; además, esta taxonomía permite a los profesionales el discriminar más fácilmente el diagnóstico principal, tal como señala su creadora, por tratarse de términos con un mayor grado de usabilidad, seguridad clínica y satisfacción entre las enfermeras. (29,50,55)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Ilustración 1. Infografía de la taxonomía ATIC.



Fuente: Extraído de http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2016/12/la-terminologia-atic-eje-diagnostico.html.

En Cataluña, esta taxonomía ha venido implementándose a través de una plataforma informática como es el GACELA care® , complementado con la elaboración de un Programa de Armonización de los Cuidados denominado ARES- AP.(56) Programa que tiene como objetivo el estandarizar los cuidados enfermeros más prevalentes que atienden los profesionales de enfermería de atención primaria, junto con la mejora en los registros de las historias clínicas en este nivel asistencial.(57)

El programa ARES-AP implantado desde 2017 en la atención primaria, permite dar visibilidad a la actividad desarrollada por la enfermería en ese nivel, "trabajando de forma más segura, equitativa e uniforme posible, basada en las últimas pruebas científicas disponibles […] disminuyendo la variabilidad, unificando la forma de registrar y generando conocimiento".(57,58)

Objetivo general

Conocer el grado de concordancia terminológica entre las taxonomías NANDA- NOC-NIC y las etiquetas diagnósticas del lenguaje normalizado ATIC.

Objetivos específicos

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Conocer diferentes taxonomías enfermeras por parte de los alumnos de primero del Grado en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Lleida.

- Alinear el conocimiento sobre taxonomía enfermera con la práctica clínica diaria que se está produciendo en la Comunidad Catalana.

- Desarrollar mecanismos de interrelación entre dos taxonomías enfermera para valorar sus equivalencias en la práctica diaria. Justificación y contextualización del proyecto

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROYECTO

Resulta interesante el poder llevar a cabo un mapeo de los dos lenguajes a estudio para que los estudiantes puedan ver las correlaciones entre ellos. Históricamente, el desarrollo del proceso de atención de enfermería se ha acompañado mayormente, de la implantación progresiva en los los centros públicos de la clasificación internacional de diagnósticos de enfermería NANDA publicada por primera vez en la década de los años 70.

A pesar de ello, la importación de esta taxonomía, y en el caso de Cataluña, del ATIC, ha supuesto una implantación muy desigual; quizás por los propios problemas de los profesionales en registrar de forma clara, concisa y consciente todo el proceso de enfermería.

Este proyecto se enmarca en los estudios de primer curso de Grado de Enfermería, más concretamente dentro de la asignatura de Fundamentos teóricos y metodológicos con una doble finalidad. La primera es introducir al estudiante en la profesión / disciplina enfermera desde el acompañamiento por un tutor referente que le permita ir descubriendo la complejidad del cuidar desde una visión antropológica y un posicionamiento epistemológico orientado a la construcción de la profesión; y la segunda es potenciar el pensamiento crítico y reflexivo dentro de la profesión enfermera a través de un enfoque interdisciplinar.

Todo ello, con la finalidad de dar la importancia a los lenguajes estandarizados que dispone la profesión para poder proporcionar unos cuidados enfermeros de calidad,

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

facilitando la comunicación entre los profesionales, empoderándolos y fomentando su rol autónomo y de investigación.

Análisis de las necesidades

Para iniciar el proyecto, se ha llevado a cabo un análisis DAFO de las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades que se pueden producir a lo largo de su implementación y que ha permitido guiar más el diseño del mismo.

Tabla 2. Análisis DAFO del proyecto.

ANÁLISIS DAFO	
Debilidades	**Amenazas**
• Desconocimiento de alguna de las taxonomías • Falta de tiempo • Carga de trabajo • Personal de nueva incorporación • Alta rotación del personal docente	• Falta de apoyo de la organización • Visión negativa de parte de la profesión hacia los lenguajes • La pandemia, que ha paralizado proyectos de investigación • Poca claridad del lenguaje utilizado
Fortalezas	**Oportunidades**
• Fuente de conocimientos para futuras investigaciones • Existencia de plataformas informáticas que vinculan las taxonomías	• Mejora en la comunicación • Difusión del nuevo conocimiento generado • Incorporación de las taxonomías en proyectos del grupo GRECs

Fuente: Elaboración propia.

De dicho análisis, se deducen que las acciones de mejora deben ir encaminadas hacia: aumentar el conocimiento de las taxonomías, fomentar una cultura de la excelencia mediante el trabajo basado en evidencia, conocimientos de las TICs y la importancia de la comunicación en la práctica diaria.

Diseño del proyecto

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Metodología utilizada para el proyecto

Se trata de un estudio descriptivo, transversal fundamentado en la concordancia o equivalencia semántica entre dos lenguajes estandarizados: NNN y ATIC.

Ámbito de proyecto

El ámbito del proyecto es la Facultad de Enfermería y Fisioterapia (FIF) de la Universidad de Lleida, y más concretamente, el Departamento de Enfermería de la misma facultad.
Tipo de proyecto

Se trata de un proyecto de tipo cuantitativo analítico observacional y transversal.

Población incluida en el proyecto

La población incluida en el proyecto serán los alumnos de nueva incorporación al Grado en Enfermería que se imparte en la FIF, matriculados en el primer curso y en la asignatura de Fundamentos teóricos y metodológicos de la enfermería.

Criterios de inclusión

Todos los alumnos matriculados en la asignatura serán incluidos en el proyecto.

Criterios de exclusión

Los alumnos adheridos a la evaluación única serán excluidos por no llevar a cabo parte de las actividades planificadas a lo largo de la asignatura.

Periodo del proyecto

El proyecto se desarrollará durante el curso académico 2021/2022.

Instrumentos de recogida de evidencias

Para la recogida de evidencias del proyecto se han elaborado una serie de rúbricas que se describen del siguiente modo:

- Escala de autoevaluación de metacognición, a cumplimentar por parte de los alumnos para evaluar el grado de satisfacción a cerca de los conocimientos adquiridos. Cumplimentación individual. (Tabla 4)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Rúbrica para la evaluación de los resultados finales obtenidos por parte de los alumnos introducida en el campus virtual. Cumplimentación individual. (Tabla 5)
- Rúbrica de trabajo colaborativo en el que se solicita la coevaluación por parte de los alumnos para con el resto del grupo de trabajo. Cumplimentación individual. (Tabla 6)

Recogida de los datos

La recogida de los datos se llevará a cabo mediante una rúbrica incluida en el campus virtual de la Universidad de Lleida para la asignatura en cuestión. La rúbrica se activará en el momento que se inicie la actividad, permitirá su exploración de los datos, y por tanto, su posterior análisis cuantitativo.

Análisis de los datos

Los datos serán recogidos en un documento Excel que permitirá la recopilación, el cruce de variables y la elaboración del informe final de resultados, para la extracción de los puntos de mejora para el siguiente curso académico.
Desarrollo de la implementación

Fase de planificación

Intervención a desarrollar

Durante 4 seminarios que forman parte de la asignatura Fundamentos metodológicos de los cuidados de enfermería del primer semestre de primero del Grado en Enfermería, se distribuirán a los 90 alumnos en grupos mediados (30 alumnos) que desarrollarán un plan de cuidados de un paciente con neumonía por COVID-19. El plan de cuidados, lo desarrollarán paralelamente utilizando dos taxonomías enfermeras: NNN y ATIC.

Para desarrollar el plan de cuidados con taxonomía NNN, contarán con la plataforma de uso gratuito en la Universidad de Lleida, NNNConsult y una ficha elaborada por la docente en la que podrán ir incluyendo diagnósticos, objetivos e intervenciones que surjan de la valoración del caso clínico.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Tabla 3. Plantilla para la elaboración de planes de cuidados estandarizados mediante taxonomía NNN.

Fuente: Elaboración propia.

Fuente: Elaboración propia.

Para el desarrollo del plan de cuidados mediante taxonomía ATIC contarán con un acceso formativo a la plataforma GACELA care®, así como la posibilidad de consulta de las etiquetas diagnósticas a través del libro "ATIC Eje diagnóstico" de la Dra. Eulalia Juvé..

Para la elaboración de los planes de cuidados, a los alumnos se les facilitará referencias bibliográficas sobre la enfermedad, así como, de la metodología enfermera, que los ayuden a configurar su pensamiento crítico.(35,39,59–61)

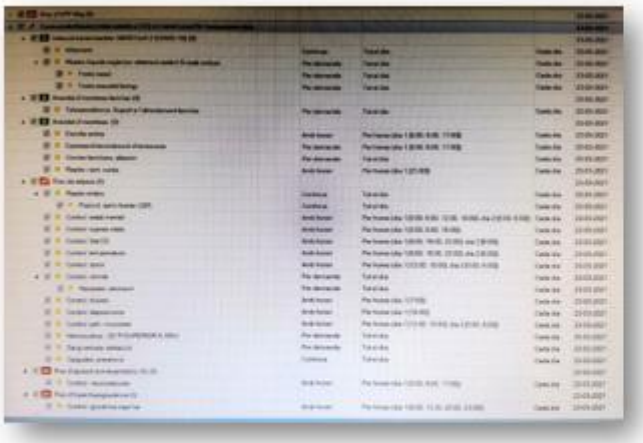
Ilustración 2. Uso del libro ATIC Eje diagnóstico por parte de los alumnos junto con la plataforma GACELA Care®

Fuente: Extraído de http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2016/12/la-terminologia-atic-eje-diagnostico.html.

El documento final, será presentado al final de los cuatro seminarios y defendido por uno de los miembros del equipo de trabajo, presentando las conclusiones sobre el uso e interrelación entres las dos taxonomías enfermeras.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Ilustración 3. Plan de cuidados paciente con neumonía por SARS-COV2 con taxonomía ATIC.



Fuente: Fotografía extraída de un plan de cuidados paciente con infección COVID-19 elaborado mediante la plataforma informática GACELA care®. Imagen anonimizada.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Los recursos humanos que se utilizarán para el proyecto son: los dos docentes de la asignatura (uno en el Campus de Lleida y el otro en el Campus de Igualada), así como todos los alumnos matriculados en la misma (de los dos campus, que suponen un total de 120 alumnos por cada curso académico).

En cuanto a los recursos materiales utilizados serán las aulas facilitadas por la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Lleida habilitadas para la docencia de la asignatura, así como, todo el material fungible de tipo tecnológico con el que cuentan cada una de las aulas.

HERRAMIENTAS A UTILIZAR

El campus virtual de la Universidad será el mecanismo de comunicación externa con los alumnos, y el medio de trabajo del propio grupo de seminarios.

Para llevar a cabo el plan de cuidados mediante la taxonomía NANDA-NOC-NIC, se utilizará la plataforma NNN Consult para la interrelación de dichos lenguajes, y que es de acceso gratuito para los alumnos de la Universidad de Lleida.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Ilustración 4. Carátula de la plataforma NNNConsult para la vinculación de lenguajes NANDA-NOC-NIC

Fuente: Fotografía extraída de la página web de la plataforma.

Para trabajar con el lenguaje ATIC, se contará con el libro "ATIC. Eje diagnóstico", que en sus primeros capítulos ya establece interrelaciones y comparaciones entre etiquetas diagnósticas ATIC-NANDA.

Fase de ejecución

Curso académico 2021/2022, 1r semestre del Grado en Enfermería.

Fase de análisis y difusión de los resultados

Los datos obtenidos tras esta primera fase del proyecto, serán analizados durante el segundo semestre de dicho curso académico, y se extraerán los puntos de mejora para la planificación del siguiente año.

Los resultados serán utilizados para la elaboración de "papers" y comunicaciones en congresos y jornadas relativas a la innovación docente, así como de lenguajes enfermeros, que servirán de reporting, tanto a los propios investigadores del proyecto, como al equipo directivo del Deganato.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Plan de sostenibilidad

El plan de sostenibilidad de dicho proyecto de innovación docente se fundamenta en los propios procesos de enseñanza-aprendizaje que ayudan a adquirir competencias básicas de la profesión. (62)

El objetivo que se plantea con este proyecto, es el de mejorar la propia calidad de la formación que se transmite a los discentes, como mecanismo para que desarrollen un pensamiento crítico continuista en el resto de asignaturas del Grado. Para ello, se llevará a cabo formación específica sobre lenguajes enfermeros a los docentes de las asignaturas de Adulto, Geriatría, Pediatría y Salud Mental, así como de los tutores de prácticas clínicas. Formación que se planificará durante el segundo semestre del curso 21/22, para ser incluida en el Plan de Formación de la Facultad, el curso 22/23. Evaluación

La evaluación se llevará a cabo mediante diferentes rúbricas que los docentes han elaborado y validado durante el curso académico 20/21.

El valor que aporta cada una de las rúbricas al total de la nota de la actividad, se distribuyen de manera equitativa; es decir, cada una de ellas supondrá un total del 33% de la actividad.

La primera rúbrica consta de una escala de metacognición que cumplimentará cada uno de los alumnos y en la que se pretende conoce el grado de satisfacción y de mejora de contenidos de los discentes. Consta de 33 ítems evaluados mediante una escala cualitativa con tres valores.

Dicha escala se le facilitará a los alumnos a través del campus virtual y deberán retornarla cumplimentada a través del mismo medio de comunicación. Será requisito indispensable el haberla retornado para la evaluación de la actividad

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

INSTRUMENTO DE METACOGNICIÓN

Estimado (a) estudiante: Con el objeto de apoyarte para que mejores tus aprendizajes, a continuación, te presentamos un conjunto de afirmaciones que te solicitamos encarecidamente respondas completo en la forma más honesta posible. Por favor, marca con una X la respuesta que más se aproxime a lo que tú piensas o haces

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Es bueno descomponer un problema en problemas más pequeños para resolverlo			
2. Yo pienso en diversas maneras para resolver un problema y luego escojo la mejor			
3. Yo imagino el problema para decidir cómo resolverlo			
4. Yo decido lo que necesito hacer antes de comenzar una tarea			
5. Sé qué pasos debo seguir para resolver un problema			
6. Voy revisando los objetivos para saber si los estoy logrando			
7. Lo que aprendo me debe servir para comprender otras cosas			
8. Sé que aprendí cuando puedo explicar otros hechos			
9. Me puedo dar cuenta que no aprendí			
10. Cuando voy a comenzar una tarea me pregunto qué quiero lograr			
11. Me propongo objetivos con cada tarea			

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

12. Me pregunto si lo estoy haciendo bien
13. Controlo el tiempo para saber si terminaré todo mi trabajo en clases
14. Cuando termina la clase me pregunto si pude poner atención a lo importante
15. Para comprender más, leo y vuelvo a leer
16. Yo necesito leer más lento cuando el texto es difícil
17. Yo creo que es bueno diseñar un plan antes de comenzar a resolver una tarea
18. Cuando no sé lo que significa una palabra la paso por alto
19. Me siento más seguro(a) si planifico algo antes de hacerlo
20. Para mí es difícil poner atención en clases
21. A mí me resulta más difícil que a mis compañeros aprender matemáticas
22. Yo sé que mi memoria es frágil por lo que se me olvidan algunas cosas
23. Me distraigo con facilidad en clases
24. Si aprendo de memoria se me olvida fácilmente
25. Me molesta no entender en la clase
26. Cuando tengo un error me gusta saber cuál es
27. No me gusta quedar con dudas en una clase
28. Cuando me saco una mala nota trato de mejorarla después
29. Yo confío en lo que soy capaz de aprender
30. Yo me preocupo de saber si aprendí
31. Yo subrayo porque así aprendo más fácilmente
32. A mí se me hace más fácil recordar subrayando
33. Si no entiendo algo prefiero preguntarle a mis compañeros

Fuente: Elaboración por parte de las docentes de la asignatura de Fundamentos Metodológicos de los Cuidados de Enfermería Curso 20/21 dentro del Proyecto de Innovación docente de la asignatura.

La siguiente rúbrica que estará incluida en el propio campus virtual de la asignatura constará de una evaluación de resultados por parte de los propios alumnos. También será un requisito indispensable para la propia evaluación de la actividad

Tabla 5. Rúbrica para la evaluación de los resultados finales obtenidos por parte de los alumnos introducida en el campus virtual.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Y el último mecanismo de evaluación de la actividad constará de una rúbrica para la valoración del trabajo colaborativo de los alumnos dentro de los grupos de seminarios. Al igual que las anteriores, constituirá un requisito indispensable para la evaluación de la actividad.

Tabla 6. Rúbrica de trabajo colaborativo en el que se solicita la coevaluación por parte de los alumnos.

Fuente: Elaboración por parte de las docentes de la asignatura de Fundamentos Metodológicos de los Cuidados de Enfermería Curso 20/21 dentro del Proyecto de Innovación docente de la asignatura.

CONCLUSIONES

El conocimiento de los diferentes lenguajes enfermeros por parte de los profesionales de enfermería se ha mostrado a lo largo de los últimos años con una implantación y aceptación bastante desigual. En muchas ocasiones, por el propio desconocimiento de la importancia que tienen para la evaluación de los resultados de los cuidados, especialmente, por parte de nuestros gestores.

Su grado de aceptación y uso debería ser mayor, ya que permiten disminuir la variabilidad clínica, mejorar la calidad asistencial que ofrecemos como profesionales, así como, visualizar nuestro rol autónomo dentro de la propia actividad asistencial. No se debe olvidar, que también suponen un gran banco de datos para futuras investigaciones basadas en una práctica clínica que se sustenta en la evidencia del momento.

Resulta evidente que, cuanto más y mejor se utilicen los lenguajes estandarizados mejor serán los registros de los cuidados y por ende, de la calidad de cuidados que proporcionamos.

Su uso en el desarrollo de unos cuidados individualizados fomenta la empatía por parte de los profesionales hacia las personas a las cuales ponen en el centro de su actividad asistencial.

Es por ello, que es necesario que nuestros alumnos de pregrado lleguen a desarrollar un proceso reflexivo que les enfoque hacia el pensamiento crítico aplicable en su práctica asistencial, independientemente del lenguaje utilizado.

Las dificultades y limitaciones que tiene el propio proyecto vienen dadas por el desconocimiento de parte de los lenguajes estandarizados que existen hasta el momento, y también, por la consideración por gran parte de la profesión, de un requisito innecesario en nuestro día a día como profesionales

BIBLIOGRAFÍA

1. Brito Brito PR. El diagnóstico enfermero. Fundamentos desde el lenguaje de la cuidadología. ENE enf. Madrid; 2020.

2. Arranz Alonso S. Modelos conceptuales, metodología, lenguaje estandarizado y su relación con el asociacionismo científico en enfermería. Universidad Complutense de Madrid; 2015.

3. Francisco del Rey J. De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional. Universidad de Alcalá; 2008.

4. Guerrero Castañeda R, Chávez Urías R. Momento de cuidado, un encuentro fenomenológico entre enfermera y persona cuidada: reflexión en Watson. Cult Cuid. 2020;24(58).

5. Torres Quintana A. Filosofía del cuidado enfermero a través de los colores. Rev Ene Enfermería [Internet]. 2020;14(1). Available from: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1058

6. Pérez Rivas F. Evaluación de la utilización de la metodología de enfermería en atención primaria y su repercusión en los indicadores de resultados en salud de la población. Universidad Complutense de Madrid; 2014.

7. García Martínez M, García Martínez A. Precedentes de los diagnósticos enfermeros en los hospitales españoles del siglo XVII. In: AENTDE, editor. Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad Ponencias y Comunicaciones. Sevilla; 2014. p. 398–406.

8. González Aguña A. El conocimiento del cuidado a través del lenguaje estandarizado: una historia de realidades construidas. Rev Ene Enfermería [Internet]. 2019;13(4). Available from: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1076

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

9. Brito Brito PR. ¿Qué aporta el lenguaje enfermero estandarizado a la salud de las personas? [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 18]. Available from: http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2020/10/que-aporta-el-lenguaje-enfermero.html

10. González Aguña A, Santamaría García J. Los límites del lenguaje y su implicación sobre los límites del cuidado: a propósito de Wittgenstein y la Enfermería. Rev Ene Enfermería [Internet]. 2018;12(2). Available from: http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/823

11. Alcade Parcés P, Vera Remartínez E. Scientific method and standardized nursing language. Rev Esp Sanid Penit. 2014;16:1–2. 12. Agencia Estatal Boletión Oficial del Estado. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. BOE. 2010 [cited 2021 Apr 3]. p. 78742–67. Available from: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-14199

13. Martínez I. Lenguaje enfermero para mejorar la calidad de los cuidados que se proporcionan a los pacientes. Diario Enfermero. 2018 May;

14. Barbero C. Estandarización del diagnóstico y plan de cuidados enfermero ante el "Riesgo del Síndrome de la Fragilidad del Anciano." Rev Ene Enfermería. 2020;14(2).

15. Idowu Olatubi M, Adenike Faremi F. Knowledge, perception, and utilization of standardized nursing language (SNL) (NNN) among nurses in three selected hospitals in Ondo State, Nigeria. Int J Nurs Knowl. 2019;30(1):43–8.

16. Echevarría Pérez P, Romero Sánchez J, Giró Formatger D, et al. Investigación en metodología y lenguajes enfermeros. Rev ENE. 2016;10(2).

17. González Aguña A, Santamaría García J. Los límites del lenguaje y su implicación sobre los límites del cuidado: a propósito de Wittgenstein y la Enfermería. Rev Ene Enfermería. 2018;12(2).

18. González Samartino M. Influencia del uso de la terminología ATIC en la seguridad de los enfermos ingresados: impacto en la comunicación profesional y los resultados clínicos. TDX (Tesis Dr en Xarxa) [Internet]. 2017 Sep 5 [cited 2021 Mar 23]; Available from: http://www.tesisenred.net/handle/10803/457189

19. López Romero M. Equivalencia semántica entre diagnóstico de la taxonomía NANDA-I y el sistema unificado de lenguaje CIPE: una aproximación a la armonización del lenguaje enfermero. Universidad Complutense de Madrid; 2016.

20. Palomar Aumatell X. Ús del llenguatge estandarditzat Nursing Interventions Classification per a la mesura de la intensitat de cures infermeres a una unitat de crítics. TDX (Tesis Dr en Xarxa) [Internet]. 2017 Sep 15 [cited 2021 Mar 23]; Available from: http://www.tdx.cat/handle/10803/456377

21. Rios Jimenez A-M, Artigas Lage M, Sancho Gómez M, Blanco Aguilar C, Acedo Anta M, Calvet Tort G, et al. Lenguajes enfermeros estandarizados y planes de cuidados. Percepción de su empleo y utilidad en atención primaria. Atención Primaria [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Mar 23];52(10):750–8. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021265671930157X

22. Fennelly O, Loretto G, Reed A, Hardiker N. Use of standardized terminologies in clinical practice: a scoping review. J Pre-proof. 2021;149:e104431.

23. Juvé-Udina M-E. What patients' problems do nurses e-chart? Longitudinal study to evaluate the usability of an interface terminology. Int J Nurs Stud. 2013;50:1698–710.

24. Carvalho Seabra P, Martins de Sousa Valentim O, et al. Moving beyond nursing standardized language for substance use problems. Issues Ment Health Nurs [Internet]. 2021;42(3):267–73. Available from: https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=imhn20

25. Echevarría Pérez P, Cataria de Souza Oliveira A. Los lenguajes enfermeros como vehículo internacional de comunicación enfermera. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(2):e65033.

26. García González E. Barreras de los profesionales de enfermería para el uso del lenguaje NANDA. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina; 2017.

27. Personat Labrador C. Factores que condicionana la aplicacación de las taxonomías NANDA, NOC, NIC en la práctica clínica: estudio mixto. Universitat de les Illes Balears, editor. Mallorca; 2016.

28. Lara Navarro P, Martínez Usero J. La organización del conocimiento en Internet. Universitat Oberta de Catalunya UOC, editor. Barcelona; 2018.

29. González Samartino M, Delgado Hito P, et al. Una terminología interfase como eje de unos cuidados seguros. Nivel de conocimiento y de comprensión de intervenciones enfermeras ATIC. Rev Rol Enfermería. 2017;40(10):698–709.

30. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Elsevier, editor. Barcelona; 2017.

31. Reina N. El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. Umbral Científico. 2010;17:18–23.

32. Cachón J, Álvarez C, et al. El significado del lenguaje estandarizado NANDA- NOC-NIC en las enfermeras de cuiados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. Enfermería Intensiva. 2012;22(2):68–76.

33. Gonzalez Castillo M, Monroy Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. Enfermería Univ. 2016;13(2):124–9.

34. Gleason K, Harkless G, et al. The critical need for nursing education to address the diagnostic process. Nurs Outlook [Internet]. 2020;1–8. Available from: www.sciencedirect.com

35. Rodríguez Acelas A., Yampuezán Getial D, et al. Correlación entre diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en el cuidado al paciente hospitalizado por COVID-19. Rev Cuid. 2021;12(1):e1944.

36. Gonzalez Fernández J, Medina Cordero A, Aviés Sánchez A. Proceso enfermero: de la teoría a la práctica. ENFURO. 2004;92:25–9.

37. Landete L. La comunicación, pieza clave en enfermería. Enfermería Dermatológica. 2012;16:16–9.

38. Solano López A. El proceso de Enfermería como estrategia para desarrollar la empatía en estudiantes de enfermería. Index de Enfermería. 2020;29(3):1– 5.

39. Alfaro LeFevre R. Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico. Un enfoque clínico. Elsevier España, editor. Barcelona; 2017.

40. Fernández Flóres R, Giró Formatger D, et al. El lenguaje del cuidado. Miscelanea [Internet]. 2020;XXI(52):4–5. Available from: http://tremedica.org/panacea.html

41. Howie J. Diagnosis - the Achilles heel? J R Coll Gen Pr. 1972;22(118):310–5.

42. Gordon M. Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermreía. Cult Cuid. 2015;42:172–8.

43. Guirao Goris J, Moreno Pina P, Martínes del Campo P. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera “sedentarismo.” Enfermería Clínica. 2000;11(4):135–40.

44. Aráujo Moreira A, Elisangela Teixeira F, et al. SOFTWARE DEVELOPMENT FOR NURSING CARE: INTEGRATIVE REVIEW. J Nurs. 2016;10(6):4942– 50.

45. Abreu Almelda M, Fátima Lucena A, et al. Development of a nursing diagnosis educational software program. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20190283.

46. Brito Brito PR. Niveles de evidencia científica en NANDA-I 2021-2023 [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 18]. Available from: http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2021/03/niveles-de-evidencia- cientifica-en.html

47. Moorheas S, Hohnson M, et al. Nursing Outcomes Classification (NOC). Sexta edic. Elsevier, editor. Madrid; 2018.

48. Bulecheck G, Butcher H, et al. Nursing Interventions Classification (NIC). Séptima ed. Elsevier, editor. Madrid; 2018.

49. Juvé Udina M. Nursing interface terminology. Philosophical and theoretical foundations for its development and validation. Rev Rol Enfermería. 2012;35(4):260–5.

50. Juvé Udina M. Capacidad discriminante del diagnóstico enfermero principal con el uso de la terminología ATIC: estimación ponderal preliminar. Rev ENE. 2017;11(3).

51. Juvé-Udina M-E, Zuriguel Pérez E, et al. Basic Nursing Care: Retrospective Evaluation of Communication and Psychosocial Interventions Documented by Nurses in the Acute Care Setting. J Nurs. 2014;46(1):65–72.

52. Juvé-Udina M-E. Salud, entorno y enfermería. Fundamentos filosóficos y teóricos para el desarrollo y la validación de una terminología enfermera de interfase. Rev Rol Enfermería. 2012;35(6):409–16.

53. Juvé-Udina M-E. Evaluación inductiva de la estructura de una terminología enfermera de intefase: conceptualización del proceso enfermero. Nursing (Lond). 2012;30(7):62–6.

54. Juvé-Udina M-E. A nursing interface terminology: evaluation of face validity. Open J Nurs. 2012;2:196–203.

55. Juvé Udina M. ATIC Una terminaología enfermera de interfase (II). Rev Rol Enfermería. 2012;35(5):368–75.

56. ICS. El programa ARES-AP dona visibilitat a la tasca infermera. Atenció Primaria de BCN [Internet]. 2021; Available from: https://atencioprimariaicsbcn.wordpress.com/el-programa-ares-ap-dona- visibilitat-a-la-tasca-infermera/

57. Juvé-Udina M-E. La terminología ATIC como herramienta de soporte a la gestión. Metas Enferm. 2018;21(1):66–72.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

58. ICS. El programa ARES-AP dona visibilitat a la tasca infermera. Atenció Primaria de BCN. 2021;

59. Fernandez Martín G, Padilla Moreno L, Requena Toro M. Plan de cuidados estandarizado de infección por coronavirus (Covid-19). Rev Enfermería Docente. 2020;112:61–5.

60. Ramírez Pereira M, Ramírez Pereira M. El cuidado de Enfermería, relevancia en el contexto de la pandemia COVID-19. Enfermería Cuid Humaniz [Internet]. 2020 May 25 [cited 2020 Oct 30];9(1):1–2. Available from: https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article

/view/2184 61. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier Masson; 1996.

62. Aznar Minguet P, Ull M, Piñeiro A, Martínez Agut P. La sostenibilidad en la formación universitaria: desafíos y oportunidades. Educ XX1. 2014;17(1):133–58.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 5: IMPACTO DEL COVID EN DEPARTAMENTOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

AUTORÍA: GRACIA CASTAÑON NOMPARTE

RESUMEN EJECUTIVO

El año 2020 ha sido marcado por una Pandemia Global que nunca hubiéramos pensado vivir. Todo lo que conocíamos como normal, de repente cambió y tuvimos que aprender de nuevo.

Relaciones, familias, trabajos y demás se pusieron en pausa para intentar paliar los efectos de este virus tan novedoso y del que bien poco sabíamos.

En cuanto a la sanidad, vivimos una etapa de ansiedad, nerviosismo, tensión para luego pasar a ser cansancio, estrés, falta de personal y llegar a un agotamiento extremo.

En este trabajo, hablare del impacto que ha tenido el COVID-19 en departamentos de urgencias y emergencias. Al estar los servicios primarios bajo las ordenanzas de servicios mínimos, el sistema sanitario sufrió un gran desgarro.
Estudiare el impacto monetario, profesional y personal debido al cambio de la “nueva normalidad”.

Esto, es una carrera de fondo, no hemos ganado todavía, pero las esperanzas nunca fallan.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

In 2020, we were marked by a Global Pandemic that we never would have thought t olive. Everything that we new as normal, suddenly changed and we had to learn again.

Relationships, families, jobs and many more stopped to try and soften the effects of this new virus and from we don't know that much.

In the health sector, we lived with anxiety, nervousness, and tension to gradually move to tiredness, stress, and lack of staff to finish with an extreme exhaustion.

In this dissertation, I am going to talk about the impact of COVID-19 in emergency departments. As primary services are under the orders to be in minimal services, the health sector suffered a big breach.

I am going to talk about the money impact, professional and personal because of the "new normality". This is a long term run, we haven't won yet, but we still have hope.

CUERPO

1. INTRODUCCION Y OBJETIVOS

Soy una supervisora de urgencias en un hospital del Reino Unido. Me dedico a la práctica clínica diaria y en ratos libres, a formación de nuevos empleados, mejora de protocolos utilizados y contribuyo con ideas al buen funcionamiento del servicio de urgencias en general. He vivido en primera persona la crisis del COVID-19. Mi experiencia previa en unidades de cuidados intensivos ha sido muy valorada en momentos decisivos y críticos, a la hora del uso de recursos, humanos y materiales.

El impacto en todos los servicios de salud por la pandemia, ha sido espectacular. Nunca ningún profesional se habría imaginado pasar por esto; pero nos ha tocado.
Hemos sabido superar obstáculos como nunca antes nadie había echo, armándonos de valor y acostumbrándonos a largas horas con todos los equipos de protección individual.

En este trabajo, hablare de cómo ha impactado que los servicios mínimos y todo lo que conocemos por normalidad en la sanidad actual, se han parado en seco a lo largo de esta crisis y cómo ha afectado a nivel del centro hospitalario, afectando al personal, al gasto, a la logística y a los mismos pacientes y familiares.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

No pretendo valorar lo correcto o incorrecto, pero si objetivizaré los cambios producidos en el sistema y como han afectado a la población y a todos los demás servicios en general.

No hay que olvidar que este trabajo, lo hago desde un punto de vista interno y sobre todo desde un sistema nacional de salud que no es el español.

2. JUSTIFICACION Y CONTEXTUALIZACION DEL PROYECTO: SOCIAL, PROFESIONAL E INSTITUCIONAL.

Con este trabajo, me gustaría dejar reflejado todos los cambios que han sufrido los centros hospitalarios en tan poco tiempo y como hemos aprendido a adaptarnos a las nuevas normas.
Esta claro que no se puede generalizar y debemos recordar que el trabajo es a nivel de un hospital en particular.

El centro hospitalario universitario en concreto, esta localizado en una pequeña cuidad del norte de Gales, Reino Unido. Acoge una población de 42.576 1 mil personas (censo del 2021) aproximadamente, siendo el hospital más grande de la zona.
El hospital consta de 981 2 camas con múltiples servicios, tales como oncologia, salud mental, pediatría, cirugía, centro artificial prostético, medicina interna, maternidad y muchos más, sin olvidarnos de servicio de urgencias y unidad de cuidados intensivos.
Es el hospital de referencia de la zona en cuanto a politraumatismos. Se encuentra dentro del “Nacional Health Service” (Sistema de Salud Nacional) y es parte de una larga cadena de hospitales públicos llamados “Betsi Cadwaladr University Health Board”.
Cuenta con un personal de al menos 2.500 3 personas fijas, desde limpiadores hasta gerentes.

Es un hospital pequeño, comunitario que tiene buen acceso porque se encuentra no muy lejos del centro de la ciudad, con buenas conexiones de líneas de transporte públicas y parking gratuito para pacientes y trabajadores.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

3. ANALISIS

La pandemia global del COVID-19 esta causada por un corona virus nombrado SARS-CoV-2. Los corona virus, son una larga familia de virus que causan problemas respiratorios en humanos, desde un simple catarro hasta el SARS y el MERS.
El virus se propaga cuando una persona contagiada esta en contacto cercano con otra, a través de pequeñas partículas liquidas expulsadas por la persona infectada a través de la boca o la nariz al toser, estornudar, hablar, cantar o resoplar.
Estas partículas liquidas, tienen diferentes tamaños desde las mas grandes, “goticulas respiratorias” hasta las mas pequeñas llamadas “aerosoles”. © World Health Organization 2020

Debido a la propagación de vía aérea de este virus, las medidas de sanidad para evitar la contaminación fueron sencillas, como el uso de mascarillas, lavado frecuente de manos y el distanciamiento social.

Destacamos aquí, que este hospital y concretamente en urgencias los boxes están separados por cortinas que no llegan al suelo y con raíles que no llegan al techo sin aislar a ningún paciente del resto y sin puertas.
Por lo tanto, la propagación de este y otros virus de vías respiratorias con el mismo método de transfusión es mucho más fácil.

Como respuesta a este problema, se han propuesto modificar los boxes con paredes, ventanas y puertas a lo largo de todo el departamento.

Realizaremos el análisis según el método DAFO.

- 1.- Objetivo : Es sencillamente aislar lo mejor posible a los pacientes del departamento de urgencias para evitar contagios innecesarios del COVID-19 y mejorar a su vez la privacidad del paciente.
Para ello modificaremos los boxes con estructuras de fácil inserción, mantenimiento y limpieza con estructuras pre-fabricadas de plástico PVC, con puertas y ventanas en determinadas áreas.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- 2.- Amenazas :

Como amenaza principal seria la propagación del virus por vía aérea.

- 3.- Oportunidades :

Aprovecharemos las ayudas del Estado para financiar la obra y la realizaremos en bloques individuales para no obstaculizar la unidad de urgencias.

- 4.- Mejoras : Mejoría de las instalaciones del servicio de urgencias y adoptar mas privacidad a los pacientes.

- 5.- Fortalezas :

Mayor satisfacción general del paciente
Ser un servicio del sistema de salud del Reino Unido, con fondos del Gobierno.

- 6.- Debilidades :

Mala distribución de los cubículos previos a la implantación de estructuras aislantes.
Molestias generales de cualquier obra, como ruido, polvo y trabajadores.
También sería una debilidad, el tiempo que necesitamos para llevar a cabo esta obra y la cantidad de boxes que quedaran bloqueados mientras se realiza el montaje.

- 7.- Estrategias :

Comprobaremos varios elementos de la matriz DAFO para crear nuestras estrategias.
Para este trabajo en concreto, utilizare la estrategia de Supervivencia, que permiten mantener su lugar para evitar las amenazas del entorno de la mejor manera posible.

4. DISEÑO

Partiendo del análisis anterior DAFO, propondremos la colocación de mamparas de PVC en todos los boxes a lo largo del departamento de urgencias. Este mismo, consta de varias salas/áreas con determinadas funciones, dependiendo de la gravedad de los pacientes.

- Pacientes ambulatorios: son 6 cubículos donde se ubican los pacientes con traumatologías leves, ambulantes que serán dados el alta en el mismo dia. El control de enfermería está situado al final de estos 6 boxes.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Pacientes graves: tenemos 10 cubículos, para pacientes que necesitan cuidados medios y serán ingresados en planta en el hospital. El control de enfermería esta en el medio de estos 10 boxes.

- Pacientes que necesitan medidas de resucitación: tenemos 4 cubículos, más amplios que los demás y con más equipos disponibles. El control de enfermería esta en el lado opuesto sobre estos boxes.

- Pacientes que esperan a ser admitidos o por resultados de pruebas diagnósticas: son 10 cubículos paralelos. El control esta situado en un lateral de estos boxes.

Existen otras áreas como la de pediatría y la de salud mental, pero en esas zonas los boxes ya están individualizados.

Las estructuras a colocar en todos los boxes, son de PVC blanco, ligeros y de fácil inserción. Medirán desde el suelo hasta el techo, fijándose por encima con unos raíles y sus respectivos enganches.

Todas las estructuras tendrán su puerta doble con ventana en las dos alas de las puertas, para facilitar el acceso al personal con equipamiento y sobre todo para poder introducir y extraer las camillas cuando sea necesario.

Las ventanas nos van a proporcionar un contacto visual con el paciente en todo momento y a su vez una visión clara de los monitores y bombas de infusión que se estén usando.

Necesitaremos cerrar cada área individual del departamento de urgencias durante un periodo mínimo de tiempo para poder insertar estas divisiones. Empezaremos por el área de más riesgo, ya que es la más prioritaria. Como no podemos dejar a los pacientes que necesitan medidas de resucitación fuera, ubicaremos los cubículos necesarios en otra área mientras se realizan las obras.
En cuanto las demás áreas a modificar, se cerrarán durante el mínimo tiempo posible para realizar las obras.

Obviamente, esto afectara a los servicios ofrecidos por el departamento, pero se intentarán subsanar rápidamente. Los servicios mínimos quedaran intactos. Se avisará a los pacientes que demanden el servicio de los posibles retrasos en ser atendidos por

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

falta de cubículos libres. Esto afectara más a los pacientes ambulatorios que requieran intervenciones mínimas ya que son los más aptos a esperar por tratamientos.
En una visión global, a largo plazo el paciente se sentirá más cómodo con estas modificaciones ya que han ganado en privacidad, en seguridad y en salud al evitar posibles contagios.

La principal debilidad de este proyecto, surge de los problemas derivados de las obras en si, como polvo, ruido, gente no profesional de la salud trabajando en un ámbito con posibles contaminaciones, material no sanitario repartido por las diferentes áreas de trabajo creando un riesgo extra para el personal y los pacientes etc.…

Otro problema que ha surgido, es la falta de contacto visual con el paciente una vez se coloquen estas paredes divisoras en los boxes.
Anteriormente, los boxes estaban divididos por cortinas (a excepción de los pacientes de salud mental) que, en caso de querer tener un mayor contacto visual con un determinado paciente, solo habría que retirar la cortina hacia atrás para tener este contacto visual; pero con la nueva remodelación de los paneles, será un poco más difícil.

Habría que tenerlo en cuenta sobre todo en los pacientes con problemas de salud mental, que necesiten tratamiento médico debido a sobredosis o heridas de autolesión, que necesiten estar en áreas como resucitación o en áreas de pacientes graves y no sean candidatos para estar en los boxes previamente citados (pacientes únicamente esperando a ser evaluados por el equipo de psicólogos) ; en los pacientes con algún tipo de demencia y los que necesitan de una atención extra por parte del personal sanitario. Por lo tanto, deberíamos priorizar a la hora de asignar los boxes a este tipo de pacientes, para ubicarlos en los cubículos más cercanos a los respectivos controles de enfermería.

5. DESARROLLO E IMPLEMENTACION

Sobre el desarrollo de este proyecto, contaremos con la aprobación del equipo medico del departamento de urgencias, y de la gerencia del hospital.

Generaremos presupuestos de costos directos de la implantación de los nuevos boxes. El coste de cerrar cada box individualmente son unos 6000 Euros (aproximadamente) incluyendo material, trabajadores e implantación de los paneles.

Por lo tanto, si dividimos por áreas el costo será:

- área de resucitación: 6.000 € x 4 = 24.000 €
- área de Servicios Ambulatorios: 6.000 € x 6 = 36.000 €
- área de Pacientes Graves: 6.000 € x 10 = 60.000 €

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- área de Pacientes en Espera por Resultados: 6.000 € x 10 = 60.000 €

Generaremos un costo total de: 24.000 € + 36.000 € + 60.000 € + 60.000 € = 204.000 €, que se incluirá en el fondo anual de emergencias del hospital.

A la larga, todas las plantas de admisión y con posibles contagios de COVID-19 seguirán este proceso para aislar a todos los pacientes.

Estas placas prefabricadas, se montarán una vez dentro del departamento, previamente habiendo retirado los raíles donde se encuentran las cortinas y la preparación para la inserción de los nuevos raíles para los paneles.

En función de los planes de comunicación interna, se notificará el proceso de cambio a todo el personal del área de urgencias, con circulares informativas y todos los turnos a lo largo de las reuniones informativas. También se harán circulares y póster informativo y se colocarán a lo largo del hospital para que los demás trabajadores sanitarios del centro estén al corriente de estas novedades.

Será necesario comunicar los cambios en el departamento a los pacientes, una vez que se establezcan las fechas de comienzo de la remodelación, para avisar de posibles retrasos en el cuidado, siempre y cuando asegurando a la población que no se vera afectada los cuidados de resucitación si fuera necesario.

Fases de ejecución:

Se comenzará por el área de servicios de resucitación, al ser el área con menos cubículos y con más peligrosidad. La duración aproximada para 4 boxes es de 2 días. En esos dos días, se moverán los cubículos de reanimación a la zona de pacientes graves, dejando 4 para el servicio de resucitación y los otros 6 restantes para los pacientes graves.

A continuación, se hará la zona de pacientes graves, con una duración de 5 días. Mientras tanto, se cerrará el área de servicios de espera de pruebas para acomodar a

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

estos pacientes. Los pacientes que estén esperando a ser admitidos a las plantas, deberán ser admitidos a una sala extra dentro del hospital, a la espera de una cama en cada determinado departamento.
En cuanto a los pacientes esperando por pruebas, si son ambulatorios y siempre y cuando sea seguro, se les moverá a la sala de espera si es posible.

Seguidamente, se realizará la zona de pacientes en espera de pruebas, manteniendo el sistema anterior de movilización de pacientes con una duración de 5 días.

Por último, se modificará la zona de pacientes ambulatorios durante 3 días.

En total, se prevé que el servicio de urgencias esté durante 15 días consecutivos en obras.
Los plazos de cumplimiento, son orientativos dado que no se trabajará de noche debido al ruido causado.

En cuanto a los planes de seguimiento, será necesario que las enfermeras supervisoras de turno, estén al corriente de las fechas de realización, para poder llevar una organización más exhaustiva de lo normal en los servicios de urgencias.
Así mismo, en el plan de organización intra-departamental, se dejará al cargo de las enfermeras de noche la movilización de los diferentes equipos de material sanitario (como por ejemplo carros de paradas, ventiladores, carros de curas etc.) para ubicarlos en las instalaciones temporales.
Y una vez finalizadas las mismas, para volver a colocar todo el material retirado en su sitio y poder volver al funcionamiento normal de cada área del servicio de urgencias. Al finalizar la obra en cada área individual, se comunicará al equipo de limpieza para seguir manteniendo unos estándares de calidad y sanitarios mínimos, en función de limpieza.
A si mismo, se requerirá una inspección completa por parte de gerencia del hospital, coordinadores del departamento de urgencias y el jefe de obra al finalizar todas las áreas para comprobar que esta todo en correcto funcionamiento y la satisfacción de los servicios prestados.

El servicio de medicina preventiva, también estará presente durante las obras para la comprobación de las medidas de prevención de infecciones nosocomiales.
Las obras a realizar, al ser en zonas individuales, se bloquearán las entradas y salidas para evitar personal no autorizado en esas determinadas áreas y se aislarán las puertas con protectores de partículas de polvo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Desafortunadamente, las personas que estén montando estos nuevos paneles, deberán cumplir todos los protocolos de sanidad en función a equipos de protección individual, lavado de manos, uso de guantes y uso de gel hidroalcoholico siempre que estén dentro o en las inmediaciones del centro sanitario.
Así mismo, deberán mantener una buena actitud profesional en cuanto a lenguaje, modales y el mantenimiento de la confidencialidad de los pacientes. En caso de no ser así, la supervisora de turno tendrá la capacidad máxima para retirar del centro sanitario si cree necesario por el incumplimiento de estas normas.

6. EVALUACION

La evaluación de este proyecto, será una vez finalizado todas las obras necesarias.

Se podrá evaluar la satisfacción general del personal sanitario y de los pacientes.
Una manera de valorar esta modificación con el personal, es preguntando directamente que opinan del tema y si encuentran alguna virtud o fallo en su implantación.
También se puede habilitar un buzón de sugerencias en el departamento, donde el personal podría dejar sus comentarios escritos anónimamente. A la hora de evaluar la satisfacción de los pacientes, se creará un documento fácil de usar, para que el paciente rellene casillas (si – no) con preguntas en relación del nuevo modelo boxes del departamento.

Algunas de estas preguntas podrían ser, por ejemplo:

.- ¿Conocía usted el departamento antes de esta reforma?
.- ¿Le parece mas seguro en función de sanidad esta forma de boxes?
.- ¿Ha causado muchas molestias el montaje de este nuevo sistema, si ha estado presente?
.- ¿Le parece que ha ganado en privacidad?

Todo personal sanitario, podría recolectar este cuestionario una vez completado por los pacientes y depositarlo en la oficina de la gerencia del departamento de urgencias para su posterior análisis.

7. CONCLUSION

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Estamos ante una situación nunca antes vivida por ninguna de las generaciones que están actualmente trabajando en la sanidad. Nunca antes nadie habría imaginado vivir durante una pandemia.

Cada centro hospitalario ha tomado diferentes medidas en función de los servicios prestados y de las características de cada centro, así que seria difícil valorar desde un punto general si las medidas tomadas por cada centro son las adecuadas o no.

En el departamento de urgencias y emergencias del hospital donde se ha realizado este trabajo, la acogida de la propuesta y su llevada a cabo, ha sido generalmente buena, con satisfacción por todo el personal y pacientes.

En cuanto a los cuestionarios, se han recogido durante 1 mes unas 1.850 encuestas de pacientes con un tiempo de estancia mayor a 8 horas en el servicio de urgencias.

Un 93% de los encuestados, conocían previamente el departamento y un 90 % ha declarado que le parece mas seguro esta forma de paneles divisores; teniendo en cuenta que el restante 10 % ha declarado en el cuestionario que no le parece seguro por el tema ya mencionado antes sobre los pacientes dependientes. El 65 % ha declarado que ha habido molestias e interrupciones durante el montaje de estos paneles divisorios, sobre todo en el área de servicios ambulatorios, dado que es donde más impacto han tenido las obras, aunque ya estaba previsto esta reacción, por el aumento de tiempo de espera de estos pacientes.
Por finalizar, el 96 % ha declarado que se ha ganado en privacidad en general.

Así mismo, la gerencia también esta contenta porque han visto que en general, ha tenido una buena acogida la idea de la implantación de paneles divisorios entre boxes.
En beneficios de salud, esta claro que el componente principal es la salud y el evitar posibles infecciones nosocomiales y contagios.
Es una característica del COVID-19, el contagio por vía aérea, siendo un riesgo mayor de contagio si se realizan ciertos tipos de intervenciones que produzcan más partículas de aerosoles, como por ejemplo la ventilación mecánica no invasiva. En este caso, al colocarse los paneles divisores con puertas, estamos evitando que esas partículas salgan al exterior y puedan diseminarse mas fácilmente dentro de cada área de urgencias, poniendo a los demás pacientes y personal en riesgo.

Una recomendación a todo el personal, es cerrar las puertas siempre y mas aun cuando se están realizando procedimientos al paciente que se sepa que generan mas partículas de aerosoles.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Desafortunadamente, por el momento no hemos obtenido datos conclusivos sobre las infecciones nosocomiales después de estas medidas implementadas; pero el equipo de medicina preventiva está trabajando en ello.
Otra ventaja es que fuera de estos boxes, en los controles de enfermería, el personal puede llevar un equipo de protección individual tipo 1, como la mascarilla quirúrgica y para acceder a los boxes, se puede utilizar una de tipo 2, siendo esta una mascarilla de FFP3.

El personal facultativo del departamento, conjunto con los anestesistas han creado una serie de requisitos a seguir a la hora de realizar una intubación de emergencia. Por ejemplo, uno de ellos es el mantenimiento de la puerta del box cerrada durante la maniobra de intubación, para minimizar el riesgo de exposición a las partículas del virus a los demás profesionales y pacientes.

El único inconveniente encontrado y ya citado anteriormente, es el problema de la visualización de los pacientes al tener poca visibilidad con las enfermeras desde el control de enfermería.
Como solución ya dada anteriormente también, se priorizará el uso de los boxes mas cercanos a los controles de enfermería para los pacientes que mas monitorización/ visualización necesiten.

Para la mejora de las comunicaciones entre profesionales, se han comprado unos walkie-talkies emparejados, para utilizarlos sobre todo en el área de resucitación; donde se procede con terapias invasivas y generadoras de aerosoles para evitar las salidas y entradas innecesarias de los boxes durante estas mismas. En este proyecto, el liderazgo de enfermería es muy importante. Todo el personal sanitario debe de estar trabajando en sincronía, para que el tiempo de realización de la obra, sea lo mas fluido posible y menos estresante sobre todo para los pacientes.
Así mismo, se necesitará una coordinación con la empresa de servicios y el departamento de urgencias para evitar periodos de inactividad que lleven a la demora del tiempo de obra.

Los supervisores de enfermería deberán liderar en cada turno los cambios producidos por las obras y organizar y apoyar a los profesionales de la salud en cualquier duda o problema derivado de este proceso.
Necesitaremos que los supervisores tengan un plan claro y conciso a seguir por parte del personal de obra, para poder saber en cualquier momento en que proceso se encuentran, y poder organizar los recursos y potenciarlos al máximo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En cuanto a las dificultades encontradas, podemos nombrar que la mayoría son debidas a la falta de espacio. Desafortunadamente, en el departamento de urgencias no se pueden cerrar las puertas a nuevos pacientes, por lo que se deberá de tener buen conocimiento de cómo organizar un departamento de urgencias y a su vez una buena comunicación con los profesionales médicos para la organización y gestión de los pacientes.

Como conclusión definitiva, este año ha sido un desafío completo para toda la humanidad, en especial a los profesionales de la salud; pero también a los trabajadores de gerencia de los centros de sanidad, debido a que todos hemos tenido que sufrir las consecuencias de esta pandemia.

Esta actuación que se ha llevado a cabo, ha sido en general una idea bien acogida por parte de los profesionales y pacientes, aunque haya conllevado unos días de estrés y modificaciones añadidas a la ya difícil adaptación al COVID-19.

BIBLIOGRAFIA

1. Population Hub [Internet] 2021
https://population-hub.com/en/gb/population-of-wrexham-5560.html

2. Services, Wrexham Maelor Hospital [Internet] Wikipedia. “NHS beds by Organization and Site” Stats Wales. Retrieved 11 February 2019.
https://en.wikipedia.org/wiki/Wrexham_Maelor_Hospital

3. BBC News [Internet] Covid: Volunteers' Hugs for Heroes at Wrexham hospital. Sarah Easedale, 22 Marzo.
https://www.bbc.co.uk/news/uk-wales-56485276

OTRAS REFERENCIAS

-World Health Organization [Internet]
https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Baetica, Marketing Digital [Internet] Torrenueva Costa. Rocio Gonzalez, 6 de Noviembre 2018.
https://baetica.com/como-hacer-un-analisis-dafo-estrategias/?cli_action=1620592397.169

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 6: PROYECTO HAQ (HUMANIZACIÓN AREA QUIRURGICA)

AUTORÍA: Xisca Campins Moreno

1. RESUMEN EJECUTIVO

La humanización se entiende como la aproximación del sistema sanitario al paciente en una vertiente de calidad humana, potenciando la empatía y el abordaje integral. El paciente es la razón de ser del sistema sanitario y sus profesionales, y debe ser tratado como un ser humano, no como una enfermedad. (Fundación Humans).
En el área quirúrgica, encontramos profesionales con nexos de trabajo muy cerrados, muy instruidos en técnicas y con alto nivel de estrés en la práctica diaria, lo que hace que puedan surgir varias cosas. Por una parte, se corre el riesgo que se despersonalice al paciente, entendemos este concepto como cambio negativo de las actitudes hacia otra persona a los cuales se les puede considerar o calificar como meros números, patologías..., sobre todo en cirugías electivas ambulatorias, donde los profesionales sanitarios se ven sometidos a una alta carga de trabajo, llegando a demostrar sentimientos de insensibilidad y cinismo (1). Si además añadimos el factor de estrés/nerviosismo que presentan nuestros pacientes, a la hora de verse sometidos a una cirugía, junto a los factores anteriormente mencionados, es cuando humanizar se convierte en una necesidad hacia los pacientes y los profesionales.

Palabras clave: humanizar, estrés, ansiedad, profesionales sanitarios, área quirúrgica.

Humanization if we understand it as the approximation of the health system to the patient on a human quality side, enhancing empathy and integral approach. The patient is the mean reason of the health system and their professionals, and should be treated as a human being, not as a disease. (Humans Foundation).
In the surgical area, we find professionals with very closed work links, highly educated in techniques and with high level of stress in daily practice, that can make several things arise. On the one hand, there is a risk that the patient will be depersonalized, we

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

understand this concept as a negative change of attitudes towards another person who can be considered or classified as mere numbers, pathologies..., especially in outpatient elective surgeries, where healthcare professionals are subjected to a high workload, proving feelings of insensitivity and cynicism(1) If we also add the stress/nervousness factor presented by our patients, when undergoing surgery, together with the factors mentioned,, it is when humanizing becomes a necessary for patients and professionals.

Keywords: humanizing, stress, anxiety, healthcare professionals, surgical area.

2. INTRODUCCION Y OBJETIVOS

En nuestros días los avances tecnológicos aumentan de manera vertiginosa facilitando y agilizando el trabajo diario en el quirófano. Esto unido a la buena praxis y al trabajo en equipo hace que el resultado de la intervención sea el esperado. Sin embargo, no debemos olvidar que quien entra en una sala de intervenciones no es un caso, no es un proceso, sino una persona aislada de su entorno que se encuentra en una realidad que puede ser percibida como una amenaza y que por tanto puede originar en ella un sentimiento de ansiedad (2).

Entendiendo ansiedad como el “Estado en que una persona experimenta un sentimiento de incomodidad (leve o intensa) cuyo origen con frecuencia, es inespecífico o desconocido para el individuo” (3). O también como “Una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actual o potencialmente peligrosos, o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque solo sea por la circunstancia de aparecer inciertos" (4).

El problema de la ansiedad en el paciente quirúrgico y el papel de las enfermeras en el mismo han sido estudiados ampliamente desde hace algunas décadas, como muestra la literatura científica (5).

Nuestra experiencia como profesionales de quirófano nos muestra la realidad de esta situación y así encontramos que al realizar la valoración inicial enfermera del paciente éste, de manera casi global, manifiesta una serie de expresiones, comportamientos o conductas que están relacionados con un componente ansioso, respuesta humana totalmente natural de un paciente que desconoce a lo que se va a enfrentar. En la revisión bibliográfica vemos que existe un gran interés en el personal de enfermería relacionado con la ansiedad del paciente, ya que siempre se valora al paciente de forma holística (6,7). Aunque la bibliografía sobre el tema es amplia, lo cierto es que tampoco los estudios son concluyentes sobre la mejor manera de abordar esta ansiedad. Existen estudios que relacionan la disminución del nivel de ansiedad con la disminución del

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

dolor postoperatorio (8,9,10) y también que niveles más bajos de ansiedad aceleran el proceso de cicatrización de las heridas (9). Otros autores comentan que la principal fuente de ansiedad en el paciente es el dolor (11,12) y que se requiere del apoyo del personal de enfermería para afrontarlo.
Flório y Galváo, en su investigación (13), identificaron en el período preoperatorio el diagnóstico de enfermería "ansiedad" en el 86,6% de los casos, provocada por una intervención quirúrgica que afecta tanto al paciente, como a la familia.
Carraro(14), destacó la necesidad de unir conocimientos técnico-científicos a la humanización del cuidado, contribuyendo así a que la cirugía ocurra de forma armónica, con menos estrés y, consecuentemente, con la disminución de los riesgos y las complicaciones. Una atención de calidad intentaría aliviar la ansiedad del
paciente. Esta práctica humanizadora tiene que llevarse a cabo por parte de los profesionales de manera consciente y activa en las rutinas de trabajo diarias.

Durante la práctica diaria en el área quirúrgica, tenemos en cuenta muchos parámetros, identificamos y tenemos conocimientos de muchas técnicas y tareas. Cada día son más numerosos los estudios que analizan la eficacia de la música en el ámbito quirúrgico (1-11). La música puede ayudar al paciente quirúrgico en distintos momentos: antes, durante y después de la intervención. Los estudios en los que se emplea la música antes de la intervención quirúrgica, tienen como objetivo demostrar la eficacia de la misma para reducir la ansiedad pre quirúrgica. En este sentido, se ha demostrado que la música disminuye la ansiedad en la mayoría de estudios (15,16).
El objetivo de este proyecto es valorar la humanización en los cuidados del área quirúrgica mediante la escucha activa, el acompañamiento, el confort y la terapia musical en el proceso quirúrgico.

3. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTUALIZACION DEL PROYECTO

Centrar los cuidados poniendo al paciente en el centro, en una unidad quirúrgica, donde los profesionales tenemos unos valores que centran los cuidados en las personas, impulsa que consideremos necesarios dar evidencia y cualificar/cuantificar las estrategias que llevamos a cabo habitualmente para valorar la humanización de nuestro trabajo, utilizando herramientas como la música terapéutica, acompañamientos, confort/comodidad del paciente al que estamos acompañando, donde la regulación de temperatura no queda solo únicamente como un parámetro, para valorar posibles complicaciones postquirúrgicas sino que vamos más allá, en el proceso quirúrgico, no centrándonos solo en las técnicas y procedimientos entendiendo que las personas

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

sometidas a una cirugía pueden sentir, miedo, estrés e inseguridad poniendo a esta en el centro individualizando los cuidados.
Para así obtener, un feedback positivo tanto para las personas a las que atendemos como para los propios profesionales.
Los profesionales sanitarios de la unidad quirúrgica de San Joan de Dios, encontramos la necesidad de cualificar y cuantificar, si las acciones realizadas durante el proceso quirúrgico, obtienen los resultados deseados no solo a nivel quirúrgico sino también sobre los cuidados que ofrecemos, y saber que percepción tienen nuestros pacientes, de aquí nace el Proyecto HAQ (Humanizando el área quirúrgica), donde realizaremos un estudio transversal multicentrico cuali-cuantitativo, en las unidades de quirófano del Hospital San Juan de Dios ubicadas en Palma e Inca.

4. ÁNALISIS

Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Valores de los profesionales Sanitarios.	Deshumanizar a las personas que requieren de nuestros cuidados.	Herramientas, dispositivos para llevar el proyecto a cabo.	Burnout de los profesionales.
Recursos / estrategias que están al alcance de los profesionales	Gran carga de trabajo y estrés de los profesionales sanitarios.	Beneficios cara a los pacientes , con resultados y modelos satisfactorio como ejemplo a otras unidades similares.	Proceso que provoca de por sí, estrés y ansiedad a la persona que va a pasar por el proceso quirúrgico

5. DISEÑO

Diseño de la investigación

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Reducción del estrés/ansiedad en paciente, mayor de edad en intervenciones de cirugía menor ambulatoria, mediante el acompañamiento de los profesionales y la utilización de dispositivos con música terapéutica.

Población o sujetos de estudio

Pacientes mayores de 18 años programados para intervención quirúrgica electiva de miembro superior e inferior con anestesia loco regional.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:
– Pacientes programados para intervención de cirugía ambulatoria de miembro superior e inferior que requieran anestesia loco regional.
– Edad mayor a 18 años.
– Acepten participar en el estudio.
Criterios de exclusión:
– Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión (cirugía programada, mayor de 18 años y que acepten la participación).
– Pacientes con trastornos cognitivos o mentales.
– Pacientes que no sepan leer ni escribir.

Tamaño de la muestra

Se recogen datos de cirugías con los criterios de inclusión mencionados en el mismo periodo del año 2020, siendo el resultado 100 pacientes.

Variables de estudio

Nivel de ansiedad manifestada por los pacientes a la entrada y salida.
Toma de TA y FC a la entrada de la unidad, 10 min posterior a colocación de música terapéutica y durante el proceso quirúrgico.

Instrumentos y métodos para la recogida de datos

Tensiómetro y ECK
Encuesta evaluativa (ver anexo1)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Tabla Excel registro muestral (ver anexo 2)

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

El proyecto se iniciará en el mes de septiembre hasta llegar al tamaño muestral, se llevará a cabo en las unidades quirúrgicas ubicadas de Palma- Inca.
Se seleccionarán dos enfermeras/os referentes de dicho proyecto, que serán responsables de supervisar la recogida de datos, reuniones quincenales y realizaran una formación, previa al inicio del proyecto, a todos los profesionales sanitarios de las unidades quirúrgicas, donde se seguirá el siguiente cronograma:
1.Los enfermeros/as que se encuentren en la zona de preparación y recepción de pacientes pertenecientes a las unidades, serán los responsables de informar y solicitar el consentimiento para participar en el estudio.
2. Se registrará una primera toma de TA y FC (anexo1) y se aplicaran los cascos con música terapéutica.
3. A los 15 min se realizará el registro de una segunda toma de TA y FC.
4. Al inicio de la cirugía se realizará el tercer registro de TA y FC, así como también registrará la necesidad de manta térmica.
5. Una vez finalizada la cirugía se realizará el cuarto registro de TA y FC.
6. Antes de dar de alta al paciente este rellenara una encuesta (anexo 2).

EVALUACIÓN

Realizaremos reuniones quincenales para evaluar los resultados obtenidos y cualquier incidencia que surja del proyecto.
Una vez recopilado los datos se realizará el análisis y posible publicación.

CONCLUSIONES

Los cuidados que ofrecemos a las personas a las cuales le dedicamos nuestro trabajo diario hace que se mecanice y una manera de darle visión e incluso ser un modelo para otras unidades es realizando este proyecto, tenemos la certeza de que obtendremos unos resultados satisfactorios, por lo que es necesario seguir explorando estos caminos para así mejorar tanto las personas a las que cuidamos como los propios profesionales.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

BIBLIOGRAFIA

1.Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V;Sindrome de bornout en el personal de enfermeria de un hospital de Madrid.Rev Esp Salud Pública. 2004; 78: 505-516.

2.Marín Romero I, Martínez Gómez P, Ponsich Pubill J, Pubill Grasa M. Ansiedad en paciente intervenidos de rodilla (Prótesis Total Rodilla). Enferm Global 2004; 4:1.

3.Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Mosby 1996: 232.

4.Barrilero Gómez JA, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F, Córdoba Monedero CA, García Alcaraz F, Gregorio González E, et al, Casero. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. Rev Enferm (Albacete) 1998; 208.

5.Mardarás Platas, Eduardo. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas, Rol (Barc) 1990.

6.Martín-Crespo Blanco M; Caravantes Marín MI; García Mas JM; Gómez González B; Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico en el hospital comarcalVirgen deAltagracia de Manzanares (Ciudad Real); Nure Investigación 2007, 30.

7.Arbonés E, Montesa A, Riua M, Farriolsa C, Míngueza S, y la Comisión para la Evaluación yTratamiento del Dolor del Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS); El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento; Rev Soc Esp Dolor. 2009; 16 (6):314-322.

8.Martín-Crespo Blanco M; Caravantes Marín MI; García Mas JM; Gómez González B; Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico en el hospital comarcal Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real); Nure Investigación 2007, 30.

9.Muñoz Blanco F., Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. Rev. Soc. Esp. Dolor, 2001;8 (3): 194-211.

10.Hurtado Vázquez I, Espino Villafuerte ME. Disminución de la ansiedad del paciente quirúrgico a través de la intervención de Enfermería. Desarrollo Científico Enfermeria.2004; 12 (2): 47- 50.

11.García-Piña. Características de la percepción del paciente. Escuela de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Universidad de Guajanato;1996. Tesis de licenciatura.

12.Simões Flório MC, Galván CM. Cirugía ambulatorial: Identificacáo dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. Rev Latino-am Enfermagem 2003; 11(5):630

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

13.Carraro V. O ser humano inconsciente: Como seu familiar o compreende. Dissertaçao de mestrado. Porto Alegre, 1997

14.Wang SM, Kulkarni L, Dolev J, Kain ZN. Music and preoperative anxiety: a randomized, controlled study. Anesth Analg. 2002;94(60): 1489-94.

15.Hamel WJ. The effects of music intervention on anxiety in the patient waiting for cardiac catheterization. Intensive Crit Care Nurs. 2001; 17(5):279-85.

10 ANEXOS

ANEXO 1: Encuesta

Basándose en su experiencia señale si la calidad, confort y cuidados que se le han proporcionado ha sido mejor o peor de lo que Vd. Esperaba. Si cree que ha sido MUCHO peor de lo que esperaba, ponga una X en la casilla 1. Si ha sido MUCHO MEJOR de lo que esperaba, ponga la X en la casilla 5.

Mucho peor de lo que esperaba. 1	Peor de lo que esperaba. 2	Como me lo esperaba. 3	Mejor de lo que me esperaba. 4	Mucho mejor de lo que esperaba. 5

Responda las siguientes preguntas:

1.	¿La atención del personal sanitarios ha sido la esperada?	1	2	3	4	5
2.	¿Se ha sentido acompañado por el personal sanitario durante el proceso quirúrgico?	1	2	3	4	5
3.	¿Ha sido escuchado cuando ha planteado alguna duda?	1	2	3	4	5
4.	¿Se han preocupado por si estaba cómodo o tenía alguna necesidad?	1	2	3	4	5
5.	¿Le han ido explicando el proceso a medida que avanzaba la intervención?	1	2	3	4	5
6.	¿La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido adecuada?	1	2	3	4	5
7.	¿La confianza que el personal transmite al paciente, ha sido lo esperado?	1	2	3	4	5
8.	¿La música que le hemos puesto le ha servido para relajarse?	1	2	3	4	5

ANEXO 2 : Registro muestral

Tabla Registro Muestral

Fecha	HC	1er Toma (entrada quirúrgica)		2nd Toma (15min post colocación música)		3er Toma (entrada quirófano)		4rt Toma (tin intervención quirúrgica)	
		TA	FC	TA	FC	TA	FC	TA	FC

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 7: ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA RESIDENCIA DE MELILLA

AUTORÍA: **Nerea García Rodríguez**

RESUMEN EJECUTIVO

La satisfacción laboral podría definirse como la actitud del trabajador frente a su propio trabajo, lo cual se basa en las creencias y valores que este desarrolla de su propio trabajo. Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de los trabajadores de la Residencia de Mayores de Melilla mediante la adaptación de la escala SERVQUAL Métodos: Revisión bibliográfica, adaptación y aplicación de la escala SERVQUAL a los trabajadores de la Residencia de Mayores de Melilla. Resultados: Se identificaron las causas de mayor inconformidad de los encuestados al analizar los datos obtenidos. Conclusión: Al priorizar los elementos con mayor rango de insatisfacción se genera la oportunidad de crear acciones de mejora.
Palabras clave: Satisfacción laboral, calidad, liderazgo, SERVQUAL.

SUMMARY

Job satisfaction could be defined as the worker's attitude towards his own work, which is based on the beliefs and values that he develops about his own work. Objective: To determine the degree of satisfaction of the workers at the Melilla Care Home for the Elderly by adapting the SERVQUAL scale Methods: Literature review, adaptation and application of the SERVQUAL scale to the workers of the Melilla Care Home for the Elderly. Results: The causes of greatest nonconformity of the respondents were identified by analyzing the data obtained. Conclusion: By prioritizing the elements with the highest level of dissatisfaction, the opportunity to create improvement actions was generated.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Key words: Job satisfaction, quality, leadership, SERVQUAL.

ANÁLISIS DEL PROYECTO Y OBJETIVOS

Desde siempre, los hombres y mujeres se han dedicado a buscar recursos para satisfacer sus necesidades. En un primer momento, estos se unieron en pequeños grupos y vieron que la asociación y el esfuerzo grupal tenían muchas ventajas y que sus necesidades podrían satisfacerse mejor si enlazaban sus recursos y talentos con los otros miembros del grupo. Así, a raíz de esos primeros intentos de organización hemos llegado hasta la sociedad actual.

Al hablar de organización, cabe destacar el trabajo, que presenta un papel muy importante en la vida de hombres y mujeres. A día de hoy, pasamos casi la tercera parte del día en nuestro puesto de trabajo y así lo hacemos durante más de la mitad de nuestra vida, por eso considero que mejorar el ámbito laboral con el fin de que los trabajadores estén lo más satisfechos posibles, sientan que son eficientes y puedan sentir orgullo del trabajo que realizan debe de ser un punto primordial de toda empresa para que tenga éxito.

La satisfacción laboral podría definirse como la actitud del trabajador frente a su propio trabajo, lo cual se basa en las creencias y valores que este desarrolla de su propio trabajo.

Han sido muchos los autores que desde principios del siglo XX han estudiado este concepto. El primer autor que comenzó a hablar de satisfacción laboral fue Hoppock en 1935 [1]. A través de sus resultados enfatizó que existen múltiples factores que podrían ejercer influencia sobre la satisfacción laboral, dentro de los cuales hizo mención a la fatiga, monotonía, condiciones de trabajo y supervisión.
Por su parte, Maslow (1943) [2], [3], desarrolló la “Teoría de la Motivación Humana” en la que formula una jerarquía de necesidades humanas y defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas (parte inferior de la pirámide), los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados (parte superior de la pirámide); considerando que sólo cuando una necesidad está satisfecha, se producirá una nueva necesidad.

Figura 1: jerarquía de necesidades humanas de Maslow

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Figura 1. Jerarquía de necesidades propuesta por Maslow, representadas en forma de una pirámide (Adaptado de Chapman, 2007).

Unos años después, Herzberg en 1959 [4], sugiere que la satisfacción real del hombre con su trabajo provenía del hecho de enriquecer el puesto de trabajo, para que de esta manera pueda desarrollar una mayor responsabilidad y experimente a su vez un crecimiento mental y psicológico. En su teoría "de los dos factores" o "Teoría bifactorial de la satisfacción" se identificaron algunas necesidades de primer orden, relativo al contenido laboral, que pueden afectar el rendimiento y la productividad de los trabajadores; estas son: el sentido del logro, el reconocimiento externo, los retos laborales, la responsabilidad, el progreso y el crecimiento. Además se identificaron una serie de necesidades de segundo orden que se relacionan con el entorno y el contexto de trabajo; denominado factores de higiene a las políticas institucionales, las condiciones de trabajo, las relaciones interpersonales, los ingresos y la seguridad laboral.

Locke (1976) [5] a su vez, definió la satisfacción laboral como un "estado emocional positivo o placentero de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto".

Mason y Griffin (2002) [6] señalan que, en la organización se dan muchos procesos que son llevados a cabo en grupos, por lo que debería ser pertinente conceptualizar el constructo de "satisfacción laboral" no únicamente a nivel individual, sino también a nivel grupal y organizacional. Por lo anterior, es que ellos definen "satisfacción de la tarea del grupo", como la actitud compartida del grupo hacia su tarea y hacia el ambiente de trabajo.

Morillo (2006) [7] define la satisfacción laboral como la "perspectiva favorable o desfavorable que tienen los trabajadores sobre su trabajo expresado a través del grado de concordancia que existe entre las expectativas de las personas con respecto al

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

trabajo, las recompensas que este le ofrece, las relaciones interpersonales y el estilo gerencial".

Para poner en marcha mi proyecto me guié de la matriz DAFO para determinar cuál es el punto de partida del estudio que quiero realizar y llevar a cabo los objetivos propuestos.

La matriz DAFO [8] fue creada por un grupo de profesionales norteamericanos asociados al llamado "Boston Consulting Group" y ha sido empleada desde los años 60 con amplia divulgación en distintos ámbitos.

Es un acrónimo que viene a significar:

D de Debilidades
A de Amenazas
F de Fortalezas
O de Oportunidades

Las debilidades y las fortalezas dependen totalmente de nosotros, son características personales y fisiológicas, valores, contactos, habilidades, creencias, conocimientos que nos limitan (debilidades) o nos potencian (fortalezas). Las amenazas y las

oportunidades "no dependen totalmente" de nosotros, puesto que el entorno tiene una alta influencia.

Una línea de actuación es mejorar las debilidades apoyándonos en las fortalezas, aprovechando las oportunidades que tenemos y prestando atención y minimizando las consecuencias negativas de las amenazas que nos podamos encontrar.

Después de llevar casi 8 años en mi centro de trabajo observo que no hay cohesión de grupo en el área asistencial debido a una mala comunicación entre profesionales, falta de motivación, sensación de no ser valorados, de no pertenecer a un grupo, problemas de falta de personal… que lleva a que cuando sales del trabajo te dan ganas de no volver, de tener la sensación que cada persona trabaja en una dirección diferente de modo que lleva a un desgaste físico y emocional con el resultado de que "no se tira del carro en el mismo sentido".

Pero a pesar de ello considero que existen muy buenos profesionales en todo el equipo y que se podría conseguir, con el esfuerzo de todos, una cohesión de equipo y una motivación en general que dé como resultado una buena percepción del trabajo y que

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

sea apreciado en una calidad de cuidado por parte de los usuarios de la Residencia de Mayores.

Tabla 1: Matriz DAFO

AMENAZAS	FORTALEZAS
· Desconocimiento de los objetivos de cada equipo profesional · Contratos precarios · Mala organización interna · Mala comunicación	· Ganas de mejora laboral · Anteponer el beneficio del usuario al del propio trabajador · Trabajo en equipo en situaciones adversas
DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
· Sensación de no ser un equipo · Mala gestión a los cambios · Desmotivación	· Acceso a formaciones e información · Resultados positivos en términos de satisfacción de los usuarios. · Redistribución de cargas de trabajo

Objetivo principal

Conocer el grado de satisfacción de los trabajadores del área asistencial de la Residencia de Mayores de Melilla en marzo de 2021.

Objetivos específicos

Analizar los principales aspectos de insatisfacción de los trabajadores del área asistencial de la Residencia de Mayores de Melilla en marzo de 2021.

Proponer acciones de mejora respecto a los puntos de mayor insatisfacción por parte de los trabajadores del área asistencial de la Residencia de Mayores de Melilla analizados a través de la encuesta SERVQUAL.
Mejorar la calidad asistencial de los usuarios de la Residencia de Mayores de Melilla a raíz de mejorar el trabajo el equipo del área asistencial.

DISEÑO DEL PROYECTO

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

He adaptado una encuesta de la escala SERVQUAL que he pasado a los trabajadores del área asistencial de la Residencia de Mayores de Melilla a través de un enlace de página web “(www.encuesta.com)” en el que dichas encuestas se realizan de forma anónima.

El Modelo SERVQUAL es una escala de evaluación de la calidad que puede adaptarse a múltiples empresas de servicios, con buena validez y confiabilidad. Para el sector salud fue adatada y validada en 1992 (Babakus & Mangold, 1992) [9].

La calidad está dada por la diferencia entre las expectativas y la percepción global. Se acepta que un servicio es de calidad cuando la percepción iguala o supera las expectativas, por tanto, la diferencia es igual o mayor a cero (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1988) [10].

La escala SERVQUAL tiene cinco dimensiones de calidad, que según sus autores son:
Elementos tangibles: instalaciones, equipo, personal y material de comunicación.
Capacidad de respuesta: disposición de ayuda.
Responsabilidad o fiabilidad: ejecutar el servicio prometido.
Seguridad: conocimiento y capacidad de inspirar confianza.
Empatía: cuidado y atención individualizada.

La evaluación de estas dimensiones está distribuida en veintidós preguntas de expectativas y veintidós preguntas de percepciones de los trabajadores. El tipo de respuesta sé da en una escala tipo Likert con puntuación desde uno hasta siete, donde uno se considera que el trabajador no está de acuerdo o considera que el ítem de estudio es poco importante hasta siete, donde el trabajador considera que el ítem de estudio es muy importante o está totalmente de acuerdo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

Material y métodos

A través de una revisión bibliográfica, analizo y adapto la escala SERVQUAL para que a través de su aplicación se identifiquen áreas de insatisfacción para emprender acciones de mejora.

Para la recolección de los datos pedí autorización a la Dirección de la Residencia de Mayores de Melilla a través de correo electrónico.

La encuesta adaptada de la escala SERVQUAL está diseñada en 3 cuestionarios:

FASE 1. Capta las expectativas que tienen los trabajadores de la Residencia de Mayores de Melilla evaluando la importancia que para ellos sería trabajar en una Residencia de Mayores excelente.
FASE 2. Capta las percepciones de los trabajadores de la Residencia de Mayores de Melilla respecto a lo que ellos aprecian en el día a día de su trabajo.
FASE 3. Recoge datos sociodemográficos del encuestado en relación al sexo, grupo profesional, edad y años de antigüedad en la Residencia. En este apartado también se deja una pregunta abierta para conocer qué es lo que le gustaría mejorar del equipo al encuestado.

Dicha encuesta fue realizada en el mes de marzo de 2021 a través de un enlace de página web enviado por vía “Whatsapp” a los trabajadores de la Residencia de Mayores de Melilla por el que se accedía a la propia encuesta donde los resultados se analizaron de forma anónima.

Se determinó estudiar a los trabajadores de la Residencia de Mayores del área asistencial pertenecientes a IMSERSO en el que se incluían enfermeras, TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería), médicos, psicólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas. Se excluyó de la encuesta a los trabajadores pertenecientes a la empresa privada que están a cargo de los servicios de limpieza, jardinería, cocina y mantenimiento.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Análisis de los datos

De las 151 personas que accedieron a la encuesta a través del enlace facilitado, la tasa de respuesta sin finalización de la misma fue de un 64% sobre el total de los accesos y un total de 35.4% de los encuestados finalizaron la encuesta por completo.

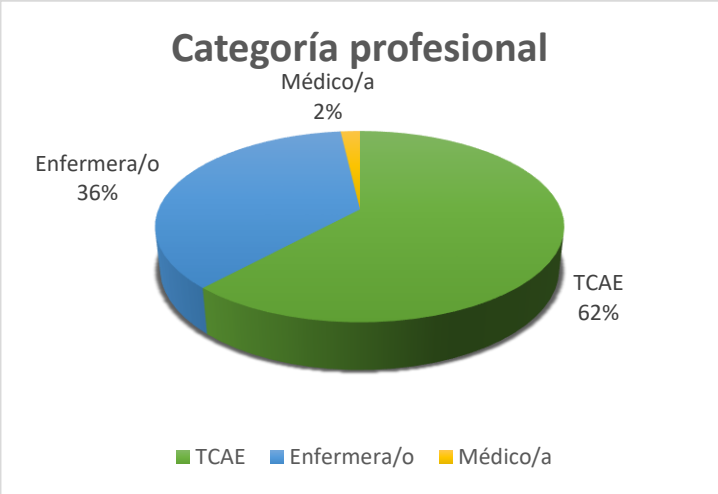
Para el análisis de los resultados sólo tuve en cuenta aquellos que completaron la encuesta en su totalidad. De ellos, el 96% fueron mujeres y un 4% fueron hombres.

Gráfico 1: Sexo

A pesar de ser una encuesta abierta para los trabajadores del área asistencial de la Residencia de Mayores de IMSERSO sólo se obtuvieron respuestas de los enfermeros con un 36% de participación, de los TCAE con un 62% y de los médicos con un 2%.

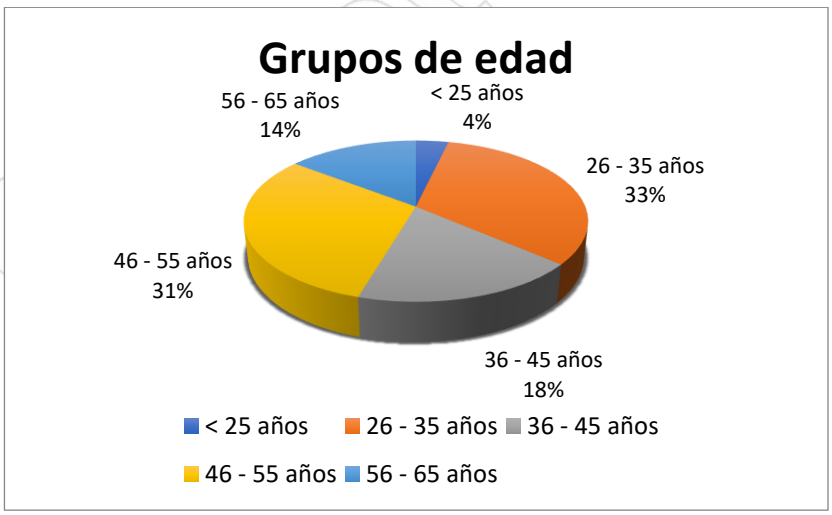
Gráfico 2: Categoría profesional

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021



Atendiendo a los grupos de edad, las edades de los trabajadores encuestados comprendidas entre 26 y 35 años y 46 y 55 años prácticamente tienen el mismo porcentaje de participación con un 33% y un 31%, respectivamente. Los grupos de edad comprendidos entre 36 y 45 años y entre 56 y 65 años van también a la par con un porcentaje de participación de un 18% y un 14% respectivamente. El grupo de edad que tuvo menor participación fue el de menores de 25 años con un 4%.

Gráfico 3: Grupos de edad

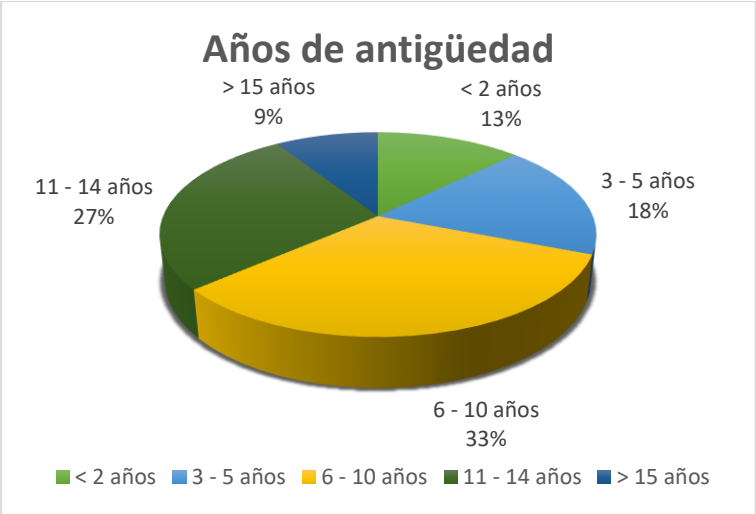


Respecto al porcentaje de participación de los encuestados y los años que llevan de servicio en la Residencia de Mayores el grupo del que más se obtuvo respuesta fue de los que llevan trabajando entre 6 y 10 años con un 33%, seguido de los que llevan trabajando entre 11 y 14 años con un 27%. El intervalo de años de antigüedad comprendido entre 3 y 5 años tiene un 18% de participación y los extremos de < de 2

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

años y >de 15 años de antigüedad tuvieron el menor porcentaje de participación con un 13% y un 9% respectivamente.

Gráfico 4: Años de antigüedad en la residencia



La confiabilidad de la escala SERVQUAL fue establecida a través del alfa de Cronbach [11], El coeficiente alfa fue descrito en 1951 por Lee J. Cronbach. Es un índice usado para medir la confiabilidad del tipo consistencia interna de una escala, es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados. El coeficiente Alfa de Cronbach oscila entre el 0 y el 1. Cuanto más próximo esté a 1, más consistentes serán los ítems serán entre sí (y viceversa En el estudio de la encuesta obtuve como resultado un alfa de Cronbach de 0,78 para un total (n) de 55 personas que respondieron la encuesta por completo. Para la subescala de las expectativas, el alfa de Cronbcah fue de 0,69 y para la subescala de las percepciones el alfa de Cronbach fue de 0,88, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2: Alfa de Cronbach

ESCALA SERVQUAL	N	ALFA DE CRONBACH
EXPECTATIVAS	55	0.69
PERCEPCIÓN	55	0. 88
TOTAL	55	0.78

En la Tabla 3, que se puede consultar en el Anexo I, adjunto la relación de las 22 preguntas incluidas en la encuesta respecto a las expectativas y percepciones que el

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

encuestado tuvo que responder para el estudio de la satisfacción general de los trabajadores de la Residencia de Mayores de Melilla según la escala SERVQUAL.

En ambas columnas las preguntas medían las siguientes dimensiones de estudio:

Elementos tangibles: Preguntas 1 a 4 inclusive.
Capacidad de respuesta: Preguntas 5 a 8 inclusive.
Responsabilidad: Preguntas 9 a 12 inclusive.
Seguridad: Preguntas 13 a 17 inclusive.
Empatía: Preguntas 18 a 22 inclusive.

Para conocer el grado de satisfacción de los encuestados he calculado las respectivas medias de respuesta de la escala LIKERT para cada una de las afirmaciones. De la diferencia entre las medias de la percepción y la expectativa se obtiene la brecha de satisfacción o insatisfacción. Si la percepción es menor que la expectativa existe insatisfacción y si por el contrario la percepción es mayor que la expectativa existe satisfacción por parte del encuestado.

A continuación y separados en tablas por dimensión estudiada he calculado las diferencias existentes para conocer qué aspectos presentan mayor grado de insatisfacción para abrir estrategias de mejora.

De las 22 afirmaciones que tiene el cuestionario, solo una, la pregunta 20 “si existe un buen trabajo en equipo la calidad de los cuidados mejoraría”, que se encuentra en la dimensión “empatía” ha obtenido un resultado positivo, con lo que la percepción supera a la expectativa y existe satisfacción. El resto de las 21 preguntas han obtenido un resultado negativo, por lo que la percepción es menor que la expectativa dando como resultado insatisfacción por parte de los encuestados.

Para emprender acciones de mejora tendré en cuenta aquellos ítems que la diferencia o brecha de insatisfacción sea mayor de -2.
La dimensión “elementos tangibles” hace referencia a las apariencias físicas y al equipo que conforma una Residencia de Mayores.

Tabla 4: Elementos tangibles

PREGUNTAS	DIMENSIÓN	EXPECTATIVAS	PERCEPCIONES	DIFERENCIA
1		5,89	2,45	-3,44

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

2	ELEMENTOS TANGIBLES	5,69	3,12	-2,57
3		6,41	3,44	-2,97
4		6,23	3,2	-3,03

En esta dimensión, las expectativas a las preguntas 1 y 2 aunque son de media alta, donde 7 es el valor más elevado y 1 el más bajo, han obtenido de las puntuaciones más bajas del total del cuestionario, la mayoría están por encima de 6. Por lo que para los trabajadores de la Residencia el que ésta tenga una buena apariencia y se disponga de una organización moderna se considera importante pero no prioritario para que exista un buen clima laboral. A las preguntas 3 y 4 que se refieren a que se cuente con los recursos materiales adecuados para el trabajo diario se les da una expectativa muy alta, considerándolo muy importante para una tener una buena satisfacción laboral.

La dimensión “capacidad de respuesta” hace referencia a la habilidad para proporcionar lo prometido con precisión y eficacia por parte de los compañeros o del equipo directivo.

Tabla 5: Capacidad de respuesta

PREGUNTAS	DIMENSIÓN	EXPECTATIVAS	PERCEPCIONES	DIFERENCIA
5	CAPACIDAD DE RESPUESTA	6,07	2,3	-3,77
6		6,38	2,14	-4,24
7		6,3	4,65	-1,65
8		6,2	4,84	-1,36

Las preguntas 5 y 6 hacen referencia a lo que se espera del equipo directivo, pilar de la organización y coordinación de los trabajadores. De ellos se tiene una expectativa muy alta y la percepción de ese cumplimiento es muy baja por lo que se ha obtenido la mayor brecha de insatisfacción del cuestionario.
Las preguntas 7 y 8 hacen referencia a lo que se espera del compañero; en ellas también existe una expectativa alta pero la percepción que se tiene de que los compañeros cumplen con lo que se espera de ellos obtiene una media alta por lo que, aunque existe insatisfacción, esta es menor.

La dimensión “responsabilidad” engloba las afirmaciones relacionadas con la habilidad de responder de manera adecuada a lo que el puesto de trabajo ofrece.

Tabla 6: Responsabilidad

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

PREGUNTAS	DIMENSIÓN	EXPECTATIVAS	PERCEPCIONES	DIFERENCIA
9	RESPONSABILIDAD	6,16	5,2	-0,96
10		6,27	3,4	-2,87
11		6,2	4,6	-1,6
12		6,05	4,6	-1,45

Las expectativas de esta dimensión en todas sus afirmaciones siguen siendo muy altas de media, haciendo referencia al conocimiento que ofrece el puesto de trabajo, las oportunidades que se puedan ofrecer para mejorar y la definición de las tareas y responsabilidades por parte de cada trabajador se tienen muy en cuenta para que la satisfacción laboral se dé en la Residencia. De esta dimensión, la pregunta 10, que hace referencia a los retos, oportunidad de mejorar y posibilidad de participación obtiene una brecha de insatisfacción alta que ofrece interés para abrir estrategias de mejora.

En la dimensión "seguridad" se encuentran las afirmaciones relacionadas con la habilidad para inspirar confianza y credibilidad por parte de la dirección y de los compañeros.

Tabla 7: Seguridad

PREGUNTAS	DIMENSIÓN	EXPECTATIVAS	PERCEPCIONES	DIFERENCIA
13	SEGURIDAD	5,96	3,8	-2,16
14		6,2	2,4	-3,8
15		6,2	4,9	-1,3
16		6,2	4,36	-1,84
17		6,3	2,41	-3,89

La pregunta 13, "los compañeros antes un problema, asumen su parte de responsabilidad" tiene una de las expectativas más bajas junto con las preguntas 1 y 2 de la dimensión "elementos tangibles".
Las expectativas de las preguntas 14, 15, 16 y 17 son muy altas, dando importancia al sentimiento de "sentir seguridad" para tener satisfacción laboral. Por su parte la seguridad que viene dada por parte de la dirección tiene una percepción baja, mostrándose en las preguntas 14 y 17 y la seguridad ofertada por los compañeros tienen una percepción media – alta cómo se observa en las preguntas 15 y 16.

La dimensión "empatía" recoge las preguntas de la encuesta relacionadas con los valores y creencias para dar y recibir una atención individual y personalizada.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Tabla 8: Empatía

PREGUNTAS	DIMENSIÓN	EXPECTATIVAS	PERCEPCIONES	DIFERENCIA
18	EMPATÍA	6,3	4,49	-1,81
19		6,3	4,74	-1,56
20		6,3	6,36	0,06
21		6,5	4,85	-1,65
22		6,4	4,47	-1,93

En esta tanda de afirmaciones la pregunta 21 tiene la media más alta de expectativa de todo el cuestionario considerando por la muestra de trabajadores que han respondido al cuestionario que lo más importante para ellos es que los cuidados han de basarse en la calidad humana, en las personas y sus valores.
En general en esta dimensión a pesar de existir insatisfacción, estas son en menor medida no superando ninguna de ellas la diferencia de -2 entre lo que se espera y lo que se percibe en el día a día.

Propuesta de acciones de mejora

Las afirmaciones por tanto que han tenido la mayor brecha de insatisfacción y priorizo son las siguientes:

El equipo directivo transmite confianza y capacidad de respuesta a sus trabajadores.
La dirección hace lo posible para que los trabajadores se sientan seguros en su trabajo.
El equipo directivo cuando promete hacer algo en cierto tiempo, lo cumple.
La Residencia tiene una organización moderna.
La dirección ante un problema responde de una manera adecuada para ayudar y corregir errores.
Las condiciones de espacio, mobiliario, temperatura, iluminación… permiten desempeñar el trabajo con normalidad.
La Residencia dispone de recursos materiales suficientes y necesarios para realizar el trabajo de manera adecuada.
El puesto de trabajo ofrece retos y la oportunidad de mejora.
Las instalaciones físicas de la Residencia son de apariencia atractiva.
Existe una cultura de equipo y ante un problema se asume por cada uno su parte de responsabilidad.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Las acciones de mejora que propongo son las siguientes:

1. Tomar conciencia por parte de todos de los resultados obtenidos para poder iniciar un cambio de mejoras del que todos nos podamos satisfacer y establecer una relación de "ganar- ganar".
2. Abrir un buzón de sugerencias para todos los trabajadores en el que la persona que quiera puede aportar una o varias ideas para mejorar la unión y formar equipo. En este buzón no existen las quejas, solo soluciones. En la encuesta había una pregunta abierta en referencia a este punto en la que algunos encuestados ya dejaron su aportación. A continuación, dejo un resumen de las mismas:

- Más actividades para realizar con los residentes en las plantas como juegos, bailes… de los que todos disfrutemos un rato.
- Mejorar la organización para optimizar el tiempo.
- Ayudarse más entre compañeros y cuidar el material, que es de todos.
- Más formación y supervisión.
- Mejorar la calidad del trabajo en equipo, fomentando la importancia de una adecuada formación en Inteligencia emocional para conseguir una versión mejorada de trabajo en equipo.
- Asumir responsabilidades.
- Tener más empatía.

3. Realizar al menos dos veces al año una reunión entre el equipo directivo y una representación de cada grupo profesional (fomentar la participación) para expresar lo que puede estar fallando, sacar conclusiones y proponer soluciones entre TODOS que serán a posteriori visibles para todos los trabajadores. Por ejemplo:
- Fijar objetivos realistas, viables y creativos, comunes a todos para desarrollar a corto plazo para crear una identidad de equipo. Sin meta, no hay equipo.
- Proporcionar sistemas de evaluación de los mismos.
- Clarificar expectativas de rol de los miembros.

4. Tener en cuenta al trabajador en las decisiones que le puedan afectar, que esta sepa lo que se desea de él para darle seguridad y conocimiento de su responsabilidad en el puesto de trabajo. En el equipo cuando las funciones y responsabilidades están bien definidas se facilita el uso de talento individual y así cada uno conoce y entiende sus deberes y responsabilidades sobre sus objetivos y tareas.
5. Comunicación eficaz: hablar claro para evitar malos entendidos: fomentar la escucha empática. No interrumpir ni completar oraciones, no prejuzgar ni adjudicar

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

terceras intenciones. Captar y mantener el interés. Cuidar la comunicación no verbal. Mantener una actitud receptiva y retroalimentación.

6. Reconocer a los trabajadores el trabajo bien hecho o el esfuerzo realizado y amonestar o corregir individualmente a aquella persona que no esté realizando su trabajo de manera correcta.
7. Fomentar la cultura de ayudar y saber pedir ayuda cuando sea necesario. Aprender de los demás.
8. Crear confianza respetando las ideas de los demás y tratar a los demás con dignidad y respeto para dar humanización.

4. EVALUACIÓN

Los objetivos propuestos para este proyecto serán evaluados anualmente con la realización nuevamente de la encuesta adaptada de la escala SERQUAL tanto para trabajadores de la residencia, midiendo nuevamente la satisfacción general existente, como para los usuarios o residentes midiendo la calidad de los cuidados ofrecidos por los trabajadores de la Residencia de Mayores.

De dicha evaluación saldrán nuevos objetivos o se reforzarán los existentes para accionar y entre todos fomentar un buen clima de trabajo para conseguir unos cuidados de calidad excelente.

5. CONCLUSIONES

A raíz de analizar los datos obtenidos de la encuesta adaptada de la escala SERVQUAL, he sacado las siguientes conclusiones:

· La gran parte de la insatisfacción de los trabajadores de la Residencia de Mayores de Melilla recae en el aspecto físico, instalaciones, mobiliario y materiales de los que se disponen ya que en las cuatro afirmaciones que tiene la dimensión de la escala “Elementos Tangibles” todos sus ítems han tenido una brecha de insatisfacción alta.

· La afirmación con mayor brecha de insatisfacción es la que “el equipo directivo transmite confianza y capacidad de respuesta a sus trabajadores”.

· El 96% de los encuestados fueron mujeres, lo que demuestra que a día de hoy, las profesiones relacionadas con el cuidado, como es el caso de la enfermería, siguen estando a cargo de mujeres.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

· Respecto a la pregunta abierta "Qué te gustaría mejorar del equipo" se dijo lo siguiente:

- Qué hubiera más calidad humana
- Qué tuviéramos más formación
- Mobiliario y materiales adecuados
- Mayor implicación de la dirección, más cercanía de estos con los trabajadores para que sean conscientes de las verdaderas necesidades
- Más colaboración de mis superiores en los problemas que surjan con el residente, familiares, compañeras, en general más empatía en el trabajo
- Mejorar la comunicación entre la dirección y el equipo de TCAE y enfermería así como estos con el resto del equipo multidisciplinar
- Mayor reconocimiento de la labor que se realiza por parte de las enfermeras y TCAE
- Que se escuche más al trabajador en tema de necesidades del residente
- Mejoras en la organización, coordinación y motivación

- Fomentar la importancia que tiene el equipo multidisciplinar en Geriatría, asumiendo las responsabilidades inherentes de cada profesional
- Dar confianza, apoyo, motivación, disposición, disponibilidad, compromiso y empatía
- Mayor estabilidad laboral
- Funciones definidas

· La única afirmación en la que existe satisfacción es "si existe una cultura de equipo, la calidad de los cuidados mejoraría". Por tanto, considero que teniendo unos objetivos comunes, generando confianza y compromiso, desarrollando habilidades de comunicación, dando apoyo y con un liderazgo adecuado, estoy segura de que el clima laboral mejoraría asumiendo por parte de todos los trabajadores su parte de responsabilidad y motivación.

6. BIBLIOGRAFÍA

Hoppock, R. (1935). Job Satisfaction. New York. United States. Harper Ed.
Maslow, Abraham H. (1943). Una teoría sobre la motivación humana.
Maslow, Abraham H. (1972). El hombre autorrealizado. Editorial: Kairós.
Herzberg, F.; Mausner, B.; Snyderman, B. (1959). The motivation to work. New York, United States. Wiley Ed.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Locke, E.A. (1976). "The nature and causes of job satisfaction", in Dunnette. Handbook of industrial and organizational psicology. Chicago. United States. Rand McNally College Ed.

Maston, C. y Griggin, M. (2002). Grouptask Satisfaction: Applying the Construct of Job Satisfaction to Groups. Small Group Research.

Morillo, I. (2006). Nivel de satisfacción del personal académico del Instituto Pedagógico de Miranda José Manuel Siso Martínez en relación con el estili de liderazgo del jefe del departamento. Pp. 43-57.

Dilts, R. (2004). Coaching, herramientas para el cambio. Editorial: Urano.

González-Valentín A, Padín-López S, RamónGarrido E. Patient satisfaction with nursing care in a Regional University Hospital in Southern Spain. J Nurs Care Qual. 2005

Parasuraman A, Berry L, Zeithaml A. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J Retailing. 1988; 64:12-40.

Cohen, L. & Manion, L. (2002). Métodos de investigación cuantitativa. Madrid: La Muralla.

Borrel, Francesc, ediciones gestión, 2000 “Cómo trabajar en equipo”, España.

Jimenez, S. (2006). Cuestión de confianza. Más allá de la inteligencia emocional. Editorial: Agapea.

Covey, S. R. (2011). Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva. Editorial: Paidós ibérica.

West, Michael A. (2003). El trabajo eficaz en equipo 1+1=3. Editorial: Paidós Plural.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

7. ANEXOS

Anexo I: Preguntas que se hicieron a los trabajadores

Tabla 3: Relación de preguntas Expectativa y Percepción

Preguntas Expectativa	Preguntas Percepción
1. Una Residencia de mayores excelente tiene una organización moderna	1. La Residencia de Mayores de Melilla tiene una apariencia moderna y está bien organizada
2. Una Residencia de mayores excelente tiene unas instalaciones físicas con apariencia atractiva	2. Las instalaciones físicas de la Residencia de Mayores de Melilla son visualmente atractivas
3. Una Residencia de mayores excelente dispone de los recursos materiales suficientes y necesarios para realizar mi trabajo de manera adecuada	3. La Residencia de Mayores de Melilla dispone de los materiales y recursos necesarios y con ellos puedo realizar mi trabajo de manera adecuada
4. Una Residencia de mayores excelente tiene unas condiciones de espacio, mobiliario, temperatura e iluminación, que permiten desempeñar mi trabajo con normalidad.	4. Las condiciones de espacio, mobiliario, temperatura, iluminación... me permiten desempeñar mi trabajo con comodidad y seguridad
5. Cuando en una Residencia de mayores excelente el equipo directivo promete hacer algo en cierto tiempo, lo cumple	5. Siente que cuando el equipo directivo promete hacer algo en cierto tiempo, lo cumple
6. En una Residencia de mayores excelente el equipo directivo transmite confianza y capacidad de respuesta a sus trabajadores	6. El equipo directivo siempre me transmite confianza y capacidad de respuesta a mis necesidades
7. Ante una dificultad, en una Residencia de mayores excelente, los compañeros muestran interés por ayudar, son equipo	7. Ante una dificultad, mis compañeros muestran interés por ayudarme
8. En una Residencia de mayores excelente, cuando alguien pide ayuda a un compañero para realizar una actividad, existe la cultura de ayudarse a la primera	8. Cuando pido ayuda a un compañero para realizar una actividad, éstos me ayudan a la primera
9. En una Residencia de mayores excelente, cada perfil profesional tiene claras cuáles son sus tareas, las relaciones de liderazgo en el equipo y responsabilidades	9. Tengo claro cuáles son mis tareas y responsabilidades
10. En una Residencia de mayores excelente, el puesto de trabajo ofrece	10. Mi puesto de trabajo me ofrece retos y la oportunidad de seguir mejorando

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

retos, la oportunidad de mejorar y posibilidad de participación	
11. En una Residencia de mayores excelente, la capacidad profesional está alineada y definida con las tareas y responsabilidades asignadas	11. Mi capacidad profesional está de acuerdo a las tareas y responsabilidades asignadas
12. En una Residencia de mayores excelente, la organización vela por aplicar la mejora de la práctica clínica y para ello invierte en formación continuada	12. Me intereso por la mejora de la práctica clínica por lo que realizo formación continuada
13. En una Residencia de mayores excelente, existe una cultura de equipo y ante un problema, se asume por cada uno su parte de responsabilidad	13. Siento que mis compañeros, ante un problema, asumen su parte de responsabilidad
14. En una Residencia de mayores excelente, la dirección ante un problema, responde de una manera adecuada para ayudar y corregir errores	14. Siento que la dirección, ante un problema, responde de una manera adecuada para ayudarme
15. En una Residencia de mayores excelente, existe un clima de fomento de las buenas relaciones entre compañeros	15. Los compañeros son siempre amables conmigo
16. En una Residencia de mayores excelente, ante una situación de incertidumbre se siente que los compañeros de los equipos se apoyan y se transmite tranquilidad	16. Ante una situación de incertidumbre siento que mis compañeros me trasmiten tranquilidad
17. En una Residencia de mayores excelente, la dirección hace lo posible para que los trabajadores se sientan seguros en su trabajo	17. La dirección hace lo posible para darme seguridad
18. En una Residencia de mayores excelente, los compañeros le inspiran confianza, compañerismo y orgullo de pertenencia	18. Los compañeros me inspiran confianza y compañerismo
19. En una Residencia de mayores excelente, se fomenta el respeto y la ética de la práctica apoyada en los valores de las personas	19. Las personas con las que me relaciono en la Residencia actúan con respeto, cordialidad y de manera ética
20. En una residencia de Mayores excelente existe un buen trabajo en equipo clave para una buena calidad de los cuidados	20. Considero que si existe un buen trabajo en equipo, la calidad de los cuidados mejoraría
21. En una Residencia de mayores excelente, los cuidados se centran en las personas, en sus valores y se apoyan en la calidad humana	21. Considero que en la Residencia de Mayores de Melilla los cuidados se centran en la calidad humana

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

22. En una Residencia de mayores excelente, se fomenta una práctica de cuidados donde priman los deseos de las personas, sus valores y sus creencias	22. Siento que existe empatía entre compañeros

Anexo II: Encuesta para conocer el grado de satisfacción de los trabajadores de la residencia de mayores de Melilla

ENCUESTA PARA CONOCER EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE IMSERSO EN MELILLA A TRAVÉS DEL CUESTIONARIO SERVQUAL

El SERVQUAL es una herramienta de escala multidimensional para evaluar la calidad del servicio brindado en empresas del sector Educación, Salud, etc. desarrollado por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Quienes sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (Clientes, pacientes, beneficiarios, etc.) y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, puede constituir una medida de calidad del servicio y la brecha existente entre ambas como un indicador para mejorar.
El objetivo de esta encuesta es conocer el grado de satisfacción general de los trabajadores en la Residencia de Mayores. Este estudio es anónimo por lo que no debe de aparecer el nombre de la persona que realiza la encuesta y la información recogida será para fines puramente estadísticos para la realización de un trabajo fin de Máster.
Agradezco de antemano su colaboración.
Nerea García Rodríguez. Enfermera.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En primer lugar, califique las expectativas que se refieren a la IMPORTANCIA que usted le otorga a la característica descrita. Utilice la escala numérica del 1 al 7 para marcar con una "X" la casilla que usted elija. Puntúe desde 1 como la peor calificación, considerándolo nada importante hasta 7 como la mejor calificación, a lo que considera muy importante

EXPECTATIVAS	1	2	3	4	5	6	7
1. Una Residencia de mayores excelente tiene una organización moderna							
2. Una Residencia de mayores excelente tiene unas instalaciones físicas con apariencia atractiva							
3. Una Residencia de mayores excelente dispone de los recursos materiales suficientes y necesarios para realizar mi trabajo de manera adecuada							
4. Una Residencia de mayores excelente tiene unas condiciones de espacio, mobiliario, temperatura e iluminación, que permiten desempeñar mi trabajo con normalidad.							
5. Cuando en una Residencia de mayores excelente el equipo directivo promete hacer algo en cierto tiempo, lo cumple							
6. En una Residencia de mayores excelente el equipo directivo transmite confianza y capacidad de respuesta a sus trabajadores							
7. Ante una dificultad, en una Residencia de mayores excelente, los compañeros muestran interés por ayudar, son equipo							
8. En una Residencia de mayores excelente, cuando alguien pide ayuda a un compañero para realizar una actividad, existe la cultura de ayudarse a la primera							
9. En una Residencia de mayores excelente, cada perfil profesional tiene claras cuáles son sus tareas, las relaciones de liderazgo en el equipo y responsabilidades							
10. En una Residencia de mayores excelente, el puesto de trabajo ofrece retos, la oportunidad de mejorar y posibilidad de participación							
11. En una Residencia de mayores excelente, la capacidad profesional está alineada y definida con las tareas y responsabilidades asignadas							
12. En una Residencia de mayores excelente, la organización vela por aplicar la mejora de la práctica clínica y para ello invierte en formación continuada							
13. En una Residencia de mayores excelente, existe una cultura de equipo y ante un problema, se asume por cada uno su parte de responsabilidad							
14. En una Residencia de mayores excelente, la dirección ante un problema, responde de una manera adecuada para ayudar y corregir errores							
15. En una Residencia de mayores excelente, existe un clima de fomento de las buenas relaciones entre compañeros							
16. En una Residencia de mayores excelente, ante una situación de incertidumbre se siente que los compañeros de los equipos se apoyan y se transmite tranquilidad							

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

17. En una Residencia de mayores excelente, la dirección hace lo posible para que los trabajadores se sientan seguros en su trabajo							
18. En una Residencia de mayores excelente, los compañeros le inspiran confianza, compañerismo y orgullo de pertenencia							
19. En una Residencia de mayores excelente, se fomenta el respeto y la ética de la práctica apoyada en los valores de las personas							
20. Existe un buen trabajo en equipo clave para una buena calidad de los cuidados							
21. En una Residencia de mayores excelente, los cuidados se centran en las personas, en sus valores y se apoyan en la calidad humana							
22. En una Residencia de mayores excelente, se fomenta una práctica de cuidados donde priman los deseos de las personas, sus valores y sus creencias							

En segundo lugar, califique las percepciones, que se refieren a lo que usted piensa sobre la característica descrita. Utilice la escala numérica del 1 al 7 para marcar con una "X" la casilla que usted elija. Considere 1 como la peor calificación, con lo que está totalmente en desacuerdo y 7 como la mejor calificación, con lo que está en total de acuerdo.

PERCEPCIONES	1	2	3	4	5	6	7
1. La Residencia de Mayores de Melilla tiene una apariencia moderna y está bien organizada							
2. Las instalaciones físicas de la Residencia de Mayores de Melilla son visualmente atractivas							
3. La Residencia de Mayores de Melilla dispone de los materiales y recursos necesarios y con ellos puedo realizar mi trabajo de manera adecuada							
4. Las condiciones de espacio, mobiliario, temperatura, iluminación... me permiten desempeñar mi trabajo con comodidad y seguridad							
5. Siento que cuando el equipo directivo promete hacer algo en cierto tiempo, lo cumple							
6. El equipo directivo siempre me transmite confianza y capacidad de respuesta a mis necesidades							
7. Ante una dificultad, mis compañeros muestran interés por ayudarme							
8. Cuando pido ayuda a un compañero para realizar una actividad, éstos me ayudan a la primera							
9. Tengo claro cuáles son mis tareas y responsabilidades							
10. Mi puesto de trabajo me ofrece retos y la oportunidad de seguir mejorando							
11. Mi capacidad profesional está de acuerdo a las tareas y responsabilidades asignadas							

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

12. Me intereso por la mejora de la práctica clínica por lo que realiza formación continuada							
13. Siento que mis compañeros, ante un problema, asumen su parte de responsabilidad							
14. Siento que la dirección, ante un problema, responde de una manera adecuada para ayudarme							
15. Los compañeros son siempre amables conmigo							
16. Ante una situación de incertidumbre siento que mis compañeros me trasmiten tranquilidad							
17. La dirección hace lo posible para darme seguridad							
18. Los compañeros me inspiran confianza y compañerismo							
19. Las personas con las que me relaciono en la Residencia actúan con respeto, cordialidad y de manera ética							
20. Considero que si existe un buen trabajo en equipo, la calidad de los cuidados mejoraría							
21. Considero que en la Residencia de Mayores de Melilla los cuidados se centran en la calidad humana							
22. Siento que existe empatía entre compañeros							

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Marque con una "X" al lado de donde corresponda:

CATEGORÍA PROFESIONAL

- TCAE __
- ENFEREMERA __
- FISIOTERAPEUTA __
- MÉDICO __
- TERAPUETA OCUPACIONAL __
- PSICÓLOGO __

SEXO

- HOMBRE ____
- MUJER ____

EDAD

- < 25 AÑOS ____
- 25-35 AÑOS ____
- 36-45 AÑOS ____
- 46-55 AÑOS ____
- 56-65 AÑOS ____

AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA RESIDENCIA

- 2 AÑOS O MENOS ____
- DE 3 A 5 AÑOS ____
- DE 6 A 10 AÑOS ____
- DE 11 A 14 AÑOS ____
- MAS DE 15 AÑOS ____

¿QUÉ TE GUSTARÍA MEJORAR EN EL EQUIPO?

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 8: INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ENTRE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y SOCIOSANITARIA PROTOCOLO DE CUMPLIMENTACIÓN

AUTORÍA: María del Carmen Cejudo Hontiyuelo

1. RESUMEN

En una sociedad cada vez más envejecida se ve aumentado el número de ancianos institucionalizados. Cuando un paciente mayor pasa por el hospital puede cambiar su situación clínica y funcional después del ingreso, por eso es fundamental llevar a cabo unos buenos cuidados de transición para asegurar la continuidad asistencial. Cuando esta transición se produce entre hospitalaria y el medio sociosanitario se deben adaptar las herramientas de comunicación interniveles al contexto.

Este trabajo tiene como objetivo potenciar la coordinación en la asistencia entre atención hospitalaria y sociosanitaria.

Se propone la elaboración de un protocolo de cumplimentación del Informe de Continuidad de Cuidados donde se repasan los elementos imprescindibles y/o deseables de este documento y se dan instrucciones para cumplimentarlos de forma adaptada al contexto de comunicación hospitalaria-sociosanitaria.

Además, se proponen nuevas vías de comunicación entre atención hospitalaria y sociosanitaria, como la implantación del acceso a la historia clínica electrónica a los

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

profesionales de residencias, lo que facilitaría la consulta del Informe de Cuidados al Alta por su parte.
Con la puesta en marcha de este protocolo se pretende mejorar la comunicación interniveles involucrando a todos los agentes implicados, hospitalaria y primaria como se ha hecho hasta ahora, pero sin dejar de lado e incluyendo a los profesionales que reciben a los pacientes en residencias.

Palabras clave: Alta del paciente, residencia de ancianos, continuidad de cuidados, registros de enfermería, comunicación.

ABSTRAC

In an ageing society, the number of institutionalised elderly people is increasing. When an elderly patient is admitted to hospital, his or her clinical and functional situation may change after admission, so it is essential to provide good transitional care to ensure continuity of care. When this transition takes place between the hospital and the socio-sanitary environment, communication tools must be adapted to the context.
The aim of this work is to improve coordination of care between hospital and socio-sanitary environment.
A protocol for completing the Nursing Discharge Report is proposed, the essential and/or desirable elements of this document are reviewed and instructions are given for completing, adapted it to the hospital-social care communication context.
In addition, new channels of communication between hospital and socio-sanitary care are proposed, such as the implementation of access to the electronic medical record for nursing home professionals, which would make it easier for them to consult the Nursing Discharge Report.
With the implementation of this protocol, the aim is to improve communication between levels, involving all the agents involved, hospital and primary care as has been the case up to now, but without leaving aside and including the professionals who receive patients in homes for the aged.

Key words: Patient discharge, homes for the aged, continuity of patient care, nursing records, communication.

2. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El envejecimiento de la población en nuestro medio trae aparejadas nuevas necesidades tanto sanitarias como sociales.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Los ancianos al ingresar en un hospital son más susceptibles de sufrir complicaciones, como el deterioro funcional, y, aunque se debe intentar reducir el tiempo de hospitalización para minimizar este deterioro (1), a veces un ingreso prolongado puede llevarlos a requerir la institucionalización cuando son dados de alta (2).

El envejecimiento poblacional y el intento de que las estancias hospitalarias sean cada vez más cortas hacen imprescindible plantearse la importancia de los cuidados de transición entre niveles. Para estos cuidados se deben utilizar buenas herramientas de comunicación para asegurar una buena continuidad asistencial (3).

La planificación del alta, sobre todo en pacientes mayores (4), mediante planes individualizados, puede aportar numerosos beneficios como la reducción de la estancia hospitalaria, evitar reingresos, aumentar la satisfacción de los pacientes y mejorar la coordinación de los servicios (5).

La planificación del alta de los pacientes debe iniciarse durante la hospitalización y finalizar con la elaboración de un Informe de Cuidados de Enfermería (ICE) que resuma los cuidados que ha recibido el paciente y las necesidades que tiene en el momento del alta. Para que la transmisión de información entre niveles sea óptima las herramientas para elaborar los informes deben estar bien diseñadas (6). Tener en cuenta la actividad enfermera que se ha llevado a cabo durante toda la hospitalización, mediante el adecuado uso de los registros enfermeros, puede ser útil a la hora de planificar el alta (7) y realizar el ICE.

También puede ser útil el uso de las nuevas tecnologías de la comunicación para ayudarnos en estos cuidados de transición (8).

Los enfermeros de los distintos niveles asistenciales creen útiles y necesarios los informes de continuidad de cuidados para asegurar la continuidad asistencial (9–11), aunque existen aspectos por mejorar que deberían de ser consensuados por los profesionales de los distintos niveles (12).

Así mismo, pueden aparecer dificultades que hagan que el ICE se cumplimente de forma deficiente o no se cumplimente, como la desmotivación, la sobrecarga de trabajo, o la atención de un paciente por múltiples profesionales a lo largo de un mismo proceso (13,14).

Tradicionalmente los cuidados de transición y la coordinación entre niveles se han entendido en nuestro país como la coordinación entre los dos niveles en los que se divide funcionalmente nuestro sistema sanitario, atención especializada y atención primaria, pero el aumento de ancianos institucionalizados nos hace plantearnos la necesidad de mejorar la comunicación con el nivel sociosanitario.

A diario en nuestros hospitales son dados de alta pacientes cuyo destino son los centros sociosanitarios, donde residían anteriormente o donde van a ser recibidos por primera vez. En estos centros los pacientes van a ser atendidos por profesionales que deben

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

conocer desde el primer momento las necesidades del paciente que reciben y los cuidados que se le han prestado durante su ingreso.
El ICE puede ser una herramienta útil para la comunicación entre los profesionales de atención hospitalaria y de los centros sociosanitarios que reciben a los pacientes tras el alta, pero debemos certificar que la herramienta se utiliza de forma adaptada a este contexto de comunicación y así asegurar una buena continuidad asistencial y el mejor cuidado cuando un paciente llega del hospital a una residencia.

OBJETIVOS
Objetivo general:
Potenciar la coordinación en la asistencia entre atención hospitalaria y sociosanitaria.

Objetivos específicos:
1. Adaptar la cumplimentación del ICE al contexto de continuidad de cuidados entre atención hospitalaria y sociosanitaria a través de un protocolo de cumplimentación.

2. Proponer nuevas vías de comunicación entre atención hospitalaria y sociosanitaria.

3. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROYECTO: SOCIAL, PROFESIONAL E INSTITUCIONAL

Según datos del INE, Castilla y León es la segunda comunidad más envejecida de España, más del 9% de sus habitantes son mayores de 80 años (15). Este envejecimiento poblacional, unido a otros cambios sociales como la reducción de personas con rol de cuidador dentro del entorno familiar, hace que aumente la cifra de mayores que viven en centros sociosanitarios.
Cuando un paciente es dado de alta en un hospital del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL) se emite un Informe de Cuidados de Enfermería. Este informe está dentro de los registros de enfermería regulados en el Decreto 101/2005 de Castilla y León, de 22 de diciembre, por el que se regula la historia clínica, y en él se recogen los cuidados posteriores al alta del paciente para su seguimiento (16).
El ICE se elabora a través de un formulario en el registro electrónico del Programa Gacela CARE, llega de manera automática a través del sistema informático al Centro de Atención Primaria y puede ser consultado por la enfermera comunitaria del paciente en la historia clínica electrónica (HCE) antes de que le visite en su domicilio o residencia.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Este ICE está concebido para mejorar la coordinación entre atención hospitalaria y atención primaria, pero no contempla otros agentes implicados en la continuidad asistencial de los cuidados tras el alta como la familia, si el paciente va a su domicilio, o enfermeras y cuidadores formales, si el paciente va a un centro sociosanitario. Si queremos que los datos del ICE lleguen a estas personas de forma rápida el sistema solo nos da la opción de imprimirlo en papel y entregarlo en mano al paciente o familia.
Este escenario nos hace plantearnos la necesidad de mejorar las vías de comunicación entre el hospital y los centros sociosanitarios, empezando por adaptar el contenido del ICE a este contexto y encontrar la forma más eficaz de hacerlo llegar al personal que trabaja en estos centros, asegurando de esta forma unos cuidados continuados más seguros y con mayor calidad.

4. ANALISIS

DEBILIDADES	FORTALEZAS
1. Elevadas cargas de trabajo que impiden dedicar suficiente tiempo a la cumplimentación de registros. 2. Falta de motivación. 3. Escasa percepción de la importancia de los registros de enfermería por parte de los profesionales. 4. Inexistencia de canales de comunicación oficiales entre enfermeras del ámbito hospitalario y sociosanitario.	1. Compromiso de los profesionales con la calidad y seguridad de la atención a los pacientes. Percepción de la importancia que tiene la continuidad asistencial para conseguir este tipo de atención. 2. Informatización de los sistemas de registro. 3. Disponibilidad de buenos recursos materiales y técnicos en el hospital.
AMENAZAS	**OPORTUNIDADES**
1. Riesgo de insuficiente financiación pública en el contexto de crisis económica que impida la mejora y renovación de equipos de telecomunicación. 2. Envejecimiento de la población y aumento de comorbilidades que hace crecer el número de pacientes institucionalizados que necesitan continuidad asistencial.	1. Mejora continua. 2. Demanda creciente de atención más humanizada y centrada en el paciente. 3. Visión integral y comunitaria de la atención. 4. Participación de los profesionales. 5. Integración de la HCE en centros sociosanitarios.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

3. Problemas de comunicación telemática con ciertas zonas rurales.	

6.DISEÑO

Asegurar la continuidad asistencial tras un ingreso hospitalario es fundamental para conseguir una atención segura y de calidad en población institucionalizada.
El ICE tiene como objetivo dejar constancia de aquella información relevante del paciente en relación con sus necesidades de cuidados durante su estancia en el hospital. Tiene que aportar información a los profesionales que han de hacerse cargo de su cuidado tras el alta, así mismo ha de recoger las recomendaciones necesarias para que el paciente pueda asumir su autocuidado en la medida de sus capacidades.
En el anexo VII del Real Decreto 1096/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueban el conjunto mínimo de datos del Sistema Nacional de Salud, se concretan los elementos, tanto imprescindibles como deseables, que deben estar presentes en el ICE (17), dividiéndolos en tres apartados: datos administrativos, datos del paciente y datos del proceso asistencial.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACION DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
El ICE se cumplimenta a través del formulario del mismo nombre dentro del aplicativo Gacela CARE, ubicado dentro del apartado “Registros”. Una vez cumplimentado pasa a formar parte de la HCE.
En la cumplimentación del formulario del ICE se recuperarán datos y registros realizados durante toda la estancia del paciente en el hospital, por lo que es fundamental realizar de la forma más correcta y completa todos los registros desde el ingreso, al igual que mantener actualizado el plan de cuidados que se sigue con el paciente.
FORMULARIO:
DATOS ADMINISTRATIVOS:
o Datos de la institución y del paciente (aparecerán en el informe de forma automática con la información contenida en la HCE).
o Fecha de firma/Fecha valoración de enfermería/Fecha alta de enfermería (obligada cumplimentación).
o Enfermera responsable 1: al chequear el cuadro aparece el nombre del profesional que está rellenando el formulario.
o Categoría profesional Enfermera1: elegir entre las alternativas.
o Enfermera responsable 2 (no es obligatorio rellenar).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

o Categoría profesional enfermera 2: seleccionar entre las alternativas si se ha rellenado el apartado anterior.
o Dispositivo asistencial: seleccionar entre las alternativas el dispositivo desde el q
ANTECEDENTES:
o Antecedentes y entorno: cuadro de texto libre donde se puede destacar los antecedentes personales y del entorno más importantes.
o Enfermedades previas/Intervenciones quirúrgicas/Alergias/Tratamientos farmacológicos/Hábitos tóxicos: en cada apartado se pueden seleccionar los antecedentes que se han introducido durante el episodio de ingreso en los distintos apartados del aplicativo Gacela Care.
o Factores personales, familiares, sociales: cuadro de texto libre donde se pueden destacar factores sociales importantes para el desarrollo de los cuidados.

SITUACIÓN AL ALTA:
o Causas que generan la actuación de la enfermera: ingreso (aparece por defecto).
o Motivo del alta/derivación enfermera: seleccionar entre las alternativas.
o Protocolos asistenciales en los que está incluido/Diagnósticos enfermeros resueltos/Diagnósticos enfermeros activos/Intervenciones de enfermería: en cada uno de los apartados se puede seleccionar entre los datos introducidos en el plan de cuidados durante el episodio. Los diagnósticos, e intervenciones aparecerán según la nomenclatura NANDA-NIC-NOC.
o Información complementaria/Observaciones: cuadro de texto libre que se puede utilizar para resumir la estancia del paciente en el hospital destacando los datos más significativos.
o Ultima toma de constantes: seleccionar entre los datos introducidos en el programa.
o Paciente anticoagulado: si/no
o Recomendaciones paciente anticoagulado: cuadro de texto libre para indicar alguna recomendación sobre la anticoagulación (ej. Horario en que se ha administrado heparina sc en el hospital para continuar con la misma pauta).
o Cuidador principal: Texto libre para introducir el nombre del cuidador (en pacientes institucionalizados el cuidado lo asumen los profesionales del centro sociosanitarios pero un cuidador informal, como el cónyuge, puede asumir parte de los cuidados en algunas circunstancias).
o Vinculación con el usuario: texto libre para indicar la vinculación del cuidador con el paciente.
o El cuidador conoce: si se han rellenado los dos apartados anteriores seleccionar una o varias opciones:
- Los signos de complicaciones y sabe cómo actuar.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Los movimientos/ejercicios que ha de realizar/evitar.
- El tipo de dieta y sabe adaptar los alimentos.
- La siguiente visita.
- La medicación que ha de tomar.

ACTUACIONES PREVENTIVAS:ue se deriva al paciente. o Actuaciones preventivas: cuadro de texto libre donde se pueden indicar ciertas actuaciones preventivas que se hayan llevado a cabo durante el episodio (ej. Vacunación).

VALORACIÓN ACTIVA:

o Modelo de referencia utilizado: seleccionar entre las opciones. En el Hospital Rio Hortega de Valladolid el modelo utilizado es el de Virginia Henderson por lo que se seleccionará esta opción.

Elegir una o varias de las opciones disponibles en el desplegable en cada una de las necesidades según la valoración enfermera del paciente en el momento del alta.

Es importante ser cuidadoso en realizar una buena valoración del paciente en el momento del alta ya que aportará información muy valiosa al profesional que reciba al paciente en el centro sociosanitario donde vaya.

o Respiración
o Comer y beber
o Eliminación urinaria
o Eliminación intestinal
o Movilización
o Reposo y sueño
o Vestirse
o Temperatura
o Higiene y piel
o Seguridad
o Comunicación
o Creencias y valores
o Trabajar y realizarse
o Actividades lúdicas
o Aprendizaje

REGISTROS DE ENFERMERIA:

En este apartado se pueden recuperar los registros realizados durante el ingreso con todos sus datos, por eso es necesario revisar que los datos que aparecen en cada registro son correctos antes de incluirlos.

Se pueden incluir registros de:

o Ulceras
o Heridas

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Ostomías
- Sondas digestivas
- Sondas urinarias
- Catéter vascular periférico
- Resultados destacables (Escalas Barthel, Braden, Gijón, Downton…). Puede ser interesante incluir los resultados de estas escalas en el ICE para aportar datos objetivos sobre la situación del paciente en el momento del alta que puedan ser valorados de forma rápida por el profesional que recibe al paciente en el centro sociosanitario.

Los registros incluyen fecha de inserción de los dispositivos, tipo de mantenimiento, valoración y características de úlceras y heridas, materiales utilizados... En los registros se pueden introducir indicaciones como texto libre en el apartado de observaciones.

La inclusión de la información de estos registros es fundamental para asegurar la continuidad asistencial.
La información de los registros debe ser rigurosa, completa y debe revisarse y actualizarse durante todo el ingreso por los distintos profesionales que atienden al paciente, de esta manera se facilita la planificación del alta y la cumplimentación del ICE es más rápida y eficaz.

RECOMENDACIONES:

En cada uno de los apartados de esta sección puede introducirse a través de un cuadro de texto libre recomendaciones específicas para cada uno de los ítems dirigidas al paciente o cuidador para facilitar y potenciar el autocuidado.
Los pacientes institucionalizados muchas veces tienen grandes grados de dependencia y puede ser difícil que lleven a cabo este tipo de tareas. Pero siempre que sea posible por el estado físico y cognitivo del paciente debe promoverse el autocuidado, aunque el sujeto se encuentre en un centro sociosanitario.
La información que se incluya en las recomendaciones debe ser clara, sencilla y con un lenguaje adaptado a cada paciente.
Se pueden incluir recomendaciones en los siguientes apartados:

- Área quirúrgica: prótesis de rodilla, postquirúrgicos, ostomía, fractura de cadera, prótesis de cadera, amigdalectomía, cataterismo cardiaco, pacientes con marcapasos, RTU, mastectomía, pacientes laringuectomizados, urostomía, cuidado de yesos y vendajes, paciente portador de un fijador externo, colecistectomía laparoscópica.
- Área médica: UPP, trombosis venosa profunda, sonda vesical, sonda nasogástrica, pancreatitis, paciente hematológico con quimioterapia, paciente dependiente, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardiaca, EPOC, cirrosis, ACVA, hepatopatía, hemorragia digestiva, protección coronaria.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Catéter vascular central o Área materno-infantil: post-parto, intervención por laparotomía, prematuros, control de la temperatura del niño, amigdalectomía, cuidados postcesárea, niños con gastritis, recién nacido.

o Área psiquiátrica: pacientes tratados con plenur, pacientes tratados con depot, pacientes tratados con carbamacepina, pacientes tratados con depakine.

CIRCUITO PARA LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN

Una vez realizado el ICE este se integra en la HCE, y a través de ella puede ser consultado por las enfermeras comunitarias en atención primaria, que visitan y atienden a los pacientes en su domicilio o en residencias no dotadas de enfermera propia.

Las enfermeras que trabajan en el ámbito sociosanitario hasta el momento no tienen acceso a la HCE, ni en centros públicos ni privados, por lo que no tienen la posibilidad de consultar el ICE de un paciente que llega a su centro tras pasar por el hospital. En este momento la única forma de hacer llegar el ICE a los profesionales de las residencias es con una copia impresa que se entregue al paciente.

Con el fin de agilizar la comunicación entre atención hospitalaria y sociosanitaria se propone dotar de acceso a los profesionales a la HCE con el fin de integrar en una sola la historia clínica sanitaria y sociosanitaria. De esta manera las enfermeras de la residencia pueden acceder de forma más rápida a los datos e información del ICE tras el alta del paciente y aportar retroalimentación o solicitar ampliar la información si fuera necesario.

6. DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

AGENTES IMPLICADOS

- Servicio de Salud de Castilla y León.
- Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.
- Diputaciones provinciales.
- Responsables de residencias.

FASES DE EJECUCIÓN

1. Creación de un grupo de trabajo integrado por representantes de los distintos ámbitos implicados y elaboración del Protocolo de cumplimentación del ICE.
2. Formación del personal de Atención Hospitalaria en el Protocolo de cumplimentación del ICE.
3. Implantación del circuito de transmisión del ICE entre hospital y residencias:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

3.1. Antes de la integración de la HCE en residencias: obligatoriedad de aportar copia impresa del ICE al paciente cuando es dado de alta con destino a una residencia.
3.2. Integración de la HCE en residencias: cuando la HCE esté integrada en los sistemas informáticos de las residencias los profesionales habilitados deberán consultar directamente el ICE en soporte digital.

SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN
Se realizarán reuniones del grupo de trabajo con representantes de los distintos ámbitos implicados (sanitario y sociosanitario) una vez implementado el protocolo de cumplimentación del ICE. En estas reuniones periódicas los profesionales sociosanitarios, a través de sus representantes, podrán exponer las posibles deficiencias que se vayan observando en los ICE que reciben para impulsar mejoras del protocolo.

7. EVALUACIÓN

INDICADORES ESTRUCTURALES
- Porcentaje de enfermeras hospitalarias que han recibido formación en el Protocolo de cumplimentación del ICE.

Frecuencia: Mensual
Objetivo: alcanzar el 100% en 6 meses.
- Porcentaje de centros residenciales con acceso a la HCE y por lo tanto al ICE.

Frecuencia: Mensual.
Objetivo: 50% en 12 meses. 100% en 24 meses.

INDICADORES DE PROCESO
- Valoración del contenido de los ICE acorde al protocolo mediante la revisión de un 5% de los informes emitidos elegidos de forma aleatoria.

Frecuencia: Mensual.
Objetivo: 100% de los ICE contengan como mínimo:
- Protocolos asistenciales en los que está incluido/Diagnósticos enfermeros resueltos/Diagnósticos enfermeros activos/Intervenciones de enfermería.
- Valoración activa según modelo de Virginia Henderson.

INDICADORES DE RESULTADO
- Porcentaje de los ICE de pacientes derivados a residencias tras el alta consultados por profesionales de centros sociosanitarios.

Frecuencia: Mensual (A partir de la total integración de la HCE en residencias).
Objetivo: 100%

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

8. CONCLUSIONES

Asegurar la continuidad asistencial entre atención hospitalaria y sociosanitaria es fundamental para llevar a cabo unos cuidados seguros y de calidad.
En estos cuidados de transición es indispensable dotar a los profesionales de buenas herramientas que permitan la comunicación fluida entre niveles.
Las enfermeras como responsables de los cuidados debemos estar presentes en la formulación, proyecto y elaboración de estas herramientas aportando nuestros conocimientos y liderazgo.

La elaboración del protocolo de cumplimentación del ICE adaptando su contenido al contexto de cuidados de transición entre nivel hospitalario-sociosanitario puede tener una fácil implantación en los centros y buena acogida por los profesionales, sin suponer costes elevados, más que los que se deriven de la formación de los profesionales.

El acceso directo de los profesionales del nivel sociosanitario al ICE a través de la HCE puede plantear más dificultades ya que es necesario disponer de medios técnicos costosos y pueden aparecer trabas institucionales que entorpezcan y retrasen la implantación.

A pesar de todas las dificultades las enfermeras deberíamos apostar por llevar a cabo proyectos como estos, que pueden suponer abrir un camino hacia la excelencia y los cuidados enfermeros de calidad.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Calero-García MJ, Cruz Lendínez AJ. Evolución del deterioro cognitivo y el nivel de dependencia en pacientes mayores de 65 años ingresados en un hospital de agudos: relación con las variables sociodemográficas. Eur J Investig Heal Psychol Educ. 2015;4(1):5.
2. Osuna-Pozo CM, Ortiz-Alonso J, Vidán M, Ferreira G, Serra-Rexach JA. Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(2):77–89.
3. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. Evaluation of the TRANSITION tool to improve communication during older patients' care transitions: Healthcare practitioners' perspectives. J Clin Nurs. 2020;29(13–14):2275–84.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

4. Le Berre M, Maimon G, Sourial N, Guériton M, Vedel I. Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: A Systematic Evidence Review. J Am Geriatr Soc. 2017;65(7):1597–608.
5. Dc G, Na L, Lm C, Id C, Shepperd S, Dc G, et al. Planificación del alta del hospital (revisión). London; 2016.
6. Rivas Cilleros, Elena; Velasco Montes, Javier; López Alonso J carlos. Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización. Nuberos Científica Col enfermería Cantab. 2013;2(8):45–52.
7. Facchinetti G, Ianni A, Piredda M, Marchetti A, D'Angelo D, Dhurata I, et al. Discharge of older patients with chronic diseases: What nurses do and what they record. An observational study. J Clin Nurs. 2019;28(9–10):1719–27.
8. Melby L, Brattheim BJ, Hellesø R. Patients in transition--improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. J Clin Nurs. 2015;24(23–24):3389–99.
9. Cruzado Álvarez C, Bru Torreblanca A, González Peral R, Aída Otero S. Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de atención primaria. Rev Enferm Cardiol -Esp- [Internet]. 2008;(XV(45)):21–5. Available from: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/4503.pdf
10. Chica Fernández M, Costa Ruiz A, Rodríguez Villagordo M, Sanchez Salmerón A, Torres Gómez J. Informe alta enfermería: historia clínica integral. Soc Española Urol ENFURO. 2012;122(1625):19–24.
11. Casado MC. El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria . The continuity of care report inform as a communication tool between hospital and primary care . . Rev Española Comun en Salud ISSN 1989-9882 El. 2014;5(2):102–11.
12. Gautun H, Bratt C, Billings J. Nurses' experiences of transitions of older patients from hospitals to community care. A nation-wide survey in Norway. Heal Sci Reports. 2020;3(3).
13. Martínez Vidal LE, Cantero González ML. Informe de cuidados en enfermería, revisión de su situación actual. Enferm Glob. 2013;12(4):336–45.
14. Sánchez S. Perception of the Continuity of Care Report to the discharge in Surgical Nursing. 2018;15(94):1–12.
15. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2020. Available from: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735573175
16. Decreto 101/205 [Internet]. Available from: https://bocyl.jcyl.es/boletines/2005/12/28/pdf/BOCYL-D-28122005-4.pdf

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

17. Boe. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Bol Of del Estado. 2010;78742–67.

salusplay

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 9: COMPENDIO DE MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

AUTORÍA: Montserrat Fernández López

Resumen

La Seguridad de Pacientes (SP) se ha convertido en un objetivo esencial de los sistemas de atención sanitaria. Si lo analizamos desde la perspectiva de la calidad asistencial, la seguridad se identifica claramente como la dimensión clave a considerar en los procesos de mejora de los servicios sanitarios que se han de impulsar desde las instituciones, organizaciones y sociedades científicas en pro de conseguir una mejora efectiva de la calidad. El objetivo de este proyecto, es realizar una unificación de las medidas de seguridad existentes en una unidad de medicina interna en un protocolo con el fin de promover, desarrollar y actualizar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales. Para ello, se analizará la información ya existente y se realizará una unificación de la misma en forma de guía digital a la que todo el personal tendrá acceso gracias a una nueva ubicación de alojamiento para el archivo. Probablemente, una mejora en la organización de protocolos y una síntesis de la información mejorará la percepción del clima de seguridad del paciente en la unidad de medicina interna de OSI Barakaldo-Sestao.

Palabras clave: Seguridad del paciente; Equipo de enfermería; Cultura de seguridad; Gestión de seguridad

Abstract

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Patient Safety (SP) has become an essential goal of healthcare systems. If we analyze it from the perspective of quality of care, safety is clearly identified as the key dimension to consider in the processes of improvement of health services that have to be promoted by institutions, organizations and scientific societies in order to achieve improvement effective quality. The objective of this project is to unify the existing security measures in an internal medicine unit in a protocol in order to promote, develop and update the knowledge and culture of patient safety among professionals. For this, the existing information will be analyzed and a compendium will be made in the form of a digital guide to which all staff will have access thanks to a new accommodation location for the file. Probably, an improvement in the organization of protocols and a synthesis of the information will improve the perception of the patient safety climate in the internal medicine unit of OSI Barakaldo-Sestao.

Keywords: Patient Safety; Nursing team; Safety culture; Safety management.

1. Introducción

Una de las definiciones mas acertadas que podría tener la Seguridad del Paciente (SP) podría ser la que le dio Rocco C. en 2017 que la definía como " el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica" (1). En las sociedades avanzadas, la Seguridad del Paciente constituye un elemento imprescindible de la asistencia sanitaria. En efecto, en nuestro medio y en pleno siglo XXI, la ciudadanía considera que las prestaciones asistenciales deben ser seguras y exentas de consecuencias negativas (2). Sin embargo, a pesar de la cualificación de los profesionales y de la disponibilidad de tecnología cada vez más avanzada, hay que contemplar una cierta probabilidad de riesgo que puede materializarse bajo la forma de diferentes incidentes de Seguridad (3).

En la mayoría de las ocasiones, los incidentes de Seguridad no ocasionan daño al paciente, pero en otras, sí lo hacen constituyendo los denominados eventos adversos (EA) que pueden conllevar graves consecuencias. Estos incidentes pueden asociarse con múltiples actividades asistenciales y producirse en diferentes ámbitos, viéndose relacionado con la asistencia sanitaria en procedimientos quirúrgicos, identificación del paciente, administración de diversos fármacos, etc. De hecho, según Aranaz JM., y cols, se estima que existe una incidencia de EA de entre un 4-17% de los cuales podrían ser evitables un 50% (4).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La Seguridad de Pacientes (SP) se ha convertido en un objetivo esencial de los sistemas de atención sanitaria. Si lo analizamos desde la perspectiva de la calidad asistencial, la seguridad se identifica claramente como la dimensión clave a considerar en los procesos de mejora de los servicios sanitarios que se han de impulsar desde las instituciones, organizaciones y sociedades científicas en pro de conseguir una mejora efectiva de la calidad (2). Por este motivo, en los últimos años en las sociedades avanzadas, la seguridad del paciente se convierte en un elemento prioritario de la asistencia sanitaria y su mejora. Es por ello, que la primera de las buenas prácticas que recomendó el informe publicado por el National Quality Forum en 2003, fue conseguir una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente (5).

Hoy en día, existe una urgente necesidad de que los organismos de asistencia sanitaria replanteen sus procesos de trabajo y definan la seguridad como un objetivo institucional de la máxima relevancia. No obstante, es evidente que no se pueden aplicar cambios duraderos e importantes en una organización sin replantear de forma satisfactoria su cultura.

Medir la seguridad del paciente nos va a permitir identificar las debilidades del sistema y de este modo, poder orientar las estrategias a la mejora del riesgo asistencial existente. Para ello, principalmente contamos con dos cuestionarios: La Hospital Survey on Patient Safety (HSOPS) y el Safety Attitudes Questionnarie ambos validados, traducidos y recomendados por la European Union Network for Patient Safety (6).

2. Justificación y Relevancia

Se estima que existe una gran incidencia de efectos adversos de los cuales una gran parte podrían ser evitables. Es primordial tratar de mantener unas prácticas que mejoren la seguridad del paciente, puesto que reduce las complicaciones, los tratamientos y, por ende, los recursos y costos invertidos. La OSI Barakaldo-Sestao como organización asistencial comprometida con todos estos procesos ha implementado prácticas que proporcionan seguridad a los pacientes ante las intervenciones sanitarias y que requiere cambios tanto en las conductas relacionadas con la práctica clínica, como en la organización de los servicios.
En el día a día de la unidad de Medicina Interna, se recibe una enorme cantidad de información por diferentes canales, lo que lo convierte en una tarea ardua a la hora de buscar algo concreto en un momento determinado. A esto se debe añadir la gran carga de trabajo que los trabajadores tienen en la unidad y la rotación continua de

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

profesionales externos a la misma. Con este trabajo se pretende realizar un compendio de medidas y procedimientos vinculados a seguridad del paciente con el fin de facilitar su búsqueda, promover la participación de los profesionales y continuar fomentando la cultura de seguridad del paciente.
Sensibilizar y formar a profesionales es importante para que se adquiera una conciencia de seguridad. Por este motivo, este estudio pretende identificar los conocimientos y las actuaciones previas de los profesionales de la salud en cuanto a cultura de seguridad se refiere. Además, este estudio invita a la reflexión sobre las actuaciones que podrían llevarse a cabo. El cuidado y los hábitos de la practica diaria son parte de la cultura de seguridad y estos deben estar acordes a la evidencia científica. Analizar estos cuidados y evaluar la mejora de ellos es parte de nuestra practica diaria. Por todo ello, el papel de la supervisora de enfermería es de máxima responsabilidad en la consecución de este objetivo, asegurándose de gestionar y facilitar los recursos necesarios para una correcta implantación de los protocolos.

1.2 Objetivo principal

Crear un compendio de las áreas de actuación en seguridad del paciente existentes en una unidad de Medicina Interna en un único documento con el fin de promover, desarrollar y actualizar el conocimiento y la cultura de seguridad entre los profesionales que componen la unidad de medicina interna.

1.3 Objetivos específicos

- Determinar la percepción de seguridad que tienen los/las profesionales sanitarios/as en la unidad de medicina interna de San Eloy.
- Describir el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades.
- Agilizar y facilitar a los profesionales de la unidad la búsqueda rápida de las medidas de seguridad mediante la realización de un poster para colocar en la unidad.
- Evaluar las debilidades halladas en cuanto al clima de seguridad y establecer mejoras.
- Reciclaje del equipo multidisciplinar

3. Análisis de la situación actual

La matriz DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades), es una herramienta que permite analizar las características internas de un servicio, empresa, proyecto, etc. Y de este modo, tomar las decisiones oportunas en el futuro. Se puede dividir en dos partes. Por una parte, un análisis interno (fortalezas y debilidades) en el

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

que se expone la situación real del proyecto y por otra, el análisis externo (amenazas y oportunidades), que se debe tener en cuenta tanto para superar las amenazas como para aprovechar las oportunidades.

Tras plantear la pregunta de investigación, se analizó la situación con la matriz DAFO, encontrando que, entre las debilidades mas arraigadas en la unidad de Medicina Interna, se encuentra, sobre todo, una plantilla de edad avanzada que tiene jornadas muy sobrecargadas de trabajo, y que, debido a la falta de conocimientos sobre tecnologías, es propensa a hallar dificultades a la hora de localizar los protocolos mas importantes en la intranet del hospital. Estos mismos protocolos, también son considerados como una debilidad dada su extensión y su exceso de información. Esto dificulta que los profesionales puedan determinar la información mas relevante y acaban por realizar ciertas labores asistenciales sin constatar los protocolos, lo que conlleva a una disminución de la seguridad del paciente.

Por otro lado, también se identificaron como fortalezas esa misma plantilla que forma la unidad de medicina interna, teniendo en cuenta la extensa experiencia con la que cuenta. Por otro lado, la mayoría de los jóvenes que se incorporan a trabajar, poseen unos conocimientos sobre nuevas tecnologías que podrían llegar a compartir con todos aquellos que no logran comprenderlos. También se cuenta con un equipo directivo que motiva y apoya el cambio y, por ello, es mucho mas fácil lograr la implantación de nuevos proyectos focalizados, como es el caso, a la mejora del clima de seguridad del paciente.

Las principales amenazas que se objetivaron se relacionaron con una clara falta de incentivos y desconfianza por parte del personal a la participación de proyectos de nueva creación. También se consideró que la escasez del tiempo libre para la formación y reciclado de conocimientos podría considerarse amenaza. Por último, es importante que se recalque que, aunque los protocolos se encuentran en la intranet del hospital, su escasa difusión fuera de ese ámbito, podría ser una clara amenaza en relación a la seguridad del paciente.

Por último, las oportunidades que se hallaron, fueron, sobre todo, un claro interés creciente por parte de los componentes de la unidad de medicina interna en relación a la seguridad del paciente y cada vez, mas frecuencia, una mayor cualificación en cuanto a nuevas tecnologías se refiere. Además, la supervisora como gestora de los cuidados, anima y estimula el cambio a mejor en cuestiones relacionadas con el trabajo de enfermería y la seguridad del paciente.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Todas estas debilidades y fortalezas, junto con las amenazas y las oportunidades, se entrelazan entre ellas, proporcionándonos 4 estrategias base en las que vamos a centrar nuestro proyecto (Anexo 2):

- Estrategia ofensiva. Investigación. Apoyar a la investigación entre profesionales.

- Estrategia adaptativa. Equipo de seguridad. Realizar una encuesta de seguridad del paciente entre el equipo de profesionales.

- Estrategia supervivencia. Disponibilidad de recursos. Realizar una guía digital.

- Estrategia defensiva. Realizar un compendio de medidas de seguridad. La supervisora se encargará de realizar este compendio de las medidas de seguridad y difundirlo en la unidad.

4. Metodología

4.1 Diseño de la investigación

El diseño metodológico que mejor se adapta al objetivo del estudio es un abordaje de gestión ADDIE (Análisis, Diseño, Desarrollo, Implementación y Evaluación), abarca 5 fases que en ocasiones se entrelazan y relacionan para lograr una guía clínica eficiente y dinámica para el adecuado progreso de la formación.

4.2 Ámbito de estudio

Dada la naturaleza del estudio y la necesidad de implantación de una mejora en la organización protocolaria, el programa se realizará en la unidad de Medicina Interna del hospital San Eloy de Barakaldo. Se trata del hospital comarcal de referencia para la población de Barakaldo y Sestao, por lo que tiene adscritos alrededor de 135.000 habitantes. El hospital cuenta con 112 camas de las cuales, 36 pertenecen al servicio de Medicina Interna, con un aproximado de 600 pacientes anuales ingresados.

4.3 Periodo de estudio

El periodo total del estudio incluye la fase conceptual del proyecto de intervención, la solicitud para la aprobación de docencia y las comisiones de calidad, la fase de ejecución propia del proyecto y la fase de presentación de los resultados. En el periodo total del

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

proyecto, se realizarán dos parones. El primero será en los meses de Junio, Julio y Agosto de 2021 por ser periodo vacacional y resultar muy compleja la recolección de los datos. El segundo parón, será en los meses de Diciembre de 2021 y Enero y Febrero de 2022 para permitir que los profesionales tengan la oportunidad de mejorar el clima de seguridad del paciente previo a el comienzo de la 3ª etapa. Teniendo en cuenta ambos parones, el tiempo total estimado para la finalización del proyecto será de 18 meses desde su inicio.

4.4 Población de estudio. Criterios de elegibilidad

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal de medicina, enfermería y TCAE.
- Al menos 2 años de trabajo de manera continuada en el servicio de Medicina Interna.
- Haber trabajado en OSI Barakaldo-Sestao.
- Querer participar en el estudio rellenando el cuestionario HSOPSC.

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estar cubriendo un puesto de trabajo que puede dejar de estar disponible en cualquier momento.
- No contar con un contrato de trabajo mayor a 6 meses.
- Personal con contrato de guardias médicas.

4.5 Instrumento de medición

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

1. **Como instrumento para la medición de la cultura de seguridad, se utilizó la encuesta Hospital Survey on Patient Culture (HSOPSC) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), que fue traducida, validada y adaptada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el 2011 (7). Esta escala, permite valorar como es la percepción sobre el clima de seguridad del paciente en base a 42 ítems que se organizan en 12 dimensiones (Tabla 1). Las respuestas consideradas como óptimas serían del tipo 4 (satisfecho) o 5 (muy satisfecho). Para categorizar un ítem como fortaleza, se debe cumplir lo siguiente: ? 75% de las respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo o ? 75% de las respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. Por otro lado, para considerar un ítem como debilidad o oportunidad para mejorar, debe cumplir lo siguiente: ? 50% de las**

formuladas en positivo o ≥ 50% de las respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo (8).

Tabla 1: *Dimensiones del cuestionario HSOPSC*

Dimensiones	Contenido
Dimensión 1. Cambios de turno/transiciones entre servicios.	Pérdida de información en el cambio de turno o en el traslado de pacientes entre servicios o unidades. 4 preguntas.
Dimensión 2. Trabajo en equipo entre unidades.	Coordinación entre servicios para mejora del cuidado de los pacientes. 4 preguntas.
Dimensión 3. Apoyo de la gerencia del centro en la seguridad de pacientes.	Cooperación desde gerencia del hospital para la creación de ambiente seguro. 3 preguntas.
Dimensión 4. Dotación de personal.	Dotación suficiente de personal y organización del mismo. 4 preguntas.
Dimensión 5. Respuesta no punitiva a los errores.	Temor a represalias laborales. 3 preguntas.
Dimensión 6. Feedback y comunicación.	Cuestionar los errores existentes y comunicar áreas de mejora. 3 preguntas.
Dimensión 7. Franqueza en la comunicación.	Alimentar la comunicación del equipo para prevenir errores futuros. 3 preguntas.
Dimensión 8. Trabajo en equipo en las unidades.	Apoyo entre profesionales para trabajar sin sobredemanda. 4 preguntas.
Dimensión 9. Aprendizaje organizacional / mejora continua.	Aprendizaje a partir de errores previos, prevención. 3 preguntas.
Dimensión 10. Expectativas y acciones de supervisión.	Grado de interés por parte de supervisión para la seguridad del paciente. 4 preguntas.
Dimensión 11. Percepción de seguridad del paciente.	Efectividad de procedimientos en cuanto a seguridad del paciente. 4 preguntas.
Dimensión 12. Notificación de efectos adversos en relación a seguridad del paciente.	Reporte de errores que pueden dañar al paciente. 3 preguntas.

Desarrollo e implementación

Dividiremos el estudio de intervención en 3 etapas:

1ª Etapa. Evaluación de la cultura de seguridad que se tiene en la unidad mediante la encuesta de Percepción de Clima de Seguridad del Paciente, que se pasará a todos aquellos profesionales que cumplan con los criterios de inclusión. De este modo, se

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

obtendrá la percepción que los profesionales tienen sobre la cultura de seguridad y esto, a su vez, permitirá conocer las debilidades de las que carece el servicio para poder encontrar las soluciones mas adecuadas y superar, al mismo tiempo, las barreras que lo alejan de la meta que representa una mayor seguridad del paciente.

2ª Etapa. La intervención organizativa será impartida por el supervisor/a de la unidad de medicina interna y se basará principalmente en la elaboración de un compendio de las áreas de actuación en seguridad del paciente en un solo documento unificado y en la mejora de la accesibilidad para que dicho documento pueda ser consultado por todo el personal de enfermería cuando así se requiera sin que resulte muy dificultoso poder acceder a el.

3ª Etapa. Se volverá a evaluar la cultura de seguridad de la unidad mediante la encuesta de Percepción de Clima de Seguridad del Paciente para valorar el impacto de la intervención. Esta evaluación, se realizará a medio plazo (3 meses después) para valorar realmente su efecto.

5.1 Desarrollo de la segunda etapa

4.1.1 Estrategia adaptativa: Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente

Según la bibliografía, esta encuesta, es una de las dos encuestas que se utilizan en la actualidad para poder medir o cuantificar la seguridad del paciente.

Para la recogida de datos, primero se entregará de manera personal el cuestionario HSOPSC a los profesionales de Enfermería, TCAE y Médicos en horario de mañana. A continuación, se les proporcionará una breve explicación acerca de la manera de responder a los ítems, además de preguntarles si tienen algún tipo de duda para poder solventarla en el momento. Tras afianzar las posibles dudas, la supervisora de la unidad se encargará del procesamiento de datos mediante el análisis del propio cuestionario.(7)

4.1.2 Estrategia de supervivencia. Compendio

Debido a la importancia indiscutida de la seguridad del paciente, como dimensión clave de la calidad asistencial y su impacto en las políticas sanitarias a nivel mundial, se hace relevante que los profesionales enfermeros trabajen en perfeccionar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión del cuidado, para lograr por una parte la mejora de la cultura de seguridad y por otra, la propia seguridad del paciente .

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Existen diferentes estudios que reflejan la poca participación por parte del personal de enfermería en esta área ya que refieren tener muy poco apoyo por parte de los gestores. Además, la constante rotación de la plantilla, hace que los profesionales se sientan cansados y poco dispuestos a la formación o a cualquier cambio que se quiera implantar. Esta en manos de los gestores cambiar este panorama y fomentar la participación e implicación en nuevos proyectos, ayudándoles a dar los primeros pasos hacia todo cambio que pueda mejorar el ambiente y trabajo en equipo .

El objetivo especifico de este proyecto es capacitar a los profesionales de la unidad de Medicina Interna en la correcta implementación de las medidas de seguridad, haciéndoles participes en su desarrollo e implementación.

Dentro de la estrategia seguida por Osakidetza, y en concreto dentro de la "Estrategia de seguridad del paciente (2013-2016)", el objetivo ha sido convertir la Seguridad del Paciente en uno de los pilares básicos en la atención sanitaria. En la OSI Barakaldo-Sestao para trabajar la Seguridad del Paciente, se diferencian 15 grandes áreas de actuación dentro de las cuales se incluyen una serie de objetivos con acciones concretas. En la unidad de Medicina Interna y concretamente el personal de enfermería trabaja sobre algunas de ellas que son en las que nos centraremos en este compendio.

L1	**Gestión de los incidentes de seguridad**
L2	**Atención a las segundas y terceras víctimas**
L3	**Identificación inequívoca de los pacientes**
L4	**Implicación de los pacientes en su seguridad**
L5	Conciliación de la medicación
L6	Optimización de la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante
L7	Seguridad transfusional
L8	**Prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)**
L9	Cirugia segura
L10	Seguridad en el proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio
L11	Seguridad del paciente en los servicios de urgencias
L12	**Seguridad del paciente vinculada a los cuidados**
L13	**Buenas prácticas asociadas a la utilización de la medicación**
L14	Buenas prácticas en los pacientes hospitalizados en riesgo de desnutrición
L15	Buenas prácticas para la prevención de la incontinencia urinaria inducida

Se pretende instalar el compendio en todos los ordenadores "quiosco" de la unidad. Actualmente existen 6 ordenadores para el personal de enfermería y 8 para el personal medico. La ruta a seguir será:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

1. Se mandará información de la propuesta a todos los profesionales vía e-mail corporativo.

2. A continuación, es importante fomentar el Liderazgo clínico Enfermero con enfermeras referentes en Seguridad del Paciente: Se proponen dos enfermeras referentes en la unidad que serán junto con la supervisora los referentes ante cualquier duda o consulta. Estas personas serán las encargadas de realizar un adecuado "feedback" continuo con los profesionales para valorar el impacto tras la implementación.

3. Se colocará un poster tamaño 1000 mm x 700 mm de las partes del compendio que incluirán rutas a seguir en su localización junto con los protocolos ya establecidos en un lugar visible de la unidad para que sea mas visual y fácil de localizar en cualquier momento desde el lugar de trabajo.

4. Por último, se valorará el impacto mediante una auditoria clínica interna del antes y después de la etapa de implementación: Revisión de todos los aspectos de la actividad, realizado por profesionales de la salud (médico o no médico), y cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales.

4.1.3 Estrategia ofensiva. Sesiones clínicas mensuales

Realización mensual de sesiones clínicas: Se realizará el primer lunes de cada mes al inicio de la jornada. Se revisará los casos o dificultades surgidas en ese periodo. La supervisora notificara sobre los incidentes que se hayan producido en el periodo y se evaluara si se han llevado a cabo notificaciones oportunas.

4.1.4 Implantación

Las líneas estratégicas claves para la implementación de esta propuesta son:

1. Estrategia de Formación: Junto con la unidad de Docencia y Calidad de nuestra OSI se realizará un plan formativo para hacer hincapié en la importancia de realizar registros y unificar medidas de seguridad en nuestra OSI.

2. Plan formativo a los profesionales online: En la actualidad nuestros profesionales han realizado todas las actividades formativas referentes a Seguridad del Paciente a través de la plataforma "Jakinsarea". La formación constara de dos líneas:

a) Difusión del compendio de protocolos: Se forman grupos de 4 personas. Cada grupo consta de dos enfermeras, dos TCAE. Se realizan dos reuniones con una duración media de dos horas cada una, la primera será para dar a conocer el trabajo realizado e

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

identificar los problemas que existen actualmente y la segunda para valorar el uso y proponer líneas de trabajo a desarrollar o mejoras que se encuentren los profesionales al usarlo.

b) Elaboración de un programa docente educativo: Impartido a través de la plataforma Jakinsarea, con el objetivo de incrementar el nivel de conocimientos sobre seguridad, incluyendo como datos a medir las necesidades de aprendizaje que se identificaran en las sesiones realizadas. Este programa esta consensuado y planificado con la unidad de Docencia del hospital.

c) Indicadores de valoración del plan formativo:

- Proporción de horas (A) de capacitación que el participante atiende en el evento en relación a las horas totales que dura la formación (B). El aprovechamiento por exposición (AE) es una razón matemática, que puede producir valores entre cero y uno, donde cero es usencia de aprovechamiento y uno es un aprovechamiento total.
AE= A/B

- Se realiza un control estricto de asistencia con firma al inicio y final de la formación.

- Evaluar conocimientos previos de los profesionales que realizan la formación: Previo a la convocatoria a través de la plataforma Jakinsarea se debe realizar de forma obligatoria un cuestionario de evaluación de conocimientos relacionados con la Seguridad del paciente. Este cuestionario consta de 10 preguntas tipo test con 3 opciones de a, b, c. Cinco de ellas estarán enfocadas a conocimiento de rutas de implementación, tres se orientarán a conocimiento de protocolos implementados y las dos ultimas sobre experiencia previa en el uso de las plataformas que incluyen estos protocolos y guías clínicas.

- Simulación de un caso clínico: El objetivo es evaluar la capacidad para resolver situaciones no cotidianas y ver la reacción del profesional. Se plantea un caso clínico real y el profesional realizara una evaluación escrita de la situación e identificara las rutas y pasos a seguir.

- Se valorará el volumen de actividad de cada usuario en la actividad. Se tomará como indicador el tiempo que están conectados y con que periocidad visitan la actividad.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Tasa de terminación y progresión del curso: Cuantos usuarios concluyen el 100% del curso y cual es el porcentaje promedio de avance dentro del curso.

- Posteriormente a la formación se repite de nuevo el mismo cuestionario de evaluación. Se valorará la mejora del aprendizaje con la acción formativa.

- Encuesta de satisfacción y evaluación de la formación por parte de los profesionales.

3. Constante actualización de información de manera telemática: Dado que una de las debilidades halladas en la matriz DAFO fue la sobrecarga de trabajo, se plantea una estrategia distinta al resto en la cual el personal puede consultar la información que la supervisión considere desde cualquier lugar. Se llevará a cabo mediante un grupo de difusión de WhatsApp en el que tan solo la supervisora podrá enviar mensajes al resto del equipo. En la descripción del grupo, se anexará un enlace que conducirá directamente a un Google Drive en el que se encontrarán distintas carpetas con los protocolos de la unidad, manuales, documentos de interés, etc. Estos documentos se irán actualizando continuamente, con lo que se pretende mejorar el reciclaje del personal, además de facilitar la consulta de dichos documentos desde cualquier lugar.

5.2 Cronograma del estudio

ACTIVIDADES	CALENDARIO MENSUAL DEL PROYECTO																	
	1º semestre 2021						2º semestre 2021						1º semestre 2022					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Elección del tema de investigación	X																	
Fase conceptual del Proyecto de gestión ADDIE	X	X	X	X	X	X												
Revisión del proyecto de gestión				X														
Envío del proyecto a docencia y calidad				X	X													
Permiso a dirección médica				X	X													
1ª Etapa del proyecto (cuestionario pre)									X									
Recolección de datos									X									
2ª Etapa del proyecto (intervenciones)										X	X							
3ª Etapa del proyecto (cuestionario post)															X			
Recolección de datos															X			
Análisis de resultados																X		
Presentación de resultados																	X	

6. Evaluación

En la actualidad y según datos aportados por la unidad de Estadística de la OSI Barakaldo- Sestao, los indicadores que nos aportan información sobre las medidas de seguridad al paciente realizadas en nuestra unidad son los siguientes:

1. Nº de usuarios dados de alta

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

2. % de pacientes que presentan UPP de categoría II, III, IV a lo largo del periodo analizado
3. % de pacientes a los que se les realiza una valoración de riesgo de padecer UPP a lo largo del periodo analizado.
4. % de pacientes que presentan caídas registradas a lo largo del periodo analizado
5. % de pacientes a los que se les realiza una valoración de riesgo de caídas a lo largo del periodo analizado

Estos datos se extraen de la Historia Clínica y de la hoja de continuidad de cuidados que se realiza al alta del paciente. Para verificar el éxito de la intervención y recoger información fiable es necesario monitorizar los mismos indicadores.
Se establece realizarlo cada seis meses un total de dos veces en un año.

Los principales resultados que se esperan tras introducir esta intervención orientada hacia una mejora de la seguridad del paciente serian un aumento de la adherencia a las medidas preventivas al comparar los periodos pre-intervención con el periodo post-intervención, generar un impacto positivo tanto en los profesionales como en la salud del usuario e implementarlo en todos los servicios médicos de la OSI Barakaldo- Sestao. Por todo ello los indicadores a valorar y comparar son:

- Realizar un estudio sistemático de cada evento adverso ocurrido 6 meses antes y tras 6 meses después de la implantación del compendio de medidas y rutas. Se valorará las mejoras que se encuentren los profesionales al hacer uso de la herramienta y se identificaran áreas o elementos vulnerables al cambio.

- Medición de cargas de trabajo mediante una auditoria interna con el personal implicado y rotación del personal eventual por las unidades en periodo formativo. El aprendizaje previo a iniciar un trabajo de gestión como el que nos ocupa es sin duda necesario para una mejora de la seguridad del paciente. Esta rotación se ve en si misma como una mejora para la unidad. El objetivo es que cada profesional que pase por la unidad tenga conocimientos de esta intervención para poder implementarla.

- Revisión de Historias Clínicas de forma aleatoria previo a la intervención y post intervención: valoración del riesgo de caída y del riesgo de UPP realizada al ingreso.

- Prevalencia de UPP en el periodo pre intervención – post intervención

- Prevalencia de caídas en el periodo pre intervención – post intervención.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Conclusiones

- Una correcta identificación de las debilidades mediante la escala HSOPS es indispensable para la elaboración de unas estrategias adecuadas que mejoren la cultura de seguridad de pacientes en la unidad.

- La implicación del personal de la unidad de medicina interna es el pilar básico para lograr un mayor clima de seguridad.

- Los registros de valoración de enfermería son una estrategia de evaluación y mejora que permite conocer la incidencia de eventos adversos en la asistencia del paciente, facilita la detección de pacientes con riesgo y permite realizar un seguimiento del mismo. Estos registros deben ser susceptibles de modificaciones, ampliaciones y mejoras continuas.

- Una de las limitaciones mas destacada, se podría decir que es la focalización del estudio a una única unidad de OSI Barakaldo-Sestao. Como futura línea de investigación, el estudio podría ampliarse a mas unidades/servicios.

7. Bibliografía

1. Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. Rev. Médica Clínica Las Condes. 1 de septiembre de 2017;28(5):785-95.

2. Agra Y. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2016. [Internet]. [Citado el 22 de Mayo de 2021]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf

3. Alves VC, Freitas WCJ de, Ramos JS, Chagas SRG, Azevedo C, Mata LRF da. Acciones del protocolo de prevención de caídas: levantamiento con la clasificación de intervenciones de enfermería. Rev. Lat. Am Enfermagem [Internet]. 21 de diciembre de 2017 [citado 25 de junio de 2021];25. Disponible en: https://www.scielo.br/j/rlae/a/rmnKBsnV8kkQgL4vwWyMKNM/?lang=es

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

4. Lorenzo S. Aranaz et al., in press Autores: J.M. Aranaz, J. Vitaller y Grupo de Estudio del Proyecto IDEA. Identificación de efectos adversos. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. Datos editoriales: Generalitat Valenciana. ISBN: 84-482-3884-2. Rev. Calid Asist. 31 de marzo de 2005; 20:115-115.

5. Shahian D. Guidance for Evaluating the Evidence Related to the Focus of Quality Measurement and Importance to Measure and Report [Internet]. [citado 22 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.qualityforum.org/News_And_Resources/Press_Kits/Safe_Practices_for_Better_Healthcare.aspx

6. The European Network for Patient Safety. Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations. Eur Union Netw Patient Saf [Internet]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/eunetpas/WP1-REPORT%20%20Use%20of%20%20PSCI%20and%20recommandations%20-%20March%20%202010.pdf

7. Olivera G. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria [Internet]. [Consultado el 21 de Mayo de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf

8. Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. Rev. Calid Asist. 1 de noviembre de 2013;28(6):329-36.

9. Saturno P. Ministerio de Sanidad y Política Social 2009. Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. [Internet]. [Citado el 25 de Junio 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf

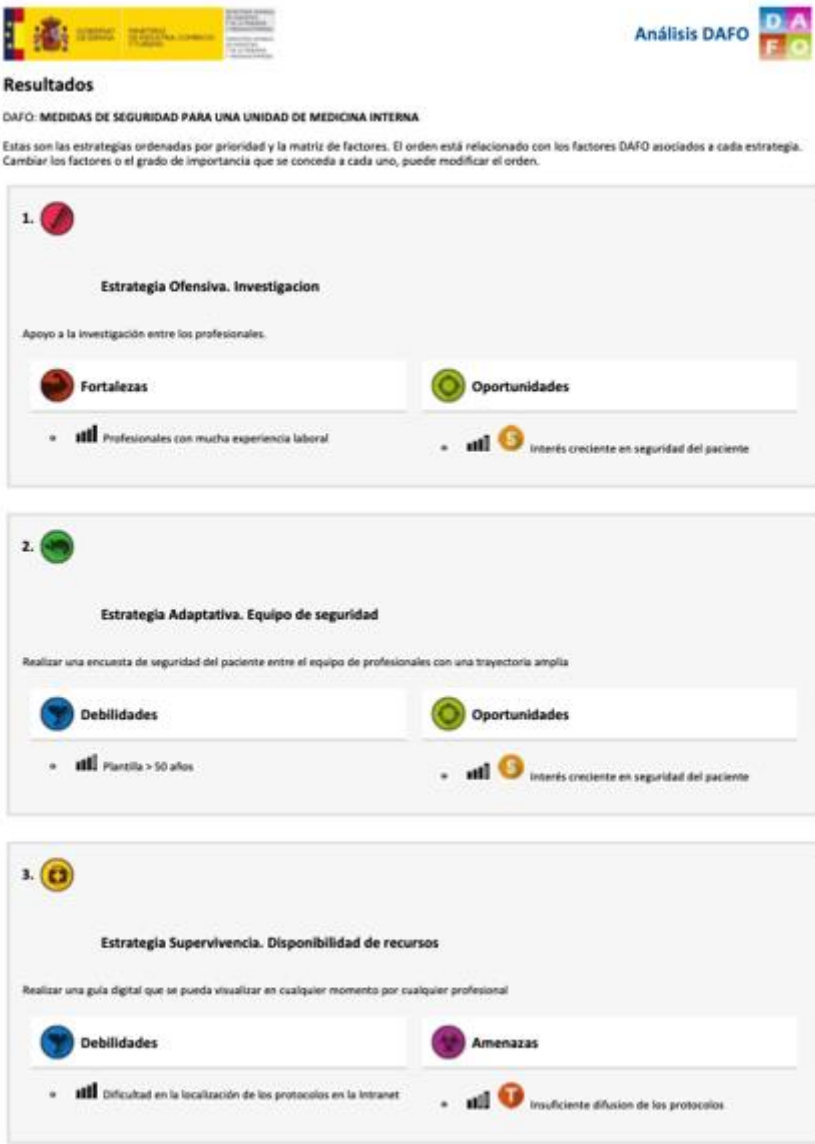
ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz DAFO

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXO 2: Estrategias generadas en base a la matriz DAFO



Análisis DAFO

Resultados

DAFO: **MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA**

Estas son las estrategias ordenadas por prioridad y la matriz de factores. El orden está relacionado con los factores DAFO asociados a cada estrategia. Cambiar los factores o el grado de importancia que se conceda a cada uno, puede modificar el orden.

1.

Estrategia Ofensiva. Investigacion

Apoyo a la investigación entre los profesionales.

Fortalezas	Oportunidades
Profesionales con mucha experiencia laboral	Interés creciente en seguridad del paciente

2.

Estrategia Adaptativa. Equipo de seguridad

Realizar una encuesta de seguridad del paciente entre el equipo de profesionales con una trayectoria amplia

Debilidades	Oportunidades
Plantilla > 50 años	Interés creciente en seguridad del paciente

3.

Estrategia Supervivencia. Disponibilidad de recursos

Realizar una guía digital que se pueda visualizar en cualquier momento por cualquier profesional

Debilidades	Amenazas
Dificultad en la localización de los protocolos en la Intranet	Insuficiente difusion de los protocolos

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXO 3: Compendio de medidas de seguridad del paciente en la unidad de Medicina Interna del hospital de San Eloy

COMPENDIO DE MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE SAN ELOY

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ÍNDICE

COMPENDIO DE MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE SAN ELOY *1*

1. Introducción *4*

2.Gestión de los incidentes de seguridad - plan eroriko ez *4*

2.1 Proceso de intervención ante caídas en la OSI Barakaldo-Sestao 4

2.2 Protocolo de la unidad para notificar las caídas 6

2.3 Cumplimiento de precauciones universales para prevención de caídas 7

3. Implicación de los pacientes en su seguridad *7*

4.Seguridad del paciente vinculada a cuidadadas de UPP: Iniciativa UPP-PEU adi *8*

4.1 Componentes de la intervención en UPP en la OSI Barakaldo- Sestao 9

4.2 Referentes de la unidad para la línea de acción sobre UPP 9

5. Prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) *10*

5.1 Bacteriemia ZERO. Protocolo de actuación de fiebre asociada a catéter venosos central (CVC) 10

5.2 Protocolo de actuación respecto al manejo de CVC 10

5.3 Protocolo de actuación de fiebre asociada a CVC 11

6. Identificación inequívoca de pacientes *12*

6.1 Componentes de la intervención en identificación inequívoca de pacientes en la OSI Barakaldo- Sestao 12

7. Buenas prácticas asociadas a la utilización de la medicación *13*

8. Atención a segundas y terceras víctimas *14*

9. Bibliografía *15*

TABLA DE FIGURAS

FIGURA 1: ALERTAS EN PLATAFORMA OSANAIA 4
FIGURA 2: VISUALIZACIÓN DE LA ALERTA "RIESGO DE CAÍDAS" ACTIVA 5
FIGURA 3: SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE DE OSAKIDETZA 5
FIGURA 4: PASOS A SEGUIR EN LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD. 6
FIGURA 5: PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN INTERNA DE CAÍDAS EN OSI BARAKALDO-SESTAO. 6
FIGURA 6: INFORMACIÓN DE ACOGIDA AL PACIENTE SOBRE RIESGO DE CAÍDAS 7
FIGURA 7: ESTIMULACIÓN DE LA MOVILIDAD. PACIENTE ACTIVO 8
FIGURA 8: ESCALA BRADEN 9
FIGURA 9: PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE LAS UPP EN LA OSI BARAKALDO-SESTAO 10
FIGURA 10: PROCESO PARA ADECUADA HIGIENE DE MANOS 11
FIGURA 11: PROTOCOLO DE ELECCIÓN DE ANTISÉPTICOS EN SAN ELOY 11
FIGURA 12: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE FIEBRE ASOCIADA A CATÉTER 12
FIGURA 13: CHALECO ROJO PARA PREPARACIÓN DE MEDICACIÓN 13
FIGURA 14: TABLETS CON APPS PARA MEJORA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 14

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

1. Introducción

La hospitalización deriva frecuentemente en una declinación irreversible del estado funcional, pudiendo dar como resultado complicaciones no relacionadas con el problema de admisión y producir una cascada de eventos adversos (EA) que pueden culminar con la disminución de la calidad de vida. Las causas en los pacientes mayores son múltiples y acumulativas. (1)

Las características propias de la población que ingresa en nuestra unidad hacen que los cuidados sean también adecuados a su situación e idiosincrasia, siempre teniendo en cuenta el motivo principal de su ingreso. Nos encontramos ante una población con unas características propias, las cuales engloban el envejecimiento y la pluripatología. Por ello, los cuidados a realizar deben estar en línea con los cuidados del paciente crónico y de avanzada edad. Este compendio de medidas de seguridad está enfocados a este grupo de población concretamente:

- Edad media de los pacientes muy avanzada (> 80 años).
- Riesgo de caída relacionado con déficit sensorial.
- Síndrome confusional agudo relacionado con deterioro cognitivo.
- Riesgo de padecer úlceras por presión (UPP) relacionado con reposo en cama de larga duración e incontinencia urinaria.
- Deterioro funcional relacionado con el encamamiento.
- Riesgo de infección relacionado con sonda vesical y/o catéter central.

2. Gestión de los incidentes de seguridad - plan eroriko ez

Se estima que mas del 84% de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con las caídas. Las lesiones provocadas por las caídas en pacientes hospitalizados pueden generar nuevos problemas, complicar la evolución de su patología y alargar la estancia.

2.1 Proceso de intervención ante caídas en la OSI Barakaldo-Sestao

1. Valoración del riesgo de caída que se encuentra integrado en la valoración del paciente de Osanaia al menos al ingreso y después de una caída.
2. En caso de existir caídas anteriores, introducir la alerta "Riesgo de caídas" dentro de su historia clínica. Las alertas son un sistema de vigilancia que nos permite revisar los cuidados en el momento que se produce un evento adverso (Figuras 1 y 2).

FIGURA 1: Alertas en plataforma OSANAIA

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

FIGURA 2: Visualización de la alerta "riesgo de caídas" activa.

3. Registro de la valoración del riesgo de caídas. El registro de la valoración del riesgo de caídas se realizará en el Dominio 11 Seguridad/ Protección, en la clase Lesión física. Este registro de la variable "Valoración de riesgo de caídas" es obligatorio en las plantillas específicas para la atención a población adulta

   Declaración o registro del incidente de caída acontecido (SNAPS). Sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. El Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente es una aplicación informática corporativa para la comunicación de incidentes por parte de los profesionales, con el fin de conocer qué fallos o errores se están produciendo en nuestra organización, analizarlos y promover los cambios necesarios para evitar su repetición.

4. El uso de SNAPS es tanto para caídas como para cualquier notificación de evento o incidente adverso. La ruta a seguir es la misma.

5. El notificante, debe rellenar el formulario a través del desplegable que aparece tras hacer clic sobre "Notificación de Incidentes de Seguridad" que encontramos en el Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente de Osakidetza. Después del paso mencionado, se deberá seleccionar el nivel/subnivel de la organización en el que ha detectado el incidente y dar a "Aceptar" (paso obligatorio) (Figuras 3 y 4)

FIGURA 3: Sistema de notificación y aprendizaje en seguridad del paciente de Osakidetza

5

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

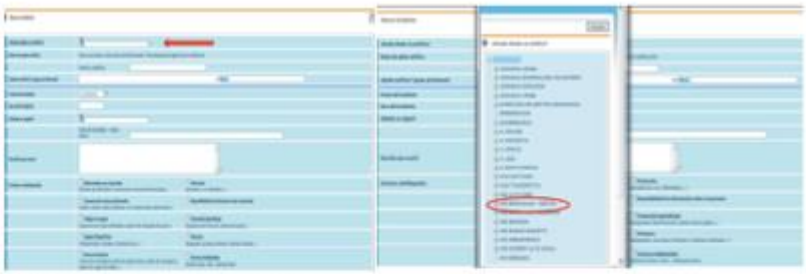


FIGURA 4: Pasos a seguir en la notificación de incidentes de seguridad.

2.2 Protocolo de la unidad para notificar las caídas

Ante la caída de un paciente en nuestra unidad, se llevará a cabo un protocolo propio de la unidad para notificarlo de manera interna (Figura 5). Este protocolo, tiene como objetivo realizar un seguimiento de enfermería a aquellos pacientes que han sufrido de una caída y avisar al médico y farmacéutico responsables teniendo en cuenta la comisión de caídas. Todo ello, elaborando previamente un registro de la caída en OSANAIA.

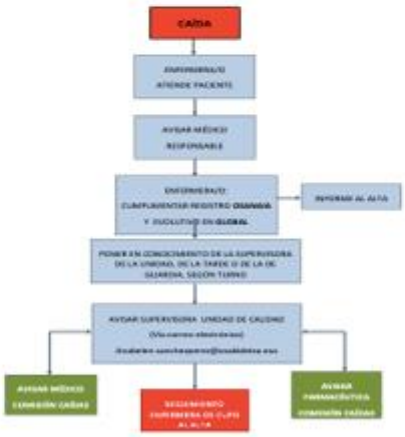


FIGURA 5: Protocolo de notificación interna de caídas en Osi Barakaldo-Sestao.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

2.3 Cumplimiento de precauciones universales para prevención de caídas

- Familiarizar al paciente con el medio y las rutinas hospitalarias.
- Hacer demostrar al paciente el uso del timbre de llamada.
- Mantener el timbre de llamada al alcance del paciente.
- Mantener sus objetos personales al alcance del paciente.
- Disponer de barandillas y asideros en pasillos, salas y baño.
- Colocar la cama de hospital en posición baja cuando el paciente está en reposo en ella; elevar la cama a una altura cómoda en el momento de las transferencias.
- Mantener las camas y las sillas de ruedas frenadas entre desplazamientos.
- Asegurar que el paciente utiliza un calzado cómodo, bien ajustado y no deslizante.
- Utilizar las luces nocturnas o luces suplementarias si fueran necesarias.
- Valorar de forma individualizada la necesidad de colocar barras en la cama, ya que el uso indiscriminado no previene las caídas.
- Mantener los suelos limpios y secos, limpiando todos los derrames y salpicaduras de inmediato.
- Mantener despejadas las áreas de atención del paciente.
- Aplicar las recomendaciones para la movilización y transferencia seguras del paciente.
- Programar las ayudas para el aseo (eliminaciones).

3. Implicación de los pacientes en su seguridad

Promover la participación del paciente y de su entorno más cercano (familiares y/o cuidadores) a favor de su propia seguridad durante el proceso asistencial es una de las líneas estratégicas en nuestra OSI. Se han desarrollado actividades informativas y de sensibilización de pacientes familiares y cuidadores como son la difusión de folletos corporativos que aportan información tanto de forma oral como escrita sobre el riesgo de caídas y sobre la estimulación de la movilidad durante el ingreso (Figura 6 y 7), consejos para la prevención de las infecciones urinarias a todos los pacientes al ingreso y folletos informativos sobre el programa del paciente activo (programa de educación de autocuidados a cargo de personas no profesionales que se imparten en la OSI Barakaldo-Sestao). En el folleto se explica en que consiste el programa, un vial de contacto y demás programas que se ofertan.

Se puede acceder a todo el contenido relacionado con el riesgo de caídas, folletos de acogida, etc., en la intranet del hospital siguiendo la siguiente ruta:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

FIGURA 6: Información de acogida al paciente sobre riesgo de caídas

FIGURA 7: Estimulación de la movilidad. Paciente activo

4. Seguridad del paciente vinculada a cuidadados de UPP: Iniciativa UPP-PEU adi

El abordaje de las Ulceras Por Presión (UPP) como el importante problema de Seguridad del Paciente que son, constituye un componente esencial de la Línea de Acción 7 " Buenas practicas asociadas a los cuidados de enfermería" de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza 2013- 2016. En nuestra unidad los factores contribuyentes a su aparición tanto intrinsecos (relacionados con el estado de salud del paciente), como extrinsecos (relacionados con su entorno y controlados por el propio paciente o el cuidador), están presentes y es por ello que la valoración diaria y la unificación de criterios al abordarlas es muy relevante. La ruta a seguir en la intranet es la siguiente:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

4.1 Componentes de la intervención en UPP en la OSI Barakaldo-Sestao

Valoración del riesgo de UPP que presenta el paciente al ingreso y repetición de esta valoración periódicamente sin que se limite solo al primer contacto con el mismo. Esta valoración se realiza en el sistema de información para los cuidados de enfermería Osanaia. La herramienta seleccionada, dada la evidencia científica que la respalda, es la Escala de Braden para pacientes adultos (Figura 8).

FIGURA 8: Escala BRADEN

4.2 Referentes de la unidad para la línea de acción sobre UPP

En la actualidad dos enfermeras de la unidad constituyen el grupo referente de UPP. Ambas son profesionales con conocimiento e implicación diaria en las UPP. Están actualizadas en las ultimas evidencias disponibles. Tienen habilidades de comunicación y trabajo en equipo. Promueven y fomentan la participación del resto de profesionales: Cada semana una de estas profesionales realiza al inicio del turno con los profesionales que están trabajando ese día una puesta en común de las UPP que existen en ese momento en el servicio, con el fin de revisar el tratamiento que se esta realizando y unificar criterios de actuación. La rotación de estas enfermeras ya esta designada de acorde a su turno de trabajo por lo que el resto de profesionales ya saben a quien dirigirse ante cualquier duda que les pueda surgir referido a UPP.Este criterio se transmite al resto de profesionales vía wasap y se implementa en el Osanaia. De esta forma los profesionales realizan el cuidado de manera unificada y basados en las ultimas evidencias (Figura 9).

- **Arantxa Garran:** 679689954
- **María Julia Romero:** 674556564

9

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

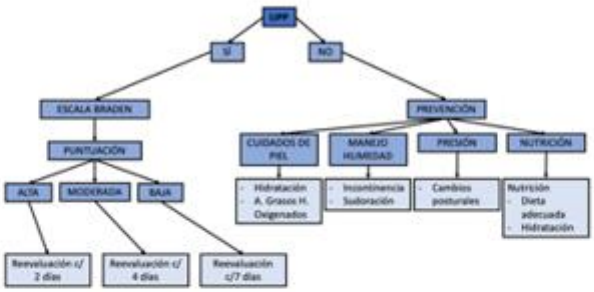


FIGURA 9: Procedimiento para el manejo de las UPP en la OSI Barakaldo-Sestao

5. Prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS)

5.1 Bacteriemia ZERO. Protocolo de actuación de fiebre asociada a catéter venosos central (CVC)

Esta intervención supone la implantación de 5 medidas relacionadas con la inserción y mantenimiento de CVC basadas en el mejor conocimiento científico:

1. Uso de Clorhexidina en la preparación de la piel.
2. Uso de medidas de barrera total durante la inserción de los CVC
3. Preferencia de la vena subclavia como lugar de inserción.
4. Retirada de CVC innecesarios
5. Manejo higiénico de los catéteres

En nuestra unidad de medicina interna no se canalizan los CVC, sino que lo hacen en la UCI, por lo que queda en manos del personal de Medicina interna el uso, mantenimiento y retirada de ese catéter.

5.2 Protocolo de actuación respecto al manejo de CVC

a) Higiene adecuada de manos. Se requiere una higiene apropiada de las manos antes y después de acceder, reparar o proteger el catéter extravascular. El uso de guantes no exime el de higiene de manos. Categoría IA (Figura 10)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

FIGURA 10: Proceso para adecuada higiene de manos

b) Uso de Clorhexidina en la preparación de la piel. Desinfectar la piel con un antiséptico apropiado antes de la inserción del catéter y durante los cambios de apósito. La solución de preferencia es una preparación de clorhexidina acuosa al 2% o alcohólica al 0.5% . Categoría IA (Figura 11)

FIGURA 11: Protocolo de elección de antisépticos en San Eloy

c) Retirada de CVC innecesarios. Categoría IA.
d) Manejo higiénico de los catéteres. Reducir al mínimo imprescindible la manipulación de conexiones y limpiar los puntos de inyección del catéter con alcohol isopropílico de 70º antes de acceder con ellos al sistema venoso. Categoría IA.

5.3 Protocolo de actuación de fiebre asociada a CVC

Las infecciones relacionadas con el uso de catéteres venosos centrales (CVC) son complicaciones con una alta prevalencia y posibles consecuencias graves. La administración de nutrición parenteral total (NPT) constituye un factor de riesgo (2). En nuestra unidad de Medicina Interna existe un protocolo de actuación de fiebre asociada a CVC (Figura 12)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

FIGURA 12: Protocolo de actuación de fiebre asociada a catéter

6. Identificación inequívoca de pacientes

Una correcta identificación comienza acercándose cada día a los pacientes como si se tratara de la primera vez. Para ello, la utilización de un brazalete identificativo, que permita en todo momento conocer su filiación, ha demostrado su utilidad en la disminución de errores sanitarios. El esfuerzo tendrá su recompensa en la certeza de garantizar la seguridad de nuestros pacientes. Además, darán al personal la seguridad de que estamos prestando nuestros cuidados al paciente correcto y servirá asimismo para incrementar la cultura de seguridad en todo el hospital.
Se identificará a todos los pacientes que ingresen en el hospital, tanto programados o urgentes. En el caso de los ingresos programados, el Servicio de Admisión, una vez comprobada la identidad del paciente, según el Procedimiento para la Identificación y Registro de Pacientes será el que facilite la pulsera al paciente. Respecto a los ingresos urgentes, será la enfermera responsable del paciente en urgencias antes de que el paciente suba a la unidad de hospitalización, previa comprobación de los datos de filiación la que se la colocara.

6.1 Componentes de la intervención en identificación inequívoca de pacientes en la OSI Barakaldo- Sestao

Debido a las características especiales ya comentadas de los pacientes de la unidad de Medicina Interna, es muy común que los pacientes se arranquen o se quiten las pulseras de identificación. Es por ello que en nuestra unidad hay una especial atención a este método de identificación.

a) Todos los días hay una profesional de categoría TCAE que revisa que todos los pacientes porten la pulsera identificativa.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

b) Si en algún momento la pulsera hubiera que reemplazarla por diferentes motivos, ella se lo transmite a la supervisora de la unidad de lunes a viernes y a su enfermera referente los fines de semana para que se solicite una nueva en el servicio de Admisión Central.

c) Al realizar la acogida en el ingreso se informa al cuidador o familiar mas cercano la importancia de portar la pulsera y de comunicarnos la falta de ella en cualquier momento y se les reparte el folleto informativo corporativo.

7. Buenas prácticas asociadas a la utilización de la medicación

La OSI Barakaldo-Sestao ha iniciado el pilotaje de un protocolo en Medicina Interna, para evitar interrupciones al personal de enfermería durante la preparación y administración de medicación, ya que, según algunos estudios, cada interrupción mientras una enfermera prepara y administra los fármacos aumenta en un 13% el riesgo de cometer un error.

Para ello, los profesionales se colocan en la zona de preparación un chaleco rojo con el distintivo "¡No interrumpir! Preparando y administrando medicación", el distintivo se quita una vez se haya terminado de administrar la medicación a todos los pacientes (Figura 13).

FIGURA 13: Chaleco rojo para preparación de medicación

También se hace uso de tablets con tres APPS clínicas para control de toma de constantes, extracciones de sangre y administración de medicación del paciente a pie de cama. Esta aplicación muestra tanto el tratamiento actual del paciente como su historia farmacológica. Además, incorpora filtros de seguridad como alertas y alergias en los tratamientos y permite consultar la medicación por tramos horarios. Tiene como valor añadido la inclusión de los cuidados no medicamentosos. Lleva la firma a pie de cama de quien realiza la administración del tratamiento (Figura 14).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

FIGURA 14: Tablets con apps para mejora de seguridad del paciente

8. Atención a segundas y terceras víctimas

Los EA con consecuencias graves tienen su peor cara en el sufrimiento de los pacientes y sus familiares y amigos (primera víctima), pero no son ellos los únicos que sufren y se ven afectados. También son víctimas, aunque en un segundo plano, los profesionales que se ven involucrados directa o indirectamente en el EA y que sufren emocionalmente a consecuencia de ello. En la unidad de Medicina Interna tenemos un protocolo propio con los canales de comunicación incluidos.

Atención al paciente:

- Prestar al paciente la atención que requiera de forma inmediata conforme al protocolo de cada centro y avisar al medico de guardia (Tfno.: 856740)
- Ofrecer apoyo psicológico al paciente y/o sus familiares.
- Contactar con el supervisor de enfermería del servicio o de la unidad asistencial (coordinador de enfermería) para informar de lo sucedido y requerir su intervención (Tfno.: 856654 supervisora de guardia).
- Escribir un resumen con la información más relevante para poder analizar posteriormente el EA.
- Realizar registro en SNAPS

Apoyo al profesional y al equipo asistencial del que forma parte:

- El servicio de salud Laboral y prevención de riesgos se encarga del seguimiento y apoyo al profesional(Tfno.: 856060)

9. Bibliografía

1. Muñoz Mella MA, Ezpeleta Sáenz de Urturi E, Enríquez de Salamanca I, Rey Barbosa MT, Quintela Porro V, Román Vila A. Estrategia para la prevención de eventos adversos en el anciano hospitalizado. Gerokomos. septiembre de 2009;20(3):118-22.

2. Laguna-Parras JM, Arrabal-Orpez Mª J, Zafra-López F, García-Fernández FP, Carrascosa-Corral RR, Carrascosa-García Mª I, et al. Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados. Gerokomos. diciembre de 2011;22(4):167-73.

3. Seisdedos Elcuaz R, Conde García MC. INFECCIONES RELACIONADAS CON EL CATÉTER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL. Nutr Hosp. 1 de mayo de 2012;27(3):775-80.

4. EVIDENTIA [Internet]. [citado 9 de junio de 2021]. Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n30/ev0430.php

5. EEC G de CO. El protocolo de 'No interrupciones durante la ronda de Medicación' se extiende a Cardiología y Digestivo | OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES [Internet]. [citado 9 de junio de 2021]. Disponible en: https://osieec.osakidetza.eus/blog/el-protocolo-de-no-interrupciones-durante-la-ronda-de-medicacion-se-extiende-a-cardiologia-y-digestivo/

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 10: FOMENTO DEL AVANCE DE CUIDADOS EMPÍRICOS HACIA CUIDADOS BASADOS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA A TRAVÉS DE LA GAMIFICACIÓN

AUTORÍA: Ignacio Valverde Benítez

1. RESUMEN

El cuidado ha sido la herramienta principal del ser humano para su supervivencia. Los enfoques de este cuidado se han visto transformados en la historia por factores sociales, económicos, políticos e históricos en cada etapa. Actualmente, gozamos de un cuidado profesional con marco teórico y ciencia: la enfermería. Su trazado histórico no ha sido fácil, y en gran parte ha ido ligado a la connotación social del género femenino. Actualmente las enfermeras buscamos optimizar unos cuidados dirigidos a la excelencia clínica, y para ello, contamos con un recurso clave; la enfermería basada en evidencias, es decir, el uso consciente y explícito de la ciencia para dar respuesta a los mejores cuidados. Para hacer eco de esta metodología y mejorar la orientación de los cuidados, se propone a través de un formato ADDIE, desarrollar una actividad a través de Aprendizaje Basado en Juego (GBL en inglés) cuya misión, es hacer aprender constructivamente favoreciendo la reflexión, creatividad, autonomía, pensamiento crítico y mejora de las habilidades sociales para trabajar en equipo mientras se simulan varias situaciones clínicas en un entorno ficticio adaptado. Esta metodología actualmente está experimentando un gran auge por sus resultados en los equipos y el objetivo, no es otro que acercar esta evidencia a la praxis profesional de las enfermeras, mejorar los cuidados prestados a la sociedad, optimizar la proyección de la gestión

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

sanitaria, planificar acciones que acerquen este enfoque de cuidados y reducir la brecha existente entre la enfermería asistencial e investigadora.

ABSTRACT
Care has been the main tool of human beings for their survival. The approaches to this care have been transformed in history by social, economic, political and historical factors at each stage. Currently, we enjoy professional care with a theoretical and scientific framework: Nursing. Its historical tracing has not been easy, and to a large extent it has been linked to the social connotation of the female gender. Recently, nurses seek to optimize care aimed at clinical excellence, and for this we have a key resource; evidence-based nursing, that is, the conscious and explicit use of science to respond to the best care. To echo this methodology and improve the orientation of care, it is proposed through an ADDIE format, to develop an activity through Game-Based Learning whose mission is to make learning constructively favoring reflection, creativity, autonomy, critical thinking and improvement of social skills to work in a team while simulating various clinical situations in an adapted fictional environment. This methodology is currently experiencing a great boom due to its results in the teams and the objective is none other than to bring this evidence closer to the professional practice of nurses, improve the care provided to society, optimize the projection of health management, plan actions that bring this approach to care closer and reduce the gap between nursing care and research.
PALABRAS CLAVE: NURSING, EVIDENCE-BASED PRACTICE, EVIDENCE-BASED NURSING, EVIDENCE, CHILD CARE.

2. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Para Marie Francoise Collière “cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades”. Cuidar se trata de una actividad indispensable para sobrevivir y, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos humanos.1

La enfermería no como profesión, sino como ejercicio de las "prácticas cuidadoras", ha sido una actividad necesaria para la conservación de la especie humana. En los comienzos, el conocimiento de las personas que realizaban dichas acciones era intuitivo, no tenían preparación específica ni retribución económica, era una actividad universalmente intrínseca a cualquier forma de sociedad y realizada preferentemente por la mujer. El origen de la Enfermería no es otro que el origen de la misma humanidad.2

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Sin embargo, los enfoques del cuidado se han visto afectados por diferentes aspectos sociales, económicos, políticos e históricos que han determinado el devenir del actual ser humano.

En primer lugar situamos la etapa doméstica del cuidado iniciada en la prehistoria. El cuidado de la salud y el mantenimiento de la vida recaían sobre la mujer y la figura del sanador, los cuales utilizaban elementos de la naturaleza para cuidar a niños y enfermos; plantas, minerales, agua etc. así como la creencia en espíritus como causa de enfermedad. En las primeras civilizaciones el enfoque cambia y destaca el desarrollo del Código de Hammurabi en el que se describían las primeras prácticas médico-quirúrgicas. Los cuidados recaían en los sacerdotes y mujeres asistiendo partos y siendo amas de cría. En Grecia, se comenzó a ejercer la medicina educativa (solo para hombres) y la partería para mujeres. En Roma sin embargo, los cuidados recaían en los esclavos y ya se habla de los primeros hospitales-valetudinariums (sobre todo en los campamentos militares) y surgieron los nosocomi que aplicaban cuidados a los enfermos.

En segundo lugar se encuentra la etapa vocacional del cuidado donde el cristianismo cumple un papel fundamental. Aquí se instauran numerosas instituciones para el cuidado de los enfermos, siendo la iglesia la encargada de la gestión de la enfermedad. Los cuidados adquirieron un enfoque de deber sagrado y carácter humanitario, introduciendo el concepto de consuelo y altruismo al cuidado asistencial. Se despreciaba el criterio individual de las mujeres que impartían cuidados instruyéndolas en obediencia a los superiores. En la Edad Media cambian las tornas y son las mujeres de señores feudales y los monjes quienes practicaban primeros auxilios, remedios caseros y curación de enfermedad siendo la caridad lo que les movía a cuidar. Con el cristianismo ya bien instaurado en la sociedad, se crearon hospitales trayendo consigo a órdenes como la de las Agustinas formada por hermanas puramente enfermeras. En esta época se suceden las Cruzadas surgiendo la necesidad de cambiar la gestión del cuidado y llegando a sistematizar el cuidado. Más adelante en el mundo moderno, se empiezan a escribir tratados para la formación específica de matronas y parteras aunque el auge del protestantismo de Lutero hizo que resurgiera la idea de protección espiritual y se descuidara la base empírica de los cuidados (Etapa Oscura de la Enfermería). No obstante, la Iglesia Católica planteaba continuar la caridad de los cuidados con lo que surgieron varias órdenes religiosas como las Hermanas de la Caridad (discípulas de Vicente de Paúl) el cual, desarrolló unos criterios para realizar el trabajo de forma ordenada y sistematizada. En este momento de la historia ya se ofrecían cuidados básicos, cuidados técnicos (administración de medicamentos, alimentos, cura de heridas o recogida de orina) y gestión de cuidados (formación del personal, registros de ingresos y altas).

En tercer y último lugar, se inicia la etapa técnica de los cuidados y la enfermería profesional tal y como la conocemos actualmente. Ya aquí se considera la salud como

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

un derecho inalienable de las personas y con ello, se dictaron las primeras leyes de seguridad social en Alemania, aunque durante la primera parte de la etapa, la asistencia sanitaria fue eminentemente curativa e individual (distinguiendo la clase social). Se inicia le enfermería moderna, profesionalización de los cuidados, creándose multitud de escuelas de enseñanza en los cuidados de manera sistematizada en base a estudios científicos de la época. Se empieza a exigir la preparación y titulación para la prestación de cuidados y comienza la instrucción pública de las enfermeras. Florence Nightingale sienta las bases de la investigación de los cuidados y Elizabeth Fry planteó la necesidad de remunerar a las personas que cuidaban de enfermos. Además se crea en 1899 el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) mejorando el posicionamiento social, laboral, educacional y económico de las enfermeras.3,4

El trazado histórico de la enfermería no ha sido lineal ni fácil, y en gran parte ha ido ligado a la connotación histórico-social del género femenino. Actualmente las enfermeras seguimos asentando y consolidando el papel de la enfermería profesional para optimizar unos cuidados eficientes, eficaces y efectivos en nuestra sociedad.

En nuestra historia están las causas de la mayoría de las situaciones actuales y, sólo buscando los motivos que las originan, se pueden modificar y mejorar las necesidades que la población demanda. Si no se conoce el pasado, no se sabe de dónde se viene, hay dificultades para identificar dónde se está y difícilmente se puede elegir hacia dónde se quiere ir. Por tanto, el estudio del pasado y la ponderación del presente, permitirán construir con solidez el futuro que actualmente Enfermería desea, es decir, la excelencia del cuidado.2

El objetivo general de este proyecto consiste en identificar el desarrollo histórico y profesional de la gestión de cuidados empíricos hacia cuidados basados en evidencia científica.

Los objetivos específicos se centran en acercar la evidencia científica a la praxis profesional de las enfermeras, mejorar los cuidados prestados a la sociedad, optimizar la proyección de la gestión sanitaria, planificar acciones que acerquen este enfoque de cuidados y de gestión a los profesionales y reducir la brecha existente entre la enfermería asistencial e investigadora.

3. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN

En España podemos comenzar a hablar de profesión de Enfermería a partir de la Ley de Instrucción Pública de 1857, que determina los conocimientos prácticos y teóricos para obtener el título de practicante, aunque hasta 1902 no se establece el programa de enseñanza. En 1896 se crea la Real Escuela de Enfermería de Santa Isabel de Hungría en Madrid, por el Dr. Federico Rubio y Galí. En 1915 se establecen los requisitos para el ejercicio de la Enfermería, aprobando previamente un examen ante tres catedráticos de

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Medicina. En 1944 la Ley de Bases de Sanidad Nacional establece tres colegios de Auxiliares Sanitarios en tres áreas: enfermeras, matronas y practicantes. Durante esta época la enfermera se limita a ser auxiliar del médico, para así él poder ir asumiendo funciones más complejas. En 1953 se unifican las titulaciones de Enfermera, Practicante y Matrona, pasando a ser entonces ayudantes técnicos sanitarios (ATS).

Muchos fueron los avatares hasta ver la luz, en julio de 1977, el Real Decreto 2128/77: Integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Los profesionales de enfermería hicieron frente al nuevo reto, adaptando sus planes de estudios a la Directiva Europea y consiguiendo unos profesionales con alto reconocimiento en toda la Unión Europea. Este es el camino que nos va a permitir alcanzar el tan deseado desarrollo académico y curricular de la profesión.

Los puntos clave que permitirán el reconocimiento académico y profesional en toda la UE están basados en el binomio transparencia y calidad. En Praga (2001), los Ministros de Educación de 32 países reafirmaron su compromiso de desarrollar los objetivos de la Declaración de Bolonia, y decidieron evaluar los avances realizados por cada país en la próxima reunión de Berlín en septiembre de 2003.

Para tratar de lograr los fines deseados y continuar progresando en la calidad y seguridad de las enseñanzas de enfermería, los nuevos estudios iban encaminados a la adaptación de nuevas metodologías de enseñanza y aprendizaje, fomento de pensamiento crítico así como la transmisión de la inquietud por investigar poniendo al alcance conocimientos y herramientas que permitan justificar sus porqués y posteriormente manejarlos hasta divulgarlos y hacer avanzar una ciencia. También se potenciaron transversalmente las competencias de humanización, gestión, trabajo en equipo entre otras que permitirían mejorar la proyección de cuidados.3

Todos estos cambios históricos han ido ligados al cambio de un conocimiento empírico, tradicional, supeditado y de ensayo-error a un conocimiento científico y basado en evidencias. La ciencia predecesora que inició sus andaduras en los conceptos de “evidencia” fue la medicina a mediados del siglo XIX. Pierre Alexander Louis, Bichot y Magendie comenzaron a promocionar la medicina de la observación cuyo fundamento era que los médicos en su práctica asistencial debían basarse en resultados de investigaciones, efectos beneficiosos y términos cuantificables. Como tal, la medicina basada en la evidencia (MBE), nació en los años 90 en la Universidad de McMaster (Ontario, Canadá).5 La ciencia enfermera da el salto varios años más tarde abriéndose camino hacia la Enfermería Basada en la Evidencia. En 1997 se celebró en Londres la I Conferencia Nacional sobre EBE y en 1998 se crean varias revistas exclusivas de EBE. En el año 2000 Ingersoll define la práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia como “la utilización consciente, explícita y juiciosa (crítica) de teoría derivada; la información basada en investigación en la toma de decisiones para el cuidado que se da a individuos

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

o grupos de pacientes en consideración con las necesidades y preferencias individuales".6

En nuestro entorno nacional, es en Granada en el año 2002 cuando tiene lugar la I Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia (EBE). Este movimiento se ha caracterizado por su mirada crítica hacia la práctica clínica y el papel que desempeña el conocimiento científico enfermero. Todo esto, coincidiendo con el acceso de la enfermería a los estudios universitarios y de doctorado, abrió en España un proceso de implantación de nuevas metodologías, en su mayor parte importadas de otros contextos, que han encontrado tantos adeptos como resistencias, o lo que es lo mismo, han provocado una división entre quienes las piensan y quienes las tienen que llevar a la práctica, o sea, las enfermeras clínico-asistenciales.7 Otro de los hitos que se conjuga en el mismo entorno es el acceso de las enfermeras a los Fondo de Investigaciones Sanitarias (FSI) diseñado por el Instituto de Salud Carlos III el cual, permite que una enfermera pueda encabezar una investigación con la denominación de IP, o lo que es lo mismo, de investigadora principal. Esto supone una nueva apertura del conocimiento enfermero en las dependencias de salud del estado español lo que sin duda, focaliza y mejora el devenir del cuidado dentro de las políticas sanitarias.8

Por tanto, la historia más ancestral con la historia más reciente converge hacia profesionales capacitados para investigar, difundir y transmitir ciencia. Una ciencia que no para de crecer y que a la vez, legitima su posición en la ciencia y en la sociedad. A pesar del recorrido y de la situación actual, aún queda un arduo trabajo para reducir la brecha existente entre la enfermería investigadora y la enfermería asistencial.

3. FORMATO ADDIE

3.1. ANÁLISIS

Con la premisa introductoria y la contextualización de la materia, se procede al análisis interno y externo de la temática para valorar a través de la matriz DAFO cuáles son las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que se encuentran y cuya conjunción, nos permitirán focalizar de un vistazo la situación del proyecto a desarrollar.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANÁLISIS INTERNO	
FORTALEZAS	*DEBILIDADES*
- El paciente cada vez tiene más autonomía en la toma de decisiones y participa en su cuidado. - Los enfermeros nóveles hacen uso de manera rutinaria de la EBE al generar dudas en la praxis asistencial y/o de gestión. - El uso de las tecnologías entre las nuevas generaciones favorece el uso de las TICs en el medio de trabajo. - Cada vez está más y mejor valorada la investigación en bolsas de trabajo. - La creación de nuevas guías de práctica clínica o protocolos requiere del uso de herramientas que orienten hacia resultados basados en evidencias.	- Los planes de estudios han sido muy variables a lo largo de la historia. En no más de 40 años la formación de enfermería ha pasado varias transiciones: ATS (no universitaria; escuelas dependientes de hospitales), DUE (inicio a la transición universitaria), graduados en enfermería y la nueva entrada de especializaciones además de las de matrona y salud mental. Esto genera una brecha de conocimientos entre profesionales dependiendo de su edad. - Mucho del conocimiento generado se hace por obtener mejor puntuación en bolsas. Esto provoca que la calidad metodológica en muchos casos se vea en entredicho. - La falta de uso de evidencias pone en riesgo la seguridad del paciente y la calidad percibida de los mismos. - La metodología que emplean algunas enfermeras aún es empírica y con razonamientos muy acérrimos a la experiencia personal. - El cambio en generaciones más antiguas siempre es un punto de resistencia al cambio. - Muchos profesionales (por interés propio o comodidad) prefieren no actualizarse con EBE. - Algunos perciben la EBE como algo difícil e inabordable. - La jerga del lenguaje científico es a veces un impedimento para atraer al profesional. - Los propios supervisores o figuras de referencia no instigan o fomentan el uso de herramientas para concluir con EBE. - En muchos centros y/u hospitales no es un objetivo interno de peso o cuyos objetivos revistan relevancia. - El hecho de conseguir plaza fija genera en algunos profesionales rechazo a seguir estudiando (ya que muchos pasan años preparándose para concursos y oposiciones). - El uso tecnológico en algunos profesionales se resiste.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANÁLISIS EXTERNO	
OPORTUNIDADES	*AMENAZAS*
- Las formaciones de enfermería desde el nuevo grado universitario fomentan el uso de las herramientas EBE. - Los posgrados y especializaciones enfermeras requieren el uso consciente de la EBE. - Los profesionales de enfermería acceden a estudios de doctorado existiendo ya la rama específica de "ciencias enfermeras". - El acceso a un doctorado de enfermería implica una normalización del uso de evidencias en la práctica investigadora. - En las universidades se trata de una materia transversal a cualquier asignatura. - Entre colegios y sindicatos de enfermería se aumentan las ayudas anuales para generar investigación y participar en eventos. - Existen becas específicas para enfermeras en investigación (Ministerio de Educación, de Sanidad o Universidades). - En el examen EIR (de acceso a especialidades) o exámenes de oposición es un tema cada vez más recurrente e importante. - En las políticas estatales y autonómicas, la enfermería cada vez tiene un papel más activo e influyente.	- La formación en ocasiones es escasa por parte de universidades o de Unidades de Formación Continuada. - Existen falta de apoyos metodológicos o económicos para emprender nuevo conocimiento.

Tabla 2. Análisis externo

3.2 DISEÑO

Con los resultados anteriormente obtenidos en el análisis a través de la matriz DAFO, se pueden empezar a vislumbrar las debilidades actuales que la enfermería española (y podría decirse que mundial) atraviesa con la praxis gestora-asistencial y el uso consciente de la Enfermería Basada en Evidencias Es por ello, que la propuesta de este proyecto pretende ser atrayente, sencilla, breve, reflexiva, accesible y con recursos económicos que estén al alcance de la organización sanitaria que lo desarrolle. En este caso, teniendo en cuenta la disparidad de edad que existe entre los profesionales diana y las circunstancias profesionales, sociales y académicas que atraviesan la ciencia enfermera, la metodología escogida para el diseño de esta propuesta es la GBL (Game Based Learning) o lo que es lo mismo, Aprendizaje Basado en el Juego.9 Esta metodología implica una novedosa manera de formar a los empleados de las empresas. Nos referimos al simple uso de juegos simulados (con uso de recursos virtuales) para la adquisición de nuevos conocimientos y destrezas. La oferta de este tipo de contenidos es cada vez más amplia, variada y aceptada por los resultados que genera en sus participantes.

El desarrollo del diseño de esta propuesta se enmarcará dentro del ente público Osakidetza – Servicio Vasco de Salud del Sistema Nacional de Salud. Para la

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ejemplificación de esta metodología, tomaremos de referencia la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario de Basurto de la Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto (OSI BB). La elección de la metodología a utilizar no es casualidad y es que, en el año 2009, se inauguró el primer Hospital Virtual de la OSI BB (justo a la par del Plan Bolonia) con medios materiales suficientes para la recreación de distintas situaciones clínicas.10 Teniendo en cuenta la disposición de este recurso, la idea general consiste en desarrollar seis situaciones clínicas habituales en la práctica diaria con los recién nacidos, y cuya ejecución a libre albedrío sin evidencia científica, generarían un impacto sanitario y económico negativo en la salud de los pacientes y sistema sanitario.

Se ejecutará en forma de Yinkana a través de técnica educativa grupal para el desarrollo de habilidades (demostración del entrenamiento y simulación operativa). Se trata de un diseño propio basado en experiencias previas en otros ámbitos sociales y de ocio, pero adaptado a un entorno didáctico-pedagógico para enfermeras. Cada una de las situaciones propuestas se expondrá en forma de caso clínico, con una duración máxima de 10 minutos. Durante ese tiempo, las participantes generarán dudas y reflexionarán entre ellas las acciones más adecuadas a desarrollar en función de sus conocimientos y capacidades. Tras ello, ejecutarán la tarea técnica con la decisión final tomada y los materiales adecuados. Existirán dos coordinadores; uno para el control del tiempo, vigilancia de la sala y uso adecuado de las instalaciones, y otro que guiará a los grupos generando debate y resolviendo las dudas que pudieran surgir con respecto a las normas de la actividad. Una vez finalizada la actividad, se procederá al análisis conjunto con todos los participantes: expondrán sus impresiones, dudas y conocimientos. Tras ello realizarán una pequeña encuesta para visualizar groso modo el impacto a corto plazo que ha generado la actividad, y a través de los indicadores hospitalarios en cuanto a la calidad asistencial, se valorará el impacto anual de las intervenciones y su rendimiento de mejora a medio-largo plazo

. 3.3 DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

Tras el diseño del proyecto, se expondrá pormenorizadamente el plan estratégico de desarrollo e implementación a través de las siguientes fases de ejecución:

1. Comunicar a la Unidad de Formación Continuada la propuesta para conocer la factibilidad del desarrollo de la prueba. En esta unidad estudiarán si los recursos materiales, humanos, económicos, y de espacio son factibles. También observarán si esta formación responde a los objetivos propuestos y el nivel de impacto que podría tener en la mejora de los cuidados.
2. Conformar el folleto informativo de la actividad en el que se especificará la fecha, hora, lugar de desarrollo, duración, metodología empleada, público a quien va dirigido

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

(en nuestro caso, enfermeras de la Unidad de Neonatología), créditos de formación continuada CFC, número de plazas disponibles (36 plazas) y objetivos generales.

3. Publicación de la convocatoria en el área de Formación Continuada para trabajadores (Plataforma de Jakinsarea). Esta permanecerá activa durante 2 meses. Del mismo modo, se enviarán correos electrónicos corporativos para informar a todas las enfermeras de la unidad.

4. Organización del número total de enfermeras inscritas para proponer el número de sesiones a realizar y el orden de los horarios. En este caso, toda la plantilla de enfermería va a participar (36 enfermeras).

5. Cada sesión desarrollada tendrá un máximo de 12 participantes. Por lo que se desarrollarán 3 sesiones para dar cobertura a todas las participantes. Cada sesión durará una hora y cuarenta y cinco minutos repartidos de la siguiente manera:

6.

a. Fase de presentación y organización de grupos (10 minutos): en esta fase, se hará una presentación de la actividad explicando el desarrollo que va a tener la simulación. Las 12 personas convocadas para la sesión, tendrán que hacer subgrupos de 3 participantes. Un requisito indispensable en la medida de lo posible, es que al menos en cada subgrupo haya una enfermera egresada de la carrera de enfermería antes del año 2002 y otra después del año 2002. En ese año, en España entra la EBE y los planes de estudios se empiezan a orientar con esta materia transversal a todas las asignaturas de la antigua diplomatura universitaria.

b. Fase de desarrollo clínico (60 minutos): se trata de una Yinkana con 6 puestos distintos (cada uno en una sala separada para no interferir ni distraerse con la actividad del resto de grupos). Aquí se presentará un caso en un monitor, y los participantes deberán atender con atención a los datos proporcionados. Con ello, debatirán no más de 5 minutos las acciones más correctas y justificar el porqué. Tendrán un pequeño cuestionario tipo test de 3 preguntas y tras finalizarlo, procederán a realizar la actividad con el paciente físicamente. En la tabla 3 se muestran los casos propuestos y la orientación general que tiene cada caso clínico.

SIMULACIONES CLÍNICAS PROPUESTAS EN LA YINKANA

1. CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICALAntisépticos disponibles para la cicatrización del cordón. Cuidados y educación para la salud a padres.

2. USO DE LA TETANALGESIA DURANTE PROCESOS DOLOROSOS Deberán realizar una prueba del Talón considerando el uso de tetanalgesia y las condiciones ambientales de la sala.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

3. MANTENIMIENTO DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO EN NEONATOS Las participantes utilizarán los productos y materiales necesarios para mantener la Vía Venosa Periférica (VVP) y evitar la aparición de complicaciones.
4. LAVADO CORRECTO DE MANOS Tendrán una situación clínica con varias acciones en las que decidirán utilizar agua y jabón o solución alcohólica repasando los 5 momentos de higiene de manos de la OMS.
5. VOLUMEN Y UMBRAL DE RUIDOS Controlarán el ambiente externo de un paciente en incubadora y observarán los umbrales reales de sonido de cada cuidado que realizan.
6. VALORACIÓN DEL DOLOR EN GRANDES PREMATUROS Tendrán que determinar la escala adecuada para evaluar el dolor de un neonato pretérmino, analizar cada cuanto tiempo debe aplicarse la escala y valorarla con un caso virtual.

Tabla 3. Simulaciones clínicas propuestas en la Yincana

A modo de ejemplo para el resto de casos, tomaremos la simulación clínica número 3 con el mantenimiento del catéter venoso periférico en neonatos. Las participantes encontrarán a un neonato con una vía canalizada y se les expondrá un caso clínico tal que así:

“Recién nacido a término (39 semanas de edad gestacional) el cual ingresa a la Unidad Neonatal de cuidados medios por episodios de hipoglucemia repetida y alteración analítica de iones. Tras ingresar se le coloca una vía venosa periférica 24G en el miembro superior izquierdo con fijación de apósito de gasa y tabla de fijación para evitar extravasación”.

¿Cuáles son las áreas anatómicas de elección principal para canalizar una VVP? ¿Qué producto es el más indicado en neonatología para salinizar y mantener VVP? ¿Cada cuántas horas se revisará y salinizará la VVP? ¿Cada cuánto tiempo cambiaremos el apósito de gasa?

Durante 5-6 minutos, las participantes desarrollarán el debate en función de sus conocimientos y experiencia previa. Teniendo en cuenta que en cada grupo hay diferentes generaciones de enfermeras formadas antes y después del año 2002, el debate se garantizará ya que la metodología de trabajo seguramente difiera ligeramente de unas a otras.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Tras ello, desarrollarán un tipo test de 3 preguntas con respecto a este caso clínico que no les llevará más de 3-4 minutos. Lo tendrán en una carpeta cerrada para no interferir en el debate inicial. Para el caso número 3 se propondrían las siguientes preguntas:

1. ¿En función de qué parámetro elegiremos el tamaño de la VVP?

a) Del calibre de la vena que palpemos. Procuraremos utilizar una VVP que no obstruya más del 70% de la luz del vaso.
b) Del calibre de la vena que palpemos. Procuraremos utilizar una VVP que no obstruya más del 50% de la luz del vaso.
c) Del calibre de la vena que palpemos. Procuraremos utilizar una VVP que no obstruya más del 80% de la luz del vaso.
d) De la decisión que la enfermera considere en función de la gravedad del paciente.

2. ¿Cada cuánto tiempo se debe salinizar una VVP en la unidad neonatal para evitar complicaciones como flebitis mecánicas, farmacológicas o bacterianas?

a) Cada 24 horas para evitar una manipulación excesiva. Intentaremos permeabilizarla con solución fisiológica salina al 0,9% en una bomba de infusión a un ritmo de 2 ml/h.
b) Cada 6 horas para evitar manipulación excesiva. Intentaremos mantenerla permeable con suero fisiológico al 0,9% en una bomba de infusión a un ritmo de 3 ml/h.
c) 2 veces por turno, de manera aséptica, se permeabilizará la VVP con 2 ml de suero fisiológico a ritmo lento comprobando que no existe extravasación ni alteración basal del paciente.
d) En cada turno, de manera aséptica, se permeabilizará la VVP con 1 ml de suero fisiológico a ritmo lento comprobando que no existe extravasación ni alteración basal del paciente.

3. ¿En qué momento tenemos que lavarnos las manos para canalizar una VVP?

e) Antes y después de realizar la técnica con agua y jabón.
f) Antes y después de realizar la técnica y después del contacto con el entorno del paciente con solución alcohólica siempre y cuando no haya suciedad visible.
g) Antes y después de realizar la técnica con solución hidroalcohólica o jabón antiséptico. h) Antes y después de realizar la técnica y después del contacto con el entorno del paciente con agua y jabón siempre y cuando no haya suciedad visible.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Tras realizar este pequeño tipo test, las participantes procederán al mantenimiento adecuado de esa VVP con distintos materiales que les podría causar confusión. Guantes estériles, guantes no estériles, suero fisiológico, agua estéril, jeringas de 5cc, 2cc y 10cc, gasas limpias, gasas estériles o varios tipos de apósitos de fijación (entre otros).
El coordinador de tiempo, avisará 2 minutos antes de la finalización de la actividad. Al pasar los 10 minutos, dará orden de pasar al siguiente box en el que encontrarán otro caso clínico. Así, hasta completar los 6 totales que incluye la actividad.

c. Fase de discusión y puesta en común (30 minutos): tras finalizar los 6 casos, en una sala de reuniones, volverán las 12 participantes con los coordinadores y comentarán las preguntas tipo test más confusas. Del mismo modo, se analizarán las acciones prácticas desarrolladas y el nivel de evidencia y grados de recomendación de los cuidados realizados para cada uno de los casos. Con el ejemplo anterior, para el mantenimiento de la VVP en neonatología se les mostrarán los siguientes datos que apoyan necesariamente el uso consciente y explícito de evidencias:

Cada vez que se utilice la VVP se debe retirar el tapón y poner uno nuevo (Categoría II)
Se ha de elegir una jeringa de salinización superior a 5 cc de suero fisiológico para evitar una presión alta en la luz interior de la vena (Categoría IB)
Utilización de guantes no significa que se pueda evitar el lavado previo de manos (Categoría IA).11
El mal lavado de manos no cumpliendo los 5 momentos de higiene que la OMS propone, puede aumentar hasta en un 50% la tasa de flebitis en la Unidad de Neonatología (Categoría IA).12

Tras ello, se hará una puesta en común final con el objetivo de clarificar los conceptos más confusos.

d. Fase de evaluación a través de cuestionario (5 minutos): Este cuestionario pretende evaluar el impacto a corto plazo que ha generado la actividad en las participantes (5 preguntas). Para responder a las preguntas, se tomará la tipología Licker de 1 a 5. La orientación de las mismas irá dirigida a saber en qué grado les ha hecho reflexionar el uso de evidencias en el entorno clínico, si lo tendrán en cuenta en las futuras acciones, si saben a quién acudir o de qué recursos disponen en caso de no saber algo con seguridad, y si se sienten seguras en la toma de decisiones diaria con los conocimientos que tienen. Además, se les pedirá marcar con una “X” el rango de edad al que pertenecen para observar si existen diferencias en las respuestas dependiendo de esa edad.

3.4 EVALUACIÓN

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Para el desarrollo de esta fase contamos con dos vertientes de impacto. Por un lado, una evaluación directa y a corto plazo, es decir, la encuesta que han cumplimentado las participantes al finalizar la actividad (Anexo I) y por otro lado, a medio-largo plazo obtendremos el nivel de cumplimiento de los indicadores anuales de la unidad.

A corto plazo, además de los resultados obtenidos en las encuestas, la supervisión clínica irá observando si la actividad ha generado impacto en las acciones y comportamientos; si se han estandarizado los cuidados entre la plantilla y de si las enfermeras hacen uso de la EBE ya sea por motu propio o bien, preguntando a la propia supervisión. Con respecto a esta supervisión, su observación será crucial para determinar los puntos débiles de la unidad con respecto a los cuidados, y actuar sobre ellos. También para la elección de los casos clínicos posteriores en caso de desarrollar de nuevo la actividad.

A largo plazo, la unidad de calidad del hospital de Basurto generará un informe anual con los indicadores evaluados y los resultados obtenidos. En caso de generar impacto positivo en las acciones estudiadas en la actividad, se verá en los porcentajes finales en comparación a otros años. Por ejemplo, con respecto a la actividad del mantenimiento y permeabilización de las vías venosas periféricas veremos evaluados los indicadores de resultado siguientes:

1. Tasa de bacteriemias primarias: total de bacteriemias primarias / 100 pacientes.
2. Tasa de flebitis: total de vías venosas periféricas con signos y síntomas de flebitis/100 portadores de vía venosa periférica.
3. Tasa de extravasación: total de vías venosas periféricas con signos y/o síntomas de extravasación / 100 pacientes portadores de vía venosa periférica.

De este modo, podremos evaluar resultados objetivos y tangibles con los que emplear acciones en el futuro para la mejora de la atención de nuestros pacientes neonatales. 4. CONCLUSIONES

No cabe duda de que, en nuestro medio más próximo, la evidencia científica y el uso rutinario de la misma, todavía es un aspecto a mejorar entre los profesionales. Se puede intuir que cambiar esta situación a corto plazo es prácticamente utópico por lo que, se requerirá de tiempo, mejora en las formaciones universitarias y hospitalarias, y una cultura de la EBE interiorizada y extendida entre los profesionales egresados. Los pasos para la cumplimentación de los objetivos enumerados en la introducción, deben ser pequeños pero firmes para generar el impacto esperado. Es por ello, que una intervención novedosa como es el aprendizaje basado en el juego, podría ser una estrategia a corto y largo plazo que fomentara la concienciación y la importancia que tienen estas acciones en la salud de nuestros pacientes.

En el ámbito corporativo, esta metodología está experimentando un auge indiscutible. Se basa en un aprendizaje constructivista, es decir, al alumno se le entregan unas

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

herramientas con las que deberá reflexionar y resolver un problema. Esto implica inherentemente una necesaria participación con sus compañeros y el entorno ficticio propuesto. A su vez, se trata de una actividad interactiva, por lo que aseguramos un fomento del pensamiento crítico y reflexivo. También genera creatividad, interés y atracción por los medios digitales empleados. Este cúmulo de características es ideal para generar efectos en el devenir de la praxis enfermera.

Por otra parte, y transversalmente, se trabajan otros aspectos fundamentales en la autonomía enfermera y cohesión de la plantilla de trabajo:

1. Se motiva al participante a través del reto y el aprendizaje.
2. Ayuda a razonar para ser autónomo.
3. Da al alumno el control de su aprendizaje, lo cual es muy positivo para la toma de decisiones que un enfermero debe deliberar diariamente.
4. Potencia la creatividad y la imaginación. Esto favorece un pensamiento orientado hacia el porqué de las cosas.
5. Fomenta las habilidades sociales: escucha activa, comunicación en equipo, empatía, asertividad, capacidad de negociación, gestión de las emociones, respeto, compasión, credibilidad o el saber expresarse. En nuestro caso, el hecho de juntar a generaciones de distintas etapas de formación, podría fomentar una interacción más activa y sinérgica entre las profesionales del grupo de trabajo.
6. Contribuye a la alfabetización digital. Muchos profesionales se muestran reticentes al realizar tareas en soporte digital. Esto supone un riesgo en la seguridad del paciente en muchos casos. Por ello, esta actividad entraña el uso y normalización de tecnología digital.

Con todo ello, trabajaremos simultáneamente, un equipo más eficiente, productivo, comunicativo y motivado. El resultado en cascada de esta actividad, genera indudablemente un impacto positivo en la salud de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega Vargas C. El cuidado de Enfermería. Rev Mex Enf Cardiol. 2002; 10 (3): 88-89.
2. Matesanz Santiago MA. Passed, present and future of Nursing: A constant aptitude. Rev Adm Sanit. 2009; 7(2): 243-60.
3. García Martín-Caro, C.; Martínez Martín, M. L. Historia de la Enfermería. Ed. Harcourt. 2001.
4. Bellido Vallejo, J. C.; Lendínez Cobo, J. F. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 2010.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

5. Sackett Dl, Rosenberg W, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and Chat it isn´t. BMJ 1996; 312:71-2
6. Gálvez Toro A. Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en la evidencia. Invest educ enferm. 2003; 21(1):50-64.
7. NANDA-NIC-NOC De la perplejidad a la generación del conocimiento. FUNDACIÓN INDEX. IV Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia. Granada. 16 de noviembre de 2006.
8. Fondo de Investigación en Salud. Instituto de Salud Carlos III. Fondo Europeo de Desarrollo Regional. Disponible en: https://portalfis.isciii.es/es/Paginas/inicio.aspx
9. La teoría del Game Based Learning. Disponible en: https://www.game-learn.com/la-teoria-del-game-based-learning/
10. La UPV inaugura un hospital virtual en Basurto para facilitar las prácticas. Disponible en: https://www.deia.eus/actualidad/sociedad/2009/12/01/upv-inaugura-hospital-virtual-basurto/13276.html
11. Protocolo de canalización, uso y mantenimiento del catéter venoso periférico en pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM). 2015.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

12. Estudio EPINE-EPPS 2017. Sociedad Española de Medicina preventiva, Salud Pública e Higiene. 2017.

ANEXO I. ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LA YINKANA

A continuación, te presento una escala tipo Likert con varios ítems que pretenden evaluar el impacto de la actividad que has desarrollado en tu práctica asistencial. Para nosotros es muy importante mejorar y crecer para que esta actividad sea útil y tenga sentido. Por ello, te pedimos que leas atentamente las 5 afirmaciones y respondas con total honestidad.

Se trata de una encuesta totalmente anónima y confidencial. Para la realización de la misma, no emplearás más de 3-4 minutos. Para cada pregunta deberás redondear un número único; 1 (totalmente en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (ni en acuerdo ni en desacuerdo), 4 (de acuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Una vez finalizada, puedes dejarla mirando hacia abajo y los coordinadores se encargarán de recogerla.

Por favor, antes de rellenar la encuesta marca con una X el rango de edad en el que te encuentras.

20-24 años	
25-29 años	
30-34 años	
35-39 años	
40-44 años	
45-49 años	
50-54 años	
55-59 años	
> 60 años	

YINKANA NEONATAL: TEST DE EVALUACIÓN FINAL					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
La actividad me ha hecho reflexionar sobre la importancia de la EBE y sus consecuencias sobre la salud de los pacientes.	1	2	3	4	5
La actividad ha fundado en mi un interés mayor por el uso de evidencias en mi práctica diaria.	1	2	3	4	5
Conozco las fuentes disponibles para consultar las últimas evidencias y sé a quién dirigirme en caso de tener dudas.	1	2	3	4	5
Cuando sé que un cuidado tiene base evidenciada, siento más seguridad en mi trabajo.	1	2	3	4	5
En la práctica diaria, a la evidencia, se le da menos importancia de la que debiera.	1	2	3	4	5

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 11: EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES: MODELO IEXPAC

AUTORÍA: Marta Casals Zorita

RESUMEN

Los cambios sociodemográficos y epidemiológicos que está sufriendo nuestra sociedad abocan a un cambio de modelo con una atención más centrada en la persona consiguiendo una integración total del paciente y su entorno.
IEXPAC (Instrumento de Evaluación de la eXperiencia del Paciente Crónico) es una escala que evalúa la experiencia del paciente crónico. Consta de 11 ítems (+4). El test puede ser auto administrado o con la ayuda de un entrevistador.
Objetivo: conocer la experiencia de los pacientes de nuestra organización.
Análisis: a)Amenazas: presión asistencial, experiencias de otros centros, etc. b)Oportunidades: actitud activa de los pacientes, conocer y evaluar la experiencia de los pacientes, etc. c)Fortalezas: facilidad de acceso al centro, personal cualificado, motivado y formado, etc. e)Debilidades: evaluación resultados internos y económicos, escasos recursos humanos, etc.
Diseño, desarrollo e implementación: Se formará a un profesional no asistencial para administrar la herramienta IEXPAC a los pacientes justo el día antes del alta valorando al experiencia que han tenido de nuestro ámbito. Para calcular el tamaño muestral se utilizará CALCUMED.
Evaluación: con los datos recogidos se realizará el análisis estadístico idóneo para conocer loas esferas potenciales de mejoría. Una comisión creada ad hoc determinará las acciones concretas a desarrollar. Se pretende incorporar esta herramienta tanto en estudios de investigación como en la práctica clínica diaria.
Conclusiones: con los resultados e informe final de la prueba piloto se pretende demostrar la eficacia de esta herramienta en el día a día y en los resultados de una práctica basada en la excelencia.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Palabras Clave: paciente crónico, atención centrada en la persona, experiencia del paciente

ABSTRACT

The sociodemographic and epidemiological changes that our society is undergoing lead to a change in the model with a more person-centered care, achieving a total integration of the patient and their environment.
IEXPAC (Chronic Patient Experience Assessment Instrument) is a scale that assesses the experience of chronic patients. It consists of 11 items (+4). The test can be self-administered or with the help of an interviewer.
Objective: to know the experience of the patients of our organization.
Analysis: a) Threats: healthcare pressure, experiences from other centers, etc. b) Opportunities: active attitude of patients, knowing and evaluating the experience of patients, etc. c) Strengths: ease of access to the center, qualified, motivated and trained personnel, etc. e) Weaknesses: evaluation of internal and economic results, scarce human resources, etc.
Design, development and implementation: A non-healthcare professional will be trained to administer the IEXPAC tool to patients just the day before discharge, assessing the experience they have had in our field. To calculate the sample size, CALCUMED will be used.
Evaluation: with the data collected, the ideal statistical analysis will be carried out to determine the potential areas for improvement. An ad hoc commission will determine the specific actions to be carried out. It is intended to incorporate this tool both in research studies and in daily clinical practice.
Conclusions: the results and final report of the pilot test are intended to demonstrate the effectiveness of this tool on a day-to-day basis and in the results of a practice based on excellence.

Key Words: chronic patient, person-centered care, patient experience. Introducción
El actual modelo del Sistema Nacional de Salud precisa un cambio teórico que ya se está iniciando en algunas comunidades autónomas. Este nuevo paradigma se desarrolla a partir de cambios sociodemográficos y epidemiológicos que está sufriendo nuestra sociedad. Cada vez más existe la realidad de una comunidad más longeva y con unas necesidades implícitas aumentadas. Una atención integrada y centrada en el paciente nos permitirá atender estas nuevas necesidades, así como abordar las enfermedades crónicas, cada vez más presentes en nuestra sociedad. Desde esta vertiente, resulta

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

primordial conseguir una integración total del paciente y su entorno, así como la potenciación de las nuevas herramientas tecnológicas de las que disponemos.

El Chronic Care Model (CCM) desarrollado por Wagner et al (1) es una herramienta dirigida a la atención planificada, integrada y centrada en la persona, siendo el referente para la atención de calidad en pacientes con enfermedades crónicas.

A partir de esta herramienta se ha desarrollado el IEMAC (2), Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención a la Cronicidad, con el objetivo de avanzar hacia una atención de calidad a los pacientes con enfermedades crónicas. Se estructura en 6 dimensiones, 27 componentes y 75 intervenciones.

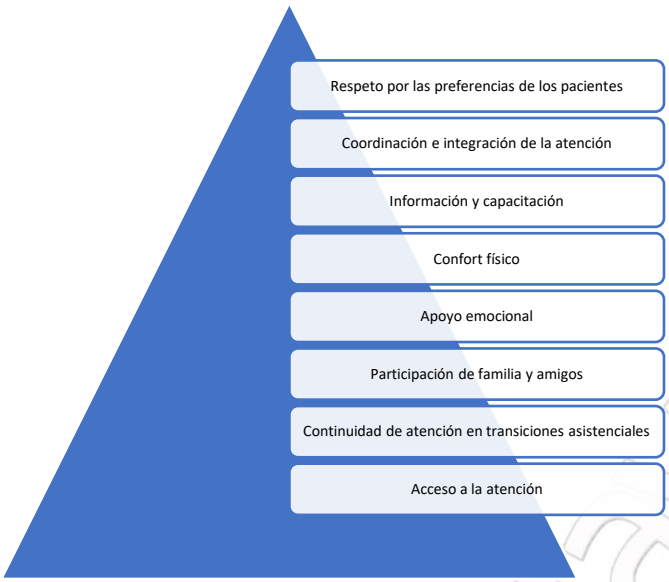
Una atención centrada en el paciente solo se conseguirá escuchando lo que los pacientes tienen que decir acerca de su salud y sus problemas. Así podremos conocer donde es más necesario actuar y de qué manera.

Donabedian et al (3), en su artículo publicado el año 1996, exponen los principios sobre los que debe de basarse lo que entendemos actualmente como calidad en el sector sanitario, indicando la perspectiva del paciente como una medida de resultado de la atención sanitaria. Igualmente, otros autores defienden la necesidad de incorporar este parámetro a los resultados de salud.

El Instituto Picker ha definido los 8 principios de una atención centrada en el paciente:

1. Respeto por los valores, preferencias y necesidades expresadas por los pacientes
2. Coordinación e integración de la atención
3. Información y educación
4. Comodidad física
5. Apoyo emocional y alivio del miedo y la ansiedad
6. Participación de familiares y amigos
7. Continuidad y transición
8. Acceso a la atención

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021



. Según la OMS atención integral (4) es aquella que reúne inversiones, prestaciones y gestión y organización de servicios (diagnosis, tratamiento, cuidado, rehabilitación y promoción de la salud). Para ello se precisa:

- Mejorar la cultura de la organización, enfatizando el trabajo en equipo.
- Coordinación entre diferentes niveles asistenciales.
- Disponer de una Historia Clínica.
- Respeto por los derechos y dignidad de las personas.

EL IEMAC define la experiencia del paciente como “la información que proporciona la persona sobre lo que (le) ha sucedido en la interacción continuada con los profesionales y los servicios sanitarios y sociales y su vivencia de dicha interacción y de los resultados de la misma”. Pretende vertebrar la mejoría en calidad de los procesos asistenciales y en los resultados a partir del conocimiento de lo que los pacientes piensan, dicen y sienten. En definitiva, basar el nuevo modelo de atención a los pacientes crónicos en sus vivencias y preferencias.

Se ha descrito lo que los pacientes experimentan considerando aspectos relacionales en la interacción con los profesionales a través de la información que reciben, la comunicación que se establece y la empatía que generan; también los aspectos funcionales del proceso de atención como son la coordinación, la planificación, el confort y la puntualidad.

Evaluar la experiencia del paciente permite evaluar la calidad de atención de los procesos asistenciales. Algunos autores ya han demostrado la asociación positiva entre experiencia del paciente y seguridad y efectividad clínica. Asimismo, también se describe la asociación positiva entre experiencia en la atención y adherencia al tratamiento recomendado y a cuidados preventivos, así como la mejor utilización de recursos hospitalarios y de atención primaria (5)(6)(7).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Como consecuencia de la coordinación entre el grupo IEMAC y algunas entidades sanitarias, se desarrolla la herramienta IEXPAC (Instrumento de Evaluación de la eXperiencia del Paciente Crónico), (8)(9). Esta escala sirve para la evaluación de la experiencia del paciente crónico. Está orientada a mejorar los resultados, tanto los clínicos como los relevantes para cada persona.

Consta de 11 ítems (+4). Con su cumplimentación se responde la necesidad de las organizaciones sanitarias y sociales de conocer la experiencia y la vivencia de los pacientes, con la finalidad de transformar el modelo de atención actual y obtener mejores resultados, tanto para los pacientes como para la propia organización. Ya se está utilizando en algunas comunidades autónomas como Euskadi o Catalunya con resultados satisfactorios.

Ésta herramienta permite a organizaciones sanitarias y sociales valorar la experiencia que tiene los pacientes que atienden respecto a la atención que reciben. A través de una mirada de atención centrada en la persona, se considera al paciente como tal y se reconoce el papel vital del entorno y sus circunstancias en la atención de la persona.

El test puede ser auto administrado en papel impreso o formato on-line, o con la ayuda del entrevistador que puede ser presencial o telefónica.

El uso de la escala IEXPAC es libre, pero los potenciales usuarios son:

- Servicios regionales de salud.
- Organizaciones sanitarias integradas.
- Organizaciones sociales que trabajan colaborativamente con servicios de salud.
- Centros asistenciales.
- Asociaciones de pacientes.
- Programas y/o proyectos de mejora de calidad y de aprendizaje entre iguales.
- Equipos de profesionales.
- Proyectos de investigación.

Su uso puede ser centralizado cuando el cuestionario está integrado en los sistemas de información de la organización en el caso de servicios regionales de salud u organizaciones sanitarias y sociales en plena autonomía de funcionamiento. El uso descentralizado se utiliza en el resto de usuarios.

Tras una revisión de la bibliografía publicada al respecto y a partir de paneles de expertos y grupos focales se exploraron las dimensiones relevantes que tenía que cumplir el instrumento, así como la aplicabilidad en las diferentes organizaciones sanitaras y sociales. Se realizó un estudio para la validación de las propiedades métricas de la escala (fiabilidad, validez de contenido y constructo)(2)(10). Objetivos

El objetivo que nos proponemos en este proyecto es conocer la experiencia de los pacientes que acuden a nuestra organización para así mejorar los procesos de atención y cuidados que les procuramos.

Justificación y contextualización del proyecto: social, profesional e institucional

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Conocer la experiencia que tienen los usuarios de nuestra organización sobre el trato y cuidados que se les dispensa permitirá poder adecuar el modelo asistencial a sus necesidades, teniendo en cuenta sus preferencias y así mejorar tanto los resultados propios del paciente como los de la organización.

Se llevará a cabo un estudio piloto para la implementación de la herramienta IEXPAC en el centro Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic, Barcelona, Catalunya(11) .

Esta institución presta servicios de salud y sociales con el objetivo de mejorar tanto la salud como el bienestar de las personas en situación de enfermedad avanzada, fragilidad y/o dependencia y de su entorno.

Es un centro de alcance comarcal, lo que le lleva a prestar atención a un gran grupo de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. La misión del centro es restablecer la salud o el bienestar de los pacientes de forma compartida e integrada con otros agentes del territorio. Tanto la misión como la visión y valores son compartidos por todos los profesionales que forman el equipo humano, que trabajan en busca de la excelencia mediante la atención integral centrada en la persona y el alto nivel humano, técnico y científico.

Se atiende a pacientes con patologías crónicas, mayormente de perfil geriátrico, pero también pacientes jóvenes con procesos crónicos.

El centro dispone 3 unidades de hospitalización (Cuidados Paliativos, Convalecencia y Psicogeriatría). Así como Área Ambulatoria, donde se atienden pacientes del mismo perfil. Además, dispone de una Unidad Clínica de Heridas, que trata a pacientes con heridas complejas y crónicas en las extremidades inferiores.

Teniendo en cuenta la tipología de pacientes que se atiende en nuestra organización, y dada la carencia de un proceso que permita determinar la experiencia que tienen los usuarios de nuestra organización, la implementación de esta herramienta supondrá un avance tanto en la atención que se dispensa como en la mejor percepción de los usuarios y profesionales. Aun asumiendo que cada paciente tiene sus particularidades, recogiendo sus vivencias podremos incidir en los procesos asistenciales y así mejorar su experiencia (12). Esto permitirá conseguir una mejor calidad asistencial, tanto de la propia organización como de los profesionales sanitarios que en ella trabajan, consiguiendo a su vez prestar una atención integral eficaz, centrada en el paciente.

Análisis

Amenazas

- La presión asistencial diaria: en nuestro centro de trabajo existen cargas altas de trabajo. A esta limitación hay que añadir el escaso tiempo que se puede destinar a evaluar los cuidados que estamos dispensando: evaluar si éstos son los adecuados, los que la población que estamos atendiendo necesitan.
- En otros centros hospitalarios se recoge la experiencia de los pacientes en relación a su estancia en el centro. Hay otros centros hospitalarios que ya están

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

aplicando esta recogida como medida para evaluar la calidad de los cuidados que se dispensan.

o Está en auge la creencia de que la opinión de los usuarios representa un estándar de calidad para los centros hospitalarios.

o El hecho de que no conozcamos la opinión de los pacientes a los que atendemos nos puede llevar a estar dispensando unos cuidados poco dirigidos e innecesarios para ellos, con lo cual estamos dando unos cuidados equivocados.

o El descontento general de la población sobre el sistema de salud, por: visitas virtuales/telefónicas en lugar de presenciales, poca facilidad de visitas de los familiares al centro.

Oportunidades

o Tendencia de la actitud activa de los pacientes atendidos a aumentar.

o La población está dispuesta a participar activamente en su salud, en decidir sobre sus posibilidades y realizar una toma de decisiones informada.

o Evaluar la experiencia de la población sobre el sistema sanitario está en auge: cada vez más se tiene en cuenta la voz del paciente para poder adaptar más y mejor los cuidados dirigido a ellos.

o Conocer la experiencia de los pacientes es una herramienta que se está utilizando cada vez más en distintos centros de salud, también como ítem para valora la calidad asistencial.

o Se ha evaluado la satisfacción de los pacientes mientras están ingresados o después de haber participado en grupos de pacientes del área ambulatoria, pero no se ha medido de una forma estructurada la experiencia que tienen.

o Conociendo la experiencia de los pacientes atendidos en alguna de las áreas del centro se podrá detectar los puntos de mejora y así mejorarlos.

o Una vez conocidos los resultados, se tiene que trabajar para que a través de pequeños cambios repercuta en una mejoría tanto hacia los usuarios (mejor atención) como hacia los profesionales (satisfacción personal y profesional).

o Conocer en qué puntos concretos podemos mejorar nuestra atención. Fortalezas

o Facilidad de acceso a los distintos profesionales del centro: contacto telefónico, direcciones de correo electrónico, etc.

o Las listas de espera para ser atendido en nuestro centro son aceptables en nuestro entorno:

o Primeras visitas en consultas externas: 1 semana.

o Ingreso hospitalario desde la comunidad: máximo 1 día.

o Ingreso hospitalario desde otro centro hospitalario: 2-3 días.

o Personal cualificado y formado para atender a los pacientes: Enfermeras especialistas en geriatría en su mayoría, motivadas para desarrollar activamente su

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

profesión, que les gusta el cuidar a las personas con patologías crónicas. Profesionales comprometidos en sus tareas y con actitudes de mejora hacía los pacientes. Esto representa un valor añadido en los cuidados estándares y con referencia a otros centros sanitarios.

o El centro dispone de una amplia historia en el cuidar y también acompañar, en situaciones complicadas: ingresos, perdidas de familiares. No solamente apoyo a los pacientes, también a su entorno más próximo, potenciando su papel de acompañamiento y sus posibilidades.

o El centro está muy consolidado en la comarca debido a los servicios que se dispensan en él: atención intermedia, atención a pacientes con patologías crónicas y paliativas.

o El centro goza de reconocimiento por parte de la comunidad, así como de los profesionales de otros centros en su atención.

Debilidades

o Se plantean objetivos, con tareas a desarrollar para conseguirlos, siempre enfocados a la excelencia del centro y de los cuidados. Pero no se termina de evaluar la percepción de los usuarios de nuestros servicios.

o Se evalúan los resultados internos y económicos, pero no la experiencia que ha tenido el paciente durante su paso por nuestro centro/sistema sanitario.

o Disposición de escasos recursos humanos para poder realizar todo el seguimiento.

o El ratio enfermera/pacientes no es el adecuado. En turno mañana éste es de 1/20; en turno de tarde y noche 1/35. Dadas las numerosas publicaciones que indican que a mayor número de pacientes atendidos por una sola enfermera existe mayor probabilidad de malos resultados debería ser una prioridad aumentar la contratación de enfermeras en todos los turnos, con la finalidad de velar por la seguridad de los pacientes. Diseño, Desarrollo e implementación

Para realizar el estudio piloto que se ha planteado se proseguirá de la siguiente forma:

o Se formará a un profesional no asistencial de la organización para la realización de las encuestas a los pacientes. Esto se hace con doble intención: por un lado, que la persona que realice las encuestas no forme parte del grupo de profesionales que atienden al paciente habitualmente, con el objetivo de que esto no condicione al paciente y disminuir el sesgo que podría suponer. Por otro lado, que no se carguen tareas extras a las enfermeras o profesionales asistenciales a su actividad diaria.

o Una vez formado al entrevistador se organizará, junto con las enfermeras coordinadoras de cada unidad, el cronograma que determinará a qué pacientes está indicado entrevistar, y en qué momento. Se propone que la entrevista sea el día previo al alta hospitalaria o un día próximo al alta del servicio ambulatorio. Este cronograma

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

será revisado semanalmente, para incorporar a nuevos participantes en la prueba piloto hasta llegar al tamaño muestral establecido.

o Unos días antes de la encuesta el entrevistador se presentará al posible participante, le expondrá los objetivos del estudio y le entregará el consentimiento informado para confirmar su deseo de participación. En el caso de que sea necesario, esto se hará juntamente con la familia/entrono más directo.

Este punto es importante: por un lado, se debe exponer bien los objetivos y finalidades del estudio. Por otro, que el participante conozca previamente al día de la encuesta al entrevistador.

o El espacio elegido para realizar la entrevista será en la misma habitación, o en su defecto en un despacho del área ambulatoria, estando presentes solamente el entrevistador y el participante, velando así por su derecho a la intimidad y facilitando el clima y confianza necesarios. Se asegurará que mientras se realiza la entrevista ningún otro profesional interfiera en ella.

o La recogida de datos se realizará mediante entrevistador y papel impreso.

o Los 11+4 ítems valorados corresponden a diferentes ámbitos de atención: hospitalaria, en urgencias, domiciliaria y servicios sociales. Cada uno de estos ítems tiene 5 opciones de respuesta: Nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre.

o Se dispone de esta escala en versión euskera, catalán y español siendo indicada en personas mayores de edad con mínimo una enfermedad crónica diagnosticada y que en los últimos 6 meses haya recibido atención sanitaria y/o social. También puede aplicarse en personas con pluripatología.

o El tiempo de aplicación es de 10-15 minutos y se mide la experiencia en los últimos 6 meses.

o Se valora la experiencia que se tiene de los profesionales que han atendido habitualmente al paciente, tanto de hospitalización como de atención primaria: enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, médicos, farmacéuticos, etc.

o La puntuación de cada ítem es numérica entre 0 y 10, siendo Nunca: 0 puntos; Casi nunca: 2,5 puntos; A veces: 5 puntos; Casi siempre: 7,5; siempre: 10. La puntuación final de los 11 ítems se consigue calculando el promedio de todas las respuestas dividiendo por los ítems valorados. Las preguntas 12 a 15 se calculan de forma separada.

o Para calcular el tamaño muestral utilizaremos la herramienta CALCUMED, para asegurar que la muestra tenga la representación estadística necesaria para que los resultados sean estadísticamente significativos. El sistema de captura de los pacientes será aleatorio.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Cronograma a seguir por cada paciente:

TAREA	Día Ingreso	Durante ingreso	Día Previo alta	15 días post alta	Fin de la prueba
1) Formación profesional					
2)Organización entrevista					
3) Presentación encuestador-participante					
4) Firma Consentimiento Informado					
5) Realización de la entrevista					
6) Anàlisis estadístico					
7) Conlcusiones					
8) Informe Final					

Evaluación

Una vez recogidos todos los datos se realizará el análisis estadístico, con el soporte del servicio de epidemiologia del centro. Con los resultados se pretende conocer qué aspectos son los que los pacientes más identifican como potenciales de mejora, y poder actuar sobre ellos.

Se creará una comisión de valoración con el objetivo de determinar acciones concretas de mejora. Esta comisión estará compuesta por: responsable de la Unidad de Atención al Usuario del centro, una representante de la Dirección del centro, una enfermera, una auxiliar y una médico del Centro.

Después de la consecución de este estudio piloto, se pretende incorporar la herramienta como un indicador más de calidad asistencial del centro de forma fija, para así poder determinar periódicamente cuál es la experiencia de los pacientes atendidos en el centro, siguiendo la línea que se determina en la misión del centro, buscando la excelencia de nuestros cuidados repercutiendo en una mejor calidad de vida de los pacientes a través de su experiencia.

Conclusiones

Una vez llevada a cabo la prueba piloto podremos determinar los resultados y conclusiones de poder implementar la escala IEXPAC en la evaluación de la experiencia que tienen nuestros usuarios en nuestro centro/ámbito.

Poder objetivar de forma real y cuantificada la experiencia de los usuarios ha de servir al centro para hacer hincapié en las esferas que precisan mejoras.

Pero no solamente esto, servirá a los propios profesionales del centro como reconocimiento al trabajo bien hecho; servirá de estímulo para día tras día intentar mejorar sus resultados, partiendo de una voz tan real como la de los pacientes atendidos.

Será una forma real y cuantificable para detectar mejoras necesarias en la dispensación de cuidados, será una forma medible de conocer la opinión de los pacientes referente a los cuidados y ayudará a mejorarlos.

Hemos encontrado un artículo publicado en 2021 de Sarabia-Cobo et al.(12) en el que se estudia una población sería similar a la de nuestro centro. En este estudio se concluye que los usuarios están satisfechos con la atención recibida según la escala IEXPAC. Una vez finalizada la prueba piloto, nos podríamos reflejar en dicho estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wagner EH. Organizing Care for Patients With Chronic Illness Revisited. Milbank Q. 2019;97(3):659–64.
2. Mira JJ, Nuño-Solinís R, Guilabert-Mora M, Solas-Gaspar O, Fernández-Cano P, González-Mestre MA, et al. Development and validation of an instrument for assessing patient experience of chronic Illness care. Int J Integr Care. 2016;16(3):1–13.
3. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care Author (s): Avedis Donabedian Source : The Milbank Memorial Fund Quarterly , Jul ., 1966 , Vol . 44 , No . 3 , Part 2 : Health Services Research I . A Series of Papers Commissioned by the Health Services Research S. Milbank Mem Fund Q. 1966;44(3).
4. World Health Organization (WHO). People-centred and integrated health services: An overview of the evidence. Interim Report. WHO Interim Rep [Internet]. 2015;1–160. Available from: http://wintac-s3.s3-us-west-2.amazonaws.com/topic-areas/AdvisoryComm_onIncreasingCIE_InterimReport 9-15-15.pdf
5. Cea-Calvo L, Marín-Jiménez I, de Toro J, Fuster-RuizdeApodaca MJ, Fernández G, Sánchez-Vega N, et al. Association between non-adherence behaviors, patients' experience with healthcare and beliefs in medications: a survey of patients with different chronic conditions. Curr Med Res Opin [Internet]. 2020;36(2):293–300. Available from: https://doi.org/10.1080/03007995.2019.1676539
6. de Toro J, Cea-Calvo L, García-Vivar ML, Pantoja L, Lerín-Lozano C, García-Díaz S, et al. The Experience With Health Care of Patients With Inflammatory Arthritis. JCR J Clin Rheumatol. 2021;27(1):25–30.
7. Cea-Calvo L, Marín-Jiménez I, de Toro J, Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Fernández G, Sánchez-Vega N, et al. Different associations of intentional and non-intentional non-adherence behaviors with patient experience with healthcare and patient beliefs in medications: A survey of patients with chronic conditions. Patient Prefer Adherence. 2020;14:2439–50.
8. Nuño-Solinís R, Fernández-Cano P, Mira-Solves JJ, Toro-Polanco N, Carlos Contel J, Guilabert Mora M, et al. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. Gac Sanit. 2013;27(2):128–34.
9. Albuerne González S, Pino Fernández M. J, Mediavilla Sánchez A. Apoyo a la comunicación. 2013.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

10. Guilabert M, Amil P, González-Mestre A, Gil-Sánchez E, Vila A, Contel JC, et al. The measure of the family caregivers' experienc. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(9):1–19.
11. FHSC. Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic.
12. Sarabia-Cobo C, Fernández-Peña R, Taltavull JM, Lladó-Jordan G, González S, Molina-Mula J, et al. Comparison between attention and experiences of chronic complex patients: A multicentric study. Heal Soc Care Community. 2021;(July 2020):1–12.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 12: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA

AUTORÍA: ESTÍBALIZ GARCÍA SANCHEZ

RESUMEN

La seguridad del paciente debe ser el centro de atención de nuestros cuidados sanitarios. Mejorarla requiere un comprometido trabajo en equipo en el que se deben implicar desde la dirección del centro sanitario hasta todos y cada uno de los profesionales sanitarios. Tras realizar un análisis DAFO se extraen los componentes cruciales sobre los que se deben enfocar los esfuerzos destinados a mantener la seguridad del paciente. El plan estratégico abarca las dimensiones de seguridad, gestión del riesgo, cultura de seguridad, formación, información e implicación del paciente y/o familiar, detallando las distintas iniciativas necesarias para alcanzar los objetivos.

ABSTRACT

Patient safety must be the focus of our healthcare. Improving it requires committed teamwork in which everyone from the health center management to each and every one of the health professionals must be involved. After performing a SWOT analysis, the crucial components on which the efforts to maintain patient safety should be focused are extracted. The strategic plan covers the dimensions of safety, risk management, safety culture, training, information and involvement of the patient and / or family, detailing the different initiatives necessary to achieve the objectives.

PALABRAS CLAVE

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Seguridad del paciente, adhesión a directriz, servicio de Ginecología y Obstetricia en Hospital

INTRODUCCIÓN / OBJETIVO

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad (1,2). Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, en la que intervienen una amplia gama de medidas relativas a: la mejora de los circuitos organizativos, la seguridad del entorno, la gestión del riesgo, la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados saludable. Prácticamente todos los procesos asistenciales y los profesionales están implicados, por ello, la seguridad del paciente requiere un enfoque general y multidisciplinar para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales.

Tal y como subraya la OMS (1) "la seguridad del paciente es una prioridad sanitaria mundial, es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora contínua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos."

Las unidades de ginecología y obstetricia engloban gran variedad de tipología de pacientes con diferentes necesidades asistenciales, postoperatorios de cirugía ginecológica, recién nacidos (RN) sanos que necesitan cuidados especiales y sus madres que requieren cuidados y educación sanitaria específica para afrontar su nueva etapa. Es por ello que se precisa de protocolos y procedimientos específicos tanto para los cuidados de enfermería como para garantizar la seguridad del paciente a lo largo de todo su proceso asistencial (3,4).

Dado que la cultura de seguridad puede influir en los procesos y resultados de la atención, los esfuerzos para evaluar el clima de seguridad del paciente a lo largo del tiempo se están implementando ampliamente. La medición y la retroalimentación son medios necesarios, aunque probablemente insuficientes, para promover de manera efectiva una cultura de seguridad (5,6)

Con el objetivo de diseñar e implementar un protocolo de seguridad para una unidad de ginecología y obstetricia se procede a realizar un análisis DAFO que englobe los aspectos de mercado, políticos y legales, económicos, sociales y asistenciales de la Clínica IMQ Zorrotzaurre. Priorizando los aspectos asistenciales de importancia crucial para garantizar la seguridad de los pacientes que ingresen en dicha unidad.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El plan estratégico derivado del análisis abarcará las dimensiones de seguridad de paciente, gestión de riesgo, cultura de seguridad, formación, información e implicación de paciente y/o familiar.

ANÁLISIS DAFO:
Este plan de seguridad se encuentra vinculado e integrado en la estrategia de la Clínica IMQ Zorrotzaurre, el análisis del contexto tanto interno como externo, viene determinado por el Análisis DAFO de Clínica IMQ.
En este análisis se tienen en cuenta las Debilidades y Fortalezas (Análisis Interno) y las Oportunidades y Amenazas (Análisis Externo) que afectan a las Clínicas.
La reflexión del DAFO, se realiza por parte del Consejo de Dirección, previo a la elaboración del Plan Estratégico. Se revisará y actualizará siempre y cuando hubiere cualquier factor externo o interno que afectara a las dimensiones previamente definidas.
Para realizar el DAFO, se han tenido en consideración los aspectos de:

- Mercado - evidenciando las necesidades y expectativas de cliente, asegurados, proveedores, accionistas, grupo IMQ.
- Aspectos políticos y legales
- Aspectos económicos
- Aspectos sociales
- Aspectos asistenciales

El análisis tanto interno como externo, se traduce en Planes de Acción y Estrategias que se materializan en:

- Cuadro de Mando Estratégico - responde a los principales grupos de interés: negocio, clientes, procesos y personas. Se realiza un seguimiento de las iniciativas e indicadores con una periodicidad mensual, en el Consejo de Dirección.
- Planes de gestión e Inversiones: los cuales son aprobados por parte del Consejo de Administración del Grupo IMQ.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Informes de Desempeño de Procesos: que integran perspectivas de negocio, paciente y seguridad clínica

Debido a la gran cantidad de componentes extraídos del análisis, se procede a la clasificación según grado de importancia (poca importancia, importancia media, importancia crucial) en lo que afecta a nuestra calidad de cuidados en la unidad de ginecología y obstetricia, de esta forma, se tomará como punto de partida para el diseño del protocolo de seguridad aquellos componentes considerados de importancia crucial.

- Poca importancia: aspectos de mercado y político-legales
- Importancia media: aspectos sociales y económicos
- Importancia crucial: aspectos asistenciales y de formación

Grado de importancia	Amenazas
Poca	Alto empuje de la competencia con precios más competitivos
	Capacidad alta y valoración muy positiva de la sanidad pública – Osakidetza
	Fuga de profesionales sanitarios al entorno público
	Dificultad de captación – escasez de profesionales sanitarios
	Deslocalización de los proveedores sanitarios y de medicamentos, disminuyendo nuestra capacidad de negociación
	Marco regulatorio sobre la LOPD a efectos de garantizar alto nivel de confidencialidad de la información del paciente
	Velocidad que imprime la digitalización a las empresas: exige agilidad y capacidad de adaptación
	Aparición de un nuevo perfil de cliente: cliente digital con expectativas diferentes
	Saturación de los Servicios para dar respuesta a las demandas asistenciales de todo IMQ
Media	Paciente empoderado (con mayor información y expectativas) por lo que puede incrementar su presión asistencial
	Paciente más exigente, con expectativas muy altas en la cartera de servicios que espera encontrar en una “clínica de referencia”
	Envejecimiento de la población
Crucial	Exigencia elevada en cuanto a asistencia que garantice la Seguridad del paciente (IRAS, medicación, cirugía segura…)
	Gestión del riesgo complicada y laboriosa (UPP, caídas, identificación de paciente)
Grado de importancia	Oportunidades
Poca	Aprovechar las “carencias” en el servicio de Osakidetza (listas de espera, demoras, servicios no transversales…)
	Ampliar oferta asistencial de Clínicas

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

	Crecer en productos enfocados al paciente privado con productos (médicos y de enfermería) competitivos, transparentes
	Consolidar la presencia comercial en medios, web, redes sociales, etc. como apoyo a la captación del paciente privado
	Apostar por un equipamiento de “vanguardia”
	Mejorar la seguridad de la información y transparencia al cliente
	Excelencia en el Servicio como condición imprescindible para fidelizar y ganar en reputación
Media	Diseñar nuevos servicios basados en el conocimiento y la escucha de los clientes
	Reforzar la implicación de las personas y su sentido de pertenencia a la organización
	Ampliar instalaciones e infraestructura que permita ampliar la oferta/ cartera de servicios ante las carencias actuales
	Detectar áreas de mejora en cuanto a reputación de Clínicas, Departamentos y Profesionales
	Impulso de la Universidad para captar profesionales, acreditar residentes y reforzar el modelo de vinculación con sociedades
	Posibilidad de completar procesos de Atención Continuada
	Potenciar las alternativas a la Hospitalización adaptándonos a la tipología de clientes (incidiendo en pacientes > edad)
Crucial	Apostar por atención sanitaria con alta implicación en la Seguridad del paciente
	Desarrollar políticas exigentes de gestión del riesgo
	Potenciar Cultura de seguridad del paciente, implicando y formando a paciente/familiar
	Potenciar la Humanización asistencial desde un marco y enfoque integral (servicios, perfiles profesionales)
	Potenciar Cultura de seguridad del paciente, implicando y formando a paciente/familiar
	Potenciar la Humanización asistencial desde un marco y enfoque integral (servicios, perfiles profesionales)

Grado de importancia	Debilidades
Poca	Dificultad para competir en el mercado con costes elevados

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

	Alta dependencia de la aseguradora (IMQ), barreras para crecer fuera de entorno IMQ
	Tamaño pequeño y capacidad de recursos limitado (financieros, personas, sistemas de información…)
	Necesidad de refuerzo comercial de algunos productos
Media	Dificultad de crecimiento asistencial sin inversión de recursos a corto plazo
	Índice de temporalidad alta de los profesionales sanitarios
	Envejecimiento del cuadro médico
	Baja competencia en el uso de las tecnologías de la información
Crucial	Escasa capacidad de atracción para el personal de enfermería (falta de seguridad, inestabilidad, carga de trabajo)

Grado de importancia	Fortalezas
Poca	Posición de liderazgo en Bizkaia
	Disponemos de la mayor infraestructura sanitaria privada de Euskadi
	Centro de referencia de la sanidad privada en nuestro entorno
	Capacidad de inversión
	Gestión de compras de Clínicas
	Oferta amplia y completa de servicios
	Gama de productos con amplia cobertura
Media	Reputación e imagen de marca y Clínica muy buena en relación a clientes, proveedores
	Nivel de equipamiento de vanguardia
	Servicios referentes en determinadas especialidades: robótica, litotricia, cardiología..
Crucial	Unidades asistenciales de referencia (URL, Cardiología, Maternidad..)
	Referente en asistencia sanitaria por sus acreditaciones y certificaciones de calidad

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El plan estratégico a implantar en nuestra unidad de Ginecología y Obstetricia abarcará las siguientes dimensiones:

1. Seguridad del paciente:
a. Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
b. Medicación
c. Cirugía segura
2. Gestión del Riesgo:
a. Identificación de pacientes
b. Accidentes y caídas
c. Úlceras por presión (UPP)
3. Cultura de seguridad del paciente
4. Formación, información e implicación del paciente y/o familiar

Estrategias: Objetivos e iniciativas de actuación

1. Seguridad del paciente:

1.a.Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria(IRAS):

Las infecciones nosocomiales (1,7) son infecciones contraídas por el paciente durante la estancia en el hospital, que no se habían manifestado ni estaban en período de incubación en el momento del ingreso del paciente. Las infecciones que aparecen 48 horas después del ingreso del paciente suelen considerarse nosocomiales, siendo las más frecuentes en las Clínicas, las asociadas a heridas quirúrgicas, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores.

La prevención de las infecciones nosocomiales constituye una responsabilidad de todas las personas y todos los servicios/departamentos asistenciales y no asistenciales de las clínicas IMQ. Se potencia el trabajo en equipos multidisciplinares para tratar de identificar las adecuadas estrategias que reduzcan el riesgo de infección de los pacientes y del personal. Se involucra a personas de múltiples servicios y áreas, tanto clínicos como de apoyo generales: mantenimiento de instalaciones, servicios de alimentación, limpieza, etc.

Las estrategias que se detallan a continuación constituyen parte de un programa de control de infecciones integral que comprenden actividades de vigilancia , prevención, y control, abarcando tanto la atención al paciente como la salud de los profesionales que en la clínica trabajan, por ello la capacitación continua del personal a objeto de asegurar un despliegue efectivo de las estrategias detalladas.

Hay estudios (6) que determinan que la utilización de la técnica SBAR es eficaz para la mejora de la seguridad del paciente, aumento de la satisfacción en los pacientes y personal sanitario y ayuda al control en el gasto en el sistema de salud y disminuye el número de hospitalizaciones.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	META 2022	INICIATIVAS
1.a. Reforzar la prevención de las IRAS	Correcta cumplimentación de registros	Informes de comisión de seguridad del paciente	80% de registros correctos	VER DESGLOSE DE INICIATIVAS

Tras monitorizar y realizar un continuo seguimiento de las IRAS detectadas en la Clínica se han identificado las siguientes como las más comunes:

- Infecciones urinarias
- Infecciones quirúrgicas (herida superficial y profunda)
- Infección de las vías respiratorias (Neumonías)
- Bacteriemias
- Infecciones de la piel

Para el objetivo de disminuir las IRAS se llevarán a cabo las siguientes iniciativas:

1.a.1. Elaborar un Manual de profiláxis quirúrgica antibiótica específico para cirugías ginecológicas. Para ello se elaborará un equipo multidisciplinar integrado por médicos internistas, ginecólogos, matronas y farmaceúticos, constituyendo una comisión de cirugía segura, en base a la revisión de guías de otros hospitales y evidencias clínicas del efecto de antimicrobianos, determine la profilaxis más efectiva a aplicar en el paciente previa cirugía. Prevista que una vez validada dicha guía, se realice un Manual de bolsillo a objeto de facilitar el despliegue de esta cultura. Iniciativa integrada en el proceso de Bloque quirúrgico que se desplegará siguiendo el calendario establecido por dicha comisión.

1.a.2. Fomentar una cultura de “Lavado de manos” (1,7). Implica la elaboración de Carteles/ Guías a facilitar a todo el personal asistencial, incidiendo en la necesidad de lavado de manos. Además de la colocación de soluciones de clorhexidina en los espacios de hospitalización a objeto de favorecer el lavado de manos antes y después del contacto con cada paciente. Tanto en la elaboración de la Guía como en el despliegue está implicada un técnico responsable de Prevención de Riesgos Laborales junto con la comisión de Seguridad del paciente.

1.a.3. Implantar proyecto Bacteriemia Zero (7): adhesión al proyecto para disminuir las infecciones relacionadas con catéter. Supervisar la correcta aplicación del protocolo de cuidado y mantenimiento de las vías periféricas y centrales en la planta de ginecología. El departamento de Control de Infección liderará el seguimiento e implantación del proyecto, realizando cortes observacionales del estado de las vías en la planta.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

1.a.4. Implementar diversas actuaciones para prevenir y controlar las infecciones: supervisar el correcto manejo, colocación y retirada de las sondas urinarias. En la unidad de ginecología es muy habitual su uso, por lo tanto, el cu plimiento de los protocolos debe ser riguroso, el departamento de control de infección realizará cortes observacionales anuales para determinar el seguimiento de las buenas prácticas.

La seguridad en los medicamentos (7) es una parte esencial de la seguridad del paciente. No hay medicamentos exentos de riesgos y todos tienen efectos secundarios, algunos de los cuales pueden tener consecuencias negativas para la salud del paciente. El proceso de gestión farmacoterapéutica es un proceso complejo en el que intervienen cientos de profesionales de diversas categorías y de diferentes servicios. Desde la adecuación de la prescripción hasta el control de la administración de los fármacos son diversas las variables que influyen, y por ello, a objeto de garantizar la seguridad del paciente en todo este circuito, la Clínica IMQ Zorrotzaurre ha apostado por un modelo que se caracteriza por las siguientes premisas:

- Una farmacia hospitalaria automatizada con tecnología robótica y electrónica para preparar y rastrear los medicamentos, con la meta expresa de mejorar la seguridad del paciente (PIXIS, sistema de Unidosis)
- Una revisión sistemática de la Guía Farmacoterapéutica a objeto de garantizar la inclusión de aquellos medicamentos de mayor eficacia contrastada por la evidencia clínica; evitar medicamentos de nombres / presentaciones comerciales similares pero con efectos terapéuticos diferentes.
- Un sistema de prescripción electrónica perfectamente legible y completa, que dispone de sistemas de ayuda para la adecuada prescripción de fármacos por parte del facultativo, (relación de los fármacos de la clínica, alarmas de interacción con otros fármacos, alergias del paciente…)
- Un sistema de notificación de las RAM a objeto de poder contribuir a realizar una farmacovigilancia segura (notificación de tarjetas amarillas)
- Un sistema de aprendizaje continuo mediante la declaración de eventos adversos o cuasi incidentes asociados a la medicación
- Un sistema en el que el paciente tome parte activa de los medicamentos que se le prescriben y se le administran.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	META 2022	INICIATIVAS
1.b. Potenciar la declaración de los errores asociados a la medicación	Errores de medicación notificados para los que se ha propuesto una mejora	Base de datos de Notificación de errores	80% de errores notificados para los que se ha propuesto una mejora	VER DESGLOSE DE INICIATIVAS

Para el objetivo de disminuir los errores asociados a la medicación se llevarán a cabo las siguientes iniciativas:

1.b.1.Desplegar proyecto de monodosis con control estricto de stockaje. La comisión de farmacia se reunirá con la supervisión de la unidad para establecer el procedimiento de control de stock y garantizar el correcto funcionamiento del suministro de medicación, así como de la devolución de aquellos medicamentos no utilizados y control de caducidades.

1.b.2.Implantar un sistema de notificación de RAM: A objeto de fomentar la Farmacovigilancia y realizar un seguimiento de aquellos medicamentos que producen Efectos Adversos. Despliegue en la unidad, distribución en soporte papel. Si bien a futuro, se propone conectar en el nuevo sistema informática la conexión a la "Tarjeta Amarilla".

1.b.3.Adecuar la etiquetación de medicamentos de alto riesgo: Elaborar un código de colores para la etiquetación de los medicamentos de Alto Riesgo, en consenso con las especialidades de Anestesia, la comisión de farmacia se encargará de presentar un proyecto detallado para su aprobación

Atendiendo al importante volumen de intervenciones quirúrgicas que se realizan en las Clínicas IMQ, asegurar el éxito de dichas intervenciones es un compromiso inherente de todos los profesionales que intervienen. La Clínica integra, en su enfoque de gestión quirúrgica de "cirugía segura", las premisas y directrices establecidas por la Organización Mundial de la Salud:

1. Intervenir al paciente correcto en el lugar del cuerpo correcto.
2. Utilizar los métodos disponibles para prevenir el daño derivado de la anestesia y evitar dolor al paciente.
3. Identificar y abordar adecuadamente los riesgos relacionados con la vía aérea.
4. Identificar y abordar adecuadamente el riesgo de pérdida significativa de sangre.
5. Evitar reacciones alérgicas y reacciones adversas a medicamentos en los pacientes con riesgo conocido.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

6. Utilizar sistemáticamente métodos que minimicen el riesgo de infección de localización quirúrgica.
7. Prevenir la retención inadvertida de gasas o instrumental.
8. Comunicar e intercambiar de manera efectiva aquella información acerca del paciente que resulta crítica para la seguridad de la Intervención.
9. Establecer sistemas de vigilancia y monitorización de la actividad quirúrgica.

Las estrategias de actuación en esta materia, tienen como objetivo, reforzar las prácticas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas. Se basan en la evidencia científica, o en la opinión de los expertos de que dichas estrategias pueden reducir la probabilidad de daño quirúrgico serio, evitable, y considerando que es poco probable que la adherencia al mismo origine daños o costes significativos.

OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	META 2022	INICIATIVAS
1.c. Potenciar la prevención de EA asociados a la cirugía	Número de registros asociados a cirugía correctamente cumplimentados	Informes de la comisión de seguridad	80% de registros correctos	VER DESGLOSE DE INICIATIVAS

Para cumplir dicho objetivo se implantará un sistema "Checklist" de verificación quirúrgica: Diseñar un listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica con la finalidad de ser una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables. Se tendrá como referencia para su diseño la documentación asociada al Reto mundial "La cirugía Segura Salva Vidas" elaborada por la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente de la OMS (1). Será diseñada por la comisión de seguridad del paciente y posteriormente validada por la Dirección.

2.a. Identificación de pacientes: Existen razones fundadas, para asumir que la identificación adecuada de los pacientes es un desafío para los centros asistenciales. Las múltiples intervenciones de gran complejidad tanto desde el punto de vista técnico como de gestión, donde intervienen diversidad de personas y servicios, la hacen aún más prioritaria En las Clínicas IMQ la utilización de pulseras identificativas ha ayudado a disminuir significativamente los problemas asociados, la adecuada concienciación y educación del personal sigue siendo el punto de partida fundamental.

Nuestra política de identificación segura de pacientes, potencia el incluir los requerimientos mínimos a contemplar con el fin de identificar de forma fidedigna al

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

paciente como la persona a la que va dirigida el tratamiento, los cuidados o el servicio y a su vez relacionar el tratamiento, los cuidados o servicio con dicho paciente.
Potenciamos el hacer constar de forma legible, el nombre, apellido y número de historia clínica del paciente y ser colocada la pulsera en el momento del ingreso del paciente a las clínicas y no quitársela hasta el momento del alta hospitalaria. De ésta forma, todos los procedimientos se realizan con el paciente con su brazalete, y se evitan los problemas de identificación asociados con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc.
En la unidad de ginecología y obstetricia es preciso puntualizar que la correcta identificación del RN asociado a su madre es de vital importancia (3), para ello se han elaborado protocolos específicos de identificación de RN y de traslado intrahospitalario de Rn sano.
El abordaje de iniciativas se hará a través de la comisión de seguridad de paciente.

OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	META 2022	INICIATIVAS
2.a. Potenciar la correcta identificación del paciente	EA notificados en relación a fallos en identificación para los que se ha propuesto una mejora	Informes de la comisión de seguridad del paciente	80% de fallos en identificación notificados para los que se ha propuesto una mejora	VER DESGLOSE DE INICIATIVAS

Para conseguir incrementar la eficacia en la identificación del paciente se llevarán a cabo las siguientes iniciativas:
2.a.1.Desplegar un procedimiento específico de identificación de pacientes: la forma más habitual de identificación de pacientes es el número de habitación,
cama, diagnóstico, características físicas o psicológicas. Basándolo en identificadores que pueden ser variables y por tanto no seguros.
Dado a que los problemas de identificación se asocian con frecuencia a errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusión de sangre, etc, pudiendo sus consecuencias producir errores muy graves en el paciente, se va a realizar un procedimiento general con alcance a todos los procesos implicados.
2.a.2. Asegurar el correcto sistema de pulseras identificativas: dada su extrema importancia es preciso corroborar periódicamente desde la comisión de seguridad que no hay problemas en el sistema.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

2.a.3. Identificar al RN y a la madre en el bloque obstétrico con Kit de código único: asegurarse que se cumple correctamente la identificación detallando cuál es la tarea que corresponde a cada miembro del equipo profesional, se dará formación en el manejo del protocolo a las matronas, auxiliares, pediatras, enfermeras y celadores habituales del servicio.

Durante el paso por las instalaciones de cualquier centro hospitalario, pueden suceder incidentes imprevistos que originen lesiones, destacan por su morbilidad y secuelas las caídas. El paciente hace uso de las instalaciones del hospital, se traslada o es trasladado de un sitio a otro en camilla u otros medios, se desplaza por el hospital y es sometido a procedimientos, exploraciones y/o intervenciones quirúrgicas. La interrelación del paciente con el medio hospitalario origina riesgos, entre los que podríamos mencionar caídas en el cuarto de aseo, caídas desde la cama, lesiones al pasar al paciente de una camilla a otra, lesiones que se pueden producir al realizar alguna exploración por material defectuoso (como el estallido de una lámpara de exploración), etc.
Han sido varios los planes de acondicionamiento de instalaciones y habitaciones que en las clínicas IMQ se han ido realizando a objeto de ir reduciendo riesgos, si bien, nos sigue preocupando el control y prevención de estas situaciones

OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	META 2022	INICIATIVAS
2.b. Potenciar la prevención de accidentes y caídas	Sistemas de registros de accidentes y caídas cumplimentados	Informes de la comisión de seguridad del paciente	80% de registros correctamente cumplimentados	VER DESGLOSE DE INICIATIVAS

El abordaje de estas iniciativas será liderado por la comisión de seguridad del paciente.

Para conseguir el objetivo de disminuir los accidentes y caídas se desarrollarán las siguientes iniciativas:
2.b.1. Constituir una comisión mixta de “Accidentes y caídas”: constituir un equipo de trabajo “formal” integrado profesionales de enfermería a objeto de iniciar el análisis de partida e iniciativas de despliegue comentadas.
2.b.2.Actualizar el protocolo de actuación para prevenir los accidentes y caídas en la Unidad de ginecología y obstetricia : realizar un protocolo/ procedimiento que integre: Presentación y Alcance; Objetivos que se persiguen con el protocolo; Valoración de la caída (factores estructurales/ detección pacientes de riesgos..); Criterios explícitos de indicación (Consentimiento Informado); Profesionales responsables de la indicación; Medidas preventivas; tipos de contenciones que pueden ser utilizadas; características

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

especiales a considerar para con el RN Posibles incidencias en el sistema. Será elaborado por la comisión de Accidentes y caídas.
2.b.3. Elaborar un sistema de registros: diseñar e implantar un sistema de registro de los accidentes y caídas que permita identificar la incidencia de los mismos, los procesos en los que ocurren, las causas asociadas…. a objeto de enfocar los esfuerzos y mejoras en disminuir dichas tasas. Será elaborado por la comisión de Accidentes y caídas.

Las úlceras por presión son una patología iatrogénica y por ello de aparición evitable; se ha relacionado su aparición con una baja calidad asistencial y conllevan un importante sufrimiento de las personas que las padecen con repercusión directa en la calidad de vida. Representan un importante problema asistencial dado su prevalencia y el impacto sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes. Además, supone en la actualidad, uno de los capítulos más importantes del quehacer de los profesionales de enfermería y ocasionan un enorme coste al sistema sanitario y por supuesto el sufrimiento del que las padece con el trastorno familiar que acarrea.
Las estrategias de actuación planteadas por las clínicas IMQ, tienen en común la unificación de criterios de actuación, para la mejora de los cuidados de aquellos pacientes en riesgo de padecer ulceras por presión.

OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	META 2022	INICIATIVAS
2.c. Potenciar la prevención de las UPPs	Sistemas de registros de prevención de UPP cumplimentados	Informes de comisión de seguridad del paciente	80% de registros correctamente cumplimentados	VER DESGLOSE DE INICIATIVAS

El abordaje de las iniciativas se hará desde la Comisión de seguridad del paciente.
Para cumplir el objetivo de disminuir las UPP se llevarán a cabo las siguientes iniciativas:
2.c.1. Constituir una comisión Mixta de “Úlceras por presión”: crear un equipo de trabajo con profesionales de enfermería, médicos internistas y cirujanos plásticos. Esta comisión será la encargada de desarrollar el protocolo y el sistema de registro.
2.c.2. Elaborar el protocolo de Úlceras por presión: incluyendo escala de valoración, medidas de prevención, registros, tipos de curas…
2.c.3. Establecer el sistema de registro: Diseñar e implantar un sistema de registro de las UPP que permita identificar la incidencia de las mismas, los procesos en los que ocurren, las causas asociadas…. a objeto de enfocar los esfuerzos y mejoras en disminuir dichas tasas.
3. Potenciar una cultura de seguridad del paciente:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Los procesos clínicos que se atienden en las organizaciones sanitarias son cada vez más complejos. El trabajo se realiza bajo niveles altos de estrés y decisiones importantes se deben tomar en cuestión de segundos. En estos momentos de presión en la atención de pacientes suceden eventos indeseables, algunas veces sin causar daño, pero en otras ocasionando lesiones importantes que pueden comprometer la vida del paciente.

Se entiende por seguridad del paciente el "Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos."

La compleja combinación de procesos, tecnología e interacciones humanas, son algunos de los elementos que constituyen la medicina moderna. Lo anterior puede tener beneficios, pero también, resultados no esperados y hacen parte del riesgo inevitable de los eventos adversos que pueden ocurrir.

Tales eventos se relacionan con diferentes situaciones: error humano (fatiga, estrés, distracción, falta de competencias técnicas y no técnicas adecuadas); errores en los procesos (desconocimiento en aspectos médicos, científicos, operativos y guías de manejo, ausencia de listas de chequeo, diseño inadecuado de los procesos clínicos, falta de estandarización de procesos clínicos, falta de desarrollo o adopción de guías de atención, ausencia de compromiso gerencial con la seguridad de los pacientes y la no implementación de prácticas seguras reconocidas); error del paciente y fármaco vigilancia o tecno vigilancia.

Es por ello que se pretende potenciar a todos los niveles una cultura por y para la seguridad del paciente.

OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	META 2022	INICIATIVAS
3. Potenciar la declaración de eventos adversos	Número de EA notificados para los que se ha propuesto una mejora	Base de datos de notificación de errores y eventos adversos	80% de EA notificados para los que se ha propuesto una mejora	VER DESGLOSE DE INICIATIVAS

Para cumplir el objetivo de potenciar la declaración de eventos adversos se llevarán a cabo las siguientes iniciativas lideradas por la comisión de Seguridad del paciente:

3.a.Definir un claro sistema de declaración de EA/EC/CI: Un vez definidos los conceptos asociados a Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasi Incidentes, diseñar un sistema de declaración y registro anónimo y voluntario, y a su vez, ágil, rápido y que permita confianza en quien declara. Establecer a posteriori, una análisis sistemático de las

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

declaraciones aportando feedbacck de las iniciativas de mejora (correctivas/ preventivas) a toda la organización.

3.b. Elaborar documentos para difundir y potenciar la cultura: la elaboración de dípticos o documentos informativos sobre los objetivos e iniciativas en materia de seguridad del paciente que se están poniendo en marcha.

3.c. Realizar sesiones presenciales de formación y sensibilización: disponer de un programa formativo o de sensibilización en dicha materia es fundamental para ir desplegando de manera efectiva las iniciativas y la cultura de seguridad del paciente. Atendiendo a la dispersión de los profesionales, se puede optar por sesiones conjuntas o sesiones desplegadas bien por procesos o por especialidades.

4. Formación, información e implicación del paciente y/o familiar:

La información y formación continuada hacia el paciente y sus familiares ayuda a estos a participar mejor en su atención y a tomar decisiones informadas sobre la atención (5). La información/ formación debe darse desde el "inicio" de la relación asistencial, por ejemplo, a la hora de informar (y pasar el Consentimiento Informado), informándolo de la manera en que tiene que acudir preparado para la realización de una intervención/ prueba diagnóstica / o de tratamiento ; hasta el alta, aportándole formación, por ejemplo, de posibles ejercicios de rehabilitación que puede llevar a cabo en su domicilio. La educación efectiva comienza con una evaluación de las necesidades de aprendizaje del paciente y su familia. Esta evaluación determina no solo lo que debe de aprenderse sino cuál es la mejor manera en que puede darse el aprendizaje.

El mantener una comunicación permanente con el paciente y/ o familiar, incorporando su papel "activo" en todos los procesos de atención, ayuda a prevenir posibles errores o incidentes en la atención, por ejemplo, confirmar con el paciente su identidad a la hora de administrarle un determinado medicamento, o la realización de un procedimiento quirúrgico, o las posibles alergias…etc.

Las Clínicas del IMQ apuestan por dar un papel activo al paciente en todo el proceso asistencial como eslabón primero y último para evitar posibles eventos adversos no deseados.

OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	META 2022	INICIATIVAS
4. Potenciar la formación / educación del paciente	Nº de guías informativas/ formativas editadas	Calidad	5 guías	VER DESGLOSE DE INICIATIVAS

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Para cumplir dicho objetivo la comisión de seguridad de paciente desarrollará las siguientes iniciativas:

4.a. Normalizar los consentimientos informados: normalizar Consentimientos Informados conforme a los requerimientos establecidos por las Clínicas IMQ, asegurando una redacción lo más comprensible, clara hacia el paciente. Elaborar y anexar junto a los Consentimientos Informados, hojas informativas que clarifiquen la preparación del paciente- previa prueba/ intervención o los cuidados que ha de realizar a posteriori.

4.b. Elaborar guías informativas para el paciente: elaborar Guías Informativas dirigidas a los pacientes, que ayuden a clarificar los cuidados (limpieza, medicamentos, nutrición…etc) que les ayude a resolver posibles dudas o amplíen la información aportada durante su ingreso o consultas. Priorizar la elaboración de las guías en los siguientes procesos: Parto y Puerperio; Evitar accidentes y caídas. Ir determinando nuevas Guías en función de la demanda y casuísticas identificadas en los procesos y/o especialidades.

4.c. Elaborar un díptico de "Seguridad del paciente": a objeto de fomentar la implicación activa del paciente en todo su proceso asistencial, y atendiendo al enfoque de seguridad el paciente primero y último eslabón de la cadena para evitar eventos adversos", se plantea la posibilidad de elabora r un díptico dirigido al paciente para potenciar la conciencia del mismo de su participación activa por y para su seguridad asistencial.

CONCLUSIONES

Todos los procesos asistenciales llevados a cabo en un entorno hospitalario requieren de un trabajo en equipo laborioso y delicado. Cada profesional debe tener claras sus competencias tanto individuales como colectivas para cumplir los objetivos garantizando durante todo el proceso la seguridad del paciente.

En una unidad de Ginecología y Obstetricia nos encontramos con una gran variedad de tipología de pacientes, postoperatorios de cirugías ginecológicas (mastectomías, histerectomías, quistectomías laparoscópicas…) así como mujeres en puerperios inmediatos o tardíos tras partos o cesáreas, con la complicación añadida que suponen los cuidados de los recién nacidos. En este entorno de trabajo son múltiples los cuidados a realizar por los profesionales de enfermería, es por ello, que es necesario incidir en la importancia de diseñar e implementar un Protocolo de seguridad específico para dicha unidad.

Tras realizar un análisis del entorno hospitalario en el que se desarrollan estas actividades asistenciales se han extraído los puntos de importancia crucial a trabajar. Sobre ellos se han establecido varios objetivos que abarquen las dimensiones de

seguridad del paciente, gestión del riesgo, cultura de seguridad, formación, información e implicación de paciente y/o familiar.
Completar en todos sus detalles el plan estratégico propuesto supone un esfuerzo e implicación por parte de todos los profesionales, tanto personal asistencial como la dirección del centro (responsables de calidad, dirección de enfermería, recursos humanos, dirección médica…), sin cuyo apoyo sería imposible conseguirlo.
Los avances científicos nos dotan de recursos y conocimiento para realizar de la mejor forma posible nuestras tareas de enfermería, pero si nos olvidamos de humanizar e individualizar los cuidados dentro del marco que garantiza la seguridad del paciente no seremos capaces de completar con éxito nuestra tarea asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seguridad del paciente (13 de Septiembre de 2019) [Internet] Organización Mundial de la Salud [Consultado el 10 de Abril de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety

2. Arimany-Mansoa J, Martin-Fumadóc C. La importancia de la seguridad clínica. [Internet] Med Clin (Barcelona). 2017;148(9):405–407 [Consultado el 10 de Abril de 2021]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0025775316306753/first-page-pdf

3. O'Neill, Loraine MPH, RN; Miller, Lisa A. JD, CNM; Rohan, Annie J. PhD, R et al..MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing: Abril 2020 – Vol 45 – Núm 2 – Pág 74-81 [Internet] [Consultado el 10 de Abril de 2021]. Disponible en:https://journals.lww.com/mcnjournal/Fulltext/2020/03000/Threats_to_Patient_Safety_in_the_Inpatient.2.aspx

4. Almeida do Carmo JM, Quispe Mendoza IY, Goveia VR, Ventura de Souza K, Figueriedo Marizo B, De Lima Guimaraes G. “Cultura de seguridad del paciente en unidades hopitalarias de ginecología y obstétrica: estudio transversal” [Internet] Brasil, Rev. Enferm 73(5). 2020. [Consultado el 10 de Abril de 2021].Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000500188&tlng=en

5. Weaver S, Lubomksi LH, PhD, Wilson R, Pfoh ER, et al. “Promover una cultura de seguridad como estrategia de seguridad del paciente”.[Internet] Marzo 2013.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

[Consultado el 10 de Abril de 2021]. Disponible en: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002

6.Wan-Hua T, Fu-Shiang P, Ho-Hsiung L, Sheng-Mou H. “El impacto de la situación SBAR en las actitudes de seguridad en el departamento de obstetricia”. [Internet] Rev. Taiwan. Abril 2017. 56(2) 171-174. [Consultado el 10 de Abril de 2021]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455917300098?via%3Dihub

7. Plan de calidad del SNS [Internet]. Prácticas seguras. [Consultado el 10 de Abril de 2021]. Disponible en : Proyecto Bacteriemia Zero (seguridaddelpaciente.es)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 13: IMPACTO DEL COVID-19 EN LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORÍA: **Liliana María Rincón Juaristi**

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El objetivo de la medicina intensiva es ofrecer a los enfermos críticos una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades, de calidad y de la manera más segura posible. La seguridad del paciente es uno de los principales componentes de la calidad asistencial.
Con la llegada del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 y su rápida propagación, las Unidades de Cuidados Intensivos se han visto en la necesidad de adecuar y adaptar rápidamente sus prácticas diarias para poder dar a estos pacientes una asistencia de calidad y de la manera más segura.
El objetivo de este proyecto es elaborar un plan de mejora para la realización de prácticas seguras en los pacientes COVID-19 mediante la realización de un análisis de la situación que permita elaborar la mejor estrategia con el fin de poder aplicar cuidados ajustados a sus necesidades, de calidad y de la manera más segura posible.
Palabras clave: Unidades de cuidados intensivos, seguridad del paciente, COVID-19

2. ABSTRACT AND KEY WORDS

The aim of intensive care medicine is to provide the critically ill with healthcare that is tailored to their needs, of high quality and as safely as possible. Patient safety is one of the main components of quality care.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

With the arrival of the new SARS-CoV-2 coronavirus and its rapid spread, Intensive Care Units have found it necessary to rapidly adapt and adapt their daily practices in order to provide these patients with quality care in the safest possible way.
The aim of this project is to develop an improvement plan for the implementation of safe practices in COVID-19 patients by carrying out a situation analysis that will allow the best strategy to be developed in order to be able to apply care adjusted to their needs, of the highest quality and in the safest possible way.
Key words: Intensive care units, patient safety, COVID-19

3. INTRODUCCIÓN

El objetivo de la medicina intensiva es ofrecer a los enfermos críticos una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades, de calidad y de la manera más segura posible. La medicina intensiva constituye uno de los principales componentes de los sistemas sanitarios modernos. (1)
La unidad de cuidados intensivos(UCI) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a pacientes que, siendo susceptibles de recuperación requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.(2)
En general, la palabra UCI hace pensar en un lugar donde nos encontramos con sofisticada tecnología y complicados aparatos que mantiene al paciente con vida. Así como la presencia de profesionales especializados y capacitados en el manejo de dicha tecnología y el cuidado de los pacientes en estado crítico.
La seguridad de los pacientes es uno de los principales componentes de calidad asistencial. La complejidad creciente de la práctica clínica ha pasado de abordajes simples, poco efectivos y relativamente seguros a una situación actual, donde la asistencia es muy complicada, efectiva pero potencialmente peligrosa. (3)
La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la seguridad del paciente es una prioridad sanitaria mundial. Su labor en materia de Seguridad del paciente comenzó con la puesta en marcha de la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente en 2004, facilitando la mejora de la seguridad de la atención sanitaria en los Estados Miembros mediante el establecimiento de Retos mundiales (4).
El abordaje de la seguridad y calidad de los cuidados está contemplado en la Ley 16/2003 de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (5), así como, en el Plan Nacional

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

de Salud (SNS) (6). Este Plan está dirigido a la ciudadanía e impulsa una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades, apoya al personal sanitario en el fomento de la excelencia clínica y también en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad(MSSSI) impulsa y promueve la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS, desarrollada desde el año 2005 en colaboración con las Comunidades Autónomas (7). Teniendo en cuenta el abordaje de la seguridad dentro de las UCI, se crea el Programa de Seguridad en los Pacientes Críticos (proyectos Zero) (8). Los proyectos Zero persiguen promover y favorecer la cultura de seguridad integral en el trabajo diario de las UCI y el trabajo proactivo en los "riesgos potenciales" de la asistencia del paciente crítico, para poder proponer recomendaciones que traten de minimizarlos.

La preocupación de los profesionales del enfermo crítico en la mejora de la calidad y la evaluación de sus resultados es evidente, por ello, se lleva a cabo una monitorización periódica de aspectos relevantes de la asistencia mediante el uso de indicadores de calidad. La monitorización tiene como finalidad última la de identificar problemas, situaciones de mejora potencial o bien desviaciones y los indicadores, actúan como una llamada de atención o señal de alarma que nos advierte de esta posibilidad.

En cuanto a la seguridad del paciente dentro de la red Osakidetza, hay que decir que se trata de una prioridad para el Departamento de Salud y uno de los objetivos recogidos tanto en el Plan de Salud 2013-2020 (9) ("promover el máximo nivel posible de seguridad clínica en la provisión de la asistencia sanitaria"), como en los Retos y Proyectos Estratégicos de Osakidetza 2017-2020 (10) ("consolidar la cultura de seguridad del paciente en Osakidetza, profundizando en las líneas de acción existentes y desarrollando nuevos proyectos relevantes").

Por todo ello, se elaboró la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza 2013-2016(11), primer documento de difusión pública que recogía las diferentes líneas de acción que, de manera corporativa y para el conjunto de la organización, Osakidetza quería impulsar y desarrollar. Este reto ha sido evaluado y actualizado surgiendo la actual Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza 2017-2020 (12).

El 31 de diciembre de 2019 las Autoridades de la República China, comunicaron a la Organización Mundial de la Salud(OMS) varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV-2. Este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico. (13)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005) declaró el brote de nuevo coronavirus como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) en su reunión del 30 de enero del 2020 (14).
En España comenzaron a surgir los primeros casos de COVID-19 a finales de febrero 2020 (15) y el aumento de los casos y la presión hospitalaria hizo necesaria la declaración del Estado de Alarma el 14 de marzo de 2020 (16).
La respuesta de personal sanitario frente a la pandemia del SARS-CoV-2 está siendo proporcional a la presión asistencial y a las necesidades de los pacientes y familiares. Se han elaborado protocolos de actuación y se han ido modificando y ajustando a las necesidades que se han ido detectando. El personal sanitario, administrativo, de servicios generales y el resto de personal técnico están realizando un gran esfuerzo para adaptarse a los nuevos protocolos, así como al empleo continuado de equipos de protección individual(EPI) (17).

4.OBJETIVOS

-Elaborar un plan de mejora para la realización de práctica seguras en los pacientes COVID-19 en una unidad de cuidados intensivos

4.1 OBJETIVOS DEL PLAN

-mejorar la información, comunicación y actualización de conocimientos
-facilitar el conocimiento de nuevos equipos y protocolos de actuación
-mejorar la calidad de los cuidados prestados, la seguridad del paciente y en general, la calidad asistencial.
-disminuir el nivel de ansiedad ante un nuevo escenario

5.JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTUALIZACION DEL PROYECTO

El proyecto se lleva a cabo en una UCI de la red Osakidetza dotada con 48 camas distribuidas en 3 áreas y 5 controles. Alrededor de 4 controles hay un total de 10 camas y uno de ellos, cuenta con 8 camas. Todas las camas se encuentran dentro boxes independientes acristalados, con puertas de apertura y cierre automático y dotadas de toda la tecnología necesaria para la atención al paciente crítico.
Presenta una alta dotación tecnológica que hace necesaria la continua formación y actualización de conocimientos de todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente con el fin de que, la utilización de dicha tecnología, se haga de manera segura, eficaz y eficiente.
Por otro lado, se trata de una unidad en la que trabaja gran cantidad de personal y en la que se atienden múltiples patologías que requieren de una actuación rápida llevada a

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

cabo por un equipo multidisciplinar que debe de estar entrenado y formado en el manejo del paciente crítico (18).

La unidad, tiene implantadas y desarrolladas las recomendaciones de los "proyectos Zero" del programa de seguridad de pacientes críticos. Estos proyectos se han organizado a través de un trabajo en red con un grupo de expertos a nivel nacional (Consejo Asesor), grupo de expertos a nivel de cada CCAA y coordinadores en cada una de las UCI participantes.

Los "proyectos Zero" se han diseñado en base a estrategias multimodales cuyo objetivo es cambiar el comportamiento de los profesionales, a través de la combinación de diferentes aproximaciones, para implantar prácticas seguras que produzcan resultados concretos en los pacientes. Así, incluyen recomendaciones de aplicación de prácticas clínicas basadas en la evidencia y una serie de medidas para mejorar la cultura de seguridad en las UCI.

La llegada de la nueva infección COVID- 19, su sorprendente capacidad de propagación y virulencia (brotes) y hasta la fecha, la falta de un tratamiento eficaz, ha motivado la acumulación de pacientes en el hospital con signos de insuficiencia
respiratoria aguda y necesidad de atención especializada. Ello ha obligado a una rápida ampliación de las camas en las de Cuidados Intensivos (UCI extendida) con la consiguiente necesidad de incrementar la dotación tecnológica (respiradores, sistemas de monitorización…) y de personal especializado para su atención.

Este nuevo escenario de trabajo en el que el empleo continuado del equipo de protección individual (EPI) así como su correcta colocación y retirada cobra una gran importancia para evitar el contagio y propagación del virus, junto con la gran presión asistencial que trae consigo la necesidad de reorganizar recursos humanos, incorporando personal de otras unidades no familiarizado con los protocolos y manejo del paciente crítico, han dificultado o impedido en mayor o menor medida el mantenimiento de las recomendaciones para la seguridad del paciente contempladas en los proyectos Zero.

En este último año trabajando en UCI con pacientes COVID-19 (a la falta de datos anuales oficiales) se percibe que ha habido un incremento significativo de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria(IRAS) En este proyecto se va a realizar un análisis de la situación mediante una matriz DAFO para poder aplicar una estrategia que permita la realización de prácticas seguras en los pacientes COVID -19.

6. **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN**:

MATRIZ FACTORES

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Debilidades

- NECESIDAD DE ALTA FORMACIÓN
- CAMBIO EN LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DEBIDO A LA UTILIZACIÓN DEL EPI
- INFORMACIÓN AMBIGUA Y CAMBIANTE A CERCA DE LA COLOCACIÓN Y RETIRADA DEL EPI
- FALTA DE GRUPOS DE TRABAJO PARA ACTUALIZAR LOS CONOCIMIENTOS EN BASE A LA EVIDENCIA
- FALTA DE ESTRATEGIA EN LA ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS
- FALTA DE ESTRATEGIA DE FORMACIÓN PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN
- CULTURA DE FORMACIÓN EN CASCADA
- FALTA DE CONCIENCIA GENERAL DE LA IMPORTANCIA DE RECICLARSE
- GRAN SOBRECARGA DE TRABAJO
- ACOGIDA INADECUADA DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

Amenazas

- NUEVO MATERIAL (VIDEO-LARINGO, RESPIRADORES...)DEBIDO A INCREMENTO DE NECESIDADES
- INCORPORACIÓN DEL EPI FRENTE AL COVID-19 A LA PRÁCTICA DIARIA
- AUMENTO CONSIDRABLE DE INGRESOS
- FALTA DE PERSONAL DEBIDO AL AUMENTO DE BAJAS/CONFINAMIENTOS
- LIMITACIÓN DE AFORO PARA REUNIONES, CURSOS..
- POLÍTICA DE CONTRATACIÓN

Fortalezas

- PERSONAL EXPERIMENTADO
- PROTOCOLO ESCRITO SOBRE BACTERIEMIA ZERO
- PROTOCOLO ESCRITO SOBRE NEUMONÍA ZERO
- PROTOCOLO ESCRITO SOBRE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ITU ZERO
- PROTOCOLO CORPORATIVO SOBRE ACCESOS VENOSOS PARA EVITAR FLEBITIS
- FORMACIÓN ON-LINE SOBRE HIGIENE DE MANOS
- COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Oportunidades

- FORMACIÓN ON-LINE SOBRE PROYECTOS ZERO
- PERSONAL NOVEL MOTIVADO
- RECURSOS INFORMÁTICOS QUE PERMITAN ACTUALIZAR LOS CONOCIMIENTOS
- FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- PROTOCOLO CORPORATIVO SOBRE PREVENCIÓN DE CAIDAS
- PROTOCOLO CORPORATIVO SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN(UPP)
- USO DEL GRICODE®COMO SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA EN LA SEGURIDAD TRANSFUSIONAL
- HISTORIA, GRAFÍCA Y PAUTA DE TRATAMIENTO INFORMATIZADOS
- ESTRATEGIA CORPORATIVA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
- PLANTILLA ACOSTUMBRADA A CAMBIOS DE PERSONAL
- EXISTENCIA DE PERSONAL EVENTUAL CONOCEDOR DE UCI

Nivel de Importancia del Factor en el Proyecto

Casi Irrelevante | Poco Importante | Importancia Media | Muy Importante | Importancia Crucial

1.

Estrategia Defensiva. CREAR GRUPOS DE TRABAJO PARA ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS

Fortalezas

- PERSONAL EXPERIMENTADO
- PROTOCOLO ESCRITO SOBRE BACTERIEMIA ZERO
- PROTOCOLO ESCRITO SOBRE NEUMONÍA ZERO
- PROTOCOLO ESCRITO SOBRE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ITU ZERO
- PROTOCOLO CORPORATIVO SOBRE ACCESOS VENOSOS PARA EVITAR FLEBITIS
- FORMACIÓN ON-LINE SOBRE HIGIENE DE MANOS

Amenazas

- NUEVO MATERIAL (VIDEO-LARINGO, RESPIRADORES...)DEBIDO A INCREMENTO DE NECESIDADES
- INCORPORACIÓN DEL EPI FRENTE AL COVID-19 A LA PRÁCTICA DIARIA

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

2.

Estrategia Supervivencia. CREAR UN MANUAL DE PRÁCTICAS SEGURAS FRENTE AL COVID-19

Debilidades

- NECESIDAD DE ALTA FORMACIÓN
- CAMBIO EN LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DEBIDO A LA UTILIZACIÓN DEL EPI
- INFORMACIÓN AMBIGUA Y CAMBIANTE A CERCA DE LA COLOCACIÓN Y RETIRADA DEL EPI
- GRAN SOBRECARGA DE TRABAJO

Amenazas

- NUEVO MATERIAL (VIDEO-LARINGO, RESPIRADORES...)DEBIDO A INCREMENTO DE NECESIDADES
- INCORPORACIÓN DEL EPI FRENTE AL COVID-19 A LA PRÁCTICA DIARIA
- LIMITACIÓN DE AFORO PARA REUNIONES, CURSOS..

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

3.

Estrategia Ofensiva. CREAR UN PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

Fortalezas

- PERSONAL EXPERIMENTADO
- PROTOCOLO ESCRITO SOBRE BACTERIEMIA ZERO
- PROTOCOLO ESCRITO SOBRE NEUMONÍA ZERO
- PROTOCOLO ESCRITO SOBRE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ITU ZERO
- PROTOCOLO CORPORATIVO SOBRE ACCESOS VENOSOS PARA EVITAR FLEBITIS
- FORMACIÓN ON-LINE SOBRE HIGIENE DE MANOS
- PROTOCOLO CORPORATIVO SOBRE PREVENCIÓN DE CAIDAS
- PROTOCOLO CORPORATIVO SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN(UPP)
- USO DEL GRICODE®COMO SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA EN LA SEGURIDAD TRANSFUSIONAL
- HISTORIA, GRAFÍCA Y PAUTA DE TRATAMIENTO INFORMATIZADOS

Oportunidades

- FORMACIÓN ON-LINE SOBRE PROYECTOS ZERO
- PERSONAL NOVEL MOTIVADO
- RECURSOS INFORMÁTICOS QUE PERMITAN ACTUALIZAR LOS CONOCIMIENTOS

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

7. DISEÑO DEL PLAN DE MEJORA

La iniciativa que se propone con el fin de dar respuesta a la realización de prácticas seguras en los pacientes COVID-19, fundamentada en dar respuesta a las debilidades y amenazas detectadas mediante el análisis DAFO, es la creación de un manual de prácticas seguras frente a la COVID-19 en UCI.

Para la consecución de dicha iniciativa, se proponen los siguientes medios:

1- Creación de un grupo/equipo de trabajo multidisciplinar

Para la creación del grupo/equipo de trabajo se propone que esté compuesto por 1 enfermera y 1 auxiliar de cada control, un médico intensivista, un celador y un mando intermedio.

2- Definición y análisis de las prácticas habituales en pacientes con diagnóstico de neumonía bilateral por SARS-CoV 2

Se pretende definir aquellas actividades que son realizadas habitualmente y que requieren de adecuación y revisión de los protocolos que se manejaban antes de la aparición de la pandemia:

- Higiene de manos, uso de guantes
- Intubación oro-traqueal

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Aspiración de secreciones
- Inserción y mantenimiento de sondas nasogástricas
- Inserción y mantenimiento de catéteres venosos centrales
- Inserción y mantenimiento de catéteres arteriales
- Inserción y mantenimiento de sondas urinarias
- Cambios posturales
- Decúbito prono…

. 3- Definición y análisis tanto de la equipación como del material necesarios para la atención de pacientes con diagnóstico de neumonía bilateral por SARS-CoV-2.

Se pretende definir cuál es la equipación necesaria para atender a los pacientes, así como, el cuidado, uso y mantenimiento de la equipación tecnológica necesaria

- equipo de protección individual
- video-laringo
- respiradores…

4- Revisión y Actualización de protocolos en base a la evidencia científica

Teniendo presentes los protocolos que estaban manejándose, revisarlos y adecuarlos para la puesta en práctica en los pacientes COVID-19.

La pandemia ha supuesto un reto en este aspecto ya que, cada semana o quince días los estudios que se publicaban añadían factores a tener en cuenta en la práctica clínica por lo que, la actualización de protocolos pasa a ser clave haciendo necesaria la formación de equipos multidisciplinares que capten y resuman las nuevas publicaciones.

5- Elaboración del manual

6- Cursos formativos para dar a conocer el manual

Se proponen charlas/cursos que sean impartidos en cada control por aquellas personas que forman parte del equipo con el objetivo de llegar al máximo número de personas en el menor tiempo posible y teniendo en cuenta la situación actual de límite de aforos.

7- Revisión y actualización periódica

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Se propone revisiones trimestrales mientras la incidencia del virus sea elevada.

El indicador de referencia es la Tasa de Incidencia Acumulada en 14 días, el cual revela, el número de casos nuevos que han aparecido en la población.

Se propone que un miembro del equipo revise diariamente los boletines epidemiológicos que se publican tanto en la página web de Osakidetza como en la del Gobierno, con el fin de poder ajustar la periodicidad de las revisiones.

Se tomarán como referencia los umbrales que se describen en el Plan Bizi Berri III, balance y previsión de la respuesta comunitaria a la evolución de la pandemia de la COVID-19) en Euskadi (19). (“escenario Nivel 4, Transmisión Alta. Tasa IA a 14: 300-500/100.000”).

Se propone una rotación semanal definida entre los miembros del equipo, para la revisión de los datos epidemiológicos.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

8. EVALUACIÒN

Para proceder a medir la ejecución del proyecto, se proponen los siguientes indicadores:

A) En relación con la creación del manual

NOMBRE DEL INDICADOR	Constitución del grupo/equipo
CONDICIONES	-El equipo debe de estar formado por 5 enfermeras, 5 auxiliares, 1 intensivista, 1 celador y 1 mando intermedio - debe de estar formado por 1 enfermera y 1 auxiliar de cada control de referencia (A1, A2, B1, B2 y C) -el personal que conforme el equipo tiene que tener experiencia mínima de 3 años dentro del servicio de Cuidados Intensivos -acta de la constitución del equipo
NIVEL A ALCANZAR	100%
PLAZOS	El plazo para formar el equipo será de 15 días

NOMBRE DEL INDICADOR	Reuniones del equipo de trabajo
CONDICIONES	-se definen 12 reuniones anuales. -La prioridad es que las reuniones sean mensuales, siendo preferiblemente todos los primeros jueves de cada mes -Nº de reuniones con acta en el año/ Nº de reuniones con acta en el añoX100
NIVEL A ALCANZAR	90%
PLAZOS	Una reunión mensual al año

b) en relación con la difusión del manual

NOMBRE DEL INDICADOR	Aprovechamiento del curso
CONDICIONES	-cada curso formativo que se imparta para dar a conocer las actualizaciones será evaluado su aprovechamiento. -Nº de profesionales que superan la evaluación del curso/Nº de profesionales que realizan el cursoX100
NIVEL A ALCANZAR	90%
PLAZOS	Tras la realización de cada actividad formativa

9. CONCLUSIONES

Por medio de este proyecto, se pretende enfatizar la importancia de la realización de prácticas seguras en el contexto de la seguridad del paciente, dentro de una Unidad de Cuidados Intensivos.

En situaciones como la que estamos viviendo este último año, con la pandemia del COVID-19, la creación de manuales de actuación basados en las últimas actualizaciones y modificaciones

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

según la evidencia científica, nos van a permitir aplicar cuidados de calidad y de la manera más segura posible a los pacientes críticos.

Tan importante como la creación de un manual con sus protocolos y actividades claramente explicadas y evidenciadas, es hacerlo llegar a todo el personal implicado en la realización de los cuidados, para que puedan aplicarlos con rigor y seguridad.

La gestión y liderazgo enfermero es clave en situaciones como en la actual pandemia, donde el análisis de la situación y la creación de propuestas de mejora, traerá consigo profesionales capacitados y seguros para poder aplicar cuidados de calidad.

Las dificultades con las que nos encontramos a la hora de llevar a cabo el proyecto, son las propias de la situación actual de la pandemia, limitaciones de aforos para reuniones y cursos, el aumento de carga laboral y la baja motivación que esto genera para hacer actividades formativas.

Como posibles oportunidades que genera el proyecto, es el mantenimiento de un equipo/grupo de trabajo estable, motivado e implicado en la revisión periódica de protocolos, junto con la difusión de los mismos, para la realización de prácticas seguras cuyo objetivo final, es promover la seguridad del paciente dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.

10. BIBLIOGRAFÍA

1.Sociedad Española de Medicina Intensiva C y UC. Indicadores de calidad del enfermo crítico: actualización 2017[Internet]. Madrid: SEMICYUC; 2017 [citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/10/indicadoresdecalidad2017_semicyuc_spa-1.pdf

2.Gobierno de España, Ministerio de S y PS. Gobierno de España. Unidad de cuidados intensivos: Estándares y recomendaciones[Internet]. Madrid: MSPS; 2010 [citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf

3.Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. Lancet. 1999;353(9159):1178–81.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

4.Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente[Internet]. OMS; 2019. [citado el 12 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety

5.Gobierno de España, Ministerio de S y PS. Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010[Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España;2006 [citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf

6.Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, número 128, de 29 de mayo de 2003).

7.Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud: Período 2015-2020[Internet]. Madrid. MSSSI;2015 [citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=28.Ministerio de Sanidad. Programa de Seguridad en los Pacientes Críticos (Proyectos Zero) [Internet]. Madrid: Seguridaddelpaciente.es; 2008- [actualizada febrero de 2021; citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/seguridad-pacientes-criticos/

9.Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020[Internet]. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco;2014[citado el 9 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_planes_programas/es_def/adjuntos/Plan_salud_2013_2020_cast.pdf

10.Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Retos y proyectos estratégicos Osakidetza2017-2020[Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza;2017 [citado el 9 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/PE_2017_2020_web_ESP.pdf

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

11.Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Estrategia de Seguridad del Paciente en Osakidetza 2013-2016[Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza;2013 [citado el 9 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/publica/SeguridadPacienteEs.pdf

12.Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Estrategia de Seguridad del Paciente 2020[Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza;2018 [citado el 9 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cinfo_estrategia_seg_paciente/es_def/adjuntos/ESTRATEGIA2020_es.pdf

13. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020;395(10223):507–13.

14.Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Información inicial de la alerta en China 31.12.2019 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad;2019[citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informacion_inicial_alerta.pdf

15.Instituto de Salud C. Informe SARS-CoV-2 nº 2. 20 de febrero de 2020 [Internet]. Madrid: Isciii;2020[citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%c2%ba%202_20febrero2020_ISCIII.pdf

16.Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (Boletín Oficial del Estado, número 67, de 14 de marzo 2020).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

17.Ministerio de T y ES, Centro Nacional de MP, Sociedad Española de M y ST, Asociación Española de especialistas en MT, Asociación Nacional de MT, Sociedad Española de SL en la AP, et al. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES FRENTE A LA EXPOSICIÓN AL NUEVO CORONAVIRUS (SARS-COV-2) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad del Gobierno de España; 2020 [citado el 9 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Procedimiento_servicios_prevencion_riesgos_laborales_COVID-19.pdf

18. Vázquez Guillamet B, Guillamet Lloveras A, Martínez Estalella G, Pérez Ramírez F. Innovaciones en los métodos de formación continuada/permanente de las enfermeras de cuidados intensivos. Enferm Intensiva. 2014;25(2):65–71.

19.Gobierno Vasco. Plan Bizi Berri III: Balance y previsión de la respuesta comunitaria a la evolución de la pandemia de la COVID-19 en Euskadi [Internet]. País Vasco: Gobierno Vasco;2021[citado el 15 de junio de 2021]. Disponible en: https://bideoak2.euskadi.eus/2021/02/12/news_66756/Plan_Bizi_Berri_III_Plana.pdf

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 14: UTILIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EN LACTANCIA MATERNA (IHAN) DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA PUERPERAL

Usefulness of an assistance in breastfeeding during the postpartum hospital stay

AUTORÍA: ALAZNE KORRO BAÑUELOS

RESUMEN

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, pero siempre será más fácil si disponen de buena información y de los apoyos de su familia y del sistema de atención de la salud.
Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de UNICEF sobre la lactancia materna son las siguientes:
1) Inicio de la lactancia materna durante la primera hora después del nacimiento.
2) Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. 3) Lactancia materna continuada durante los primeros dos años o más, junto con una alimentación complementaria segura a partir del sexto mes, adecuada desde el punto de vista nutritivo y apropiada para la edad.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Pero, a pesar de todas estas evidencias, las tasas de LME (Lactancia Materna Exclusiva) tanto en España como en el resto del mundo siguen siendo muy bajas alejándose de los objetivos marcados por Organización Mundial de la Salud (OMS). En un intento de mejorar estos resultados se han creado estrategias como la Iniciativa para la Humanización de la asistencia al parto y la lactancia (IHAN), que tiene entre sus pilares el fomento para la lactancia la educación sanitaria.

Objetivo principal: Valorar una posible implementación la Iniciativa IHAN en la Unidad de Puérperas del Hospital Donostia y valoración global del desarrollo del mismo para ser conscientes de las oportunidades y dificultades generadas.

Metodología: Un análisis basado en DAFO y su correspondiente evaluación.
PALABRAS CLAVE: IHAN, Lactancia Materna, Postparto, Educación para la salud
ABSTRACT Breastfeeding is the ideal nutrition for the newborn baby to give him all the nutrients they need for a good and a healthy growth. It is shown it's countless advantages in several studies. Due to this reason, the different pediatrics associations advice that the exclusive breastfeeding should be kept until the sixth month and complemented with the food nutrition until the second year. Besides all these obviousness, the breastfeeding rates in Spain and the rest of the world are still quite low, moving away from the objectives set by the World Health Organization (WHO). Strategies are created to try to improve these results, such as Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), which its foundation is the promotion of the breastfeeding and the health education. Objective: To evaluate the possible implementation of strategies like IHAN of support and advice on breastfeeding in a puerperal ward of the Hospital of Donostia and to define the opportunities and difficulties that this can give us. Methods: An analysis based on DAFO and an evaluation of the study.
KEY-WORDS: IHAN, Breastfeeding, Postpartum, Health Education1.- Introducción y objetivos.

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) es una iniciativa creada por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular, a las salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el momento de nacimiento.

Su principal objetivo es informar sobre los aspectos necesarios para que cada hospital o centro de salud pueda acceder a ser IHAN, estableciendo la lactancia materna como la norma y forma óptima de alimentar a los bebés, y pueda jugar un importante papel aumentando la tasa de lactancia materna en su medio.

Los objetivos de la IHAN son:

- Promover, proteger y apoyar las prácticas de humanización de la asistencia al parto, el nacimiento.
- Promover, proteger y apoyar la lactancia materna y las mejores prácticas de alimentación en la primera infancia:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Contribuyendo al aumento y difusión del conocimiento sobre lactancia materna y el amamantamiento en la sociedad en general y entre los profesionales de la salud.
- Promover el conocimiento y el respeto al Código de Comercialización de Sucedáneos y las resoluciones relacionadas de la Asamblea Mundial de la Salud.
- Promover las mejores prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño siguiendo las recomendaciones de la Unión Europea y de la estrategia global del lactante y del niño pequeño de la OMS.
- Promover y apoyar el desarrollo y la labor de las asociaciones de madres y grupos de apoyo a la lactancia materna.
- Desarrollar y promover la Iniciativa “Baby Friendly” (BFI) de la OMS y UNICEF:
- Promover la Iniciativa y su desarrollo según las directrices de OMS y UNICEF en el territorio español.
- Evaluar y otorgar la acreditación a las instituciones del galardón de reconocimiento internacional “IHAN” de OMS y UNICEF.
- Contribuir con trabajo conjunto entre los coordinadores del proyecto “BFI” en otros países al desarrollo de esta iniciativa según las directrices de la OMS y UNICEF, en todo el mundo.
- Promover la investigación sobre lactancia ma lactancia materna.
- Desarrollar y promover la Iniciativa “Baby Friendly” (BFI) de la OMS y UNICEF:
- Promover la Iniciativa y su desarrollo según las directrices de OMS y UNICEF en el territorio español.
- Evaluar y otorgar la acreditación a las instituciones del galardón de reconocimiento internacional “IHAN” de OMS y UNICEF.
- Contribuir con trabajo conjunto entre los coordinadores del proyecto “BFI” en otros países al desarrollo de esta iniciativa según las directrices de la OMS y UNICEF, en todo el mundo.
- Promover la investigación sobre lactancia materna en cualquiera de sus aspectos, siempre que el fin de la investigación contribuya a mejorar la promoción, la protección y el apoyo a la lactancia natural.
- Colaborar con otras organizaciones profesionales nacionales e internacionales con fines análogos.
- Trabajar con las administraciones públicas para la mejor consecución de estos fines.
- Facilitar la formación continua de las personas asociadas en temas relacionados con los fines y objetivos descritos.
- Representar los intereses de las personas asociadas en el marco de las leyes y ante los organismos de las administraciones públicas, sanitarias y docentes y otros órganos o entidades nacionales o internacionales, públicas y privadas.

Para el cumplimiento de los objetivos marcados la Iniciativa IHAN crea un programa de acreditación que proporciona a profesionales, tanto de Hospitales como de Atención

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Primaria eficaz basado en la evidencia, estructurado y externamente evaluado, que permite y facilita la tarea de iniciar, apoyar y aumentar la duración de la lactancia materna.

La acreditación IHAN es un galardón que se otorga a los hospitales que cumplen los siguientes requisitos:

- Cumplir los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural, basados en pruebas científicas y han sido aprobados por organismos nacionales e internacionales como estándares de buena práctica clínica.
- Cumplir el Código de Comercialización de Sucedáneos de leche materna y las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) relacionadas con el mismo.
- Tener al menos un 75% de lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta el alta.
- Ofrecer información y apoyo a las madres que deciden no amamantar, que se respete y se promueva el desarrollo del vínculo con su hijo, y que se les enseñe cómo preparar y administrar los biberones de sucedáneos de manera segura.
- Además, un hospital acreditado tiene que ofrecer una asistencia al parto acorde con la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud de manera que, cuando la situación clínica de madre e hijo lo permiten, se respeten las necesidades de madre e hijo y la creación del vínculo materno-filial, y se apoye el inicio precoz de la lactancia.
- Esta Iniciativa es aplicable con los mismos requisitos a todas las maternidades, de titularidad pública o privada, que ofrezcan sus servicios en cualquier parte del territorio estatal.

Dado que una pequeña mejora en la atención proporciona un aumento en las tasas de lactancia y una considerable mejora en la salud materno-infantil, se entiende que el hecho de que un Hospital inicie o mantenga un proceso de cambio de normativas y prácticas tiene tanta importancia como la acreditación en sí.

El principal objetivo del presente estudio es realizar una puesta en situación del proyecto en la Unidad de Puérperas del Hospital Donostia para analizar las necesidades que justifican el desarrollo del proyecto. Dicho análisis será plasmado en una matriz DAFO para conocer el entorno de implementación y se evaluará la posible instauración del proyecto, así como sus implicaciones y aspectos a considerar.

2.- Justificación y contextualización del proyecto

El proyecto aquí representado parte de una serie de objetivos nacidos del análisis de la situación actual en lo que respecta al tratamiento de la Lactancia Materna en las unidades puerperales de infinidad de Hospitales estatales, así como de la falta de directrices comunes para el tratamiento en consejos de Salud a las puérperas en relación

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

a la LM manifestada por un gran número de pacientes y su entorno a lo largo de mi carrera profesional.

Los objetivos perseguidos con este proyecto pasan, en primer lugar, por realizar una revisión bibliográfica sistematizada con el fin de definir y contextualizar el fenómeno la iniciativa IHAN, sus principales objetivos y sus claros beneficios. Este objetivo es considerado un medio, tanto para mejorar la comprensión de la Iniciativa y saber así cuan efectivo y viable puede resultar para una Unidad Puerperal donde no se siguen los pasos para conseguir el Certificado; y se centra en la elaboración de una propuesta de intervención viable que se pueda poner en la práctica de una forma generalizada, en respuesta a la necesidad de dotar de herramientas a profesionales del centro, a pacientes, y a las parejas que sufren muchas veces las consecuencias de no tener un metodo claro implantado para dar Consejos de Salud actualizados y basados en evidencia.

Relacionado con la consecución de dicho objetivo también se pretende concienciar a los diferentes profesionales de la necesidad de promover este tipo de iniciativas y proyectos para generar una estrecha vinculación como agentes educativos. La meta de esta unión es, al margen se potenciar el conocimiento y el trabajo colaborativo entre diferentes profesionales que permita el establecimiento de Lactancias Maternas adecuadas basadas en consejos de Salud actualizados y uniformes.

Así pues, mi trabajo está basado y fundamentado en una experiencia como Matrona en una Unidad Puerperal donde observo la necesidad de mejora de una atención que puede ser lograda gracias a la Iniciativa IHAN.

3. -Análisis

En este apartado, he decidido realizar un análisis DAFO que determine cuáles son las acciones que se deberían poner en marcha, aprovechando las oportunidades detectadas, para preparar el proyecto propuesto teniendo conciencia de las amenazas y debilidades. El objetivo de todo ello es, concretar los puntos fuertes y débiles del proyecto junto con las amenazas y oportunidades externas. Se trata del método más sencillo y eficaz para recopilar y analizar toda la información necesaria de cara a la toma de decisiones acerca de las líneas estratégicas de intervención futuras más adecuadas. Las variables que van a usarse en el análisis DAFO son: Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades.

3.1- Debilidades

Las estrategias de intervención propuestas en el proyecto se basan, por un lado, en el análisis de la prevalencia en LM así como en la satisfacción en relación a los consejos de LM otorgados por los profesionales y por otro, en el análisis de estudios sobre factores que determinan la adherencia a la LM. Sin embargo, la mayoría de estos últimos, se han llevado a cabo en contextos locales o nacionales y por tanto, es posible que, pese a que

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

muchos factores sean comunes en todo el mundo, la distribución de estos sea heterogénea y exija, por una parte, el desarrollo de estudios para hacer comparaciones internacionales y, por otra, el análisis local para conocer con exactitud los determinantes de la continuación de la LM. Queda pendiente la realización de un estudio controlado aleatorizado con una muestra adecuada y exenta de influencias externas para evaluar la educación en LM que permita conocer más fehacientemente aquellos factores predisponentes de abandono y se puedan trazar líneas de intervención más cercanas a la realidad.

La atención a la demanda en la planta ocupa demasiado tiempo y no parece eficiente teniendo en cuenta tanto el volumen de pacientes como el cuidado que tanto madres como RN precisan en las Unidades de Puérperas. De esta manera se tiende a una preponderancia de la atención clínica sobre la de promoción de la salud.

Tras realizar una valoración en la Unidad existen pocos conocimientos en relación a la iniciativa. El personal que lo conforman, auxiliares, matronas, ginecólogos y pediatras conocen la Iniciativa como una Iniciativa de Apoyo, pero desconocen los criterios, objetivos y fines de la misma.

La implicación y apoyo de la Dirección del hospital, es imprescindible para poder obtener resultados. Pese a que la Unidad de Puérperas del Hospital Donostia la única Unidad compuesta por Matronas desde hace dos años, en Osakidetza falta un largo camino por recorrer y muchos cambios organizativos que hacer para conseguir la atención basada en los conocimientos de LM que este colectivo posee.

3.2- Fortalezas

En el Hospital Donostia se creó un Banco de Leche desde hace tres años, la red de Servicios de Osakidetza consta de una red estructural de tareas con la comunidad donde ya hay Talleres de Lactancia, de educación Maternal y se imparte Educación sexual en las escuelas.

Existe el programa de salud de la infancia. Esto indica que se tiene experiencia de trabajo en equipo. Además, Hospital Donostia es un Centro docente.

Tras realizar una encuesta al equipo sobre opinión de la Iniciativa IHAN, buena parte de la Unidad es positiva al respecto.

Tenemos una sólida experiencia en el ámbito de la Lactancia en la planta de puérperas.

3.3- Oportunidades

El Hospital le convendría estar muy interesado en la implantación de la Iniciativa para la mejora de satisfacción de los pacientes, además esto nos mantendría actualizados en

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

conocimientos a todos los profesionales y generaría un marco común de trabajo para todas las categorías.

La Unidad tiene ya un grupo de trabajo de mejora de Lactancia Materna para unificar criterios.

3.4.-Amenazas

Trabajar en el Servicio Público de Salud tiene muchos beneficios, pero también tiene su parte negativa en relación a la estabilidad laboral de los trabajadores. Los traslados de personal paran muchas veces los procesos iniciados y la movilidad de los mismos inhabilita la posibilidad de realizar proyectos que necesiten mucho tiempo ya que la gente que se implica no permanece en el mismo puesto.

Los recortes en salud frenan siempre este tipo de iniciativas, son siempre actividades prescindibles y al ser Iniciativas de Calidad y Mejora están al final de las prioridades hospitalarias.

Tras realizar un análisis utilizando las variables DAFO he llegado a la conclusión de que en este análisis se hace evidente que pese a las dificultades de implantación que puede presentar el hecho de llevar a cabo la Iniciativa en el Hospital, una vez superadas se verá mejorada sustancialmente la atención y los resultados esperados. Es algo ya implantado en otros centros y ha demostrado ser efectivo y eficiente por lo que es fácil demostrar su valia si se implanta adecuadamente en otros centros.

-Diseño.

La idea de este TFM es valorar si existe la posibilidad de aplicar los pasos de la Iniciativa IHAN en la Unidad de Puerperio de Donostia y analizar si esta viabilidad supondría una mejora sustancial en la atención. Para ello lo primero es analizar si se pueden cumplir los diez pasos «clásicos» de la IHAN:

Paso 1. Disponer de una normativa escrita de lactancia que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.

Paso 2. Capacitar a todo el personal del Centro para que pueda poner en práctica la normativa.

Paso 3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia y ofrecer formación sobre los aspectos más relevantes del manejo de la lactancia en los primeros días tras el parto.

Paso 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia tras el parto.

Este Paso implica: Colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y ayudar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda en caso necesario.

Paso 5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Paso 6. No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado.
Paso 7. Practicar el alojamiento conjunto madre-hijo las 24 horas del día.
Paso 8. Alentar a las madres a amamantar a demanda.
Paso 9. No dar a los niños alimentados al pecho biberones, tetinas o chupetes durante la estancia en la Maternidad.
Paso 10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural procurando que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del

[1] Factible debido a la predisposición personal de los trabajadores y que existen grupos de lactancia de profesionales con el ánimo de mejora del servicio.
[2] Requiere la implicación de la Directiva.
[3] Se realiza en la labor diaria pero no sistematizado.

[4] Se realiza en la labor diaria pero no sistematizado
[5] Se realiza en la labor diaria pero no sistematizado.

[6] Cuestión a protocolizar.
[7] Puede que lo más complicado, analizaremos a posterior.

[8] Labor diaria pero no sistematizada.

[9] Ya instaurado.

hospital. Este Paso supone ofrecer a la madre todos los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área.
Cumplir el Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) relacionadas con el mismo. (Esto se realiza en la labor diaria pero no sistematizado).

A todas estas condiciones hay que añadirle las siguientes:

-Tener al menos un 75% de lactancia materna exclusiva en el momento del alta hospitalaria. (Los niveles por ahora son bastante más bajos, rondamos el 60%).
– Ofrecer información y apoyo a las madres que no amamantan para promover también en ellas el desarrollo del vínculo con su hijo, además de enseñarles cómo preparar y administrar los biberones de leche artificial de manera segura. (Esto se realiza en la labor diaria pero no sistematizado).
– Atención amigable con la madre: ofrecer asistencia en los partos normales respetando las necesidades de madre y RN, y el establecimiento de las relaciones de vínculo y apego. En España las recomendaciones de la atención amigable con la madre se recogen en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Desde el comienzo de su actividad en España, la IHAN ha realizado 67 evaluaciones de hospitales, incluyendo tanto a los que superaron la evaluación como los que no. La experiencia acumulada permite analizar donde se encuentran las mayores dificultades para conseguir la acreditación. Algunos pasos han resultado muy sencillos de superar para la mayoría de los hospitales, mientras que otros concentraban los mayores grados de dificultad, de forma recurrente.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El «contacto piel-piel» y la falta de información a las embarazadas son los que con mayor frecuencia no consiguen superarse al menos en la primera evaluación. No poner al RN en contacto con su madre de forma inmediata, colocarlo vestido, no dejarlo el tiempo adecuado, anteponer las mediciones del RN, la aplicación de colirios o pomadas oculares u otras maniobras, al contacto con la piel de la madre, son parte de los motivos que conducen a no superar el paso 4. Un porcentaje elevado de cesáreas asociado a separación madre/RN también aumenta las dificultades para superarlo.

La información a las embarazadas, que aparentemente no debería suponer una gran complicación, se muestra también en la práctica como un paso difícil de cumplir, que exige la implicación decidida de los obstetras y matronas durante el embarazo.

Sin embargo, realizando una valoración objetiva, a pesar de que el Hospital Donostia presenta las dificultades descritas, la más difícil de salvar es la de la cohabitación conjunta 24h ya que en caso de ingreso del RN en la Unidad Neonatología la madre no tiene posibilidad de ingreso junto a él. Así mismo en la Unidad de Puerperio la visita con el pediatra, el aseo del RN y los cuidados de éste se realizan en el rooming que está en una habitación contigua, y pese a que los padres pueden ir con él, supone muchas veces una separación intermitente del lactante del lecho. Además, las camas de puérperas no están habilitadas para realizar un colecho seguro estando la cuna separada de la misma.

Es obvio que para fomentar y apoyar la lactancia materna no es imprescindible aplicar el programa IHAN.

Pero diseñar y desarrollar un programa de apoyo a la lactancia en un hospital es un trabajo arduo. Exige crear equipos multidisciplinares que redacten protocolos, establezcan procedimientos, fijen indicadores de calidad, evalúen el proceso y garanticen la continuidad. Realizar todo este proceso sin una guía, alarga de forma exagerada los tiempos y consume grandes recursos materiales y humanos. El programa de la IHAN se ofrece a los hospitales como una oportunidad de mejora ya ensayada y probada. En este momento hay amplia evidencia contrastada de la eficacia de cada paso de la Iniciativa por separado y de la aplicación conjunta de todos ellos. Muchas publicaciones avalan la eficacia de la estrategia IHAN en cuanto a conseguir aumentar las tasas de lactancia no solo al alta de la maternidad sino también a largo plazo.

Y es por eso que se reconoce a la IHAN como el mejor modelo de práctica que existe en la actualidad y recomienda que se promueva su implantación y que se dote de recursos (económicos, humanos y técnicos) la formación, evaluación y reevaluación de los Hospitales Acreditados y también que se anime a todas las maternidades a conseguir la Acreditación IHAN o a implantar los Diez Pasos.

Es una iniciativa centrada en los profesionales, a los que se les recuerda que la lactancia no es un deber, sino un derecho de las mujeres y que su obligación como profesionales es garantizar que puedan ejercerlo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Por eso, tras analizar los pasos que serían necesarios para poder cumplir la normativa IHAN considero factible el poder realizarla basando el Diseño únicamente en aquello que ya está establecido.

5. -Desarrollo e implementación

Para llevar a cabo este Proyecto es importante saber que es un proyecto a largo plazo en el que hay que preparar a los profesionales y al sistema poco a poco y de forma gradual. Lo más importante es realizar los cambios de forma escalonada y basada en las necesidades del propio centro, por lo que para ello basaremos el desarrollo en prioridades entre las que se encuentran:

1- Elaboración de un protocolo de actuación de obligado cumplimiento en la unidad. (esto lo realizaremos con el grupo de trabajo de Lactancia ya formado), dispondremos de un periodo de tres meses para la realización del mismo en el que se realizará una evaluación de la situación actual y de las pautas para llegar a los objetivos deseados. Este protocolo se presentará primero a la Dirección y tras valorar posibles mejoras se entregará y explicará en grupos de trabajo a todos los profesionales de la planta. Así mismo se entregará copia escrita del mismo y se publicará en la Intranet de La OSI de Donostialdea. Este protocolo deberá de actualizarse y revisarse anualmente.

2- Formación de toda la plantilla de la Unidad de Puerperas con talleres impartidos por personal formado aprovechando la implantación de la normativa IHAN. Una vez realizado el protocolo se deberá acordar la formación de todo el personal de la planta en lactancia y en la Normativa. El plazo de formación no deberá ser superior a seis meses. Esto evidentemente requerirá una financiación para el personal docente por parte del Hospital, pero los beneficios en asistencia y el ahorro en Lactancias Artificiales, la disminución de problemas asociados a malas lactancias hará que sea eficiente en todos los aspectos.

3.- Unión permanente del binomio madre-hijo durante todo el proceso. Esto es algo que llevará una mayor inversión ya que requiere la modernización de la planta y cambios estructurales de las habitaciones pero se deberá de comenzar poco a poco con el cambio de las camas que permitan realizar un colecho seguro e ir ofreciendo cuidados de enfermería y médicos básicos completos en las habitaciones (que pese a que puede resultar más dificultoso para los profesionales simplemente se basa en priorizar la cohabitación continua de los lactantes frente a la comodidad de nuestros procedimientos, estando demostrado que esto mejora los índices de LM.).

Es difícil determinar el tiempo de cambio que puede suponer la modificación de instalaciones, pero todo aquello que no sea dependiente de obra no debería de suponer un tiempo mayor de un año.

4.-Paliar el dolor al lactante mediante las técnicas evitando el uso del chupete. la Tetanalgesia y el uso de sacarosa en procedimientos invasivos ya está aplicándose en la

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Unidad, sin embargo, debería de requerirse de forma sistematizada para evitar que haya profesionales que no lo realicen

5.- Buena red de apoyo a la LM a disposición de las madres desde urgencias. No podemos olvidar que la asistencia en relación a la lactancia ha de ser dinámica y circular desde el ingreso hasta el alta, por lo que los servicios de Urgencias y partos también tienen que estar incluidos en este proceso.

Los planes de comunicación interservicios son vitales para unos buenos resultados, todo lo realizado deberá de transmitirse de forma interna y externa mediante email y redactando actas de las reuniones que se celebren trimestralmente para la consecución de los objetivos.

La sostenibilidad en el que se basa este modelo es un sistema en el que la Infraestructura Sanitaria tiene que invertir en prevención, pilar básico para poder mitigar enfermedades. De esta manera existen cuatro grupos de interés fundamental que conformarán una red de fuerzas dentro de las estrategias corporativas en el contexto de salud y sostenibilidad.

Empleados: Un capital humano física y psíquicamente sano está más motivado y satisfecho, resultando una mayor productividad y unas menores tasas de absentismo. Generar proyectos e involucrar a los profesionales para la mejora de su trabajo hará que trabajen más motivados y estén más involucrados en todo aquello que hacen.

Clientes: La incorporación de atributos como lactancia, salud, natural o sostenible pueden incrementar el valor del servicio. Una oferta de productos y servicios con impacto positivo en la salud puede beneficiarse de una creciente atención por parte de los consumidores hacia unos hábitos de vida más saludables, al tiempo que mejora la incidencia de LM.

Ciudadanía: Una ciudadanía sana es más productiva y reduce los costes de los sistemas públicos y privados en la infraestructura sanitaria. La lactancia está demostrada que reduce costes a corto, medio y largo plazo.

Infraestructura sanitaria: La infraestructura sanitaria puede ser más eficiente y eficaz cuando los ciudadanos están mejor formados e informados en torno al cuidado de su salud.

Es por ello que, tras una revisión bibliográfica y la valoración del impacto de la lactancia en la Salud, estimo que es un modelo sostenible y rentable.

6. -Evaluación.

La IHAN proporciona ya un cuestionario de autoevaluación que permite a los hospitales realizar una valoración de las prácticas actuales y la evolución de las mismas en relación al apoyo de las madres e hijos. (ANEXO1)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Da una oportunidad de reconsiderar las rutinas de acuerdo con las recomendaciones de la declaración Conjunta de 1989 de la OMS/UNICEF: Protección, Promoción y apoyo de la Lactancia Materna.

El hecho de completar este cuestionario constituye el primer paso del proceso, pero no es suficiente para calificar el hospital como IHAN.

El personal también debería revisar los Criterios Globales que califican un hospital como IHAN como un punto de apoyo a la lactancia de las mujeres y sus niños. El cuestionario también sirve como un listado de items que permite al hospital valorar cuán cerca están del logro de los 10 pasos y del resto de requisitos de la Iniciativa.

Numerosas respuestas negativas indicarían una divergencia de las recomendaciones de la Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF y sus Diez pasos para una Lactancia Materna Eficaz y entonces el hospital podría iniciar un Plan de Acción con el objetivo de eliminar las prácticas que dificultan la Lactancia materna e introducir nuevas prácticas que la estimulen. Desde el Comité Español de la IHAN se colabora para que estos cambios puedan realizarse satisfactoriamente.

Una vez el cuestionario ha sido completado, se han cumplido los Globales y la tasa de lactancia materna al alta es mayor al 75 %, el cuestionario debería de ser remitido al Comité de la IHAN y entonces se podría solicitar la visita del evaluador externo.

Es por ello que hasta no conseguir un si en los items del cuestionario no estaremos preparados como Hospital para ser acreditados como IHAN. Sin embargo, la evolución positiva ya supone un gran cambio.

Es por ello que la evaluación ha de ser continua, como anteriormente hemos mencionado, se deberán realizar reuniones trimestrales y evaluaciones anuales hasta conseguir completar los requisitos.

7. –Conclusiones

A pesar de todas las estrategias e iniciativas para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, las estadísticas nos demuestran que las tasas de lactancia distan mucho de las recomendaciones de la OMS. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012, en España el 66.2% de las madres daba pecho de forma exclusiva a sus hijos seis semanas después del nacimiento y el 53.6 % continuaba a los seis meses y sólo el 28.5% mantenía la lactancia natural exclusiva a los 6 meses de vida.

Por otra parte, las recomendaciones de la Estrategia para la Atención al Parto Normal son “solo” recomendaciones y no actuaciones de obligado cumplimiento, por lo que la asistencia al parto difiere mucho de un lugar a otro, incluso en una misma provincia o ciudad dentro del mismo servicio público sanitario, dependiendo de si el hospital es público o privado los cuidados de la madre y recién nacido serán diferentes. De hecho, existen actualmente muchos hospitales donde se separan madre e hijo, se administran sueros glucosados o leche de fórmula a los recién nacidos de madres a las que se le ha

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

practicado una cesárea y no realizan el piel con piel, o se reparte de manera indiscriminada leche de fórmula.

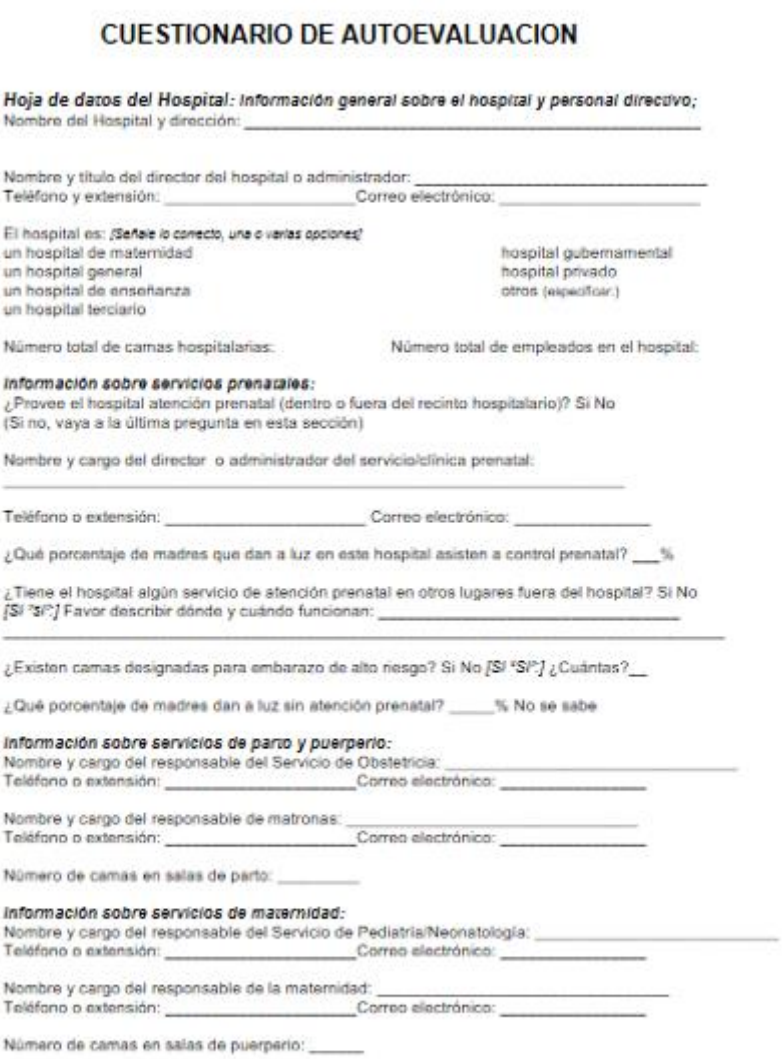
La Política de cada institución sanitaria influye positiva o negativamente en el inicio y duración de la lactancia materna, por lo que se debe conseguir que todas las maternidades sigan las directrices de los organismos internacionales, nacionales o autonómicos que protejan y promocionen la lactancia materna.

El personal sanitario, como promotores de salud, debemos dar cobertura a las madres que deseen amamantar a sus hijos, asesorándolas y apoyándolas en los momentos críticos como es el alta hospitalaria, el puerperio y la vuelta a la vida laboral. Es necesaria la formación continua de estos profesionales para que puedan transmitir a las mujeres una información actualizada y basada en la evidencia científica, con uniformidad de criterios en la actuación de los mismos y evitando informaciones contradictorias, siendo esencial una buena coordinación entre ellos para conseguir una lactancia materna exitosa.

La Iniciativa IHAN ha demostrado hasta ahora ser una Iniciativa rentable, factible y exitosa en este aspecto. Por lo cual podemos basar nuestros esfuerzos y trabajo en llevarla a cabo para así poder conseguir una mejor asistencia, basada en conocimientos científicos y que mejore no solo la calidad asistencial, sino que baje la incidencia de enfermedades maternas e infantiles a corto, medio y largo plazo.

Es decir, la aplicación de la normativa IHAN permite la implantación de acciones de mejora para favorecer la LM en las unidades puerperales, consiguiendo un buen manejo de la misma. Por otro lado, las acciones identificadas tienen un bajo coste y permiten mejorar la calidad de atención a los usuarios.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021



CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION

Hoja de datos del Hospital: ***Información general sobre el hospital y personal directivo;***
Nombre del Hospital y dirección: _____

Nombre y título del director del hospital o administrador: _____
Teléfono y extensión: _____Correo electrónico: _____

El hospital es: *[Señale lo correcto, una o varias opciones]*
un hospital de maternidad
un hospital general
un hospital de enseñanza
un hospital terciario
hospital gubernamental
hospital privado
otros (especificar:)

Número total de camas hospitalarias: Número total de empleados en el hospital:

Información sobre servicios prenatales:
¿Provee el hospital atención prenatal (dentro o fuera del recinto hospitalario)? Si No
(Si no, vaya a la última pregunta en esta sección)

Nombre y cargo del director o administrador del servicio/clínica prenatal:
_____

Teléfono o extensión: _____ Correo electrónico: _____

¿Qué porcentaje de madres que dan a luz en este hospital asisten a control prenatal? ___%

¿Tiene el hospital algún servicio de atención prenatal en otros lugares fuera del hospital? Si No
[Si ¿Si?] Favor describir dónde y cuándo funcionan: _____
_____

¿Existen camas designadas para embarazo de alto riesgo? Si No *[Si ¿Si?]* ¿Cuántas?__

¿Qué porcentaje de madres dan a luz sin atención prenatal? _____% No se sabe

Información sobre servicios de parto y puerperio:
Nombre y cargo del responsable del Servicio de Obstetricia: _____
Teléfono o extensión: _____Correo electrónico: _____

Nombre y cargo del responsable de matronas: _____
Teléfono o extensión: _____Correo electrónico: _____

Número de camas en salas de parto: _____

Información sobre servicios de maternidad:
Nombre y cargo del responsable del Servicio de Pediatría/Neonatología: _____
Teléfono o extensión: _____Correo electrónico: _____

Nombre y cargo del responsable de la maternidad: _____
Teléfono o extensión: _____Correo electrónico: _____

Número de camas en salas de puerperio: _____

FIGURA1. CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN HOJA Nº1

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Estadísticas en nacimientos
Total de nacimientos en el último año: _____ de los cuales:
____% fueron por Cesárea sin anestesia general
____% fueron por Cesárea con anestesia general
____% recién nacidos admitidos a las salas de CE/UCIN o unidades similares

Estadísticas en alimentación infantil
Número total de recién nacidos a término dados de alta del hospital en el último año:___de los cuales:
____% fueron amamantados exclusivamente (o recibieron leche materna extraída) desde el nacimiento hasta el alta
____% recibieron al menos una vez otro alimento que no era leche materna (fórmula, agua u otros líquidos) por razón médica documentada*
____% recibieron al menos una vez otro alimento que no era leche materna (fórmula, agua u otros líquidos) por decisión informada de la madre
____% recibieron al menos una vez otro alimento que no era leche materna sin razón justificada alguna ni decisión informada de la madre
____% no iniciaron nunca el amamantamiento.
[Nota: La suma de estos porcentajes debe ser de 100%]

Los datos del hospital arriba mencionados señalan que al menos 75% de los recién nacidos a término en el último año fueron amamantados exclusivamente o se le dio leche materna extraída desde nacimiento hasta el alta o, si recibieron algún alimento que no era leche materna fue por indicación médica documentada.
[Nota: Sumar los porcentajes de las categorías uno y dos para calcular el porcentaje]
Si No

Fuente de datos:
Por favor describa las fuentes de esta información:

_____

_____

* Ver el Documento sobre Razones Médicas Aceptables para el Uso de Sucedáneos de Leche Materna. OMS. 2009

FIGURA2. CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN HOJA Nº2

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Número promedio de madres con bebés nacidos a término en sala (s) de puerperio (s): _____

¿Tiene el establecimiento una unidad(es) para los recién nacidos que requieren atención especial como RNBP, prematuros, enfermos, etc.)? Si No
[Si "Si":] Nombre de esta unidad: _____
Nombre del jefe(s)/director (es) de esta unidad: _____
Promedio de censo diario: __

¿Existen áreas en la maternidad designadas para la observación de recién nacidos sanos? Si No
[Si "Si":] Promedio de censo diario en cada área: _____
[Si "si":] Favor describir dónde y cuándo funcionan: _____

Personal responsable de lactancia materna, alimentación del lactante
El siguiente personal tiene responsabilidad directa para atender a nuevas madres y darles indicaciones sobre alimentación infantil: *[señale lo correcto.]*

Cargo	SI	NO	Número
Enfermeras de la Maternidad			
Auxiliares de la Maternidad			
Enfermeras de la Unidad Neonatal			
Auxiliares de la Unidad Neonatal			
Matronas			
Pediatras			
Obstetras			
Auxiliares de Paritorio			
Personal de área quirúrgica/reanimación			
Médicos generales			
Consultoras de lactancia			
Madres de grupos de apoyo			
Otro personal voluntario			

¿Existe un Comité de Lactancia en el hospital? Si No.
[Si "Si":] Favor describir: _____
_____

¿Existe un coordinador de la IHAN en el hospital? Si No
[Si "si":] Nombre y cargo del coordinador del proyecto IHAN: _____
Teléfono o extensión: _____Correo electrónico: _____

Hospitales IHAN **Cuestionario de autoevaluación 4**

FIGURA3. CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN HOJA Nº3

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

PASO 1

Dispone de una Normativa escrita relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se pone en conocimiento de todo el personal de la maternidad.

	SI	NO
1.1 ¿Tiene el hospital una Normativa escrita de lactancia materna/alimentación infantil que incluya todos los 10 pasos para una Lactancia Materna eficaz en los servicios de maternidad*?		
1.2 ¿La Normativa prohíbe toda promoción de los sucedáneos de leche materna, biberones, tetinas y chupetes?		
1.3 ¿Prohíbe la Normativa la distribución de regalos o paquetes que contengan muestras comerciales o suministros o materiales de promoción de los mismos a las mujeres embarazadas y a otros usuarios, así como la entrega de obsequios gratis al personal del hospital?		
1.4 ¿Está la Normativa sobre lactancia disponible para que todo el personal que presta atención a las madres y niños pueda revisarla?		
1.5 ¿Existe un resumen de la Normativa fácilmente accesible para los padres (por ejemplo, expuesto en todas las Áreas maternoinfantiles o se entrega a modo de Guía para Padres…)?		
1.6 ¿La Normativa y su resumen están redactados en los idiomas más comúnmente utilizados?		
1.7 ¿Existe un mecanismo para evaluar la efectividad de la Normativa (ej recogida de tasas de lactancia, encuestas de satisfacción a las madres, encuestas periódicas a los profesionales para determinar sus conocimientos…)?		
1.8 ¿Están todas los protocolos o guías clínicas relacionadas con la lactancia de acuerdo con criterios basados en la evidencia?		

*Para más información sobre los requerimientos de la Normativa, ver la Lista de Comprobación o Autoevaluación de la Normativa

PASO 2

Capacitar a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa

	SI	NO
2.1 ¿Se da a conocer la Normativa de lactancia/alimentación infantil a todo el personal que atiende a mujeres embarazadas, madres y bebés al comenzar su trabajo?		
2.2 ¿Se proporciona capacitación en lactancia materna y la forma de ponerla en práctica a todo el personal que presta atención a madres y niños (o a todo el personal en caso de que el índice de rotación sea muy alto en esos servicios), durante los seis primeros meses de		

FIGURA4. CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN HOJA Nº4

1

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

comenzar a trabajar en ese puesto, excepto que ya tuvieran acreditada dicha formación previamente?		
2.3 ¿Cubre la capacitación los Diez Pasos para una lactancia materna exitosa y el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna?		
2.4 ¿La duración de la formación es de por lo menos 18 horas en total, entre las cuales se incluyen un mínimo de tres horas de experiencia clínica supervisada?		
2.5 ¿La capacitación para el personal no clínico, es suficiente dado su rol, para proporcionarles habilidades y conocimiento necesarios para apoyar a las madres a tener una lactancia exitosa?		
2.6 ¿También se capacita al personal que atiende a madres y bebés en la preparación correcta de fórmula infantil y cómo apoyar a las madres que toman la decisión de no amamantar?		

PASO 3

Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.

	SI	NO
3.1 ¿Tiene el hospital una consulta prenatal, clínica o lugares satélites relacionados con el hospital, o bien un servicio de hospitalización prenatal?		
3.2 Si la respuesta anterior es sí, ¿las mujeres embarazadas que asisten a estos servicios reciben información sobre la importancia y el manejo de la lactancia?		
3.3 ¿Los registros prenatales recogen si se ha hablado de la lactancia con la mujer durante su embarazo?		
3.4 ¿La educación prenatal (tanto la oral, como los documentos escritos que se proporcionan) cubre temas clave relacionados con la importancia y el manejo de la lactancia (ventajas de la lactancia, posición y agarre eficaz, importancia de alimentar a demanda, no usar chupetes ni tetinas..)?		
3.5 ¿Están las embarazadas protegidas de la promoción oral o escrita sobre lactancia artificial y sólo se les enseña el modo de preparación de la lactancia artificial de manera individual y si lo solicitan?		
3.6 ¿Las embarazadas que acuden al servicio prenatal pueden describir los riesgos de dar suplementos durante los primeros 6 meses de amamantamiento?		
3.7 ¿Las mujeres que acuden al servicio prenatal pueden describir la importancia del contacto precoz piel con piel entre madres e hijos y del alojamiento conjunto?		

FIGURA5. CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN HOJA Nº5

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

PASO 4

Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la hora siguiente al parto
Este paso se interpreta ahora como:
Colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres durante por lo menos una hora y animar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda si la necesitan

	SI	NO
4.1 ¿Los niños nacidos de parto vaginal o de cesárea SIN anestesia general son colocados en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente tras el nacimiento y sus madres son animadas a mantener este contacto durante por lo menos una hora o más?		
4.2 ¿Los niños nacidos por cesáreas CON anestesia general son colocados en contacto piel con piel con sus madres tan pronto como éstas responden y están alertas y se ha seguido el mismo procedimiento?		
4.3 ¿Todas las madres reciben ayuda durante este tiempo para reconocer que sus bebés están listos para amamantar y se les ofrece ayuda en caso de que la necesiten?		
4.4 ¿Se anima a las madres con bebés ingresados en cuidados especiales a tenerlos en contacto piel con piel con ellas, excepto que haya una razón que justifique no hacerlo?		

PASO 5

Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos

	SI	NO
5.1 ¿El personal ayuda a todas las mujeres para amamantar a sus bebés dentro de las primeras seis horas después del parto?		
5.2 ¿El personal o los consejeros especializados en el manejo de la lactancia están disponibles a tiempo completo para ayudar a las madres durante su estancia en el hospital y en la preparación para el alta?		
5.3 ¿Las madres que amamantan muestran una correcta posición y buen agarre al pecho?		
5.4 ¿Se enseña a las madres que amamantan a sacar la leche manualmente o se les da información sobre cómo hacerlo y se les asesora sobre dónde pueden obtener ayuda en caso de necesitarla?		
5.5 ¿A las madres que han decidido no amamantar, se les enseña de manera individual cómo preparar y dar las tomas?		
5.6 ¿Se les enseña a las madres los signos de que su lactancia va bien, y los signos de alarma para que puedan autoevaluar su lactancia?		
5.7 ¿Las madres con bebés en cuidados especiales que piensan amamantar reciben ayuda		

FIGURA6. CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN HOJA Nº6

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

durante las primeras seis horas tras el nacimiento para establecer y mantener la lactancia a través de la extracción frecuente de su leche (al menos 8 veces al día)?		

PASO 6

No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado^.

	SI	NO
6.1 ¿El personal sanitario tiene claras las situaciones en las que es aceptable prescribir alimentos o bebidas que no sean leche para niños amamantados?*		
6.1 ¿A los bebés amamantados no se les da algún alimento o bebida que no sea leche materna a no ser que existan razones médicas aceptables* o sea por una decisión informada de la madre?		
6.2 ¿Los registros del hospital reflejan todos los suplementos que reciben los niños amamantados y la causa por la que se administran?		

* Ver el Documento sobre Razones Médicas Aceptables para el Uso de Sucedáneos de Leche Materna. OMS. 200

PASO 7

Practicar el alojamiento conjunto – permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día

	SI	NO
7.1 ¿Las madres y sus bebés permanecen juntos y/o comienzan el alojamiento conjunto inmediatamente tras el nacimiento?		
7.2 ¿Las madres que han tenido una cesárea u otros procedimientos con anestesia general permanecen junto a sus bebés y/o comienzan el alojamiento conjunto tan pronto como están en condiciones de responder a las necesidades del bebé?		
7.3 ¿Permanecen madres y bebés juntos durante las 24 horas del día (en la misma habitación y/o en la misma cama) a no ser que la separación esté completamente justificada?		
7.4 ¿Se les indica a las madres que deciden no amamantar la importancia de crear y mantener el vínculo con sus hijos (se les alienta al contacto piel con piel y a permanecer cerca de sus hijos)?		

PASO 8

Alentar a las madres a amamantar a demanda

	SI	NO
8.1 ¿Se enseña a las madres que están amamantando a reconocer las señales que indican cuándo sus bebés tienen hambre?		

FIGURA7. CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÒN HOJA Nº7

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

8.2 ¿Se alienta a las madres que están amamantando a alimentar a sus bebés tan a menudo y durante tanto tiempo como sus bebés quieran?		
8.3 ¿Se recomienda a las madres que amamantan que si su bebé duerme mucho rato seguido es conveniente que lo despierte y trate de amamantarlo, y también si su pecho está muy lleno?		

PASO 9

No dar biberones, chupetes ni tetinas a bebés que amamantan.

	SI	NO
9.1 ¿Los bebés amamantados son atendidos sin usar biberones?		
9.2 ¿Las madres han recibido alguna información del personal de los riesgos asociados con el uso de chupetes y de biberones y tetinas para administrar leche u otros líquidos?		
9.3 ¿Los bebés amamantados no utilizan chupete ni tetinas a no ser por decisión informada de la madre?		

PASO 10

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo y referir a las madres a estos grupos al alta del hospital.
A este paso se añade ahora:
Informar a la madre de todos los recursos de apoyo a la lactancia que tiene disponibles en su localidad tras el alta hospitalaria.

	SI	NO
10.1 ¿Tiene el hospital un sistema de seguimiento y apoyo a las madres que son dadas de alta, como controles de lactancia o postnatales precoces, visitas domiciliarias o llamadas telefónicas?		
10.2 ¿Fomenta el hospital el establecimiento de y la coordinación de grupos de apoyo de madres y otros servicios comunitarios que brindan apoyo a las madres para alimentar a sus bebés?		
10.3 ¿Las madres en caso de necesitar ayuda con la alimentación son derivadas al sistema de seguimiento institucional, a grupos de apoyo de madres, consultores de lactancia y otros servicios comunitarios tales como la atención primaria de salud o centros de salud materno-infantil, si los hay?		
10.4 ¿Se entrega a las madres información escrita sobre cómo y dónde obtener apoyo tras el alta?		
10.5 ¿Se anima a las madres a que visiten un profesional de la salud o a una persona con capacitación en lactancia en la comunidad pronto tras el alta (preferiblemente entre el 2-4 día tras el nacimiento y otra vez la segunda semana) que pueda evaluar cómo les va con la alimentación de sus bebés y darles el apoyo que necesitan?		

Hospitales IHAN Cuestionario de autoev

FIGURA8. CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN HOJA Nº8

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

CUMPLIMIENTO DEL CODIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACION DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

	SI	NO
Código 1.- ¿Rechaza el hospital suministros de sucedáneos de leche materna gratuitos o a bajo costo y los compra por el precio al por mayor o más?		
Código 2.- ¿Está ausente toda promoción de sucedáneos de leche materna, biberones, tetinas o chupetes en todo el hospital, sin exhibición de materiales (carteles, folletos, calendarios, bloc de notas, bolígrafos....) ni distribución de ellos a las mujeres embarazadas o a las madres?		
Código 3.- ¿Los empleados de los fabricantes y de los distribuidores de sucedáneos de leche materna, biberones, tetinas y chupetes tienen prohibido tener contacto con mujeres embarazadas o madres?		
Código 4.- ¿El personal del hospital revela cualquier contribución realizada por un fabricante o distribuidor de leche ya sean becas, viajes de estudio, fondos para investigación, asistencia a conferencias profesionales, etc. y es consciente que estos apoyos no deben crear conflicto de intereses?		
Código 5.- ¿El personal del hospital mantiene todas las latas de leche artificial y biberones preparados fuera del alcance de la vista a menos que se estén utilizando?		
Código 6.- ¿El hospital prohíbe dar a las mujeres embarazadas, a las madres y a sus familias, cualquier material de propaganda como muestras o paquetes regalo que incluyan sucedáneos de la leche materna, biberones, tetinas, chupetes o cupones?		
Código 7.- ¿Los miembros del personal comprenden por qué es importante no dar muestras gratuitas o materiales de propaganda de las compañías de leche artificial a las madres?		

ATENCIÓN AMIGABLE A LA MADRE DURANTE EL PARTO

	SI	NO
A.M. 1.- ¿Las políticas del hospital entre sus requerimientos recogen procedimientos amistosos con las madres durante el trabajo de parto y el parto que incluyan:		
¿Alentar a las madres a tener acompañantes de su elección para que le brinden apoyo físico y emocional constante durante el trabajo de parto y parto, si así lo desean?		
¿Permitir que las madres tomen líquidos y ingieran alimentos ligeros durante el trabajo de parto, si así lo desean?		
¿Animar a las mujeres a considerar el uso de métodos de alivio del dolor no farmacológicos excepto en los casos en que los analgésicos y las drogas anestésicas sean necesarios a causa de complicaciones, respetando las preferencias personales de las mujeres?		

FIGURA9. CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN HOJA Nº9

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

¿Animar a las mujeres a que caminen y se muevan durante el trabajo de parto, si así lo desean, y se coloquen en las posiciones de su elección para dar a luz, excepto en el caso de que se requiera una restricción a causa de una complicación, en cuyo caso se lo dará la correspondiente explicación a la mujer?		
¿Atención que evite procedimientos invasivos como la ruptura de membranas, episiotomías, aceleración o inducción del trabajo de parto, partos instrumentales y cesáreas , excepto en el caso de que se requiera a causa de una complicación, en cuyo caso se lo dará la correspondiente explicación a la mujer?		
¿Se evitan también procedimientos invasivos y/o innecesarios en la atención al recién nacido tras el nacimiento (paso de sondas nasales o rectales, aspiración de secreciones, administración inmediata de profilaxis ocular o antihemorrágica, peso....) a no ser que la situación clínica del niño lo requiera?		
A.M. 2.- ¿Ha recibido el personal formación respecto a políticas de parto y nacimiento amistosos con las madres y procedimientos tales como los descritos arriba?		
A.M. 3.- ¿Las mujeres durante el cuidado prenatal (en caso de que exista) reciben información de que es conveniente que la mujer tenga acompañantes de su elección durante el trabajo de parto y el parto que le proporcionen apoyo físico y emocional constante, en caso de que ella así lo desee?		
A.M. 4.- ¿Una vez iniciado el trabajo de parto, se permite la presencia de acompañantes para darle a la madre el apoyo que ella quiera?		
A.M. 5.- ¿Las mujeres durante el cuidado prenatal (en caso de que exista) reciben información de las formas de utilizar las medidas de confort no farmacológicas de alivio del dolor durante el trabajo de parto y de qué es lo mejor para madres y bebés?		
A.M. 6.- ¿Las mujeres reciben información de que es mejor para las madres y los bebés evitar el uso de medicación, excepto en el caso de que se requiera a causa de una complicación?		
A.M.7.- ¿Tiene en cuenta el personal del hospital la intención de las mujeres de amamantar a la hora de decidir el uso de un sedante, un analgésico o un anestésico (si es el caso) durante el trabajo de parto y el parto?		
A.M.8.- ¿Está familiarizado el personal sobre los efectos de dichos medicamentos en la lactancia?		
A.M. 9.- ¿Las mujeres durante el cuidado prenatal (en caso de que exista) reciben información de que pueden caminar y moverse durante el trabajo de parto y colocarse en las posiciones de su elección para dar a luz, excepto en el caso de que se requiera una restricción a causa de una complicación?		
A.M. 10.- ¿Se les anima a las mujeres en la práctica, a que caminen y se muevan durante el trabajo de parto, si así lo desean, y adopten las posiciones que eligan para dar a luz, excepto en el caso de que se requiera una restricción a causa de una complicación?		

FIGURA10. CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN HOJA Nº10

BIBLIOGRAFÍA

IHAN España. Página Web de la IHAN en España. Madrid 2015 [citado el 15 de marzo de 2021]. Documento electrónico disponible en: http://www.ihan.org.es/ihan.htm. https://www.ihan.es/docs/Estatutos_IHAN_2015.pdf

2.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. 55ª Asamblea Mundial de la Salud A55/15. Ginebra: WHO; 2002. 18. European Commission. [Consultado el 30 de Marzo del 2021]

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

3.- Organización Mundial de la Salud (OMS). 27ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra:OMS; 1974c. [Consultado el 30 de Marzo del 2021]. Documento electrónico disponible en: http://www.who.int/iris/handle/10665/95325

4.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra: OMS; 1981]. [consultado el 30 de marzo de 2021] Documento electrónico accesible en http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF .

5.- Real Decreto 1408/92. BOE10. Organización Mundial de la Salud (OMS). 27ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra: OMS; 1974. [Consultado el 30 de Marzo del 2021]. Documento electrónico disponible en: http://www.who.int/iris/handle/10665/95325

6.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra: OMS; 1981. [Consultado el 30 de Marzo del 2021]. Documento electrónico accesible en http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF

7.- Gestión de enfermería. DAFO de enfermería I,II y III. [Consultado el 1 de abril del 2021] Documento electrónico disponible en: http://www.gestiondeenfermeria.com/dafo-de-enfermeria-i/

8.- Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja.2010 [Consultado el 3 de abril del 2021] Documento electrónico disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf

9.- María García Gómez, Promoción de estilos de vida saludables en periodo de lactancia proyecto de educación para la salud (eps) trabajo fin de grado: Curso 2015-2016 grado en enfermería [Consultado el 5 de abril 2021]. Documento electrónico disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/674835/garcia_gomez_mariatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10.- IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación 2011 ministerio de sanidad, política social e Igualdad. [Citado el8 abril del 2021]. Documento electrónico disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

11.- A, García V, Suárez R y Cuervo C. salud y bienestar 2030: Integración en la estrategia empresarial., Madrid: Forética; 2020 [citado el 19 de abril del 2021] Documento electrónico disponible en: https://foretica.org/wp-content/uploads/2020/05/Informe_Salud_y_Bienestar_2030_Integracion_en_la-Estrategia_Empresarial_Mayo_2020.pdf

12. - Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF. El parto es Nuestro. Documento de auto evaluación IHAN. Madrid [citado el 19 de abril del 2021 Documento electrónico disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/ihan_-_autoevaluacion_hospital_ihan_2011.pdf

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 15: NUEVO MODELO DE GESTION DE LOS MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERIA DE LA OSI ARABA

AUTORÍA: INMA LABURU

1-RESUMEN EJECUTIVO

Introducción: Las organizaciones sanitarias están sometidas a cambios constantes que exigen una gran capacidad de adaptación tanto de los profesionales como de los procesos y de las mismas organizaciones. La creación de la Organización Sanitaria Integrada Araba (OSIA) que integra los diferentes niveles de atención sanitaria, atención primaria y atención hospitalaria y el cambio en el equipo de la Dirección de enfermería de la misma requieren repensar el modelo de gestión de los cuidados y el papel de los mandos intermedios.
Objetivos: Proponer un nuevo modelo de gestión de los mandos intermedios de enfermería de la OSI Araba que se adapte a la nueva realidad de la organización y garantice cuidados de calidad.
Metodología: Revisión bibliográfica sobre modelos organizativos de enfermería, funciones y competencias de los mandos intermedios. Análisis de la situación mediante matriz DAFO.
Conclusiones: Se ha definido el marco de actuación de la Dirección de enfermería, las funciones y competencias de los mandos intermedios, así como el itinerario formativo de los mismos que se adapte a la nueva realidad de la organización y garantice cuidados de calidad.
Palabras clave: enfermería, liderazgo, mandos intermedios.

1-ABSTRACT

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Introduction: Healthcare organizations are subject to constant changes that require a great capacity for adaptation of both professionals and processes and of the organizations themselves. The creation of the Araba Integrated Health Organization (OSIA) that integrates the different levels of health care, primary care and hospital care and the change in the nursing management team of the same require rethinking the model of care management and the role of middle management.
Objectives: To propose a new management model for middle management nursing staff at OSI Araba that adapts to the new reality of the organization and guarantees quality care.

1-RESUMEN EJECUTIVO

Introducción: Las organizaciones sanitarias están sometidas a cambios constantes que exigen una gran capacidad de adaptación tanto de los profesionales como de los procesos y de las mismas organizaciones. La creación de la Organización Sanitaria Integrada Araba (OSIA) que integra los diferentes niveles de atención sanitaria, atención primaria y atención hospitalaria y el cambio en el equipo de la Dirección de enfermería de la misma requieren repensar el modelo de gestión de los cuidados y el papel de los mandos intermedios.
Objetivos: Proponer un nuevo modelo de gestión de los mandos intermedios de enfermería de la OSI Araba que se adapte a la nueva realidad de la organización y garantice cuidados de calidad.
Metodología: Revisión bibliográfica sobre modelos organizativos de enfermería, funciones y competencias de los mandos intermedios. Análisis de la situación mediante matriz DAFO.
Conclusiones: Se ha definido el marco de actuación de la Dirección de enfermería, las funciones y competencias de los mandos intermedios, así como el itinerario formativo de los mismos que se adapte a la nueva realidad de la organización y garantice cuidados de calidad.
Palabras clave: enfermería, liderazgo, mandos intermedios.

1-ABSTRACT

Introduction: Healthcare organizations are subject to constant changes that require a great capacity for adaptation of both professionals and processes and of the organizations themselves. The creation of the Araba Integrated Health Organization (OSIA) that integrates the different levels of health care, primary care and hospital care and the change in the nursing management team of the same require rethinking the model of care management and the role of middle management.
Objectives: To propose a new management model for middle management nursing staff at OSI Araba that adapts to the new reality of the organization and guarantees quality care. Methods: Bibliographic review on nursing organizational models, functions and

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

competencies of middle management. Analysis of the situation by means of SWOT matrix.
Conclusions: The framework for nursing management, the functions and competencies of middle management, as well as the training itinerary for them to adapt to the new reality of the organization and to guarantee quality care have been defined.
Key words: nursing, leadership, middle management.

2-INTRODUCCION Y OBJETIVOS

2.1 Introducción

La Organización Sanitaria Integrada Araba (OSIA) es una de las 15 organizaciones de Servicios Sanitarios perteneciente a la Red de Osakidetza, Ente Público de Derecho Privado, dependiente del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
En 2010 Osakidetza puso en marcha el Plan de Atención Integrada de Euskadi, iniciativa que integra los diferentes niveles de atención sanitaria, atención primaria y atención hospitalaria, mediante la figura de Organización Sanitaria Integrada (OSI), en pos de una atención sanitaria mucho más transversal y de mayor calidad. En este contexto se constituye la OSIA.
En un lustro hemos conseguido aunar en el Hospital Universitario Alava HUA la tradición del centro sanitario más antiguo del Estado, el Hospital Santiago Apóstol, con otro ya veterano, el Hospital Txagorritxu, para ser punta de lanza en la sanidad. El primer símbolo de esa unión lo constituye el moderno edificio de Consultas Externas del HUA (HUACE), en funcionamiento desde diciembre de 2013.
Para atender a una población de 340.000 personas además contamos con 25 centros y consultorios de Atención Primaria repartidos por todo el territorio de Álava organizados en 7 Unidades de Atención Primaria rurales (UAP),15 Unidades de Atención Primaria en Vitoria-Gasteiz y 3 Puntos de Atención Continuada (2 en Vitoria-Gasteiz y 1 en Agurain). (1)
Dentro de todos estos cambios hay que incluir la sustitución del equipo completo de la Direccion de Enfermería desde 2017 hasta 2018 y fruto de todo ello la materialización de la unificación e integración de las adjuntías de la Dirección de Enfermería de ambas sedes hospitalarias bajo una dirección unica.La creación del HUA y la unión de ambas sedes hospitalarias supuso la unión de 2 formas de trabajar y 2 culturas totalmente diferentes, siendo uno de los puntos de partida y retos de esta nueva Direccion de Enfermería, la culminación de este proceso de unificación y el planteamiento de una nueva organización de dicha dirección.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Todos estos cambios demandan una gran capacidad de adaptación tanto de la organización como de los profesionales generando cambios organizativos globales y en la gestión de la Direccion de Enfermería, siendo imprescindible la integración de profesionales cualificados dentro de un nuevo modelo organizativo acorde con la misión, visión y valores de la institución.
La creación de un nuevo modelo de gestión de los mandos intermedios de la Direccion de Enfermería es uno de los pilares básicos para contribuir al alcance de los principales objetivos de esta dirección: la búsqueda de la excelencia de los cuidados y el desarrollo, liderazgo y satisfacción de los profesionales.

2.2 Objetivos
2.2.1 General
Proponer un nuevo modelo de gestión de los mandos intermedios de enfermería de la OSI Araba que se adapte a la nueva realidad de la organización y garantice cuidados de calidad basados en la evidencia y asegure el desarrollo personal y profesional.
2.2.2 Objetivos específicos
Definir y difundir el marco de actuación y organigrama de la D. Enfermería de la OSI Araba.
Definir las funciones y las competencias de los mandos intermedios de la D. Enfermería de la OSI Araba.
Establecer un itinerario formativo para la mejora de las competencias de los mandos intermedios y líderes emergentes

3-JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROYECTO: SOCIAL, PROFESIONAL E INSTITUCIONAL.

A medida que la sociedad evoluciona y progresa surgen en los sistemas sanitarios nuevas fórmulas de gestión para adaptarse a las demandas de la sociedad. Los cambios epidemiológicos, las innovaciones en los sistemas de información y en la tecnología y la gran demanda de contención de costes, de calidad y de competitividad, obligan a la práctica totalidad de las organizaciones sanitarias a la introducción de reformas en sus mecanismos de gestión.
La gestión clínica forma parte de esas reformas que actualmente se están dando en las organizaciones sanitarias en un intento de unir la mejor práctica clínica y el mejor uso de los recursos garantizando el máximo beneficio sanitario al menor riesgo y coste posible con los recursos disponibles y la evaluación y mejora de los procesos.
La implicación de los profesionales de enfermería en los proyectos de gestión clínica es la oportunidad que tiene la profesión enfermera para conseguir un modelo de

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

organización de los cuidados que demuestre a los ciudadanos la contribución de la profesión al cuidado de la salud, que asegure que los servicios enfermeros respondan a las necesidades y expectativas de los clientes de los servicios sanitarios y, asimismo, que contribuya al desarrollo profesional de la enfermería.

La gestión clínica, como herramienta de gestión aplicada a los servicios de enfermería, supone integrar la mejor práctica de enfermería con el mejor uso de recursos. Es decir, organizar la aplicación del conocimiento de la disciplina enfermera e incorporar a los profesionales de enfermería en la toma de decisiones, tanto sobre su práctica como en el rediseño organizativo de los procesos.

La gestión clínica de los cuidados de enfermería pretende:

• Garantizar que los servicios y técnicas que realizan las enfermeras estén respaldados por los resultados de la investigación y de la experiencia.

• Conseguir que los servicios que prestan y la idoneidad de los procedimientos que utilizan, sean los que generen el máximo beneficio para el paciente o la comunidad.

• Asegurar que todos los cuidados se prestan con la mayor calidad posible y con los mínimos recursos. (2)

Las organizaciones sanitarias tienden hacia modelos organizativos descentralizados, focalizados en la calidad de atención al paciente, alineados con los objetivos estratégicos y los valores de la institución y con sistemas de evaluación y control muy desarrollados. (3)

Para dar respuesta a estas necesidades la gestión de los cuidados ha de estar basada en un modelo centrado en el paciente, con una visión holística avanzando en potenciar el papel de la enfermería y construyendo las bases para el desarrollo de nuevas estrategias que permitan contemplar y desplegar nuevos perfiles de las enfermeras dentro de nuestro ámbito como así se recoge en el Plan de Salud del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y en las Líneas Estratégicas de Osakidetza. (4)

La implantación de la gestión clínica de los cuidados ha de ir acompañada de cambios en la estructura organizativa de las direcciones de enfermería de manera que se permita una mayor autonomía a los profesionales, mayor participación en la toma de decisiones y una mejora del conocimiento científico aplicado a los cuidados. (2)

El control de la gestión se llevará a cabo mediante acuerdos de gestión entre la Dirección de Enfermería y el responsable de la unidad mediante el establecimiento de objetivos, estándares de calidad e indicadores de evaluación. (5)

Ello requiere un liderazgo transformacional y una modificación jerárquica más trasversal favoreciendo la coordinación con los miembros del equipo y facilitando los cambios y dando respuesta a las necesidades de los profesionales.

El rol profesional de las supervisoras está en proceso de transformación. De gestoras de recursos a gestoras de cuidados convirtiéndose en coordinadora de un equipo de

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

trabajo cuyos profesionales tienen como objetivo proporcionar al paciente y a su familia cuidados de calidad basados en la evidencia científica (6).

Tras los cambios surgidos en nuestra organización y en la Direccion de Enfermería debemos adaptarnos a la nueva situación modificando el modelo de gestión de los mandos intermedios hacia la gestión de cuidados y el logro de objetivos institucionales dentro de un nuevo marco organizativo y competencial.

Los procesos de cambio en las organizaciones sanitarias son complejos ya que afectan a todo el sistema sanitario y porque son muchos los agentes que intervienen. La cultura de la organización se va forjando por multitud de interacciones entre estos agentes. Debemos propiciar que se desarrolle una cultura organizacional que propicie la búsqueda, la valoración y la utilización del conocimiento, y que se establezca una estructura de la organización flexible que facilite la toma de decisiones basada en la evidencia.

El rol de los directivos y supervisores de enfermería ha de adaptarse a estas nuevas estructuras de gestión. Los directivos de enfermería se convierten en gestores facilitadores que apoyan la gestión clínica con los recursos, información y formación necesarios. La misión del puesto es la de garantizar la adecuada prestación de cuidados y el contenido comprende el modelo de cuidados, los estándares de calidad y la organización de los recursos para que los estándares se cumplan. Los responsables de las unidades (supervisores o coordinadores) deben desarrollar la gestión operativa de los programas de cuidados y el liderazgo en cuidados como verdaderos expertos en la gestión de los mismos. La finalidad del puesto es garantizar el mejor cuidado posible a los pacientes y el apoyo necesario para las familias. (2)

Dentro de nuestra organización y con los cambios de los últimos años tanto a nivel institucional como de Direccion de Enfermerías es necesario dentro del modelo de gestión de los mandos intermedios definir y desarrollar los objetivos marcados (estrategia de la Direccion de enfermería ,las funciones y marco competencial de los mandos intermedios y desarrollar un itinerario formativo) que nos ayude a definir nuestra identidad en la gestión de los cuidados y en el desarrollo del liderazgo de todos y cada uno de los profesionales de la Dirección de Enfermería.

4.ANALISIS

La OSI Araba y su Direccion de enfermería, en la actualidad, se encuentra en pleno cambio organizativo, en el marco del Plan Estratégico 2017-2020. Los principales objetivos estratégicos planteados para este Plan son:

- Lograr una atención centrada en las personas y en los resultados en salud.
- Realizar una promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Lograr una integración asistencial y de la cronicidad.
- Que los profesionales sanitarios de Osakidetza construyan una cultura corporativa.
- Continuar con la modernización del sistema sanitario introduciéndose en la gestión avanzada sostenible.
- Mantener las ratios de innovación e investigación actuales.

Todos estos objetivos se despliegan desde la cúpula de la estructura organizativa de manera descendente(debilidad) hacia los pilares más bajos, siendo responsables los diferentes líderes de la organización de establecer los pasos a seguir y transmitir las directrices necesarias para ir cumpliendo los diferentes indicadores que aseguran la consecución de los objetivos.

Para lograr que estas iniciativas se transmitan con suficiente calidad, es necesario que los líderes sean capaces de inculcarlos en sus colaboradores de manera que estos los integren como propios.

El objetivo estratégico 4 Línea 4.1 del Plan Estratégico y del Plan Anual de Gestión de la OSI Araba tiene por objetivo definir el Modelo de Gestión del Liderazgo.

La definición de liderazgo, en este momento, se corresponde con la estructura vertical y jerárquica: Equipo directivo y mandos intermedios.

De esta manera, se impulsa desde la Dirección de la OSI Araba, la necesidad de definir en profundidad el modelo de liderazgo de la OSI, como elemento clave para desarrollar e implantar las soluciones del Modelo de Gestión Avanzada de Personas, permitiendo definir un plan de desarrollo que capacite a los profesionales de la organización para transmitir los valores y objetivos de la OSI a su equipo.

Se ha comenzado con el plan de liderazgo en enfermería, piloto e innovador, que incluye definición del plan, identificación de competencias, creación de un vivero de líderes, evaluación de líderes 270º y plan de formación. (1)

Además, fruto de varias reuniones anuales de la Direccion de Enfermería desde 2017(Erizain Open Space) con los mandos intermedios se detectó las dificultades con las que nos encontrábamos para el relevo de mandos intermedios y de la dificultad de identificar lideres informales con habilidades, capacidades y apetencias para la gestión.

La inmersión en el Programa de Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados a través de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC® / BPSO®(fortaleza) en 2017 nos ayudó a impulsar el liderazgo de todos y cada uno de los profesionales de nuestra organización y a apostar por el cambio. Unido a esto, se realiza una Valoración de Riesgos Psicosociales en la cual, se detectaba la necesidad de desplegar un modelo de liderazgo y de potenciar acciones dirigidas a la gestión de grupos y equipos a través del trabajo participativo y colaborativo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

1.Analisis DAFO.

ANALISIS INTERNO	
DEBILIDADES	FORTALEZAS
Creación HUA y unificación de ambas sedes hospitalarias. Estructura organizativa vertical. Incremento de los RRHH a cargo de los mandos intermedios al compartir/o unificar servicios en ambas sedes. Gestión de las supervisoras basada en dar solución a problemas sin planificación, seguimiento y evaluación. Funciones mandos intermedios sin definir. Falta de formación y desarrollo de competencias de los mandos. Falta de relevo generacional para los mandos.	Unificación equipo directivo. Modelo de Gestión del liderazgo. Programa de Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados a través de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC® / BPSO®. Liderazgo y compromiso de los mandos de la D. Enfermería. Mandos con servicios en ambas sedes favorece la unificación de procesos, protocolos y disminuye la variabilidad.
ANALISIS EXTERNO	
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
Sistema de selección y retención de profesionales. Ausencia de plazas perfiladas y evaluación de competencias a nivel corporativo. Éxodo de profesionales	Creación OSI Araba. Nuevos roles de enfermería. Relevo generacional. Formación profesionales enfermería.

4.1 Análisis interno: debilidades y fortalezas

La unificación de ambos hospitales con la creación del HUA supone un cambio organizativo y una crisis al unificarse servicios, precisar cambios de sede de profesionales y servicios de forma completa y/o parcial y la unificación del Equipo

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Directivo e integración de la atención especializada y atención primaria en 2016 con la creación de la OSI.
Las diferentes culturas entre ambas sedes hospitalarias suponen un problema en la unificación de los mandos, en las formas de trabajar, en la aplicación de los protocolos, siendo clave el papel de las supervisoras de enfermería y el liderazgo ejercido sobre los profesionales gracias a su alto compromiso con el hospital.
La plantilla a cargo de los mandos intermedios aumenta al unificar servicios y/o estar divididos en ambas sedes lo cual eleva el tiempo que deben emplear en la gestión de los turnos, incidencias, contrataciones, incorporación de nuevos profesionales e incremento de la rotación de la plantilla.
Mandos con servicios en ambas sedes favorecen la unificación de procesos, protocolos disminuye la variabilidad.
Tradicionalmente la gestión de los mandos intermedios se basa en solucionar los problemas y no tanto en la planificación, seguimiento y evaluación.
No existe ningún programa de formación específico para mandos y el desarrollo profesional depende directamente de cada profesional.
Actualmente no están bien definidas las competencias ni las funciones de los mandos intermedios de enfermería lo cual dificulta el conocimiento de este rol y, por tanto, el interés por promocionar a dicho puesto.

4.2 Análisis externo: amenazas y oportunidades

En 2010 Osakidetza puso en marcha el Plan de Atención Integrada de Euskadi, iniciativa que integra los diferentes niveles de atención sanitaria, atención primaria y atención hospitalaria, mediante la figura de Organización Sanitaria Integrada (OSI), en pos de una atención sanitaria mucho más transversal y de mayor calidad. En este contexto se constituye la OSIA.
El sistema de selección y retención de profesionales corporativo dentro de Osakidetza es por concurso -oposición pactado con la parte social no teniendo en cuenta el perfil profesional con ausencia de plazas perfiladas y evaluación de competencias de los profesionales.
Dentro de las líneas estratégicas del Departamento de Salud y Osakidetza se recoge que Enfermería jugará un papel importante en el desarrollo de nuevos roles profesionales que aporten valor al sistema.
En relación a la plantilla, los próximos años debido a la edad media de los profesionales de enfermería vamos a asistir a un relevo generacional que nos da la oportunidad de captar profesionales noveles con formación, una nueva visión y ausencia de estereotipos, pero esto a su vez supone una amenaza ante la ausencia de profesionales de enfermería debido a la precariedad laboral y el éxodo hacia otros países.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

5-DISEÑO

Para elaborar la propuesta de mejora se toman como punto de partida las líneas estratégicas definidas en el Plan Estratégico 2017-2020 de nuestra organización.
El objetivo estratégico 4 Línea 4.1 del Plan Estratégico y del Plan Anual de Gestión de la OSI Araba y de la Direccion de Enfermería tiene por objetivo definir el Modelo de Gestión del Liderazgo.
Tras el análisis realizado y con los objetivos propuestos y teniendo en cuenta que el desarrollo y alcance de los objetivos estratégicos de nuestra organización pasa por la implicación de los mandos intermedios de enfermería los cuales deberán planificar y desarrollar acciones encaminadas a su consecución.
Dentro de su misión, los mandos intermedios deben favorecer un clima de trabajo adecuado para garantizar la prestación de los cuidados con la máxima calidad y seguridad, fomentando la implicación de los profesionales, la comunicación, el trabajo colaborativo y la toma de decisiones en la práctica asistencial en base a la evidencia científica. Sin olvidar la humanización de la asistencia como pilar básico para la prestación de los cuidados, para lo cual será necesario que los profesionales de enfermería asuman el liderazgo de los mismos. (7)
El objetivo de esta propuesta de mejora será diseñar un modelo organizativo de los mandos intermedios de enfermería que facilite la asunción de la responsabilidad y favorezca su implicación en las líneas estratégicas definidas por la Dirección de Enfermería, mediante la adquisición de las competencias necesarias para llevar a cabo las funciones asignadas.
5.1-Definir y difundir el marco de actuación y organigrama (tabla 2) de la Direccion de Enfermería de la OSI Araba.
Direccion Enfermería OSI ARABA
La Organización Sanitaria Integrada Araba (OSIA) es una de las 15 organizaciones de Servicios Sanitarios perteneciente a la Red de Osakidetza, Ente Público de Derecho Privado, dependiente del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
En 2010 Osakidetza puso en marcha el Plan de Atención Integrada de Euskadi, iniciativa que integra los diferentes niveles de atención sanitaria, atención primaria y atención hospitalaria, mediante la figura de Organización Sanitaria Integrada (OSI), en pos de una atención sanitaria mucho más transversal y de mayor calidad. En este contexto se constituye la OSIA.
Tras la integración, trabajamos para aunar la gestión, organización, recursos y promoción de servicios vinculados a todos los procesos relacionados con la salud del

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ciudadano, tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria. El objetivo es dar coherencia a los diferentes niveles del sistema sanitario para lograr coordinación, eficiencia y, en suma, mayor calidad.

Damos así cumplimiento a una de las principales líneas estratégicas del Departamento de Salud y de Osakidetza.

Desde OSIA hemos definido la nueva Misión, Visión y Valores (MVV) para que la sociedad pueda identificar: qué hacemos, a qué nos dedicamos, cuál es nuestra razón de ser y cuáles son los valores de los profesionales de la OSI.

Misión

La Organización Sanitaria Integrada Araba (OSI Araba) de Osakidetza tiene como misión promocionar la salud de su población adscrita, así como prestar la mejor asistencia sanitaria bajo los principios de equidad, eficiencia, calidad y solidaridad, estando comprometidos con la formación de los profesionales, la investigación y la innovación.

Visión

La OSI aspira a ser una organización proactiva e innovadora, competente a escala nacional e internacional, referencia docente e investigadora y que aporta el mejor servicio público de salud posible en todo momento. El objetivo es:

- Ser una organización de referencia en la implicación de la población en su salud, presente e integrada activamente en su territorio de influencia, prestando una atención segura y de calidad, con las técnicas más adecuadas y coordinada en todos sus aspectos.
- Ser una estructura sostenible, eficaz y eficiente, que logra objetivos comunes, y que genere confianza en la población adscrita.
- Ser una organización de la que los profesionales se sientan protagonistas y orgullosos de su pertenencia a la misma.

Valores

- Profesionalidad
- Humanidad
- Conducta ética
- Eficiencia
- Trabajo en equipo

La estructura funcional de OSIA desde su creación ha sido la de un Equipo Directivo formado por las siguientes Direcciones: Gerencia, Médica, Atención Integrada, Enfermería, Personas y Económico Financiera.

La dirección de Enfermería es la que más profesionales de la OSI Araba representa, gestiona y lidera, constituyendo el 53% del total de la plantilla. Más de 2.500 profesionales que se responsabilizan de la cobertura de las necesidades de cuidados de la población atendida 24 horas al día, 365 días al año. Entre ellos las enfermeras/os,

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, técnicos sanitarios, matronas y fisioterapeutas son los más numerosos.

Las actuaciones de estos profesionales se integran en todos los procesos relacionados con los problemas de salud de las personas y de sus familiares, en diferentes niveles y líneas de atención, desde la prevención y la promoción de la salud al acompañamiento en el proceso final de la vida, pasando por la atención a los procesos de pérdida de salud, la enfermedad y discapacidad.

Su objetivo fundamental es el de ofrecer cuidados profesionales en salud basados en la promoción del autocuidado, el empoderamiento, la autonomía, la seguridad y la calidad asistencial, desde una perspectiva integral y de atención individualizada. Así mismo, tiene un fiel compromiso con el respeto de la dignidad humana, la mejora de los resultados en salud y la calidad de vida de las personas a las que atiende, así como con el desarrollo profesional.

La misión de la Direccion de Enfermería y de los profesionales que dependen de ella es:

Para los ciudadanos de la provincia de Álava y su área de influencia

Proporcionar los Cuidados necesarios para la satisfacción de las necesidades de salud de nuestros usuarios y su familia, garantizando su participación y el respeto de su autonomía y dignidad humana, así como el derecho a la intimidad y confidencialidad, consiguiendo de este modo la máxima calidad en la asistencia recibida por nuestros ciudadanos.

Para el conjunto de profesionales de la OSI Araba

Compartir una preocupación constante para el bienestar de todos, como elemento positivo y básico para la Calidad.

Para la Universidad, otros centros formativos y todas aquellas entidades de investigación y desarrollo

Favorecer el desarrollo y avance de la profesión y del servicio prestado a la comunidad, a través de la formación y la investigación de los Cuidados.

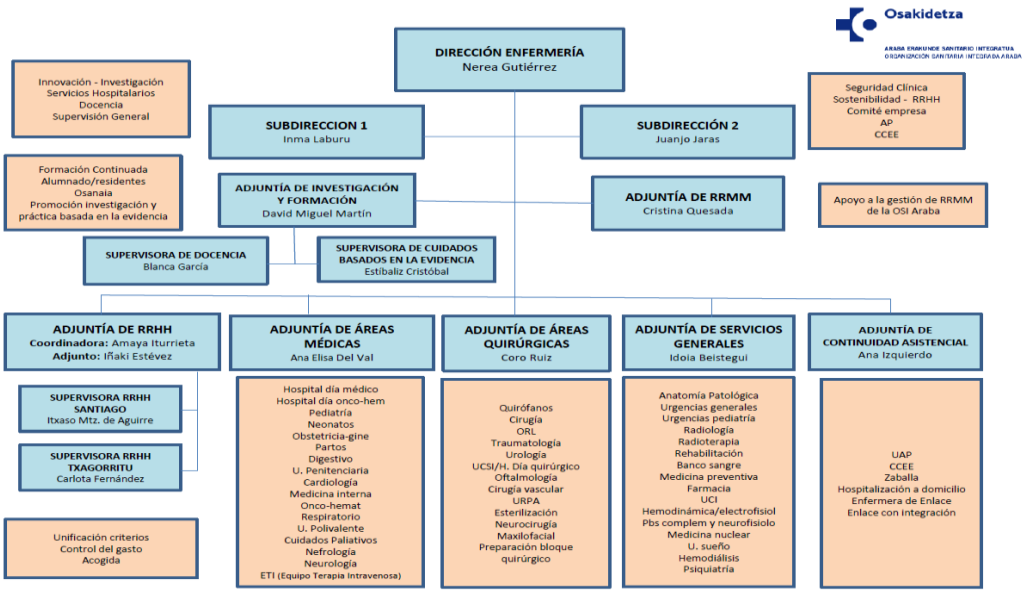
Tal como se recoge en la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias corresponde a las direcciones de enfermería “la dirección, evaluación, prestación de cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades, quedando como competencia específica la dirección del proceso de cuidados”

Las responsabilidades de la Dirección de Enfermería de la OSI Araba son:

• Dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades de cuidados para asegurar la seguridad y la calidad asistencial, desde una perspectiva integral y de atención individualizada respetando la dignidad humana orientada a la mejora de los resultados en salud y la calidad de vida de las personas a las que atiende.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

• Promover y evaluar cuidados basados en la mejor evidencia, la docencia y la investigación para garantizar que están alineados con los últimos avances y líneas estratégicas de la organización.
Analizará los resultados de la actuación de enfermería sobre los pacientes, obteniendo un proceso de cuidados más homogéneo y efectivo, basado en la protocolización de la actividad, identificando los consumos, mejorando la eficacia, reduciendo la estancia, los riesgos de complicaciones potenciales y controlando los costes.
• Compartir con el resto del equipo directivo la responsabilidad de las decisiones que se tomen con el fin de alcanzar los objetivos de la organización.
• Participar activamente en el diseño, planificación, promoción y dirección de las actividades de mejora a través de los diferentes órganos de participación: Junta de enfermeria, Comision de cuidados de área y Comisión de Calidad de los cuidados.
• Compartir la gestión del presupuesto destinada a los cuidados.
• Favorecer el desarrollo de interacciones adecuadas entre las diferentes unidades que garanticen la calidad total de la asistencia.
• Prestar confianza, colaboración, ayuda y apoyo al nivel operativo de la organización.
• Favorecer el desarrollo profesional y el liderazgo de los colaboradores. (8)
2-Organigrama Direccion Enfermería OSI Araba



5.2- Definir las funciones y las competencias de los mandos intermedios de la D. Enfermería de la OSI Araba.
Funciones mandos intermedios de enfermería
El supervisor o mando intermedio de enfermería es un puesto clave dentro del organigrama de una organización y en particular de la Direccion de Enfermería. Es el

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

enlace entre la dirección y los profesionales y su misión consiste en alcanzar los objetivos y resultados propuestos para su área de responsabilidad, promover acciones para el desarrollo de los profesionales y generar la motivación y actitud necesarias para una mayor eficiencia en el desempeño del puesto de trabajo.
El rol tradicional de la supervisora de enfermería como gestora de recursos ha

evolucionado hacia la gestión de los cuidados, convirtiéndose en coordinadora de equipos de trabajo cuyos profesionales tienen como objetivo proporcionar cuidados de calidad basados en la evidencia científica al paciente y su familia.
La gestión adecuada de los cuidados de enfermería se garantiza cuando los responsables, los supervisores son enfermeras gestoras, que no se centran únicamente en ser eficaces como organizadores y supervisores de recursos humanos y recursos materiales de acuerdo a los fines de la organización, sino que también incluyen la gestión de los cuidados hacia la persona y sus necesidades, consolidando su liderazgo y potenciando la participación de los equipos.
Se pueden resumir como funciones de los mandos intermedios: (9)

- Garantizar la coordinación del proceso asistencial entre los diferentes niveles asistenciales
- Planificar los cuidados de acuerdo con las directrices de la Direccion de enfermería.
- Gestionar los recursos humanos y materiales de la unidad con el fin de garantizar la utilización óptima de las competencias y de los recursos.
- Organizar y coordinar la distribución del trabajo para la resolución efectiva de los problemas de salud de los pacientes.
- Procurar que la atención que el paciente precise se realice lo antes posible velando, además, que se dé en condiciones óptimas de resolución, accesibilidad, calidad y seguridad.
- Evaluar la competencia del equipo en función de los estándares y criterios establecidos.
- Evaluar la calidad de cada uno de los procesos que se establezcan en la unidad según los objetivos e indicadores pactados por con la Direccion de Enfermería.
- Desarrollar mecanismos que favorezcan valores y comportamientos éticos comunes.
- Coordinar la formación, el perfeccionamiento y la orientación de los profesionales de su unidad.
- Favorecer la búsqueda, valoración y utilización del conocimiento y promover y dirigir proyectos de mejora.
- Participar en el desarrollo y vigilancia medioambiental en el lugar de trabajo.
- Impulsar la utilización de sistemas de registros y gestión de la información y

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

asegurar que estos guarden la confidencialidad de los datos de las personas.
Competencias mandos intermedios de enfermería.
El papel de las enfermeras gestoras es cada vez más complejo ya que los sistemas sanitarios están en un momento de continua transformación, lo cual requiere de una adaptación permanente de sus funciones y responsabilidades. El primer paso para avanzar en este tema será reconocer e identificar las competencias necesarias para ejercer estas funciones, así como establecer sistemas de aprendizaje y desarrollo de las mismas. (10)
La Ley de Cohesión y Calidad del SNS en su artículo 42 define competencia como "la aptitud del profesional sanitario para integrar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean"
Es por ello, que los mandos intermedios de enfermería han de poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes orientados al desarrollo de un liderazgo eficaz de los equipos de enfermería, tales como habilidades de comunicación, trabajo en equipo, resolución de conflictos y visión estratégica de la organización, entre otras. (11)
Definir el mapa de competencias de los supervisores o mandos intermedios de enfermería va a proporcionar a la Dirección de Enfermería una herramienta fundamental para describir el puesto de trabajo, identificar las funciones relacionadas con la gestión, seleccionar a personal capacitado para el puesto, evaluar el desempeño y planificar la formación específica. (12)
Para la creación del modelo de Liderazgo Sanitario de la OSI Araba se realizó un estudio en profundidad del marco teórico existente y de las diferentes investigaciones y teorías relativas al Liderazgo. Asimismo, se analizaron diferentes documentos y artículos que vertebran el funcionamiento del colectivo de enfermería en la OSI Araba: la Guía de Buenas prácticas desarrollada por la Asociación de Enfermeras de Ontario, el Informe SEDISA sobre la profesionalización de los Directivos de la Salud, el Estudio Delphi, los resultados del Erizain Open Space Araba 2018, etc.; así como otros documentos genéricos para toda la OSI, como el Plan de Gestión 2018 o los Retos y Proyectos Estratégicos de Osakidetza para el periodo 2017-2020.
De esta manera se desarrolló un Diccionario de Competencias que recoge las principales competencias que debe presentar el perfil ideal de un líder en la OSI Araba. Este documento consta de 25 competencias, cada una de ellas compuesta a su vez por 5 evidencias que permiten categorizar el desempeño de la persona evaluada en cada uno de los ítems. Estas competencias se desglosan en cuatro dimensiones: compromiso ético y profesional, estratégica, gestión y personal.

Las dimensiones y competencias definidas son las siguientes:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

1. Dimensión Profesionalidad y compromiso ético.
a. Compromiso e implicación.
b. Coherencia.
c. Responsabilidad.
d. Permeabilidad a la crítica.
e. Gestión del conocimiento.
f. Emprendizaje.

2. Dimensión Estratégica.
a. Visión de la salud.
b. Orientación Usuario/Paciente.
c. Calidad y mejora continua.
d. Negociación.
e. Desarrollo de personas y líderes.
f. Relación con grupos de interés.

3. Dimensión de Gestión.
a. Planificación.
b. Trabajo colaborativo.
c. Orientación a resultados/ gestión de recursos.
d. Gestión de la información.
e. Gestión de conflictos.
f. Gestión del cambio.

5.3- Establecer un itinerario formativo para la mejora de las competencias de los mandos intermedios y líderes emergentes.

Los programas formativos pueden proporcionar apoyo a las nuevas líderes en la transición de enfermera asistencial a enfermera gestora, garantizando el relevo en los puestos de gestión de enfermería mediante la captación y desarrollo del talento interno de la organización. (13)

La metodología docente ha de adecuarse a las necesidades y tiempo reales utilizando las nuevas tecnologías como herramientas de aprendizaje interactivo y práctico. Las competencias están relacionadas con las habilidades y actitudes personales por lo que no bastará con aprender conocimientos teóricos, sino que el aprendizaje ha de ser experiencial, a través de metodologías prácticas que permitan el autoconocimiento y el entrenamiento.

Actualmente podemos recurrir a dos figuras emergentes como son el coach y el mentor las cuales darían respuesta a esta necesidad brindando apoyo como guía personal. El coach es un “entrenador personal” que orienta al profesional dentro de su entorno

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

analizando sus dificultades concretas y realizando un asesoramiento individualizado. El mentor aporta, además, su experiencia dentro del mismo ámbito laboral que el profesional al que guía. (14)

En la OSI Araba tras definir las competencias de los mandos intermedios se realiza una evaluación del nivel de liderazgo de 270º (los evaluados son valorados desde tres posiciones: superiores, colegas y colaboradores) y en base a esto se define el itinerario formativo para trabajar sobre las competencias con mayor margen de mejora. Además, se tiene en cuenta en la elaboración de este itinerario el contenido del curso de mandos y líderes informales iniciados en 2018 y del que se han realizado 2 ediciones. La propuesta formativa se apoya en dos pilares o una doble actuación:

•Trabajar sobre las fortalezas del colectivo en global, e identificación de las personas con potencial para ser dinamizadores y facilitadores en el colectivo.

Actuar sobre las fortalezas promueve claramente un cambio en lo cultural, nos movemos a enfoques positivos, orientados a lo que se puede hacer y las oportunidades, en lugar de focalizarse en error y las limitaciones.

Se recomienda potenciar el uso de dinámicas participativas, grupos de mejora, reflexión que ayuden construir con las personas del equipo, y programas de reflexión activa – formación acción dinamizados por las personas consideradas referentes en cada uno de los colectivos, así como por personas del equipo de dirección que refuercen la aceptación de las propuestas y se potencie la superación de retos o creencias limitadoras.

Un elemento muy interesante para continuar creciendo en competencias es lo denominado en experiencias anteriores denominado como “Espacios Conversacionales”, donde además de trabajar en compartir y construir para mejorar se desarrolla el sentido de pertenencia, gestión del conocimiento y orientación a resultados.

•Desarrollo de competencias con mayor margen de desarrollo.

Nos centraremos en propuestas de trabajo, muy operativas y centradas en conductas concretas de aplicación en el puesto de trabajo y con alto impacto. El planteamiento de trabajo será un entrenamiento cruzado y personalizado, combinación de dos/tres competencias complementarias en una misma intervención, esta complementariedad va a permitir a la persona un mejor resultado que trabajando cada una de ellas por separado.

Propuesta plan formativo

Formación formal:

- Gestión de conflictos/Negociación
- Permeabilidad a la critica

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Desarrollo de personas y líderes.
- Gestión del cambio/Influencia/Creatividad/Relación grupos de interés/Marco organizativo, reglas del juego, funciones, relaciones.
- Comunicación
- Eficacia personal/Planificación/Gestión del tiempo/Orientación a resultados/Gestión de recursos/Calidad y mejora continua (Indicadores)

Mentoring Adjuntías

- Gestión de personas (contratos, gestión SAP, …)
- Gestión de recursos materiales
- Gestión organizativa asistencial (planes funcionales, circuitos, procedimientos)

Gestión del conocimiento (formación en servicio, evaluación de competencias, investigación,)

3-Presupuesto Plan Formativo

Osakidetza
ARABA ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA
ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA

Propuesta de formación Mandos Intermedios

Presupuesto

PROGRAMA	PERSONAS	HORAS TOTALE	H.PRESENCIALES	TARIFA DOCENTE	OTROS GASTOS	TOTAL GASTO	PRIORIDAD
GESTIÓN DE CONFLICTOS	25	20	10	1.100 €	200 €	1.300 €	2021
GESTIÓN DE CONFLICTOS	25	20	10	1.100 €	200 €	1.300 €	2021
PERMEABILIDAD A LA CRITICA	14	10	5	550 €	200 €	750 €	2021
DESARROLLO DE PERSONAS	11	15	7	770 €	200 €	970 €	2022
GESTIÓN DEL CAMBIO	11	40	20	2.200 €	200 €	2.400 €	2022
GESTIÓN DEL CAMBIO	11	40	20	2.200 €	200 €	2.400 €	2022
COMUNICACIÓN	7	10	5	550 €	200 €	750 €	2022
EFICACIA	12	50	25	2.750 €	200 €	2.950 €	2021
EFICACIA	12	50	25	2.750 €	200 €	2.950 €	2021
GESTIÓN DE PERSONAS	50	5	4	0 €	0 €	0 €	2021-22
GESTIÓN DE RECURSO MATERIAL	50	5	4	0 €	0 €	0 €	2021-22
GESTIÓN ORGANIZATIVA ASISTENCIAL	50	5	4	0 €	0 €	0 €	2021-22
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	50	5	4	0 €	0 €	0 €	2021-22
SESIÓN	**PERSONAS**	**HORAS TOTALES**	**H.PRESENCIALES**	**TARIFA DOCENTE**	**0**	**TOTAL GASTO**	**PRIORIDAD**
RESILIENCIA	100	1,5	1,5	100 €	100 €	200 €	2021
VISIÓN SALUD	100	1,5	1,5	100 €	100 €	200 €	2021
ORIENTACIÓN USUARIO/PACIENTE	100	1,5	1,5	100 €	100 €	200 €	2021
EMPRENDIZAJE	100	1,5	1,5	100 €	100 €	200 €	2022
TRABAJO COLABORATIVO	100	1,5	1,5	100 €	100 €	200 €	2022
LIDERAZGO 1	100	1,5	1,5	100 €	100 €	200 €	2021
LIDERAZGO 2	100	1,5	1,5	100 €	100 €	200 €	2022
TOTAL	1005	195,5	108,5	14.670 €	2.500 €	17.170 €	

6-DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

6.1-Cronograma

ACTIVIDAD	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Presentación del proyecto al equipo de la Direccion de Enfermería												
Incorporación de aportaciones al plan de mejora												
Presentación al equipo directivo y gerencia y aprobación												
Difusión del nuevo modelo a mandos intermedios de la Direccion de Enfermería												
Difusión del modelo a todos los profesionales de la Direccion de Enfermería												
Difusión del plan plan de formación a los mandos intermedios												
Puesta en marcha del plan de formación												
Consensuar indicadores evaluación del proyecto												
Evaluación del proyecto												

6.2-Comunicación interna del proyecto

La difusión del proyecto se realizará en función del grupo a quien va dirigida y del cronograma de la siguiente manera:
Presentación del proyecto al equipo de la Direccion de Enfermería: en una reunión quincenal explicare el proyecto y estableceré el plazo para recoger las aportaciones e incorporarlas al proyecto.

Presentación al equipo directivo y gerencia y aprobación: Cada 3 semanas realizamos un Consejo de Gerencia ampliado en el que presentare el proyecto y estableceré el plazo para recoger las aportaciones e incorporarlas al proyecto.
Difusión del nuevo modelo a mandos intermedios de la Direccion de Enfermería: en una reunión periódica de las que mantenemos con los mandos intermedios, explicare donde van a están colgados los contenidos dentro de la Intranet de la organización. Además,

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

difundiremos una explicación en el boletín semanal que lanza la Direccion de Enfermería a los mandos intermedios con los enlaces a la intranet para que los mandos intermedios lo puedan difundir a sus equipos.
Además, semanalmente se difunde de forma electrónica un boletín de la organización "Infoberriak" que lleva a través del correo corporativo a todos los profesionales de la organización. Utilizare este medio para difundir el proyecto.
6.3-Sostenibilidad
El coste de este proyecto está limitado al desarrollo e implantación del itinerario formativo de los mandos intermedios y líderes emergentes (tabla 4) donde se puede ver el presupuesto para 2 años que habría que actualizar en base al despliegue de la formación y a la actualización de las necesidades formativas en función de la evaluación de las competencias de los mandos.
La Dirección de Enfermería no dispone de un presupuesto asignado para formación y debería presentar un informe de la formación impartida y de la necesidad anualmente que tendría que ser aprobado por la Dirección Gerencia.

7-EVALUACIÓN

Los indicadores para la evaluación del proyecto serían los siguientes:
7.1Indicadores de estructura.
Definir marco de actuación de la Direccion de enfermería y organigrama.
Definir las funciones y las competencias de los mandos intermedios de la Direccion de Enfermería.
Establecer un itinerario formativo para la mejora de las competencias de los mandos intermedios y líderes emergentes.
Establecer cuadro de mando con indicadores para acuerdos de gestión con mandos intermedios (proyecto servicio/UPP/caídas/registro plan de cuidados/informe alta/proyectos estratégicos implantados/ uso APP corporativas/seguridad/valoración y detección del dolor/implantación de actividades formativas/valoración competencias profesionales/formación en servicio/proyectos investigación/gasto RR.HH./gasto recursos materiales/ participación ciudadana)
7.2 Indicadores de proceso
Difusión del marco de actuación y organigrama de la Direccion de enfermería.
Difusión de las funciones y las competencias de los mandos intermedios de la Direccion de Enfermería.
Reunión anual con mandos intermedios para acuerdos de gestión.
7.3 Indicadores de resultado
Número de mandos intermedios con evaluación de competencias/Total de mandos intermedios.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Número de mandos intermedios formados anualmente según el itinerario formativo /Total mandos intermedios.
Mejora indicadores acuerdos de gestión con respecto al año anterior.

8-CONCLUSIONES

La elaboración de este trabajo parte de la necesidad de plasmar de forma gráfica y ordenar el marco de actuación de la actual Direccion de Enfermería y sus mandos intermedios de la OSI Araba.
El liderazgo transformacional tiene el objetivo de buscar una mayor participación de los profesionales y facilitar la toma de decisiones cercana al paciente sacando lo mejor de cada profesional.
La organización de los cuidados de enfermería es un objetivo prioritario en nuestra dirección, a través de la participación de los profesionales en la toma de decisiones relacionadas con su práctica clínica e involucrándolos en la mejora de la calidad mediante el uso de la práctica basada en evidencia en nuestra organización. Para ello, es necesario contar con líderes de enfermería fuertes que acompañen a los profesionales en este nuevo modelo y faciliten el cambio necesario. Contar con mandos intermedios que ejerzan desde un estilo de liderazgo transformacional y basado en principios éticos favorece un entorno de trabajo motivador para los profesionales de enfermería, lo cual repercute directamente en su satisfacción y en la calidad del cuidado prestado.
El cambio en la D. enfermería y la creación de la OSI en los últimos años requiere de profesionales comprometidos que ejerzan un liderazgo nuevo, con motivación y visión de futuro. Ejercer este rol exige el desarrollo de unas capacidades acordes. Los modelos de gestión por competencias tienen como fin identificar los conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para un puesto de trabajo, de manera que nos sirvan como guía para la selección, evaluación y reconocimiento de los profesionales que lo desempeñan.
Tras la revisión bibliográfica he podido identificar y desarrollas las funciones y las competencias más relevantes que han de tener los mandos intermedios de enfermería de nuestra organización para alcanzar los objetivos estratégicos, así como alinearlo con un plan formativo tanto para lideres formales como informales.
Además, me ha permitido plasmar en un documento el proyecto de la Direccion de Enfermería en cuanto a su marco de actuación, misión y funciones.

9-BIBLIOGRAFÍA

1- OSI Araba. Guía de Gestión OSI Araba.Vitoria;2019.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

2- Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. Gestión Clínica de los cuidados de enfermería. Madrid;2000.
3- Ruiz L. Claves para la Gestión clínica. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España;2004.
4- Gobierno Vasco. Líneas Estratégicas Departamento de Salud 2017-2020.Vitoria;2017.
5- Brea P, Martínez M. La Dirección de Enfermería: Empresa de Servicios. Revista Administración Sanitaria;2003; 1(1): 135-44.
6- Prieto-Rodríguez MÁ, Suess A, March-Cerdá, JC. De gestoras de recursos a gestoras de cuidados: opiniones y expectativas de las supervisoras sobre su nuevo rol profesional. Enfermería Clínica; 2005;15(6):314-320.
7- Ruiz A. Análisis organizativo sobre la provisión de cuidados en la práctica enfermera en los centros hospitalarios de la comunidad valenciana. (Tesis Doctoral). Universidad Cardenal Herrera, Valencia:2011.
8- Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. Carrera profesional y Gestión por Competencias. Madrid:2004.
9- MARTINEZ Agorreta S. Propuesta de Modelo de Gestión de los Mandos Intermedios de Enfermería en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona-Tudela. 2017.
10- Soto-Fuentes P, Reynaldos K., Martínez D, Jerez O.Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. 2014; 14(1): 79-99.
11- Jiménez GMA, Lopera CP .Relevance y level of application of management competencies in nursing. Invest Educ Enferm;2013;31(1): 8–19.
12- Barquero A, León R, Pascual LM, Blasco, RM. El mapa de competencias para directivos de enfermería como herramientas de gestión y evaluación. Revista Nursing;2019; 27(9): 62-66.
13- Strickler F, Bohling S, Kneis C, O'Connor M, y Yee PL.Desarrollo de líderes de enfermería desde dentro. Revista Nursing;2017; 34(1):27-29.
14- Soria MT. Texere: diseño de una escuela de liderazgo. Trabajo Fin de Máster. Universidad Pública de Navarra: Pamplona;2017

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 16: LA CREACIÓN DE UN EQUIPO DE SOPORTE DE ENFERMERAS A LAS RESIDENCIAS: CLAVE EN LA GESTIÓN DE LOS BROTES POR COVID EN BALEARES.

AUTORÍA: **Araceli Palomino Castro**

Resumen

Los brotes por SARS COV 2 en las residencias de les Illes Balears provocaron que la Consellería de Salut tuviera que dar respuesta a las necesidades que los usuarios que viven en los centros tenían durante las diferentes olas de la pandemia. Un total de 4 olas afectaron a nuestra CC.AA, afectando a un total de 2361 personas (hasta marzo de 2021) en los centros residenciales para mayores (1).

Se llevó a cabo la creación de diferentes equipos que pudieran dar respuestas a las necesidades que durante la pandemia iban aconteciendo. De ello surge la creación del ESIR, el Equipo de Soporte de Enfermeras a las Residencias, un equipo de enfermeras que sirvan de enlace entre las residencias y los servicios de salud, con el objetivo de realizar una gestión sanitaria de la situación más eficiente liderada por enfermeras.

Las personas mayores que viven en residencias poseen características de pacientes geriátricos complejos. Sin embargo, no siempre tienen garantizada la asistencia a sus necesidades sanitarias. La pandemia de COVID-19 ha supuesto una oportunidad para tomar consciencia de las necesidades no resueltas en materia de salud en las residencias de mayores, especialmente cuando se compara con los recursos disponibles de una persona con las mismas características que vive en su propio domicilio.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Palabras clave: Enfermería de enlace, Residencias de personas mayores, COVID-19, Recursos de atención sanitaria, Cronicidad.

Abstract

The SARS COV 2 outbreaks in the residences of the Balearic Islands caused the Ministry of Health to respond to the needs that users living in the centers had during the different waves of the pandemic. A total of 4 waves affected our Autonomous Community, affecting a total of 2361 people (as of March 2021) in residential centers for the elderly.

Different teams were created that could respond to the needs that occurred during the pandemic. This led to the creation of ESIR, the Nursing Home Support Team, a team of nurses who serve as a link between the nursing homes and the health services, with the aim of carrying out a more efficient health management of the situation led by nurses.

Older people living in nursing homes have characteristics of complex geriatric patients However, assistance to their health needs is not always guaranteed. The COVID-19 pandemic has provided an opportunity to become aware of the unresolved health needs in nursing homes, especially when compared with the available resources of a person with the same characteristics who lives in their own home.

Análisis de la situación

En España la esperanza de vida al nacimiento de los hombres ha pasado de 75,4 a 80,9 años y la de las mujeres de 82,3 a 86,2 años, según los indicadores demográficos básicos que publica el INE. (2). Los avances sanitarios y las mejoras en la calidad de vida de las personas ha producido un envejecimiento progresivo de la población en los últimos años. Por lo tanto el envejecimiento, el aumento de la esperanza de vida, las pluripatologías que desencadenan enfermedades crónicas, junto con los cambios sociales y familiares propios de nuestra sociedad actual van a ser condicionantes de empeoramiento de la salud y su consecuente incremento de necesidad de recursos tanto de característica social como sanitarios (3). Esta situación produce que el sistema sanitario deba dar respuesta a un paciente con más patologías y pérdida de funcionalidad física y cognitiva que condiciona la autonomía de los usuarios.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En la Comunidad Autónoma de les Illes Balears, según los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística, en 2020 vivían un total de 1.171.543 personas, de las cuales 183.244 tenían 65 o más años de edad.

Cada comunidad autónoma ha puesto en marcha una adaptación propia del modelo que se propone en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (4).

Según la OMS, una enfermedad crónica es "toda enfermedad que signifique problema de salud, que requiera una gestión constante durante años. Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y en general de progresión lenta" (5).

La Comunidad Autónoma de Baleares cuenta con un total de 70 centros residenciales, que prestan asistencia a mayores y personas con discapacidad. De esos 70 centros, 55 se encuentran en la isla de Mallorca, 9 en la isla de Menorca y 6 en Ibiza.

Durante la pandemia por SARS-COV2, fue preciso en múltiples ocasiones prestar apoyo sanitario a los centros residenciales, donde los brotes por COVID19 avanzaban con rapidez.

El 9 de febrero de 2020 se conoce el primer caso confirmado de infección activa por SARS-COV2 en nuestra CCAA. (1)

En marzo de 2020, debuta en nuestra comunidad la presencia de SARS-COV2 en los centros residenciales. Fueron 4 residencias para mayores las que precisaron apoyo sanitario durante la primera ola. La subdirección de Atención a la Cronicidad, coordinación sociosanitaria, salud mental y enfermedades raras, asumió la gestión de los brotes que en los centros residenciales (tanto de mayores como de personas con discapacidad) se iban produciendo. Los usuarios de estos centros fueron víctimas con frecuencia del virus, la institucionalización, la fragilidad, la dependencia de cuidados y la pluripatología convirtieron a los usuarios de estos centros en personas más vulnerables ante la COVID-19. Durante el verano de 2020, se produjo una disminución de la incidencia acumulada de COVID-19 (incidencia acumulada de 4,9 de los últimos 14 días a 30/ 6) de en les Illes Balears lo que acompañó a que no se produjeran contagios en las residencias. Sin embargo, a finales de agosto (corte a 31/8/2020) la incidencia acumulada ya superaba los 354 casos. Esta realidad desencadenó que el nuevo virus se introdujera de nuevo en las residencias. (1)

A continuación se muestra un análisis esquematizado de las necesidades detectadas:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Fortalezas
■ Directivos de residencias motivados y concienciados de la importancia de actuar rápidamente ante brotes. ■ En la segunda ola disponíamos de más información sobre prevención y control del virus. ■ Compromiso económico de las empresas para aportar todos los recursos necesarios ante brote.

Debilidades
■ Pocos casos de usuarios de residencias COVID+ en la primera ola (marzo 2020) y por ello poca percepción del riesgo real. ■ Dificultad para adquirir EPI por parte de los centros. ■ Poca implicación desde atención primaria en la gestión de los cuidados de los usuarios de los centros residenciales. ■ Poca formación en cuidados de calidad de los trabajadores de las residencias y poca formación en materia de aislamientos. ■ Mucha rotación de profesionales en las residencia por las condiciones laborales. ■ Muchas bajas por contagios en el personal sanitario de los centros.

Oportunidades
■ Se establecen relaciones entre la Conselleria de Salut y los centros residenciales, antes inexistentes, lo cual mejorará la situación de los usuarios. ■ Se puede realizar una atención más eficiente a los usuarios con COVID, adelantándonos a procesos de infecciones que agraven la situación del paciente, reduciendo así la mortalidad. ■ Creación de equipos de apoyo específicos que puedan dar respuestas al problema.

Amenazas
■ Aparición de brotes en las residencias. ■ Colapso del sistema de salud por brotes. ■ Dificultad para contratar nuevas enfermeras ante las bajas por contagios. ■ Dificultad para contratar profesionales que deseen trabajar en centros en brote.

Diseño de la gestión de los brotes COVID en los centros residenciales

En septiembre de 2020 un total de 7 residencias debutaron con pacientes con PCR positiva por infección por SARS-COV2. La situación de los centros residenciales era inestable, con muchos contagios tanto en usuarios como en profesionales, esta segunda realidad condicionante de que se pudieran garantizar los cuidados en los usuarios de los centros. (1).

A día 14 de septiembre de 2020, los datos eran los siguientes:

- 214 usuarios eran COVID positivos en nuestras residencias de mayores de un total de 4367 usuarios en Baleares.
- De esos 214 usuarios, 97 precisaron derivación y se encontraban hospitalizados.
- 202 usuarios tuvieron que ser aislados por haber sido contactos estrechos de usuarios o profesionales COVID positivo.
- 94 profesionales eran COVID positivo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- 71 profesionales se encontraban en aislamiento por haber sido contactos estrechos de usuarios o profesionales COVID positivo. (1).

Esta realidad, y ante el riesgo de colapso del sistema sanitario, puso en evidencia la necesidad de dar respuesta a la situación que en los centros residenciales sucedía ya que:

■ Se notificó que las residencias no contaban con profesionales sanitarios suficientes y que en muchas ocasiones, si contaban con ellos era en un horario muy limitado y no las 24h del día, lo cual no garantiza la correcta atención ante complicaciones por COVID.

■ Se notificó que los profesionales que prestan asistencia en las residencias son Técnicos en cuidados sociosanitarios los cuales carecían de formación en materia de aislamientos, situación que producía que los brotes se diseminaran con mucha facilidad por el centro. (6)

■ Se notificó que no se podía garantizar que durante los brotes los usuarios recibieran los cuidados mínimos como ingestas, higienes y movilizaciones, situación que resultaba completamente urgente solucionar.

Por ello, la subdirección de Atención a la Cronicidad estableció que la gestión sanitaria de los centros residenciales se articulase sobre dos coordinadoras, ambas componentes del equipo de cronicidad y paliativos de la subdirección a la cronicidad de les Illes Balears y el ESIR. Por ello se dividió la isla de Mallorca (la única de las 4 islas que presentaba brotes en residencias hasta la fecha, septiembre 2020) en dos grupos que gestionó cada coordinadora de brotes. Dichas coordinadoras funcionaron como enlace entre las residencias y el servicio de salud.

Desarrollo e implementación del proyecto ESIR
Fase I

Desde agosto de 2020 hasta febrero de 2021 un total de 14 residencias precisaron intervención sanitaria para control y gestión de los brotes (1). Para ello, la subdirección de Atención a la Cronicidad, coordinación sociosanitaria, salud mental y enfermedades raras creó el Equipo de Soporte de Enfermeras a las Residencias (ESIR- Equip de Suport d' Infermeres a les Residències).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Al detectarse un caso confirmado de COVID 19 las dos coordinadoras del equipo de cronicidad y paliativos se desplazaran a las residencias de su cupo para:

1.1.1. Implementar el plan de contingencia
1.1.2. Asegurar la comunicación adecuada a las familias.
1.1.3. Asegurar que se habían realizado todos los informes de valoración y traslado y se mantenían actualizados.
1.1.4. Asegurar que existe registro de la toma de constantes mañana y tarde de pacientes COVID-19 + y pacientes con sospecha de COVID-19.
1.1.5. Valorar y activar los recursos que se muestran a continuación en función del número de residentes, la gravedad o situación de fragilidad de los residentes, la estructura del centro, los recursos humanos y materiales disponibles, etc.:
1.1.6. VIR061 (Vehículo de Intervención Rápida del 061): se activa prioritariamente cuando la situación clínica esté descontrolada y los múltiples casos confirmados o sospechas de COVID19 presentasen criterios de gravedad y requiriesen derivación a un recurso hospitalario para su mejor atención. Se activó cuando hubo una desproporción entre los recursos asistenciales existentes y los pacientes afectados (.7)
1.1.7. ESIR (equipo de enfermeras de soporte de residencias): se activa prioritariamente cuando la situación clínica estaba controlada y los casos confirmados o sospechas de COVID19 no presentaban criterios de gravedad y podían permanecer en seguimiento en el centro residencial, y en el caso de la activación del VIR061 para dar soporte en la atención. (7)
1.1.1. UVAC-ESAD (unidades volantes de atención al COVID – equipo de soporte atención domiciliaria): se activa cuando hayan personas en la residencia que se encuentren en situación paliativa o de últimos días y se pueda realizar el seguimiento clínico en el centro residencial (COVID-19 o no). (7)
La UVAC-ESAD puede ser activada por el 061, por las ESIRs, por la Central de Cordinación de la Covid (CCCovid) y por el equipo de cronicidad y paliativos.(7)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

VIR-061	ESIR	UVAC-ESAD
- Triaje rápido de los casos confirmados o sospechas de COVID 19 en función de su estado actual (criterios de gravedad) y de su estado basal, calidad de vida y nivel funcional/cognitivo previos (clasificación) *-Derivación de los casos confirmados o sospechas de COVID 19 al recurso hospitalario más adecuado en función de los criterios de gravedad y clasificación.* *-Aviso al supervisor 061 de los casos confirmados o sospechas de COVID19 a trasladar* *-Traslados según protocolo*	*- Ver funciones de ESIR en protocolo específico (seguimiento de pacientes en residencia).* *-En conjunto con VIR061: ayuda en la preparación de los informes, comprobación de los traslados, ayuda en la información a las familias, etc.*	*- Atención paliativa y de últimos días a las todas las personas en el entorno residencial con COVID-19 no derivados, dejando por escrito plan de actuación para cada paciente atendido en la residencia.* *- Soporte al equipo sanitario de la residencia, al ESIR y 061*

Tabla 1. Funciones de los diferentes actores. Fuente: *Plan de actuación en Centros Sociosanitarios en Baleares. (7)*

El equipo de enfermeras de soporte de residencias (ESIR): Tiene entre sus funciones la de realizar el seguimiento en las residencias en las que se produzcan brotes por SARS-COV2 en coordinación con el equipo sanitario del centro. En caso de que en algún momento un caso confirmado o sospecha de COVID-19 presente criterios de gravedad, se contactará con el médico de soporte del 061 para el apoyo en la toma de decisiones. (7)

El equipo ESIR se formó inicialmente por 25 enfermeras que prestaban servicio en el Servei de Salut a pacientes geriátricos y/o COVID positivos, que tenían formación específica para poder dar respuesta a las necesidades y ante situaciones de urgencia y que deseaban realizar el apoyo fuera de su horario laboral a las residencias, en concepto de prologación de jornada, ante la escasez de enfermeras disponibles para contratación en Baleares.

Las ESIR acudirán en horario de mañana y tarde a las residencias que cursen con un brote y activarán los distintos recursos según la situación de los pacientes. A continuación se definen las funciones que llevan a cabo las ESIR:

- Asegurar el cumplimiento de todas las instrucciones que se han dado en la residencia en la visita de valoración del brote:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Sectorización correcta y ubicación adecuada de los residentes en la residencia (zona de usuarios con PCR positiva, zona de aislamientos por ser contactos estrechos y tener PCR negativa, zona de usuarios en sospecha por COVID al presentar síntomas compatibles y zona de usuarios sanos/ inmunes a la enfermedad). .
- Cumplimiento de los circuitos específicos en cada zona de aislamiento.
- Cumplimiento estricto de todas las normas de seguridad
- Cumplimiento estricto del uso de los Equipos de Protección Individual.

- Asegurar el cumplimiento de las normas de seguridad: uso de mascarilla adecuado, lavado de manos y uso de guantes correcto, etc. –
Supervisar los cuidados a los pacientes con COVID-19 y sospecha.

- Dar soporte y formación al personal de la residencia para reforzar conocimientos si fuera necesario. Se formó a más de 1400 trabajadores de los centros residenciales entre los meses de septiembre de 2020 y febrero de 2021.
Se realizó formación en materia de aislamientos a los trabajadores de los centros antes de que se produjeran los brotes y cuando se producían. Se formó a los trabajadores sobre los signos y síntomas de alarma y los criterios de derivación.

- Notificar la situación de los pacientes para valorar traslado a hospital según criterios de derivación (sintomatología, imposibilidad de vigilancia sanitaria adecuada en la residencia, complejidad elevada de cuidados que no pueden prestarse en la residencia, imposibilidad de asegurar el aislamiento).
- Dar soporte y asesorar al equipo directivo de la residencia.
- Detectar necesidades que no estén cubiertas en la residencia.
- Informar diariamente al equipo de cronicidad y paliativos, para ello se realiza un informe diario donde se registra la situación en la que se encuentra el centro: datos de la residencia (número de residentes, de trabajadores, usuarios COVID, usuarios derivados…), implementación del plan de contingencia (sectorización del centro, realización de los aislamientos, cómo se realiza el aislamiento….), intervenciones estructurales realizadas y visitas a los usuarios, recursos materiales de los que disponen, RRHH de los que disponen y organización de los mismos por sectores y horarios, gestión de los residuos derivados de la atención a la COVID, descripción de la atención global a los usuarios y familias (Ver anexo 1). (7)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

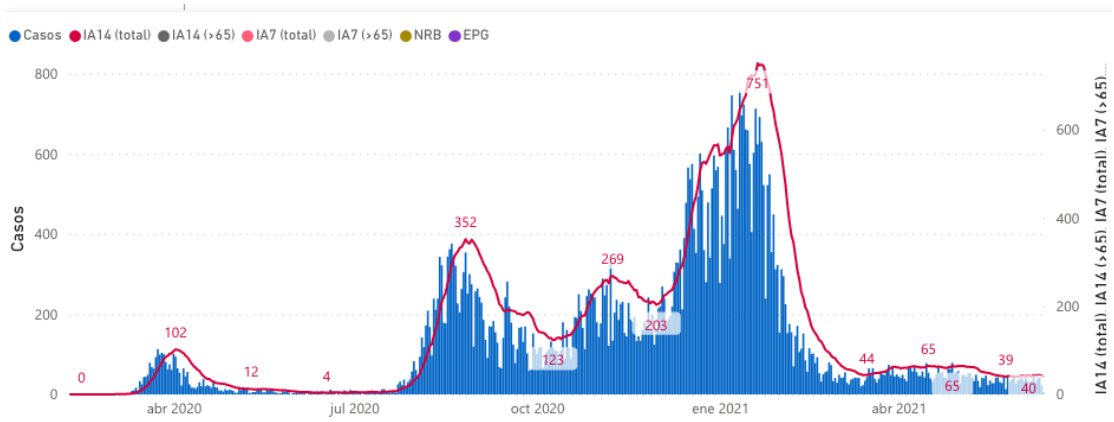


Gráfico 1. Se muestran las 4 olas que han afectado a les Illes Balears con el registro de COVID positivos diarios. Fuente: Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears. (1)

Al finalizar la primera semana de noviembre, un total de 16 residencias de las 55 totales presentaban en Baleares usuarios COVID positivos (1).

Residencias mayores:

A día 6 noviembre 2020 : 79 usuarios positivos activos, 57 de los cuales hospitalizados. 526 usuarios aislados por sospecha de contagio. 182 usuarios éxitus acumulados desde el inicio de la pandemia (19,22% del total de residentes contagiados). 62 Profesionales positivos activos de 4098 (1,51% del total). 47 profesionales aislados por sospecha de contagio.

Residencias de discapacidad:
A día 6 de noviembre de 2020: 0 usuarios activos, 0 aislados, 0 éxitus.
2 profesionales positivos activos de 667 totales, 4 aislados por sospecha de contagio.

Tres días más tarde, el total de usuarios positivos activos en residencias de mayores ya alcanzaba los 96 casos, con 71 usuarios hospitalizados, esta situación y el aumento tan rápido del número de casos precisó una gestión y control de las residencias por parte de la Consellería de Salut. (1)

A día 30 de noviembre, el número de usuarios positivos en las residencias de mayores descendió a 40 usuarios positivos activos de los cuales 38 precisaban hospitalización, coincidiendo con la bajada de la curva de la tercera ola. Sin embargo, en los centros de usuarios con discapacidad el número de usuarios positivos era de 25, con 3 de ellos hospitalizados y 51 usuarios aislados por sospecha de contagio y 0 éxitus. (1)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La primera semana de diciembre los nuevos casos COVID positivo continuarona descendiendo. Como se observa en el gráfico, a mitad de diciembre vuelve a aumentar el número de positivos en las residencias, iniciándose la cuarta ola de contagios en Baleares (1).

Fase II

Al mes de haberse consolidado el equipo inicial, se realizó una puesta en común para analizar la situación. De dicha puesta en común, se establecieron los siguientes puntos que fueron determinantes para la continuidad del proyecto:

- Disminuir la variabilidad de criterios creando un equipo que se dedicara exclusivamente a la gestión de brotes en residencias conformado únicamente por 3 enfermeras ESIR a jornada completa. Para ello, la Subdirección de Atención a la Cronicidad, coordinación sociosanitaria, salud mental y enfermedades raras, solicitó una cesión de los contratos desde las diferentes gerencias de las 3 enfermeras que conformaron el equipo ya que la Subdirección de Atención a la Cronicidad pertenece a los servicios centrales del Servicio de Salud de Baleares, situación incompatible con tener recursos sanitarios propios.

- El hecho de que la misma enfermera ESIR acudiera al mismo centro residencial durante el brote, facilitaba la organización, seguimiento y control, y también resta menos tiempo a las personas referentes de los centros.

- Se observó que cada centro es diferente y hay muchos factores que influyen en cómo y cuánto tardan en implementar los cambios: el equipo directivo, la colaboración de los profesionales (en las residencias públicas les cuesta mucho cambiar el modo de trabajar en comparación con las residencias privadas), la falta de recursos humanos, personal de nueva contratación, la infraestructura del centro, entre otras cosas.
- Se detectaron las siguientes dificultades: escasa formación de los profesionales, falta de EPIS, falta de indicaciones visuales (carteles informativos), higiene en los residentes deficitaria, mismos EPIS entre un paciente y otro siendo contactos estrechos, se reutilizaban las batas no reutilizables, se compartía personal entre zonas de aislamiento y no, las residencias no tenían conocimiento de los circuitos de derivación y traslado en caso de empeoramiento de un residente.

- Se notificó la falta de liderazgo e implicación de las enfermeras de las residencias.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- En la mayoría de residencias privadas con médico propio no se les realizaba el seguimiento adecuado del médico y la enfermera de Atención Primaria.

- Se notificó que la COVID es la oportunidad para empezar a cambiar cosas en las residencias de mayores.

Fase III

La incidencia acumulada en Mallorca a día 14 de diciembre superaba los 300 casos alcanzando su pico más alto a 20 de enero de 2021 con 751 casos totales en Baleares. Esta situación hizo que las necesidades de las residencias, especialmente de mayores, aumentara, con mayor número de residentes positivos en sus centros (1).

Los casos de usuarios positivos también debutaron en las residencias para usuarios con discapacidad. Esta situación precisó una nueva línea de trabajo ya que en algunas ocasiones los aislamientos no se podían ejecutar de forma correcta como consecuencia de la discapacidad intelectual o los trastornos de conducta de los usuarios. En estos casos, las enfermeras del ESIR cambiaron la estrategia de gestión de brotes, aislando a los usuarios en algunas ocasiones por cohortes, generando grupos burbuja de convivencia e intentando mantener a los usuarios de estas características en una situación similar a su rutina habitual para afectar lo menos posible su situación basal.

El hecho de conformar un equipo compuesto por 2 coordinadoras y 3 enfermeras ESIR permitió que las relaciones con los directivos de las residencias fueran más eficaces y mejores lo cual fue clave para afianzar las bases del proyecto posterior de mejora de la calidad asistencial de las residencias que más abajo se propone.

En aquellas residencias que cursaban con grandes brotes, 2 enfermeras ESIR se desplazaban para realizar la gestión del brote en las primeras horas/ días y se aplicaban los protocolos de derivación para evitar que los residentes permanecieran en la residencia en situación de desatención de los síntomas graves de infección por COVID.

La comunicación con la central de coordinación del servicio de emergencias, 061, fluida y con contacto directo con supervisores del 061 agilizó los traslados de los pacientes que debutaban con síntomas graves.

Durante la cuarta ola, se realizaron cribados en los centros con brotes activos cada 7 días mediante diagnóstico por PCR (8). Además se realizaron test de antígenos a los usuarios de los centros que debutaban con síntomas y que habían obtenido en el cribado

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

anterior PCR negativa. De esta forma se detectaron usuarios positivos que como consecuencia del período ventana no se habían detectado con el cribado por PCR .(8) Por ello, se consiguió controlar y detectar el total de positivos de las residencia de forma precoz, evitando que los usuarios COVID positivos se agravasen en las residencias. En esta cuarta ola, se ocuparon diariamente todas las camas hospitalarias disponibles para usuarios de residencias de mayores.

A la vez que se producían brotes en las residencias, día 27 de diciembre se inició la vacunación en las residencias y como consecuencia, a mediados de febrero, los brotes empezaron a disminuir.

A día 24 de febrero, un mes más tarde del pico más alto de contagios en Baleares por COVID, los usuarios con infección activa por SARS-COV2 había disminuido a 6 casos positivos activos en residencias de mayores y 0 en residencias de usuarios con discapacidad (1). Estos datos avalan la efectividad de las vacunas y la seguridad de los ancianos en las residencias inmunizadas ante la COVID ya que desde el día 11 de febrero no se han vuelto a conocer usuarios de residencias con PCR positiva.

Como parte del control de los brotes por SARS-COV 2 en las residencias, el ESIR dedicó los meses de enero y febrero a vacunar a los usuarios de las residencias de mayores y de personas con discapacidad junto a Atención Primaria.

Se han producido hasta día 15 de junio un total de 843 fallecimientos por COVID en Baleares de los cuales 259 éxitus se produjeron en residencias de mayores durante las 4 olas que afectaron nuestras islas. El 30,72% de las muertes se produjeron en residencias de personas mayores (1).

Fase IV

Con las residencias vacunadas y libres de casos la subdirección de Atención a la Cronicidad, coordinación sociosanitaria, salud mental y enfermedades raras, ha podido realizar un análisis de las necesidades detectadas en las residencias de mayores durante la pandemia. Las residencias de personas con discapacidad, mostraron que prestan cuidados a los usuarios con liderazgo con calidez y de calidad, por lo que en esta fase, estos centros se han mantenido al margen de las propuestas.

Durante la pandemia el ESIR realizó más de 450 visitas a los centros residenciales para mayores (y 87 más a centros de usuarios con discapacidad), realizando visitas para prevención y control. Se formó a más de 1200 trabajadores de residencias para mayores

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

(y 198 de centros de usuarios con discapacidad) en materia de aislamientos y cuidados a los residentes durante situación de pandemia (7). Esta realidad nos ha permitido conocer la situación de cada centro y detectar los principales problemas que lidian día a día.

Por ello, se han notificado las necesidades de salud que los usuarios tienen en el ámbito sociosanitario y que no han sido contempladas hasta antes de la pandemia. Entre dichas necesidades destacan:

i. Las residencias de mayores tienen una rotación de profesionales muy alta, como consecuencia de las condiciones laborales que ofrecen, situación que influye negativamente en conseguir un modelo de atención a la cronicidad centrado en la persona (9).
ii. Colectivo que trabaja en los centros residenciales no se encuentra integrado profesionalmente ni en hospital ni en los Equipos de Atención Primaria (10).
iii. Los usuarios de las residencias tienen derecho a la asistencia sanitaria por parte de su centro de salud, sin embargo, muchos usuarios de las residencias no han recibido el apoyo de Atención Primaria al disponer de médicos y enfermeras en las residencias (no siempre formados para llevar a cabo los cuidados de forma correcta), lo cual es una situación de desigualdad en el acceso a los recursos sanitarios (11).
iv. Algunas residencias no cuentan con enfermeras ya que la situación de escasez de enfermeras en Baleares afecta más a este sector por las condiciones laborales que ofrecen.
v. La legislación vigente no exige la presencia de personal sanitario en los centros residenciales por lo que en ocasiones los usuarios de las residencias que no reciben visitas de Atención Primaria (ya que desde los centros de salud se cuenta con que los profesionales sanitarios de los centros realicen la asistencia a los usuarios) no están recibiendo asistencia sanitaria salvo en situaciones de urgencia (10, 12).
vi. No existe una atención a los usuarios protocolizada y común a todas las residencias donde se lleven a cabo unos mismos procesos que garanticen calidad en la asistencia. (13,14)
vii. Los usuarios de las residencias de mayores presentan según los datos proporcionados por el Gabinete Técnico-Asistencial del Servei de Salut de les Illes Balears (15):

- Edad avanzada
- Máxima complejidad clínica (GMA 4)
- Comorbilidad: las personas que viven en las residencias tienen una media de 8,7 patologías crónicas que afectan a una media de 5,4 sistemas orgánicos. Estas cifras son

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

más elevadas que las personas de la misma edad que viven en su domicilio, 6,7 y 4,3 respectivamente.

- Patología: el 34,4% de los residentes presentan demencia, el 24,8% enfermedad cerebrovascular y el 15,3% insuficiencia cardíaca. En las personas de la misma edad que viven en su domicilio representa el 7,7%, 11,3% y 13,9% respectivamente.
- Dependencia. Las personas que viven en las residencias presentan un elevado grado de dependencia. Se identifica que prácticamente la totalidad de ellas necesitan soporte al tener reconocido algún grado de dependencia: el 65,5% de residentes tienen reconocido el grado III de dependencia y el 34,5% el grado II.
- Polimedicación: los residentes presentan una media de 8 fármacos, a diferencia de los 6 fármacos que consumen las personas de la misma edad que viven en su domicilio.
- Elevado consumo de recursos: los residentes presentan un porcentaje de ingresos hospitalarios del 23,3% y un número de visitas a Atención Primaria de 8,2 visitas (15).

Como primera etapa del proceso que conformará el proyecto que de la experiencia durante la pandemia se propone “Propuesta de modelo de atención sanitaria integrada a las personas con enfermedades crónicas que viven en residencias de mayores”, el ESIR llevó a cabo un registro de toda la información obtenida durante los diferentes brotes que fueron aconteciendo en las residencias y que permitió conocer la realidad de las personas que en ellas viven.

Además, se realizaron encuestas telefónicas para recabar la información que no se conocía.

En las encuestas telefónicas se realizan un total de 24 preguntas que permiten conocer aspectos hasta el momento desconocidos (para consultar la encuesta ver anexo 3) como los que se muestran a continuación:

- Número de usuarios que viven en el centro tras los brotes por SARS-COV2 ya que algunos usuarios se encuentran en situación de reserva de plaza y están viviendo en sus propios domicilios, otros que poseían plaza en centro privado han obtenido una plaza en una residencia pública y otras residencias han disminuido el total de plazas que tenían ofertadas antes de la pandemia para poder llevar a cabo los planes de contingencia que desde la Conselleria de Salut se les exigen.
- Número de profesionales que trabajan en el centro y cuántos prestan atención directa a los usuarios. Se registra el número de profesionales que prestan cuidados. Ratios de profesionales por turnos.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Situación de los residentes de la residencia: se ha realizado una clasificación de los residentes valorando su grado de dependencia, tomando como referencia el resultado del índice Barthel, su situación pluripatológica y su calidad de vida.
- Relación del equipo del centro residencial con del centro de salud que tienen asignado para la gestión de los cuidados.
- Relación de la residencia con la enfermera gestora de casos de la zona, con las enfermeras del centro de salud.
- Dificultades en el día a día para el acceso de los recursos de salud públicos por parte de las residencias de gestión privada con plazas públicas y /o privadas. (16)

Tras la realización de las encuestas se comprobó que la realidad de los usuarios de las residencias se veía condicionada por una fragmentación entre el sector social y el sector sanitario (6, 11,18). Dicha fragmentación viene derivada de la falta de gestión sociosanitaria que precisa este tipo de usuario. Por este motivo, se realizaron visitas a las residencias de mayores de la isla de Mallorca (44 residencias totales) y un registro posterior de los ítems destacables (ver anexo 4). Analizando las residencias se procedió a agruparlas en diferentes grupos:

- Residencias de gestión pública por parte de la Conselleria d' Afers Socials.
- Residencias de gestión privada con plazas públicas y privadas pertenecientes a grandes grupos empresariales.
- Residencias de gestión privada con plazas privadas gestionada por pequeñas empresas familiares.

Evaluación

La isla de Mallorca cuenta con 4 sectores (Llevant-Tramuntana-Ponent- Migjorn). Desde la subdirección de Atención a la Cronicidad, coordinación sociosanitaria, salud mental y enfermedades raras, se han seleccionado 4 residencias de mayores (una procedente de cada sector) como centros pilotos sobre los que iniciar las mejoras de las incidencias que ESIR ha detectado durante la pandemia. Se llevará a cabo el traspaso de información con la que cuentan las enfermeras del ESIR a los Equipos Referentes de Atención Primaria de cada centro de salud, articulando las intervenciones sobre las gestoras de caos de cada zona básica de salud. (17) Para ello, se están realizando informes individualizados de cada residencia para poder detectar las necesidades específicas de cada centro (ver anexo 4).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La ejecución del proyecto pasa por crear puentes de unión socio-sanitarios aprovechando la buena relación del ESIR y las coordinadoras del equipo de cronicidad y paliativos con las residencias de mayores.

- Se fomentará la creación de protocolos unificados que mejoren los cuidados en las residencias. (14)

- Se erradicarán las desigualdades entre usuarios de residencias y usuarios del sistema de salud que viven en sus propios domicilios .

- Se implantará el programa de cronicidad en las residencias (3,4) desde los equipos de atención primaria ya que durante la pandemia se ha objetivado que no se han implantado (a diferencia de lo que sucede con el resto de la población de la misma edad que no vive en centros residenciales) (3,17).

- Se asegurará el acceso a la cartera de servicios de los usuarios a los recursos de Atención Primaria (17) y también hospitalaria, al igual que cualquier ciudadano que viva en el entorno no residencial (19).

Para garantizar la consecución de los ítems antes nombrados, se dispondrá de los siguientes indicadores para evaluación y mejora continua del proyecto:

- Número de visitas del ESIR a los centros de salud, a las gestoras de casos y residencias de mayores por año.
- Número de visitas programadas realizadas por los médicos de familia y enfermería de los Equipos de Atención Primaria a sus pacientes institucionalizados en residencias por año.
- Número de sesiones anuales de formación conjunta entre el personal sanitario de los centros residenciales de mayores, el ESIR y los EAP de referencia.
- Número de sesiones formativas que el ESIR realizará a los profesionales de los centros residenciales sobre cuidados al paciente geriátrico al año.
- Número de pacientes que desde los centros de salud se catalogan como paciente crónico complejo o paciente crónico avanzado, en base al Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas de les Illes Balears, vigente. (3)
- Número de protocolos implantados en el departamento de salud con la coordinación de la Unidad de Soporte. (6)

Conclusiones.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Los usuarios del sistema de salud que viven en centros residenciales para mayores, tienen una situación de salud condicionada por la pluripatología y la discapacidad que de las enfermedades crónicas desencadena. Poseen limitaciones físicas, cognitivas e incluso sensoriales que acompañan a la vejez.

La pandemia por SARS-COV2 precisó la creación de nuevos equipos de trabajo que pudieran dar respuesta a las necesidades que en las residencias de mayores aparecían cada día con la aparición de brotes por COVID-19 (ESIR). Fue precisa una intervención coordinada de los recursos sociales y sanitarios. Un total de 18 residencias fueron intervenidas por la Consellería de Salut cuando cursaban con brotes por COVID-19 en períodos distintos, desde marzo de 2020 hasta febrero de 2021.(1) Para la gestión de los brotes, la Subdirección de Atención a la Cronicidad conformó un equipo de enfermeras de apoyo a las residencias (Equip de Suport d'Infermeres a les Residències- ESIR). Las tareas principales del equipo consistieron evaluar la situación de los usuarios para garantizar su correcta asistencia en el centro, formar a los trabajadores en materia de aislamiento y coordinar todos los procesos relacionados con la enfermedad, con el fin de evitar la propagación en las residencias y garantizar la correcta asistencia sanitaria según las necesidades que la infección generase en cada usuario, procediendo a la derivación del mismo si era necesario (7).

De dicha intervención en los centros, se conoció la realidad de las residencias, se evidenció la situación de las personas mayores que precisan estar institucionalizadas, cómo gestionan los cuidados de sus usuarios y las principales dificultades con las que lidian para poder dar respuesta a problemas sociosanitarios. Se hizo visible la necesidad de crear un equipo de atención sociosanitaria que sirva de puente para la correcta coordinación en la gestión de la Conselleria de Salut y la Conselleria d'afers Socials a quien pertenece la gestión de los centros residenciales.

Se ha notificado que es preciso llevar a cabo una estrategia que permita la atención sanitaria y de calidad de los residentes mayores, fomentando una alianza entre el sistema sanitario público y los centros residenciales, basando la atención en un refuerzo que el Equipo de Atención Primaria pueda llevar a cabo, como nexo de la residencia con la comunidad. (3, 6, 17)

Por este motivo, se ha empezado a reorientar el modelo de atención a la cronicidad en residencias actual, con el fin de conseguir una atención integral donde la Atención Primaria de Salud, con las gestoras de casos como grandes protagonistas, tenga una mayor presencia y relación con las residencias, garantizando así más calidad asistencial, un acceso equitativo a los recursos y garantizando la continuidad asistencial de las

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

personas que viven en dichos centros, los cuales presentan patologías crónicas complejas y avanzadas.

Anexos

Anexo 1. Informe del ESIR durante situación de brote en residencias.

Datos de la Residencia o Centro Sociosanitario

Nombre del centro							
ESIR (Nombre y apellidos de las enfermeras del ESIR)				Fecha de informe			
				Horario			
Persona referente en el centro							
N.º total de residentes		N.º de residentes COVID + en el centro		N.º de residentes hospitalizados			
N.º de residentes *exitus* COVID		N.º de trabajadores COVID +					
FECHA 1º CRIBADO		FECHA 2º CRIBADO					

Implementación del Plan de Contingencias según orden SND/265/2020, de 19 de marzo

Sectorización adecuada de los residentes en 4 grupos diferenciados	SI		NO		Realizan el aislamiento de forma correcta	SI		NO	
Cumplimiento de los circuitos específicos en cada zona de aislamiento	SI		NO		Delimitadas zona limpia y sucia	SI		NO	
Zona de puesta y retirada de EPI bien definida	SI		NO		Cartelería suficiente y adecuada	SI		NO	
Observaciones:									

Intervenciones estructurales y visitas a usuarios

Visitas a usuarios suspendidas	SI		NO		Hay un plan de comunicación entre residentes - familiares	SI		NO	
Cumplen las restricciones de movimientos para usuarios en zonas comunes						SI		NO	
Se dispone de pañuelos de papel, cubos con pedal y solución hidroalcohólica en puntos estratégicos en toda la instalación						SI		NO	

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Observaciones:

Zonas comunes

Se respeta la distancia de seguridad de 2m entre residentes	SI		NO		Las zonas comunes están cerradas	SI		NO	
Observaciones:									

Recursos materiales

EPIS suficientes	SI		NO		EPIS adecuados	SI		NO		Solución hidroalcohólica suficiente	SI		NO	
Observaciones:														

Recursos humanos

Son suficientes	SI		NO		Tienen médico propio	SI		NO		Tienen enfermera	SI		NO	
Observaciones:														

Organización de los profesionales

Personal no compartido zonas COVID +/-	SI		NO		Zonas de descanso independientes	SI		NO	
Observaciones:									

Formación específica trabajadores

Conocen cuál es el mecanismo de transmisión de la COVID-19	SI		NO		Conocen cuáles son los síntomas r/c COVID-19	SI		NO		
Conocen cuáles son las medidas de protección y EPIS	SI		NO		Conocen el circuito de comunicación de casos y contactos	SI		NO		

Conocen el informe de valoración y traslado	SI		NO						
Observaciones: (Especificar si habéis realizado formación, sobre qué y a qué profesionales. Indicad número total de personas formadas)									

Gestión de residuos

Residuos zona COVID en grupo III	SI		NO		Contenedores adecuados y suficientes	SI		NO	
Observaciones:									

Atención a los usuarios y familias

Todos los informes de valoración y traslado están hechos y debidamente cumplimentados	SI		NO	
Los residentes están identificados según la clasificación por colores	SI		NO	
Según la clasificación por colores hay un total de: (nº) ROJOS		AMARILLOS		VERDES
Los residentes tienen un plan de cuidados actualizado	SI		NO		Existe registro de constantes vitales mañana y tarde	SI		NO	
Existe un circuito de comunicación e información de la situación entre residencia y familia				
Se avisa a las familias cuando hay un cambio en la situación clínica de los residentes				
Existe un referente en el centro que informa a las familias de forma habitual	SI		NO	
Se facilita el acompañamiento a residentes en situación de últimos días	SI		NO	
Observaciones:				

Compromisos acordados con la dirección del centro

Registrar las indicaciones que se le han dado al referente del centro tras la visita

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Anexo 2. Informe ESIR sobre situación sin brote en las residencias como revisión de su plan de contingencia.

INFORME REALIZADO POR EL ESIR DÍA FECHA SOBRE VISITA PROGRAMADA PARA REVISIÓN DEL PLAN DE CONTINGENCIA IN SITU.

PERSONA REFERENTE EN EL CENTRO: NOMBRE Y APELLIDOS

N.º total de residentes (incluyendo los que están hospitalizados): NÚMERO
N.º residentes en su domicilio con reserva de plaza en el centro: NÚMERO
N.º plazas totales de la residencia: NÚMERO
N.º de Trabajadores totales: NÚMERO

i. **Plan de contingencias según orden SND/265/2020, de 19 de marzo.**

Acudimos a la residencia y observamos que:

- Existe un plan de sectorización de los pacientes en 4 grupos. Hay un área diferenciada en el centro para casos confirmados de COVID, otra para pacientes con síntomas compatibles con infección activa por SARS-COV-2, otra para aislamientos por contactos estrechos y otra para pacientes sin infección activa.
- Tienen claramente definida la zona limpia de colocación de la EPI y la zona sucia de retirada del EPI.
- La cartelería con indicación de medidas de aislamiento es correcta.
- Conocen el procedimiento de aislamiento ante un caso confirmado.

ii. **Intervenciones Estructurales y visitas a usuarios**

Hay registro de visitas y se cumplen las normas definidas en el documento *"Recomendaciones de prevención y protección en Centros Sociosanitarios y Residencias de personas mayores y discapacidad en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares ante la epidemia de COVID-19"*

Durante nuestra visita, comprobamos que:

- Se dispone de pañuelos de papel, contenedores de residuos con tapa de apertura con pedal y desinfectantes para las manos en puntos estratégicos en toda la instalación.
- Hay un plan de comunicación para poner en contacto a residentes y familiares, y que contempla la información regular a las familias.
- Existen circuitos diferentes para las visitas y para los profesionales.
- Existe un protocolo de desinfección de zonas comunes, disponen de mesas con guantes, gel hidroalcohólico y desinfectante de superficies.
- Durante la visita, observamos que los usuarios sí cumplen las restricciones de movimiento de residentes en zonas comunes.
- Las habitaciones son adecuadas para un aislamiento (ventilación, baño, etc.).

iii. **Zonas comunes y actividades adaptadas a las normas de seguridad recomendadas para el control de la epidemia COVID-19 (distancia social ≥ 2 m, limpieza de superficies y fómites, higiene de manos y respiratoria, buen uso de material de seguridad)**

- Durante la visita, comprobamos que las zonas comunes están delimitadas y que disponen de un aforo determinado que se encuentra señalado que corresponde al propuesto en el plan de contingencia.
- El comedor, está sectorizado.

iv. **Recursos materiales:**

Refieren disponer de stock suficiente de todos los materiales. También disponen de mascarillas FFP2. En cada zona se dispone de todos los recursos materiales, para la adecuada protección e higienización.

v. **Recursos humanos:**

Los recursos humanos son los siguientes COMPROBAR SEGÚN SU PLAN DE CONTINGENCIA:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

vi. **Organización de profesionales para afrontar la pandemia COVID-19**

- La dirección conoce la importancia de no compartir personal entre las zonas COVID positivo-negativo.
- No hay profesionales que trabajan en las residencias y en otros centros sociales o sanitarios.
- Han realizado formación específica para trabajadores sobre el mecanismo transmisión de la infección, y síntomas COVID-19. Los trabajadores tienen formación sobre medidas de protección y EPIs. Las formaciones se consolidaron según comenta la dirección con un cuestionario de evaluación que todos los trabajadores realizaron con éxito.

Anexo 3. Entrevista telefónica del ESIR con las residencias de mayores.

1. Centro.
2. Persona a la que se hace la entrevista.
3. Persona de enlace con Atención Primaria.
4. Número total de residentes.
5. Presencia y número de grupos burbuja.
6. Número de plazas totales (nº públicas y nº privadas).
7. Número total de trabajadores y número total de trabajadores asistenciales.
8. Presencia de TCAE/gerocultores en turno de mañana, tarde y noche.
9. Presencia enfermería.
10. Presencia medicina.
11. Presencia fisioterapeuta.
12. Escalas de valoración que realizan y cada cuanto tiempo se revisan.
13. Clasificación por colores (nº de usuarios en cada color: rojo, naranja y verde).
14. Existencia de informe de derivación.
15. Programa de formación del centro.
16. Conocimiento del programa de paliativos y ESAD. Número de pacientes que precisan de cuidados paliativos.
17. Conocimiento del programa de cronicidad, número de usuarios PCC y PCA.
18. Registro de voluntades anticipadas.
19. Derivación de pacientes y lugar donde se derivan.
20. Registro de constantes vitales y tiempo.
21. Existencia de plan de cuidados, quien realiza el plan y cada cuanto se actualiza.
22. Centro de salud al que perteneces, enfermera/médico responsable de la residencias, visitas anuales por parte de AP, formaciones al personal, etc.
23. Cómo afrontan las urgencias, a quien avisan y donde se derivan los usuarios.
24. Prescripción de fármacos y consultas con especialistas.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Anexo IV (16)

FICHA VALORACIÓN ESIR DE LAS RESIDENCIAS DE DEPENDENCIA DE MAYORES

Centro:
Persona referente del centro:
Teléfono de contacto del centro:
Teléfono contacto persona referente:
Coordinación de enfermería:
Categoría profesional:
Fecha de la entrevista telefónica:
Fecha de la visita:

Análisis de la infraestructura del centro

Perfil de los residentes del centro

Nº total de residentes
% total de residentes vacunados
Nº total de plazas
Nº plazas públicas
Nº plazas con Prestación Vinculada al Servicio
Nº plazas Privadas

Nº de residentes por colores según el centro:

ROJOS
AMARILLOS
VERDES

Porcentaje de pacientes con índice Barthel por debajo de 40:

Análisis de los recursos humanos del centro

Perfil de los trabajadores

Nº trabajadores totales:
% total de trabajadores vacunados:
Nº trabajadores asistenciales:
Nº de TCAE/ gerocultoras por turno:
Presencia de enfermería:
Presencia de medicina:
Presencia de fisioterapeuta:
Presencia Terapeuta Ocupacional:

Prácticas asistenciales

El centro dispone de Plan de Cuidados Individualizado y se revisa con una frecuencia de_____ .
Los planes de cuidados los revisa

i. COV

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Se realizan reuniones interdisciplinares para comentar la situación de los residentes y se realiza con una frecuencia de _____

Escalas de valoración que realiza el centro:
Frecuencia con la que se realizan las escalas de valoración :
Quién realiza las escalas de valoración (indicar categoría profesional)

Toma y registro de las constantes vitales. (preguntar por el peso y altura)
Frecuencia con la que se toman constantes vitales.
Indicar si tienen listado de HTA y DM y frecuencias en registro de constantes individualizadas.

Indicar si disponen de protocolo de prevención de errores en la administración de medicación.
Indicar quién prepara y dispensa la medicación de los residentes.

Práctica asistencial por necesidades según Virginia Henderson.

HORARIOS Y CRONOGRAMA DEL CENTRO

INDICADORES PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN LAS RESIDENCIAS.

1. Adecuación de equipamientos.
2. RRHH.
   2a. Ratios.
   2b. Capacitación de los profesionales para la tarea.
3. Referidos a las atenciones /versus/ las desatenciones. Por ejemplo, ausencia sin sustitución de personal que tiene a su cargo funciones que hayan sido definidas como mínimas, en las plantillas de la Residencia. Mucho tiempo para llegar a atender las llamadas de las luces de emergencia. Camas con cabeceras elevadas más de 30 grados. Contaminación acústica.

4. Referidos a las medidas de prevención y de rehabilitación. 4.1. Contenido de los programas de prevención y rehabilitación.

   4.2. Controles del funcionamiento y de los resultados, obtenidos por la prevención y la rehabilitación.

5. Referidos a los excesos de control y a la imposición de limitaciones no justificadas que afecten a la dignidad o a la libertad de las personas residentes.

ACTUACIÓN DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

- Han pasado la COVID
- Fechas del brote
- Precisó intervención por parte del IBSALUT
- Número de visitas realizadas por el ESIR
- Número de trabajadores formados durante el brote
- Actitudes durante el brote
- Capacidad de resolución
- Tiempo dedicado a implantar las recomendaciones ESIR
- Facilidades para obtener material
- Establecieron grupos burbujas
- Mantienen grupos burbuja a día de hoy:
- Cumplimiento de ratios en cuidados COVID
- Precisaron de aumento de personal en el brote
- Porcentaje de usuarios que han pasado la enfermedad
- Porcentaje de trabajadores que han pasado la enfermedad
- Mortalidad
- Modificación y actualización del plan de contingencia

Bibliografía

BIBLIOGRAFIA

ID-19. Illes Balears. Informe 13-2020. Informe de Vigilancia Epidemiológica. Resumen de datos actualizados a 20 de julio 2020. Servei d'Epidemiologia. Direcció General de Salud Pública. Fecha de consulta online: junio 2021. Disponible en: https://www.ibsalut.es/es/coronavirus-covid-19/situacion-actual-de-la-covid-19-en-las-islas-baleares

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ii. Instituto nacional de Estadísitca. La esperanza de vida en España. Fecha de consulta: mayo 2021. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout

iii. Miguélez A, Fuster J, Gómez P, et al. Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas 2016-2021. El reto del sistema sanitario. [Care Programme for People with Chronic Conditions. The health system challenge.]. [Internet.]. Palma de Mallorca: Conselleria de Salut. Servei de Salut de les Illes Balears;2017. Disponible en: https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1521/pla-cronicitatcat.pdf

iv. Estrategia abordaje a la cronicidad. SANIDAD 2012. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Fecha de consulta: marzo 2021. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

v. Enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la salud. Fecha de consulta online mayo de 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

vi. Medina Martínez MA, Jiménez Manso A, Esteban Mensua JV, Fluixá Carrascosa C, Gonzálvez Perales JL. La necesaria alianza entre atención primaria y centros residenciales de mayores. Societat Valenciana de medicina familiar i comunitària. Mayo 2020. Disponible en: https://sovamfic.net/wp-content/uploads/2020/06/Estrategia-Alianza-AP-CR.pdf

vii. Plan de actuación en Centros Sociosanitarios y Residencias de personas mayores y discapacidad en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares ante la pandemia de COVID-19. Dirección General de SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN - SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES. GOVERN DE LES ILLES BALEARS. Versión de 9 de mayo de 2021.

viii. Organización Mundial de la Salud. Actualización sobre las estrategias para la realización de pruebas de COVID-19. Últimas novedades sobre la COVID-19 en el mundo y cómo utilizar pruebas para lograr metas de salud pública. Versión del 15 de enero de 2021. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/epi-win-update46_testing-strategies.pdf?sfvrsn=f69813e0_4

ix. Albertí F, Miguélez A, Moragues G, et al. Atención al paciente crónico complejo y al paciente crónico avanzado. [Chronic complex patients and Advanced chronic patients care.] [Internet.]. Palma de Mallorca: Conselleria de Salut. Servei de Salut de les

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Illes Balears;2017. Disponible en: https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1469/2017-atencion-paciente-cronicocomplejo-i-avanzado-es.pdf

x. Decreto 10/2007, de 16 de febrero, de modificación y actualización del Decreto 123/2001, de 19 de octubre, de definición y regulación de las condiciones mínimas de apertura y funcionamiento de los centros y servicios para personas mayores, tanto públicos como privados, ubicados en el territorio de las Islas Baleares (BOCAIB de 2 de marzo de 2007). Disponible en: https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/reglamentacion/baleares-decreto-10-2007.pdf

xi. Menéndez-Colinoa R, Argentina F, Merello de Miguel A, Barcons Marqués M, et al. La Geriatría de Enlace con residencias en la época de la COVID-19. Un nuevo modelo de coordinación que ha llegado para quedarse. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Volumen 56, Issue 3, Mayo–Junio 2021, Páginas 157-165. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X21000032?via%3Dihub

xii. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Disponible en : https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990

xiii. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Estándares de Calidad en Geriatría. Año 2007. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/estandares_geriatria.pdf

xiv. Abellá Fernández MªJ, Alastruey Ruiz N, Gregorio J, et al. Protocolos asistenciales en residencias de mayores. Consejería de Familia y asuntos sociales. Comunidad de madrid. Año 2007. Disponible en: https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/funcionamiento/protocolos-de-residencias-de-ancianos-de-la-comunidad-de-madrid-parte-1.pdf

xv. Datos aportados por el Gabinete Técnico-Asistencial del Servei de Salut de les Illes Balears mediante el sistema informacional del servicio de salud de las Islas Baleares SOPHIA. Disponible en: https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/organizacion/organos-de-direccion/direccion-general/gabinete-tecnico-de-servicios-centrales

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

xvi. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Personas mayores y residencia. Un modelo prospectivo para evaluar las residencias tomo I. Año 2000. Disponible en: https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/funcionamiento/modelo-prospectivo-de-valoracion-de-residencias-imserso-.pdf

xvii. Miguélez A, Serratusell Sabater E, Gomila Mas M, et al. La enfermera gestora de casos; garantía de coordinación y de continuidad asistencial. Subdirección de Atención a la Cronicidad. Servei de Salut de les Illes Balears.Conselleria de Salut. Año 2017 Disponible en: https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1052/enfermera-gestora-casos-es.pdf

xviii. Abellán García A, Aceituno Nieto MP, Ramiro Fariñas D, Castillo Belmonte AB. Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Envejecimiento en red. Número 27. Datos de septiembre de 2020. Disponible en: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2020.pdf

xix. Adrover Barceló RM, Taltavull Aparicio JM. Miralles Xamena J. PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. Conselleria de Salut de les Illes Balears. Año 2017. Disponible en: https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1002/programa-atencion-domiciliaria-apmallorca-es.pdf

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 17: MEJORA DE LA SEGURIDAD DE PACIENTE EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN GERIÁTRICA

AUTORÍA: Celeste Fernández Jiménez

RESUMEN

Introducción:

La OMS también define una caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Este tipo de eventos adversos suponen un problema significativo entre los pacientes hospitalizados y, aún más, entre los pacientes geriátricos. Uno de los objetivos principales del personal de enfermería debe ser el de evitar que el paciente padezca riesgos innecesarios de caídas durante su hospitalización; con ello no solo evitará posibles complicaciones graves a los pacientes, sino que también ayudará a mejorar la gestión de la calidad y la seguridad de los pacientes geriátricos.

Método:

Se ha descrito un protocolo de actuación de los profesionales de enfermería ante las caídas, utilizando una matriz DAFO para su confección, con la descripción de las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades que rodean los eventos adversos por caídas en pacientes geriátricos durante los ingresos hospitalarios.

Resultados:

Se ha elaborado un procedimiento clínico para el personal de enfermería en las unidades hospitalarias que permita la reducción de los efectos de estos eventos adversos.

Conclusiones:

En este proyecto, se describe la prevención de las complicaciones asociadas a las caídas, que conllevarían una pérdida significativa de la calidad de vida del anciano e incluso a un posible éxitus. También, la prevención de las caídas conseguiría una reducción del

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

gasto sanitario a las familias y de las instituciones sanitarias gracias a un menor consumo de programas de apoyo social e intervención comunitaria.

PALABRAS CLAVE: administración de la seguridad, enfermería geriátrica, seguridad del paciente, equipos de seguridad, heridas y lesiones..

SUMMARY

Introduction:

The WHO also defines a fall as the consequence of any event that precipitates the patient to the floor against his or her will. Such adverse events are a significant problem among hospitalised patients and even more so among geriatric patients. One of the main objectives of the nursing staff should be to prevent the patient from unnecessary fall risks during their hospitalisation; this will not only prevent potential serious complications for patients, but also help to improve quality management and safety of geriatric patients.
Method:
A protocol for nursing professionals to act in the face of falls has been described, using a SWOT matrix for its preparation, with a description of the weaknesses, strengths, threats and opportunities surrounding adverse events due to falls in geriatric patients during hospital admissions.
Results:
A clinical procedure has been developed for nursing staff in hospital units to enable the reduction of the effects of these adverse events.
Conclusions:
This project describes the prevention of complications associated with falls, which would lead to a significant loss of quality of life for the elderly and even to possible exits. In addition, the prevention of falls would lead to a reduction in health care costs for families and health care institutions thanks to a lower consumption of social support programs and community intervention.

KEY WORDS: safety management, geriatric nursing, patient safety, protective devices, wounds and injuries.

INTRODUCCIÓN

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria y llevada a un mínimo aceptable1. En el campo sanitario, no existe básicamente práctica sanitaria que no esté exenta de riesgo y la única manera de que no conlleve riesgo alguno sería no proporcionando asistencia; lo cual también provocaría otros riesgos.

El objetivo principal de la Medicina es no hacer daño, con su principio "primum non nocere" preconizado por Hipócrates hace más de 2.000 años y ha evolucionado hasta nuestros días desde Hammurabi a Nigthingale o Codman2. En la actualidad, lo que ha ocurrido es un cambio de paradigma, trasladando el compromiso entre el profesional y el paciente hasta un cambio de cultura en toda la organización sanitaria, que atañe a todos los profesionales sanitarios. El origen del interés por la seguridad del paciente se localiza en los años 70 en EE.UU., cuando las malas praxis llegaron a producir hasta un 11.6% del incremento anual de los costes del sistema sanitario, incluso llegando a peligrar su viabilidad2. En ese momento, surgió en EE.UU. el "Harvard Medical Practice Study" sobre los eventos adversos asociados a la hospitalización y posteriormente en 1999, el famoso informe "To Err is Human: Building a Safer Health System". En nuestro país, el estudio ENEAS de 2005 confirmó que un 10% de los pacientes sufre algún tipo de daño durante la hospitalización.

Conforme a la taxonomía desarrollada por la OMS, el incidente relacionado con la seguridad de paciente es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente; denominándose evento adverso cuando ha provocado un daño real al paciente. Existen distintos factores contribuyentes que pueden clasificarse en: errores humanos, fallos del sistema y características del paciente2.

Asimismo, la OMS también define una caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad1. Su frecuencia en los hospitales es muy elevada (3,5 caídas por cada 1.000 estancias); llegando a constituir entre el 29 y el 89% de todos los eventos adversos (Raz y Baretich)3. Asimismo, dado la cantidad de complicaciones en las que pueden derivar, este tipo de incidencias suponen un problema significativo entre los pacientes hospitalizados y, aún más, entre los pacientes geriátricos; ya que la probabilidad de sufrir una caída aumenta con la edad y con la aparición de enfermedades degenerativas (Lowenstein y Hunt)4. Otros estudios sugieren que estas caídas en pacientes hospitalizados son mucho más frecuentes entre el sexo femenino hasta los 75 años (40% vs 28%); aunque con tendencia a la igualdad entre ambos sexos después de esa edad.

Sus causas son muy diversas, encontrándose factores intrínsecos al paciente y otros extrínsecos. Entre los primeros, se encuentran enfermedades propias del paciente – que pueden ser tanto agudas como crónicas – así como los posibles efectos de los fármacos que tenga pautados el paciente en ese momento. Entre los extrínsecos, que además son

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

los más frecuentes, se encuentran factores secundarios a la actividad hospitalaria y del entorno: pej. escasa iluminación en las habitaciones, aseos sin las suficientes protecciones de seguridad, camas sin barandillas, muebles en mal estado3…
Desde el punto de vista de la calidad asistencial, las caídas en el entorno hospitalario se consideran como indicadores; es decir, como instrumentos de medida que indican la presencia de un suceso y el grado de intensidad en que aparece2. Este indicador traduce en términos numéricos el resultado de aplicar los criterios a la práctica asistencial evaluada2; aunque no constituyen una medida directa de la calidad asistencial, sino que deberían ser motivo de estudio si presenta una desviación fuera de la normalidad2. De hecho, los programas multifactoriales de prevención de caídas pueden reducir la incidencia de las mismas hasta en un 30%2 y los factores más significativos para lograrlo son el apoyo de las direcciones hospitalarias, el compromiso del personal clínico de primera línea en el diseño del programa de intervención, el liderazgo de un equipo multidisciplinar y la puesta en marcha previa de pruebas piloto de las intervenciones2.
Por todo ello, la prevención de este tipo de eventos adversos (EA) en las unidades de hospitalización y, en especial entre la población geriátrica, forma parte de los objetivos clave de seguridad de paciente de la Joint Commission desde su primera edición.

OBJETIVOS:

1. Analizar los factores internos y externos que rodean los eventos adversos por caídas en pacientes geriátricos durante los ingresos hospitalarios.
2. Elaboración de un procedimiento clínico que pueda ser implementado de forma sencilla por el personal de enfermería en las unidades hospitalarias y que permita la reducción de los efectos de estos eventos adversos.

JUSTIFICACIÓN:

Este proyecto se encuentra plenamente justificado por la prevención de las complicaciones asociadas a las caídas, que podrían conllevar una pérdida significativa de la calidad de vida del anciano – con pérdida funcional e institucionalización precoz – e incluso, en algunos casos, al éxitus del paciente.
De esa forma, según la OMS, las caídas son la segunda causa de muerte a nivel mundial por lesiones accidentales o no intencionales; produciéndose anualmente hasta 37,3 millones de caídas de gravedad y que requieren atención médica y con el posterior fallecimiento de unas 646.000 personas5. La mayoría de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos y hasta un 60% de ellas se producen en las regiones del Pacífico Occidental y Asia Suroriental.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El personal de enfermería debe tener como objetivo principal entre sus actuaciones el lograr que el paciente no padezca riesgos innecesarios de caídas durante su hospitalización. No sólo desde un punto de vista ético – por una prevención de posibles daños graves al paciente – sino también desde un punto de vista de gestión de la calidad; ya que este tipo de eventos adversos supone un elevado coste económico para cualquier sistema sanitario6. Así, estos eventos adversos suponen la pérdida de más de 17 años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)5.

Asimismo, se justifica desde el punto de vista de coste-efectividad; ya que la prevención de las caídas podría provocar una reducción significativa de los costes asociados al tratamiento médico o quirúrgico de las complicaciones físicas y psíquicas derivadas de dichas caídas, así como de los ulteriores tratamientos de rehabilitación necesarios que permitan a los pacientes volver a su estado de salud basal. De hecho, las lesiones causadas de forma directa o indirecta por las caídas tienen un costo económico muy elevado. Por ejemplo, entre los países desarrollados las caídas en mayores de 65 años presentan un coste de 3.611 $ US en Finlandia o 1.049 $ US en Australia5. En nuestro país, durante el pasado 2020, el coste estimado que generaron las caídas en ancianos hospitalizados fue de unos 30.000 millones de euros4.

Además, la justificación del proyecto no se basa únicamente desde el punto de vista profesional, con el desarrollo de proyectos que permitan mejorar la calidad de la atención sanitaria en los hospitales, así como la seguridad del paciente geriátrico durante su ingreso; sino que, además, se podría enmarcar en un contexto social.

De esa forma, la mejora de la calidad de vida de los pacientes ancianos podría evitar un aumento del gasto sanitario tanto a las familias – mediante la disminución del tiempo y medios que las mismas deban dedicar a los ancianos dependientes por este

ANÁLISIS:

A continuación, se detallarán las principales causas que provocan las caídas en pacientes geriátricos hospitalizados y se confeccionará una matriz DAFO para plasmar el análisis de las necesidades del proyecto junto con la descripción de los puntos débiles y fuertes.

1. Principales causas que provocan caídas en pacientes geriátricos hospitalizados:

Ante el ingreso hospitalario, es prioritario que se valore el riesgo de caídas específico para cada paciente. Esto orientará hacia las posibles intervenciones más efectivas que reduzcan dicho riesgo de forma significativa, así como las posibles complicaciones asociadas. La prevención de las caídas se incluirá dentro del plan de cuidados de la unidad asistencial y se mantendrá hasta el alta del paciente.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Existen múltiples instrumentos que evalúan este tipo de eventos adversos como, por ejemplo: la escala Morse, la evaluación del riesgo de caídas de Heindrich, el riesgo de caídas de J.H. Downton2… Este tipo de instrumentos se exigen tanto en los procesos de acreditación hospitalaria como en el proyecto SENECA como indicador estándar de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en el SNS.

Entre las principales causas que provocan las caídas encontramos los factores intrínsecos y los extrínsecos5. A continuación, detallaremos las más importantes:

- Factores intrínsecos:

o Estado clínico: patologías neurológicas, cardíacas, respiratorias y metabólicas.
o Enfermedades oncológicas.
o Accidentes cerebro-vasculares previos.
o Estado emocional alterado: ansiedad, depresión, conductas suicidas…
o Estado cognitivo alterado: estupor, desorientación, alteraciones de la memoria…
o Problemas en la movilidad y la deambulación, bien causado por problemas físicos (pej. artrosis degenerativa) o secundario a otro tipo de enfermedades (pej. ACV, Parkinson…).
o Pacientes plurimedicados: Incremento del riesgo de caídas de forma significativa si el paciente tiene pautados más de 4 fármacos en su tratamiento habitual. Entre ellos, destacan los hipotensores, los diuréticos, los antiarrítmicos y los psicofármacos.
o Pacientes con dolor o micción imperiosa

- Factores extrínsecos:

o Dispositivos de seguridad: barandales de las camas, barandillas de las sillas de ruedas, ausencia de barras de seguridad en el baño.
o Déficits de las infraestructuras: espacios pequeños, escasa iluminación, suelos deslizantes, muebles en mal estado, baja accesibilidad a los sistemas de llamada de las plantas hospitalarias
o Falta de comunicación del paciente con el personal de enfermería
o Ausencia de programa de prevención de caídas o inadecuada valoración del riesgo de caída del paciente al inicio de su ingreso.
o Acompañamiento de un familiar.

2. Se plasmará en una matriz DAFO (acrónimo de las iniciales de las características a analizar: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) el análisis de las

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

necesidades del proyecto junto con la descripción de los puntos débiles y fuertes, así como las amenazas y oportunidades.

DEBILIDADES	AMENAZAS
• Escasa disponibilidad de personal de enfermería cualificado y con experiencia en la actualidad (pandemia COVID-19). • Elevada ratio personal de enfermería/pacientes ingresados en las unidades de hospitalización. • Niveles altos de síndrome de burnout y estrés laboral en los profesionales de enfermería en España, incluso acrecentado por la situación actual de pandemia. • Pérdida de confianza de la sociedad en los profesionales sanitarios. • Instalaciones hospitalarias obsoletas o demasiado antiguas.	• Recortes continuos en la financiación de la sanidad por parte del gobierno central y de las CCAA. • Inestabilidad de contratos laborales. • Remuneración insuficiente de los profesionales de enfermería en España. • Falta de empatía de determinados estamentos hospitalarios (pej gerencias) hacia los problemas de sus subordinados. • Aumento significativo de la violencia de algunos sectores de la sociedad hacia los profesionales sanitarios de primera línea.
FORTALEZAS	**OPORTUNIDADES**
• Mejora de la formación continuada de los profesionales de enfermería. • Promoción de la actividad científica del personal de enfermería en revistas de impacto. • Mejora de los turnos de trabajo con aumento de la posibilidad de conciliación familiar.	• Desarrollo de guías clínicas que permitan un correcto manejo del paciente. • Incorporación de nuevas tecnologías que faciliten los cuidados de enfermería a los pacientes. • Modernización de las instalaciones hospitalarias, ampliación de las instalaciones actuales o construcción de nuevos hospitales en las ciudades con mayor densidad de población. • Incorporación de personal de enfermería cualificado y con experiencia de otros países europeos.
CORRECCIÓN DE DEBILIDADES	**AFRONTAR AMENAZAS**

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

• Incremento del número de profesionales que se forman cada año en las universidades españolas, adecuando la demanda a las necesidades actuales del mercado sanitario. • Adecuación de la ratio personal de enfermería/pacientes ingresados en las unidades de hospitalización, asegurando unos estándares de calidad. • Apoyo psicológico gratuito por parte de las instituciones sanitarias a los profesionales de enfermería con puesta en marcha de programas de prevención del "burnout" y el estrés laboral. • Campañas de comunicación que permitan a los ciudadanos conocer más de cerca el trabajo de los profesionales sanitarios españoles. • Obras de remodelación de las instalaciones hospitalarias obsoletas.	• Aumento del gasto sanitario por parte del gobierno central y de las CCAA. • Mejoría en la estabilidad de los contratos laborales. • Mejoría de la remuneración económica y de las condiciones de los profesionales de enfermería. • Crear una comunicación más activa con la gerencia, que además sea bidireccional. • Campañas de comunicación que permitan a los ciudadanos conocer los problemas laborales y dificultades personales a los que se los profesionales sanitarios españoles en las condiciones actuales.
MANTENER FORTALEZAS	**EXPLOTAR OPORTUNIDADES**
• Mejorar la imagen pública de los profesionales sanitarios por parte del Ministerio de Sanidad y de los Colegios Profesionales de cada CCAA. • Persistir en la importancia de la formación continuada y la publicación de actividad científica. • Flexibilidad en la jornada de trabajo como forma de autorregulación de las unidades	• Incorporación de nuevas tecnologías y remodelación de estructuras en los hospitales que se conviertan en mejoras asistenciales. • Planificación de los recursos humanos necesarios para los próximos años en enfermería por parte de la Administración pública (Ministerio de Sanidad.

Obteniendo como punto de partida el análisis previo, se ha realizado el diseño de los diversos elementos que constituyen el procedimiento clínico.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

1. Valoración de los pacientes > 65 años al ingreso hospitalario:

Esta valoración inicial se llevará a cabo el primer día del ingreso hospitalario del paciente por la enfermera responsable del paciente. Posteriormente, deberá llevarse a cabo una reevaluación según las circunstancias clínicas del paciente.
La valoración inicial de enfermería deberá incluir los siguientes ítems que serán registrados en un formulario clínico específico de valoración de caídas que formará parte de la historia clínica del paciente.

- Historial de caídas anteriores, con especial atención al último año.
- Antecedentes personales significativos del paciente, incluyendo aquellas patologías que podrían influir negativamente en el equilibrio del paciente.
- Escala de comportamiento de Crichton Royal (CRBRS): esta escala de valoración funcional mide el riesgo de caídas y establece unos niveles de riesgo – alto, medio y bajo - sobre los que se pueden aplicar medidas de intervención clínica. Contiene 10 ítems con aspectos funcionales básicos, cognoscitivos y sociales y el nivel más bajo que se corresponde con un mayor deterioro son 38 puntos. Entre ellos, se encuentran la movilidad, la capacidad de comer, vestirse y bañarse, la calidad del sueño, el control de esfínteres, la orientación temporo-espacial, la comunicación verbal, su capacidad de cooperación y el estado de ánimo.
- Escala de valoración del estado de la piel: esta escala estará basada en los cuatro estadios de aparición y desarrollo de las úlceras en piel.
- Valoración del estado nutricional: Se medirá el índice de masa corporal (IMC) del paciente, así como también se evaluarán posibles factores intrínsecos del paciente que podrían influir negativamente en su alimentación: tipo de dieta, masticación correcta, presencia de prótesis dentales, enfermedad periodontal.
- Valoración del riesgo de caídas y de la deambulación del paciente: Dentro de este apartado se valorará la seguridad de la marcha, el equilibrio, la movilidad y la fuerza muscular. También se tendrá en cuenta el uso de calzado adecuado (suelo de goma y cerrado por detrás), la presencia de patología ósea (deformidades en extremidades inferiores, osteoporosis/osteopenia), uso de elementos de apoyo a la deambulación (muletas, bastones, andadores…) y el miedo del paciente a caer.
- Valoración de déficit sensorial: discapacidad visual, discapacidad auditiva, utilización de lentes o audífono...
- Valoración de la capacidad cognitiva, estado mental y examen neurológico. • Valoración de otros factores de riesgo que favorecerían caídas: presencia de secreciones en vías respiratorias (tos, expectoración), incontinencia, estado cardiovascular,
- Valoración de la medicación: pej fármacos con efectos sobre el SNC, fármacos hipotensores…

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Los pacientes con alto riesgo de caídas deberán ser identificados en la historia clínica, en su habitación del hospital e incluso en su pulsera identificativa.
También, sus familiares y acompañantes deberán ser informados del riesgo de caídas del paciente, así como de las medidas que deberán adoptar para evitarlas:

- No salir solos de la cama o de la ducha.
- No ir solos al servicio.
- Solicitar un andador o bastón en caso necesario
- No fijar la vista en el suelo y vigilar la presencia de posibles obstáculos
- Los cambios de posición siempre se harán despacio
- Antes de levantarse se sentarán al borde de la cama
- Asegurar el equilibrio previo al inicio de la marcha y comenzarla despacio

2. Valoración del entorno hospitalario del paciente

En los hospitales son necesarias medidas preventivas de las caídas que se centrarán sobre la estructura del centro. Para ello, tanto el personal de enfermería como el auxiliar de enfermería, deberán revisar los siguientes elementos en el ingreso del paciente y reevaluar de forma periódica según la evolución clínica de los pacientes:

- Iluminación adecuada.
- Suelos antideslizantes, lisos y regulares
- Decoración sin salientes
- Mobiliario con ruedas fijadas
- Asideros en baños y pasillos
- Duchas a nivel del suelo con accesos sin obstáculos

3. Actuación del personal de enfermería ante una caída en el entorno hospitalario del paciente

3.1 Mitigar las consecuencias de la caída:

Cuando se haya producido una caída, se seguirán los siguientes pasos:

- Se alertará a la enfermera y auxiliar de enfermería responsables del paciente. También se avisarán a uno o dos celadores para la correcta movilización del paciente en caso de que fuera necesario.
- Se llevará a cabo una evaluación “in situ” de los posibles efectos de la caída en el paciente.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Se movilizará de forma cuidadosa al paciente, con los medios y personal adecuados.
- Se realizará un reconocimiento clínico, así como se practicarán las pruebas necesarias para evaluar las consecuencias del paciente.
- Se pautarán los tratamientos médicos, quirurgicos o de rehabilitación pertinentes.
- Se establecerá un período de vigilancia cuya duración dependerá del estado del paciente.

3.2 Registro y Notificación del incidente:

Después de estabilizar al paciente, se deberá proceder al registro de la caída en la Historia Clínica del paciente, así como a la notificación de la misma en los distintos sistemas de seguridad del paciente que posea el hospital, para que puede ser llevada a cabo un estudio de análisis-raíz del caso.

Los datos esenciales que deberán ser registrados incluyen el lugar, el turno, la forma de la caída y las circunstancias que la propiciaron.

En dicho análisis, se deberá tener especialmente en cuenta aquellos factores de riesgo que no hayan sido obviados o fallos del sistema que no hayan podido ser detectados.

Posteriormente, al alta del paciente, sería conveniente informar al equipo de Atención Primaria (médico y enfermera) para que realizaran una valoración de los riesgos extrínsecos en el hogar, pautar las recomendaciones clínicas pertinentes y realizar un seguimiento estrecho del paciente (pej, vía telefónica).

4. Actuación de las Direcciones de Enfermería hospitalarias e instituciones sanitarias:

Las Direcciones de Enfermería de los hospitales deberán:

4.1 Reforzar las plantillas de personal de enfermería, adecuando la ratio enfermería/paciente ingresado al menos a lo recomendado por la OMS.

4.2 Otorgar contratos que proporcionen estabilidad al personal de enfermería, permitan la conciliación familiar y ofrezcan un sueldo digno.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

4.3 Realizar una evaluación de riesgos psicosociales (burnout, acoso moral…) y de nivel de estrés a las plantillas de sanitarios, incidiendo en aquellas áreas donde la presión asistencial sea mayor.
4.4 Remodelación de instalaciones obsoletas o que sean peligrosas para los pacientes.
4.5 Desarrollo de programas psicológicos para entrenar la empatía de los cargos directivos sanitarios respecto a sus subordinados.
4.6 Integración de nuevas tecnologías que faciliten los cuidados en enfermería.

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN:

- La puesta en marcha del proyecto se realizará en las siguientes fases:

1. Fase inicial o previa a la implementación del proyecto:

- Confección de un listado de ítems definitivos que conformarán el formulario de valoración de los pacientes en su ingreso.
- Creación de un formulario informático con los ítems finalmente seleccionados.
- Revisión de todas las estructuras del entorno hospitalario y el mobiliario de la habitación del paciente para comprobar que no existen elementos peligrosos.
- Modificación de aquellos elementos del entorno del paciente durante su ingreso en el hospital que puedan suponer un peligro para su seguridad.
- Elaboración de un protocolo escrito de actuación ante la caída de un paciente.
- Formación del personal de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores ante la caída de un paciente.
- Formación del personal de enfermería en el programa específico del hospital de notificación de eventos adversos.
- Formación del personal de enfermería en materia de seguridad del paciente (análisis de causa-raíz de eventos adversos).
- Análisis de las ratios de personal que esté en contacto directo con los pacientes (enfermería, auxiliares y celadores) para conocer si existe sobrecarga asistencial que pudiera derivar en eventos adversos con potencial afectación de los pacientes.
- Evaluación de riesgos psicosociales de los profesionales sanitarios en contacto con el paciente para excluir posibles causas que sean generadores de eventos adversos.
- Confección de vídeos con tutoriales que den a conocer los protocolos de actuación ante la caída de un paciente y expliquen detalladamente los pasos a seguir.

2. Fase de ejecución del proyecto:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Integración y uso del formulario informático de valoración de los pacientes durante el ingreso en la Historia Clínica del paciente.
- Revisión periódica (diaria, semanal) de posibles elementos peligrosos que interfieran en la seguridad del paciente.
- Práctica de simulacros (mensuales) de puesta en marcha del protocolo de caída de un paciente.
- Actualización de la formación del personal de enfermería, auxiliares y celadores ante la caída de un paciente y formación del nuevo personal que comience a trabajar en el centro hospitalario.
- Formación del nuevo personal de enfermería en el programa específico del hospital de notificación de eventos adversos.
- Formación del nuevo personal de enfermería en materia de seguridad del paciente (análisis de causa-raíz de eventos adversos).
- Evaluación periódica de los riesgos psicosociales de los profesionales sanitarios en contacto con el paciente.
- Planes de comunicación interna y externa:

o Se enviarán comunicaciones vía correo electrónico corporativo a las categorías profesionales implicadas en el riesgo de caída de los pacientes.

o También se pondrán a disposición de todos los profesionales del hospital, los familiares y los pacientes, los vídeos con los tutoriales sobre qué elementos pueden ser peligrosos para los pacientes en el entorno hospitalario y cómo actuar en esas situaciones.

o Se colocarán carteles en las habitaciones con anuncios que resuman en una iconografía estos protocolos y con códigos QR con los vídeos explicativos.

- La sostenibilidad y financiación del proyecto dependerá íntegramente del presupuesto de las gerencias hospitalarias. Asimismo, la financiación de la formación podría llevarse a cabo con fondos de formación de la Fundación Estatal para la formación del empleo (Formación tripartita - Fundae).

EVALUACIÓN:

- Como herramientas de seguimiento, se instaurará un sistema de evaluación de cumplimentación de los formularios de valoración de los pacientes durante el ingreso por cada uno de los profesionales de enfermería que trabajen en el centro hospitalario en contacto con los pacientes geriátricos. Se comprobará su correcta cumplimentación en todos aquellos pacientes con edades superiores a 65 años. Indicador aceptable: 100% cumplimentación con revisión mensual durante los primeros 6 meses y trimestral a partir de los siguientes.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Se chequeará de forma periódica (diaria) los posibles elementos peligrosos del paciente en las habitaciones hospitalarias, firmando un registro. Indicador aceptable: 90% cumplimentación del formulario de conformidad.
- Revisión de los cuestionarios de evaluación de la formación de los nuevos profesionales que estén en contacto con el paciente. Se revisarán con especial atención los apartados de sugerencias. Indicador aceptable: 6 puntos como nota media en la evaluación de todos los apartados.
- Se analizaran mensualmente las notificaciones de eventos e incidentes adversos realizadas por el personal de enfermería, proponiendo cambios y mejoras en cada una de ellas, Indicador aceptable: análisis del 100% de las notificaciones.
- Se revisarán las conclusiones del análisis causa-raíz de los eventos adversos comunicados, así como se confirmará la ejecución de las modificaciones que sean necesarias. Indicador aceptable: revisión en un plazo no superior a los 3 meses de las posibles modificaciones que sean necesarias en el análisis causa-raíz de las comunicaciones de los eventos adversos.

CONCLUSIONES:

La seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria y llevada a un mínimo aceptable. En nuestro país, el 10% de los pacientes sufre algún tipo de daño durante la hospitalización. Las caídas llegan a constituir entre el 29 y el 89% de todos los eventos adversos y suponen un problema significativo entre los pacientes hospitalizados geriátricos. Este proyecto se justifica por la prevención de las complicaciones asociadas a las caídas, que conllevarían una pérdida significativa de la calidad de vida del anciano e incluso a un posible éxitus. Además, la prevención de las caídas se podría enmarcar en un contexto social, con una reducción del gasto sanitario a las familias y a las instituciones sanitarias gracias a una menor necesidad de los programas de apoyo social e intervención comunitaria. Se han analizado los factores intrínsecos y extrínsecos y se ha confeccionado una matriz DAFO para establecer el diseño del proyecto, que se ha basado fundamentalmente en la valoración funcional de los pacientes en el inicio de su ingreso y en la valoración del entorno hospitalario del paciente como fuente de potencial causante de caídas. Por último, se ha descrito un protocolo con las actuaciones del personal de enfermería y de las gerencias y direcciones de enfermería ante las caídas de los pacientes geriátricos.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. The Conceptual Framework for the international classification for patient safety, Final Technical Report January 2009. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
2. Aranaz JM. La Gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. 2ª edición. Madrid: Fundación MAPFRE; 2017.
3. Dirección Médica de la Universidad Tech, Máster en Gestión Clínica, Capítulo 20. Seguridad de Paciente.
4. OMS. Caídas. 26 de abril de 2021 [consultado 2 de mayo 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls
5. Máster en Gestión de la seguridad del paciente de la UNIR (Universidad de La Rioja). Asig 1., Marco conceptual de la seguridad de paciente: estudios en seguridad del paciente. ISBN: 978-84-16861-80-4
6. González Sánchez RL., Rodríguez Fernández MM., Ferro Alfonso MJ., García Milián JR. Caídas en el anciano. Consideraciones generales y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15 (1): 98-102.
7. Olvera-Arreola SS., Hernández-Cantoral A., Arroyo-Lucas S., Nava-Galán G., Zapien-Vázquez MA., Pérez-López MT. et al. Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. Caídas en pacientes hospitalizados. Revista de Investigación Clínica / Vol. 65, Núm. 1/ Enero-Febrero, 2013 /; 65 (1): 88-93.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 18: EL FUTURO DEL DEPARTAMENTO RR.HH. NUEVAS COMPETENCIAS "SOFT SKILLS". TALENTO Y MARCA PERSONAL EN LA ERA COVID-19

AUTORÍA: Miguel Ángel Suarez Rodríguez

1. RESUMEN EJECUTIVO

El contexto actual, fruto de la globalización y la relevancia que está tomando la tecnología en nuestras vidas, está provocado nuevos retos en el ámbito laboral, principalmente en el capital humano. En el futuro, se deberá valorar más habilidades blandas o "soft skills" de los profesionales, así como la importancia de crear una imagen personal, con el fin de garantizar empleabilidad en la figura del profesional y, posiblemente, una trayectoria profesional satisfactoria, independientemente del sector al cual se pertenezca.

Desde la perspectiva empresarial, las organizaciones deberán gestionar el bien más valioso que pueden llegar a tener: el talento. Ya que este bien les permitirá alcanzar las cuotas de mercado y los objetivos propuestos por la compañía, así como el papel que juega el departamento de RR.HH en esta nueva era, cada vez más importante y relevante.

Por todo ello es muy importante conocer y saber cómo debemos adaptarnos y evolucionar ante esos cambios tan rápidos e instantáneos, que tienen como protagonista diferentes aspectos tales como: la volatilidad, la incertidumbre, la complejidad y la ambigüedad (ENTORNO V.U.C.A)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La calidad y la humanización de la asistencia sanitaria en los centros sanitarios ha de tomar importancia con el objetivo de establecer a la persona como ser racional, trascendente y único dando lugar a una visión integral del dimensionamiento de plantillas y de la gestión de RR.HH, con el fin de tener a los mejores trabajadores y un número de trabajadores adecuado, para no sobredimensionarlas ni tampoco provocar una carga excesiva de trabajo.

The current context, the result of globalization and the relevance that technology is taking in our lives, is leading to new challenges in the workplace, mainly in human capital. In the future, the soft skills of professionals, as well as the importance of creating a personal image, should be assessed in order to ensure employability in the figure of the professional and possibly a satisfactory professional career, regardless of the sector to which he belongs.

From a business perspective, organizations will have to manage the most valuable asset they can have: talent. Since this will allow them to achieve the market shares and objectives proposed by the company, as well as the role played by the HR department. HH in this new era, increasingly important and relevant.

It is therefore very important to know and know how we should adapt and evolve in the face of such rapid and instantaneous changes, which have as their protagonist different aspects such as: volatility, uncertainty, complexity and ambiguity (ENVIRONMENT V.U.C.A)

The quality and humanization of health care in health facilities must take on importance with the aim of establishing the person as rational, transcendent and unique resulting in a comprehensive vision of template sizing and Human Resources management, in order to have the best workers and an adequate number of workers, so as not to oversize them or to cause an excessive workload.

2. INTRODUCCIÓN

La finalidad de este trabajo es intuir hacia donde ha de ir evolucionando y cambiando el departamento de RR.HH, influenciado por la era digital e informática que marca el tempo de la sociedad al igual que dar a conocer el tipo de cualidades y competencias que han de empezar a valorar y desarrollar los trabajadores en sus puestos de trabajo, que no son otras que las Soft Skills, todo ello visto desde un entorno continuamente evolucionando, cambiante, incierto, volátil y adaptable a los recursos y necesidades que posee a su alrededor (ENTORNO V.U.C.A), dando paso de la era del Capitalismo a la era del Talento, donde los dirigentes de los departamentos de RR.HH, están comprendiendo que el talento es la fuente principal de ventaja competitiva de cualquier empresa,

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

incluso por encima del propio valor del dinero. Será muy importante que los profesionales estén informados y familiarizados con las nuevas tendencias del sector al cual pertenezcan.

El contexto actual, fruto de la globalización y la relevancia que está tomando la tecnología en nuestras vidas, está provocado nuevos retos en el ámbito laboral, principalmente en las personas. Actualmente estamos en un entorno donde todo cambia muy rápido y la vida laboral de cualquier profesional no va a ser una excepción. Para ello será muy importante conocer como las personas deberán adaptarse y evolucionar ante estos cambios tan rápidos e instantáneos con el fin de no quedarse excluidos del mercado laboral.

Estos cambios, en el futuro conllevarán un profundo cambio a nivel social, estructural y económico, donde los principales protagonistas de las relaciones laborales, empresa y trabajador o colaborador, deberán ser conscientes de ello y trabajar aspectos que serán fundamentales para prosperar y evolucionar para unos y para garantizar empleabilidad y desarrollo profesional para otros. El concepto del "trabajo para toda la vida" tiende a desaparecer en el nuevo escenario sociolaboral futuro, ya que lo más habitual será trabajar para distintas organizaciones. Los profesionales del presente y futuro deberán desarrollar nuevas competencias para adaptarse a ese cambio de mentalidad en el mercado de trabajo. Muchos trabajadores deberán reinventarse para poder acceder al mercado laboral en puestos de trabajo, incluso completamente nuevos para ellos, adaptándose a las necesidades actuales y del mañana del mercado laboral, donde la transformación digital y los avances tecnológicos moldearán su desarrollo profesional.

Las personas deberán desarrollar una actitud proactiva que les permita encontrar un equilibrio constante entre el presente y futuro. Los aspectos más relevantes en la vida de una persona que tienen una actitud proactiva no son casualidad, porque las acciones llevadas a cabo tienen consecuencias que suelen repercutir positivamente en su día a día. A día de hoy los profesionales más demandados son aquellos que poseen "Habilidades Blandas" que van más allá del conocimiento, entendiendo estas habilidades como los rasgos, características y competencias personales que informan como un individuo se relaciona con los demás. Por último, intentaremos analizar el impacto que va a generar la Covid-19 en el ámbito de las relaciones laborales, y que cambios y consecuencias va a provocar en la sociedad en general y en el ámbito laboral.

3. OBJETIVOS

Objetivo Principal: Conocer las competencias futuras de los trabajadores cualificados o no cualificados.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Objetivos específicos

Identificar la importancia de las habilidades blandas de las personas en la Era del Talento SOFT SKILLS.

- Definir las capacidades de los líderes en un entorno volátil, cambiante incierto y adaptable V.U.C.A.
- Conocer el rol del departamento de RR.HH en un futuro no lejano.

4. JUSTIFICACIÓN

El motivo de este trabajo no es otro que intentar hacer un estudio de la sociedad y entorno en el que nos movemos, conocido con el nombre V.U.C.A, que como su nombre indica hace referencia a la volatilidad, incertidumbre, complejidad y ambigüedad que existe en la sociedad y en el mercado laboral, donde la necesidad de ir cambiando y evolucionando, se convierte en un hecho fundamental si se quiere seguir prosperando, y sobre todo triunfar y sobrevivir en una sociedad marcada por la competencia, en la que destaca, resurge y sobrevive el más fuerte y preparado, tanto en lo que hace referencia a las personas, como a las organizaciones y empresas, que se ven obligadas a reinventarse si no quieren verse atrás y desfasadas.

Para ello intentaré explicar cuáles son las cualidades que deberán desarrollar los profesionales sean del sector que sean, que no son otras más que las "Habilidades Blandas", ya que en un futuro los profesionales deberán adaptarse a las necesidades del mercado laboral, donde la transformación digital, los cambios y avances tecnológicos, moldearán su carrera profesional, y deberán de ser capaces de crear nuevas competencias para afrontar las exigencias laborales y sociales que surjan.

Por otra parte creo que el Departamento de RR.HH en el contexto actual y futuro que se encuentra, tiene el gran reto junto a la Dirección de Empresa de crear nuevas políticas de gestión para poder atraer y mantener el Talento de la personas, ya que en el futuro será el bien más preciado que posea cualquier entidad o sociedad.

Intentaré justificar como en la nueva era post Covid-19, el capital humano es cada vez más diverso fruto de la globalización, y donde el Talento y Marca Personal se convertirá en un rasgo importante, que permita a las empresas alcanzar las cuotas de mercado y los objetivos propuestos por cualquier organización o CIA.

ENTORNO V.U.C.A:

El origen de dicha terminología surgió después de la caída de la Unión Soviética tras el fin de la Guerra Fría, cuyo promotor fue el ejército norteamericano a finales de los años noventa. VUCA es un acrónimo (Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity) que se utiliza para describir la volatilidad, incertidumbre, complejidad y ambigüedad de un contexto determinado.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Está influenciado, principalmente, por la llegada de la era digital a través de internet, que afecta a la gran velocidad con la que viaja la información y los cambios constantes que se producen a nivel global.

En el mundo empresarial, empezó a tener repercusión a partir de la crisis económica que se produjo en el año 2008 como consecuencia principalmente de las dinámicas disruptivas del mercado.

Desde entonces, este concepto ha sido utilizado por una gran mayoría de empresas para aplicar de una manera más eficiente sus políticas de liderazgo y planificación estratégica.

El significado de las iniciales VUCA es el siguiente:

- VOLATILIDAD: Una de las acepciones que contempla la RAE en la definición de volátil es "mudable, inconstante".

En el objeto de estudio del presente trabajo hace referencia al aumento desmesurado de los cambios que se producen a nivel mundial, concretamente, la velocidad en la que se ejecutan las acciones y al impacto tan elevado que tienen dichos cambios en los stakeholders que rodean cualquier organización, ya que las entidades están sujetas a este tipo de variaciones, donde las más significativas son las relacionadas con la digitalización, la competencia global y la liberación del mercado.

Es por ello, que lo que en un momento determinado es válido, en breve puede dejar de serlo y quedar en la más absoluta obsolescencia.

Las empresas, por su parte, tienen la obligación de anticiparse a estas alteraciones respondiendo de forma ágil y eficaz, y una manera eficiente de actuar en consecuencia es identificar el talento que tenemos en la organización.

En palabras de Santiago Puebla "la estrategia de talento es una de las claves del éxito de las empresas, ya que el 60% de la productividad de una compañía está vinculada a él. Además, la estrategia del talento no puede estar aislada del negocio ni alejada del cliente, ya que afecta a toda la organización e impacta globalmente"

- INCERTIDUMBRE: Una de las acepciones que contempla la RAE en la definición de incertidumbre es "falta de obligación de cumplir algo".

Es por ello, que hace referencia a que se conocen las causas y efectos básicos de una situación determinada, pero falta información específica, debido a la incidencia de múltiples factores, provocando miedo de lo que vaya a suceder y, por tanto, con un amplio margen de duda a la hora de enfrentar la realidad con nuestras acciones.

Desde la perspectiva empresarial, los profesionales que trabajan diseñando escenarios futuros se enfrentan a una gran dificultad para tomar decisiones precisamente por la falta de certeza sobre el devenir de los acontecimientos y situaciones que puedan presentarse.

[1] Santiago Puebla: Es coach ejecutivo para directivos y experto en negociación con certificado modelo Harvard. En el ámbito docente, colabora con diferentes universidades españolas en diversos MBA y másteres de RR.HH. Anteriormente, había desarrollado su carrera profesional en el sector bancario y de gran consumo, siempre vinculado a la formación y al desarrollo directivo en las organizaciones. 4

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Aunque estos profesionales procuren ser lo más precisos posible en las predicciones, estas siempre estarán sujetas a las leyes de la "probabilidad", no a la certeza. Pero es que si además aumenta el número de posibles acontecimientos que puedan ocurrir y afectar al ámbito empresarial, automáticamente disminuyen las probabilidades de que los profesionales acierten en sus predicciones.

Por lo cual, se requerirá una mayor inversión de recursos para tener previstos el mayor número de escenarios posibles.

No obstante, la complejidad de este tipo de situaciones no debe percibirse como un obstáculo en el desarrollo del negocio, sino como una oportunidad de mejora para afrontar nuevos retos y ser más competitivos.

En palabras de Kant "La inteligencia de un individuo se mide por la cantidad de incertidumbre que es capaz de soportar". Afrontar convenientemente estos escenarios inciertos va a ser una competencia más a valorar dentro del talento que la empresa tiene que reclutar, descubrir o potenciar entre sus trabajadores.

• COMPLEJIDAD: Una de las acepciones que contempla la RAE en la definición de complejidad es "que se compone de elementos diversos".

En el objeto de estudio del presente trabajo hace referencia a la confusión existente en la gran mayoría de organizaciones debido a las dinámicas disruptivas del mercado, dicho de otra manera, a la ausencia de conexión clara entre causas y efectos en el que se envuelve el contexto empresarial. En este sentido, una mayor complejidad puede derivar también en una mayor incertidumbre de modo que ambos conceptos puedan correlacionar entre sí.

Del mismo modo, es difícil comprender las relaciones causales entre elementos internos como externos a la organización, así como la influencia que puede tener un problema determinado. Este contexto, dificulta la toma de decisiones, llevando a mayor confusión y ambigüedad, ya que no siempre es fácil encontrar la decisión correcta o que criterios debemos seguir para realizar una acción determinada.

• AMBIGÜEDAD: Una de las acepciones que contempla la RAE en la definición de ambigüedad es "que pueden entenderse de varios modos o admitir distintas interpretaciones y dar, por consiguiente, motivo a dudas, incertidumbre o confusión".

En el objeto de estudio del presente trabajo hace referencia a que las relaciones causales no están claras, ya que no hay precedentes y no sabemos que nos encontraremos con exactitud, donde posiblemente se necesiten competencias que no son las habituales de la organización para adentrarse en nuevos mercados.

Esto genera dificultad para anticiparse en la identificación de amenazas y oportunidades y reaccionar ágilmente ante ello.

Es por eso, que la detección rápida de estos factores puede marcar la diferencia entre el éxito o el fracaso de la compañía, de ahí la importancia en basar la política de gestión

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

[2] Kant: Nació en 1724 y falleció en 1804, filósofo alemán, considerado por muchos como el pensador más influyente de la era moderna. 5

empresarial en el talento, ya que cuanto mayor talento tengamos en la compañía, generalmente, antes nos anticiparemos a estos supuestos.

5. CONTEXTUALIZACIÓN

La sociedad cambiante en la cual estamos inmersos junto a la evolución de la tecnología y de la informática que provoca un constante cambio y forma de actuar, no hace otra cosa que obligar las personas y al entorno a adaptarse a las nuevas necesidades que van surgiendo.

Es por ello que en el mundo laboral se vayan priorizando otras características y competencias como son las Soft Skills, las cuales poco a poco van a tener más importancias que el propio nivel curricular personal en el amito laboral.

La sociedad actual se ha visto modificada por la presencia de la Covid-19 en nuestras vidas.

Todo ello provocará unas nuevas soluciones y oportunidades al mundo laboral, ya que surgirán nuevas oportunidades como la potenciación del teletrabajo que actualmente está en expansión, el aumento de la comunicación empresa trabajador para humanizar la relación entre ambos, creando una cohesión entre todos los miembros, e ir fomentando vínculos de confianza y solidaridad por aparte de la empresa, e implicación por parte del trabajador.

A consecuencia de esto, creo que vamos a entrar en una guerra por atraer el mejor talento a las empresas.

Los llamados “Millenials o Generación Y”, nacidos entre 1980-1999 van a ser los principales protagonistas de esta guerra, porque son los que más experiencias diferenciales quieren vivir como empleados, y los que menos sentimientos de arraigo tienen con la compañía a la que prestan sus servicios.

A diferencia de estos, creo que los llamados “Generación X”, nacidos entre 1965-1979, van a valorar más si cabe la estabilidad laboral y el hecho de pertenecer a una empresa durante un tiempo prolongado en esta época marcada por la incertidumbre que está generando las crisis sanitarias en la economía global fruto del Corona-virus...

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANALISIS

DEBILIDADES	AMENAZAS
- Carencia de personal para realizar cambio en el proceso.	-Forma de pensar y de ser de las generaciones jóvenes, nacidos en la era de la digitalización, informática.
-Plantilla única, estable, implementada con derechos adquiridos y poco flujo de personal	-Ausencia de empatía por falta de sensibilidad social.
	-Inexperiencia del personal a contratar.
	-Pandemia COVID-19
FORTALEZAS	**OPORTUNIDADES**
-Empresa con capacidad proactiva para realizar cambios que favorezca una mejora a la hora de escoger trabajadores con actitudes humanistas.	-Excedente de trabajadores con ganas de trabajar multidisciplinarmente.
-Destinación de recursos económicos y materiales para estar a la vanguardia	-Condiciones laborales estables.
-Optimización de recursos.	-Mejor y mayor oferta cualitativa de los servicios a disposición de los clientes.

6. DISEÑO

El objetivo de este trabajo no es otro que hacer un escáner de cuáles son los medios que un departamento de RR.HH posee a la hora de contratar al personal trabajador, ya sea cualificado o no, referente en la época actual en la que estamos viviendo donde la presencia del COVID-19 junto al entorno volátil, complejo, incierto y ambiguo (ENTORNO V.U.C.A) y la las nuevas competencias que surgen al trabajador, obliga a un cambio de enfoque y de visión referente a las cualidades de los nuevos trabajadores a contratar, donde el talento y marca personal en la era de la digitalización e informática que vivimos, adquirirá un peso específico importante. En la economía global de hoy en día, tanto los departamentos de RR.HH como los máximos dirigentes de las organizaciones están comprendiendo que el talento es la fuente principal de ventaja competitiva de cualquier empresa, incluso, por encima del propio valor del dinero.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

De esta manera, considero que la mejor inversión que puede hacer una organización es en capital humano, es decir talento, ya sea para entrar en un nuevo mercado, mejorar los procesos productivos que existan en la compañía o innovar en nuevas líneas de productos o servicios.

El talento es, por lo tanto, el elemento clave de la prosperidad del negocio, ya que en un mundo cada vez más globalizado y competitivo, con más acceso a la información a través de internet y cada vez más tecnológico y robotizado, convierte al ser humano en el eje central del desarrollo del negocio.

De todas formas, aunque cada vez más organizaciones estén interiorizando esta evolución, pasar de la era del capitalismo a la era del talento, lo cierto es que queda un largo camino por recorrer, ya que muchas de ellas siguen aplicando métodos de trabajo tradicionales que están obsoletos o que pueden ser fácilmente sustituidos por la tecnología de hoy día impidiendo hacer evolucionar a la organización.

En palabras de Daniel H. Pink [3] "Hay una discordancia entre lo que la ciencia dice y lo que las empresas hacen. Y lo que me preocupa es que muchas organizaciones están tomando sus decisiones, sus políticas acerca del talento y la gente, basadas en presunciones que están obsoletas, sin analizar, y enraizadas más en el folklore que en la ciencia. Y si realmente queremos salir de este desorden económico, y si realmente queremos un alto desempeño en esas tareas esenciales del siglo XXI, la solución es no repetir más las cosas equivocadas, ya que el atraer a las personas con una zanahoria más dulce o amenazarlas con un palo afilado, ya no funciona. Necesitamos una perspectiva completamente nueva".

Es por ello, que para afrontar este gran reto que tenemos a nivel mundial, considero que debemos enfocarnos en algunos de los siguientes aspectos que Juan Carlos Cubeiro [4] plasma en su obra "Del capitalismo al talentismo" (2013) :

- DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJADOR

El talento se puede cultivar y desarrollar permanentemente, ya que éste tiene que ser el activo más valioso en la figura del profesional. Esto se traduce en que el talento no es algo estático sino dinámico.Es una cualidad que la persona puede mejorar y adaptar a nuevas demandas o situaciones laborales que se le puedan plantear. Pero para ello, debe encontrar las condiciones propicias por parte de la empresa para que favorezca y potencie este desarrollo del talento dentro de la propia organización.

[3] Daniel H. Pink: Es uno de los principales pensadores empresariales del mundo, sus artículos y reportajes sobre el mundo de la tecnología y los negocios son publicados periódicamente en medios como el New York Times. Además, es autor de tres libros que han vendido millones de ejemplares en todo el mundo y trabajó durante 3 años en la casa Blanca como redactor jefe de discursos del vicepresidente Al Gore.

[4] Juan Carlos Cubeiro: Es presidente de honor de AECOP (Asociación Española de Coaching Ejecutivo y Organizativo). Es considerado uno de los mayores expertos en talento, liderazgo y coaching a nivel español. Es ponente internacional y autor de una treintena de libros. Su blog "hablemos de talento" es uno de los más visitados y reputados dentro del ámbito del management. 8

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Aprender constantemente es tan importante como desaprender aquello que ya no es útil. No solamente es importante adaptarse a nuevos procedimientos aprendiendo lo que las necesidades actuales nos están demandando, sino que también es fundamental dejar de hacer cosas que, aunque en su momento fueron de utilidad, en el presente ya no sirven y lo único que hacen es entorpecer el necesario aprendizaje y actualización de conocimientos y/o procedimientos nuevos y fundamentales para nuestras funciones o tareas laborales.

Adaptarse a la evolución de las nuevas tecnologías, ya que ellas se pueden convertir en las mejores aliadas para el desarrollo profesional del trabajador o, por lo contrario, pueden ser el obstáculo que nos impida alcanzar puestos de mayor rango o mayores responsabilidades.

En un mercado laboral que se encuentra de manera constante en continua evolución y cambio, las nuevas tecnologías y el rápido aprendizaje y dominio de las mismas juegan un papel fundamental en la adaptación del trabajador a esas nuevas exigencias laborales. Sobre todo, cuando el trabajador tiene ciertas aspiraciones de progreso en su carrera profesional. Cultivar la marca personal para ofrecer un valor añadido que nos diferencie en el mercado de trabajo.

De este modo el trabajador proyecta a sus posibles empleadores o clientes de una manera rápida y sencilla, no solamente las competencias que posee, sino también aquello en lo que puede aportar de más respecto a sus posibles competidores que puedan ofrecer competencias o prestaciones similares.

- DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ORGANIZACIÓN

El talentismo es el nuevo capitalismo, ya que el bien escaso no es el capital sino el talento. Las organizaciones deben procurar disponer de este talento dentro de sus plantillas, ya sea captándolo desde fuera de ellas y/o potenciando y manteniendo el que ya tengan dentro.

El tamaño ha dejado de ser un factor crítico, ya que anteriormente las empresas grandes estaban por encima en todos los aspectos respecto a las pequeñas, pero ahora son las que mejor se adaptan a las nuevas necesidades del mercado quien logra tener ventaja competitiva.

En este sentido, a veces la empresa pequeña puede tener una cierta ventaja en cuanto a la agilidad o capacidad de reacción ante una situación concreta. Haciendo un símil podemos ver que para una lancha motora es mucho más fácil y rápido cambiar el rumbo que para un transatlántico.

El acelerado proceso de automatización y robotización necesitará de profesionales que se centren en la adquisición de nuevas capacidades y habilidades para desarrollar nuevos procesos, paso que considero que deben dar todas las organizaciones. Aunque

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

el “como” lo implemente cada compañía en su sector correspondiente será lo que marcará su evolución en el mercado. 9

De esta afirmación es fácil inferir la suprema importancia que para cualquier organización representa la continua actualización tanto de sus recursos materiales (maquinaria y tecnología) como personales (profesionales competentes).

Lo intangible (clientes, marca, reputación…) pasa a ser mucho más valioso que lo tangible (infraestructuras, maquinaria, instalaciones…).

Sin pretender restar la importancia que tiene todo aquello que es tangible en una organización, ahora también debemos prestar especial atención en todo aquello que es intangible pero cuya correcta gestión puede marcar la diferencia entre una organización exitosa o una organización mediocre o abocada al fracaso. Un ejemplo de ello, son los “departamentos de atención al cliente” que las empresas tratan de mimar para que sus clientes no dejen de serlo. La ética empresarial y la responsabilidad social corporativa adquiere una gran importancia.

En un entorno globalizado en el que un problema en un lugar del mundo puede afectar de cierta manera al resto, como puede ocurrir por ejemplo con la sostenibilidad del planeta, aquellas organizaciones que dentro de su política empresarial dediquen recursos a mejorar o facilitar la calidad de vida de la sociedad en general (uso de energías renovables) o de ciertos sectores en particular (ayudas a personas sin hogar), estarán al mismo tiempo potenciando su imagen como marca y mejorando su situación competitiva al ofrecer un valor añadido más.

“NO ES LA ESPECIE MÁS FUERTE LA QUE SOBREVIVE
NI LA MAS INTELIGENTE
SINO LA QUE MEJOR SE ADAPTA AL CAMBIO”.
Charles Darwin.

NUEVO ROL DEL DEPARTAMENTO DE RR.HH:

En el futuro, la función que realizará el departamento de RR.HH deberá adquirir más importancia en la organización, pasando a ser una pieza clave en la capacidad de adaptación de la compañía frente a los cambios que vengan motivados del entorno VUCA.

Para lograrlo, tendrá que estar muy cerca del negocio para tener la mayor información posible, así como un gran conocimiento de la empresa y de las personas clave que forman parte, ya que la estrategia deberá girar en torno a éstas

También deberán apoyarse en los managers de la compañía para implementar sus iniciativas y gestionar a los empleados, teniendo en cuenta las nuevas condiciones del

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

entorno, así como sacar el mayor rendimiento que ofrece la tecnología para tomar decisiones que puedan tener un valor diferencial en la compañía.

Para ello, según un estudio de PWC Trabajar en 2033 considera que deberán liderar las siguientes acciones:

- Ayudar a la dirección a comunicar la visión del cambio definida, saber a dónde nos dirigimos y qué perseguimos.
- Identificar e involucrar a todos los líderes y colaboradores afectados por el proceso de cambio, así como crear una red de agentes del cambio que ayude a conducir su adopción en las diferentes unidades de la organización.
- Mantener el compromiso a lo largo de la organización a través de la comunicación, la formación y teniendo en cuenta los cambios culturales que conlleva.

Por otra parte, en el estudio apuntan lo siguiente "La función de RR.HH también deberá anticipar las capacidades y los perfiles que serán necesarios para transformar el negocio con el fin de disponer de ellos con tiempo suficiente para su capacitación o su reclutamiento".

Es por eso, que tiene que haber una gran sinergia entre el departamento de RR.HH y las distintas áreas de negocio, "RR.HH debe ser capaz de mantener una conversación productiva con los managers del negocio. Esto significa que debe entender y conocer bien sus claves, sus necesidades, sus posiciones críticas, a sus mejores profesionales, el negocio y su entorno empresarial, tanto en el momento actual como en su evolución futura, para generar este diálogo, diseñar soluciones efectivas y ganar influencia estratégica" para valorar cual es la mejor acción posible en cada momento y en que área aporta mayor valor el departamento de RR.HH, que siguiendo a lo indicado, se centra básicamente en el área de selección y formación.

No obstante, nos encontramos ante ciertas limitaciones por la falta de indicadores dentro del ámbito del trabajo, ya que es muy complicado cuantificar el impacto de los proyectos de RR.HH, puesto que requiere un gran esfuerzo realizar estas mediciones y la mayoría de profesionales que se dedican al sector de RR.HH no tienen la experiencia ni los conocimientos para realizar estas valoraciones, donde entre otras cosas, no es algo que se enseñe en las aulas.

Tal y como apunta Dave Ulrich "Una de las debilidades más comunes de los profesionales de recursos humanos es el miedo a los resultados medibles cuantitativos".

Sin embargo, para paliar estos efectos, considero que tal y como establece el autor en su obra Recursos Humanos Champions (1977) es importante aplicar los cuatro roles que menciona, que son los siguientes:

- Experto en administración y gestión, subrayando la necesidad de enfocarse en la eficiencia de los procesos, con apoyo de la tecnología y de la externalización

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

[5] PwC (PriceWaterhouseCoopers): Es reconocida como una de las firmas de consultoría de las Big Four. Es la firma de servicios profesionales más grande del mundo, prestando servicios de auditoría, consultoría y asesoramiento legal y fiscal a las principales compañías, instituciones y gobiernos a nivel global.
[6] Dave Ulrich: Es considerado como el "padre de los RR.HH modernos" por la revista HR Magazine. Es profesor de la University of Michigan's Ross School of Business y socio de RBL Group, empresa consultora que se enfoca en ayudar a las organizaciones y líderes a generar valor. En su obra explica el famoso modelo de gestión de RR.HH de los 4 roles. 11

- Líder de efectividad y socio de trabajadores, para gestionar la contribución de los trabajadores y apoyarles en sus necesidades, involucrando a éstos en la organización y que se sientan partícipes. Para ello, es importante estar cerca de los trabajadores, escucharlos activamente y dotarles de recursos para potenciar sus cualidades.
- Agente de cambio, para impulsar la cultura de la organización e implementar las evoluciones en los distintos sistemas de trabajo. También destaca la necesidad de comprender los cambios en la empresa para que haya una adaptación sostenible de los equipos de trabajo y, sobre todo, que no se produzca el efecto adverso en esta transición.
- Socio estratégico, siendo este rol el que más destacaría entre los cuatro porque es el que dota de sentido a todo lo mencionado anteriormente.

Consiste en alinear la estrategia de RR.HH con la estrategia de los negocios. El fin es contribuir en la consecución de los objetivos de la compañía, asesorar y gestionar las problemáticas del negocio y valorar como influye en el cliente final, donde destaca la necesidad de comprender bien el negocio, para generar soluciones que contribuyan a una toma de decisión más eficaz y a la implementación de estrategias más eficientes.
Para ello, se inventa la figura del Human Resources Businees Partner, donde este profesional debe tener un amplio conocimiento del sector y de la empresa en la que forme parte, ya que esta ventaja competitiva la deberá relacionar con la estrategia, objetivos, políticas y procedimientos de los RR.HH.
De todas maneras, más que la calificación propia del puesto, lo importante es que dentro del departamento de RR.HH se realicen las funciones que detallaré a continuación, ya que la misión principal del puesto consiste en saber gestionar el capital humano de forma proactiva, tanto para los equipos y colaboradores internos como para el desarrollo de la propia organización, además de ser capaz de liderar procesos, estrategias y la gestión del cambio.
Las funciones en las que se deberá responsabilizar, bien al "Human Resources Business Partner" si existe la figura en la organización o bien al departamento de RR.HH son las siguientes:
- A nivel estratégico::

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

• Alinear las estrategias y operativa de RR.HH con el desarrollo del negocio de la organización, fortaleciendo el capital humano y el valor que las personas pueden aportar a la compañía.

• Liderar proyectos de innovación organizacional, siendo el enlace entre el área de RR.HH y las áreas de negocios.

- A nivel operativo:

• Construir soluciones para el mejor desarrollo, productividad y bienestar de la empresa, creando un entorno de trabajo humano donde cada persona quiera dar lo mejor de sí misma.

• Dar feedback inmediato e instantáneo sobre todos los procesos, procedimientos e iniciativas de RR.HH.

• Apoyar a los trabajadores y colaboradores para que puedan lograr sus objetivos de negocio. ➢ Actuar como enlace entre los colaboradores (abogados, recruiters, auditores,etc) y el área de RR.HH o la dirección general.

• Tener en cuenta la gestión de diversidad que hay en la empresa (sexo, origen racial, discapacidad, creencias religiosas etc), movilidad y los intereses de todos los miembros de la organización.

• Identificar procesos automatizables y área de mejora para ser más eficientes.

- A nivel de captación del talento:

• Comprender el funcionamiento del mercado, para identificar necesidades emergentes y prever los perfiles que serán necesarios para llevar a cabo una ajustada provisión de personal, además de buscar las mejores vías de reclutamiento para incorporarlos a la empresa.

En este caso, es adecuado externalizar varios procesos: aquellos que requieren un reclutamiento masivo, mediante empresas de Trabajo Temporal o aquellos que requieran la cobertura de un puesto muy específico mediante Consultoras de Selección especializadas

• Formar o incorporar a profesionales de RR.HH en cada una de las principales áreas de la empresa, para que puedan dar soluciones desde la perspectiva de la gestión de personas.

- A nivel de desarrollo de personas:

• Diseñar programas de formación, para anticiparse de forma proactiva a las necesidades de los colaboradores en términos de formación y desarrollo de carrera.

• Identificar el talento y evolucionar a las personas de alto potencial, procurando que puedan desarrollar su talento dentro de la organización.

• Diseñar planes de sucesión para las personas con talento que tengan un puesto clave en la compañía, con la idea de preservar el capital intelectual en la empresa y que éste aspecto no suponga una pérdida de ventaja competitiva en el futuro.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Actuar como “coach” para todos los miembros de la empresa cuando sea necesario, con la idea de asesorar, aconsejar e influir.
- Conocer en profundidad a todas las personas que gestiona para potenciar al máximo su rendimiento, para ello, se tienen que identificar las competencias, habilidades y cómo estas pueden adecuarse en la ejecución del puesto de trabajo de cada profesional.
- Colaborar en el proceso de evaluación del rendimiento desde una perspectiva positiva de mejora continua

De esta manera, si los departamentos de RR.HH son capaces de ahondar en estos aspectos, considero que su labor será muy provechosa y su rol será clave en el desarrollo y la evolución de la compañía.

Aunque para ello, requiere de colaboración y cooperación de todos los miembros de la organización, especialmente de los directivos y gerentes, donde hacer ver la importancia de estos elementos suele ser complicado y muchas veces no se llega a completar, debido a que los resultados de estas acciones suelen ser a largo plazo e intangibles o muy complicados de medir con indicadores, ya que el foco está centrado en las personas que forman parte de la organización y no tanto en la obtención de resultados a corto plazo.

7. DESARROLLO E IMPLEMENTACION

Actualmente, estamos en un entorno donde todo cambia muy rápido y la vida laboral de cualquier profesional no va a ser una excepción.

El concepto del “trabajo para toda la vida” tiende a desaparecer en el nuevo escenario sociolaboral, ya que lo más habitual será trabajar para distintas organizaciones, en diferentes puestos de trabajo o en otros sectores a lo largo de la carrera profesional e incluso trabajar por proyectos con distintas empresas a la vez.

La evolución de la tecnología, el aumento de la esperanza de vida y la cobertura de las necesidades personales son los factores clave de este cambio.

Inevitablemente, esto implica que los profesionales del presente y del futuro deberán desarrollar nuevas competencias para adaptarse a este cambio de mentalidad en el mercado de trabajo.

Tal y como indica Corinne Mills “Claramente, el aprendizaje continuo y la agilidad profesional van a ser esenciales. Los puestos de trabajo están cambiando rápidamente, a medida que la tecnología comienza a complementar, a redefinir y a sustituir potencialmente algunos puestos de trabajo existentes.

Las personas tendrán que prestar atención a las posibles opciones profesionales y trabajar de manera proactiva para desarrollar los nuevos conocimientos y competencias necesarias. Es probable que la gestión proactiva continua de la carrera profesional sea esencial para garantizar una empleabilidad continuada”.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En este sentido la formación profesional para el empleo o formación continua va a tener un papel importante tanto en el presente como en el futuro. Este continuo aprendizaje por parte de los distintos profesionales de cualquier nivel dentro de la empresa necesitará acceder, ya sea de manera individual o a través de la propia empresa, a las diferentes formaciones que les permitan actualizarse respecto a las nuevas exigencias, tanto de su puesto de trabajo actual como del mercado laboral en general. En este último caso es muy probable que muchos trabajadores deban reinventarse para poder acceder al mercado laboral en puestos de trabajo incluso completamente nuevos para ellos.

• CREATIVIDAD

Es un recurso imaginativo que incrementa la capacidad de dar una respuesta flexible a las circunstancias externas, ya que puede ocurrir que sea necesario hacer algún cambio en el plan de acción previsto porque es fundamental atender a la realidad.

Es importante encontrar alternativas para avanzar en la dirección inicial, ya que es tan importante el ingenio que pueda tener el factor humano de la organización como que la empresa esté bien dotada de recursos técnicos para que pueda haber creatividad y crecimiento.

• TRABAJO EN EQUIPO

Cada vez es más difícil encontrar un servicio o producto cuya administración o elaboración depende de una sola persona. Al contrario, lo que ocurre es que cada vez más estos productos o servicios requieren de la participación de varias personas, ya sea a través de equipos multidisciplinares o de equipos de trabajo y producción en los que cada persona tiene un cometido específico. Y es la suma del trabajo de todos ellos la que proporciona el servicio o producto final. Ocurriendo que el conjunto de todos ellos nos va a aportar más que la simple suma de sus partes.

El talento y la creatividad individual se fortalece cuando se comparte en un equipo de trabajo ya que se pueden retroalimentar de manera positivaEsto permite colaborar entre los miembros para llegar a unos objetivos comunes en los que todos se sientan partícipes, superando las dificultades y reconociendo los aciertos.

Es por eso, que el trabajo en equipo es un buen aliado para afrontar la volatilidad del mercado, creando un nexo de unión entre personas que afrontan retos u objetivos complementarios dentro de la organización y reduce la incertidumbre, vista desde una perspectiva individual.

Por tanto, si unimos la fortaleza del trabajo en equipo con la creatividad de cada miembro, dará lugar a desarrollar nuevas iniciativas que permitan a la organización avanzar y ser más competitiva.

• PACIENCIA

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El entorno actual está basado en la inmediatez y en los cambios constantes, donde nos tenemos que ir adaptando e ir actuando en consecuencia, ya que gran parte del desarrollo de la organización está orientado en realizar una buena predicción del futuro. No obstante, una persona paciente está focalizada en el presente, ya que se ocupa de aquello que puede gestionar en el día a día para contribuir en la mejora y la evolución actual, cosa que permitirá estar mejor preparados para los nuevos retos del futuro
Por esta razón, es importante que, para fomentar la paciencia entre los profesionales, las expectativas de trabajo estén orientadas en trabajos o proyectos a corto o medio plazo, cosa que permitirá dotar de implicación a los trabajadores en el presente.
De todas maneras, en el horizonte se tiene que vislumbrar el gran objetivo que está por llegar y será un elemento clave en situaciones de incertidumbre o de fracaso del día a día, ya que permitirá al equipo perseverar y seguir hacia adelante.

• ACTITUD PROACTIVA

Una persona proactiva es aquella que actúa como protagonista ante un contexto que está limitado por el cambio y la incertidumbre, comprometiéndose con el cumplimiento de una misión y siendo constante.

Es por eso, que toma la iniciativa para implementar nuevas acciones y ve en este escenario una nueva oportunidad de afrontar la realidad y mejorar.
Esto permite encontrar un equilibrio constante entre el presente y el futuro, ya que todas las decisiones llevadas a cabo tienen un efecto determinado.
De esta manera, los aspectos más relevantes en la vida de una persona que tiene una actitud proactiva no son casualidad, porque las acciones llevadas a cabo tienen consecuencias que suelen repercutir positivamente en su día a día.

• OPTIMISMO

En un entorno cambiante, el profesional puede poner el foco de atención en los aspectos negativos de ese cambio o decidir mantener la atención en las oportunidades que surgen a partir de la situación de evolución.

• AUTOCONOCIMIENTO

El autoconocimiento significa básicamente que la persona conozca y sea consciente de sus puntos fuertes y de sus puntos débiles, de sus fortalezas y de sus debilidades.
Los profesionales deben conocer también las características del entorno al cual pertenecen, pero éstas no les puede condicionar de forma absoluta, ya que tienen que completar estas condiciones junto con el análisis interno que pueden hacer cada uno de ellos y la mezcla de ambos factores son los que determinarán su empleabilidad.

IMPACTO DE LA TECNOLOGÍA EN EL PUESTO DE TRABAJO:

El proceso de transformación tecnológica en el que cada vez más organizaciones se encuentran inmersas, provoca que aumente la preocupación por el impacto que tendrá

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

esta evolución en el mercado de trabajo y, concretamente, en la empleabilidad de profesionales de determinados sectores.

Algunas evidencias hacen pensar que destruirán más empleos de los que se crearán, sobre todo en aquellas profesiones de baja o media cualificación, como por ejemplo: operarios de líneas de producción, administrativos, cajeros, delineantes, agentes de viajes…

La destrucción de parte del empleo actual se podría subsanar con la aparición de nuevas necesidades en el mercado de trabajo, que estén estrechamente relacionadas con la evolución tecnológica y que, por tanto, requiera de la creación de nuevas profesiones y capacidades para la generación de puestos de trabajo.

Concretamente, los sectores más beneficiados de esta "revolución" serán la logística, ciencias, tecnología e ingenierías.

Según César Alierta [8] "el 65% de los estudiantes de primaria trabajará dentro de 10 o 15 años en profesiones que todavía ni existen, ligadas al mundo digital". Esto requerirá una

[8] César Alierta: Es un empresario y abogado español. Fue presidente ejecutivo de Telefónica S.A. desde el año 2000 hasta el 2016 y presidente del consejo empresarial para la competitividad 16

reforma en el sistema educativo a todos los niveles, según Andreas Schleicher "España tiene a graduados con dificultades para encontrar un trabajo, mientras los empleadores dicen que no pueden encontrar perfiles con las habilidades que necesitan. Más aún, demasiados jóvenes españoles no terminan la escuela, para muchos de ellos ha perdido su propósito y relevancia para sus vidas".

Es por ello, que las razones que fundamentan el distanciamiento entre empresa vs trabajador según la Cumbre Mundial para la Innovación en Educación8 apuntan a varios factores: "La falta de: aprendizajes prácticos conectados con la vida real, formación en habilidades que se van a necesitar en el futuro, competencias digitales, flexibilidad, empatía, trabajo en equipo o conocimiento de idiomas. Los consultados piden trabajar más por proyectos y menos a partir de lecciones magistrales o memorísticas".

Por consiguiente, son muchas las voces autorizadas que apuntan a que existe una brecha entre los perfiles que necesitan las empresas y el talento que se incorpora al mercado.De esta manera, considero que existe una falta de coordinación y comunicación evidente, que se tiene que resolver con una reforma profunda del sistema educativo.

Estas modificaciones pasarían por incluir más docentes con experiencia profesional, prácticas obligatorias en empresas, programas formativos con mayores alternativas de especialización y menos generalistas.

Además, la formación no puede terminar al finalizar los estudios e incorporarse al mercado laboral, ya que la formación continuada será un elemento clave para adaptarse

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

a los cambios del entorno y permitirá a los profesionales adquirir nuevos conocimientos y maneras de trabajar

Por tanto, todos estos aspectos son consecuencia de la constante transformación tecnológica y de la respuesta que tienen que dar todos los agentes sociales al entorno VUCA, para orientar a los jóvenes en base a las demandas que exige el mercado de trabajo mediante la educación y la formación, o bien, para reciclar aquellos profesionales que hayan visto reducida su empleabilidad.

HABILIDADES BLANDAS "SOFT SKILLS"

Los profesionales del futuro deberán adaptarse a las necesidades actuales y futuras del mercado laboral, donde la transformación digital y los avances tecnológicos moldearán su desarrollo profesional.

Es de esta manera, que las habilidades blandas definidas como "rasgos, características y competencias personales que informan cómo un individuo se relaciona con los demás y, a menudo, se usa como sinónimo de habilidades sociales o habilidades interpersonales" jugarán un aspecto clave, ya que el conjunto de todas ellas explicará cómo es el profesional.

[9] Andreas Schleicher: Es un estadístico e investigador alemán en el área de la educación. Es director de educación en la OCDE desde febrero del 2012, donde antes ejerció como director del Departamento para Indicadores y Análisis del Directorio para la Educación. 17

Es importante poseer estas habilidades que definiremos a continuación, ya que se podrán utilizar a lo largo de la vida profesional, independientemente del sector o puesto en el que se preste servicios.

"Hasta hace poco, los procesos de reclutamiento se centraban exclusivamente en los conocimientos técnicos y la experiencia profesional, pero hoy en día, los profesionales más demandados por las empresas son los que poseen soft skills, habilidades que van más allá del conocimiento", asegura Roel Koppens .

También añade lo siguiente: "El candidato que posea estas habilidades tiene muchas más posibilidades de desarrollar una exitosa carrera profesional, y de ser promocionado a puestos de liderazgo. Pero, además, facilitarán la adaptabilidad del trabajador, que podrá escoger dónde, cuándo, cómo y con quién trabajar".

Es por ello, que en una sociedad como la actual, donde tenemos acceso a la información de manera instantánea a través de internet y la relevancia que tiene la tecnología en el tejido productivo, considero que la diferenciación de los profesionales tiene que ir encaminada hacia las habilidades blandas.

Entre las más importantes, destacamos las siguientes, tal y como apunta Marcel M. Robles :

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- La habilidad de comunicación, tanto oral como escrita, así como para hablar en público y saber escuchar.
- La cortesía y el respeto en todos los ámbitos, no sólo el profesional.
- La flexibilidad es un valor cada vez más esencial para la adaptación a un mercado en constante cambio.
- La integridad, que incluye tanto a la ética como a la moral o la honestidad, valores necesarios para estar motivado a hacer lo correcto.
- Las habilidades interpersonales: el sentido del humor, la empatía, la paciencia y la sociabilidad son altamente valorados. ✓ La actitud positiva es básica para el trabajo en equipo, ya que el negativismo es altamente contagioso y desmotivador.
- La actitud profesional, entendida como el saber estar y desarrollarse dentro del ámbito de trabajo.
- La responsabilidad, que está íntimamente ligada como el ser disciplinado, meticuloso y puntual, entre otras características.
- El saber trabajar en equipo, tan esencial a la hora de crear sinergias.
- La ética del trabajo, es decir, lo que Robles identifica como el tener voluntad y motivación para el trabajo.

Tradicionalmente, la selección de los candidatos ha dependido principalmente del currículum vitae que refleja los conocimientos, habilidades técnicas, aptitudes del candidato (habilidades duras) que se han adquirido con la experiencia profesional en un puesto de similares o idénticas características. Es por eso, que tal y como indica Sonía Rodriguez Muriel "hoy día se te contrata por tu currículum, pero se te despide por cómo eres". Según un estudio de Linkedin, "el 92% de los encuestados afirman que las habilidades blandas importan tanto o más que las duras a la hora de contratar a un candidato, mientras el 89% de los despidos vienen motivados por deficiencias en las competencias blandas".

Ante este panorama, los profesionales no solo deben adaptarse a las nuevas demandas de las empresas mediante las propuestas comentadas en puntos anteriores, sino que además, deberán poner en valor sus capacidades emocionales, creativas, críticas y analíticas para diferenciarse de los cobots .

MARCA PERSONAL:

La marca personal es la manera en la que comunicamos nuestra misión, visión y valores propios al exterior.

En este aspecto, internet juega un papel clave en la difusión de nuestra propia marca, ya que éste se ha convertido en el lugar al que más profesionales acceden para buscar trabajo.

Según el informe Búsqueda de empleo y reputación digital en la era 3.0 de Adecco , establece lo siguiente: "El éxito para encontrar trabajo pasa por establecer una estrategia en internet que incorpore un diseño de imagen personal y profesional

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

adecuada para atraer a los reclutadores, ya que el 73% de éstos admite utilizar las redes sociales para identificar y conocer posibles candidatos."

Linkedin, significó una revolución para los reclutadores al tener a disposición perfiles profesionales de todo el mundo. De ahí, la relevancia que adquiere el hecho de tener un perfil profesional acorde a la imagen que quieres implementar, donde Jorge Zuazola apunta lo siguiente "solo se debe aceptar a usuarios relevantes en el sector que se busca empleo, la foto de perfil debe ser profesional y hay que resaltar con un par de líneas aquello en lo que destacas para que el reclutador se haga una idea en menos de 30 segundos de tu perfil profesional".

No obstante, el contenido de las publicaciones en redes sociales, son observados con detenimiento por cada vez más empresas. Conductas tales como: escribir con faltas ortográficas, utilizar un lenguaje vulgar o publicar información que pueda suscitar algún tipo de conflicto puede ocasionar pérdida de oportunidades.

[12] Sonia Rodriguez Muriel: Licenciada en Pedagogía y Máster en Dirección de RR.HH. Actualmente es Directora de RR.HH de Lactalis-Puleva.

[13] Cobots: Los cobots pueden realizar prácticamente cualquier tarea manual, con la adecuada aplicación de robótica colaborativa y sus accesorios correspondientes. Generalmente se dedican a realizar los trabajos más repetitivos y manuales, pero también pueden encargarse de trabajos que suponen un riesgo para los operarios, como el manejo de piezas cortantes o trabajos en temperaturas hostiles. Están diseñados para trabajar con personas, pueden incluso interactuar con ellas y pueden programarse previamente o en tiempo real de una forma muy sencilla, sin necesidad de una alta cualificación o formación previa

[14] Adecco: Es una empresa de trabajo temporal dentro del grupo internacional de soluciones profesionales. Los resultados se extraen del Informe Búsqueda de empleo y reputación digital en la era 3.0 de Adecco consultado a 17.270 candidatos y 1.500 reclutadores.

[15] Jorge Zuazola: responsable del Curso para Capitalizar y Monetizar en Linkedin en el Centro de Estudios Financieros (CEF).

Según un estudio de Infojobs "1 de cada 5 empresas ha descartado a personas por su actividad digital. Facebook es la más consultada por las empresas. Un 84% de las compañías que revisan los perfiles sociales de los candidatos declaran utilizar esta red para obtener información de los perfiles entrevistados. En segunda posición se sitúa LinkedIn, consultada por un 79% de las empresas que revisan las redes sociales en los procesos de selección. En tercer lugar, se sitúa Instagram, utilizada por el 49% de las empresas que revisan los perfiles. Twitter, por su parte, está en la cuarta posición, siendo utilizada por el 36% de las empresas."

Es por ello, que considero que debemos mostrar una imagen homogénea en las redes sociales y utilizarlas en función del interés que tengamos respectivamente en cada una de ellas.

RETOS DEL DEPARTAMENTO DE RR.HH

En el contexto actual y futuro, tanto la dirección de las empresas como los responsables de RR.HH están llamados a introducir nuevas políticas de gestión para poder atraer y

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

mantener el talento que necesita la organización para seguir evolucionando y creciendo dentro de su ámbito.

En esta nueva era, el capital humano es cada vez más diverso fruto de la globalización, más digital fruto del impacto que está teniendo la tecnología en nuestras vidas y, sobre todo, está más preparado académicamente y tiene mayor capacidad de razonamiento por la confluencia de estos aspectos que generaciones pasadas.

Considero que una de las citas históricas que nos dedicó Henry Ford "Pensar en el trabajo más difícil que existe. Quizá sea esta la razón por la que haya pocas personas que lo practiquen" se está invirtiendo en estos nuevos tiempos ya que hemos pasado de una sociedad industrial a una basada en el conocimiento.

Al mismo tiempo, las necesidades y expectativas de las empresas también están evolucionando a una velocidad exponencial, se encuentran con clientes más exigentes ya que tienen más posibilidades de elegir un producto u otro y, a la misma vez, están más informados que hace un tiempo atrás.

Ello, genera un reto enorme para las organizaciones que se tienen que adaptar a nuevos criterios y evidentemente, el eje central como no podría ser de otra manera, son las personas.

Para gestionar esta situación, considero que son clave algunas de las medidas que ha elaborado Bizneo HR y son las siguientes:

- MOTIVACIÓN EN LA GESTIÓN DEL PERSONAL

[16] Infojobs: Es una bolsa de empleo privada online, especializada en el mercado español, italiano y brasileño.

[17] Henry Ford: Fue el fundador de la compañía Ford Motor Company y padre de las cadenas de producción modernas utilizadas para la producción en masa. La introducción del Ford T en el mercado automovilístico revolucionó el transporte y la industria en Estados Unidos

[18] Bizneo HR: Es una start-up innovadora que se centra en la creación de proyectos para el empleo, tanto para los candidatos a un puesto laboral como para las empresas que buscan nuevos trabajadores. 20

El objetivo principal del departamento de RR.HH tiene que pasar por conseguir unos estándares elevados de satisfacción laboral en los empleados, para que éstos se identifiquen con la organización y aumente la productividad

Para ello, existen varios sistemas que provocan un aumento significativo de la motivación laboral en los empleados, considero que los más relevantes son los siguientes:

- MEJORAR LA CONCILIACIÓN LABORAL-FAMILIAR

Desde mi punto de vista, esta medida hay que aplicarla de forma equitativa en la organización, sin hacer ninguna distinción de discriminación positiva a no ser que sea algo expresamente justificado y genere consenso entre los afectados, ya que depende como se aplique, puede generar el efecto adverso con mayores cargas de trabajo o más dificultades de coordinación entre los miembros del equipo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Sin embargo, es evidente que juega un papel muy destacado, ya que es muy valorado hoy en día por los profesionales el hecho de disponer tiempo para conciliar con su vida privada.Es por ello, que deberá implementarse con mayor intensidad en los nuevos tiempos y, seguramente, aportará un valor diferencial en la compañía que se traducirá en más motivación y eficiencia por parte de los empleados.

- OFRECER FORMACIÓN Y PLANES DE CARRERA

Las personas cada vez tienen más expectativas de crecimiento profesional, aprendizaje y especialización, es por ello, que este es un aspecto básico en la gestión empresarial, ya que para captar y fidelizar talento es importante que los profesionales de la organización alcancen sus metas.

De esta manera, adaptarse y evolucionar a la vez que lo hace el mercado de trabajo es fundamental para alcanzar los objetivos propuestos.

Es por ello, que considero que el microlearning (micro aprendizaje) definida según Randstad como "pequeñas píldoras de información cuyo objetivo es hacer que los empleados puedan llevar a cabo su trabajo de forma mucho más eficiente, al contar con recursos siempre accesibles, siendo una estrategia de aprendizaje combinado, en la que se une la demanda de información (just in time) y los micro contenidos. Este aprendizaje, favorece la asimilación de nuevos conocimientos y conceptos de una manera mucho más rápida y eficaz" puede ayudar a las organizaciones a cumplimentar los objetivos de una manera más eficiente ya que los profesionales tendrán la información que necesitan disponible para poderla ejecutar e implementar en la organización cuando se requiera.

- RECONOCER LA LABOR DE LOS TRABAJADORES

El reconocimiento es una herramienta de gestión que refuerza el vínculo entre la empresa y los trabajadores, ya que cuando se distingue a una persona competente,

[19] Randstad: Es una sociedad activa a nivel internacional que actúa dentro del dominio del trabajo temporal y de los servicios en RR.HH 21

incide positivamente en su rendimiento. Tal y como escribió Jack Welch en su libro Triunfar (2006) "Los líderes capacitan a sus empleados para que hagan correctamente su función, los motivan y reconocen los logros de su equipo y lo celebran en grande".

Además, en esta línea Maricruz Torres apunta lo siguiente "Los colaboradores necesitan saber que su trabajo es útil, que sus esfuerzos son reconocidos por la empresa. Reconocer la labor influye incluso en la retención de los ejecutivos y empleados talentosos: una remuneración adecuada y justa, un ambiente de trabajo agradable y motivante y, uno de los factores más importantes, el reconocimiento al desempeño y al esfuerzo".

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Es por eso, que estas posibilidades ofrecen una mejora de la imagen pública de la compañía, generalmente mayor compromiso y satisfacción de los empleados, más productividad, menos absentismo y menos rotación.

- DETECTAR Y FIDELIZAR EL TALENTO

Las estructuras de los departamentos de RR.HH están evolucionando, tal y como he comentado en anteriores puntos del trabajo, precisamente para detectar y fidelizar el talento. Cada vez hay más profesionales de ámbitos concretos como formadores o psicólogos que contribuyen a lo que en este punto nos ocupa.

Las misiones principales que tienen estos profesionales son las siguientes:

- SELECCIONAR A PERSONAS COMPATIBLES CON LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN

Además de evaluar a los candidatos en conocimientos técnicos y experiencia, considero que no es éste el aspecto más relevante en la toma de decisión.

Lo sustancial, es el encaje que esta persona pueda tener con la cultura empresarial, donde juega un papel importante las competencias y habilidades blandas o "soft skills" que pueda tener el candidato y, por tanto, la capacidad de relación que tenga el reclutador sobre su conocimiento de la organización y la valoración que realice sobre el candidato.

Es por ello, que esta información la podemos sustraer de la misión, valores y competencias organizacionales de la compañía, sin olvidar, lo que esperan los directivos de cada área de la empresa en su equipo, ya que dependiendo el departamento puede haber ciertos matices que es importante detectar previamente y tenerlo en cuenta en la valoración de los candidatos.

- CULTIVAR LA COMUNICACIÓN INTERNA

Es una herramienta importante para que los trabajadores interioricen la cultura de la empresa, estén informados, participen en la toma de decisiones y se creen relaciones interpersonales dentro de la compañía, además, considero que ofrecer una imagen transparente es básico para lograr el mayor rendimiento de cada uno de ellos.

[20] Jack Welch: Era un famoso empresario conocido por haber tomado las riendas de General Electric en uno de sus momentos más críticos y ponerla en uno de los primeros lugares del mercado. También conocido escritor, por obras como Triunfar

[21] Maricruz Torres: Directora del Centro de Desarrollo Profesional del ITAM de México. 22

- PROPICIAR UN BUEN CLIMA LABORAL

Evaluar el grado de satisfacción laboral mediante encuestas de clima laboral nos permitirá recabar información sobre la percepción de los trabajadores.

Para ello, se tienen que elaborar con cierta periodicidad y las debemos adaptar a cada organización, ya que la casuística dependiendo del sector puede ser variada, pero en

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

cada una de ellas debemos extraer informaciones básicas como detectar los conflictos humanos de la empresa que puedan afectar al trabajo, así como las necesidades de los trabajadores. De esta manera, analizaremos el trabajo de la compañía con los empleados y permitirá aprender a la organización, cosa que reducirá el riesgo en la toma de decisiones.

Todas estas acciones, deberían incidir en términos relativos en una reducción de la rotación, absentismo y en un aumento de la rentabilidad.

Para lograr medir todos estos aspectos anteriormente mencionados y obtener los resultados esperados, es necesario que la evaluación se realice mediante indicadores como la calidad del trabajo en equipo, el liderazgo y las tareas de supervisión, la identificación de las oportunidades de promoción interna, las condiciones de trabajo particulares y generales, la comprensión de los objetivos generales de la compañía y las políticas de retribución.

Por último, es importante el anonimato de dichas actividades para garantizar la imparcialidad y sinceridad de cada uno de los participantes.

COVID-19. LA CRISIS COMO OPORTUNIDAD:

El nuevo coronavirus Covid-19 tuvo su origen en un mercado de animales de la ciudad de Wuhan (China). De todas formas, los coronavirus conviven con el ser humano desde siempre, y hay muchos tipos, tanto en animales como en humanos.Sin embargo, el primer análisis comparativo de este nuevo brote surgido en Wuhan, determinó que era suficientemente distinto a los anteriores detectados y pasó a ser considerado como una nueva enfermedad, la Covid-19.

Ha sido tal el impacto causado a nivel mundial, sobre todo por la rápida propagación del virus y el número de fallecidos que están registrando cada vez más países, que la OMS (Organización Mundial de la Salud) declaró el 11 de marzo de 2020 que el coronavirus se convertía en una pandemia, obligando a una amplia lista de países a adoptar medidas excepcionales.

Concretamente en España, se ha aprobado el “Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19” en el que se limita la libertad de circulación de las personas, se cierran locales y comercios que no sean de primera necesidad, se suspenden todas las actividades relacionadas con la cultura, hostelería, salones recreativos, entre otras muchas.

Esta emergencia sanitaria, sumada a la restricción de derechos y al confinamiento de las personas en sus casas, nos lleva a pensar que detrás de esta crisis sanitaria vendrá una profunda crisis económica o, mejor dicho, marcará un antes y un después en nuestras vidas ya que nunca hemos vivido algo similar. En esta línea, Fernando Botella apunta lo siguiente: “En primer lugar, se trata de algo muy nuevo y repentino.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

No es el tipo de incertidumbre con la que estamos acostumbrados a manejar, la que podemos anticipar y vemos venir desde lejos.

En segundo lugar, no hay experiencias pasadas que nos sirvan de referente. Nadie de 50 o 60 años ha vivido algo similar, así que hay que reinventar completamente la respuesta".

Es por ello, que para muchas personas acudir al puesto de trabajo se ha convertido en una odisea, además de ir equipados con los equipos de protección individual que sugiere el gobierno como guantes, mascarilla… tenemos cumplir normas de distanciamiento social, aspecto que va en contra de nuestra propia naturaleza.

En este contexto, cabe pensar que el rendimiento en el puesto de trabajo se vea afectado, en la línea que apunta Manuel Armayones "Es absolutamente normal que seamos algo menos productivos estos días, que estemos más preocupados y menos concentrados que de costumbre. Hay sucesos de rango superior que están ocurriendo y es difícil sustraerse a ellos. Pero no tenemos que mortificarnos por bajar un poco el ritmo. Hay que ser un poco benevolentes con nosotros mismos y con los demás".

Considero, que esta crisis sanitaria pondrá a prueba la capacidad de resiliencia y recuperación de cada una de las personas que nos veamos afectadas.

Para ello, debemos gestionarlo desde el positivismo y poner en práctica, ahora más que nunca, las competencias del entorno VUCA mencionadas al principio del trabajo, ya que en la línea que apunta Elisa Sánchez "Hay que ser flexible ante la avalancha de cambios que se están produciendo, y asumir que esta va a ser la tónica que nos va a acompañar durante un tiempo, porque más que nunca, vivimos en un entorno VUCA, con C de coronavirus".

De esta manera, para minimizar el impacto amenazante que supone el coronavirus e intentar aprovechar al máximo las oportunidades que nos puede brindar esta situación, he considerado oportuno realizar las siguientes indicaciones:

1.-POTENCIAR LAS HABILIDADES BLANDAS "SOFT SKILLS"

A pesar de las reformas que está haciendo el gobierno para conservar los máximos puestos de trabajo con los ERTE (Expediente Regulación Temporal de Empleo) es evidente que se va a llevar por delante muchos puestos de trabajo, ya que muchas PYME (Pequeñas y medianas empresas) que según el Consejo Internacional de la pequeña empresa (ICSB) representan el 99'8% del tejido empresarial español y generan el 65'9% del empleo se van a ver muy afectadas y van a tener que prescindir de capital humano por falta de liquidez.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

[22] Fernando Botella: CEO de Think&Action, consultora especializada en desarrollo de talento y en innovación y transformación organizativa. Es el responsable del diseño, la creación y el desarrollo de las escuelas de liderazgo de grandes compañías.
[23] Manuel Armayones: Director de Desarrollo del eHealth Center de la UOC y Profesor Asociado de los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación.
[24] Elisa Sánchez: Psicóloga laboral y profesora de la UDIMA. 24

Es por ello, que considero que las habilidades blandas van a jugar un papel fundamental en la empleabilidad de aquellos trabajadores que se queden desempleados y, también, en aquellos que mantengan su puesto de trabajo, puesto que las exigencias del mercado serán distintas a como las conocemos.

2.- MÁS COMUNICACIÓN EMPRESA-TRABAJADOR

Es el momento de no ocultar ningún tipo de información, de hablar de tú a tú a los empleados para que entiendan que son parte de la solución y así remar todos en la misma dirección. Considero que es importante hacerles entender que es mejor que "perdamos todos un poco" a que "unos pocos lo pierdan todo". En definitiva, es preciso humanizar, más si cabe, la relación empresa-trabajador y crear cohesión entre todos los miembros, fomentando vínculos de confianza y solidaridad por parte de la empresa e implicación por parte del trabajador.

3.- GUERRA POR EL TALENTO

El coronavirus nos va a hacer recapacitar sobre nuestras vidas, preguntas como: ¿Para qué trabajo? ¿Para quién? ¿Cuál es la misión de mi trabajo? ¿Me gusta mi trabajo? van a oscilar en la mente de muchos profesionales durante el período de crisis que estamos inmersos. A consecuencia de esto, creo que vamos a entrar en una guerra por atraer el mejor talento.

Considero que los llamados "millenials o Generación Y" nacidos entre 1980-1999, van a ser los principales protagonistas de esta guerra, porque con carácter general, son los que más experiencias diferenciales quieren vivir como empleados y los que menos sentimiento de arraigo tienen con la compañía a la que prestan servicios.

Fundamentalmente, buscan sentirse importantes en su compañía y formar parte de un equipo o proyecto que aporte valor a la sociedad y, posiblemente, el cambio que viene por delante a causa de la Covid-19 pueda facilitar estos intercambios.

A diferencia de estos, creo que la llamada "Generación X" nacidos entre 1965 – 1979, van a valorar más si cabe la estabilidad laboral y el hecho de pertenecer a una organización un tiempo prolongado por la incertidumbre que está causando esta alarma sanitaria en la economía global.

En definitiva, considero que la crisis de la Covid-19 va a polarizar un poco más las conductas de las dos generaciones que protagonizan las relaciones laborales en el actual mercado de trabajo.

4.-MÁS TELETRABAJO:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El teletrabajo o trabajo a distancia se define según Wikipedia como “El teletrabajo, o trabajo a distancia, permite trabajar en un lugar diferente a la oficina. El trabajo se realiza en un lugar alejado de las oficinas centrales o de las instalaciones de producción, mediante la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación”.

Considero que adquirirá más relevancia con la crisis del coronavirus, ya que esto nos obliga a dejar de premiar el presentismo y empezar a tener confianza en los profesionales que hemos contratado, ofreciendo herramientas de comunicación y productividad ágiles para mejorar su experiencia como empleados y ayudarles a alcanzar el máximo de su desempeño para el bien de la empresa.

Valentín Bote , apunta lo siguiente: “El teletrabajo es sin duda una opción muy positiva tanto para trabajadores como empleados. Al profesional le permite seguir llevando a cabo su actividad laboral habitual mientras ahorra tiempo improductivo que le permite conciliar su vida personal con la profesional y, a su vez, la empresa contribuye a la satisfacción del empleado, lo que sin duda redunda en una mayor eficacia, y en consecuencia, en resultados de negocio más positivos”.

Además, añade lo siguiente: “Pero, sobre todo, contar con medidas de teletrabajo y flexibilidad dada la situación que estamos viviendo en relación a la Covid-19 supondrá una ventaja competitiva y diferencial para hacer frente a esta crisis, en la que aquellas empresas que ya lo tuvieran implantado o hayan sido capaces de reaccionar a tiempo, verán minimizado el menoscabo económico”.

Es por ello, que la transformación digital, más que una medida de conciliación laboralfamiliar se está convirtiendo en una ventaja competitiva y diferencial que puede suponer el éxito o el fracaso de una organización en el contexto actual.

CONCLUSIONES

En primer lugar, considero que debemos percibir el conjunto de los cambios que vienen determinados por el entorno VUCA de manera positiva, es decir, ver que se nos presenta una oportunidad de mejorar y evolucionar.

De todas maneras, no es tarea fácil pensarlo, ya que formamos parte de una sociedad que se nos ha educado desde el miedo y en base a unos estándares determinados, enseñándonos a vivir en función de lo que la sociedad espera de nosotros y no en base a lo que nosotros deseamos ni a llevar a cabo nuestros sueños.

Pienso que la tecnología va a transformar las relaciones laborales en la mayoría de sectores, como consecuencia de ello, se destruirán empleos, pero también se crearán nuevos, pero lo que no logrará transformar nunca la tecnología será la mente humana y, es ahí, donde tenemos el deber de potenciar nuestra marca personal. Para ello, creo que son clave los tres elementos que he comentado en el transcurso del estudio, como

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

la adquisición de habilidades blandas, aprendizaje continuado y mostrar una imagen homogénea en las redes sociales, cada vez más relevantes en la toma de decisión de las empresas.

En segundo lugar, considero que las organizaciones y, en concreto, el departamento de RR.HH juega un papel clave en la transformación digital y en la transición en la que nos encontramos.

A medida que avance el tiempo, creo que el liderazgo empresarial va a ir cogiendo más importancia en la captación y fidelización del talento, aspecto que tendrá un impacto causal en la consecución de objetivos de la compañía, ya que el verdadero valor no es el capital sino el talento, las personas.

Para ello, creo que es fundamental para una organización diferenciarse de las demás e incidir en aspectos que puedan contribuir a la mejora y al bienestar del trabajador, como puede ser, el favorecer una mejor conciliación laboral-familiar con más teletrabajo u horarios menos rígidos y más flexibles, reconocer la labor de los trabajadores o también ofrecerles un proyecto o plan de carrera.

En definitiva, estas medidas lo que buscan es maximizar el rendimiento del profesional en la organización y abandonar los antiguos métodos de control basados en el presentismo y en el cumplimiento de un horario de trabajo que, a mi juicio, generan el efecto contrario a los fines perseguidos por la organización.

Para abordar estos aspectos, considero que la función de RR.HH es clave y, para ello, es importante tener una visión integral del negocio.

Es por eso, que considero que la figura del "Human Resources Business Partner" o la realización de sus mismas funciones por el conjunto del departamento de RR.HH adquiere mucha relevancia en el impacto que puedan tener las medidas adoptadas en el desarrollo del negocio, ya que es preciso conocer todos los elementos de la organización para reducir el riesgo en la toma de decisión.

Además, la incorporación de profesionales especializados en un ámbito concreto al departamento de RR.HH como psicólogos, formadores, etc. Creo que pueden aportar una visión distinta a la actual y que puede marcar diferencias en la ventaja competitiva de la organización, tanto a nivel de fluidez comunicativa como de adquisición de talento que encaje con la cultura y valores propios de la compañía.

En tercer lugar, nos hemos encontrado ante una situación nueva e inesperada a nivel mundial, que, sin lugar a dudas, va a tener un impacto en el desarrollo y en el futuro de cada una de nuestras vidas como es el coronavirus.

La magnitud y las consecuencias socioeconómicas están por ver, ya que ahora mismo, nos movemos precisamente en un contexto VUCA en su máxima exponencialidad, como nunca habíamos vivido ninguna de las generaciones presentes en el planeta.

En mi opinión, considero que va a tener un gran impacto en el ámbito de las relaciones laborales y en la gestión de RR.HH, tanto en aquellos que pierdan su empleo, los que lo

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

mantengan y en los que se vean obligados a cerrar su negocio por falta de liquidez o demanda, ya que las prioridades de la sociedad o al menos por un tiempo, van a estar centradas en la subsistencia, en el abastecimiento de bienes básicos y en el ahorro ante la incertidumbre que ha generado esta crisis.

Aun así, considero que, en cada momento, por difícil o complicado que pueda llegar a ser, se presentan oportunidades que debemos aprovechar, y éstas vienen determinadas por el desarrollo de nuestras habilidades blandas, de la comunicación, de la solidaridad o la confianza.

En definitiva, el grado de humanidad que demostremos entre nosotros, será el que, en mayor o menor medida, determine nuestro presente y futuro.

BILIOGRAFIA

1-Puebla, Santiago (2014). El 60% de la productividad de una compañía está vinculada al talento: RR.HH Press. Recuperado de: https://www.rrhhpress.com/tendencias/25865-el60-de-la-productividad-de-una-compania-esta-vinculada-al-talento-segun-expertos

2-Kant, Immanuel (2017). Los rincones de la estupidez: El País Semanal. Recuperado de: https://elpais.com/elpais/2017/07/09/eps/1499551525_149955.html-El periodico, 2019. . Estas serán las habilidades profesionales más demandadas en 2020.

3-H. Pink, Daniel (2016). Una nueva perspectiva sobre la motivación. TEDtalks: Hablemos de empresas. Recuperado de: https://hablemosdeempresas.com/pymes/unanueva-perspectiva-sobre-motivacion/

4-blog de alfredo Fernandez Lorenzo, 2021. prosperar en la era del talentismo

5-PWC(2016) Trabajar en 3033. Recuperado de: https://www.pwc.es/es/publicaciones/españa-20330/assets/trabajar-em.2033.pdf

6-Ulrich, Dave (1977). Recursos Humanos Champions: Blog Formación IMF Business School. Recuperado de: https://blogs.imfformacion.com/blog/recursoshumanos/busqueda-de-empleo/que-es-hr-business-partners-funciones/

7-2016. Competencias líquidas: Michael Page Estudios.

8-Alierta, César (2016). “El 65 % de los escolares trabajarán en profesiones que no existen”: El Periódico de Aragón. Recuperado de: https://www.elperiodicodearagon.com/noticias/economia/el-65-escolares-trabajaraprofesiones-no-existen_1080626.html

9-Schleicher, Andreas (2019). Más de la mitad de los jóvenes españoles cree que la escuela no le prepara para encontrar trabajo: Diario El Mundo/Historias. Recuperado

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

de:https://www.elmundo.es/papel/historias/2019/02/21/5c6c081821efa0b14c8b45c8.html
10-Koppens, Roel (2019). Estas serán las habilidades profesionales más demandadas en 2020: Diario El País/Formación. Recuperado de: https://elpais.com/economia/2019/12/26/actualidad/1577364486_808223.htm
11-M. Robles, Marcel (2019). Qué son las habilidades blandas y cómo pueden garantizar tu futuro profesional: RevistaGQ. Recuperado de: https://www.revistagq.com/noticias/articulos/como-hacer-curriculum-habilidadesblandas/3437
12-GQ, 2019. Qué son las habilidades blandas y cómo pueden garantizar tu futuro profesional.
13-CADE Cobots. 2021. ¿Qué es un cobot? - CADE Cobots. [online] Available at: <https://cadecobots.com/que-es-un-cobot/> [Accessed 4 May 2021].
14-Blog Adecco | Orienta tu Búsqueda de Empleo. 2021. Reputación digital y empleo en la era 3.0 | Adecco Blog. [online] Available at: <https://www.adeccorientaempleo.com/informe-reputacion-digital-empleo/> [Accessed 4 May 2021].
15-Zuazola, Jorge (2015). Como crear una buena marca personal para encontrar trabajo: Diario El País/Formación. Recuperado de: https://elpais.com/economia/2015/04/29/actualidad/1430309973_347602.htm16-
Infojobs (2018). 5 consejos para consolidar tu marca personal: Orientación Laboral Infojobs. Recuperado de: https://orientacion-laboral.infojobs.net/crear-marca-personal
17-Ford, Henry. Frase de hoy. Recuperado de: http://www.frasedehoy.com/frase/2628/pensar-es-el-trabajo-mas-dificil-que-existe-quiza-seaesta-la-razon-por-la
18-Bizneo HR (2019). 6 retos y tendencias de la gestión de RR.HH: Bizneo Blog/Estrategia y Analytics. Recuperado de: https://www.bizneo.com/blog/6-retos-ytendencias-de-la-gestion-de-recursos-humanos
19-Randstad. 2021. Microlearning, tendencia en formación corporativa | Randstad. [online] Available at: <https://www.randstad.es/tendencias360/el-microlearning-la-nueva-tendencia-en-formacion-corporativa/> [Accessed 4 May 2021].
20-Welch, Jack (2009). La importancia de reconocer a los empleados: MBA&Educación Ejecutiva.Recuperadode:
https://mba.americaeconomia.com/articulos/reportajes/laimportancia-de-reconocer-losempleados.de:https://mba.americaeconomia.com/articulos/reportajes/laimportancia-de-reconocer-los-empleados.
21-Torres, Maricruz (2009). La importancia de reconocer a los empleados: MBA&EducaciónEjecutiva.Recuperadode:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

https://mba.americaeconomia.com/articulos/reportajes/la-importancia-de-reconocer-losempleados
22-Eleconomista.es. 2021. El trabajo en los tiempos del coronavirus: ¿Cómo afecta esta situación excepcional al ánimo de los profesionales? [online] Available at: <https://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/10424033/03/20/El-trabajo-en-los-tiempos-del-coronavirus-Como-afecta-esta-situacion-excepcional-al-animo-de-los-profesionales.html> [Accessed 4 May 2021].
23-Armayones, Manuel (2020). El trabajo en los tiempos del coronavirus: ¿Cómo afecta situación excepcional al ánimo de los profesionales?: El Economista/Empresas. Recuperadode:https://www.eleconomista.es/empresas-42 finanzas/noticias/10424033/03/20/El-trabajo-en-los-tiempos-del-coronavirus-Como-afectaesta-situacion-excepcional-al-animo-de-los-profesionales.html
24-Eleconomista.es. 2021. El trabajo en los tiempos del coronavirus: ¿Cómo afecta esta situación excepcional al ánimo de los profesionales?. [online] Available at: <https://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/10424033/03/20/El-trabajo-en-los-tiempos-del-coronavirus-Como-afecta-esta-situacion-excepcional-al-animo-de-los-profesionales.html> [Accessed 4 May 2021].
25-Bote, Valentín (2020). Solo el 22’3% de la población ocupada puede teletrabajar en nuestro país: Recuperado de: https://www.observatoriorh.com/mercado-de-trabajo/solo-el-223-de-la-poblacion-ocupadapuede-teletrabajar-en-nuestro-pais.html

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 19: EL LÍDER RESONANTE EN LA GESTIÓN DE EQUIPOS ENFERMEROS

AUTORÍA: **Mónica Entrena Xicota**

RESUMEN EJECUTIVO

Enfermería y los cuidados, enfermería y la salud, enfermería y las personas. Qué maravillosa profesión que nace de lo más profundo del corazón, donde la propia vocación hace que cada uno/a de nosotros/as vivamos nuestro trabajo para cuidar a los demás, en bien de la salud y de los cuidados autónomos. Con nuestro trabajo diario, nuestros conocimientos, nuestro acompañamiento, tenemos la gran capacidad de ser espejo para muchas personas. Por eso es importante la figura del LÍDER GESTOR ENFERMERO, por su esencia, por su conocimiento y, sobre todo, por su forma de ser. Posee competencias y habilidades que abarcan todos los ámbitos de la actividad más allá de la clásicamente identificada como profesión enfermera y que habitualmente se dejan al azar del futuro y al aprendizaje sobre la marcha. La vocación del líder es la de servir a los demás. Creen en las personas y en sus posibilidades, confía en ellos y les da confianza. El líder enfermero ve el ejercicio del liderazgo como una apasionada aventura de retos, sabe que necesita un equipo para desarrollar los puntos fuertes de todas las personas. El líder enfermero debe estar en permanente formación, debe tener un profundo conocimiento personal y profesional, para ser imaginativos y llenos de fuerza de voluntad, valientes, disciplinados y creativos.

Veremos en este trabajo cómo se puede llegar a valorar lo que significa tener una figura de líder gestor enfermero, la necesidad de su presencia por sus grandes habilidades en la gestión de los equipos, la vertiente humanizada de la gestión, y las características que lo hacen diferente y único, por su integridad, madurez y fuerza mental. En él reside la empatía, la honestidad, la escucha y el respeto, la coherencia y cómo no, la capacidad de adaptación al cambio. Sabe influir consiguiendo potenciar lo individual y lo grupal, influir para conseguir los objetivos del trabajo en equipo. La satisfacción del trabajo bien hecho, con calidad, seguridad y eficiencia son gracias a su presencia.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

PALABRAS CLAVE:
Líder, enfermería, gestión, humanización, trabajo en equipo, habilidades, competencias.

ABSTRACT

Nursing and care, nursing and health, nursing and people. What a wonderful profession born from the depths of the heart, where one's vocation makes each of us live our work to care for others, for the sake of health and self-care. With our daily work, our knowledge, our accompaniment, we have the great capacity to be a mirror for many people. That is why the figure of the NURSE MANAGER LEADER is important, for its essence, for its knowledge and, above all, for its way of being. It has skills and skills that cover all areas of activity beyond that classically identified as a nurse profession and are usually left to chance of the future and to learning on the fly. The leader's vocation is to serve others. They believe in people and their possibilities, trust them and give them confidence. The nurse leader sees the exercise of leadership as a passionate challenge adventure, he knows he needs a team to develop the strengths of all people. The nurse leader must be in constant training, he must have a deep personal and professional knowledge, to be imaginative and full of willpower, courageous, disciplined and creative.

We will see in this work how you can get to appreciate what it means to have a figure of nurse manager leader, the need for his presence for his great skills in team management, the humanized aspect of management, and the characteristics that make him different and unique, for his integrity, maturity and mental strength. It is the empathy, honesty, listening and respect, coherence and of the way, the ability to adapt to change. He knows how to influence by empowering the individual and the group, influencing to achieve the objectives of teamwork. The satisfaction of the job well done, with quality, safety and efficiency are thanks to its presence.

Keywords:

Leader, nursing, management, humanization, teamwork, skills, competencies.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

INTRODUCCION

LIDERAZGO

Pocos términos suscitan tan variadas y múltiples definiciones con un casi ausente acuerdo. Según dijo Stogdill (1974) hace ya cuatro décadas: “Hay casi tantas definiciones de liderazgo como el número de personas que han intentado definir el concepto”.

Una de ellas es: “Actitud que asumen las personas que buscan algo distinto, algo nuevo, pero en compañía de los demás individuos. El líder es esa persona comprometida en asumir una posición de poder debido a un compromiso o convicción dentro de un ambiente de equipo. Lo que lo diferencia de los demás es su carisma, espíritu de lucha incesante con el fin de lograr un bien común o meta en la vida.” (1)

Según McKee A. y Boyatzis, R. en su libro “El líder resonante crea más”, “El auténtico líder no se distingue por su talento o su dominio técnico, sino por su capacidad para inspirar en otros energía, pasión y entusiasmo. Es fundamental en el liderazgo efectivo controlar adecuadamente las propias emociones y potenciar sentimientos positivos en los equipos, es decir, crear resonancia. Con ello se obtiene lo mejor de las personas y las organizaciones prosperan”.

Se reconoce como fundamental el liderazgo para el fortalecimiento de enfermería. Los enfermeros deben buscar en su práctica profesional ejercer el liderazgo, iniciando y consiguiendo cambios en el cuidado de la salud. Para ello deben pensar y comportarse influenciando a otras personas, tarea nada fácil.

El liderazgo de las enfermeras se ha hecho más que evidente con la pandemia de la covid-19 y este año 2020 ha mostrado la fragilidad del mundo, donde todos han de pensar en su estilo de vida, y por qué no, sobre el cómo debe ser nuestro sistema sanitario. Las enfermeras lo hemos demostrado de manera especial desde que empezó esta situación excepcional, tanto con la aportación de nuestros conocimientos como por nuestra capacidad de adaptación, habilidades y gestión de los cuidados. Su práctica se ha basado en desarrollar el compromiso con el paciente y la sociedad, en la capacidad de sacrificio y liderazgo, al igual que la de otros profesionales ha sido de forma general del todo relevante.

Por tanto, los enfermeros han demostrado ante esta situación tener capacidad de liderazgo, capacidad de adecuación de los servicios a las necesidades cambiantes de la sociedad, y altas dosis de resistencia como grupo profesional, lo que ha significado que han demostrado que son una fortaleza para la Organización Sanitaria.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Por esta razón, en este trabajo se pretende llegar a definir, desde una propuesta apoyada en la capacidad enfermera, el perfil ideal de aquel líder necesario en el funcionamiento de un nuevo centro quirúrgico de cirugía ambulatoria, prolongación de un hospital general comarcal, como marca identificativa de expansión en el sector sanitario, dentro de su área de influencia, definiendo sus funciones, características y límites, así como los obstáculos posibles.

Así mismo, reflexionar sobre el dimensionamiento de su campo de influencia, personal, interpersonal y multidisciplinar.

Su trabajo diario será el resultado de consenso, comunicación activa y toma de decisiones de forma interdisciplinar, ya que se verán implicados en dicho trabajo

distintas categorías y grupos de trabajo. Estamos hablando desde administrativos, auxiliares de enfermería, médicos, enfermeros, así como empresas externas como pudieran ser limpieza, mantenimiento, electromedicina y casas comerciales .

Al tratarse de un edificio de nuevo funcionamiento, pero que a la vez vendrá a ser la ampliación de uno de menor tamaño ya existente, el personal que en él desarrolle su trabajo será por una parte el ya entrenado y formado para la realización de las intervenciones que se realizan y además, surgirá la necesidad de ampliar el número de personal especializado y de los diferentes sectores profesionales que en él trabajan para dar respuesta al volumen de actividad quirúrgica ambulatoria que de ello se derive y se constituirán nuevos objetivos estratégicos de actividad por parte de la organización, a nivel cuantitativo y cualitativo, siguiendo el perfil del centro.

He ahí la importancia del LÍDER ENFERMERO, ya que radica en él la función principal de unir esfuerzos, aunar trabajo, motivar al equipo y hacer que todos “remen” en la misma dirección. Como plantea Juan J. Carbajal, 2017, en su escrito “las personas no actúan debido a una causa sino en función de una meta o propósito. Es decir, que las personas no hacen las cosas “por” alguna razón sino “para” algo. Además, defiende “la formación de líderes”. “Es la dimensión más importante, pues de ella depende todo el capital intelectual y la competitividad organizacional; es en realidad la variable independiente de todo proceso productivo. El líder es el creador y sostén de la cultura organizacional orientada a la calidad y el servicio y es él o los líderes, quienes al final de cuentas hacen o no competitivas a las organizaciones”. (2)

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROYECTO: SOCIAL, PROFESIONAL E INSTITUCIONAL

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La Fundació Privada Hospital Asil de Granollers, según su carta de presentación (3) es un centro de atención sanitaria, sociosanitaria y social, integrado en el sistema sanitario público integral de Cataluña. La Fundación está integrada por el Centro Geriátrico Adolfo Montañá y el Hospital General de Granollers, que es el Hospital de referencia del Vallès Oriental. Una comarca interior de 851 km2 que actualmente tiene una población de 399.900 habitantes. El Hospital de Granollers es un centro perteneciente a la Región Sanitaria Metropolitana Norte que cubre la población de la comarca de Vallès Oriental Central con 230.428 habitantes. También es una referencia para Baix Montseny (56.451 habitantes) y Baix Vallès (163.855 habitantes). El Hospital cuenta con una línea de atención a pacientes agudos y una línea de atención sociosanitaria. El Centro Geriátrico cuenta con una residencia de ancianos con capacidad para 52 personas. Paralelamente, y desde finales de 2003, la entidad, a través de la Fundación Bertrán de Seva para la Gestión de la Salud y los Servicios Sociales, se ha encargado de la gestión del Hospital de Día de Sant Jordi, un centro de tratamiento de pacientes con demencia y trastornos cognitivos (enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia), con capacidad para 40 personas.

La Fundación está gobernada por un Patronato, que actualmente se rige por los estatutos aprobados en 2012. La misión de la institución es ofrecer servicios sociales y de salud personalizados y excelentes, para mejorar el bienestar de las personas en cualquier momento de su proceso de vida.

El aspecto formativo de la Fundación es un punto muy importante en la vida de la institución, tanto en cuanto a grado, postgrado y formación de grado. Desde 2011 ofrece formación a estudiantes del Grado en Medicina de la Universidad Internacional de Cataluña (UIC) realizando prácticas en nuestro centro de las especialidades de Aparato Cardiovascular y Respiratorio, Neurología y Emergencias. Los médicos de diversas especialidades también son capacitados por el sistema MIR, así como especialistas en farmacia hospitalaria y parteras. En cuanto a la formación de grado, la institución colabora con varias universidades y escuelas universitarias.

El Área de Investigación e Innovación se creó a finales de 2007, con el fin de dar respuesta a las necesidades de los profesionales y de la institución en investigación e innovación, la gestión del conocimiento generado por estas actividades. El área también incluye el servicio de biblioteca, la cual tiene una cartera de servicios muy amplia, y con la que ofrece:

-Servicios de información general de recursos bibliográficos y funcionamiento de la biblioteca.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

-Difusión de la información a través de novedades en la Red, Web, publicaciones de autores del Hospital, publicaciones de documentos asistenciales en la intranet, etc.

-Obtención de documentos que no se localizan en la misma biblioteca.

-Búsquedas bibliográficas solicitadas por los usuarios y sobre temas de actualidad.

-Asesoramiento al investigador, personalizadas y tutoriales colgados en la web de la biblioteca.

-Formación: talleres y sesiones de temas de interés.

Su misión es promover la investigación y la innovación en la institución y la región, a través de la promoción y apoyo de la actividad científica de los investigadores, con el fin de ayudar a obtener resultados óptimos y excelentes en investigación, innovación, salud, y en la gestión del conocimiento generado.

El origen del Hospital General de Granollers fue alrededor de 1328, y fue ampliándose progresivamente con el tiempo hasta que en 1923 se inauguró un nuevo hospital con capacidad para 80 camas.

En 1984 entró en funcionamiento el Centro Geriátrico Adolfo Montañá, en sustitución del antiguo asilo. En 1995 el centro renovó y amplió sus instalaciones una vez más, con el fin de adaptarlo a las necesidades de una población en crecimiento y avances tecnológicos: nuevas plantas de hospitalización, una unidad de cuidados intensivos, nuevos quirófanos, salas de partos y central de esterilización.

El 20 de noviembre de 2009 se inauguró el nuevo edificio ambulatorio, la última ampliación del Hospital. Esta nueva construcción de 13.000 metros cuadrados, consta de 76 oficinas, 21 oficinas de exploración, 38 plazas hospitalarias de día y 2 quirófanos ambulatorios de cirugía menor. El nuevo equipamiento está diseñado para ofrecer el máximo confort, accesibilidad y confort a los usuarios, con instalaciones modernas, amplias y luminosas y un sistema automatizado de gestión de colas que facilita la organización y gestión de consultas.

La Fundació Privada Hospital Asil de Granollers es un centro de salud vivo y dinámico que trabaja intensamente en la mejora continua del servicio que presta a los ciudadanos. Con esta premisa, en 2010 se llevaron a cabo las últimas reformas que introdujeron mejoras estructurales y funcionales en el Servicio de Emergencias. Las medidas adoptadas han proporcionado información a los usuarios, reducidos los tiempos de espera, aumentado la capacidad asistencial y ampliado y mejorado las instalaciones haciéndolos más cómodos tanto para profesionales como para ciudadanos.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En diciembre de 2020, la Consejería de Sanidad, el Ayuntamiento de Granollers y la Fundación Privada Hospital Asil de Granollers inician las actuaciones para construir un nuevo espacio hospitalario polivalente en una parcela cedida por el Ayuntamiento. El proyecto tiene como objetivo responder a las necesidades derivadas de la pandemia COVID-19, ampliar y modernizar el centro. La actuación tiene un coste aproximado de 25 millones de euros aportados por la Consejería de Sanidad.

El proyecto del Hospital de Granollers va más allá del crecimiento estructural de las camas implicadas, y mejora la disponibilidad de espacios adecuados para atender a las personas con COVID-19 con óptimas medidas de seguridad.

El proyecto también se complementará con la apertura gradual en 2021 de la actuación -ya en fase final de construcción- del centro de salud de la calle Girona que incorpora 4 quirófanos de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), 2 cme (cirugía menor ambulatoria), CUAP (Centro de Urgencias de Atención Primaria), ASSIR (Atención De Salud Sexual y Reproductiva) y consultas especializadas.

En la línea de este último proyecto en construcción, la dirección se plantea la necesidad de la existencia de una figura de líder que guíe y gestione el funcionamiento asistencial y humano de este nuevo centro en cuanto entre en funcionamiento.

Pero ese líder de enfermería ha de tener una serie de características, una serie de habilidades que hace que la gente confíe en él y en sí misma. Ha de ser capaz de sacar lo mejor de las personas, haciéndoles conscientes de lo buenos que son y haciéndoles responsables del proyecto común. Deberá tener un gran sentido de equipo, ver su potencial y acompañarlos y transformarlos en lo que pueden llegar a ser. Deberá tener una actitud proactiva y educar con el ejemplo. Tener una comunicación eficaz y dotes de negociación. Saber delegar y tener don de relaciones humanas, con lo que tendrá seguidores y no gente que le obedece. Y en momentos de confusión, un líder ha de mantener la seguridad y la confianza. Por tanto, no es cualquier persona de la organización, sino que se le reconoce como alguien especial, con unas aptitudes diferentes, con un don diferente que llega a influir ¿de qué modo?

Según Richard L. Daft, en su libro “La Experiencia del Liderazgo”, el liderazgo es: “La relación de influencia que ocurre entre los líderes y sus seguidores, mediante la cual las dos partes pretenden llegar a cambios y resultados reales que reflejen los propósitos que comparten”. (4)

Aunque se describen muchos tipos de líder como el autocrático, el burocrático, el carismático, el democrático, el laisser-faire, el transaccional o el transformacional, no hay uno concreto, definido y consensuado como el perfecto que reúna el perfil y características idóneas. El liderazgo que podríamos llamar hoy en día como “ideal” es el

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

liderazgo resonante . Inspiran, están encontrando nuevas posibilidades dentro de los retos de hoy en día, movilizan a la gente con pasión y decisión. Son emocionalmente inteligentes y atentos, mantienen la esperanza viva, a través del optimismo y de una clara convicción de sus habilidades y las de los demás para lograr los objetivos. Se enfrentan a sacrificios, retos, dificultades, y también a las oportunidades con empatía y compasión.

Muy unido a esto está el concepto de HUMANIZACIÓN en el liderazgo. ¿Quién es el líder más humano? Es sencillamente el más cercano, el más ético, natural y honesto.

Según Maribel García , en la defensa de su modelo de la Humanización en el Liderazgo, “Se puede ser un líder más humano, porque a ser humano se aprende. Nadie nos enseña, más allá de lo que nos vamos encontrando en la vida. Igual que ser un buen líder, porque depende de lo buena persona que uno sea, de lo más o menos humano que sea con los demás. Hay características que es cierto que ya vienen de serie, pero es importante entender que la base de un líder más humano está mucho más en la actitud que en la aptitud.” (5)

Según ella, las características del líder más humano son:

Humildad

Si hay una característica que define al líder más humano es la humildad. Cuanto más nos alejamos de nuestro equipo por prepotencia menos capacidad de conectar con nadie. La humildad acerca a las personas y genera entornos de afectividad que provocan relaciones con un impacto mucho más positivo.

Honestidad

Un líder más humano no puede ser alguien que no entienda que la honestidad es la carta de presentación. Si cuando conectamos con alguien, nos otorga el regalo de la honestidad, automáticamente empatizamos, seguimos a ese líder sin dudarlo. La sinceridad, la transparencia son las características que cualquier persona no solo agradece, sino que necesita para que la relación con el otro sea fluida, sea productiva y provechosa para ambas partes.

Motivación

No aparece si no tenemos ambición, maestría y un propósito. Es lo que afirma Dan Pink, periodista estadounidense que afirma que esas 3 cosas son la fórmula de la motivación. Eso significa hacer algo por el simple hecho de que te guste, de que sepas hacerlo y de que te sirva para lograr algo que sea un objetivo para ti.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El líder más humano se siente motivado por inspirar, guiar y hacer crecer a su equipo. Siente que le encanta desarrollar a personas, conectarlas y generar algo mucho mejor juntos. Se trata de generar algo así como un corazón conjunto que mueva al equipo y eso se hace con motivación.

Confianza

El respeto, la comunicación y la motivación para generar ese eficiente entorno, nos lleva a la confianza. Se trata de que el líder tenga un entorno abierto, flexible y donde los miembros puedan sentirse libres para hablar, compartir, ser ellos mismos, más humanos también. Hay que dejar de lado la fachada profesional para construir un yo más cercano, más real que nos haga ser mejores profesionales también.

En esta línea está el "Proyecto HUGES para la Humanización de la Gestión" (6) que reúne y consensua un decálogo donde se plasman las características que todo buen gestor sanitario deberá implantar. Estas son: comunicación, respeto, motivación, empatía, formación, escucha activa, honestidad, toma de decisiones, adaptación al cambio y coherencia.

Será necesario, por tanto, un líder humanizado que sepa conducir hacia un excelente cuidado de la salud, que tenga el don de saber comunicar bien. Para ello es recomendable escuchar, percibir que los demás se interesan por lo que cuentas, tener habilidades para manejar el lenguaje verbal y no verbal, saber organizar la información que se transmite, sin olvidar que para el destinatario también resulta importante quién es el emisor y elegir bien el lenguaje para que así llegue bien lo que queremos expresar.

Que tenga respeto, al paciente y a los demás compañeros en el trabajo diario. Tener la habilidad de despertar la motivación en el equipo, motivar en beneficio del grupo, del equipo que trabaja para el paciente, para una atención integral y humanizada.

Demostrar empatía en su día a día y con cada persona. Ello le da con el tiempo el don especial que lo hace diferente.

El líder debe tener una formación específica y a la vez amplia, y saber valorar e interactuar con la de su equipo, para usarla en beneficio del equipo de trabajo y para obtener, a la vez, los objetivos requeridos por la organización.

Conocer y aplicar la escucha activa. Analizar bien qué es la escucha activa supone darse cuenta que lo importante tanto es el mensaje que la otra persona trasmite como los motivos por los cuales la llevan a decir eso. No supone sólo oír, sino escuchar, dejar acabar y no interrumpir y hacerle saber que aquello que nos está diciendo es importante. Es una habilidad que se adquiere con el tiempo y la práctica. La honestidad del líder (o gestor) debería ir muy relacionada con la "sinceridad con uno

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

mismo", derivada de un crecimiento interior, con un respeto hacia uno mismo y hacia los demás. Esta actitud crea confianza en uno mismo y en aquellas personas con las que compartimos circunstancias.

La toma de decisiones es una habilidad cuasi exclusiva del gestor o líder de equipo. Existen tantas y tan variadas situaciones en que deberá aplicar el "pensamiento estratégico", con la capacidad de priorizar objetivos de manera coherente y de acuerdo con la misión, visión y valores de la organización.

"No es la especie más fuerte la que sobrevive

ni la más inteligente,

sino la que responde mejor al cambio"

Charles Darwin.

La adaptación al cambio es un indicador de liderazgo profesional que es de gran relevancia. Es una competencia que aporta versatilidad de comportamiento y habilidad para modificar la propia conducta con el fin de alcanzar objetivos o solucionar problemas. Debe tenerse en cuenta como una oportunidad, no como una amenaza, para abrir el abanico de posibilidades.

La coherencia va muy relacionada con la "honestidad". Coherencia y honestidad en lo que se dice y lo que se hace. Para motivar al equipo debe ser un líder creíble, íntegro, que estimule sin esfuerzos adicionales al equipo a imitarle. Lo coherente mantiene una misma línea con una posición previa. Por tanto, el líder debe actuar en consecuencia con lo que piensa y expresa, y asumir también las consecuencias derivadas de ello.

Por tanto, podemos afirmar que todo líder debe de contar con la habilidad de influir, motivar y gestionar los recursos de forma efectiva, con el objetivo de alcanzar las estrategias de la organización, incluyendo la participación de colaboradores a través del trabajo colaborativo, tal y como se encuentra en el modelo presentado por Doris Grinspun, y colaboradores, Ontario (Asociación Profesional de Enfermera de Ontario, RNAO)(7), en la "Guía de buenas prácticas sobre Práctica Colaborativa "en equipos de enfermería" con un proyecto que se estructura en seis guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables, demuestran que un entorno de trabajo saludable contribuye a una mejor calidad de los cuidados, y resultados alcanzados.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

"El futuro de los cuidados debe estar arropado por la excelencia en el trabajo en equipo".

"Las enfermeras necesitan, cada vez más, mejorar sus capacidades para el trabajo en equipo y para liderar esos equipos".

"Varios estudios afirman que uno de los factores determinantes de la colaboración es el deseo de los individuos de trabajar juntos." Y ahí está el Líder, para motivar en esa dirección porqué hay una estrecha relación entre enfermería y liderazgo, porque más allá de la esencia en el cuidado de la salud, el comportamiento enfermero, la calidad asistencial, etc… está la capacidad de gestionar equipos, la capacidad de influenciar y servir como modelo al grupo dando ejemplo, conociendo y usando herramientas para resolver conflictos o situaciones de estrés… interactuando y dialogando con equipos multidisciplinares….Las enfermeras deben adquirir conocimientos sobre los valores y conductas que apoyan el trabajo en equipo y su influencia sobre la seguridad y los resultados de los pacientes.

Los equipos de trabajo se definen como un conjunto de personas que trabajan en la misma dirección bajo la guía de un líder. Sus habilidades se complementan para alcanzar un objetivo común de cuyo cumplimiento son mutuamente responsables y todos dependen de los demás para desempeñar su propio trabajo. Trabajar en equipo es una de las Soft Skills o habilidades blandas nucleares y una de las competencias para el futuro, aunque se esté hablando de ella desde hace décadas. Las Soft Skills son habilidades (o competencias) personales y sociales que se adquieren a lo largo de la vida fruto de nuestra actuación en los ámbitos académico y profesional. Estas habilidades o cualidades personales aplicadas al ámbito del trabajo contribuyen a crear un ambiente de trabajo positivo y a conservar la cohesión del grupo, elevando la satisfacción y felicidad de los integrantes del mismo.

Dentro del mundo cambiante en que vivimos donde la tecnología y la competitividad dan pasos a gran escala, existen comportamientos básicos que marcan la diferencia. Algunos de ellos contribuyen al desarrollo de las Soft Skills. Estos son, por ejemplo:

-Pedir ayuda y fomentar la participación

-Compartir pensamientos, sentimientos y valores, todo con el fin de generar confianza.

-Mejorar la autoestima de las personas con las que se interactúa, esto proporciona beneficios mejorando las relaciones personales, mayor motivación y compromiso, resultados de mayor calidad o mayor satisfacción en el trabajo.

-Escuchar y responder con empatía.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Asimismo, se definen como más importantes, las Soft Skills:

-Liderazgo, dirigir equipos de trabajo eficientes y motivados hacia unas metas efectivas de la mejor manera posible y en el menor tiempo posible. Conseguir sacar lo mejor de todos, promoviendo el desarrollo de todas sus capacidades.

-Resolución de problemas, estar relajado y en calma es clave para confrontar una situación comprometida.

-Comunicación. Debemos aportar feedback en el desempeño de trabajo a nuestros colaboradores. Utilizarla bien incrementa la motivación, reconociendo el esfuerzo, valorando el trabajo, visibilizando las áreas de mejora o destacando la importancia de los objetivos finales, Las Soft Skills son indispensables para un desempeño más de confianza. Aunque son sencillas y obvias necesitan del compromiso, cuidado y atención. Si se practican a diario pueden resultar en conductas o hábitos naturales, convirtiéndose en un gran beneficio para todos.

Según el estudio de investigación “La importancia percibida de las habilidades blandas (de servicio) en la atención de enfermería”, (8) basándose en datos cuantitativos, los pacientes y los familiares calificaron las habilidades blandas (de servicio) de fiabilidad y capacidad de respuesta para ser muy importantes para la atención de enfermería. Además, los comentarios cualitativos de los participantes apuntaban a la importancia de la empatía, la seguridad y la capacidad de respuesta. La conclusión fue que además de la adquisición de conocimientos y la competencia técnica, el currículo de enfermería podría incorporar explícitamente habilidades más blandas (de servicio) para mejorar el estándar de atención.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
- Experiencia en la realización de este tipo de cirugías	-Toma de decisiones de forma multidisciplinar
	-Fuga de personal
-Centro de referencia comarcal	-Falta de central de esterilización
-Personal especializado y formado	-No conexión directa y cercana con el Hospital central. (en caso de emergencia)
OPORTUNIDADES	**AMENAZAS**

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

-Inexistencia de centro especializado en cirugía menor y mayor ambulatoria en su área de influencia.	-Nuevo espacio desconocido
-Condiciones laborales estables.	-Pandemia COVID-19
	-Competencia de otras empresas privadas en la zona de influencia.

ANÁLISIS

La apertura de una nueva área de servicio quirúrgico requiere de la realización de un análisis que permita al proyecto definir la estrategia en la que va a basar la definición e implantación de un perfil especifico de liderazgo enfermero. Para ello el autor de este proyecto ha realizado un grupo de discusión y en el mismo ha concluido que:

Por tanto, como resultado del análisis se puede concluir que:

Para la apertura de una nueva área de servicio quirúrgica liderada desde enfermería se debe de tener en cuenta que:

La fortaleza encontrada a potenciar es la experiencia del Hospital (tanto en el ámbito de la gestión como en la formación de sus profesionales) en la realización de este tipo de cirugías, por su historia de asistencia sanitaria en la comarca.

La debilidad que es preciso neutralizar es la fuga de personal por causas variadas. Una de las más importantes es la no estabilidad laboral, por el tipo de contratos, y otra por la excesiva rotación y no estabilidad en un área concreta de trabajo.

En el contexto exterior, la amenaza que es preciso minimizar es la posible competencia que pueda surgir de empresas cercanas de índole privado.

Y la oportunidad que hay que aprovechar es que NO existe ningún centro de cirugía menor y mayor ambulatoria de esta envergadura en el área de influencia.

Y por tanto este análisis influye en la estrategia que afecta al liderazgo enfermero, ya que la gestión del bloque quirúrgico, con el fin de conseguir resultados adecuados, actuando con eficiencia, deberá estar planificada, coordinada y controlada con la filosofía de reducción de costes, sin renunciar a la calidad, contando siempre con el factor humano, en un entorno incentivado y formado, y liderado por enfermería.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

DISEÑO

El objeto de estudio de este trabajo, como ya se ha mencionado anteriormente, es:

- Proponer el perfil de liderazgo que deben de cumplir los candidatos que accedan al puesto de supervisor/coordinador del área quirúrgica de nueva creación del Hospital de Granollers.

En toda organización es importante definir correctamente las competencias para conseguir personalizar y adaptar cada competencia a los diferentes puestos, y categorizar y comparar el nivel exigible en cada puesto con el nivel real del profesional. Por tanto, para conseguir alcanzar estos objetivos mencionados se realizará un análisis del mapa de competencias previo a la valoración de las necesidades.

La dirección del hospital valora la necesidad de una figura de coordinador/ supervisor de esta área nueva ya que para llevar a cabo la misión de dicha organización esta figura deberá:

-Coordinar la asistencia enfermera y dar soporte al cargo superior.

-Desarrollar funciones asistenciales y de soporte a la gestión para pacientes, usuarios y profesionales del servicio asignados.

-Asegurar la continuidad asistencial

-Alcanzar unos resultados de salud óptimos, eficientes y de calidad. La competencia de liderazgo comprende las capacidades que un líder desempeña al frente de un equipo inspirando la motivación necesaria para alcanzar los objetivos comunes de una organización. (9)

Las competencias necesarias para acceder a este cargo según la “Propuesta de Perfil de Competencias de Enfermería” del Hospital General de Granollers, en colaboración con la Escuela Universitaria Gimbernat, adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona, son:

1.- Competencias asociadas al desarrollo personal y profesional

a) Competencias en relación con los valores morales, éticos y jurídicos

1.- Mantener una actitud de respeto a las opiniones, valores, creencias, comportamientos y prácticas de los demás que garantizan sus derechos fundamentales

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

2.- Aceptar y demostrar la responsabilidad de sus propias decisiones y actos

3.- Valorar y tratar a las personas en juicios holísticos, dignos, tolerantes, sensibles y sin juicios de valor

4.- Participar en la adopción ética de decisiones profesionales hacia los demás

5.- Respetar los derechos de los pacientes con respecto a la demanda y la necesidad de información y su propia capacidad de decisión manteniendo al mismo tiempo la confidencialidad y el secreto profesional

6.- Ejercer la profesión de conformidad con la legislación vigente y actuar en relación con el código deontológico

7.- Mantener la formación continuada a lo largo de la vida aceptando la responsabilidad del propio aprendizaje y desarrollo profesional

8.- Demostrar capacidad de iniciativa, motivación

9.- Promover y mantener la imagen de la profesión de enfermería

10.- Actuar velando por garantizar la máxima calidad en todas las tareas realizadas utilizando evidencia científica para asegurar las "buenas prácticas" de la enfermera

11.- Reconocer el papel docente de la práctica profesional de enfermería.

b) Competencias asociadas a la comprensión y adaptación al medio ambiente

1.- Adaptarse eficazmente a las nuevas situaciones en un contexto cambiante y dinámico

2.- Actuar en base a los principios de la financiación de la salud y

y gestionar adecuadamente los recursos disponibles

3.- Reconocer la diversidad e individualidad de las personas para responder eficazmente a sus necesidades específicas

4.- Respetar el medio ambiente y promover el desarrollo sostenible

2.- Competencias Interpersonales y de Comunicación

a) Competencias asociadas a las Relaciones Interpersonales 1.- Establecer relaciones empáticas y asertivas que promuevan una comunicación efectiva con los pacientes/usuarios, las familias y los miembros del equipo

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

2.- Utilizar eficazmente la escucha activa y la comunicación no verbal en la comunicación y las relaciones con los demás

3.- Proporcionar la información correcta de acuerdo con las necesidades de los usuarios/familias

4.- Ser capaz de implementar estrategias de mediación y resolución de conflictos cuando sea necesario

5.-Integrarse en equipos de trabajo interdisciplinarios y compartir objetivos comunes

6.- Colaborar con profesionales de otros niveles asistenciales para garantizar la continuidad asistencial

7.- Identificar, expresar y gestionar las propias emociones

8.- Identificar, comprender, aceptar y ayudar a manejar las emociones de los pacientes, los miembros de la familia y los miembros del equipo

9.- Diseñar proyectos y asumir el liderazgo cuando sea apropiado

10.- Gestionar y coordinar grupos y equipos de trabajo

b) Competencias relacionadas con la Comunicación

1.- Expresarse de manera oral eficaz, adecuada y comprensible para el paciente/usuario, la familia y otros miembros del equipo interdisciplinario

2.- Hacer presentaciones orales efectivas adaptadas al público

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

3.- Escribir artículos, informes, documentos de enfermería (cursos clínicos, altas de enfermería, planes de curas) con corrección y claridad

4. Utilizar el lenguaje enfermero adecuadamente en la comunicación oral y escrita

3.- Competencias asociadas con la práctica de enfermería y la toma de decisiones clínicas

a) Competencias asociadas con la toma de decisiones clínicas

1.- Evaluar las situaciones de salud de forma integral, exhaustiva y sistemática las situaciones de salud a través de las herramientas adecuadas adaptadas a las diferentes personas y grupos

2.- Reconocer e interpretar indicadores de salud/enfermedad, sufrimiento, capacidad/incapacidad de la persona, grupos o comunidades

3.- Adoptar un juicio clínico e identificar problemas de salud

4.- Priorizar problemas o situaciones de acuerdo con el grado de complejidad y/o necesidades de intervención

5.- Tomar decisiones y responder a las necesidades de salud del paciente, grupo o comunidad dentro del campo de la responsabilidad de enfermería y basado en principios teóricos y metodológicos

6.- Revisar y evaluar periódicamente el impacto de las intervenciones de enfermería utilizando indicadores de calidad

b) Competencias asociadas a la gestión de competencias asistenciales de enfermería e intervenciones específicas de enfermería

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

1.- Llevar a cabo acciones educativas para la prevención del riesgo y la promoción de la salud promoviendo el autocuidado y estilos de vida saludables

2.- Promover actitudes de autorresponsabilidad para la salud

3.- Planificar y proporcionar atención individualizada de enfermería basada en conocimientos teóricos, evidencia científica y otros recursos como protocolos, trayectorias o guías de práctica clínica que garanticen la seguridad clínica del paciente

4.- Diseñar planes de atención para responder a los diferentes problemas de salud de cuidados agudos, crónicos, críticos, de emergencia y paliativos y en las diferentes etapas del ciclo de vida (crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes, adultos, ciclo reproductivo de la mujer, envejecimiento y la etapa final de la vida)

5.- Utilizar eficazmente tecnologías específicas en el campo de la salud para evaluar, monitorear y tratar las necesidades de salud de la persona

6.- Incorporar sistemas de información sanitaria a la práctica

enfermera

4.- Competencias asociadas con la Búsqueda Científica y la Investigación

1.- Desarrollar habilidades de aplicación del método científico en la práctica profesional de enfermería

2.- Contribuir al progreso de la enfermería con una actitud permanente de investigación y práctica basada en evidencia científica

3.- Utilizar correctamente las tecnologías de la información y la comunicación adecuadas para llevar a cabo la investigación y el desarrollo de la profesión.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

El área quirúrgica debido a la importancia de sus costos, a la cantidad de recursos humanos que involucra, a la alta tecnología que utiliza, al elevado número de actores con los que interactúa y el rol que juega en la eficiencia asistencial, representa un recurso de importancia fundamental en los hospitales actuales.

Por otra parte, las características de su funcionamiento hacen que constituya una organización con vida propia dentro del hospital por lo que requiere de un seguimiento y monitorización acordes a la complejidad que representa.

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un modelo organizativo y de gestión de asistencia quirúrgica multidisciplinar que permite tratar de forma segura y eficiente a pacientes seleccionados, sin necesidad de contar con una cama de hospitalización convencional. De este modo, los pacientes pueden volver a su domicilio el mismo día de la intervención, sin generar estancia hospitalaria. La Cirugía Mayor Ambulatoria se ha consolidado en los Sistemas Sanitarios como un modelo de gestión que aporta múltiples ventajas, tanto para el paciente como para la Organización Sanitaria. Al realizar la intervención y el Alta Hospitalaria en el mismo día se genera una mayor comodidad para paciente y familia, pero para ello es necesario una protocolización rigurosa de todas las fases del proceso y proporcionar una información exhaustiva a los usuarios. Las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria desarrollan un gran volumen de procedimientos quirúrgicos, y como en toda actividad asistencial es trascendental saber qué hacemos y como lo hacemos.

Fases del proyecto:

1) Proceso de Selección:

El proyecto se implementará una vez la dirección del centro se haya planteado la introducción de esta figura enfermera como elemento clave en la gestión del área quirúrgica ambulatoria.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Se realizará un proceso de selección de personal, con la previa descripción de competencias necesarias e imprescindibles, se realizará una convocatoria publica y se designará a aquel profesional ideal que cumpla con el perfil para ejercer ese rol .

Los requisitos necesarios que se valoraran en los candidatos serán:

-Experiencia como enfermera mínima de 8 años.

-Experiencia en el perfil mínimo de 3 años

- Acreditación de competencias descritas en la propuesta

Se valorará también:

-Formación y/o experiencia en gestión

-Formación y/o experiencia relacionada con el ámbito

-Confianza e implicación con el proyecto institucional

-Habilidades en la resolución de problemas

-Habilidades en gestión, organización y planificación

-Conocimientos de informática / ofimática.

Los candidatos aportarán un proyecto que defenderán en publico:

-Proyecto individual. Se valorará su encuadre en el trabajo multidisciplinar, gestión de equipos, humanización, eficiencia, calidad y seguridad quirúrgica. Satisfacción del paciente y sus familias.

En el procedimiento de selección se aportará el currículum vitae, trayectoria, presentación del proyecto y se realizará una entrevista personal.

La resolución se comunicará personalmente y se publicará por transparencia.

2) Proceso de Incorporación:

En el momento del inicio de la nueva actividad la dirección planificará reuniones con el personal con el objetivo de presentar el líder del equipo, exponer sus funciones, describir objetivos del área y resolver dudas.

Con respecto al personal que forme parte de la plantilla del área ambulatoria, en el Hospital de Granollers la estructura piramidal en el departamento de Enfermería es la siguiente: Directora de Enfermería, Adjunto a la Dirección de Enfermería, Caps de Área

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

(con el soporte de las Coordinadoras, que las ayudan en las múltiples tareas y que hacen de enlace entre ellas y el área que coordinan

Las Supervisoras sólo se refieren a las que están de guardia, son referencia de todo el hospital, en los turnos de tarde, festivos y fines de semana. En cuanto al tema contractual de los profesionales de enfermería corresponde al servicio de Recursos Humanos junto con la Dirección de Enfermería. De ahí, por tanto, que no sea una competencia de la COORDINADORA la función de selección de personal, pero si la del desarrollo de personas.

Será su cometido evaluar el desempeño de los trabajadores de la unidad. de poder dar su opinión (cuando se requiera) ya que conoce más de cerca las cualidades, la formación específica y la forma de trabajar y actuar de las/os enfermeros que forman el equipo de trabajo.

En cuanto a las funciones del líder humanizado, abarcarían diversas áreas, entre ellas: -De gestión:

-Del área

-Del personal

-Multidisciplinar

-De logística

-De liderazgo, de equipos

3) Proceso de Consolidación: Desarrollo de competencias claves

-La gestión del área: supone conocer el nuevo espacio, con sus ventajas e inconvenientes, diseñar con su equipo el circuito del proceso de cirugía mayor y menor ambulatoria para optimizar la estructura y hacerlo mas eficaz.. Ello conlleva también establecer nuevos circuitos logísticos en cuanto al servicio y ubicación del almacén, farmacia, casas comerciales (con sus suministros de material inventariable o no), servicio de compras, lencería, limpieza, etc.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Está en su persona organizar un cronograma y calendario donde plasmar un sistema organizado para que no falte nada. Y en el caso de suceder alguna incidencia, conocer el circuito a seguir.

-Establecer, a su vez, junto con la Cap de Área, una organización para el suministro de todo el material procedente de Esterilización, cerciorarse de su correcto estado, así como del circuito para su retorno y reposición. Es decir, establecer una trazabilidad que aporte seguridad y calidad en la atención del servicio, ya que algún fallo derivado de ello supondría la suspensión de intervenciones programadas, con lo que ello conllevaría (malbaratamiento de recursos, aumento del gasto y disminución de la eficiencia).

-Conocer y comprobar la realización de los controles medioambientales del área quirúrgica, con el objetivo de evitar infecciones posquirúrgicas.

Conocer y asegurar el cumplimiento de los protocolos quirúrgicos, para la seguridad tanto de los trabajadores como para los usuarios.

-Gestión de personas: en cuanto a que cada uno está más o menos especializado en una o varias especialidades quirúrgicas, y ello conllevará un trabajo más satisfactorio a nivel individual, por el sentimiento de autorrealización. Su misión es crear equipos eficaces donde los profesionales sean capaces de desarrollar su talento.

Debe de promover la creación de grupos estables de trabajo para el desarrollo de la tarea , el líder resonante llegará a generar así emociones positivas, motivará y creará confianza y armonía grupal, con lo que ayudará a conseguir objetivos de la empresa.

El líder resonante dirige de forma autentica a los grupos de trabajo, promoviendo la participación y resolviendo los conflictos mediante un estilo de escucha, negociándo y cooperando. Se pondrá en marcha estrategias de inteligencia emocional, optimismo y entusiasmo, y ello hace que en momentos de crisis todas las miradas convergen en él en busca de orientación. Se debe de Crear un entorno emocional positivo y proporciona pautas para interpretar y reaccionar emocionalmente ante determinadas situaciones hasta incentivar al equipo para que aporten ideas, iniciativas y propuestas para salir de una situación difícil.

-Alcanzar un clima laboral más humano, mejora el ambiente de trabajo, hará aumentar la rentabilidad de la empresa y también la satisfacción de los pacientes.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Para el trabajo en equipo, el líder resonante inspira y anima a alcanzar metas, con clara convicción sobre las habilidades individuales, demostrando empatía.

-Proponer reuniones semanales para poner en común inquietudes, dudas o incidencias en el funcionamiento diario.

Siguiendo el perfil del LÍDER RESONANTE, prestará atención a los mensajes transmitidos, con escucha activa y prestando atención para analizar el lenguaje corporal de los demás, psicoanalizando y leyendo entre líneas cuando los demás hablan, gestionando bien el contacto físico e interpretando correctamente las situaciones y sintonizando con las emociones.

-Proponer sesiones “BrainStorming” o “lluvia de ideas”, con el fin de inspirar a cada uno de los componentes del equipo.

-Promover, incentivar y motivar en la formación continuada y especializada en el equipo de trabajo.

Promoverá la capacidad de delegar ciertas tareas del propio funcionamiento del área con el consenso individual de la/s persona/s interesada/s conseguirá despertar la inspiración y la motivación sabiéndose así cada uno de ellos partícipes del esfuerzo y la correcta realización del trabajo bien hecho. Siempre con el objetivo de mejorar la participación y la mejora continua.

“Los efectos que prevén para la empresa como consecuencia de este tipo de liderazgo son muy beneficiosos. Entre ellos destacan: el fomento de las relaciones sociales de los empleados, una mejora en el clima laboral y de trabajo, aumento de la

eficiencia y eficacia de las personas y los equipos, que los procesos de cambio y de

mejora continua se agilizan, así como se mejoran las relaciones con los clientes y,

como consecuencia, finalmente mejora la rentabilidad de la empresa”. (10)

EVALUACIÓN

La evaluación de la implementación de esta figura vendrá dado a través del análisis de diferentes indicadores, como son los indicadores de eficiencia quirúrgica, indicadores de calidad, valoración de indicadores de seguridad del paciente, y a través de encuestas de satisfacción de los propios profesionales y usuarios, así como el cumplimiento de las competencias requeridas.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

CONCLUSIONES

Actualmente, en la época que estamos marcada por la era de la informática, la globalización y la pandemia del Covid-19 los cambios se producen a tal velocidad que frecuentemente se solapan varios a la vez. Estamos en una sociedad cambiante, marcada por la evolución, la transformación de los procedimientos, competencias y necesidades, que exige a las personas modificar sus hábitos y costumbres para no quedarse desfasadas y ser lo más competitivas posibles en su profesión.

Hoy en día la enfermería es una profesión con rol propio dentro del equipo, por eso debemos capacitarnos cada día para ser mejores líderes y gestionar la calidad de los servicios organizacionales y asistenciales. Un líder enfermero debe poseer competencias y habilidades (duras y blandas) que abarcan todos los ámbitos de la actividad más allá de la clásicamente identificada como profesión enfermera. Formar parte del equipo, liderando de forma humanizada, con buenas actitudes y aptitudes, de tal manera que se reconozca su presencia por sus funciones y características, aquel que llega a influir creando resonancia en cada uno de los miembros del equipo, haciéndolos únicos en ellos mismos, y a la vez, conjunto con el resto.

Los profesionales en el futuro deberán adaptarse a las necesidades actuales y futuras del mercado laboral, donde la transformación digital y los avances tecnológicos moldearán su desarrollo profesional.

Hasta hace poco, los procesos de selección se centraban exclusivamente en los conocimientos técnicos y la experiencia profesional, pero hoy en día, los profesionales más demandados por las empresas son los que poseen soft skills, “habilidades que van más allá del conocimiento”, asegura Roel Koppens . También añade lo siguiente: “El candidato que posea estas habilidades tiene muchas más posibilidades de desarrollar una exitosa carrera profesional, y de ser promocionado a puestos de liderazgo. Pero, además, facilitarán la adaptabilidad del trabajador, que podrá escoger dónde, cuándo, cómo y con quién trabajar”. (11)

Tradicionalmente, la selección de los candidatos ha dependido principalmente del currículum vitae que refleja los conocimientos, habilidades técnicas, aptitudes del candidato (habilidades duras) que se han adquirido con la experiencia profesional en un puesto de similares o idénticas características.

Ante esta situación los profesionales de enfermería además de adaptarse a las demandas de la empresa deberán potenciar sus capacidades emocionales, creativas y críticas.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La enfermera gestora debe ejercer su liderazgo porqué ha demostrado RESILIENCIA en este último año azotado por la pandemia del Covid-19, tiene más que demostrado su flexibilidad, empatía y capacidad de adaptación.

BIBLIOGRAFIA

1.- PiCuida. 2021. La importancia del liderazgo en el desarrollo de nuestra profesión - PiCuida. [online] Disponible en: <https://www.picuida.es/la-importancia-del-lide-razgo-en-el-de-sarroll-o-de-nuestra-profesion/>

2.-Garciamoreno, C., 2021. Liderazgo, valores y cultura organizacional. [online] Academia.edu. Disponible en: <https://www.academia.edu/24224498/LIDERAZGO_VALORES_Y_CULTURA_ORGANIZACIONAL>

3.-Antaviana, C., 2021. La Fundació - Hospital General de Granollers. [online] Fphag.org. Disponible en <https://www.fphag.org/la-fundacio/>

4.-Jefe, E., 2021. Definición de Líder: Liderazgo según Richard L. Daft, Liderazgo desarrollador, Tipología de liderazgo, entre otras clasificaciones - Atraer la suerte 2020. [online] Atraer la suerte 2020. Disponible en: <https://atraer.net/3253-definicion-de-lider-liderazgo-segun-richard-l-daft-liderazgo-desarrollador-tipologia-de-liderazgo-entre-otras-clasificaciones.html>

5.-Recursos Humanos Hoy. 2021. Humanización en el liderazgo. [online] Disponible en: <https://blogs.imf-formacion.com/blog/recursos-humanos/liderazgo/humanizacion-en-el-liderazgo/?o=10689>

6.-Humanizandolagestionsanitaria.com. 2021. (sin título). [online] Disponible en: <http://www.humanizandolagestionsanitaria.com/>

7.-PiCuida. 2021. Práctica colaborativa en equipos de enfermería. Guía de buenas prácticas RNAO - PiCuida. [online] Disponible en: <https://www.picuida.es/practica-colaborativa-en-equipos-de-enfermeria-guia-de-buenas-practicas-rnao/>

8.-Ng LK. La importancia percibida de las habilidades blandas (de servicio) en la atención de enfermería: Un estudio de investigación. Enfermera Educ hoy. 2020 Feb;85:104302. doi: 10.1016/j.nedt.2019.104302. Epub 2019 Nov 22. PMID: 31810027.

9.-Buljan and Partners. 2021. ¿Qué es la competencia de liderazgo? | Buljan & Partners. [online] Disponible en: <https://buljanandpartners.com/ccm/competencia-de-liderazgo/#:~:text=La%20competencia%20de%20liderazgo%20comprende%20las%20c

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

apacidades%20que,para%20alcanzar%20los%20objetivos%20comunes%20de%20una%20organizaci%C3%B3n.>

10.-Peña Acuña B, Parra-Meroño MC, Beltrán Bueno MA, Liderazgo resonante. Un análisis a través de grupos de discusión. En: Historia y Comunicación Social Vol.19 Nº Esp. Enero (2014) 143-151. Disponible en: <https://www.bing.com/search?q=lider+resonante&cvid=f798de27c1904cbcaeeb5a1db3adda46&aqs=edge.1.69i57j0l6.7295j0j1&pglt=2339&FORM=ANNTA1&PC=U531>

11.-Meneses, N., 2021. Estas serán las habilidades profesionales más demandadas en 2020. [online] EL PAÍS. Disponible en: <https://elpais.com/economia/2019/12/26/actualidad/1577364486_808223.html

OTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

-Docsity.com. 2021. Comportamiento Organizacional-Robbins Stephen P-7ma. Edición Comportamiento Organizacional - Docsity. [online] Disponible en: <https://www.docsity.com/pt/comportamiento-organizacional-robbins-stephen-p-7ma-edicion/4828335/>

-Redacción Médica. 2021. Redacción Médica, el diario líder de la sanidad española. [online] Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/>

-Codem.es. 2021. Estilos de liderazgo en la gestión de Enfermería. [online]: Disponible en <https://www.codem.es/noticias/estilos-de-liderazgo-en-gestion-de-enfermeria>

-RSI – Revista sanitaria de investigación. 2021. RSI - Revista Sanitaria de Investigación [INDEXADA]. [online] Disponible en: <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/>

-Stephen C. Lundin,et al. Fish!: La eficacia de un equipo radica en su capacidad de motivación. Empresa Activa; Edición: Catorceava (28 de noviembre de 2003) Colección: Narrativa empresarial. Idioma: Español. Infoservi.com. 2021. [online] Disponible en: <http://www.infoservi.com/infoservi/descargas/65_La_Eficiacia_de_equipo.pdf>

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 20: LAS ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS, HUMANIZAN LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL PACIENTE

AUTORÍA: ANA PAULA LEIVA ASENJO

RESUMEN EJECUTIVO

La Enfermera Gestora de Casos (EGC) es un rol de la enfermera de práctica avanzada (EPA) definido por el CIE "como una enfermera graduada universitaria que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades complejas de toma de decisiones y competencia clínica para expandir su práctica, cuyas características están configuradas por el contexto y/o el país en el que está acreditada para ejercer y a la que se le exige una formación universitaria" (1). Considerando esta figura como un recurso eficaz y eficiente de cara a los retos de accesibilidad, seguridad y asequibilidad de la atención de salud de los pacientes de alta complejidad. Integran investigación, formación y gestión, tienen un alto grado de autonomía profesional, una cartera propia de pacientes, habilidades avanzadas de valoración y razonamiento clínico, ofrece servicios de consultoría a otros proveedores y puede ser punto de entrada al sistema sanitario. (2)

Estas enfermeras dirigen sus cuidados hacia el paciente y su entorno, siendo este el centro de tal forma que será tratado de una forma holística, desarrollando actividades de promoción, prevención, protección y rehabilitación de la salud de manera autónoma o en equipo, teniendo en cuenta que nuestra profesión se basa en unos valores y principios éticos descritos en nuestro código deontológico encaminados a una atención sanitaria humanizada. Pero no sólo por estos se deben de realizar los cuidados humanizados. Según la OMS, el paciente debe de estar en el centro de la atención sanitaria, estableciendo unas recomendaciones para dar una respuesta adecuada en tiempo y forma y así conseguir una atención integrada. Para todo esto hay que conocer

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

las experiencias del paciente, sus vivencias, su familia, su entorno, sus necesidades, sus valores.

Por esto las Enfermeras Gestoras de Casos son las profesionales más capacitadas para dar esta atención, ya que el valor fundamental que nos identifica como profesión es el CUIDADO, la esencia de nuestra profesión. El cuidado en sí mismo debe incluir ética y responsabilidad, según se plantea Dorothea Orem en su teoría del autocuidado (3).

Tener presente los principios de la ética en el cuidado al paciente fortalece la relación entre el enfermero y el paciente, Por eso la ética de los cuidados va más allá de las normas y los códigos, incluyendo el arte enfermero, el cuidado en sí, siendo el sustento de los principios de bioética (3)

Palabras claves: Enfermera Gestora de Casos, cuidados centrado en el ser humano/ en el paciente, cuidado integral de la salud, humanización, cuidado humanizado.

ABSTRACT

The Case Management Nurse (EGC) is an advanced practice nurse (APN) role defined by the ICN “as a university graduate nurse who has acquired expert knowledge, complex decision-making skills, and clinical competence to expand her practice. , whose characteristics are configured by the context and / or the country in which it is accredited to practice and from which a university education is required ”(1). Considering this figure as an effective and efficient resource in the face of the challenges of accessibility, safety and affordability of health care for highly complex patients. They integrate research, training and management, have a high degree of professional autonomy, their own portfolio of patients, advanced clinical reasoning and assessment skills, offer consulting services to other providers and can be an entry point to the healthcare system. (two)

These nurses direct their care towards the patient and their environment, this being the center in such a way that it will be treated in a holistic way, developing health promotion, prevention, protection and rehabilitation activities autonomously or as a team, taking into account that our profession is based on values and ethical principles described in our code of ethics aimed at humanized healthcare. But not only for these should humanized care be carried out. According to the WHO, the patient must be at the center of health care, establishing recommendations to give an adequate response in a timely manner and thus achieve integrated care. For all this, you have to know the

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

experiences of the patient, his experiences, his family, his environment, his needs, her values.

For this reason, Case Management Nurses are the most qualified professionals to provide this care, since the fundamental value that identifies us as a profession is CARE, the essence of our profession. Care in itself must include ethics and responsibility, according to Dorothea Orem in her theory of self-care (3).

Keeping in mind the principles of ethics in patient care strengthens the relationship between the nurse and the patient, that is why the ethics of care goes beyond the rules and codes, including the nursing art, the care itself, being the support of the principles of bioethics (3)

Keywords: case management, advance practice nursing, human centered care, patient centred care, comprehensive health care, humanization, humanized care

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Desde que finalizó la Segunda Guerra Mundial, las organizaciones internacionales han impulsado declaraciones como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, siendo el punto de referencia de textos del ámbito sanitario como el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina. En España desde la Constitución Española de 1978 y posteriores leyes, como la Ley General de Sanidad o la Ley de Autonomía del Paciente del 2002, se tiene en cuenta los derechos a la protección de la salud, de autonomía del paciente y su intimidad, entre otros, como principios básicos (4).

Si queremos englobar todos estos conceptos deberemos de hablar de Humanización, definiéndola como:

> "un conjunto de competencias personales que permiten desarrollar la actividad profesional, dentro del ámbito sanitario, velando por la dignidad y el respeto hacia el ser humano. Es, por tanto, una actividad enfocada a la mejora del cuidado de la salud, tanto física como mental y emocional, dirigida tanto a pacientes y familiares, como a los propios profesionales sanitarios como participantes activos" (5).

Por ello el objetivo principal en este trabajo es dar a conocer la situación actual en España de los cuidados humanizados centrados en el paciente y su entorno, poniendo de manifiesto que el profesional indicado para ello es la enfermería, en particular las Enfermeras Gestoras de Casos, ya que la enfermería somos los profesionales más cercanos al paciente y dándonos competencias para ello podremos

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

dar una asistencia de calidad y más humanizada. Sin olvidar que las organizaciones sanitarias y todos los profesionales que trabajan en ellas deben de ser partícipes de este movimiento: “HUMANIZAR ES COSA DE TODOS”.

Este cambio debe comenzar desde la propia organización hospitalaria, si no es capaz de identificar cuáles son las necesidades de sus clientes, no será posible humanizarla. Un hospital humanizado respeta a la persona en todas sus dimensiones y se pone al servicio de ella. Para suministrar una atención de calidad, se debe luchar por la incorporación de la figura de la Enfermera Gestora de Casos para hacer posible el concepto de humanización.

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROYECTO

Desde el inicio de la historia de la Humanidad, la práctica medica se ha centrado en el arte de curar las enfermedades, definiéndola como “el arte de curar”. Siendo el padre de ésta Hipócrates, quien definió unos principios éticos que lo regían.

Si nos centramos en la disciplina Enfermería, fue Florence Nightingale la primera teorista de la enfermería moderna definiendo la profesión como

> “la responsabilidad de velar por la salud de otros. Acciones de cuidado de la persona y su entorno, a partir del desarrollo de habilidades tales como las observaciones inteligentes, la perseverancia y el ingenio. Profesión basada fundamentalmente en el cultivo de las mejores cualidades morales” poniendo en evidencia, que la atención médica no era suficiente si no iba acompañada de la actuación por parte de las enfermeras (6).

Durante el siglo XX por los conflictos bélicos mundiales acontecidos, pusieron de manifiesto la importancia y necesidad de las enfermeras, provocando el desarrollo de la profesión. Pero desde que finalizó la Segunda Guerra Mundial, las organizaciones internacionales han impulsado declaraciones como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, siendo el punto de referencia de textos del ámbito sanitario como los anteriormente citados.

En España no habrá cambios significativos para la Enfermería hasta la adhesión de España a la OMS (1951), puesto que esto se tradujo en una clara trasformación del sistema sanitario y de las titulaciones existentes en nuestro país: Practicante, Matrona y Enfermera, transformándolas en una sola, naciendo así los Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), con claras limitaciones dada la situación política del país. Esto hizo que la profesión no evolucionara al mismo ritmo que en otros países, donde alcanzó el rango de disciplina científica, ubicándose en el marco universitario desde los años cincuenta, como en EE.UU. En España se logró la incorporación como estudios universitarios de

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

enfermería en 1977, bajo el nombre de Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE), lo que conllevó un cambio crucial en el ejercicio profesional autónomo.

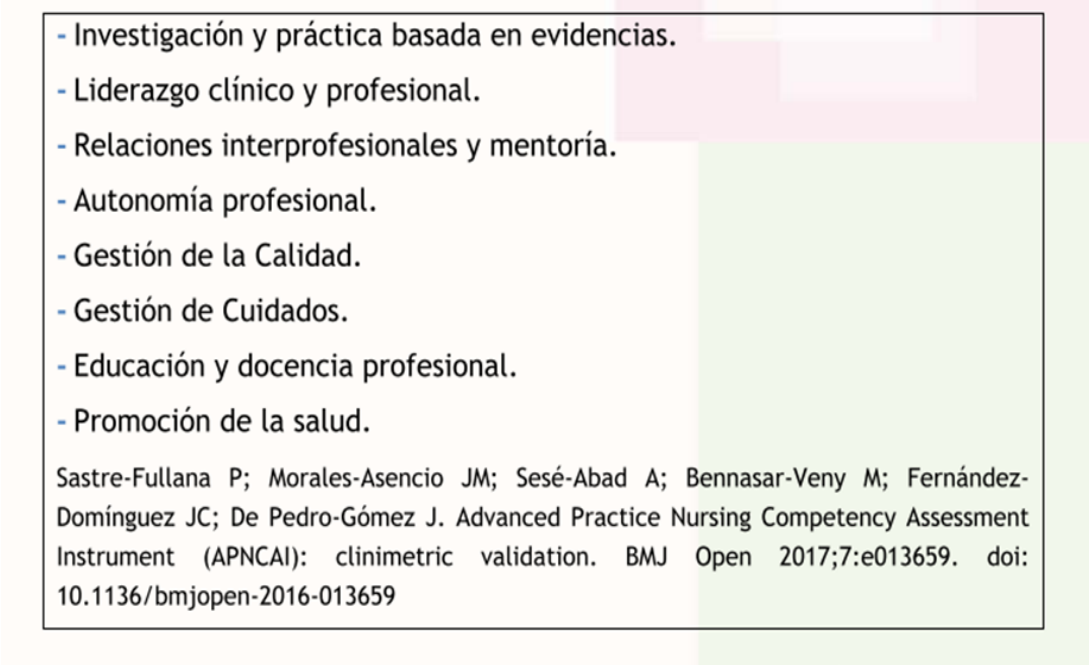
Desde la Constitución Española de 1978 y posteriores leyes como la Ley General de Sanidad o la Ley de Autonomía del Paciente del 2002, se tiene en cuenta los derechos a la protección de la salud, de autonomía del paciente y su intimidad como principios básicos (4) entre otros. Y teniendo en cuenta las declaraciones de la UNESCO que en su última modificación del 2005 respaldan el bienestar de cada individuo, familia, grupo o comunidad y de la especie humana en su conjunto, en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana y en el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales, respetando los principios de la autonomía de la persona, beneficencia teniendo en cuenta la vulnerabilidad humana debiendo respetar la integridad de la persona, el principio de justicia y equidad, respetando la igualdad de todos los seres humanos en dignidad y derechos sin discriminación ni estigmatizaciones, y no-maleficencia (7).

Centrándonos en la humanización de los cuidados ha habido grandes profesionales que elaboraron varias teorías sobre la Enfermería humanista como Peplau, Leininger o Watson conceptualizando el cuidado humanizado, centrándose en el enfoque integral y holístico del cuidado, estableciendo un equilibrio entre el conocimiento de la ciencia y los valores, regidos por los principios de la bioética (8).

Teniendo en cuenta la evolución de la disciplina enfermera en los últimos años, la OMS y el Consejo Internacional de Enfermería han identificado 7 áreas clave centradas en: la gestión de la salud y enfermedad de los pacientes, la relación con el paciente, la función como docente-entrenador, el rol profesional, la utilización y gestión de los sistemas de provisión de servicios, la monitorización y garantía de calidad en la práctica clínica, y los cuidados culturales (9). Desarrollando unas competencias básicas de la Enfermera Gestora de Casos o práctica avanzada, como dejan descritos el Servicio de Salud Andaluz (10) (tabla 1).

Tabla 1 Competencias Básicas de la Enfermera Gestora de Casos

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021


- Investigación y práctica basada en evidencias.
- Liderazgo clínico y profesional.
- Relaciones interprofesionales y mentoría.
- Autonomía profesional.
- Gestión de la Calidad.
- Gestión de Cuidados.
- Educación y docencia profesional.
- Promoción de la salud.

Sastre-Fullana P; Morales-Asencio JM; Sesé-Abad A; Bennasar-Veny M; Fernández-Domínguez JC; De Pedro-Gómez J. Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): clinimetric validation. BMJ Open 2017;7:e013659. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013659

Si combinamos estas ocho dimensiones podemos definir a la Enfermera Gestora de Casos / EPA como

> "Una enfermera que integra en su práctica clínica diaria la última evidencia disponible, con capacidad para liderar proyectos de investigación en su contexto de trabajo, ejerciendo como elemento esencial en cuanto a transferencia de conocimientos; con una gran autonomía profesional capaz de guiar e influenciar a otros profesionales de la salud a través de su liderazgo y juicio clínico experto. Siendo una referente para la profesión, con habilidades para mantener relaciones interprofesionales fluidas y pertinentes, que actúa como consultora cuando sea requerida, experta en los cuidados transicionales, la gestión de cuidados, la defensa de los derechos e intereses del paciente, así como en la gestión de la calidad y la seguridad, a la vez que sirve como ejemplo en cuanto a promoción de la salud y la mejora de la educación y formación" (11).

Una gran proporción de la actividad clínico-asistencial de la EPA se centra en promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de enfermedades, tanto en el proceso de diagnóstico y seguimiento de enfermedades crónicas, dotándola de gran autonomía clínica en la gestión del paciente de alta complejidad y la adquisición de competencias y responsabilidades sin perder la perspectiva enfermera. "La labor desempeñada por la EPA refleja una mayor satisfacción de los usuarios y unos resultados en salud equiparables a los de otros profesionales, destacando la capacidad de las EPA para trabajar autónomamente, realizar diagnósticos y tomar decisiones de manera segura y efectiva "(12). Estas nuevas competencias le dan un valor añadido a la profesión

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

enfermera, manteniendo la esencia y el enfoque humanístico. No se puede interpretar el cuidado, si no es basado en valores humanizados, teniendo en cuenta que todas las acciones están encaminadas a promover, prevenir y curar la enfermedad atendiendo a la personas en todas sus dimensiones (físicas, emocionales, sociales y espirituales) (3). Todo esto está englobado en el concepto de dignidad humana, según la Declaración de Derechos Humanos.

Si esto lo relacionamos con las teorías que hablan sobre los valores en el ámbito personal o en el ámbito profesional, en las que no existe una clasificación única para los valores, pero sí diferencian los valores éticos (valores humanos o morales) y los valores profesionales, definiéndolos como:

- Los valores éticos son aquellos que son acordes con la guía interior o conciencia y que son compartidos socialmente. Identificamos como tales la igualdad, la justicia y la solidaridad.
- Los valores profesionales son reflejados por cada individuo en relación con su experiencia, intereses y capacidades, por esto no existe una uniformidad de concepto entre la enfermería. Aunque existen valores relacionados directamente con la profesión: el altruismo, la autonomía, la dignidad humana, la justicia social y la integridad. Pudiendo destacar actitudes y cualidades como la empatía, el respecto, la responsabilidad y la compasión, estamos definiendo al profesional de enfermería implicado en los cuidados humanizados (Tabla 2).

Tabla 2

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Valores esenciales de enfermería
(American Association of Colleges of Nursing, 2008)

VALORES ESENCIALES	ACTITUDES Y CUALIDADES PERSONALES	EJEMPLOS DE COMPORTAMIENTOS
ALTRUISMO Preocupación por el bienestar de los demás	Cuidado Compromiso Compasión Generosidad Perseverancia	Demuestra comprensión de culturas, creencias y perspectivas de los demás. Defensores de clientes, particularmente los más vulnerables. Toma riesgos en nombre de clientes y colegas. Mentores de otros profesionales.
AUTONOMÍA Derecho a la autodeterminación Capacidad de ejercer la opción	Confianza Esperanza Independencia Apertura Autogestión/ Autodisciplina	Planes de cuidado en colaboración con los clientes. Honra el derecho de los pacientes y familias a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud. Proporciona información, por lo que los pacientes pueden tomar decisiones informadas.
DIGNIDAD HUMANA Respeto por el valor inherente y la singularidad de los individuos y la sociedad	Consideración Empatía Humanidad Amabilidad Respeto Confianza	Protege el derecho a la privacidad del individuo. Se dirigen a los individuos como ellos prefieren. Mantiene la confidencialidad de clientes y personal. Trata a otros con respeto, sin importar antecedentes o características personales. Muestra respeto por los compañeros. Diseña y provee cuidado culturalmente competente.
JUSTICIA SOCIAL Utiliza los principios morales y legales para promover el trato justo	Valor Objetividad Aceptación Asertividad Equidad Autoestima	Actúa como defensor de la salud para fomentar políticas legislativas favorables a la salud de calidad. Asigna recursos justamente. Trata a todos los clientes igual, independientemente de antecedentes o características personales. Interactúa con otros proveedores de forma no discriminatoria.
INTEGRIDAD Fidelidad al hecho o a la realidad	Rendición de cuentas Honestidad Curiosidad Racionalidad Reflexividad	Documenta los cuidados de enfermería con precisión y honestidad. Incorpora el código de ética en la prestación de atención y demuestra responsabilidad por sus acciones. Busca remediar los errores cometidos por sí mismo o hacia otros. Participa en los esfuerzos profesionales para proteger al público de información errónea sobre enfermería.

Fuente: Arnold, E.C., y Boggs, K.U. (2015). *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses*. Elsevier Health Sciences.

En esta tabla quedan reflejados los valores esenciales de las enfermeras según la American Association of Collages of Nursing y definiendo las cualidades y actitudes de los profesionales, siendo capaces incluso de contextualizarlos.

Los valores que el sistema sanitario espera de las EGC son, liderazgo, confianza, trabajo en equipo, comunicación, respeto a la persona, confidencialidad, integridad, responsabilidad social y sostenibilidad. Y además hay que tener en cuenta que durante la formación de la disciplina enfermera hay que enseñar valores profesionales como la responsabilidad, lealtad, trabajo en equipo, donde se aborde la solución y evaluación de

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

problemas reales de forma conjunta, de tal forma que los profesionales en formación sean capaces de percibirlos e interiorizarlos para su futuro profesional. Teniendo en cuenta todos estos valores, Pellegrino expone que no puede existir una asistencia digna sin ser una asistencia humanizada, evitando la mercantilización de la profesión sanitaria (13).

Durante el siglo XX, se pone de manifiesto el nuevo paradigma del ámbito de la enfermería cuyo eje vertebral es el cuidado centrado en el paciente, donde en una revisión sobre estudios e instrumentos de evaluación en el campo de la salud desde el enfoque de atención centrada en el paciente, se señala que éstos se ajustan a dos tipos de cuestiones:

- En primer lugar, se ha dirigido a establecer los principios que deben orientar la práctica sanitaria desde esta perspectiva; entre ellos figuran la elección del paciente, la compasión, la dignidad, la empatía, la visión holística, la independencia, la integración, la privacidad, el respeto, la individualidad, los derechos y la confianza.
- En segundo lugar, se analizan las prácticas profesionales que pueden considerarse afines a esta filosofía de atención y que, en consecuencia, hacen efectiva la atención centrada en la persona; entre otras cabe citar la escucha activa, la participación, la toma decisiones compartidas, el apoyo y fomento del autocuidado, y la atención individualizada por parte de los profesionales. Todo un reto para los profesionales sanitarios.

ANÁLISIS

Analizando estas líneas estratégicas mediante la matriz DAFO (Debilidades, Fortalezas, Amenazas u Oportunidades) nos ayudará a realizar un diagnóstico de situación de la humanización de los cuidados de la EGC centrados en el paciente, siendo los siguientes resultados los que podremos tener en cuenta para la implementación de esta figura en nuestro contexto:

Debilidades:

- Ausencia de registros enfermeros específicos
- Autoreivindicación de la identidad de la Enfermera Gestora de Casos
- Ausencia de formación específica postgrado ni de la regulación de la educación ni de la práctica de la Enfermera Gestora de Casos
- Resistencia al cambio
- Rol médico y rigidez organizativo
- Falta de evidencia científica
- Ambigüedad conceptual

Amenazas:

- Resistencia al cambio para aceptar cambios de rol en la enfermería

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Desconocimiento de las funciones de las Enfermeras Gestoras de Casos
- Pocos recursos humanos y tecnificación de la asistencia
- Falta de nomenclatura del rol de enfermera de practica avanzada (EPA) vs enfermera gestora de casos (EGC)
- Ausencia de legislación que regule el rol de EGC
- Indefinición de los roles, falta de reconocimiento y mecanismos reguladores de la práctica.

Fortalezas:

- Cercanía al paciente
- Cuidados individualizados
- Capacidad gestora
- Motivación profesional
- Los profesionales son los principales agentes de la humanización de la asistencia sanitaria
- Entusiasmo internacional por los roles de enfermería de práctica avanzada

Oportunidades:

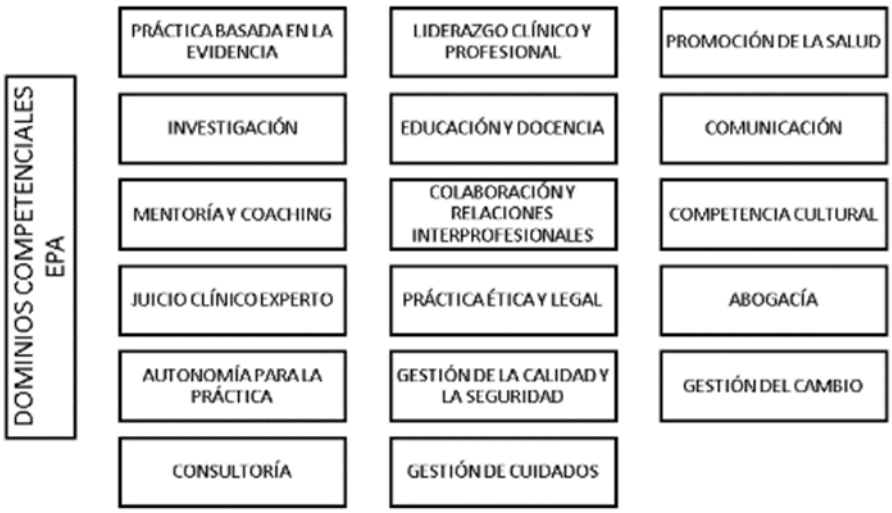
- Existencia de demanda en distintos sectores
- Potenciación de la Enfermera Gestora de Casos
- Experiencias de otros países supone un aval para la implantación
- Resultados positivos en cuanto a términos de satisfacción de los usuarios y mejora del estado de salud
- Potencial mejora de la accesibilidad a los servicios
- Avance en el desarrollo profesional de la disciplina enfermera
- Existencia de Planes estratégicos en los centros sanitarios sobre Humanización

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Figura 1 Análisis de situación y propuestas de intervención para reforzar el campo de acción de las Enfermeras Comunitarias Situation analysis and intervention proposals to strengthen the scope of community nurses, pag. 55)

Analizando la situación que se vive en España de falta de cohesión en las competencias de la Enfermera Gestora de Casos, dada la variabilidad entre Comunidades Autónomas e incluso entre los distintos centros. Seremos las propias enfermeras que realizamos este trabajo las que definiremos nuestras competencias comunes, siguiendo las directrices internacionales, siempre velando por el cuidado humanizado del paciente, y siendo nuestro referente el paciente.

Pero el Consejo Internacional de Enfermería ha sido capaz de definir la figura de la Enfermera Gestora de Casos y sus competencias:



DISEÑO

Para definir las competencias de la Enfermera Gestora de Casos, y describir los cuidados humanizados centrados en el paciente, he realizado una revisión bibliográfica sistemática exhaustiva para llevar a cabo un análisis reflexivo sobre los datos obtenidos, siendo la estrategia de búsqueda el uso de las palabras claves o descriptores conectados por medio de los operadores booleanos OR y AND, en las bases de datos Medline/Pubmed, SciELO, google Scholar y con la ayuda incondicional de la biblioteca

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

corporativa del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Seleccionando artículos tanto en español como en inglés.

EVALUACIÓN

Entendiendo la función de la enfermera como la figura idónea para la gestión de casos, por su metodología de trabajo, formación e integración de los cuidados así como capacidad de gestión, partiendo de la planificación a medio y largo plazo, además de ser una profesión frontera situándose próxima al paciente y a su familia, con conocimiento científico propio, adecuando la información y actuando en base a su misión que es el cuidado (14).

La gestión del cuidado se presenta como un modelo que otorga una atención de calidad al usuario, asegura prestaciones de servicios humanizados y mediante la eficiente utilización de los recursos tanto sanitarios como informáticos.

El aprendizaje integral puede ayudar a mejorar la gestión del cuidado humanizado, siempre teniendo en cuenta la dimensión ética. Morfi Samper hace referencia a la definición de Gestión del Cuidado de Enfermería como:

> "aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final LA SALUD" (15)

De tal forma que, si definimos la Humanización desde la perspectiva sanitaria como un conjunto de competencias personales que permiten desarrollar la actividad profesional, dentro del ámbito sanitario, respetando y velando por la dignidad y el respeto al ser humano, tenemos:

La dignidad de la persona es el principio rector de la bioética, de tal forma que la enfermera centraliza los cuidados, gestiona los recursos, mejora la infraestructura, respeta la intimidad y toma conciencia de la vulnerabilidad de los usuarios. La importancia de la entrega de cuidados cálidos y humanos por el profesional de Enfermería radica en que permite a las personas que han sufrido una interrupción de la salud y que se encuentran vulnerables en un entorno no habitual, en situaciones vitales diferentes y que confluyen en el mismo escenario: el sistema sanitario, sentirse acompañados para enfrentar el proceso de salud-enfermedad.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Es, por tanto, una actividad enfocada a la mejora del cuidado de la salud, tanto física como mental y emocional, es decir, atendiendo a la persona de forma holística.(5) Podemos concluir que los profesionales de enfermería describen cuidados humanizados basándose en una relación profesional / paciente, según la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson y a partir de la interacción del cuidador-ser cuidado, la cual define 9 comportamientos del cuidado humanizado: sentimientos
del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, proactividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención. Implica diálogo, escucha atenta, visión holística, empatía 16).

Figura 2: Basada en el Modelo HUMAS

Si tenemos en cuenta Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS), define 5 factores: autoeficacia emocional (significa sentirse capaz emocionalmente, es decir, que uno se percibe como una persona hábil en la interacción con otros, concretamente para identificar emociones), sociabilidad o
interacción social (cualidad altruista que debe estar en equilibrio entre el rigor en la atención/competencias técnicas y el trato profesional), optimismo (es el pilar del pensamiento positivo), afectación (capacidad de autorregulación emocional), comprensión emocional o inteligencia emocional (comprender los sentimientos de los demás y la precisión a la hora de verbalizar los sentimientos, es por tanto, empatizar), Estos factores tendremos que considerarlos esenciales para contribuir a un desempeño profesional positivo (5).

Si definimos la Humanización desde la rama moral, el término puede evocar valores humanitarios, tales como respeto, solidaridad, compasión y empatía, incluyendo cuestiones subjetivas como el amor, pensar, la valoración del ser, la vinculación, la

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

atención, el querer, la comprensión y la bondad (17). Es importante que los profesionales sanitarios no sólo sean buenos técnicos en su trabajo, sino que además desarrollen habilidades que permitan relacionarse con los pacientes de una forma que se corresponda con su dignidad de persona humana.

El respeto al ser humano, es el otro pilar de los cuidados humanizados. Esta relación de respeto debe ser bidireccional, la enfermera, al igual que el paciente, demanda ser respetada. La American Association of Colleges of Nursing (AACN, 1986) lo define como "la consideración, deferencia y atención en el trato hacia el otro, que merece ser reconocido y estimado". En la Declaración de los Derechos Humanos de 2009 se habla explícitamente del respeto a la vida humana, a respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás para las personas que carecen de la capacidad de adoptar decisiones, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de éstas, a respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad, a respetar diversidad cultural y del pluralismo (7), al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

Como se puede observar el respeto a la persona está íntimamente ligado a los cuatro principios fundamentales de la bioética:

- Principio de Autonomía: El respeto a la toma de decisiones, al ejercicio de la voluntad y a determinar lo que desea o no la persona. Implica que el quehacer del personal de enfermería requiera el consentimiento de los pacientes, teniendo derecho a determinar libremente, decidir y poder hasta negarse al tratamiento si lo desea, a pesar de estar informado de todo el perjuicio que esto trae consigo. La enfermera debe de fomentar la autonomía del paciente para aumentar su libertad: si el paciente tiene toda la información necesaria, será capaz de tomar decisiones fundamentadas.

- Principio de no-maleficencia: hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. La máxima clásica "primum non nocere" («lo primero no dañar») se encuentra en los tratados Hipocráticos.

- Principio de Beneficencia: reclama la obligación de prevenir o aliviar el daño, hacer el bien, ayudar al prójimo por encima de los intereses personales no sólo a curar o restaurar la salud sino además de prevenir educar.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Principio de Justicia: tratar por igual a los distintos pacientes. Es la virtud de la equidad, de la medida, la igualdad y el orden. Es el tratamiento equitativo y apropiado a razón de lo que es debido para una persona.

Victoria Camps afirma:

> «Tales principios no hacen sino traducir al lenguaje bioético los derechos humanos, el derecho a la vida, a la libertad y a la igualdad constituyen el subsuelo de los principios de beneficencia, autonomía y justicia, una ética que procura valer para todos, independientemente de las diferencias culturales o ideológicas que separan a las personas y a los pueblos, y lo hace intentando aportar las respuestas más razonables» (18).

Un problema que tenemos actualmente es la deshumanización de la asistencia sanitaria. Si lo analizamos desde el punto de vista académico, la formación sanitaria está centrada de forma casi exclusiva en el desarrollo de habilidades científico-técnicas, en detrimento de otras competencias emocionales y relacionales, contenidos filosóficos y antropológicos humanistas, convirtiendo al paciente en un objeto, cosificado, descuidando la dimensión emocional y sus valores.

Desde el punto de vista de la estructura sanitaria, existen diversos factores como la falta de atención individualizada, ya que la persona pierde su identidad, o la tecnificación de la asistencia, evitando considerarla como un fin para lograr una atención y cuidados a la persona. Como señalan Barnard y Sandelowski "la enfermera es el puente que une la tecnología con la atención de salud humana y tiene la responsabilidad de mantener la humanidad en ambientes tecnológicos" (19). Watson J. considera la disciplina enfermera como la ciencia del cuidado, señala sobre la deshumanización que "es la fragmentación o quiebre de la metodología que ha llevado a la ciencia del cuidado a desencadenar acciones que involucran el conocimiento de las necesidades del otro y el abordaje integral y continuo, que permitirán la correcta adaptación de la persona en el ambiente en donde reside" (6).

Por esto considera la comunicación la herramienta facilitadora para lograr el cambio, porque la comunicación promueve mayor interacción, facilitando la creación de enlaces confianza y obtener un mejor grado de satisfacción en los servicios ofrecidos.

La deshumanización comienza en la formación de la enfermería, donde se mantiene el énfasis en el dominio de conocimientos, evidencias científicas y el desarrollo de habilidades técnicas, en detrimento de habilidades y competencias centradas en el paciente desde una mirada integral, ignorado el enfoque crítico, creativo y sensible-afectivo inherente al cuidado (20). Se debería mejorar la formación en competencias comunicativas y emocionales centrado en la persona y su familia. También hay que tener en cuenta el reconocimiento del síndrome de desgaste

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

profesional y otros, el síndrome «overlap» definiéndolo como el sufrimiento moral o la fatiga por compasión siendo elementos clave reconocidos por organizaciones científicas internacionales que ofrecen recomendaciones para prevenir, mitigar y dar una respuesta adecuada a las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los profesionales derivadas de su dedicación y esfuerzo en el desarrollo de su trabajo (21).

CONCLUSIONES

La Enfermera Gestora de Casos es el profesional encargado de dar una atención sanitaria holística, integral centrada en el paciente. Dando apoyo asistencial, emocional, físico teniendo en cuenta el contexto personal, familiar, laboral y social. Ya que la función del personal de enfermería en la atención al paciente ha evolucionado lentamente con el tiempo del ayudante disciplinado y dócil del médico, a un profesional con total autonomía para entregarse enteramente a los cuidados.

Humanizar la asistencia sanitaria es primordial, ya que es una situación en la que la persona se encuentra en una situación de fragilidad y vulnerabilidad. Y es donde las Enfermeras Gestoras de Casos pueden ejercer sus competencias velando por el respeto de los principios de la bioética como el principio de autonomía entre otros. Evitando la deshumanización y despersonalización a la hora de prestar la asistencia y los cuidados a las personas.

Figura: Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019

Los profesionales enfermeros son los agentes de la humanización, procurando dar la asistencia con una actitud humanizadora: presencia, cercanía, humildad, apertura, comprensión, corresponsabilidad y compromiso. Siguiendo los valores de los profesionales que son respeto, honestidad, compasión, empatía, profesionalismo y buen trato. La humanización, por tanto, es mucho más que ser amable (3).

Es importante destacar, asimismo, que no se considera suficiente la humanización de la práctica enfermera para la transformación de los servicios de salud, ya que su humanización debe llevarse a cabo de forma coherente dentro de las organizaciones a través del diseño de programas por y para las personas (8).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El cuidado humanizado, como último análisis, significa tomar la experiencia de estar en un ambiente hospitalario dirigido al máximo para la persona humana, considerando valores, creencias, sentimientos, emociones y no sólo el aspecto biológico (23).

Humanizar la atención sanitaria significa apostar por una sanidad más amable y centrada en las personas. Humanizar también significa personalizar la asistencia escuchando lo que necesitan pacientes y familiares, no lo que nosotros pensamos que necesitan, sino atendiendo a sus necesidades aunque no coincidan con las nuestras y convertir esto en un proceso clínico en el que la actitud sea fundamental (24). Donde los pacientes son informados, escuchados y respetados, y participan en las decisiones que afectan a su salud.

“No solamente se trata de saber qué son los valores.
La verdadera pregunta está en cómo vivirlos”
ANONIMO

BIBLIOGRAFIA.

1. Consejo Internacional De Enfermeras. Directrices de enfermería de práctica avanzada 2020. 2020. 6 p.
2. JM Morales Asensio. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. Metas de Enfermería [Internet]. 2012;15(6):26-32. Disponible en: https://medes.com/publication/75689
3. Rodríguez Abrahantes TN, Rodríguez Abrahantes A, Rodríguez Abrahantes TN, Rodríguez Abrahantes A. Dimensión ética del cuidado de enfermería. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2018 [citado 25 de abril de 2021];34(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000300017#.YIVfq93qe2g.mendeley
4. Megyesi K, Kahn CR, Roth J, Neville DM, Nissley SP, Humbel RE, et al. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información. BOLETÍN Of DEL ESTADO Legis CONSOLIDADA BOLETÍN Of DEL ESTADO Legis CONSOLIDADA [Internet]. 2002;250(23):3. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf
5. Pérez Fuentes M del C, Molero Jurado M del M, Herrera Peco I, Oropesa Ruiz NF, Gázquez Linares JJ. Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales: Modelo HUMAS. Eur J Heal Res [Internet]. 21 de octubre de

2019;5(1):63. Disponible en: https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ejhr/article/view/1285

6. Riveros CC. La naturaleza del cuidado humanizado The nature of humanized care A natureza do cuidado humanizado Escuela de Enfermería, Universidad Santo Tomás . Chile Introducción En el siguiente artículo se presenta una reflexión sobre la naturaleza del cuidado ejer. 2020;9(1):21-32.

7. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Bioètica debat Trib abierta del Inst Borja Bioètica. 2009;15(55):8-14-14.

8. Martín L. La presencia de los valores enfermera en la práctica [The presence of nurse values in practice]. Tesis [Internet]. 2017;291. Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/456048/Tesis Ma Luisa Martín Ferreres.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: Aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enferm Clin. 1 de enero de 2014;24(1):90-8.

10. El EN, De Gestion M, Casos DE, Sspa D. Desarrollo Competencial. Desarro COMPETENCIAL las ENFERMERAS ENFERMEROS en el y Sist Sanit PÚBLICO ANDALUCÍA [Internet]. :0-38. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/DesarrolloCompetencial.pdf

11. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN, EN PLEDC, AVANZADA EDP, (IECEPA Pedro Sastre Fullana [Internet]. Vol. 152, Revista CENIC. Ciencias Biológicas. 2016. Disponible en: file:///Users/andreataquez/Downloads/guia-plan-de-mejora-institucional.pdf%0Ahttp://salud.tabasco.gob.mx/content/revista%0Ahttp://www.revistaalad.com/pdfs/Guias_ALAD_11_Nov_2013.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.60060.%0Ahttp://www.cenetec.

12. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enfermería Clínica [Internet]. 1 de enero de 2014 [citado 16 de abril de 2021];24(1):90-8. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862113001976

13. Cabeza MEG. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitarioNo Title. Metas de Enfermería [Internet]. 2014;17. Disponible en: https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80549/

14. Martínez MPG-A. Enfermera gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados. Trab Fin Master [Internet]. 2010;2(1):871-89. Disponible en: http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/217

15. Vidal NV. La gestión del cuidado humanizado de enfermería en la era digital The Management of Humanized Nursing Care in the Digital Age. 2019;35(4):1-11.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

16. Monje V. P, Miranda C. P, Oyarzün G. J, Seguel P. F, Flores G. E, Monje V. P, et al. PERCEPCIÓN DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE USUARIOS HOSPITALIZADOS. Cienc y enfermería [Internet]. octubre de 2018 [citado 22 de abril de 2021];24. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532018000100205&lng=es&nrm=iso&tlng=es

17. Chernicharo I de M, Silva FD da, Ferreira M de A, Chernicharo I de M, Silva FD da, Ferreira M de A. Description of the term humanization in care by nursing professionals. Esc Anna Nery - Rev Enferm [Internet]. 2014 [citado 17 de marzo de 2021];18(1):156-62. Disponible en: http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20140023

18. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. 2010;22(22):121-57.

19. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index de Enfermería [Internet]. 2009 [citado 14 de mayo de 2021];18(1):32-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

20. Rubio LA, Cristóbal EP, Valera MC, Instituto I, Investigación U De, Social D. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado enfermería : una revisión integrativa de la literatura Training guidelines for humanised nursing care : an integrative literature review. 2020.

21. Gálvez Herrer M, Gómez García JM, Martín Delgado MC, Ferrero Rodríguez M, Gálvez Herrer M, Gómez García JM, et al. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. Med Segur Trab (Madr) [Internet]. 2017 [citado 22 de marzo de 2021];63(247):103-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000200103&lng=es&nrm=iso&tlng=es

22. Consejeria de Sanidad. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. 2019.

23. Stein Backes D, Santos Koerich M, Lorenzini Erdmann A. Humanizando el cuidado a través de la valorización del ser humano: resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2007;15(1):34-41. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a06.pdf

24. Ayuso D. Rasgos de Personalidad, Liderazgo y Resistencia al estrés de enfermeros y gestores asistenciales en los Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid. 2016;1-265. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg-DeryCSoc-Dayuso/AYUSO_MURILLO_Diego_Tesis.pdf

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 21: CREACIÓN DE UNA EMPRESA DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA A DOMICILIO

AUTORÍA: MARÍA DEL CRISTO HERNÁNDEZ MEDINA

RESUMEN

El envejecimiento de la población y los cambios de estilo de vida, han hecho que vaya en aumento el número de personas dependientes, no sólo personas mayores y con discapacidad, sino también con patologías crónicas por lo que es necesario priorizar la atención de los mismos.
Ante la falta de respuesta a esta situación por parte del Sistema Nacional de Salud y de la red sociosanitaria de la isla de Gran Canaria, me decido a realizar un estudio para la creación de una empresa de servicios profesionales de enfermería a domicilio, intentando dar respuesta a la misma, ya que, en un futuro no muy lejano, va a ser la población que más cuidados va a necesitar.
Al analizar la provisión actual de este tipo de servicios por parte de otras empresas, se comprueba que no se incluye en la cartera de servicios de la mayoría de las aseguradoras, ni de otras compañías de servicios de salud.
La nueva empresa oferta una cartera de servicios amplia, realiza la gestión de casos aplicando el Proceso Enfermero, ejecutando la valoración de enfermería según los Patrones funcionales de Marjory Gordon, tanto a la persona dependiente como a su cuidadora, consiguiendo así un trato personalizado, adaptado al modelo de atención centrado en la persona y siguiendo el modelo de autocuidados de Dorotea Orem, donde el cliente interviene en la creación de su propio plan de cuidados a través de una toma de decisiones compartida, logrando unos cuidados de calidad y ofertando un servicio seguro.
Palabras clave: gestión de casos, enfermería a domicilio, autocuidados, proceso enfermero.
ABSTRACT

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

The ageing population and lifestyle changes have increased the number of dependents, not only elderly and disabled people, but also with chronic pathologies so it is necessary to prioritize their attention. In the absence of response to this situation by the National Health System and the social health network of the island of Gran Canaria, I decide to carry out a study for the creation of a professional nursing services company at home, trying to respond to it, since, in the not too distant future, it will be the population that will need the most care.

When analyzing the current provision of such services by other companies, it is found that it is not included in the service portfolio of most insurers, or other health care companies.

The new company offers a wide portfolio of services, performs case management by applying the Nurse Process, executing nursing assessment according to Marjory Gordon's Functional Patterns, both to the dependent and his caregiver, thus achieving a personalized treatment, adapted to the model of care focused on the person and following the self-care model of Dorotea Orem , where the client intervenes in the creation of their own care plan through shared decision-making, achieving quality care and offering a safe service.

Key words: case management, home service nursing cares, self-care, nursing process.

INTRODUCCIÓN

Me gustaría orientar este trabajo hacia los cuidados de atención domiciliaria desde el ámbito privado. He trabajado como enfermera gestora de casos y observo la necesidad de aumentar el número de enfermeras de enlace debido al incremento de la demanda. El envejecimiento de la población y el aumento del número de personas con enfermedades crónicas y dependientes, supone un incremento de las necesidades de cuidados y de atención sociosanitaria, situación que ha hecho que me plantee la posibilidad de explorar este campo laboral en el área privada, ya que el centro sociosanitario donde trabajo no cumple con mis expectativas y no me siento realizada como enfermera en él.

Ante esta situación, decido realizar una labor individual creando mi propia empresa donde estas necesidades puedan ser atendidas y si exceden de mis competencias, derivarlas al sistema, esto es, servir de “enlace” de la enfermera de enlace o enfermera gestora de casos.

Considerando la Gestión de Casos como el ejercicio profesional de la enfermera, sustentada en su disciplina, la ciencia del cuidar y se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución o un ejercicio

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

de competencias personales, profesionales e instrumentales para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención, asegurando con ello, la continuidad y eficacia de los mismos (1)

Con este trabajo pretendo crear conciencia de la necesidad de aumentar el número de enfermeras gestoras de caso a domicilio y de reformar el sistema socio-sanitario. Es necesaria una coordinación entre todos los niveles asistenciales para evitar que los usuarios se queden sin los recursos que, por ley, les corresponde.

El desarrollo de este proyecto surge a raíz de la necesidad, por un lado, de autorrealización y de desarrollo de la creatividad personal, y por otro, de la necesidad percibida u observada en la población tanto crónica como dependiente.

Los cambios socio-demográficos y de morbi-mortalidad, tales como el envejecimiento poblacional por el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad; y los cambios de estilo de vida, han hecho que vaya en aumento el número de personas dependientes (2), no sólo personas mayores y con discapacidad, sino también las que presentan enfermedades que se van cronificando, cuya atención es prioritaria antes de que surjan complicaciones. Esto unido a la reducción de la estancia hospitalaria ha influido en el aumento de las necesidades de cuidados a domicilio los cuales son responsabilidad de las enfermeras de Atención Primaria. El aumento de esta demanda no ha sido asumido por el Sistema Nacional de Salud (SNS) donde todavía no hay una propuesta firme al respecto (2).

Según la OMS, una enfermedad crónica es toda enfermedad que signifique problema de salud, que requiera una gestión constante durante años. Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y en general de progresión lenta. La cronicidad hace referencia a tiempo de evolución y no a gravedad de la enfermedad (1).

También la OMS define la discapacidad como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano.

Existen una serie de recomendaciones que se repiten en todas las estrategias de mejora de la atención a la cronicidad y a los pacientes mayores, como la coordinación entre niveles, los cuidados compartidos, la potenciación del papel de enfermería, la integración sociosanitaria, la AP como referente en el discurrir asistencial de los pacientes (3), pero en la práctica real no se lleva a cabo.

El SNS necesita una actualización donde todos los niveles asistenciales estén coordinados de manera que sean más eficientes en la atención al paciente crónico, y en general a las personas dependientes, ya que las enfermeras gestoras de casos en atención domiciliaria no llegan a toda la población que las necesita, es por ello que se plantea esta alternativa donde la enfermera, con sus competencias, pueda desarrollar su actividad en el domicilio de manera autónoma, ante la falta de otras propuestas.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

A pesar de contar con la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a la Dependencia, Ley 39/2006, de 14 de diciembre (4), queda un largo camino hasta conseguir que la oferta de servicios satisfaga la demanda existente, tanto en recursos como en eficiencia. El 15 de enero de 2021 se aprobó el Plan para la dependencia donde se inyecta capital para mejorar la misma y dar impulso a la figura del Asistente personal, aun así, todavía quedan muchas personas que necesitan la atención de una enfermera a domicilio, por lo que considero que hasta que se apruebe una nueva ley que empodere a la enfermería y aumente su contratación para poder asumir tanta población, o se creen otros servicios, podría quedar cubierta parte de la población con este proyecto.

Es necesario abordar la cronicidad para evitar la dependencia temprana y dar calidad de vida empoderando al paciente, siendo él, quien tome sus decisiones, pero con el asesoramiento de una profesional especialista en esa área, la geriatría, que no sólo aborde la atención a la persona mayor, sino a las personas dependientes, independientemente de su edad.

Siendo especialista en Enfermería Geriátrica y conocedora de la gestión de casos con experiencia laboral en ello, con formación por parte de Atención Primaria de Gran Canaria, quien lleva la Enfermería de Enlace o enfermera gestora de casos, me decido a poner en marcha este nuevo proyecto. El SNS no llega a todos los pacientes o cuando llega, la enfermedad se encuentra instaurada y sólo queda su rehabilitación y tratamiento. Se trata de detectar con la valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, las necesidades de cuidados por parte de la enfermera y las necesidades de atención por otros profesionales y en otros niveles asistenciales, por lo que se derivarían al sistema. Si la enfermedad ya está avanzada, ayudar a que el afrontamiento sea mejor, que no se sientan solos; apoyarles para que tomen conciencia de que siempre hay algo que se pueda hacer para mejorar su calidad de vida dentro del estado de enfermedad.

El proyecto consiste en tratar a la persona como un ser holístico, a nivel biológico, psicológico, social y espiritual, donde se daría importancia a sus valores, sus creencias, sus proyectos de vida, teniendo en cuenta unos derechos muy importantes como son su dignidad y su autonomía.

Por ello creo que es de máximo interés la creación de una empresa que aborde dicha situación y que sirva para concienciar al SNS de la importancia del abordaje de la cronicidad y a su vez incentive a otros profesionales para la creación de nuevas empresas.

OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Creación de una empresa de servicios profesionales de enfermería a domicilio que abogue por una prevención y promoción de la salud en personas dependientes y con patologías crónicas, mejorar su estado de salud, su calidad de vida y empoderar al paciente a la hora de afrontar su patología, además de cuidar y formar a su cuidador/a informal.

2.2. Objetivos específicos

- Analizar el mercado para seleccionar los clientes potenciales a los cuales irán destinados los servicios.
- Determinar la viabilidad económica del proyecto.
- Establecer la organización de los servicios según la legislación vigente.
- Brindar cuidados de calidad con un trato individualizado y humanizado.
- Servir de guía para otros profesionales que quieran trabajar de manera autónoma.

ANÁLISIS

Antes de desarrollar el proyecto sería necesario la realización de un informe DAFO.

Tabla 1. Análisis DAFO.

	Fortalezas	Debilidades

Factores Internos

- Profesionales capacitados y competentes, especialistas en geriatría.
- Cuidados domiciliarios de calidad.
- Atención directa sin desplazamientos.
- Horario amplio.
- Trato individualizado y humanizado.
- Utilización de tecnologías de información.
- Precios competitivos.
- Empresa pequeña.
- Riesgo de infección en el domicilio debido a la pandemia.
- Gasto inicial de material y desplazamiento.
- Poca destreza en el manejo de una empresa.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

o Falta de conocimiento de la población de la existencia de la empresa.

Oportunidades Amenazas

Factores externos

- Poca competencia en el sector.
- Diferentes medios de pago.
- Convenios con aseguradoras y hoteles.
- Funcionamiento según la normativa vigente.
- Cambios de legislación.
- Conflictos con profesionales del Servicio Canario de Salud.
- Accidentes laborales.
- Costo elevado de puesta en marcha.

Fuente: basada en Plan de negocio: SEDSA S.A.S "Servicio de Enfermería Domiciliario en Salud" (5).

3.1. Análisis interno

Debilidades

Se cuenta con poco personal, la pandemia supone una limitación por el riesgo de acceder a los domicilios, gastos iniciales de material y de desplazamiento, falta de destreza en el manejo de una empresa y falta de conocimiento por parte de la población del servicio que se oferta.

Los pacientes suelen tener su propio material en casa como: tensiómetros y glucómetros entre otros, y el resto de material necesario se podría solicitar a distintos laboratorios.

¿Qué tiene mi empresa que puede atraer a los consumidores más que al Servicio Canario de Salud?

Fortalezas

Profesionales de enfermería capacitados y competentes, calidad de los cuidados ofertados por especialistas en enfermería geriátrica con muchos años de experiencia, atención directa sin desplazamiento del cliente, en un horario amplio, de 8 a 20h, trato individualizado y humanizado, la utilización de tecnologías de información y comunicación (TICs) en nuestro modelo de negocio y precios competitivos. Con las nuevas tecnologías prima la cercanía al paciente con lo que ante cualquier duda se puede acceder al profesional incluso a través de las videollamadas.

3.2. Análisis externo

Oportunidades

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La poca competencia en el sector; la enfermería de enlace no puede abarcar todas las áreas de salud por lo cual hay personas que no llegan al sistema o llegan tarde. Diferentes medios de pago, convenios con diversas aseguradoras que estén interesadas, hoteles que trabajen con personas mayores, funcionamiento de la empresa según la normativa vigente.

El objetivo es la prevención y promoción de la salud en personas dependientes y con patologías crónicas, mejorar su estado de salud, su calidad de vida y empoderar al paciente a la hora de afrontar su patología, además de cuidar y formar a su cuidador/a informal.

Los estilos de vida y los hábitos alimenticios han cambiado en los últimos tiempos por lo que aumenta el número de patologías crónicas como la Diabetes y la HTA, los Ictus y las patologías cardiacas, además de los hábitos como el tabaco y el alcohol que empeoran las mismas.

Amenazas

Cambios en la legislación, conflictos con el personal de enfermería del Servicio Canario de Salud, accidentes laborales y costo elevado de la puesta en marcha del proyecto.

Se cuenta con pocos recursos económicos y por ahora la población no demanda estos servicios, aunque la necesidad existe. Hay aseguradoras que ofertan algunos de los servicios propuestos, pero no siguen la metodología ofertada por nuestra empresa.

DISEÑO

4.1. Modelo

El modelo de prestación de cuidados de la empresa será el propuesto por Dorotea Orem quien propone entre otras, la Teoría del déficit de autocuidado.

Orem define el autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior (6). El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, lo que hace necesaria la implicación del paciente en su propio plan de cuidados. Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y el cambio de comportamientos, y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo (6).

El déficit de autocuidado por parte del paciente hace que sea necesaria la actuación de la enfermera para cubrir esas necesidades o demandas de autocuidados.

Un punto importante a considerar en la teoría de Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuándo debe intervenir para que él mismo lo logre (6). Esto a su vez está relacionado con el modelo de atención centrado en la persona, donde el paciente es el centro de los cuidados, pudiendo desarrollar así su autonomía; siendo

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

éste quien elija en cada momento, teniendo toda la información al respecto, qué hacer o qué no respecto a su situación de salud o enfermedad.
Aunque el paciente no sea dependiente, puede necesitar educación para la salud, y así realizar esas actividades de autocuidados por sí mismo.
La teoría de Orem nos brinda las herramientas necesarias para ofertar unos cuidados de calidad y aporta valor científico a nuestras actuaciones ya que a su vez se basa en un método sistemático que es el Proceso Enfermero (PE).
El denominado proceso enfermero (PE) o proceso de atención de enfermería (PAE), consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a las enfermeras/os prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, disponiendo de un marco conceptual desde el que prestar cuidados de calidad.
Consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Las características esenciales del PE son:

- Sistemático: se realizan las cinco etapas de forma organizada para lograr la eficiencia de los cuidados y conseguir los objetivos fijados a través de los resultados de salud.
- Dinámico: es un proceso continuo, las cinco etapas se relacionan entre sí, cada una depende de la anterior, y el resultado depende de la respuesta del paciente.
- Humanístico: en cada etapa se tiene en cuenta los valores, las creencias, las preocupaciones y los deseos del paciente, de su familia o de la comunidad, es decir se tiene en cuenta una visión holística del sujeto.
- Centrado en objetivos/resultados: el PE se dirige a la consecución de unos resultados esperados a través de la planificación conjunta de unos cuidados documentados.

Fases del Proceso Enfermero:

- Valoración: Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos de la persona, su familia y entorno. Según el modelo de cuidados elegido la enfermera recoge los datos y los organiza para la identificación de los diagnósticos enfermeros. En este caso se utilizarán los Patrones Funcionales de salud de Marjory Gordon, modelo recomendado por la NANDA Internacional (7) para organizar los datos obtenidos en el PE.

A través de ellos se detecta el grado de conocimiento del paciente referente al tratamiento, su responsabilidad del seguimiento o adherencia al mismo, la nutrición, la eliminación, actividad física o ejercicio, sueño - descanso, nivel cognitivo –perceptivo, rol –relaciones, sexualidad reproducción, valores y creencias.

- Diagnóstico: La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), en 1990, define el diagnóstico enfermero como un juicio clínico sobre las

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable.

Los diagnósticos enfermeros son competencia exclusiva de enfermería porque se refieren a problemas identificados, validados y tratados por enfermeros/as (1).

- Planificación: se elabora de forma conjunta con el paciente el plan de cuidados individualizado teniendo en cuenta la priorización de los problemas más relevantes, pactando con él los resultados a conseguir y las intervenciones a llevar a cabo para su consecución.
- Ejecución: consiste en la puesta en marcha del plan de cuidados y validación del mismo observando si los resultados y las actividades propuestas son las más adecuadas a la situación del paciente. Se continúa recogiendo información para tener el plan siempre actualizado. Toda la información debe ser registrada para posteriormente poder evaluar si se cumplen los resultados o no.
- Evaluación: consiste en comprobar si realmente se han cumplido los resultados esperados, si se ha cumplido el plan de cuidados o si se debe modificar el mismo, los resultados en salud que se han obtenido con la provisión de los cuidados y la satisfacción del paciente.

4.2. Ámbito de actuación

Se ofertarán nuestros servicios a las mutuas en la ciudad de Las Palmas, y a los hoteles, tanto de la ciudad como del Sur de la isla, que trabajen con personas mayores o dependientes, para asegurarnos así un mínimo de clientela todos los meses. Se ha contactado con varias mutuas y sólo una ofrece atención domiciliaria de enfermería, pero no ofrece los servicios que nuestra empresa oferta.

En Atención Primaria, las visitas de enfermería domiciliarias están destinadas sólo a aquellas personas que por su estado de salud o por dificultades en la movilidad, no puedan desplazarse al Centro de Salud, por lo que todas aquellas personas que no reúnan dichas características quedarán excluidas de la prestación de este servicio (8) y pueden ser clientes potenciales de nuestra empresa.

Nosotros nos desplazaremos al domicilio de cualquier persona que requiera alguno de los servicios que ofertamos, con independencia de su estado de salud o de su grado de movilidad (8).

Las visitas domiciliarias no llegan a toda la población por el volumen de trabajo generado, sobre todo en época de pandemia, por lo que los clientes potenciales podrían ser más. 4.3. Marco normativo

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Para desarrollar este modelo de empresa me baso en el siguiente marco normativo: la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), el código deontológico de enfermería española y la Resolución nº6 del Consejo General de Enfermería.

4.3.1 Ley 44/2003, de 21 de noviembre (LOPS)

El ejercicio profesional en el ámbito privado se regula en el título IV de esta ley con el fin de garantizar la máxima calidad de las prestaciones sanitarias.

En el título I, artículo 4, punto 3, también se contempla las funciones a desarrollar no sólo en el ámbito asistencial sino también en gestión clínica, prevención, información y educación para la salud además de función docente e investigadora.

En el mismo artículo punto 4, se refleja que: Corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades (9).

En el punto 5, además se contempla que Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión.

En el artículo 5, Principios generales de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos, en el punto I apartado a) se tiene en cuenta tanto la calidad de la atención que se debe prestar como la seguridad de los cuidados. Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables.

En el apartado c) refiere que: Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten.

En su artículo 7, punto 2, apartado a) se habla de nuestras competencias: Enfermeros: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

En el título IV, artículo 42, Prestación de servicios por cuenta propia, en su punto uno manifiesta que todos los contratos de prestación de servicios sanitarios, así como sus

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

modificaciones, que se celebren entre profesionales y entidades de seguros que operen el ramo de enfermedad, se formalizarán por escrito.

En el Artículo 43. Registros de profesionales, se menciona que se debe estar registrado. Las entidades de seguros que operen el ramo de enfermedad a que se refieren los artículos 41 y 42 establecerán y mantendrán actualizado un registro de los profesionales sanitarios con los que mantengan contratos de prestación de servicios por cuenta propia o ajena.

Conforme a lo previsto en el artículo 5.2 de esta ley, dicho registro será público en lo que se refiere al nombre, titulación, especialidad y, en su caso, categoría y función del profesional.

Artículo 44. Publicidad del ejercicio profesional privado. La información que se proporcione debe ser objetiva, prudente y veraz.

Artículo 45. Seguridad y calidad en el ejercicio profesional privado. En su punto 2, hace referencia a que las garantías de seguridad y calidad son aplicables a todas las actividades sanitarias privadas, con independencia de la financiación de las prestaciones que estén ofreciendo en cada momento.

Artículo 46. Cobertura de responsabilidad. Corre a cargo del Colegio profesional. Se menciona que, en el supuesto de profesiones colegiadas, los colegios profesionales podrán adoptar las medidas necesarias para facilitar a sus colegiados el cumplimiento de esta obligación.

4.3.2. El Código Deontológico de la Enfermería española

Refleja el papel de la enfermera en la sociedad, y también menciona los ámbitos ya contemplados en la LOPS.

Las enfermeras tenemos responsabilidad en el área de:

1º Prevención de las enfermedades.

2º Mantenimiento de la salud.

3º Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.

4º Educación para la salud.

5º Formación, administración e investigación en Enfermería.

El Código Deontológico de la Enfermería Española hace referencia a que debemos estar en disposición de propiciar una respuesta adecuada a los procesos de cambio que experimente la atención de salud, manteniendo normas de educación, siendo pioneros en la sugerencia de estrategias de puesta en práctica, que tengan en cuenta el contexto social, político y económico del país (10).

Además, añade que partiendo de la base que la Enfermería como profesión constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente, debemos tener presente que las/os Enfermeros/as, han de enfatizar de manera prioritaria, dentro de sus programas:

a) La adquisición de un compromiso profesional serio y responsable.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

b) La participación activa en sociedad.
c) Reconocimiento y aplicación en su ejercicio, de los principios de ética profesional.
d) La adopción de un profundo respeto por los derechos humanos (10).
Todo esto se contempla en diversos artículos.
Detallo los que considero que afectarían a la realización de este proyecto.
El código se aplica en cualquier modelo de actuación que realicemos según se contempla en el artículo1.
Artículo1. Las disposiciones del presente Código obligan a todos los Enfermeros/as inscritos en los Colegios, sea cual fuera la modalidad de su ejercicio (libre, al servicio de la Sanidad Pública, Privada, etc.).
Artículo 6. En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligados a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.
En este caso el paciente o su familia son los que solicitarán nuestros servicios.
También contempla la formación e información al paciente y su familia o cuidadora.
Artículo 7. El consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la Enfermera/o.
Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre, y válidamente manifestada sobre la atención que se le preste.
Artículo 10. Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.
En la atención a las personas dependientes está contemplado que se garantizará el trato correcto.
Artículo 15. La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser su padecimiento, edad o circunstancia de dichas personas.
También tiene en cuenta la atención en cuidados paliativos.
Artículo 18. Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.
Papel de la enfermera en la promoción de la salud y el bienestar social.
Artículo 31. El personal de Enfermería deberá colaborar en la promoción de la salud poniendo al servicio del logro de esa función social sus conocimientos científicos y conducta ética en el desarrollo de los diferentes programas que se planifiquen con ese objetivo
Atención a las personas con discapacidad como se refleja en el artículo 35.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Artículo 35. Como consecuencia del Derecho Público, que tienen los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados a ser integrados y readaptados a la Sociedad a la que pertenecen, las Enferme-ras/os pondrán a su servicio tanto sus conocimientos profesionales como su capacidad de cuidados para que individualmente o colaborando con otros profesionales, se esfuercen en identificar las causas principales de la incapacidad con el fin de prevenirlas, curarlas o rehabilitarlas.
Atención a las personas mayores.
Artículo 43. Las Enfermeras/os deben prestar atención de salud tanto al anciano enfermo como sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizar un mejoramiento de la calidad de vida.
Se contempla que cada profesional de enfermería ejerce sus funciones con responsabilidad y respetando los derechos de las personas a las que cuida.
Artículo 57. La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.

4.3.3. Resolución nº6 del Consejo General de Enfermería
Artículo 1º: Definición de enfermera y enfermero en el ámbito de la gestión y del liderazgo (11).
Considera que Enfermera Gestora es aquella enfermera líder que ha desarrollado competencias que le habilitan como administradora de la atención de la salud aportando unos conocimientos, habilidades y capacidades objetivamente acreditables de su experiencia profesional y formación, con un compromiso de mejora e innovación continua, estableciendo relaciones y alianzas con individuos o grupos.
Artículo 2º: Ámbito de la práctica o campo de acción.
En su punto 1 y 2 considera un amplio campo de actuación y un compromiso de ofrecer cuidados de calidad y seguros.
1. El ejercicio profesional de enfermeras y enfermeros gestores y líderes en cuidados de salud, se lleva a cabo en los diferentes ámbitos de la estructura social, como son los ámbitos sanitarios, sociosanitarios, educativos y sociales en general.
2. La práctica de gestión y liderazgo incluye, la gestión y liderazgo de la práctica clínica, de los cuidados de salud, de los profesionales asignados y de todos los recursos disponibles comprometidos con la calidad y seguridad de cuidados, pacientes, profesionales y ciudadanía.

Artículo 3º: Marco de actuación de enfermera y enfermero en el desarrollo de la gestión.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La labor de la enfermera gestora se realiza bajo un marco legal y siguiendo el código deontológico de la profesión, además de gestionar la calidad y la seguridad de la atención.

3.1. Práctica profesional, ética, legal y sostenible.

La enfermera gestora desarrolla una práctica profesional de acuerdo con normas legales, principios éticos, deontología profesional con criterios de sostenibilidad. Reconoce y demuestra un ejercicio con conducta ética que refleja su compromiso social con el bienestar y seguridad de la ciudadanía, así como la responsabilidad de la calidad y seguridad del ambiente de trabajo, utilizando como referencias, en su práctica diaria, las normas legales, los principios éticos y Deontología Profesional.

3.2. Gestión por la calidad y la seguridad.

La enfermera gestora desarrolla un sistema de gestión de calidad como modelo de excelencia y referencia para la mejora continua de la calidad de la prestación de atención de salud y de las organizaciones. Todo ello se basa en un cuerpo de conocimientos, aptitudes y actitudes en el marco de los principios de calidad.

3.3. Liderazgo. Gestión del cambio. Desarrollo profesional y organizacional

Todo ello se basa en un cuerpo de conocimientos, habilidades y actitudes coherentes, articuladas y sistematizadas relativa a las ciencias del comportamiento humano y de las organizaciones.

3.4. Planificación, organización, dirección y control

Entre otras, tendrá competencias para planificar, dirigir organizar, y evaluar los recursos humanos, de conocimiento, tecnológicos, materiales y de espacio que le asignen, todo ello dirigido a conseguir resultados que mejoren la salud, la calidad de vida y los cuidados de las personas y la sociedad.

3.5. Comunicación e información

Procesos fundamentales en cualquier interrelación personal o profesional.

3.6. Práctica profesional basada en la evidencia y orientada hacia la obtención de ganancias en salud. Entre los puntos a desarrollar se contemplan la humanización de la salud que es primordial.

3.7. Ejercicio de la asesoría, la consultoría y la colaboración intergubernamental, interinstitucional o interdisciplinar.

Se apoya en un cuerpo de conocimientos en el ámbito de la planificación estratégica, liderazgo, marketing, gestión financiera y gestión de proyectos, entre otros.

Artículo 4º: Definición del contenido curricular mínimo.

Tendrá formación básica actualizada de la práctica enfermera en general y en particular en materia de gestión; entre ellos gestión de cuidados y gestión de procesos.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Para ser enfermera gestora es necesario tener experiencia profesional entre uno y cinco años.
Según la normativa los profesionales de la empresa de nueva creación cumplimos con los requisitos solicitados.
Antes de la puesta en marcha de la empresa, es necesario crear una cartera de servicios a ofertar y entre ellos se encuentran: visitas proactivas en el domicilio, haciendo entrenamiento en autocuidado y poniendo en marcha medidas de prevención y afrontamiento de la situación.
El carácter proactivo consiste en anticiparse a la evolución de la enfermedad y del padecimiento facilitando los servicios y actuando ante los cambios en las necesidades de la persona en cada fase por la que atraviesa (5).

4.4. Cartera de servicios
La Cartera de servicios recoge todas las prestaciones que la empresa tiene previsto llevar a cabo en el domicilio de la persona y se expone en base a la Clasificación Internacional de Intervenciones Enfermeras (NIC).
-Gestión de casos (12): Valoración de la persona dependiente y de su cuidadora a través de los Patrones Funcionales de salud de Marjory Gordon, con la realización de un plan de cuidados personalizado, teniendo en cuenta sus valores, sus deseos y sus planes personales, es decir mediante la toma de decisiones compartida según el Proceso Enfermero que es un método sistemático y dinámico.
-Educación para la salud y entrenamiento en autocuidado: tanto al paciente como a su cuidadora mediante el entrenamiento en autocuidados en Actividades Básicas de la Vida Diaria(ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), como la ayuda con el autocuidado en : alimentación, baño, higiene, micción/defecación, transferencia, vestirse/arreglo de la persona, entrenamiento del hábito urinario , entrenamiento intestinal, cuidados de la incontinencia intestinal y urinaria, sondaje vesical ,cuidados del catéter urinario ,cuidados de la ostomía, cuidados de la sonda gastrointestinal, cuidados de las uñas, cuidados de los pies cuidados de los ojos, cuidados de los oídos, empoderamiento de los mismos realizando educación en hábitos tabáquicos y alcohol, proporcionando ayuda para dejar de fumar , asesoramiento nutricional para lograr una alimentación saludable, sondaje nasogástrico y cuidado de la sonda , ayuda para disminuir el peso, manejo de la hiperlipidemia, manejo de la hiperglucemia e hipoglucemia, manejo de la hipertensión e hipotensión , enseñanza de cómo utilizar los medicamentos prescritos , mejorar el sueño, mejorar la comunicación tanto en el déficit auditivo como visual y déficit del habla.
Incentivar la realización de ejercicio adaptado a sus capacidades, creando así conductas generadoras de salud.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Si el paciente ya está encamado, realizar entrenamiento en cuidados del paciente encamado, vigilar el estado de la piel, prevención de úlceras por presión, control de infecciones y procurar que esté correctamente vacunado a modo de prevención de las mismas.
En personas con inicio de demencia: entrenamiento de la memoria, entre otras, a través de la terapia de reminiscencia. Manejo de la demencia explicándole las fases por las que va a pasar para que pueda ir afrontando cada etapa tanto el paciente como el cuidador/a, apoyo al cuidador principal, apoyo emocional tanto al paciente como a su cuidador/a, apoyo en la toma de decisiones, apoyo espiritual, aumentar los sistemas de apoyo para evitar la sobrecarga del cuidador/a, control del estado de ánimo, realizar escucha activa, potenciar su autoestima para que pueda realizar una modificación de la conducta, lograr establecer objetivos comunes, fomentar la implicación familiar proporcionando poyo a la familia realizando visitas frecuentes o a través de consultas telefónicas o videollamadas.

-Monitorización de los signos vitales: Tensión arterial, frecuencia cardiaca, glucemia, temperatura, saturación de O2, talla y peso.
-Manejo de muestras: Realización de analítica de orina (combur-test y/o urocultivo) si tuviera sintomatología, para descartar una posible infección del tracto urinario, analítica de sangre, toma de muestras para cultivo de úlceras, exudados de ojo, oídos etc. e interpretación de datos de laboratorio para el establecimiento del plan de cuidados.
-Administración de medicación por diferentes vías: subcutánea, intramuscular e intravenosa, tópica, enteral, oral, rectal, inhalatoria, oftálmica, ótica, siempre y cuando esté prescrita por el facultativo.
-Cuidados de las heridas: quemaduras, úlceras por presión, úlceras vasculares, úlcera de pie diabético y mal perforante plantar, heridas quirúrgicas, vías venosas periféricas, vías subcutáneas, gastrostomías, colostomías, abscesos, en general curas de cirugía menor y retirada de puntos de sutura, si precisara.
-Cuidados paliativos: Apoyo emocional, orientación en cuanto a los signos y síntomas frecuentes para que puedan llevar a cabo un buen manejo de las náuseas, del vómito y del estreñimiento/impactación fecal producidos por la sedación. En cuanto a los cuidados de confort cambios posturales, mantenimiento de la vía subcutánea, si tuviera tratamiento para el dolor, administración de analgésicos para realizar un buen manejo del dolor, administración de sueroterapia, facilitar el duelo tanto del paciente como de su familia y cuidadora, cuidados en la agonía y cuidados post mórtem.

-Administración de nutrición: administración de alimentación enteral, bien por sonda nasogástrica o gastrostomía y formación a la cuidadora para que conozca su administración y las posibles complicaciones de la misma.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Terapias complementarias: Reiki, Shiatsu, risoterapia, musicoterapia, relajación muscular progresiva, técnicas de relajación.

- Ejercicio Terapéutico (12): Valoración del paciente, del Entorno (accesibilidad y barreras arquitectónicas), valoración de la necesidad de utilización de ayudas técnicas y valoración del cuidador principal.
Elaboración de un plan de actividades para el cuidador principal a través de movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida.
Elaboración de un plan de actividades para que el paciente logre mejorar la capacidad funcional. Entre ellos el fomento del ejercicio a través de estiramientos y entrenamiento de fuerza; ejercicios como: ambulación, control muscular, movilidad articular (12) y masaje para activar la circulación.
Para la prevención de caídas reeducación del equilibrio en bipedestación y en marcha.
Por otro lado, fisioterapia torácica a través de la reeducación respiratoria y adaptación al esfuerzo de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o leve (12), drenaje de Linfedemas post -mastectomía no cronificados y rehabilitación Neurológica tras un ictus.
Todo esto acompañado de educación para la salud.
Como se puede observar sería un tratamiento holístico de la persona dependiente y de su cuidadora, ofreciendo confort, seguridad y calidad de vida a través de los autocuidados y de la participación activa en la toma de decisiones.
Como comenta Blanca Fernández-Lasquetty, con ello se fomenta la toma decisiones compartida facilitando la implicación de la persona en el mantenimiento de su propia salud y en la gestión de su enfermedad (1).

4.5. Tabla de precios

Es necesaria la creación de una tabla de precios donde se explicite el coste de los servicios ofertados. No existe un listado de precios oficial. Hace varios años era competencia de los Colegios Oficiales de Enfermería la fijación de las tarifas de los servicios prestados, pero ha dejado de ser su función con lo cual queda bajo el criterio de cada profesional.
A título orientativo, observando diferentes precios establecidos por otras empresas, se establecen los costes por servicio.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Tabla 2. Tabla de precios.

Cartera de servicios	Precios
Monitorización de signos vitales	**10 €**
Control de glucemia	**8 €**
Administración de medicación	**10 €**
Cuidados de las heridas	**15 €**
Sondajes	**20 €**
Lavado de oídos	**20 €**
Gestión de casos	**50 €**
Educación para la salud	**30 €**
Cuidados paliativos	**30 €**
Terapias complementarias	**40 €**
Ejercicio terapéutico	**50 €**
Manejo de muestras	**15 €**
Administración de nutrición	**20 €**
Visitas domiciliarias de apoyo fuera de la ciudad por Km	**0.20 €**
Valoración del fisioterapeuta	**50 €**
Técnicas de tratamiento del fisioterapeuta por hora	**50 €**

Fuente: elaboración propia

Si fuera preciso acudir al domicilio una vez al mes o quincenalmente, se ajustarían los precios y si fuera con mayor asiduidad se haría un paquete oferta con varios servicios incluidos.

4.6. Forma de pago

El pago se realizará al contado y con factura, para poder realizar la declaración de la renta, o bien mediante tarjeta bancaria.

4.7. Estudio económico y financiero

La inversión inicial iría dirigida fundamentalmente al aprovisionamiento de material para la monitorización de signos vitales, cuidados de las heridas, sondaje nasogástrico, sondaje vesical, administración de medicación, etc.

La reducción de dicha inversión se realizaría a través de la suscripción de convenios con empresas del sector. Éstas suministrarían el material a la empresa con unas condiciones que supondrían un ahorro importante en los costes.

4.8. Cartera de clientes

La clientela potencial está constituida por todas aquellas personas que requieren

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

servicios de enfermería a domicilio y que, por diversas razones, no pueden o no desean ser atendidos por los servicios que se ofertan desde el sistema público de salud o que no cuentan con este tipo de prestación como los seguros MUFACE, MUGEJU e ISFAS (13), donde sólo pueden acceder los funcionarios públicos y que pueden elegir cobertura pública del SNS o privada.

La población diana sería:
- Personas con diferentes grados de dependencia.
- Personas con movilidad reducida. - Personas con necesidades puntuales, normalmente no dependientes.
-Turistas que viajan a nuestra ciudad y que requieren una continuidad en sus cuidados.
-Personas con patologías crónicas para el control, seguimiento y asesoramiento de dichas patologías.

4.9. Recursos humanos y materiales

Se iniciaría la empresa con una enfermera y un fisioterapeuta, pudiéndose ampliar a tres enfermeros/as según la demanda que se genere.

Tabla 3. Recursos materiales.

INYECTABLES	CURA DE HERIDAS
✓ Agujas: 20, 21, 22 G, longitud 25 mm. ✓ Jeringas de 2, 5 y 10 ml. ✓ Vía subcutánea. ✓ Bomba de perfusión S/C. ✓ Jeringa de 60ml cono lúer. ✓ Vía venosa periférica ✓ Suero fisiológico de 100ml ✓ Jeringa precargada de suero fisiológico 10ml. ✓ Gasas. ✓ Fármaco prescrito. ✓ Suero prescrito. ✓ Guantes desechables. ✓ Solución antiséptica. ✓ Contenedor para material punzante. ✓ Hoja de registro.	✓ Apósitos según el tipo de herida ✓ Ácidos hiperoxigenados. ✓ Set de disección ✓ Contenedor objetos punzantes. ✓ Productos desbridantes. ✓ Empapador. ✓ Gasas y compresas estériles. ✓ Guantes desechables. ✓ Guantes estériles. ✓ Jeringa de 20 c.c. con aguja de 21 G. ✓ Bata desechable. ✓ Povidona yodada. ✓ Suero fisiológico 0,9%. ✓ Solución acuosa de clorhexidina al 5%. ✓ Vendas según necesidad. ✓ Esparadrapo hipoalergénico. ✓ Esparadrapo. ✓ Hoja de registro.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

CONTROL DE CONSTANTES:	DETERMINACIÓN DE GLUCEMIA
✓ Esfingomanómetro. ✓ Fonendoscopio. ✓ Termómetro digital. ✓ Pulsioxímetro. ✓ Hoja de registro	✓ Glucómetro. ✓ Tiras reactivas. ✓ Lancetas. ✓ Gasas. ✓ Solución antiséptica. ✓ Hoja de registro.
TOMA DE MUESTRAS DE ORINA	**VALORACIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA**
✓ Bote de orina. ✓ Sonda Nélaton masculina y femenina. ✓ Colector de orina. ✓ Lubricante urológico. ✓ Tiras de orina. ✓ Gasas estériles. ✓ Betadine. ✓ Suero fisiológico 10ml.	✓ Portátil con el cuestionario a pasar. ✓ Proyector. ✓ Material audiovisual, vídeos. ✓ Teléfono móvil.

Fuente: Basada en Trabajo Fin de Grado Elaboración de un Plan de Negocio para una empresa de cuidados de Enfermería a domicilio.

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

Fases de la ejecución:

Antes de la ejecución establecería un plan de acción mediante la elaboración y estandarización de protocolos y guías de procedimientos asistenciales con sus correspondientes registros, basándonos en la evidencia científica. Entre ellos: El Proceso Enfermero, Los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon como herramienta de valoración, los diferentes test validados a pasar en la valoración como el Barthel, el Pheiffer, la escala de Lawton-Brody, el test de Yesavage, la escala de Tinetty, la escala de Bradem, entre otras, para detectar los distintos riesgos como el deterioro en las ABVD y AIVD, deterioro cognitivo, ansiedad, depresión, caídas, úlceras por presión, y los protocolos de actuación en distintos procedimientos como: sondajes nasogástrico y vesical, sondas PEG, administración de medicación por las diferentes vías, realización de curas de diferentes tipos de heridas, lavado bucal, ocular y de oídos, cuidados de personas encamadas etc. de manera que todos los profesionales trabajen de manera consensuada.

Sería necesaria la creación de un registro por paciente y cuidadora, similar a la historia clínica, con diferentes apartados: Datos generales como nombre ,DNI y número de teléfono, seguimiento o registro de evolución, resultados analíticos, asistencia a consultas de especialistas, registro de tratamiento para mantenerlo actualizado, plan de cuidados con sus actividades correspondientes, registro de cada actividad realizada en el domicilio, registro de evaluación del plan de cuidados para realizar los cambios necesarios según la evolución, registro de visitas o consultas realizadas para llevar un

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

seguimiento del importe de las mismas, tabla de recursos materiales con sus precios consensuados, registro de control de material utilizado para reponerlo o realizar un pedido y, por último, un programa para llevar la contabilidad.

Todo ello consensuado con los miembros del equipo de trabajo para que la metodología a llevar a cabo sea siempre basada en la evidencia y siguiendo la misma línea de trabajo.

5.1. Planes de comunicación interna

En principio la actividad la realizaría una sola enfermera y si aumentara la demanda se podría incrementar a dos o tres máximo, para cubrir las vacaciones, y un profesional de fisioterapia, quedando así cubierto tanto la prevención como la promoción de la salud y la rehabilitación en las AVD que hayan presentado deterioro; o simplemente, la realización de mantenimiento de las mismas y actividad física, consiguiendo así un mayor nivel de autonomía , abogando de esta manera por un envejecimiento activo logrando con ello una mayor calidad de vida.

El objetivo primordial sería lograr la máxima capacidad funcional.

El horario propuesto estaría dividido en uno o dos turnos, dependiendo de la demanda como del personal disponible. Uno de 8 a 14h y otro de 14 a 20h de manera que quede cubierto todo el día salvo la noche que ya sería una urgencia y quedaría cubierto por el servicio de emergencias 112.

Considero que es un horario flexible que nos permite realizar otras actividades personales.

5.2. Planes de comunicación externa

Preguntar en el Colegio de Enfermería de las Palmas si conceden ayudas para autónomos emprendedores y dejar información de la empresa por si alguien está interesado en contratar nuestros servicios.

Contactar con distintas aseguradoras y hoteles de la zona ofertando los servicios indicados.

Marketing: ofrecer los servicios en asociaciones de vecinos y centros de la tercera edad. Crear una página web donde se encuentre toda la información referente a los servicios que oferta la empresa. Utilizar las redes sociales como un recurso adicional para llegar a toda la población.

Posibilidad de ofertar los servicios en Radio Tamaraceite donde compañeras enfermeras tratan temas de salud, con las que he colaborado.

Preguntar entre los vecinos y compañeros enfermeros si hay demanda de estos servicios y que los deriven a la empresa.

Una vez y contemos con clientela intentar aumentar la misma a través de la recomendación a sus amistades.

5.3. Modelo de sostenibilidad

El proyecto será financiado en principio por las aseguradoras y hoteles que quieran contratar nuestros servicios.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En cuanto al material mediante los convenios descritos con la industria del sector, se conseguirá unos precios más asequibles.

5.4. Herramientas de seguimiento y Reporting

Será necesario llevar un libro de registro de los ingresos para poder realizar la declaración de la renta. Para ello hay programas informáticos que realizan la contabilidad.

Para la puesta en marcha de la empresa es necesario realizar una serie de trámites El desarrollo de la actividad económica implica el cumplimiento de las correspondientes obligaciones con la Agencia Tributaria y con la Seguridad Social según está legislado.
Se cursará el alta en el Censo de Empresarios, Profesionales y Retenedores, así como en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos. Existe la obligación de llevar una contabilidad y de efectuar pagos del IRPF trimestralmente (8).
Una vez y todo esto esté formalizado se podría comenzar con la actividad económica.

EVALUACIÓN

La evaluación se realizaría a través de los siguientes indicadores: la satisfacción del cliente y su experiencia, la mejora en sus autocuidados, la calidad de los cuidados realizados, la armonía en el trabajo, la motivación de los profesionales, la implicación de los mismos en la toma de decisiones y su satisfacción. Sería necesario realizar una evaluación de forma periódica de los avances del plan.

Tabla 4. Evaluación del plan de acción.

Criterios plan de acción	Tiempo	Evaluación
Evaluación y seguimiento de adherencia al plan de cuidados y al tratamiento.	Trimestral	Análisis de datos presentados por la cuidadora o el propio usuario.
Evaluación correspondiente a la política de seguridad del paciente.	Mensual	Evaluación a través de la lista de actuaciones en la atención al paciente e incidentes.
Creación de estrategias para aumentar los convenios de prestación de servicios con diferentes aseguradoras y hoteles.	Mensual	A través del incremento de la demanda de servicios.
Elaboración de un plan publicitario que permita la captación y conocimiento general de la empresa en la ciudad.	Mensual	Incremento de la demanda de servicios.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Evaluación de la satisfacción del usuario.	Mensual	Análisis de datos e informes sobre satisfacción del usuario.
Evaluación del rendimiento dentro de la empresa.	Mensual	Análisis de la autoevaluación de la calidad de la empresa.
Evaluación de estados financieros.	Mensual	Equilibrio de los informes del estado financiero de la empresa.
Evaluación y seguimiento de accidentes laborales.	Mensual	Índices de accidentabilidad laboral.
Verificación y seguimiento del cumplimiento de los acuerdos entre los profesionales de la empresa.	Mensual	Análisis de datos sobre la evaluación de los acuerdos de la empresa.
Verificación, revisión y actualización de políticas y leyes implementadas en el país.	Trimestral	De acuerdo a las actualizaciones dadas por el Ministerio de Sanidad.

Fuente: basada en Plan de negocio: SEDSA S.A.S "Servicio de Enfermería Domiciliario en Salud".

Evaluación de la satisfacción del usuario.

Criterio de estructura: Se dispone de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los usuarios.

Indicador: dicotómico SI/NO

Criterio de proceso: Los pacientes cumplimentan el cuestionario de evaluación de satisfacción.

Indicador: porcentaje de pacientes que cumplimentan el cuestionario de evaluación de satisfacción.

El objetivo a conseguir es que el 100% de los clientes cumplimenten el cuestionario. En principio se plantea un grado de cumplimiento del 25%. Se iría revisando cada tres meses y según el grado de cumplimiento iría aumentando el porcentaje esperado a 75% así hasta conseguir el 100%.

Si no se consigue habría que detectar el factor o factores que hacen que la satisfacción no sea del 100%.

Criterio de resultado: nivel de satisfacción de los usuarios.

Indicador: porcentaje de satisfacción.

El objetivo es conseguir el 100% de clientes o usuarios satisfechos, se irá revisando cada tres meses de manera que si no aumenta el grado de satisfacción hay que ver qué factor hace que la satisfacción no sea del 100% y proponer posibilidades de mejora.

Evaluación de la calidad de los cuidados.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Criterio de estructura: Se dispone de protocolos de actuación y registros de seguimiento de los clientes.
Indicador: dicotómico SI/NO. Si hay o no protocolo.
Las actividades más recurrentes se irán protocolizando a medida que se actúa con los clientes y cada actividad debe ser registrada.
Criterio de proceso: los profesionales cumplimentan los registros y realizan los protocolos consensuados.
Indicador: porcentaje de registros cumplimentados y registros de seguimiento o porcentaje de profesionales que lo cumplimentan.
Para ello habría que llevar un control de cada actividad realizada, esto es, número de inyectables administrados, número de curas, número de material utilizado, número de valoraciones y así con cada actividad.
Criterio de resultado: nivel de cumplimentación de los registros.
Indicador: Porcentaje de cumplimentación de los registros y nivel de cumplimiento de los protocolos
El objetivo a conseguir es que se cumplimente el 100% de los registros, pero partiremos de un 25% y se irá revisando cada tres meses hasta conseguir el 100% de la cumplimentación de los registros y el 100% de los protocolos realizados.
Todos los indicadores se revisarán cada tres meses y se propondrán medidas de mejora.

CONCLUSIONES

Debido al aumento de la población con patologías crónicas e invalidantes considero que la empresa puede ser rentable a medio plazo y será bien acogida por la población, puesto que evitaría las esperas en los centros de salud y los desplazamientos a los mismos, además de reingresos y visitas a urgencias (15). Se contaría con la satisfacción del usuario y su experiencia ya que, al centrarse en la gestión de casos y la atención centrada en la persona, se resaltaría la importancia del autocuidado. Tras una buena educación sanitaria se logrará el empoderamiento en la toma de decisiones compartida, tanto del paciente como de su cuidador/a, consiguiendo la adherencia al tratamiento y un cambio de estilo de vida, realizando actuaciones preventivas, lo que revierte a su vez en una mejora de su calidad de vida. Esto supondría un aumento de la satisfacción para los usuarios quienes recomendarían la empresa, logrando así un aumento en la captación del número de usuarios, manteniendo los servicios activos.
A medida que se vaya implementando el proyecto irán surgiendo dificultades que tendremos que abordar y nuevas oportunidades para aprovechar el crecimiento de la empresa y el crecimiento personal.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Este proyecto empresarial podría servir para abrir un campo de actuación a nivel profesional a través de la creación de futuras empresas, en beneficio de la población tanto dependiente como con patologías crónicas, las cuales van en aumento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Lasquetty B. Gestión de cuidados de enfermería. [Internet]Leioa: Salusplay editorial; 2018 [citado 11 junio 2021];3,18,59. Disponible en: https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-gestion-y-liderazgo-en-cuidados-de-enfermeria

2. Gala Fernández B, López Alonso SR, Pérez Hernández RM. La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia. Index Enferm[Internet]. Oct 2006 [citado 11 junio 2021]; vol.15, n.54, pp.7-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200001

3. Corrales-Nevado D, Palomo-Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. Enferm Clin [Internet].2014 [citado 11 junio 2021]; 24(1): 51-58. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/LuisPalomo/publication/259740959_La_importancia_de_la_longitudinalidad_integralidad_coordinacion_y_continuidad_de_los_cuidados_domiciliarios_efectuados_por_enfermeria/links/5dd2d6274585156b351e852d/La-importancia-de-la-longitudinalidad-integralidad-coordinacion-y-continuidad-de-los-cuidados-domiciliarios-efectuados-por-enfermeria.pdf

4. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (Boletín Oficial del Estado, número 299, de 15 de diciembre de 2006).

5. Castilla criado MP, Sanabria Díaz DC, González González N, Prada Anaya PF. Plan de negocio: SEDSA S.A.S "Servicio de Enfermería Domiciliario en Salud". [Internet]Bucaramanga;30 de mayo de 2020[citado 11 junio 2021]. Disponible en: https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/6502.

6. Prado Solar L A, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 dic [citado 11 junio 2021]; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.

7. Manual CTO Oposiciones de Enfermería. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas. [Internet]País Vasco; [citado 11 junio 2021] Vol1: 13.
Disponible en:
https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050

8. Cárdenas Beltrán C N. Trabajo Fin de Grado Elaboración de un Plan de Negocio para una empresa de cuidados de Enfermería a domicilio. Colección Grado en Enfermería [Internet]. Universidad de Jaén;2015 Jun [citado 11 junio 2021];7. Disponible en: https://hdl.handle.net/10953.1/1564
9. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (Boletín Oficial del Estado, número 280, de 22 de noviembre de 2003).

10. Código Deontológico de la Enfermería Española [Internet]. Madrid: Consejo General de Enfermería; 1989[citado 11 junio 2021], 2-19. Disponible en:
http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/codigodeontologicoesp.pdf

11. Resolución nº 6/2021, de 24 de marzo de 2021, por la que se ordenan determinados aspectos del ejercicio profesional de enfermeras y enfermeros gestores y líderes en cuidados de salud. (Boletín Oficial del Estado, número 95, de 21 de abril de 2021).

12.Valdespina Aguilar C. Clasificaciones NANDA, NOC, NIC 2018-2020. [Internet] Leioa: Salusplay editorial; 2019[citado 11 junio 2021];43-63. Disponible en:
https://contenidos.salusplay.com/hubfs/ebooks/Clasificaciones-NANDA-NOC-NIC-2018-2020.pdf

13. Paricio Muñóz J. Sistemas sanitarios y políticas de salud. [Internet] Leioa: Salusplay editorial; 2018 [citado 11 junio 2021];1,11-2. Disponible en:
https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-gestion-y-liderazgo-en-cuidados-de-enfermeria
14. Álvarez Suárez JL, del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de valoración de Patrones Funcionales. [Internet]. Asturias: Comisión de Cuidados Dirección de Enfermería de Atención Primaria Área Sanitaria V – Gijón;2010[citado 11 junio 2021]. Disponible en:
https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

15. Casado Mora M I, Cuevas Fernández M, González Posada F, Martín Santos F J, Morillas Herrera JC, et al. Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud. [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2017[citado 11 junio 2021]. Disponible en:
https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1725/Modelo%20de%20Gestio%CC%81n%20de%20Casos%20SAS.pdf

salusplay

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 22: IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA CREACIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO

AUTORÍA: Mª Isabel González Minguela

RESUMEN:
La profesión enfermera trabaja habitualmente en equipos, multidisciplinares en su mayoría. Esto hace que el trabajo en equipo deba ser coordinado y compenetrado entre los profesionales, con un adecuado ambiente laboral, siendo el resultado final superior a la suma de las acciones individuales. El ambiente de trabajo es el entorno en el que se desarrolla una actividad profesional cuyo control puede ser necesario para proteger la salud de las personas. La evidencia muestra que los entornos laborales saludables producen beneficios económicos para las organizaciones en términos de reducción del absentismo, mejoras en la productividad, costos de atención sanitaria y costos derivados de resultados adversos para los pacientes. Sabiendo que el trabajo en equipo y la participación conectada de todos los profesionales de un mismo servicio brindan resultados favorables, se pretende estudiar cómo mejoraría la práctica clínica con la implementación de una guía de buenas prácticas.
Palabras clave: trabajo en equipo, práctica basada en la evidencia, enfermería
ABSTRACT:
The nursing profession usually works in teams: mostly multidisciplinary. This means that teamwork must be coordinated and interpenetrated among professionals, with an adequate work environment, the final result being greater than the sum of individual actions. The work environment is the environment in which a professional activity takes place, the control of which may be necessary to protect people's health. Evidence shows that healthy work environments produce financial benefits for organizations in terms of absenteeism reductions, productivity improvements, health care costs, and costs

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

derived from adverse patient outcomes. Knowing that teamwork and the connected participation of all professionals from the same service provide favorable results, it is intended to study how clinical practice would improve with the implementation of a good practice guide.
Keywords: team work, evidence based practice, nursery JUSTIFICACIÓN

La situación que llevamos viviendo el último año a nivel sanitario, ha hecho que aumente la itinerancia del personal de enfermería entre la empresa pública y privada, ya que ha habido un incremento de las necesidades de profesionales sanitarios en los hospitales públicos debido al COVID. Ese incremento de profesionales ha hecho aumentar el número de contratos y la extensión de los mismos, haciendo que profesionales que trabajaban en la empresa privada cambiaran su rumbo profesional hacia la empresa pública buscando una mejora laboral.
El propósito de este proyecto es mejorar la práctica clínica de la unidad de hospitalización donde ejerzo mi profesión, mediante una mejora en los equipos de trabajo. La unidad en la cual trabajo se encuentra en el hospital Clínica Rotger, uno de los hospitales privados que existen en Palma de Mallorca, el cual forma parte del grupo empresarial Quirón Salud desde hace 5 años. La unidad acoge el ingreso de pacientes del Servicio de Medicina Interna, aunque en ocasiones también a pacientes de otras especialidades como oncología, neurología y neumología. Son pacientes que requieren de un nivel alto de cuidados, por lo que se hace necesario una buena comunicación y un buen trabajo en equipo. Lo que pretendo es conformar equipos de trabajo estables, creando una colaboración entre sus miembros, con el fin de retener a los profesionales, al lograr un ambiente de trabajo favorable y con ello una mejora de la práctica clínica. Además, siendo un grupo empresarial en expansión, y teniendo en cuenta la situación pandémica actual, se hace necesario la visibilización de los cuidados que damos las enfermeras en el sector privado, que son igual de buenos que en el sector público.
Podremos aprovechar la coyuntura actual, en el cual se ha disminuido la plantilla por motivos organizacionales, y así poder introducir nuevas ideas y propuestas que pueden ser bienvenidas por los profesionales que allí trabajamos, aunque todos sabemos que los cambios no son fáciles, a veces es necesario un cambio de estrategia para que todo mejore.

INTRODUCCIÓN

Las personas dedican un tercio de su vida al trabajo (1), lugar que se convierte en un segundo hogar. Allí es donde se desarrollarán gran parte de las relaciones interpersonales, por lo que debemos dar el valor que se merece al trabajo en equipo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Según la Real Academia de la Lengua un equipo es un grupo de personas organizado para una investigación o servicio determinados (2). La profesión enfermera trabaja habitualmente en equipos: multidisciplinares en su mayoría. Esto hace que el trabajo en equipo deba ser coordinado y compenetrado entre los profesionales, con un adecuado ambiente laboral, siendo el resultado final superior a la suma de las acciones individuales (3).

El ambiente de trabajo es el entorno en el que se desarrolla una actividad profesional cuyo control puede ser necesario para proteger la salud de las personas (4). La evidencia demuestra que los entornos de trabajo saludables producen beneficios financieros a las organizaciones en relación a reducciones en el absentismo, mejoras de la productividad, costes organizativos de atención sanitaria, y costes derivados de resultados adversos de pacientes (5). Además, el clima influye en la calidad de vida del profesional, especialmente en la motivación y el apoyo directivo y este a su vez mejora, si lo hacen la cohesión y el trabajo en equipo (6).

Con ese marco de fondo se hizo un estudio en el que se valoraron diferentes factores de satisfacción e insatisfacción por parte de los profesionales a la hora de trabajar, y dentro de los factores insatisfactorios, entre otros, los autores encontraron la falta de integración entre los miembros del equipo (7) pudiéndose convertir en factor estresante (8).

La supervisora de enfermería realiza funciones administrativas y gerenciales para integrar equipos de trabajo (9), planifica y dirige al equipo mediante pautas concretas; por ello necesita adquirir conocimientos para enfrentarse a diferentes situaciones y asi eliminar barreras, proporcionando un entorno óptimo a su equipo (10). Tiene un papel relevante como gestor de enfermería, ya que es la persona que va a conexionar a los diferentes participantes del equipo de trabajo dándoles unas directrices en las que basarse y unos objetivos a cumplir. Hay que tener en cuenta que cada profesional que forma parte del equipo de enfermería tiene sus peculiaridades y es la supervisora la que debe integrar a cada participante estableciendo estrategias que los integren a todos ellos (11). Esa conexión en el equipo dará lugar a unas actitudes positivas que reforzarán las capacidades del grupo (12) además, debe conocer qué roles pueden llevar a cabo los diferentes miembros del equipo (21), para que garantice un trabajo en equipo eficaz.

Los gestores de enfermería deben tener la preparación académica, el apoyo y los recursos necesarios para realmente hacer una práctica basada en la evidencia (13). Las guías de buenas prácticas se demuestran eficaces en su uso dentro de los equipos de trabajo (14) e importantes en su utilización ya que: “son instrumentos de apoyo para la función de la supervisión de enfermería, haciendo posible la excelencia clínica en los procesos de enfermería y la reasignación eficaz en términos de costo-efectividad de los recursos económicos” (15).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Según la OCDE, en España en el sector sanitario uno de cada tres empleos es temporal (16). El uso creciente de contratos temporales y a tiempo parcial da lugar a una gran rotación del personal según la Comisión Europea. En el último año como consecuencia de la situación sanitaria mundial, se han mejorado estos contratos en el sector público (17) y ello ha derivado en una fuga de profesionales en el sector privado.

Es por esto que la sanidad privada no debe quedarse atrás y mejorar también sus condiciones laborales. Una manera de competir con la empresa pública es mejorar los contratos, ya que la precariedad laboral se ha identificado como factor estresante entre los trabajadores (18). La estabilidad en los contratos provoca que la plantilla de la unidad también sea estable, creando equipos y generando un clima laboral favorable. Con la creación de equipos de trabajo sinérgicos, las organizaciones sanitarias no solo conseguirán beneficios en cuanto a la salud laboral de los trabajadores, algo importantísimo hoy en día, sino que también influirán de manera positiva en los pacientes, quienes recibirán una atención mucho más especializada e integral (19).

Además, si estos hospitales privados promovieran la cultura de la excelencia clínica, y servicios basados en la evidencia, entre otros, reunirían los requisitos para obtener la calificación de Hospital Magnético: una acreditación que le daria reconocimiento y un plus de competitividad al centro. Este tipo de centros tienen unas características que hacen que el personal se encuentre valorado y satisfecho en su trabajo y es un valor añadido a la empresa, dando motivos para que el profesional no se vaya. Por lo que si se tuviera en cuenta este tipo de acreditación y les dieran las medidas de apoyo a la formación necesarias a los profesionales, todo ello haría que aumentara la retención laboral y la satisfacción en el trabajo, mejorando asi la calidad de los cuidados al paciente (20).

OBJETIVOS:

El objetivo general de este proyecto es mejorar la práctica clínica en una Unidad de Hospitalización a partir de la formación de equipos de trabajo estables y sinérgicos.

Específicos:

- Formar equipos de trabajo multiprofesional (enfermera, auxiliar y celador),
- Definir las tareas y funciones de los profesionales y sus responsabilidades,
- Capacitar a los profesionales para el trabajo en equipo,
- Elaborar un documento de bienvenida para que las nuevas incorporaciones a la unidad tengan una adaptación más fácil,
- Implementar turnos de trabajo favorables para pacientes y profesionales.

ANÁLISIS

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La literatura pone de manifiesto que el trabajo en equipo cohesionado aporta resultados favorables (5). Se pretende estudiar cómo la implantación de una guía de buenas prácticas, dirigida a mejorar los entornos de trabajo, mejoraría la práctica clínica.

Mediante una matriz DAFO analizaremos las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades para la implementación en la Unidad de hospitalización de una guía de buenas prácticas para la creación de equipos de trabajo.

FORTALEZAS

- ✓ Alta satisfacción de los usuarios
- ✓ Profesionales con años de experiencia (aproximadamente el 50% lleva más de 5 años en la empresa)
- ✓ Compromiso para mejorar el equipo
- ✓ Deseo de cambio y mejora
- ✓ Aportar ideas innovadoras

DEBILIDADES

- ✓ Necesidad de mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y con otros departamentos
- ✓ Dificultad a la hora de llevar a cabo las tareas en la unidad
- ✓ Personal nuevo sin directrices
- ✓ Falta de formación motivacional.
- ✓ Falta de objetivos comunes
- ✓ Falta de incentivos
- ✓ Turno fijo establecido: turno fijo de noche
- ✓ Temporalidad en el personal de nueva incoporación

OPORTUNIDADES

- ✓ Grupo empresarial reconocido
- ✓ Diferenciación de los equipos de trabajo con respecto a las instituciones públicas
- ✓ Profesionales cansados de la situación de la sanidad pública
- ✓ Posibilidad de mejora de la carrera profesional
- ✓ Aportar algo novedoso a la empresa

AMENAZAS

- ✓ Falta de colaboración por parte de la empresa
- ✓ Reticencia al cambio
- ✓ Cambio de personal continuo
- ✓ Poco renocimiento a la sanidad privada y sus trabajadores
- ✓ Desinformación de la sanidad privada

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Gracias a la nueva incorporación de la directora de enfermería se han ido implementado mejoras en el centro, pero todavía hay ciertas diferencias en las unidades de hospitalización. Se propone llevar a cabo este proyecto piloto en una unidad, de tal manera que si evoluciona de manera satisfactoria, poder llevarlo a cabo en otros departamentos.
Después del análisis de la situación, se considera necesario la implantación de grupos de trabajo, para una optimización de los recursos tanto materiales como humanos y así conseguir una mejor práctica clínica. Además se propone la creación de un Plan de Bienvenida a todo aquel personal que llega nuevo a la unidad de hospitalización para dar a conocer el funcionamiento de la misma de una manera concisa y bien informada.

DISEÑO

Tras la evaluación mediante técnica DAFO, se proponen una serie de estrategias a llevar a cabo para la creación de equipos de trabajo eficaces, divididas a su vez en Estrategias para Profesionales y Estrategias para la Empresa. La justificación de esta división de estrategias es tener claro las líneas de actuación de las diferentes partes participantes:
Estrategia para los profesionales: Estrategia para los profesionales:

Ø Elaboración de los equipos de trabajo: 1 enfermera/o con 2 técnicos/as en cuidados auxiliares de enfermería y 1 celador/a. Recursos Humanos tiene las herramientas necesarias para conocer más a fondo al personal, y con ayuda de la supervisora de la unidad crear los equipos de trabajo, mejorando el desarrollo de los roles de los profesionales. Tienen que definir qué características tiene cada profesional para así crear un equipo de trabajo adecuado. Se propone tener en cuenta a la hora de organizar los equipos el método Belbin, que define los roles que debe tener los miembros de un equipo para conseguir el éxito.

Ø Reestructuración de los turnos de trabajo rotatorios: recursos humanos propondrá un turno rodado que se adapte a las necesidades del personal y de la unidad.

Ø Crear un documento práctico de bienvenida, donde se definan las competencias de cada profesional y el funcionamiento del servicio de cada turno de trabajo. Será una documentación clara para entregar a los profesionales que lleguen nuevos a la unidad y se llevará a cabo entre los miembros de la unidad para que se establezcan claramente las funciones de cada profesional y qué actividades se tienen que realizar en cada turno de trabajo, para que sea más fácil la adaptación del nuevo personal a la unidad.

Ø Definición de actividades comunes: se llevará a cabo una reunión para poner en común qué actividades son las importantes en la unidad para que haya un buen mantenimiento y control de la misma, tales como revisión de carro de reanimación, supervisar las bombas de perfusión, revisión de los carros de medicación y de curas,

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

programación de vacaciones, almacén, etc. De esta manera se hará partícipe a todos los profesionales para que se sientan parte del proyecto.

Ø Reuniones mensuales entre los miembros del equipo de la unidad: se creará un orden del día en cada reunión, basándose en las necesidades organizativas que vayan surgiendo, y teniendo en cuenta si se han solucionado las anteriores, y así quede constancia de la evolución. Se harán en doble sesión para que puedan participar los diferentes turnos, y se propondrá el día de la siguiente reunión al finalizar la misma.

Ø Fomentar la comunicación en los cambios de turno: se debe dejar constancia del trabajo realizado durante el turno, por ello es importante anotar en la historia de cada paciente las incidencias del turno. Además, el cambio de turno debería ser, en la medida de lo posible, en común con todo el equipo: enfermera y auxiliar de enfermería en un lugar donde no se vean interrumpidos, y asi poder recabar toda la información de los pacientes.

Estrategia para la empresa:

Ø Desde el servicio de Recursos Humanos: se propone crear un canal de comunicación con los trabajadores para saber inquietudes, dudas de su trabajo diario y propuestas de mejora. Será una evaluación anónima y que permitirá dar a conocer la realidad que vive el trabajador en la empresa. Ø Poner en valor el trabajo de sus profesionales: conocer cuánto personal se ha ido en los últimos tiempos y el motivo de dicha fuga (al rechazar el contrato conocer lo que el profesional mejoraría de su experiencia con la empresa). Se debería tener en cuenta los incentivos en los trabajadores veteranos y a las nuevas incorporaciones darles una fidelización, para así evitar fuga de profesionales y estabilizar la plantilla. Seria una forma de competir con la empresa pública.

Ø Curso formativos: con ayuda de la sección de Formación de la empresa llevar a cabo una oferta formativa relacionada con la motivación, síndrome de Burnout, trabajo en equipo y salud en el trabajo. De esta forma se dará a conocer qué es un equipo de trabajo y cómo formarlo, los beneficios de formarlo, qué se necesita individualmente para formar parte del equipo, cómo actuar en situaciones estresantes, cómo afrontar conflictos y conocer qué rol puede desempeñar cada trabajador según sus características personales.

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

Para la implantación de los equipos de trabajo se propone una actuación estructurada con una duración de 6 meses que se expone en el siguiente cronograma: la primera fase consistirá en dar toda la información acerca del proyecto para ponerlo en marcha; la segunda fase se constituye como aquella en la que se llevará a cabo el proyecto. Finalmente una tercera fase en la que se evaluará la ejecución del proyecto y sus

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

resultados. Siempre hay que tener en cuenta que se llevarán a cabo reuniones de evaluación continua para cambiar los que sea necesario y así seguir mejorando.
Es importante conocer previamente qué conocimientos tienen los profesionales sobre qué es un equipo de trabajo y si tienen claras las funciones de cada miembro, esto se llevará a cabo en la primera reunión y se dejará constancia de dichas definiciones para dejar claros estos conceptos. Además se necesita saber qué conocimientos tienen acerca de la empresa, sus objetivos y qué relación laboral tienen con la misma dichos profesionales, por ello se pasará un cuestionario específico de satisfacción laboral (anexo 2).

ACTIVIDADES	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio
FASE 1						
Reunión para puesta en común del proyecto						
Reunión con RRHH						
Reunión para conocer las funciones de los profesionales y definirlas						
Cuestionario de satisfacción laboral						
Creación de los equipos						
Propuesta de nuevo turno rotatorio						
FASE 2						
Puesta en marcha de los equipos						
Definir actividades comunes						
Desarrollo de actividades comunes						
Curso de formación						
Puesta en marcha del nuevo turno rotatorio						
Creación del plan de bienvenida						
FASE 3						

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Evaluación de las actividades						
Evaluación del proyecto por parte de la empresa						
Satisfacción de los usuarios						
Reunión para evaluar posibles cambios en los equipos y sus actividades						

EVALUACIÓN

La evaluación nos permitirá hacer balance de los objetivos cumplidos, para ello debe ser contínua durante todo el proyecto. Para la evaluación se establecerán una serie de indicadores de resultados que nos darán una información detallada de la evolución de nuestro trabajo:

Ø Grado de satisfacción de los trabajadores con la creación de los equipos de trabajo y del nuevo turno rotatorio. Evaluación de la creación de los equipos en los profesionales

Ø Tasa de cumplimiento de las actividades de grupo: a través de un documento que registre dicha actividad, fecha y por quién ha sido realizada.

Ø Proporción de personal que asiste a los cursos de formación: todo el personal de la unidad debe acudir a los cursos de formación, la asistencia será controlada mediante recogida de firmas durante la impartición del curso.

Ø Comprobar que cada profesional que comienza en la unidad reciba el plan de bienvenida (al mes de incorporación el servicio de recursos humanos organizará una entrevista con el personal recién contratado para hacerle unas preguntas concretas: ha recibido información de la unidad, de la organización, de sus funciones y de las de sus compañeros)

Ø En el transcurso de un mes desde el inicio del proyecto se tiene que haber implantado el turno rotatorio. Tras el mes de inicio comprobar gracias a la ayuda de recursos humanos y la aplicación “aTurnos” de la empresa que ese cambio se ha llevado a cabo.

Ø Incidencias asociadas al trabajo en equipo: se dejará constancia durante el proyecto de los problemas asociados a los equipos de trabajo para poder evaluarlos en las reunión de equipo y poder darles solución. La supervisora los tendrá en cuenta para ponerlos en común en la reunión de equipo.

Ø Grado de satisfacción de los usuarios.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista organizativo, la creación de equipos de trabajo pretende mejorar la práctica clínica diaria, mejorando así las relaciones entre los diferentes profesionales. De esta forma se mejora la calidad de los cuidados y se optimizan los recursos.
Se tiene en cuenta la dificultad de la introducción de un nuevo proyecto, tanto para los profesionales como para la empresa, pero los resultados que se pudieran obtener superarían con creces el esfuerzo realizado. Desde el punto de vista de los profesionales se encontraría estabilidad laboral, un mejor clima en el trabajo y una mayor motivación. Por otro lado, si hablamos de las repercusiones para la empresa, obtendríamos una disminución de las incidencias tales como falta de personal en época estival, además, tener a los profesionales con una mayor motivación ayudaría a que se impliquen en la empresa para futuros proyectos.
Este proyecto podría abrir camino a otras formas de trabajar, para ayudar en la ejecución de las tareas de la unidad y que los profesionales se sientan plenos en su trabajo, dándoles la importancia que se merecen. No hay que olvidar que, aunque la empresa privada suele tener objetivos poco consensuados con sus trabajadores, esta seria una buena forma de iniciar una relación más cercana entre unos y otros.

BIBLIOGRAFÍA:

1. J.García-Campayo. M.Puebla-Guede. P.Herrera-Mercadal. E.Daudén. Desmotivación del personal sanitario y síndrome de burnout. Control de las situaciones de tensión. La importancia del trabajo en equipo. Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition) Volume 107, Issue 5, June 2016, Pages 400-406. Disponible en: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1578219016300178?token=2B1A9D46EF72698A27C258D70FB0091B5CC12F585D3461A43ABC2D768382458A0AEB390F878DB4C5967563DC0235F169
2. RAE definición Equipo; https://dle.rae.es/equipo
3. C.P. Cardona Triana, J.J. Trejos Parra. Estudio cualitativo del aprendizaje experiencia para equipos de trabajo organizacional. Universidad de Zulia. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Vol. XXVI. Nº3. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7565468
4. RAE definición de ambiente de trabajo: https://dpej.rae.es/lema/ambiente-de-trabajo
5. M. Ferguson-Paré M. S. Kerr, J. Roberts et al. Entornos de Trabajo Saludables Guías de Buenas Prácticas Salud laboral, seguridad y bienestar de la enfermería. Registered Nurses Association of Ontario. Investén. Febrero 2008. Citado 6 marzo 2021. Disponible en: https://www.bpso.es/wp-

content/uploads/2020/01/D0037_Salud_laboral_seguridad_y_bienestar_de_la_enfermera_2008.pdf
6. E. Muñoz-Seco, J.M Coll-Benejam, M. Torrent-Quetglas, L. Linares-Pou. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. Atención primaria. Volume 37, issue 4, marzo 2006, pag 209-14. Disponible en: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656706703341?token=D8DB1DD4EE4024625B7E53EE5DECE4BE1DF1DAD1DED3968C184682F1394C93047FF63B135BEADD3B22E223F117D92AE4
7. M. Borges de Melo, M. Alves Barbosa, P. Regina de Souza. Satisfacción en el trabajo del equipo de enfermería: revisión integradora. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo de Revisión 19(4):[10 pantallas] jul.-ago. 2011. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_26.pdf
8. Y. Giraldo Giraldo, B. López Gómez, L. Arango David, F. Góez Henao. Estrés laboral en auxiliares de enfermería. Medellín-Colombia, 2011. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud [Internet]. 2013;45(1):23-31. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343833959004.
9. K.S Gómez-Alcántara, D. Gómez-Torres. La supervisión de enfermería: conocimientos y habilidades en la formación de equipos de trabajo. New Trends in Qualitative Research, 3, 992-9. Disponible en: https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/221/221
10. M. Bianchi , A. Bagnasco, V. Bressan , M. Barisone , F. Timmins, S. Rossi, R. Pellegrini , G. Aleo, Loredana Sasso. A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. Journal Nurse Manager 2018 Nov;26(8):918-932. doi: 10.1111/jonm.12638. Epub 2018 Sep 10. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30198088/
11. Buss Thofehrn M, Leopardi M.T, Coelho Amestoy S, Oliveira Arrieira I.C. Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo en enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2010 Oct [citado 2021 Ene 19] ; (20). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300013&lng=es.
12. Clara I. Hernández-Vargas, Susana Llorens-Gumbau y Alma M. Rodríguez-Sánchez. Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario.anales de psicología, 2014, vol. 30, no 1 (enero), 247-258 : Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España) http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.143631Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n1/psicologia_social3.pdf
13. Kaiser JA, Westers JB. Nursing teamwork in a health system: A multisite study. J Nurs Manag. 2018 Jul;26(5):555-562. doi: 10.1111/jonm.12582. Epub 2018 Jan 16. PMID: 29336502. Disponible en: https://qualitysafety.bmj.com/content/30/1/59.full#xref-ref-7-1

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

14. Schaefer, JD, Welton, JM. Evidence based practice readiness: A concept analysis. Journal Nurse Manager. 2018; 26: 621–9. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jonm.12599
15. J. A. Vinagre Romero, C. de Pablos Heredero. Impacto estratégico de las guías de práctica clínica en enfermería en la función de gestión de la supervisión. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47 (5):1241-6. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/es_0080-6234-reeusp-47-05-1233.pdf.
16. Ministerio de Sanidad: https://www.mscbs.gob.es. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_es_spanish.pdf
17. Mejora de los contratos de sanitarios en islas Baleares. https://www.ibsalut.es/docs/rrhh/normativa/instrucciones%20y%20circulares/es/2020-Instrucción-5-Incopropacion_COVID-19_ES.pdf
18. I. Castillo Avila, N. Torres Llanos, A. Ahumada Gomez,K. Cárdenas Tapias, S.Licona Castro. Estrés laboral en enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). Salud Uninorte [Internet]. 2014;30(1):34-43. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81730850005.
19. M. T. Moreno Fernández. Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería, según los distintos modelos de organización de enfermería. TFG. Grado en Enfermería. Universdad Pública de Navarra. 2014-2015
20. I. Sarahí Alemán-Rivera, R. López-Cruz, M. Torres-Santiago, J. García-Galindo, R. A. Zárate-Grajales. Hospitales Magnéticos para la mejora de la calidad del cuidado. Revista Enfermería Instituto Mexico de Seguro Social 2011; 19 (2): 99-103. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim112g.pdf
21. Del conocimiento a la práctica: integración de equipos de trabajo por supervisora de Enfermería. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100045&lang=es

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXO 1: METODO BELBIN

Rol Equipo	Contribución
Cerebro	Creativo, imaginativo, poco ortodoxo. Genera ideas y resuelve problemas difíciles.
Investigador de Recursos	Extrovertido, entusiasta, comunicativo. Busca nuevas oportunidades. Desarrolla contactos.
Coordinador	Maduro, seguro de sí mismo, identifica el talento. Aclara las metas. Delega bien.
Impulsor	Retador, dinámico, trabaja bien bajo presión. Tiene iniciativa y coraje para superar obstáculos.
Monitor Evaluador	Serio, perspicaz y estratega. Percibe todas las opciones. Juzga con exactitud.
Cohesionador	Cooperador, perceptivo y diplomático. Escucha e impide los enfrentamientos.
Implementador	Práctico, de confianza, eficiente. Transforma las ideas en acciones y organiza el trabajo que debe hacerse.
Finalizador	Esmerado, concienzudo, ansioso. Busca los errores. Pule y perfecciona.
Especialista	Resuelto, entregado, con intereses limitados. Aporta cualidades y conocimientos específicos.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL S21/26 J.L. Meliá (1998)

Habitualmente nuestro trabajo y los distintos aspectos del mismo presentan aspectos que nos resultan satisfactorios y otros que no lo son. A continuación encontrará una lista de afirmaciones relacionadas con su trabajo. Decida si estas afirmaciones son, en su caso, más bien verdaderas (V) o más bien falsas F. Para responder rodee con un círculo la respuesta V ó F que Ud. escoja.

Para su completa tranquilidad el cuestionario es absolutamente anónimo y los datos que Ud. aporte serán usados solo con fines de investigación sin que pueda nunca ser identificado Ud. o la organización en que trabaja. Por ello puede Ud. responder con toda sinceridad y confianza. Es preferible carecer de un dato que tener un dato falso.

Tal vez algún aspecto de la lista que le proponemos no corresponde exactamente a las características de su puesto de trabajo. En ese caso, entiéndalo haciendo referencia a aquellas características de su trabajo más semejantes a la propuesta, y califique en consecuencia la satisfacción o insatisfacción que le produce.

1. Me gusta mi trabajo	V	F
2. Estoy satisfecho con las posibilidades que me da mi trabajo de hacer las cosas en las que yo destaco	V	F
3. Estoy satisfecho con mi trabajo porque me permite hacer cosas que me gustan	V	F
4. Mi salario me satisface	V	F
5. Estoy satisfecho con la cantidad de trabajo que me exigen	V	F
6. La limpieza e higiene de mi lugar de trabajo es buena	V	F
7. La iluminación, ventilación y temperatura de mi lugar de trabajo están bien reguladas	V	F
8. El entorno físico y el espacio en que trabajo son satisfactorios	V	F
9. En mi empresa tengo unas satisfactorias oportunidades de promoción y ascenso	V	F
10. Estoy satisfecho de la formación que me da la empresa	V	F
11. Estoy satisfecho de mis relaciones con mis jefes	V	F
12. La forma en que se lleva la negociación en mi empresa sobre aspectos laborales me satisface	V	F
13. La supervisión que ejercen sobre mi es satisfactoria	V	F
14. Estoy satisfecho de como mi empresa cumple el convenio, y las leyes laborales	V	F
15. Estoy a gusto con la atención y frecuencia con que me dirigen	V	F
16. Estoy satisfecho de mi grado de participación en las decisiones de mi departamento o sección.	V	F
17. Me gusta la forma en que mis superiores juzgan mi tarea	V	F
18. Me satisface mi capacidad actual para decidir por mi mismo aspectos de mi trabajo	V	F
19. Mi empresa me trata con buena justicia e igualdad.	V	F
20. Estoy contento del apoyo que recibo de mis superiores.	V	F
21. Me satisface mi actual grado de participación en las decisiones de mi grupo de trabajo	V	F
22. Estoy satisfecho de mis relaciones con mis compañeros.	V	F
23. Estoy satisfecho de los incentivos y premios que me dan	V	F

16

24. Los medios materiales que tengo para hacer mi trabajo son adecuados y satisfactorios	V	F
25. Estoy contento del nivel de calidad que obtenemos.	V	F
26. Estoy satisfecho del ritmo a que tengo que hacer mi tarea	V	F

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 23: ATENCIÓN Y SOPORTE A SEGUNDAS VÍCTIMAS DE INCIDENTES DE SEGURIDAD

AUTORÍA: ALBA JIMÉNEZ MATEO

RESUMEN

Los profesionales sanitarios que se ven implicados en eventos adversos o incidentes relacionados con la seguridad del paciente pueden convertirse en lo que se ha definido como segundas victimas. No todos ellos acabarán siéndolo, pero serlo y no recibir soporte adecuado aumenta la probabilidad de verse implicado en eventos adversos en el futuro debido a las consecuencias psicológicas derivadas de la no resolución adecuada del incidente. En el Hospital Mateu Orfila contamos con Unidad de Gestión de Riesgos, pero no con soporte a segundas víctimas. Se ha proyectado la creación de un protocolo de atención a profesionales que son segundas víctimas, prestando soporte en tres niveles: atención inmediata, apoyo por pares y apoyo psicológico. Para que resulte eficaz irá acompañado de una estrategia formativa para erradicar la cultura punitiva. Se formará a todo el personal en seguridad del paciente y en la figura de la segunda víctima y se hará formación específica al grupo de apoyo que constituya el segundo nivel.

Palabras clave: seguridad del paciente, gestión de riesgos, errores médicos, práctica profesional

Healthcare providers involved in an adverse patient event could result a second victim after that. Not receiving support increases the likelihood of being involved in a new adverse patient event in the future. Mateu Orfila Hospital has a Risk Management Unit but they don´t provide second victim support. A protocol has been designed to support healthcare providers who become a second victim. There'll be three levels of support: immediately attention, peer support and psychological attention. Punitive culture will be replaced by safety patient culture, all healthcare providers will be trained about

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

safety patient and second victim figure. The peer support group will be trained specifically.

Keywords: safety patient, risk management, medical errors, professional practice

INTRODUCIÓN Y OBJETIVOS

Tras la publicación en 1999 del informe “To err is human: building a safer health system” se empezó a poner de manifiesto que los profesionales sanitarios podemos cometer errores en nuestra práctica y que muchos de estos errores podrían ser evitados (1).
Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es “un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente” (2).
El concepto de segundas víctimas fue empleado por primera vez por Albert Wu en el año 2000, definiéndolo como aquellos profesionales sanitarios implicados en un evento adverso que quedan traumatizados por esa experiencia o que no son capaces de afrontar emocionalmente la situación (3). Posteriormente, Scott et al en 2009, lo definieron como todo proveedor de servicios sanitarios, que participa de alguna forma en un evento adverso a consecuencia de lo cual queda emocional y profesionalmente traumatizado (4).
No todos los profesionales implicados en un incidente de seguridad se convierten en segundas víctimas, pero sí es necesario que reciban un soporte ya que no es infrecuente que se crean personalmente responsables de lo que le ha sucedido al paciente y muchos se cuestionen sus propias habilidades clínicas y conocimientos. Ese miedo, dudas e inseguridad produce un impacto negativo que puede llegar a incapacitar, aumenta la probabilidad de error en las horas y días siguientes e invita a la práctica de una medicina defensiva con consecuencias negativas para los pacientes, los profesionales y el sistema sanitario en conjunto (5,6).

El Hospital Mateu Orfila de Menorca tiene Unidad de Seguridad del Paciente donde se analizan los casos recogidos de forma anónima en un sistema propio de notificación de incidentes de seguridad. En dicha unidad se revisan los casos, se hace el análisis de riesgos o análisis causa-raíz oportuno y se proponen medidas de mejora o barreras de seguridad para evitar un daño posterior. El hospital, a día de hoy, no cuenta con ningún protocolo de atención a segundas víctimas de incidentes de seguridad. La seguridad del paciente del centro es gestionada por una enfermera lo que supone una oportunidad para diseñar un protocolo para “cuidar al que cuida”.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El objetivo principal de este proyecto es diseñar un protocolo de atención a los profesionales que resultan ser segundas víctimas de incidentes de seguridad.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

	INTERNO	EXTERNO
−	**DEBILIDADES** -Falta de cultura de seguridad y aprendizaje. IMPORTANCIA CRUCIAL -Mal uso del sistema de notificación: ataque/miedo a registrar. IMPORTANCIA MEDIA -Egos que impiden solicitar ayuda. IMPORTANCIA MEDIA -Hospital pequeño. Miedo a perder el anonimato. POCO IMPORTANTE	**AMENAZAS** -Contexto actual donde se cuestiona de manera pública actuación de sanitarios. POCO IMPORTANTE -Expectativas de profesionales/sistema resolutivos e infalibles. IMPORTANCIA MEDIA
+	**FORTALEZAS** -Profesionales que han sido 2ª víctima que están dispuestos a colaborar. MUY IMPORTANTE -Apoyo y colaboración de psicología. IMPORTANCIA MEDIA -La seguridad del paciente es una de las líneas estratégicas de la actual Dirección. MUY IMPORTANTE	**OPORTUNIDADES** -Existencia de protocolo en hospital de 3er nivel de referencia. IMPORTANCIA MEDIA -Programas en otros centros de España. IMPORTANCIA MEDIA -Facilidad de uso Guía 2ª víctimas del Ministerio de Sanidad. MUY IMPORTANTE

Este DAFO plasma el análisis de la situación actual en la que se encuentra el Hospital Mateu Orfila con respecto a la seguridad del paciente y más concretamente a la atención a segundas víctimas.

Hay varios puntos a favor. Para empezar, promover la Calidad y la Seguridad del Paciente entra dentro de las líneas estratégicas de la actual Dirección del centro. Uno de los cambios que se ha hecho al respecto es el tratamiento de los eventos adversos; donde antes se hacían reuniones de jefes a puerta cerrada ahora se hacen comités abiertos a los profesionales implicados y se les invita a participar en el análisis del caso. Otra de las

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ventajas a nivel interno es la existencia de profesionales que se quieren implicar con el proyecto y formar parte del grupo de apoyo entre pares, alguno de ellos ha sido segunda víctima. También una de las psicólogas del hospital va a participar. Otra ventaja es que el hospital de referencia, el Hospital Universitario Son Espases, cuenta con un programa de atención a profesionales que son segundas víctimas de eventos adversos. Existe un grupo de trabajo formado por los gestores de riesgos de los centros sanitarios de todas las islas, incluyendo Atención Primaria y extrahospitalaria, donde se intercambian experiencias y se comparten protocolos e información.

También hay inconvenientes, el principal y compartido con muchos centros sanitarios hoy en día es la falta de cultura de seguridad. Aunque cada vez está más extendida, es necesario trabajar más para cambiar la visión y el enfoque del tratamiento de los incidentes de seguridad. En nuestro centro, algunas personas utilizan el sistema de notificación como arma para atacar a otros profesionales o servicios. Aunque el incidente sea gestionado de manera correcta evitando los ataques, los profesionales implicados se sienten acusados por lo que por un lado se pierde la oportunidad de hacerlos participar en el aprendizaje y por otro, se muestran reacios a notificar. Otra desventaja es el contexto actual en el que la pandemia ha expuesto mucho a los sanitarios a los que se ha alabado y criticado a partes iguales. Hoy en día la visión de la medicina “infalible y salvadora” fruto de tantos avances, nos aleja de la realidad en la que no todo se puede curar, no siempre se acierta con el diagnóstico y no siempre las cosas salen bien. Los pacientes y sus familias esperan mucho del sistema y los profesionales y por otro lado nosotros mismos nos exigimos mucho y resulta frustrante aceptar que a veces no nos salen las cosas como nos gustaría.

Estrategias ordenadas por prioridad y la matriz de factores.

1. Estrategia supervivencia (debilidades+amenazas): implantar cultura de seguridad del paciente.
2. Estrategia adaptativa (debilidades+oportunidades): prestar una atención adecuada a los profesionales que resulten ser segunda víctima.

- Que reciban el soporte adecuado y específica según su nivel de afectación.

3. Estrategia ofensiva (fortalezas+oportunidades): prestar atención adecuada a profesionales que requieran un nivel superior de atención.

- Contar con un grupo de profesionales formados y dispuestos a dar apoyo a compañeros y tener definido un circuito de derivación para la atención psicológica.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

4. Estrategia defensiva (fortalezas+amenazas): sensibilizar a los profesionales sobre la figura de la segunda víctima.

- Dentro del plan formativo propuesto incluir los derechos de la segunda víctima y las fases por las que atraviesa.

5. Estrategia supervivencia (debilidades+amenazas): uso correcto del sistema de notificación.

- Que sea utilizado cuando realmente sea necesario sin tener miedo a represalias para que sea visto como una herramienta de mejora.

4. DISEÑO

Partiendo de los resultados del análisis la idea general es desarrollar el plan mientras paralelamente se van trabajando los puntos a mejorar, ya que si no eliminamos la cultura punitiva y la reemplazamos por la cultura de seguridad del paciente corremos el riesgo de que la cultura punitiva siga prevaleciendo. La cultura de notificar incidentes y aprender de ellos puede reducirse incluso solo por un caso en el que se acuse a alguien como culpable del error (7,8).

El plan de atención propuesto está basado en el Programa For YOU que engloba tres niveles de atención. Este programa es una de las principales referencias en cuanto a atención a segundas víctimas y nació en el año 2007 en el Hospital Clínico de la Universidad de Missouri (9). El primer nivel contempla la atención inmediata por parte de los profesionales más cercanos, por eso es importante que todo el personal tenga nociones de seguridad del paciente. El segundo constituye el apoyo por pares, en el que un grupo de profesionales previamente formados presta apoyo a otras personas de su misma categoría profesional, enfermera-enfermera, cirujano-cirujano, celador-celador, etc. La tercera constituye la ayuda profesional, el apoyo psicológico.

Primer nivel

La fuente principal de ayuda es el profesional que se encuentra más cercano a la segunda víctima ya que, en la mayor parte de los casos, cuando se recibe este tipo de soporte no es necesaria una intervención posterior (10).

Para poder prestar apoyo es fundamental que todos los profesionales estén sensibilizados y conozcan los síntomas físicos y psicológicos para una alerta precoz.

Todo el mundo debe conocer los derechos de las segundas víctimas, que Denham resumió el acrónimo TRUST (11):

Trato justo Respeto Comprensión y compasión (Understanding)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Soporte Transparencia y oportunidad de mejora

Segundo nivel

El segundo nivel podrá activarse de dos maneras, bien de forma activa por parte del profesional o su entorno o bien a través de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente al recibir la notificación en el registro de incidentes de seguridad. El gestor de riesgos se interesará por el estado del profesional al hacer la entrevista cuando se indague en un caso y hará hincapié en incidentes con daño grave al paciente.

Se ha formado un grupo de trabajo con profesionales que representan distintas áreas del hospital: quirúrgica, intensivos-reanimación, médica, matrona, enfermera, auxiliar y celador. También a los profesionales que hayan recibido soporte como segunda víctima se les invitará a formar parte del grupo.

El grupo está abierto a cualquiera que quiera formar parte, aunque hay que cumplir con un perfil determinado:

- Conocer TRUST.
- Se valorará la experiencia y el haber sido segunda víctima.
- Cualidades: empatía, discreción, saber escuchar, no juzgar.

Tercer nivel

El tercer nivel ya incluye la atención psicológica profesional. Se orientará a los profesionales que lo necesiten bien por el circuito de Salud Laboral o bien con ayuda externa a través del Colegio de enfermeras o el Colegio de médicos. Este último tiene un programa específico de atención a segundas víctimas (12).

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

5.1 Formación general

Sesiones sobre seguridad del paciente con los profesionales del hospital. Impartidas por la enfermera de la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente durante el primer semestre del año.

¿Cómo serán?

- Grupos pequeños para facilitar el feed-back y la resolución de dudas.
- Conceptos generales: qué notificar, proceso de análisis.
- Concepto segundas víctimas. Identificación precoz.
- Ejemplos de planes y acciones de mejora implementadas.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Sesiones sobre compasión y comunicación. Coordinado con psicooncología (experiencia en malas noticias). En proyecto.

5.2 Formación específica al grupo de apoyo (2º nivel)

- Sesión formativa con temario específico sobre apoyo a segundas víctimas utilizando como material de apoyo la guía elaborada por el Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas (13).

5.3 Difusión y seguimiento

- Elaboración de folletos informativos sobre segundas víctimas con los conceptos esenciales resumidos y la información sobre cómo contactar.
- El seguimiento se hará a través de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Encuesta de satisfacción al año de haber comenzado con el programa.

1. EVALUACIÓN

ESTRUCTURA

NOMBRE DEL INDICADOR: Crecimiento del grupo de apoyo formado por profesionales tras recibir soporte	
Objetivo/estándar	50 %
Fórmula	Nº miembros nuevos del grupo de apoyo (2ª nivel) / Profesionales atendidos en 2º y 3er nivel.
Periodicidad obtención	Anual

ESTRUCTURA

NOMBRE DEL INDICADOR: Contar con profesionales capacitados para prestar apoyo de primer nivel y evitar nivel 2 y 3	
Objetivo/estándar	<30%
Fórmula	Profesionales que han recibido soporte de 2º y 3er nivel / Nº total de profesionales implicados en incidentes de seguridad

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Periodicidad obtención	Anual
Observaciones:	El 70% de los profesionales que reciben apoyo en 1er nivel no necesitan más soporte

PROCESO

NOMBRE DEL INDICADOR: Formación en seguridad del paciente y segundas víctimas	
Objetivo/estándar	80 %
Fórmula	Nº profesionales sanitarios formados en Seg-pac / Nº profesionales sanitarios del hospital
Periodicidad obtención	Anual

PROCESO

NOMBRE DEL INDICADOR: Contar con un protocolo de atención a segundas víctimas actualizado	
Objetivo/estándar	100%
Fórmula	Existe un protocolo de atención a segundas víctimas actualizado
Periodicidad obtención	Bianual

RESULTADO

NOMBRE DEL INDICADOR: Atención a profesionales que resultan 2ª víctima	
Objetivo/estándar	100 %
Fórmula	Nº profesionales atendidos en segundo y tercer nivel
Periodicidad obtención	Anual

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Observaciones	Incluye los que solicitan ayuda y los captados por la unidad de gestión de riesgos

RESULTADO

NOMBRE DEL INDICADOR: Uso correcto del sistema de notificación	
Objetivo/estándar	80%
Fórmula	Notificaciones que son incidentes de seguridad/ nº total de notificaciones
Periodicidad obtención	Anual

CONCLUSIONES

El concepto segundas víctimas aparece cada vez con más frecuencia cuando hablamos de seguridad del paciente. Diversas publicaciones hablan del impacto que tiene sobre los profesionales (6, 14, 16, 17). También se han descrito las fases por las que atraviesa un profesional que se convierte en segunda víctima, son seis y la sexta incluye tres desenlaces posibles (18, 19):

1. Identificación de lo ocurrido.
2. Pensamientos intrusivos, aislamiento, evaluación repetida del evento.
3. Búsqueda de apoyo en el entorno.
4. Preocupaciones sobre repercusión a nivel laboral y/o legal.
5. Búsqueda de soporte emocional.
6. Resolución:

a. Superación. Aprendizaje.
b. Seguir adelante sin haberlo superado por completo.
c. Abandono del servicio, unidad o de la profesión.

También encontramos programas ya implantados y evaluados con buenos resultados en otros centros, tanto dentro como fuera de nuestro país y se han desarrollado guías de apoyo con una metodología sencilla a seguir (13,20,21). Alguno de los programas

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

implantados incluye atención específica para cirujanos ya que describe un proceso distinto con cinco en vez de seis etapas y habla de la especial vulnerabilidad de este colectivo por la tendencia a no solicitar ayuda (22). En este último caso el apoyo por pares ha demostrado ser eficaz tanto por los resultados obtenidos como por la valoración de los propios profesionales. Con estas herramientas facilitadoras resulta factible desarrollar un protocolo de atención a segundas víctimas en un centro hospitalario como este. Hasta ahora era un campo que se encontraba desierto y es fundamental desarrollarlo para dar cobertura a uno de los aspectos relacionados con la seguridad del paciente que se encontraba desierto.

Implementar un proyecto así supone un reto para una enfermera recién aterrizada en el mundo de la gestión, este proyecto permite seguir cuidando de las personas, en este caso de los profesionales del centro. Por otro lado, sin olvidar que invertir recursos en seguridad del paciente repercute en los cuidados y la atención que reciben.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kohn LT, Corrigan JM. To err is human: building a safer health system. Washington, DC Natl Acad Press. 2000.
2. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. The conceptual framework for the international classification for patient safety, version 1.1 Geneva WHO [Internet]. 2009. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
3. Wu AW. Medical error: the second victim. BMJ Br Med J. 2000; 320(7237): 726-727.
4. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010; 36(5):233-240.
5. Panella M, Rinaldi C, Leigheb F, Donnaruma C, Kul S, Vanhaecht K, et al. The determinants of defensive medicine in Italian hospitals: the impact of being a second victim. Rev Calid Asist. 2016; 31(S2):20-25.
6. Mira JJ, Lorenzo S. Las segundas víctimas de los incidentes para la seguridad de los pacientes. Rev Calid Asist. 2016; 31(S2):1-2.
7. Gutierrez SR. ¿Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente? Rev Calid Asist. 2016; 31(3):173-176

8. Wu AW, Holzmueller CG, Lubomski LH, Thompson DA, Fahey M, Dorman T, et al. Development of the ICU safety reporting system. J Patient Saf. 2005; 1:23-32.
9. For YOU team. Muhealth.org
Disponible en: https://www.muhealth.org/about-us/quality-care-patient-safety/office-of-clinical-effectiveness/foryou
10. White AA, Brock DM, Mccotter PI, Hofeld R, Edrees HH, Wu AW, et al. Risk managers descriptions of programs to support second victims after adverse events. J Health Risk Manag. 2015; 34:30-34.
11. Denham C. TRUST. Journal Patient Safety. 2007; 3(2): 107-119.
12. Oficina de ayuda a la segunda víctima. Colegio de médicos de Baleares.
Disponible en: http://www.comib.com/2victima/
13. Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. 2015. Disponible en: www.segundasvictimas.es
14. Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaller J. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. Trauma Fund MAPFRE 2013; 24(1):54-60.
15. Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. El profesional sanitario como segunda víctima del daño en la asistencia. Med Clin (Barc). 2020; 154(3):98-100.
16. Martens J, Van Gerven E, Lannoy K, Panella M, Euwema M, Sermeus W, et al. Serious reportable events within the inpatient mental health care: impact on physicians and nurses. Rev Calid Asist. 2016; 31(S2):26-33.
17. Estrada S, Brunelli MV, Celano MC, Quiroga A, Chattas G. El impacto del error de medicación en los profesionales de enfermería. Rev Iberoam. Educ. investí. Enferm. 2018; 8(2):40-45.
18. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. Qual Sal Health Care. 2009; 18:325-330.
19. Rinaldi C, Leigheb F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. Becoming a “second victim” in healthcare: pathway of recovery after adverse events. Rev Calid Asis. 2016; 31 Supl 2:11-9.
20. Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torijano ML, Iglesias-Alonso F, et al. Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. Rev Calid Asist. 2016; 31(S2):3-10.
21. Pais B, Rodríguez B, Martín MD, Carreras M. Gestión de segundas víctimas en Galicia. Rev Calid Asist. 2016; 31(S2):47-52.
22. El Hechi MW, Bohnen JD, Westfal M, Han K, Cauley C, Wright C, et al. Design and impact of a novel surgery-specific second victim peer support program. J Am Coll Surg 2020; 230:926-933.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 24: APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE MARTORELL

AUTORÍA: : Carlos Correas Martínez

Resumen Ejecutivo:

El método Lean se basa en eliminar todo aquello que no aporta nada al paciente, creando un proceso eficiente, que mejora la atención recibida y el proceso de cuidado. Nos hemos marcado como objetivo aplicar el método Lean al Hospital San Juan de Dios de Martorell. Siguiendo una metodología basada en un análisis DAFO se diseña un estudio cuantitativo, analítico, transversal y prospectivo. En el cual realizaremos un proyecto de mejora de algunos puntos de la estructura organizativa del hospital. Una vez conocido en profundidad las características del método Lean, esperamos que su aplicación aporte grandes mejoras en el hospital, mejorando la calidad de los procesos asistenciales, así como disminuir su coste.
Palabras clave: método Lean, cliente, profesional, mejora.
Abstract:
The Lean method is based on eliminating everything that does not contribute anything to the patient, creating an efficient process that improves the care received and the care process. We have set ourselves the objective of applying the Lean method to the San Juan de Dios Hospital in Martorell. Following a methodology based on a SWOT analysis, a quantitative, analytical, cross-sectional and prospective study is designed. In which we will carry out a project to improve some points of the hospital's organizational structure. Once the characteristics of the Lean method are known in depth, we hope that its application will bring great improvements in the hospital, improving the quality of care processes, as well as reducing its cost.
Keywords: Lean method, Pacient, professional, improvement.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Introducción

El método Lean se origina en la empresa de vehículos Toyota, para disminuir todo aquello que no añade ningún valor al proceso de producción. Pese a su origen industrial el método Lean ha sido utilizado en diversos escenarios, incluyendo el de la salud.1,2

El método Lean se introduce en la sanidad en el año 2006 de la mano de la Lean Enterprise Academy, bajo el nombre de Lean Healtcare. Desde su creación diversas organizaciones han añadido el método Lean Healtcare a su estrategia de cuidados.3,4

El método Lean se basa en eliminar todo aquello que no aporta nada al paciente, creando un proceso eficiente, que mejora la atención recibida y el proceso de cuidado.5,6

A continuación, añadimos algunos de los puntos en los que se basa la metodología Lean:

Estandarización: En el entorno sanitario hay mucho trabajo hecho en este sentido; guías clínicas, procedimientos, protocolos… aunque todavía se puede seguir avanzando más dentro de cada organización. Saber cómo estamos haciendo las cosas es la base para poder identificar qué falla y qué podemos mejorar.

Shojinka: polivalencia del personal. No se trata de que los cirujanos hagan de traumatólogos, pero sí de que en la medida que cada categoría profesional y/o servicio lo permita, dotar a los profesionales del mayor grado de polivalencia posible para que puedan adaptarse los recursos a las necesidades asistenciales existentes. De esta forma podrá darse una mejor y más rápida respuesta al paciente o usuario.

Kaizen: se traduce habitualmente como una mejora continua, aunque realmente tiene un sentido dinámico; cambiar a mejor, mejorar. Un “kaizen” es una pequeña mejora, creativa, de bajo coste, bajo riesgo y fácil implantación, que llevan a cabo los profesionales de un área con la finalidad de mejorar día a día y de forma continua su trabajo.

Kanban: Doble cajón. Posiblemente una de las partes más conocidas del método Lean, se basa en la organización de los almacenes, manteniendo siempre dos secciones del mismo material, al acabar las existencias de la primera sección de un material se realiza una comanda del mismo, a través de una tarjeta identificativa de cada material. De este modo eliminamos la necesidad de tener una amplia cantidad del mismo material y evitamos también la rotura de stock.5,6

Los tres ejes de evaluación para valorar los objetivos alcanzados, son: estructura, proceso y resultado. La estructura hace referencia al lugar donde se llevan a cabo las actividades y el cuidado requeridos por el paciente; a los recursos humanos, tales como personal de enfermería, médicos, celadores, etc…; y la estructura organizativa.

El proceso corresponde a la atención asistencial recibida por el paciente, en ello se incluye tanto el uso de pruebas diagnósticas o intervenciones terapéuticas, como la relación con el personal cuidador.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El resultado es el final del proceso asistencial en el cual se valora tanto el resultado del proceso asistencial a nivel de salud del paciente, como su satisfacción sobre el mismo, y también valoramos la satisfacción del personal asistencial.7
El método Lean ha demostrado ampliamente su capacidad de funcionamiento y de mejora en muchos ambientes distintos dentro de un mismo hospital, en diversas unidades con funciones muy diferentes, el método Lean se adapta y nos permite mejorar en muchos aspectos. 8,9,10
I, evidentemente también es un método ampliamente demostrado a nivel internacional, en un amplio bagaje de países distintos, en todos ellos queda probada una mejoría del funcionamiento y una mayor satisfacción por parte de los clientes, que ven mejorados, los tiempos de espera y una disminución en los errores humanos del personal. 11,12,13,14
A nivel del equipo profesional también logra una buena aceptación por parte de los profesionales, mejorando la satisfacción y el rendimiento en el puesto de trabajo.15

Objetivos:

- Objetivo Principal:

o Aplicar el método Lean en el Hospital San Juan de Dios de Martorell.

- Objetivos específicos:

o Conocer qué apartados del método Lean son aplicables y cuales, por sus características, no lo son.
o Mejorar la calidad asistencial, con la aplicación del método Lean
o Disminuir los procesos que no aportan valor.

Justificación y contextualización:

Dada la situación económica actual, la implementación de un método más eficiente , es más una necesidad que una opción.
Así dada la situación actual, de la cual no está exenta, el Hospital de Martorell, la aplicación de este método puede ser beneficiosa para muchas partes. A nivel económico y sobre todo a nivel de satisfacción, tanto de los pacientes, como de los profesionales. Profesionales que podrán ver disminuida su carga de trabajo y mejorada su eficiencia, consiguiendo mejores resultados y mayor satisfacción del paciente.

Análisis:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Dada la reciente incorporación del método Lean, al ámbito sanitario, es necesario ser precavidos en su utilización, realizando inicialmente una extensa revisión bibliografía de los resultados obtenidos en otros centros, en los cuales se haya puesto en marcha la utilización de la metodología Lean. Es importante valorar las similitudes de los centros estudiados, para valorar la efectividad de Lean en el Hospital de Martorell.

Como ya comentamos anteriormente, los resultados observados en la aplicación del método Lean en los centros hospitalarios, son positivos, reduciendo costes tanto económicos, como de carga de trabajo en los trabajadores.

Dada la situación actual, donde los problemas económicos son elevados y hay falta de personal, es una gran oportunidad para iniciar el proyecto de aplicación del método Lean en el hospital de Martorell.

Para la realización del proyecto, empezaremos realizando un análisis DAFO, para sentar las bases, y conocer cuáles son las características del centro.

Fortalezas: aplicar diferentes técnicas que permitan identificar dentro de la unidad qué atributos permiten generar una ventaja competitiva sobre el resto.

- Hospital de nivel 2, de tamaño reducido.
- Estructura organizativa bien definida.
- Personal con formación y escasa rotación entre servicios.

Debilidades: se refieren a todos aquellos elementos, recursos de energía, habilidades y actitudes que la empresa ya tiene y que constituyen barreras para lograr la buena marcha de la organización.

- Problemas económicos y de financiación.
- Recursos estructurales limitados, dado el tamaño del hospital y la dificultad par a llevar a cabo una ampliación del mismo.
- Externalización de algunos servicios del Hospital, lo que dificultará la implementación del método, puesto que habrá que consensuar los cambios con otras instituciones.

Oportunidades: son aquellos factores positivos que se generan en el entorno y que, una vez identificados, pueden ser aprovechados.

- Disminución del gasto económico del hospital.
- Mejorar productividad del personal.
- Mayor satisfacción por parte de los pacientes.
- Mayor eficacia como centro hospitalario

Amenazas: son situaciones negativas, externas al programa o proyecto, que pueden atentar contra este, por lo que, llegado al caso, puede ser necesario diseñar una estrategia adecuada para poder sortearlas.

- Incapacidad de llevar a cabo el proceso, por problemas económicos.
- Dificultad para encajar parte del proyecto en el espacio estructural del hospital.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Falta de implicación del personal.

Diseño:

El diseño sería el de un estudio cuantitativo, analítico, transversal y prospectivo.
En el cual realizaremos un proyecto de mejora de algunos puntos de la estructura organizativa del hospital, para posteriormente evaluar los resultados de los mismo, y en respuesta a estos resultados actuar de una manera o de otra. Es decir, en el caso de resultados positivos aumentar progresivamente tanto los servicios como los procedimientos que realizaremos con el método Lean. En caso de observar unos resultados, sin mejoría con respecto al punto de partida, se realizará una revisión del proyecto y se valorará cuáles son los puntos que pueden a ver variado los resultados y se valorará también la adecuación de la aplicación del método Lean.

Desarrollo e implementación:

Fase 1:

Se realizará una valoración inicial del estado del hospital, tanto a nivel financiero (ingresos y gastos), a nivel profesional (conocer el grado de satisfacción de los profesionales asistenciales y a nivel clientes (conocer el grado de satisfacción de los pacientes.

Presentaremos los resultados ante un comité con los jefes de servicio y supervisoras para presentar los resultados previos al inicio del proyecto, i iniciaremos un proceso para seleccionar cuáles serán las bases que llevaremos a cabo de inicio dentro del método Lean. Algunos ejemplos dentro de la aplicación del método Lean que podrían ser prácticos en el hospital serian:

Estandarización: En el entorno sanitario hay mucho trabajo hecho en este sentido; guías clínicas, procedimientos, protocolos… aunque todavía se puede seguir avanzando más dentro de cada organización. Saber cómo estamos haciendo las cosas es la base para poder identificar qué falla y qué podemos mejorar.

Shojinka: polivalencia del personal. No se trata de que los cirujanos hagan de traumatólogos, pero sí de que en la medida que cada categoría profesional y/o servicio lo permita, dotar a los profesionales del mayor grado de polivalencia posible para que puedan adaptarse los recursos a las necesidades asistenciales existentes. De esta forma podrá darse una mejor y más rápida respuesta al paciente o usuario.

Kaizen: se traduce habitualmente como mejor continua, aunque realmente tiene un sentido dinámico; cambiar a mejor, mejorar. Un “kaizen” es una pequeña mejora, creativa, de bajo coste, bajo riesgo y fácil implantación, que llevan a cabo los profesionales de un área con la finalidad de mejorar día a día y de forma continua su trabajo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Kanban: Doble cajón. Posiblemente una de las partes más conocidas del método Lean, se basa en la organización de los almacenes, manteniendo siempre dos secciones del mismo material, al acabar las existencias de la primera sección de un material se realiza una comanda del mismo, a través de una tarjeta identificativa de cada material. De este modo eliminamos la necesidad de tener una amplia cantidad del mismo material y evitamos también la rotura de stock. Este método ya se esta llevando a cabo en el Hospital de Martorell, así que su aplicación se enfocaría a mejorar y valorar los resultados de dicho método.

Fase 2:

Una vez el comité haya elegido qué aspectos del método Lean serán los primeros en ser utilizados y por tanto se hayan seleccionados los pilares de nuestro estudio, iniciaremos la puesta en marcha del proyecto.

Iniciaremos esta segunda fase poniendo al corriente a todo el personal implicado, realizando unas ponencias para todo el personal, explicando cuales son las bases del método Lean y analizando como se realizará la puesta en marcha del proyecto, aportando toda la información necesaria a los profesionales, resolviendo dudas y valorando sus opiniones y aportaciones.

El siguiente paso será la aplicación del método Lean, acompañando a los profesionales en todo momento para ir resolviendo sus inquietudes y dudas, sobre la marcha.

Fase 3:

En esta fase que realizaremos al año del inicio del proyecto, se pondrá en constancia de todo el comité, cuales han sido los resultados del proyecto. Analizando los tres apartados que estudiamos al iniciar el proyecto: estado financiero, satisfacción profesionales y satisfacción clientes.

Evaluación:

Para la evaluación de los resultados del proyecto se creará un comité evaluador los cuales tendrán en cuenta 3 puntos claves: estado financiero, satisfacción de profesionales y satisfacción de clientes.

Estos puntos se evaluarán de manera independiente, para conocer la incidencia del método Lean en cada uno de ellos.

En relación al aspecto económico se utilizará el gasto anual medio de los últimos 3 años y se comparará con el gasto anual en el cual se lleve a cabo el método Lean, para valorar el porcentaje de variación del gasto, en relación a los dos periodos.

Para la satisfacción de los profesionales se realizará una encuesta previa a la aplicación del método Lean, y una encuesta posterior a la finalización del año de estudio.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Para la satisfacción de los clientes se tendrán en cuenta el número medio de reclamación de los últimos 3 años y se comparara con la cantidad de reclamaciones en el año de estudio.
Aquí valoraremos que apartados del método han podido llevarse a cabo, y con las encuestas del personal y de los pacientes podremos valorar la mejora en la calidad asistencial y la disminución de carga de trabajo.

Conclusiones:

Una vez conocido en profundidad las características del método Lean, esperamos que su aplicación aporte grandes mejoras en el hospital, mejorando la calidad de los procesos asistenciales, así como disminuir su coste.
El método Lean nos aporta mejoras en todos los pilares de un hospital, aspecto económico, entorno laboral y satisfacción de los clientes, así pues en el año de duración del estudio esperamos mejorar todos estos aspectos.

Anexo:

Escala de Satisfacción General

(Wall, Cook y Warr; 1976)

0	1	2	3	4	5	6
Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Poco Insatisfecho	Neutro	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho

Según la tabla anterior, señale en la columna dcha. su **grado de satisfacción** con los siguientes aspectos.

Si alguno no se corresponde exactamente, por favor asócielo con la condición más semejante de su puesto.

1. Condiciones del lugar de trabajo (espacio, higiene, ambiente)	
2. Autonomía para elegir el propio modo de trabajo	
3. Compañeros de trabajo	
4. Reconocimiento general por el trabajo (de usuarios, compañeros, mando)	
5. Supervisor inmediato.	
6. Importancia de la tarea y responsabilidad asignada	
7. Salario adecuado.	
8. Posibilidad de utilizar las propias capacidades profesionales	
9. La relación general entre trabajadores y supervisores.	
10. Posibilidades de progreso o promoción	
11. El modo en que se gestiona el centro como organización.	
12. Atención a las sugerencias realizadas	
13. Horario de trabajo	
14. Variedad de tareas que se realizan en el trabajo	
15. Estabilidad en el empleo	
16. Oferta formativa para aprender, mejorar en el trabajo o compartir conocimientos	
17. Y de forma general, como calificas tu satisfacción laboral	

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Escala de Apoyo Social

(House y Wells; 1978)

0	1	2	3
Nada	Poco	Algo	Mucho

Por favor, según la tabla anterior, señale en la columna derecha el grado que corresponde al nivel de apoyo que percibe en los siguientes aspectos:

a. Ante un problema en el trabajo en qué grado puede confiar en las siguientes personas	
1. Supervisor/Jefe inmediato.	
2. Compañeros de trabajo.	
3. Cónyuge. *Si soltero/a señalar*: o	
4. Amigos o familiares.	
b. En qué grado las siguientes personas están dispuestas a escuchar sus problemas en el trabajo	
1. Supervisor/Jefe inmediato	
2. Compañeros de trabajo.	
3. Cónyuge. *Si soltero/a marcar*: o	
4. Amigos o familiares.	
c. En qué grado le resultan útiles las siguientes personas para realizar tu trabajo	
1. Supervisor/Jefe inmediato.	
2. Compañeros de trabajo.	
d. En qué grado es cierto lo siguiente sobre su supervisor o jefe inmediato	
1. Es competente en su trabajo, obtiene resultados del equipo.	
2. Se preocupa por el bienestar de quienes están a su cargo.	

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Muestre su grado de satisfacción sobre las siguientes cuestiones:

Valore de 0 (Muy insatisfecho) a 10 (Muy satisfecho)

ELEMENTOS TANGIBLES													**VALORACIÓN**	
1	Adecuación y estado del centro donde le han atendido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
2	Apariencia y buen estado de equipamientos y medios materiales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
3	Comodidad de las instalaciones donde le han atendido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
4	Limpieza de las instalaciones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
5	Aspecto cuidado y limpio de las personas que prestan el servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
6	Correcta identificación de las personas que prestan el servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
ACCESIBILIDAD													**VALORACIÓN**	
7	Buena comunicación y fácil acceso del centro donde le han atendido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
8	Señalización adecuada del centro (tanto interna como externa)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
9	Horarios de atención del centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
10	Ausencia de barreras arquitectónicas que dificulten el acceso al centro y dentro del mismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
EJECUCIÓN DEL SERVICIO DE FORMA FIABLE													**VALORACIÓN**	
11	Cumplimiento con lo anunciado o comprometido en la prestación del servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
12	Confianza en que el servicio se presta de la mejor manera posible para el usuario/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
13	Confianza en que la información o asesoramiento son correctos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
14	Atención prestada sin errores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
CAPACIDAD DE RESPUESTA													**VALORACIÓN**	
15	En el caso en que se haya producido algún problema durante la atención prestada, capacidad de la organización para resolverlo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
16	Tiempo de espera hasta ser atendido/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
17	Tiempo dedicado a su consulta o atención	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
COMPETENCIA PROFESIONAL													**VALORACIÓN**	
18	Competencia y buen hacer de las personas que prestan el servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
ATENCIÓN PERSONALIZADA													**VALORACIÓN**	
19	Trato amable y considerado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
20	Interés y voluntad mostrados por la persona que le ha atendido en su petición	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
21	Información y asesoramiento facilitado sobre las opciones que más le convienen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
22	Garantía de intimidad, confidencialidad y custodia de sus datos personales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
EQUIDAD													**VALORACIÓN**	
23	Ausencia de discriminación en el trato dispensado hacia usted.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
24	*(Solo para el caso en que haya pagado algo por el trámite o servicio recibido)* Precio pagado por el servicio recibido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
SEGURIDAD													**VALORACIÓN**	
25	Información facilitada, en su caso, sobre potenciales riesgos o repercusiones derivadas de los trámites realizados o de los servicios recibidos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
COMUNICACIÓN													**VALORACIÓN**	
26	Lenguaje utilizado sencillo y comprensible para Vd.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
27	Información facilitada fiable, segura, completa y sin errores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
RENDIMIENTO													**VALORACIÓN**	
28	Simplicidad y sencillez en la cumplimentación de formularios y en la realización de trámites y/o gestiones en este centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
29	Resultado final obtenido por usted en la gestión realizada en este centro (consiguió lo que deseaba)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC
SATISFACCIÓN GENERAL													**VALORACIÓN**	
30	Valoración general de la calidad de los servicios ofrecidos por este centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS	NC

Bibliografía:

1- Ohno T. Toyota Production Sys-tems: Beyond Large-Scale Produc-tion. Productivity Press. 1988. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/245330798_The_Toyota_Production_System_and_art_Making_highly_customized_and_creative_products_the_Toyota_way> [Accessed 3 september 2020].

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

2- Paul S. Adler, Barbara Goldoftas, David I. Levine, (1999) Flexibility Versus Efficiency? A Case Study of Model Changeovers inthe Toyota Production System. Organization Science 10(1):43-68. Available at: <http://faculty.haas.berkeley.edu/levine/Papers/Flex%20vs.%20efficiency%20NUMMI.pdf> [Accessed 3 september 2020].

3- Mazzocato P, Savage C, Brommels M, Aronsson H, Thor J. Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. Qual Saf Health Care 2010; 19(5):376-82. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/45720751_Lean_Thinking_in_Healthcare_A_Realist_Review_of_the_Literature> [Accessed 11 October 2020].

4- Pestana Magalhães, A., Erdmann, A. and Lima da Silva, E., 2020. Pensamiento Lean En La Salud Y Enfermería: Revisión Integradora De La Literatura. Available at: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02734.pdf> [Accessed 11 October 2020].

5- Muñoz Machin, I., 2020. Aplicación De Metodología Lean A Los Procesos De Un Hospital. Available at: <http://www.coiim.es/rrii/Descargas/jornadasyconferencias/2014/i_mu%C3%B1oz.pdf> [Accessed 11 October 2020].

6- Toussaint JS, Berry LL. The Promise of Lean in Health Care. Mayo Clin Proc. 2013;88(1):74-82. Available at: <https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(12)00938-X/fulltext> [Accessed 5 October 2020].

7- Womack, J. and Jones, D., 1996. Lean Thinking. Available at: <https://silo.tips/download/case-doc-2275-filed-02-12-14-entered-02-12-14-162149-desc-main-document-page-1-o> [Accessed 11 October 2020].

8- Cuatrecasas Castellsagués O., Martín Fumadó,C and SIMÓN PÉREZ,R.M 2014. Implantación del Lean en un hospital. [online] Accid.org. Available at: <https://accid.org/wp-content/uploads/2018/11/Implantacion_del_Lean_en_un_hospital.pdf> [Accessed 11 October 2020].

9- Fernández Aranda MI. Aplicación del método Lean Healthcare en un servicio de Ginecología y Obstetricia. Metas Enferm feb 2016; 19(1): 21-26. Available at:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 25: EFECTO DE LA IMPLANTACIÓN DE TURNOS DE «12 HORAS» y OTRAS INTERVENCIONES EFICACES EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y EL ABSENTISMO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

AUTORÍA: Sergio González Álvarez

1. Resumen ejecutivo

La sociedad actual funciona 24 horas al día, esto obliga a las organizaciones y en consecuencia a sus empleados a someterse a horarios de trabajo que van en contra del ritmo natural de la vida. Es por ello que, los turnos de trabajo tienen repercusión sobre el bienestar de los profesionales sanitarios; influyendo en su calidad de vida que repercutirá de manera directa en el absentismo laboral.

El objetivo principal de este estudio pretende evaluar el efecto de una serie de intervenciones eficaces, así como la implantación de un nuevo sistema de turnos «12 horas»; en el absentismo laboral y la calidad de vida relacionada con la salud de los

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

profesionales de enfermería que trabajan en la unidad de hospitalización de Neurocirugía/Neurología en el Hospital Universitario de la Princesa.

Siguiendo una metodología basada en un análisis DAFO se diseña un estudio cuantitativo, analítico, transversal y prospectivo cuasi experimental, con un diseño de tipo antes-después para un solo grupo. En el cual se realiza un proyecto de mejora donde se implementa un nuevo sistema de turnos más flexible «12 horas», acompañado de un programa de soporte o entrenamiento físico multifacéticos, y otras intervenciones de tipo cognitivo-conductual.

Una vez aplicadas estas intervenciones, se espera que aporte una gran mejora en el grado de satisfacción de los profesionales, al tratarse de estrategias para tratar de conciliar al máximo la jornada laboral con la vida personal y familiar.

Palabras clave: Calidad de vida relacionada con la salud, absentismo, turnos laborales.

Abstract:

Today's society works 24 hours a day, this forces organizations and consequently their employees to submit to work schedules that go against the natural rhythm of life. That is why work shifts have an impact on the well being of health professionals; influencing their quality of life that will have a direct impact on absenteeism.

The main objective of this study is to evaluate the effect of a series of effective interventions, as well as the implementation of a new “12-hour” shift system; in work absenteeism and the health related quality of life of nursing professionals working in the Neurosurgery / Neurology inpatient unit at Hospital Universitario de la Princesa.

Following a methodology based on a SWOT analysis, a quantitative, analytical, cross-sectional and prospective quasi-experimental study is designed, with a before-after type design for a single group. In which an improvement project is carried out where a new, more flexible "12-hour" shift system is implemented, accompanied by a multifaceted physical training or support program, and other cognitive-behavioral interventions.
Once these interventions are applied, it is expected that they will bring a great improvement in the degree of satisfaction of professionals, as they are strategies to try to reconcile the working day with personal and family life as much as possible.

Keywords: Health-related quality of life, absenteeism, work shifts

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

2. Introducción

El colectivo de enfermería está sometido a una serie de alteraciones biopsicosociológicas como consecuencia del desempeño de un horario laboral, basado habitualmente en un sistema de turnos, los cuales permiten ofrecer una continuidad en los servicios prestados (1).

Según el Estatuto de los Trabajadores el concepto de trabajo mediante turnos se define como «toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas» (2).

Según un informe elaborado por Randstad, las actividades sanitarias tuvieron una cuota de absentismo del 8,6 por ciento, el porcentaje más alto de todos los sectores económicos analizados. En cambio, el absentismo no injustificado se reduce hasta el 2,9 por ciento del total. Según datos de este informe, el absentismo laboral en España supone la pérdida de 450 millones de horas trabajadas en el primer trimestre de 2019, lo que representa el 5,2 por ciento del total de las horas pactadas, aumentando un 0,3 por ciento respecto al trimestre anterior. Ante estos datos, es de destacar que el sector sanitario es el que cuenta con más absentismo a nivel nacional (3).

En otro informe publicado por la Canadian Health Services Research Foundation indica que los índices relacionados con el absentismo laboral en enfermería son mayores que en el resto de las profesiones sanitarias, pero que pueden reducirse con una adecuada planificación de los turnos de trabajo (4). Por lo tanto, el absentismo no sólo es un indicador relacionado directamente con la satisfacción laboral de los profesionales, sino que además es clave desde el punto de vista de la eficiencia en la gestión de los recursos humanos sanitarios, por su repercusión directa en los costes (5).

La mayoría de los autores coinciden en que el trabajo a turnos repercute sobre la salud física y psicológica de los trabajadores a distintos niveles (6,7) asociándose con el desarrollo del síndrome de Burnout que será determinante en el absentismo laboral, un indicador de la eficiencia de la gestión de los recursos humanos. Su definición clásica indica que consiste en «no acudir a trabajar cuando estaba programado, midiéndose por la frecuencia o duración de los días de trabajo perdidos» (8). En el caso concreto de la

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

enfermería hospitalaria, hay factores que han demostrado su relación directa con las ausencias.

El grupo de trabajo World Health Organization Quality of Life perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

La literatura científica, muestra por norma general que en las unidades de trabajo más complejas y especializadas los índices de ausencia son mayores, con unos porcentajes directamente proporcionales a las cargas de trabajo (9). Son predictores del absentismo de enfermería hospitalaria el síndrome de burnout y el estrés laboral, con énfasis en la existencia de factores protectores tales como la satisfacción laboral, el compromiso de la organización y la implicación de los propios trabajadores dentro de ella (10).

La implementación de “programas de soporte o entrenamiento físico multifacéticos” puede producir resultados positivos en cuanto a la reducción del absentismo de enfermería hospitalaria. Es por ejemplo el caso de este tipo de programas, la evaluación de la ergonomía, algoritmos de decisión en el manejo de pacientes, enfermería referente en el tratamiento de las lesiones de espalda, equipamientos, demostró una reducción del 18% en los días de trabajo perdidos, em un estudio con una muestra importante (825 participantes) (11).
Otro estudio con este tipo de programas demostró que el empleo de grúas portátiles sin otras medidas asociadas en 61 enfermeros/as redujo los valores de riesgo relativo de 0,35 (factor protector) con respecto a la posibilidad de sufrir una lesión al movilizar a los pacientes (12).

Las “intervenciones de tipo cognitivo-conductual” requieren el desarrollo de estudios con muestras más amplias para ofrecer resultados concluyentes. Podemos mencionar el estudio realizado por Menzel y Robinson; en el cual la intervención evaluada consistió en terapia cognitiva-conductual diseñada para combatir el dolor y las lesiones de espalda. Ensayo controlado y aleatorizado, que arrojó unos resultados llamativos, ya que el grupo de intervención reportó una media de 2,29 horas de ausencia en 12 semanas, frente a 14 horas el grupo control, pero hemos de tener en cuenta el tamaño reducido de la muestra (16 participantes) (13).

Otra de las intervenciones eficaces puede ser la “transformación cultural en la gestión del cambio, las relaciones profesionales o el liderazgo”. Smith y Rudd implicaron a 52

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

enfermeros/as en un programa de gestión de la productividad basado en el cambio dinámico. Las horas perdidas mensualmente por enfermedad pasaron del 7,8% en enero de 2009 al 0,99% en junio de 2009 (en el mes de mayo el porcentaje fue de tan solo un 0,47%) (14).
Otro caso fue la intervención de Mulcahy y Betts basada en las relaciones humanas y el liderazgo: identificación de conflictos, establecimiento de un código de conducta, formación en gestión, desarrollo de talleres de comunicación y creación de un grupo de trabajo para gestionar las relaciones entre el personal y las familias de los pacientes. Consiguieron una disminución del absentismo desde el 12,8% en el año 2001 y hasta el 4% en 2002(15).

Del mismo modo, se ha demostrado que los turnos de trabajo tienen un efecto sobre el equilibrio del organismo debido al desfase de los ritmos biológicos (ritmo circadiano) y patrón de sueño (16). Asimismo, influye en la vida social y familiar, ya que los horarios de trabajo interfieren directamente con las actividades de ocio, las obligaciones domésticas y otros quehaceres de la vida cotidiana. La compatibilización de los tiempos dedicados a la familia y al trabajo se engloba bajo el término «conciliación», y para los profesionales de enfermería sigue siendo un reto (17).
Los estudios respecto a los diferentes turnos y los que comparan los de 12 h respecto a los de 8 h coinciden en que el turno de 12 h presenta más ventajas respecto al de 8: menores niveles de estrés, mejores condiciones físicas y psicológicas, mejora del bienestar y de la calidad de sueño, así como mejoras en las relaciones familiares (18, 19). Por el contrario, las principales preocupaciones son la fatiga y la seguridad (20, 21).

Respecto a la calidad de los cuidados que valoren los turnos de ≥ 7 horas, en la literatura científica aparecen tres Revisiones Sistemáticas (RS), una encuesta transversal y una revisión de alcance que señalan el vínculo entre las condiciones del lugar de trabajo (horas trabajadas, carga de trabajo, autonomía, registros/sistemas electrónicos, etc.) y factores como calidad de la atención, seguridad, tasas de error, satisfacción del profesional y del paciente, agotamiento que pueden plantear riesgos de seguridad, etc.). Casi todos los estudios valoran los turnos de ≥ 12 horas, no habiendo evidencia de suficiente calidad para justificar la implantación generalizada o la retirada de turnos de 12h en enfermería (22, 23, 24, 25).

En definitiva, el trabajo a turnos actualmente sigue siendo un aspecto directamente relacionado con el bienestar personal y profesional, que puede influir en la calidad de los cuidados prestados. El proyecto tiene como objetivo estudiar la influencia que tiene una serie de intervenciones eficaces acompañado de un turno de trabajo diurno o nocturno de 12 h en la (CVRS) y en el absentismo de los profesionales sanitarios

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

pertenecientes a la unidad de hospitalización de Neurociencias del Hospital Universitario de la Princesa, hospital de tercer nivel perteneciente a la Comunidad de Madrid.

3. Objetivos:

a. Objetivo Principal:

- Estudiar el efecto de la implantación de intervenciones eficaces (programas de soporte o entrenamiento físico multifacéticos, intervenciones de tipo cognitivo-conductual) y un nuevo sistema de "turnos de 12 horas"; en el absentismo laboral y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los profesionales (CVRS) de enfermería de la unidad de Neurología/Neurocirugía del Hospital Universitario de la Princesa (Madrid) durante el año 2022.

b. Objetivos secundarios:

- Conocer las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de Neurocirugía/Neurología del Hospital Universitario de la Princesa.

- Analizar si existen diferencias en los resultados de la calidad de vida relacionada con la Salud y el nº de horas de absentismo laboral con el nuevo sistema turnos de 12 horas.

4. Justificación y contextualización del proyecto: social, profesional e institucional.

Tradicionalmente las investigaciones que se han realizado sobre las ausencias laborales de enfermería se centran en el reconocimiento y la descripción de las circunstancias que envuelven al absentismo, así como en la identificación de las condiciones de trabajo y de los riesgos ocupacionales que pueden propiciarlo (26). Los autores de los trabajos de tipo primario o de algunas de las revisiones concluyen que es necesario llevar a cabo investigaciones que busquen soluciones a este problema (27).

Los programas tendentes a la gestión del cambio desarrollados por la propia enfermería, la gestión participativa de las relaciones profesionales y remuneraciones que premian la falta de ausencias, también pueden conseguir disminuciones en este tipo de indicadores.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Por consiguiente, se requiere más estudios de investigación con muestras más amplias para ofrecer resultados concluyentes centrados en la implementación de programas de intervenciones eficaces como puede ser: entrenamiento físico multifacéticos o intervenciones de tipo cognitivo-conductual, así como el diseño de nuevos turnos flexibles de enfermería como puede ser el de 12h. Por todo lo expuesto anteriormente, este proyecto adquiere relevancia y su puesta en marcha es pertinente para poder evaluar el impacto que supone en la experiencia de la atención y en el efecto a largo plazo en el personal y la organización del trabajo. Los turnos de trabajo actualmente siguen siendo un aspecto directamente relacionado con la calidad de vida relacionada con la salud de los profesionales (bienestar personal y profesional), y puede influir en la calidad de los cuidados prestados.

5. Metodología

a. Análisis:

La experiencia se desarrollará en el Hospital Universitario de la Princesa (Madrid). En concreto en la Unidad de hospitalización de Neurología/Neurocirugía. Los sujetos a estudio serán todos los profesionales sanitarios de la unidad, tanto enfermeros como auxiliares de enfermería.

El "absentismo laboral" incluye toda una serie de permisos reconocidos y pactados por la legislación laboral y los convenios colectivos, ceses motivados incluso desde la propia empresa, horas sindicales y faltas ocasionadas por fuerzas ajenas al trabajador y la compañía. Sin embargo, en este estudio sólo se consideran las horas de ausencia por Incapacidad laboral (IT) y asistencia sanitaria.

La unidad de hospitalización a estudio cuenta con un total de 40 camas instaladas. repartidas de la siguiente manera:

- 11 habituaciones con 2 camas destinadas para el servicio de Neurocirugía.
- 5 habitaciones con 2 camas destinadas para el servicio de Neurología.
- 8 camas individuales en una unidad de Ictus.

Las cifras de absentismo en el 2019 con una plantilla de 23 enfermeros/as, trabajando con turnos estándar fue de 6006 horas; (261horas de media). Del mismo modo el absentismo de 20 auxiliares de enfermería en el mismo año fue de 2513 horas (125,5 horas de media). En la plantilla de Enfermeros y auxiliares de enfermería se muestra el número total de presencias, bien sean: contratos fijos, eventuales, sustituciones, reducciones de jornada-.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Los horarios del turno de «12 horas» pueden ser diurnos (8h-20 horas) o nocturnos (20h-8h). Para lograr una mayor organización, y evitar sobrecarga de actividades en el turno diurno, todo aquello relacionado con la revisión de los registros de enfermería (informes de cuidados, valoración de escalas, revisión de dispositivos) se realizará en el turno nocturno. En la medida de lo posible, el turno diurno contará con una presencia más tanto de enfermería como de auxiliar de enfermería.

Con la implantación de este turno, no se soluciona el problema del absentismo laboral como tal, requiere intervenir en otros factores, incluso desde la raíz, a nivel organizativo. El objetivo de este proyecto se centra en estudiar la influencia de una serie de intervenciones eficaces y la implantación de un turno flexible de «12 horas» en el absentismo y en la calidad de vida relacionada con la salud de los trabajadores de una unidad de hospitalización concreta (Neurología/Neurocirugía) y extraer conclusiones al respecto.

“La Matriz DAFO” es una metodología de estudio que consiste en evaluar la situación actual y potencial del hospital con relación a su entorno. El análisis interno pretende conocer y valorar la estrategia actual y el posicionamiento de la unidad de hospitalización seleccionada frente a su competencia; y evaluar los recursos y habilidades para conocer puntos fuertes determinado las fortalezas y debilidades. Y, el análisis externo trata de averiguar el impacto de los factores del entorno, determinando las oportunidades y amenazas para dicha unidad (28).

Las debilidades se refieren a todos aquellos elementos, recursos, habilidades y actitudes que la unidad de hospitalización ya tiene y que constituyen barreras para lograr la buena marcha de la organización. Las fortalezas son todos aquellos elementos internos y positivos que diferencian al programa o proyecto de otros de igual clase. Las amenazas son situaciones negativas, externas al programa o proyecto, que pueden atentar contra éste. Y, las oportunidades son aquellos factores, positivos, que se generan en el entorno y que, una vez identificados, pueden ser aprovechados. (Ver figura I del análisis DAFO realizado en la unidad de hospitalización).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

	Aspectos Negativos	Aspectos Positivos
Factores internos	**Debilidades** • Estrés, fatiga por el número de horas. • Miedo al desconocimiento del turno. • Poco motivador para algunos. • Conciliación familiar.	**Fortalezas** • Salir de la rutina • Organización propia en cuanto a actividades • Percepción y flexibilidad en el plan de cuidados.
Factores externos	**Amenazas** • Fatiga. • Menor calidad en los cuidados. • Adaptación del equipo. • Aumenta el N° de presencias para realizar planilla.	**Oportunidades** • Juntar días libres. • Disminuir cambios de turno. • Conciliación vida laboral/familiar. • Aumento calidad del sueño. • Disminución de eventos adversos.

En el análisis se identifican todas aquellas variables que deben tenerse en cuenta al diseñar el proyecto de implantación del turno de 12 horas. Destacamos entre otras:

- Características de los profesionales de la unidad para un mejor conocimiento de los profesionales (Edad, patologías previas, tipo de contrato, sistema familiar).
- Conocer las cifras de absentismo laboral que hay en la unidad de hospitalización seleccionada y compararlo con el resto de las unidades del hospital.
- Indagar en aquellos factores relacionados con el turno de trabajo, que repercuten negativamente en la Calidad de vida relacionada con la salud.
- Explorar la información o conocimiento que tienen los profesionales sobre los diferentes turnos de trabajos.
- Recursos disponibles. Por un lado, se necesitan un número presencias mínimas para poder implantar una planificación de turnos de 12 horas. (Las mismas que las actuales). Por otro lado, recursos materiales necesarios para proporcionar apoyo (comedor, taquillas, duchas); tales recursos ya están disponibles actualmente en el hospital.

b. Diseño

Siguiendo una metodología basada en un análisis DAFO se diseña un estudio cuantitativo, analítico, transversal y prospectivo cuasi experimental, con un diseño de tipo antes-después para un solo grupo. Se diseña un proyecto de mejora donde se implementará un nuevo sistema de turnos más flexible «12 horas» acompañado de un programa de soporte o entrenamiento físico multifacéticos, y otras intervenciones de tipo cognitivo-conductual.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

c. Desarrollo e implantación

- Fase 1

La investigación cumple con la normativa de Helsinki, Fortaleza, Convenio del Consejo de Europa relativo y Declaración Universal de la UNESCO, Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y el RD 1716/2011 en lo referente al estudio con personas; así como los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica y la protección de datos de carácter personal.
El estudio se presentará al Comité Ético de Investigación y del Medicamente del Hospital Universitario de la Princesa (CEim) para obtener su aprobación.

Se realizará una valoración inicial del absentismo laboral de la unidad a estudio, y se compararán los resultados con respecto al resto de áreas del hospital.

- Fase 2

Se presentarán las principales intervenciones eficaces; aquellas que sean del interés general por la mayoría de los profesionales, serán implantadas en la unidad. Las principales intervenciones de entrenamiento físico multifacéticos, o de tipo cognitivo-conductual a elegir serían:

1. Establecimiento de círculos de calidad.
2. Soporte proporcionado por el supervisor.

o Organización en los cuidados y apoyo con la metodología enfermera.
o Elaboración de guías para la práctica clínica que orienten y apoyen a los profesionales de enfermería en la toma de decisiones en la planificación del plan de cuidados.

3. Programas de entrenamiento-soporte físico o psicológico.

o Los programas de soporte o entrenamiento físico (manejo seguro del paciente, ergonomía, dispositivos de apoyo, aprendizaje en la utilización de grúas portátiles para la movilización de pacientes.
o Las intervenciones de tipo cognitivo-conductual (terapias para mejorar las lesiones y el dolor de espalda).

4. Transformación cultural en la gestión del cambio, las relaciones profesionales y el liderazgo.

o Los programas que proporcionan a la enfermería el control de la planificación del cambio derivado de la innovación, la gestión mediante la formación de equipos de

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

trabajo de las relaciones profesionales (entre compañeros, entre las diversas categorías profesionales y con los pacientes y sus familiares), el apoyo proporcionado por los líderes o responsables opuesto a estilos de liderazgo de tipo jerárquico y las gratificaciones económicas que premian la falta de ausencias

Con la ayuda de una herramienta específica en esta etapa nos centramos en la configuración de una planificación sencilla y flexible para generar un cuadrante de trabajo. De tal manera que se realizarán varias propuestas partiendo de unos datos mínimos como son:

- Insertamos el turno en cuestión: en este caso 12 horas (teniendo en cuenta la existencia de posibles jornadas partidas, éstas han de ser configuradas por separado y luego crear dichas jornadas partidas).
- Número de trabajadores, por día y tipo de turno.

d. Evaluación

Esta fase se realizará al finalizar el año del inicio del proyecto. Se realizará un análisis de los datos obtenidos (horas de absentismo laboral) y se pondrá en conocimiento a Dirección de enfermería.

El instrumento para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los profesionales se realizará a través del cuestionario SF-36. Aceptando la dificultad de la medición de esta apreciación del sujeto de cómo vive la vida, y conociendo la necesidad y la utilidad de cuantificar los resultados, hemos seleccionado el que creemos es el cuestionario que mejor se podría adaptar a nuestros objetivos y a las características de nuestra muestra, es un cuestionario de amplia difusión a nivel mundial y bien adaptado a nuestra lengua y de excelente aplicabilidad a nuestro estudio (29).

Este cuestionario evalúa el estado de salud a través de 7 escalas (Función física, rol físico, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) valoradas de 0 a 100 (siendo 100 el mejor valor) y de dos dominios globales estandarizados para población general siendo su valor 50, (índice general de salud física e índice general de salud mental). Se tiene en cuenta la edad y el sexo para el análisis de los resultados.

Por otro lado, se realizará un análisis bivariante con Chi cuadrado a fin de establecer relaciones significativas entre los componentes medidos por el (CVRS) y el desarrollo de turnos de trabajo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

e. Conclusiones

Una vez implantado un programa específico de intervenciones eficaces y un sistema de turnos más flexible «12 horas»; en el cual las propias enfermeras participan en el diseño de la distribución horaria, la planificación y la adjudicación de sus turnos, se espera que se obtengan resultados más eficientes en relación con las horas de ausencia y la calidad de vida relacionada con la salud de los propios trabajadores.

Como resultado de haber llevado a cabo este trabajo, hemos podido observar y corroborar, que son necesarias mejoras laborales y de que con el paso del tiempo y la evolución de la técnica hagan surgir nuevos riesgos y metas. Es necesario, por tanto, seguir trabajando en esta línea con el objetivo de describir el impacto de otras intervenciones eficaces (programas de soporte o entrenamiento físico multifacéticos, intervenciones de tipo cognitivo-conductual) y otros turnos sobre variables personales y laborales, así como aumentar la muestra e incluir otros miembros del equipo multidisciplinar para proporcionar una perspectiva más amplia de la influencia que tiene dichas intervenciones y turnos más flexibles, tanto en la calidad de los cuidados como en la calidad de vida de los profesionales sanitarios.

En definitiva, se puede afirmar que turnos más flexibles como es el caso de los turnos de «12 horas» influye en la conciliación de la vida laboral con la social y familiar, lo que puede aportar una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud de estos profesionales, lo que repercutirá de manera directa en el número de horas de absentismo.

6. Bibliografía

1. Sabaté J. Ergonomía de los turnos de trabajo a través de un estudio estadístico sobre varios test psicológicos. Mafre seguridad. 2002; 86:27---37.

2. Real Decreto 1/1995, de 24 de marzo, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. BOE 29 de marzo de 1995.

3. Randstad. Informe trimestral de absentismo [Internet]. 2019. Available from: https://www.randstadresearch.es/wp-content/uploads/2019/12/RANDSTAD-RESEARCH-Informe-de-Absentismo-laboral-DICIEMBRE-2019.pdf

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

4. Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, et al. Commitment and care: the benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2001. Disponible en: http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/pscomcare e.pdf

5. Del Pozo A, Sánchez-Bayle M. Los profesionales de la salud en España. Madrid: Ediciones GPS; 2008, 338 p.

6. Vela A, Olavarrieta S, de la Cruz JJ, Fernández J, Arenillas C, Calvo I, et al. Implicaciones biológicas y psicosociales del trabajo a turnos en la mujer: un estudio en enfermeras. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2007. Ref: 765-43-05.

7. Fido A, Ghali A. Detrimental effects of variable work shifts on quality of sleep, general health and work performance. Med Princ Pract. 2008; 17:453---7.

8. Davey M, Cummings G, Newburn-Cook C, et al. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. J Nurs Manag. 2009; 17:312–30.

9. Umann J, Guido LA, Leal KP, et al. Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar. Cienc Cuid Saude. 2011; 10:184–90.

10. Davey M, Cummings G, Newburn-Cook C, et al. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. J Nurs Manag. 2009; 17:312–30.

11. Nelson A, Matz M, Chen F, et al. Development and evaluation of a multifaceted ergonomics program to prevent injuries associated with patient handling tasks. Int J Nurs Stud. 2006; 43:717–33.

12. Li J, Wolf L, Evanoff B. Use of mechanical patient lifts decreased musculoskeletal symptoms and injuries among health care workers. Inj Prev. 2004; 10:212–6.

13. Menzel NN, Robinson ME. Back pain in direct patient care providers: early intervention with cognitive behavioral therapy. Pain Manag Nurs. 2006; 7:53–63.

14. Mulcahy C, Betts L. Transforming culture: an exploration of unit culture and nursing retention within a neonatal unit. J Nurs Manag. 2005;13: 519–23.

15. Adams A, Bond S. Staffing in acute hospital wards: part 2. Relationships between grade mix, staff stability and features of ward organizational environment. J Nurs Manag. 2003; 11:293–8.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

16. Romero-Saldaña M, Álvarez-Fernández C, Prieto A. Calidad de sueño en trabajadores a turnos-nocturnos y su relación con la incapacidad temporal y siniestralidad laboral. Un estudio longitudinal. Revista Enfermería del Trabajo 2016; 6:1(19-27).

17. Girbau MR. Conciliación de la vida laboral y familiar, y satisfacción en el trabajo en enfermería. Nursing. 2008; 26:58---61.

18. Smith L, Folkald S, Tucker P, Macdonald I. Work shift duration: A review comparing eight hour and 12 hour shift systems. Occup Environ Med. 1998; 55:217---29

19. Tucker P, Barton J, Folkard S. Comparison of eight and 12 hour shifts: Impacts on health, wellbeing, and alertness during the shift. Occup Environ Med. 1996; 53:767---72.

20. Edith JC, Julie EE, Henk T. The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing. J Adv Nurs. 2003; 44:643---52.

21. Metzner RJ, Fischer FM. Fatigue and workability in twelve-hour fixed shifts. Rev Saúde Pública. 2001; 35:548---53.

22. Estabrooks CA, Cummings GG, Olivo SA, Squires JE, Giblin C, Simpson N. Effects of shift length on quality of patient care and health provider outcomes: systematic review. Qual Saf Health Care. 2009 Jun;18(3):181-8. [DOI 10.1136/qshc.2007.024232] [Consulta: 21/12/2020]

23. Karadzinska-Bislimovska J, Basarovska V, Mijakoski D, Minov J, Stoleski S, Angeleska N, Atanasovska A. Linkages between workplace stressors and quality of care from health professionals' perspective - Macedonian experience. Br J Health Psychol. 2013 Mar 11. [DOI 10.1111/bjhp.12040]
[Consulta: 21/12/2020].

24. Owens JA. Sleep loss and fatigue in healthcare professionals. J Perinat Neonatal Nurs. 2007 Apr-Jun; 21(2):92-100; quiz 101-2. [DOI 10.1097/01.JPN.0000270624.64584.9d] [Consulta: 21/12/2020].

25. Geiger-Brown J, Lipscomb J. The health care work environment and adverse health and safety consequences for nurses. Annu Rev Nurs Res. 2010; 28:191-231. [DOI 10.1891/0739-6686.28.191]

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

[Consulta: 21/12/2020].

26. Umann J, Guido LA, Leal KP, et al. Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar. Cienc Cuid Saude. 2011; 10:184–90.

27. Appoolinario RS. Absenteeism in the nursing team: analysis of the scientific production. R Enferm UERJ. 2008; 16:83–7.

28. Asociación española para la calidad. Madrid: Análisis DAFO; 2011 (consulta 15 diciembre 2020). Disponible en:
http://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/analisis-dafo.

29. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin 1995; 104: 771-6.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 26: MEJORA DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

AUTORÍA: **Ana Pariente Rodrigo**

RESUMEN EJECUTIVO

Vivimos en una sociedad en la que las herramientas para comunicarnos cada vez son más variadas. No obstante, esta comunicación no se evidencia en la coordinación entre niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud español.
Subdividido en dieciocho servicios de salud, cada uno de ellos trabaja la coordinación de una manera diferente. En la esencia, se busca aumentar la efectividad y eficiencia, aumentar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, así como facilitar el trabajo a los profesionales que forman parte de cada uno de ellos.
Centrándonos en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y en concreto en el Área de Salud de Guadalajara, podemos observar que a lo largo de la pasada década y a raíz de la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS de 2012, se intentaron implementar algunos programas para mejorar este aspecto. Fue una década convulsa en términos económicos y organizacionales y además, hubo cambios políticos entre medias.
A pesar de que la coordinación se deterioró, ahora vuelve a ser un punto de interés y se están haciendo pequeños avances. Hasta que llegue el gran cambio con la Historia Clínica Común en todos los niveles asistenciales, buscar soluciones intermedias ayudaría a las enfermeras a mejorar su relación. Propongo crear un apartado común entre los diferentes programas informáticos existentes, introducir uno de esos programas en la asistencia sociosanitaria y comenzar a usar el lenguaje y la metodología enfermera para comunicarnos entre profesionales de esta disciplina.
Palabras clave: Continuidad, Atención Primaria, Enfermera de Enlace, Proceso de enfermería, Modelos de Atención a Crónicos.

EXECUTIVE SUMMARY

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

We live in a society in which the communication tools are increasingly diverse However, this communication is not evident in the coordination between healthcare levels of the Spanish National Health System.
Subdivided into eighteen health services, each of them coordinate this levels into different manners. In essence, it seeks to increase effectiveness and efficiency, increase the quality of care and patient safety as well as facilitate the work of the professionals who are part of each of them.
Focusing on the Castilla-La Mancha Health Service (SESCAM) and specifically in the Guadalajara Health Area, we can observe that over the past decade and as a result of the Strategy for the approach to chronicity of 2012, attempts were made to implement some programs to improve this aspect. It was a tumultuous decade in economic and organizational terms, and in addition, there were political changes in between.
Although coordination was deteriorated throughout, it is now a focus point again and little progress is being made. Until the big change comes with the Common Medical Record at all levels of care, looking for intermediate solutions would help nurses to improve their relationship. I propose to create a common section between the different existing computer programs, introduce one of these programs in social health care and begin to use language and nursing methodology to communicate among professionals in this discipline.
Key words: Continuity, Primary Care, Link nurse, Nursing process,Chronic Care Model.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La atención a la salud en España se realiza desde diferentes niveles de asistencia. En un momento u otro de nuestra vida, recurriremos a alguno de ellos. Si somos enfermos crónicos, probablemente a varios a la vez y aunque no lo seamos, la mayoría de las veces la atención comienza en un nivel y finaliza en otro.
Esto me plantea la incógnita de cómo mejorar la comunicación e intercambio de información entre los profesionales enfermeros que trabajan en cada ámbito. Tradicionalmente, los facultativos se comunicaban a través de informes y desde el Real Decreto 1093/2010, el informe de cuidados de enfermería también es obligatorio
En la actualidad, dicho informe de cuidados con el conjunto mínimo de datos no se está cumplimentando según la legislación lo requiere. La realidad es que generalmente en los centros sociosanitarios sí se realizan planes de cuidados y diagnósticos enfermeros para cada residente, en atención primaria se realizan para aquellos más asiduos/crónicos y en atención hospitalaria quedan reducidos a aquellos que están en seguimiento por enfermeras de enlace o en servicios puntuales como en la UVI móvil.
Sin este informe, ¿cómo nos comunicamos las enfermeras y enfermeros? La respuesta es sencilla: o no nos comunicamos, o lo hacemos a través de los pacientes (“la enfermera

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

me dijo que"), o usamos los informes de otros profesionales ajenos a la enfermería. Así, cuando nos llega un paciente, dedicamos un tiempo muy valioso a valorarlo desde el inicio en cada servicio al que asiste, sin tener una base sólida sobre la que seguir construyendo y poder valorar tan solo la nueva situación de nuestro paciente.

Me consta que los profesionales enfermeros deseamos que esta situación mejore y se encuentre una solución para que la comunicación sea más fluida. Además, aplicar aquello propiamente de la disciplina enfermera que hemos estudiado en la universidad y basar nuestros cuidados en la evidencia, enriqueciéndonos con lo que hacen el resto de compañeros, haría que la profesión avanzase y parcelaría aún más nuestro ámbito, dándonos más visibilidad y por supuesto mejorando la calidad de la atención, que es el fin último.

Por todo esto, creo que desde el ámbito de la gestión es necesario dar un paso más allá y diseñar un proyecto que nos ayude a mejorar. Además, tal y como dice Jódar-Solà et al. ya en 2005, "hay evidencias de que no es suficiente con el mantenimiento de una cierta coordinación, a partir de la voluntad de algunos profesionales aislados y ya va siendo hora de avanzar un paso más hacia la cooperación efectiva entre cualquier ámbito de actuación" . Señala aquí algo característico también en la coordinación entre niveles, y es la implicación personal de algunos profesionales que de motu proprio van más allá de la práctica habitual y se comunican personalmente con unas y otras compañeras.

Por tanto, lo que quiero conseguir con este trabajo es mejorar la relación entre los diferentes tipos de atención por los que un paciente puede pasar en el proceso de necesitar un servicio sanitario. Desde la práctica habitual y a pesar de las TIC, he observado que la comunicación se ha ido deteriorando a lo largo de mi experiencia profesional. Por ello, propongo un plan para conseguir los siguientes objetivos:

OBJETIVO PRINCIPAL:

-Garantizar una coordinación adecuada entre atención primaria, atención sociosanitaria y atención hospitalaria, mejorando el flujo de comunicación e información entre los profesionales enfermeros.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

– Usar el lenguaje enfermero y los planes de cuidados para comunicarnos entre enfermeras y enfermeros de diferentes niveles asistenciales.

– Acotar y fijar las competencias enfermeras de cada nivel asistencial para disminuir duplicidades.

– Asegurar un seguimiento del paciente crónico una vez es ingresado o dado de alta del hospital, de un centro sociosanitario o de su domicilio.

– Evaluar el impacto del programa mediante indicadores para implementar mejoras cuando fuera necesario.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROYECTO: SOCIAL, PROFESIONAL E INSTITUCIONAL

En una sociedad cada vez más envejecida y teniendo la ratio enfermera/paciente dentro de los tres últimos países de Europa, debemos optimizar los recursos de los que disponemos. Aparte del envejecimiento poblacional, cabe destacar el hecho de que el 65% de los recursos sanitarios los consume un 5% de la población, que se corresponde con los pacientes crónicos complejos y/o frágiles . Teniendo en cuenta esta cuestión, una manera de sacar el máximo partido a los recursos limitados que tenemos, es no duplicar trabajo y llevar a cabo una buena coordinación entre todos los profesionales que tratan a un mismo paciente, para así ser lo más eficientes posibles.

He de subrayar que este trabajo está pensado para ser implementado en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Mi idea sería comenzar un proyecto piloto en el Área de salud de Guadalajara, que tiene una Gerencia de Atención Integrada única y que corresponde prácticamente a la totalidad del mismo territorio provincial.

En 2012 se eliminó el Informe de Cuidados de Enfermería del SESCAM y no se volvió a incorporar hasta agosto de 2020 A partir de esta misma fecha, e intentando mejorar la continuidad de cuidados, los pacientes que son dados de alta del hospital son citados con su enfermera de atención primaria en las siguientes 24horas desde el servicio de citas del hospital de manera automática (más si el alta se produce un viernes).

En 2014 se comenzó en Castilla-La Mancha un proyecto piloto que perseguía mejorar el proceso de atención del paciente crónico pluripatológico. En él se etiquetaba a los pacientes crónicos con una pestaña al abrir Turriano (programa informático de Atención Primaria) que parpadeaba cuando se abría su historia. En ella se desplegaba el protocolo de crónicos, en el que se incluían visitas presenciales y no presenciales y se comunicaba con las enfermeras de la consulta del servicio de geriatría y con la enfermera de medicina interna, que eran y son las dos únicas “enfermeras de enlace o gestoras de casos” existentes en el área de salud. Al cambiar de gestores, esta iniciativa cayó en desuso y hoy es una mera anécdota usada por algunas profesionales que participaron en su creación simplemente para estructurar la atención y la consulta.

Los sistemas informáticos que se usan en ambos niveles son diferentes (Turriano en AP y Mambrino en AH), pero comparten un área llamada “visor clínico” en el que se puede ver cada visita o cada intervención enfermera que se realiza.

A pesar de que se pueda visualizar, es un sistema farragoso en el que se tiene que ir buscando episodio por episodio lo que se le ha realizado al paciente, sin un apartado para el PAE en Mambrino, sin acceso directo a escalas de valoración, con diferentes lugares donde apuntar si un paciente es portador de sonda vesical, colostomía... por lo que se consume mucho tiempo para obtener una información completa del paciente.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANÁLISIS

Una vez conocida la situación actual, paso a analizar la situación, recursos y realidad a partir de la matriz DAFO.

DEBILIDADES -Diferentes programas informáticos. -No usar terminología NANDA, NIC y NOC. -Ratio enfermera/paciente. -Burnout profesional.	**AMENAZAS** -COVID 19. -No implicación de los gestores. -Falta de reconocimiento profesional.
FORTALEZAS -Alta enfermería y cita con enfermera AP en 24 horas tras ingreso hospitalario. -Deseo de cambio de los profesionales. -Enfermera de enlace en Medicina Interna y Geriatría.	**OPORTUNIDADES** -Empoderamiento enfermería a partir de COVID19. -Necesidad de coordinación entre AP, AH y AS. -NursingNow y año internacional enfermeras y matronas.

DEBILIDADES:

-Uso de programas informáticos diferentes en Atención Hospitalaria y Atención Primaria. Además, en el ámbito sociosanitario se usa otro sistema informático o incluso historia clínica de papel (dependiendo del centro sociosanitario).

-Uso de diferentes valoraciones enfermeras, que hacen el cruce de datos más complicado. En Atención Primaria (AP) se usan los Patrones Funcionales de Marjory Gordon y en Atención Hospitalaria (AH) la valoración por Necesidades de Virginia Henderson.

-No se usan los diagnósticos enfermeros, NIC y NOC.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

-Bajo ratio enfermera/paciente que dificulta realizar el trabajo más administrativo, obligando a los profesionales a llevar a cabo lo más esencial, dejando de lado este tipo de trabajo.
-Burnout de los profesionales y alta rotación por diferentes servicios.

AMENAZAS:

-Pandemia COVID19.
-Falta de implicación de los gestores para mejorar este aspecto.
-Falta de reconocimiento del resto de las profesiones hacia los profesionales de enfermería.

FORTALEZAS:

-Haber vuelto a incluir el alta de enfermería de manera obligatoria cuando el paciente abandona el hospital después de cerca de seis años sin ello.
-Deseo de los profesionales de mejorar la calidad en su trabajo, así como mejorar la salud de los pacientes.
-Existencia de enfermera de enlace para Medicina Interna y enfermera de enlace en geriatría que pueden aportar su experiencia previa para mejorar el proyecto.
OPORTUNIDADES:
-Empoderamiento que la pandemia ha dado a la enfermería como profesión.
-Nunca antes había sido tan obvio la necesidad de la coordinación entre AP, AH Y Atención Sociosanitaria (AS). Incluso se han creado equipos específicos para ello en Cuenca .
-Ganas de mejorar nuestra profesión gracias también al movimiento NursingNow y a la celebración del año internacional de las enfermeras y matronas.

DISEÑO

En el diseño de mi propuesta me gustaría abarcar los tres ámbitos de la continuidad asistencial que se describen en la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 2012: de relación, de información y de gestión .
Así mismo, pondré el foco en las situaciones que Morales Asencio et al., dijeron que la discontinuidad de cuidados podría afectar. Estas son la omisión, duplicidad o contradicción .
Continuidad asistencial de información.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

-Usar los Patrones Funcionales de Marjory Gordon para hacer la valoración enfermera en todos los ámbitos asistenciales. Poner en cada patrón desplegables comunes y también dejar un apartado para texto libre.
-Instalar programa informático ya sea Mambrino o Turriano en los centros sociosanitarios de titularidad pública (en posteriores fases del proyecto se podría ampliar a concertados y privados).
-Hasta que los programas informáticos sean los mismos en AP, AH Y AS, habilitar una pestaña en ellos que sea continuidad asistencial enfermería, para comunicarnos a través de él con texto libre. Mi idea es que funcione como una especie de correo electrónico y que si alguien escribe algo aparezca un aviso al abrir la historia clínica del paciente ya sea en Mambrino o Turriano.
-Las enfermeras de AS realizarán un plan de cuidados a todos sus residentes, con evaluación mensual.
-Las enfermeras de AP realizarán un plan de cuidados a todos los pacientes crónicos de su cupo que cumplan criterios de fragilidad y/o pluripatología, con evaluación trimestral.
-Lo ideal es que las enfermeras de AH realizaran también un plan de cuidados completo para todos sus pacientes. La realidad es que con el ratio enfermera/paciente actual esto parece más una utopía. Por ello, se podrán apoyar en el PAE de AS y AP cuando los pacientes sean complejos. Deben de cumplimentar en el 100% de los casos el informe de cuidados de enfermería al alta del paciente.
-La enfermera de AP deberá revisar la historia del 100% de los pacientes dados de alta del hospital que pertenezcan a su cupo y visitar o ponerse en contacto con el paciente si precisara.
Continuidad asistencial de relación.
-Dar difusión semestral de la existencia y del trabajo de las enfermeras de enlace existentes en Medicina Interna y de Geriatría. Debido a la alta rotación de personal, se desconoce la labor que ejercen estas profesionales y la manera de acceder a ellas.
-Tener como referente a la enfermera asignada de Atención Primaria si se necesita coordinar algo desde AS o AH. Adjuntar en Visor Clínico el número de teléfono del centro de salud, la extensión de dicha enfermera y su correo electrónico corporativo.
Continuidad asistencial de gestión o provisión de los diferentes tipos de atención sanitaria.
-Retomar el programa de crónicos pluripatológicos ideado y diseñado en 2014 en el SESCAM.
-Aumentar conciencia de los gestores en cuanto a la importancia de la continuidad de cuidados a través de los Colegios Profesionales de todas las provincias, asociaciones profesionales enfermeras (ACAMEC, AEESME, AEEQ, SEEIUC, etc.) para fomentar su implicación en caso de que fuera necesario a lo largo del proyecto.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

-Dejar bloqueados veinte minutos al día en las agendas de los profesionales de AP para que puedan llevar a cabo estas medidas. En el caso de las supervisoras de hospital, dejar una hora al día agendada para ello (siempre que no se pueda contratar a más personal).
-Aumentar número de profesionales enfermeros para mejorar ratio enfermera/paciente. Se comenzará por reforzar la atención primaria de salud, dado que ante la escasez de recursos económicos y a que no se ha probado con estudios la efectividad de los planes de cronicidad de diversas CC.AA. con enfermeras gestoras/de enlace, pero sí se ha objetivado unos mejores resultados en salud cuando la AP es más potente

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

Lo primero que se ha de tener en cuenta son todos los departamentos implicados para llevar a cabo este proyecto, que es un pequeño acercamiento entre los diferentes ámbitos de atención hasta que llegue la Historia Clínica Electrónica Compartida al SESCAM.
Uno de mis objetivos es que el presupuesto para llevar a cabo todas las acciones no sea elevado dado que la inversión pública en estos momentos de la pandemia tiene más sectores prioritarios en este momento.
Por tanto, la idea es implantar estos cambios a lo largo de todo un año. Se comenzará el 1 de octubre de 2021 y se finalizará el 30 de septiembre de 2022. Las fechas escogidas tienen un porqué. El 1 de octubre, el 90% de los profesionales con puesto fijo o con contratos de larga duración habrán vuelto a sus puestos de trabajo tras el periodo vacacional estival. Con esto, se podrá contar con su inestimable ayuda para tener en cuenta sus ideas y necesidades, así como para contar con ellos en pequeños proyectos piloto si fuera necesario. El final de la implantación de este proyecto sería el verano del año 2022. Mi idea es que durante esa época que hay más rotación de personal, esté ya todo implantado y se compruebe su eficacia cuando el personal es ajeno o más lego en el servicio.
Estarán implicadas la dirección de enfermería y con ella la subdirección de enfermería de Atención Primaria (con todos los responsables de enfermería de todos los centros de salud del área), la subdirección de enfermería de hospital (con todos los servicios a su cargo: admisión, atención al paciente, supervisión de guardia, área de cuidados en servicios transversales, área cuidados en servicios especiales, áreas cuidados en hospitalización y área cuidados en servicios especialistas, donde se incluyen los centros Sociosanitarios de la Gerencia) . Además, también incluiría al departamento de gestión y servicios, con su director a la cabeza y también el responsable de informática de la gerencia.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Considero que en Guadalajara se implantaría por primera vez en toda la comunidad autónoma y que si diera resultado se podría implantar en el resto de gerencias. Por ello, necesitaría contar con el beneplácito de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
Tras reuniones entre todos los citados más arriba para informar acerca del proyecto, a continuación se pasan a nombrar las fases por orden cronológico y tiempo estimado para que se lleven a cabo.

FASE 1: Comunicación a los Profesionales y Directivos.

- Comunicación a los profesionales de la Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara a través de correo electrónico de la puesta en marcha del proyecto. Plazo de 10 días para comunicar ideas y demandar aquello que se crea necesario.

- Los directivos tienen plazo de 10 días para recopilar información aportada por los profesionales, manera de implementar ideas y comunicación con servicios informáticos.

FASE 2: Comunicación con el Servicio de Informática.

- Instalar Turriano en AS. Formación a los profesionales con un cursillo de 2 días, 14 horas en total. Horario de mañana o tarde según conveniencia. Formación obligatoria, entrará dentro de su horario laboral, contratando enfermeras/os de refuerzo para dichos días. En el plazo de un mes tienen que estar formados el 95% de los profesionales de enfermería como mínimo.
- Unificar en ambos sistemas informáticos valoración enfermera por Patrones Funcionales de Marjory Gordon. El plazo para que se lleve a cabo será de un mes.

FASE 3: Información a los profesionales.

- Informar a los profesionales enfermeros del avance del proyecto. Informar de las ideas aportadas por ellos que se hayan tenido en cuenta y se vayan a implementar.
- Informar de la obligatoriedad de complementar los Planes de Cuidados y el alta de enfermería según se indicó en el diseño del proyecto. Se pagará un plus de productividad a convenir según el porcentaje de consecución del objetivo.
- Un mes después de haber informado de la obligatoriedad de realizar los Planes de Cuidados, presentar la figura de enfermera de enlace existente en geriatría y en medicina interna. Enviar un correo electrónico informando acerca de sus funciones y manera de contactar con ellas.
- A todo el profesional de enfermería que se incorpore a la Gerencia, se le dará un pack de bienvenida que incluirá información detallada acerca de este proyecto. También se les dará un curso para que conozcan cómo usar los programas informáticos si no los han usado antes y que tendrá carácter obligatorio. Siempre que sea posible se llevará a

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

cabo los dos primeros días de su contrato, antes de que empiecen el contacto con el paciente. Serán 14 horas de formación en dos días que entrarán dentro de la jornada laboral. Si no pudiera ser así, se les impartirá fuera de su horario laboral, retribuyendo las horas de formación, que serán 14 a lo largo de cuatro días.

FASE 4: Realizar mejoras tecnológicas.

- Incluir en Visor Clínico el número de teléfono del Centro de Salud, extensión personal de la enfermera de AP correspondiente al paciente y su correo electrónico corporativo. Añadir también el del Centro Sociosanitario en caso de que el paciente esté institucionalizado, máximo a los 4 meses de comenzar el proyecto.

FASE 5: Mejorar la relación Enfermera/Paciente.

- Aumentar progresivamente y según se pueda proveer, el número de enfermeras de atención primaria. Lo ideal es que máximo cada una tuviera 1500 pacientes en su cupo. Se priorizarán aquellos centros con mayor presión asistencial.
- Una vez esté todo implantado, retomar por parte de los directivos el programa de crónicos pluripatológicos que se inició en 2014 en el SESCAM.

EVALUACIÓN

Teniendo en cuenta que lo principal que se pretende con este proyecto es la mejora de la comunicación, se realizarán encuestas a los profesionales.

Se realizará la primera al enviar el primer correo electrónico, el mismo en el que se les pide que envíen sus ideas en un plazo de 10 días naturales.

Se realizará una segunda previa a añadir el apartado común de texto libre en Visor Clínico, para cerciorarnos cómo se están tomando los cambios y si el uso de la valoración y del lenguaje enfermero facilita su trabajo día a día. Se calcula que será a los 4 meses de haber iniciado el proyecto.

Se realizará otra a los 8 meses del inicio del proyecto (del 1 al 10 de junio de 2022), habiendo ya estado el apartado de visor clínico tres meses operativo.

Por último, se realizará la última encuesta el 01 de octubre de 2022, al año de comenzar el plan de implementación. Se objetivará en ella los puntos mejorados y los que se han de seguir mejorando.

Por otra parte, me gustaría medir los resultados en los pacientes y en sus cuidadores en el caso de que vivan en su domicilio, aunque creo que podría realizarse después de que el proyecto estuviera bien implantado en la práctica diaria de los profesionales del SESCAM.

Además, teniendo en cuenta que lo considero un proyecto temporal y una solución a corto plazo para el gran problema que hay de comunicación entre niveles asistenciales,

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

me parecería más idóneo realizar este seguimiento más adelante según los resultados de este primero.
Contabilizaría todas las veces que se ha usado la ventana de continuidad asistencial del visor clínico. También sería interesante ver la repercusión en los pacientes marcados como crónicos pluripatológicos o crónicos frágiles y eso se mediría de mejor manera una vez se haya podido realizar un plan de cuidados en al menos una muestra representativa de los mismos. Dicha muestra se calcularía con los datos disponibles según edad y diagnósticos del CIE10 y los diagnósticos enfermeros asociados a fragilidad en el caso de que estuvieran señalados en la historia del paciente.

CONCLUSIONES

Al realizar este trabajo me he dado cuenta de la dificultad del proyecto de manera genérica. Como dice su título “mejora de la coordinación entre niveles asistenciales”, podría abarcar innumerables cuestiones, algunas de ellas que no me había planteado hasta que no leí bibliografía.
He comprobado cómo en otras comunidades autónomas existe una figura muy implantada de enfermera gestora de casos, enfermera de enlace o enfermera de práctica avanzada que coordina los casos más complejos de todos los niveles de asistencia , , , mientras que en Castilla-La Mancha existe puntualmente y su actividad no es tan conocida e implantada como en otros lugares.
Al querer realizar mi trabajo de manera local y en un área de salud concreta, he llegado a la conclusión de que el desarrollo de un sistema tan complejo se escapa a la voluntad de una sola persona. Hace falta también voluntad política para llevar a cabo proyectos de ese calibre. Además, también he podido leer otro artículo8, que puede haber otras maneras de coordinación entre niveles asistenciales y no tiene por qué ser necesariamente a través de enfermeras gestoras de casos, y aunque las experiencias vividas en otras comunidades son buenas, no han sido evaluadas formalmente para medir su impacto.
Por tanto, hay un largo camino que recorrer en la coordinación entre niveles asistenciales y en la continuidad de cuidados. Si nos fijamos en el modelo conceptual de Kesby , hasta el año pasado la Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara ha estado en el primer nivel (cuidados paralelos), donde los profesionales se ocupaban de los casos de manera reactiva e indagando en historias clínicas intrincadas.
A partir de agosto de 2020, podría decirse que hubo un pequeño paso hacia adelante y se pasó al siguiente nivel (cuidados coordinados), pero aún con la sensación de ser insuficiente y la desazón de no tener un lugar propio donde reflejar los cuidados enfermeros y facilitar las transiciones entre niveles asistenciales.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Es verdad que para llegar al cuarto y último escalón habría que ir más allá de lo que se plantea en este proyecto. Por ello, creo que se ha de avanzar paso a paso y una vez se pruebe la mejora del tercer escalón del modelo de Kesby (cuidados integrados) que he diseñado con del proyecto, diseñar otro que llegue a esa otra fase. Me parecería adecuado hacerlo desde servicios centrales de la Consejería de Sanidad y hacerlo de manera conjunta en toda la Comunidad Autónoma.
Me gustaría también subrayar que si se desea algo a corto plazo, este proyecto es muy adecuado. Es cierto que el fin último es tener una historia integrada pero dado que llevamos desde el 2012 que fue recomendada en esta situación, los pequeños pasos pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y también la satisfacción de nuestros profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. BOE.es - Documento BOE-A-2010-14199 [Internet]. [citado 15 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-14199

2. Jódar-Solà G, Cadena-Andreu A, Parellada-Esquius N, Martínez-Roldán J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. Aten Primaria. 15 de diciembre de 2005;36(10):558-62.

3. Miguélez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. Enferm Clin. 1 de enero de 2014;24(1):5-11.

4. Albacete ED de. El SESCAM vuelve a incorporar los informes de enfermería al alta y de continuidad de cuidados en la historia clínica de sus pacientes [Internet]. El Digital de Albacete. 2020 [citado 17 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.eldigitaldealbacete.com/2020/08/05/el-sescam-vuelve-a-incorporar-los-informes-de-enfermeria-al-alta-y-de-continuidad-de-cuidados-en-la-historia-clinica-de-sus-pacientes/

5. La Unidad de Continuidad Asistencial de Cuenca ha realizado ya más de un millar de intervenciones en diez meses de funcionamiento | Servicio de Salud de Castilla-La Mancha [Internet]. [citado 17 de enero de 2021]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/saladeprensa/notas-de-prensa/la-unidad-de-continuidad-asistencial-de-cuenca-ha-realizado-ya-mas-de

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

6. Ferrer Arnedo C et al. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud www.msssi.gob.es [Internet]. Ministerio de Sanidad SS e I, editor. Madrid; 2012 [citado 15 de enero de 2021]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

7. Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E. Oportunidades para la Atención Integral. Enfermería Comunitaria (Edición digital) 2005, 1(2). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/2/a37-48.php> Consultado el 17 de enero de 2021.

8. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. Atención Primaria. febrero de 2018;50(2):114-29.

9. organigrama.jpg (1684×1190) [Internet]. [citado 7 de febrero de 2021]. Disponible en: http://hugu.sescam.jccm.es/media/imagen/noticias/datos/organigrama.jpg

10. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enferm Clin. 1 de enero de 2014;24(1):79-89.

11. Miguélez-Chamorro A, Gomila-Mas M. La enfermera gestora de casos; garantía de coordinación y de continuidad asistencial. Conselleria Salut Illes Balears; 2017.

12. https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17726 [Internet]. Comunidad de Madrid. [citado 15 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17726

13. Consejería de Salud de Andalucía. Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía; 2017.

14. Morilla Herrera JC, Morales Asencio JM, Kaknani S, García Mayor S. Situaciones de cronicidad compleja y coordinación sociosanitaria. Enferm Clin. 1 de enero de 2016;26(1):55-60.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 27: SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

AUTORÍA: Mª Isabel Martos Abril

RESUMEN EJECUTIVO

Los servicios de urgencias son un área de alto riesgo para la aparición eventos adversos debido a factores humanos y ambientales, como la elevada presión asistencial, la potencial gravedad del paciente, la necesidad de tomar decisiones rápidas y agilizar los tiempos de atención y las frecuentes interrupciones.
Este trabajo pretende aumentar la seguridad de los pacientes que pasan por los servicios de urgencias pediátricas, identificando las diferentes causas que pueden provocar eventos adversos y elaborar una serie de recomendaciones que disminuyan el riesgo y aumenten la calidad de los cuidados que reciben los pacientes del servicio de urgencias pediátricas.
Los errores relacionados con la medicación son los más frecuentes, seguidos de la identificación, comunicación, caídas y otros.
Recomendaciones para aumentar la seguridad del paciente:
Implantación de un sistema de notificación de incidentes, porque uno de los pilares básicos de una cultura de seguridad clínica es disponer de sistemas de información que nos permitan conocer cómo y por qué se están produciendo incidentes, y que permitan trabajar en el análisis de sus causas. Estos sistemas forman parte del enfoque reactivo de la gestión de riesgos asistenciales, permiten identificar fallos en los sistemas de defensa para adoptar medidas que fortalezcan dichas barreras o instaurar otras más eficaces.
Formación de referentes de seguridad y profesionales implicados en los cuidados, campañas de sensibilización con la cultura de seguridad, programas de simulación, elaboración de carteles informativos y folletos para profesionales, pacientes y familiares.
Palabras clave: seguridad del paciente, mejora de la calidad, manejo del riesgo, urgencias médicas..

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

RESUMEN EJECUTIVO

Los servicios de urgencias son un área de alto riesgo para la aparición eventos adversos debido a factores humanos y ambientales, como la elevada presión asistencial, la potencial gravedad del paciente, la necesidad de tomar decisiones rápidas y agilizar los tiempos de atención y las frecuentes interrupciones.
Este trabajo pretende aumentar la seguridad de los pacientes que pasan por los servicios de urgencias pediátricas, identificando las diferentes causas que pueden provocar eventos adversos y elaborar una serie de recomendaciones que disminuyan el riesgo y aumenten la calidad de los cuidados que reciben los pacientes del servicio de urgencias pediátricas.
Los errores relacionados con la medicación son los más frecuentes, seguidos de la identificación, comunicación, caídas y otros.
Recomendaciones para aumentar la seguridad del paciente:
Implantación de un sistema de notificación de incidentes, porque uno de los pilares básicos de una cultura de seguridad clínica es disponer de sistemas de información que nos permitan conocer cómo y por qué se están produciendo incidentes, y que permitan trabajar en el análisis de sus causas. Estos sistemas forman parte del enfoque reactivo de la gestión de riesgos asistenciales, permiten identificar fallos en los sistemas de defensa para adoptar medidas que fortalezcan dichas barreras o instaurar otras más eficaces.
Formación de referentes de seguridad y profesionales implicados en los cuidados, campañas de sensibilización con la cultura de seguridad, programas de simulación, elaboración de carteles informativos y folletos para profesionales, pacientes y familiares.
Palabras clave: seguridad del paciente, mejora de la calidad, manejo del riesgo, urgencias médicas.

ABSTRACT

Emergency services are a high-risk area for the appearance of adverse events due to human and environmental factors, such as the high pressure of care, the potential severity of the patient, the need to make quick decisions, and speed up care times and frequent interruptions.
This work aims to increase the safety of patients who go through the pediatric emergency services by identifying the different causes that can cause adverse events and to develop a series of recommendations that reduce the risk and increase the quality of care that patients receive from the service of pediatric emergency.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Medication-related errors are the most frequent, followed by identification, communication, falls, and others.
Recommendations to increase patient safety:
Implementation of an incident notification system because it is one of the basic pillars of a culture of clinical safety is to have information systems that allow us to know how and why incidents are occurring, and that allows us to work on the analysis of their causes. These systems are part of the reactive approach to healthcare risk management, they allow us to identify failures in defense systems to adopt measures that strengthen these barriers or establish more effective ones.
Training of safety referents and professionals involved in care, awareness campaigns with the safety culture, simulation programs, elaboration of information posters and brochures for professionals, patients, and families.
Keywords: patient safety, quality improvement, risk management, medical emergencies.

INTRODUCCIÓN

La cultura de la seguridad es el conjunto de valores, actitudes y comportamientos de una organización que se orienta a conseguir que sus actividades sean seguras para sus clientes, creando métodos de trabajo que los faciliten.
La seguridad de los pacientes consiste en la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable según los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en que se presta la atención.
Los eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria se han revelado como un importante problema de Salud Pública.
Del estudio EVADUR, eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Sobre el total de FC (Factores Causales) identificados, los relacionados con el manejo de los cuidados del paciente fueron los más frecuentes con 209 (25,3%), seguidos de los relacionados con el manejo de la medicación con 190 (23%), de los que 68 (8%) eran reacciones adversas a la medicación y 132 (14,7%) errores de la medicación. Hubo 145 (18%) problemas relacionados con el diagnóstico (error y/o retraso), mientras que los de comunicación se identificaron en 137 (17%) ocasiones. Los problemas relacionados con la gestión del paciente se identificaron en 72 ocasiones (9%). A pesar que no se encontraron diferencias significativas en el análisis comparativo entre Inc y EA, se objetivó que en el grupo de EA fueron más frecuentes las reacciones adversas a medicación (RAM) como FC, así como los problemas de manejo de técnicas (manejo inadecuado de catéteres y/o procedimientos). En cambio, los factores ncidentes.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Los servicios de urgencias son un área de alto riesgo para la aparición eventos adversos debido a factores humanos y ambientales, como la elevada presión asistencial, la potencial gravedad del paciente, la necesidad de tomar decisiones rápidas y agilizar los tiempos de atención y las frecuentes interrupciones.
En comparación al adulto, la edad pediátrica en general es más vulnerable a sufrir eventos adversos cuando existen riesgos sanitarios. Algunas de estas peculiaridades específicas o especiales de esta edad pueden ser entre otros: un mayor problema en la comunicación con los propios pacientes y sus familias; aspectos relacionados con el tamaño del paciente y la fisiología corporal; aspectos relacionados con las características y preparación de los fármacos;…
La mayoría de los estudios sobre EA en niños realizados hasta ahora estaban focalizados en los EA relacionados con la medicación. Este trabajo pretende enumerar los más importantes e identificar cualquier otra causa que pueda producir EA y así facilitar las oportunidades de mejora en la seguridad del paciente pediátrico

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.
Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.
En la hospitalización pediátrica, los estudios recientes en USA, refieren una incidencia de EA entre el 1% y el 3,4% de los ingresos, incluyendo neonatos y pacientes quirúrgicos. Hasta el 60% de los EA se consideraron prevenibles y la mayoría ocurren en recién nacidos y tienen relación con el nacimiento (29,6%), seguidos por los procedimientos diagnósticos (21,3%) y la medicación (19,1%); sólo el 16% son debidos a la cirugía.
Actualmente se considera, como un elemento básico e indispensable para un adecuado nivel de calidad asistencial, alcanzar el mejor nivel posible de seguridad en la asistencia sanitaria, y que ésta se mantenga libre de daños sobre el paciente. Es cada vez más, un objetivo prioritario en el mundo sanitario, y trabajo de todos los que participan en la actividad asistencial incluyendo a pacientes, profesionales y directivos. El trabajo empleado en la mejora de la seguridad, se considera que reforzará además, los cimientos del sistema, haciéndolo más resistente ante recursos insuficientes, organizaciones imperfectas y la tendencia humana a cometer errores.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANALISIS

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Personal altamente cualificado **(Importancia Crucial)** Personal con años de experiencia **(Muy Importante)** Cuidado integral del niño enfermo **(Muy Importante)** Coordinación entre diferentes equipos de enfermería, cirugía… **(Muy Importante)** Formación de médicos residentes y enfermeras **(Importancia Media)** Alta tecnología **(Importancia Media)**	Variabilidad de personal de enfermería **(Muy Importante)** Personal de nueva incorporación **(Muy Importante)** **Falta de implicación de algunos profesionales** **(Muy Importante)** Altas cargas de trabajo (puntuales) **(Importancia Media)** **Resistencia al cambio** **(Muy Importante)**
OPORTUNIDADES	**AMENAZAS**
Desarrollar nuevas técnicas de trabajo **(Muy Importante)** Implicación del equipo en medida de seguridad **(Muy Importante)** Aumento de la seguridad del paciente **(Importancia Crucial)** Disminución de errores y eventos adversos en urgencias pediátricas **(Importancia Crucial)** Aumento de confianza del cliente **(Muy Importante)**	Parte del equipo en contra de las nuevas medidas (Importancia Media) Resistencia de las familias para adoptar las medidas de seguridad (Muy Importante) Burocracia en los procedimientos (Importancia Media) Tiempo de espera de resultados (Importancia Media) Pacientes y familias desconfiados (Importancia Media)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Apostar por el cambio para conseguir objetivosa **(Muy Importante)**	

OBJETIVOS:

1. Aumentar la seguridad del paciente pediátrico en el servicio de urgencias y disminuir los eventos adversos.

a. Identificar diferentes causas que pueden provocar eventos adversos.

b. Implantar recomendaciones de seguridad

c. Mejorar la cultura de seguridad del paciente.

Realizo un análisis DAFO para conocer la situación actual de la unidad de urgencias pediátricas, identificando los puntos fuertes y los débiles. A continuación paso a identificar los Eventos Adversos más frecuentes para así determinar las estrategias a seguir para conseguir los objetivos marcados.

EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRIA

MEDICACIÓN

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) define los errores de medicación como “Cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización.

DIFICULTADES CARACTERISTICAS DE LA MEDICACIÓN PEDIATRICA

a) La necesidad de calcular dosis de fármacos individualizados, calculadas por edad, unidad de peso (kg) o de superficie corporal (m2), tienen el riesgo de errores en el cálculo y en la colocación incorrecta de la puntuación de decimales.

b) Diferencias y cambios farmacocinéticos dependiendo de la edad y la maduración. c) Muchos medicamentos necesitan la mezcla o dilución del fármaco, en el momento de su preparación

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

d) Muchos medicamentos pediátricos vienen en diferentes formulaciones o concentraciones, por falta de disponibilidad de formas de dosificación adaptadas al niño.

e) Los niños tienen menor capacidad que los adultos para advertir o comunicar el posible error de medicación.

La relevancia del papel de la enfermera en la seguridad del paciente respecto a los errores de medicación, se debe no solamente porque está involucrada de forma directa en todo el proceso de utilización de los medicamentos, sino también porque actúa como "filtro" de errores cometidos por otros profesionales en la prescripción médica, en la trascripción por parte de otra enfermera o en la dispensación del servicio de farmacia. En estudios actuales se constata que el cuidado enfermero evidenció el 69% de los errores médicos producidos en una UCI eran interceptados por la enfermera antes que llegaran al paciente. De esto se deduce que un profesional enfermero formado y con experiencia suficiente detecta, alerta e impide un gran número de EM, siendo clave para la seguridad del usuario.

La variabilidad de personal de enfermería y el personal de nueva incorporación y con una mínima experiencia, repercute directamente en que los eventos adversos relacionados con la medicación sean los de mayor numero de incidencias.

COMUNICACIÓN

Los eventos adversos relacionados con la comunicación ocupan el segundo lugar en frecuencia. Está incluida la comunicación con todo el equipo. Desde la entrada por admisión de pacientes hasta el traslado a otra unidad o el alta domiciliaria. Estos incidentes provocan errores en la identificación, historial del paciente, como por ejemplo alergias y tolerancias.

Incidencias relacionadas con la transmisión de información entre profesionales, el traslado de la atención de un paciente al siguiente turno u otro servicio y consultas con otras especialidades.

Las altas cargas de trabajo pueden repercutir en estos incidentes. Otro factor puede ser las barreras idiomáticas.

CUIDADOS HOSPITALARIOS

Infecciones nosocomiales (de la herida quirúrgica, sondajes urinarios, neumonías, infección de cánulas intravasculares, Actualizaciones sepho.es prótesis,…), extravasación de catéteres, úlceras de decúbito, flebitis, salida accidental de sonda nasogástrica o vesical,…

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Las caídas en el ámbito hospitalario se consideran un problema grave de seguridad del paciente, por las consecuencias que tienen para el paciente y la familia, para los centros sanitarios y la sociedad en general. Si bien la incidencia de caída del niño ingresado es baja (entre el 2% y el 10% de los pacientes por año/estancia), no se tiene que descuidar la aplicación de medidas preventivas.

Modernizar las instalaciones, aplicar medidas de seguridad, formación actualizada del personal implicado en el servicio y adoptar medidas que disminuyan la resistencia de las familias para adoptar medidas de seguridad, pueden disminuir estos eventos adversos.

tabla 1
Recomendaciones de seguridad del departamento de emergencias pediátricas

Recomendaciones de seguridad	Ejemplos
Sensibilizar sobre la seguridad como la de todos más alta prioridad	Proporcionar educación sobre la seguridad básica del paciente conceptos, proporcionan métricas de desempeño e incentivos relacionados con la seguridad del paciente
Participar y modelar la seguridad importante practicas	Lavado de manos, tiempos muertos antes de los procedimientos, comunicación estructurada durante las transferencias / transiciones de la atención
Implementar actividades para identificar riesgos y preocupaciones	Rondas de caminata de seguridad o grupos
Fomentar la notificación voluntaria no punitiva del sistema de desarrollo para errores médicos y cuasi accidentes	informes y procesos para abordar y rastrear tendencias
Brindar capacitación en trabajo en equipo y comunicación	SBAR (situación, antecedentes, evaluación, recomendación) técnica, I-PASS (gravedad de la enfermedad, resumen del paciente, lista de acciones, conocimiento de la situación y planificación de contingencias, síntesis por receptor) transferencias
Reconocer la fatiga como un riesgo importante de seguridad Considerar el impacto de la duración del turno en el personal e implementar estrategias para reducir fatiga	actuación; reconocer los efectos del cambio secuencia y rotación según la fatiga del proveedor
Desarrollar, implementar, evaluar y actualizar clínica multidisciplinaria basada en evidencia guías de práctica para la atención de emergencia pediátrica	Vías de urgencias basadas en evidencia, CDS y orden conjuntos fácilmente disponibles o vinculados a EHR
Fomentar el uso de herramientas clínicas para ayudar dosificación y administración de medicamentos	Educar al personal de urgencias sobre el uso correcto de cinta basada
Vincular los esfuerzos para mejorar la seguridad dentro del servicio de urgencias con el servicio de urgencias como parte de un hospital multidisciplinario los de otras unidades o departamentos que cuidan para niños	Comité de Seguridad del Paciente
Construya una asociación para mejorar la calidad y trabaje con los profesionales de EMS para desarrollar seguridad de la atención prestada por el prehospitalario y proveedores intrahospitalarios	protocolos de atención prehospitalaria basados en la evidencia para el tratamiento, triaje y transporte de niños
Definir las competencias de atención de emergencias pediátricas Requiere capacitación regular para para todas las disciplinas y proporcionar educación continua necesaria para lograr y mantener esas competencias	habilidades técnicas y actualizaciones sobre reanimación pautas
Integrar la atención centrada en el paciente y la familia en todos los aspectos de la atención pediátrica y en todos los entornos	Brindar acceso oportuno para atención de emergencia proveedores a soporte calificado de traducción de idiomas
Abogar por la formación formal en transparencia y divulgación de errores médicos	Involucrar a los padres y las familias en la capacitación para transmitir la perspectiva del paciente / familia al personal
Apoye la recomendación de la OIM de que Las agencias federales y la industria privada deben financiar la investigación sobre pediatría específica. tecnologías, equipos y medicamentos utilizados por los proveedores de emergencias para mejorar la seguridad del paciente	Implementar la orden médica computarizada sistemas de entrada y de apoyo a la toma de decisiones para ayudar en la dosificación pediátrica

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR EVENTOS ADVERSOS

Implantación y actualización de un sistema general de notificación de incidentes, basado en la notificación voluntaria y anónima.

Referentes de seguridad encargados de recoger las notificaciones y de asesorar sobre medidas de seguridad.

Campañas de refuerzo para aumentar la motivación de los profesionales y transmitir el apoyo de la dirección.

Formación en medidas de seguridad de los profesionales.

El lavado de manos es una práctica segura, validada y utilizada mundialmente y de la que se ha demostrado ampliamente su efectividad en la prevención de infecciones nosocomiales. La OMS ha desarrollado unas "Directrices sobre higiene de las manos en la atención sanitaria" que indican a los profesionales sanitarios unas medidas prácticas de actuación preventiva a través de la higiene de manos. En la actualidad las soluciones alcohólicas han sustituido de forma habitual al agua y al jabón por su eficacia y comodidad.

Aplicar los 10 pasos correctos en administración de medicamentos

Recomendaciones del departamento de salud en prevención de caídas.

- Pases de turno estructurados con, briefing de seguridad, (noche-mañana y mañana-tarde), en los que se comenten los incidentes detectados, se proponen y priorizan acciones de mejora, con participación de todo el personal de la unidad.
- Programa de simulación multidisciplinar acreditado, utilizando escenarios, simulados de asistencia al niño con patología urgente, con abordaje multidisciplinar.
- Figuras referentes de seguridad en cada turno, médico y enfermera.
- Estrategias específicas para reducir errores de medicación:
  - Circuito cerrado con doble comprobación en órdenes verbales de medicación.
  - Tablas de dosis de medicación de emergencia por kg de peso.
  - Tabla de los fármacos más frecuentemente utilizados en urgencias pediátricas (dosis, presentaciones, preparación).
- Videos de casos simulados de errores de identificación del paciente adaptados a partir de los incidentes notificados en la unidad, realizado por los profesionales de la unidad.
- Elaborar documento con recomendaciones de medidas de seguridad, para entregar a familiares.
- Cartel dirigido a los niños y sus familias para promover su implicación en las buenas prácticas en seguridad del paciente.
- Talleres de sensibilización y formación inequívoca del paciente.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

DISEÑO

La formación en seguridad del paciente es el primer paso para mejorar la cultura de seguridad y un elemento imprescindible, para que los profesionales sanitarios entiendan por qué las iniciativas en seguridad del paciente son necesarias y cómo pueden aplicarlas. La importancia de la formación de los profesionales en seguridad del paciente ha sido señalada tanto por la Organización Mundial de la Salud, como por la Comisión Europea.

Realización de cursos de formación en seguridad del paciente, dirigidos a todos los profesionales, estos se actualizarán una vez al año.

Facilitar el acceso de todos los profesionales, a la formación en seguridad del paciente

Implantación de un sistema de notificación de incidentes. La notificación voluntaria y anónima de incidentes nos permite detectar puntos críticos del sistema y planificar acciones de mejora. Su principal ventaja es la detección incidentes que no han alcanzado al paciente. Sin duda, el esfuerzo de los referentes para fomentar la cultura de Seguridad a través del liderazgo, el trabajo en equipo junto con la monitorización de las notificaciones es una herramienta para evaluar la efectividad de las acciones de mejora. La implantación del sistema de seguridad se llevará a cabo durante un mes, simultáneamente a la primera medida, a continuación publicación de una convocatoria

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

para formar el equipo de profesionales referentes en cada turno, de las diferentes categorías, que trabajan en el servicio de urgencias pediátricas.
Los referentes en seguridad serán los encargados de que se cumplan todas las normas de seguridad del paciente, entre sus tareas está la de reforzar las medias de seguridad y hacer un seguimiento exhaustivo de los indicadores para obtener una buenas calidad asistencial.
Cada referente será el responsable de anotar y estudiar los eventos adversos sucedidos en su turno. Un día a la semana se hará una reunión para poner en común lo sucedido en cada guardia y analizar las diferentes notificaciones.
Los referentes de seguridad recogerán los incidentes notificados, los registrarán en una base de datos, a través de un proceso operativo se le asignará una priorización a cada incidente.
Según los resultados se podrá recomendar a la dirección del centro campañas de sensibilización:
Campañas que fomenten el lavado de manos más efectivo.
Check list de seguridad de preparación y administración de medicamentos.
Elaboración de tablas de medicación segura.
Utilizar programas y talleres de simulación de incidentes.
Diseño de documentos que motiven seguir las medidas de seguridad.

EVALUACIÓN
En seis meses se debe valorar el impacto de la implantación del sistema de notificación de incidentes. En número y características de los incidentes declarados desde un punto de vista didáctico para describir acciones de mejora desarrolladas a partir de los incidentes notificados.
Valorar el número de profesionales que han asistido a la formación en seguridad y decidir si es preciso reforzar la campaña de sensibilización. En principio la formación la imparte una empresa externa. Después de seis meses de experiencia, la formación estará a cargo de los referentes en seguridad de la unidad.
Un segundo ciclo de valoración, desde los seis meses hasta completar el año, permitirá comparar resultados y ver la efectividad de las medidas recomendadas.
Rondas de control para evaluar el seguimiento de las medidas seguridad. Con equipos de observación anónimos.
Encuestas al personal sobre la repercusión de las medidas de seguridad implantadas.
Encuesta a familiares para valorar su confianza en la institución.

CONCLUSIONES

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Una cultura de Seguridad se define como el esfuerzo colectivo de una institución para encaminar la totalidad de lo recursos (humanos, técnologicos, organizativos) hacia el objetivo de seguridad.
Los eventos adversos en el Servicio de úrgencias son atribuïbles a identificaciones inadecuadas, falta de experiència, problemes en realización de procedimientos técnicos y el cálculo de la dosis de medicación.
Concienciar a todos los profesionales implicados en la asistencia pediátrica, para aplicar las mejores prácticas a través de la educación en Seguridad del paciente.
Es necesario establecer acciones frente a situaciones de riesgo, para conocer de forma especifica los EA de las diferentes edades pediátricas, mediante la elaboración de informes sobre su incidéncia en la infáncia, tendencias y áreas de actuación.
Impulsar desde las Instituciones el liderazgo en SPP para que se tengan referentes hospitalarios que coinciden de forma continuada.
Promover la implicación del paciente y su familia en su seguridad durante la asistencia sanitaria es ineludible si trabajamos en un modelo de «Medicina centrada en el paciente y la familia». De hecho, «la participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad» constituye una de las líneas estratégicas incluídas en la «Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud.
Impulsar las mejores prácticas en SP tales como la vigilància de la higiene de manos, comprobación de identificación, bacterièmia cero, uso de medicación seguro, etc.
Los sistemes de notificación de incidentes de Seguridad son, uno de los pilares básicos de una cultura de seguridad clínica. Disponer de sistemas de información que nos permitan conocer cómo y por qué se están produciendo incidentes, y que permitan trabajar en el análisis de sus causas. Estos sistemas forman parte del enfoque reactivo de la gestión de riesgos asistenciales, permiten identificar fallos en los sistemas de defensa para adoptar medidas que fortalezcan dichas barreras o instaurar otras más eficaces.

"Equivocarse es humano, ocultar los errores una estupidez, no aprender de ellos, imperdonable".
L. Donalson (Alianza Mundial por la Seguridad del paciente de la OMS).

BIBIOGRAFIA

1. Esqué Ruiz MT,Moretones Suñol MG, Rodriguez Miguélez JM, Pares Tercero S, Cortés Albuixech R, Varón Ramirez EM, et al. Caminando hacia una cultura de seguridad en la unidad neonatal: experiencia de 6 años. 2015. Disponible en:

https://www.analesdepediatria.org/es-caminando-hacia-una-cultura-seguridad-articulo-S1695403314005657

2. Tomás Vecina S, Chanovas Borràs M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias. 2010;22:415-28."

3. Barata IA, Benjamin LS, Mace SE, Herman MI, Glodman RD. Pediatric patient safety in the prehospital/emergency department stting.Pediatric E,erg Care. 2007;23:412-8

4. Mora Capín A, Rivas Garcia A, Marañon Pardillo R, Ignaicio Cerro C, Diaz Redondo A, Vázquez López P. Impacto de una estrategia de mejora de calidad asistencial y gestión de riesgos en un servicio de urgencias pediátricas.2018. Disponibles en: www.elsevier.es/jhqr

5. Aibar Remón, C.; Aranaz Andrés, J. M. Seguridad del Paciente y Gestión de Efectos Adversos relacionados con la asistencia sanitaria. 2009

6. Arranz Arana L, Gargallo Burriel E. Seguridad del paciente y eventos adversos en niños y adolescentes hospitalizados. 2016. Actualización en Sephe.es

7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020.

8. Organización Mundial de la Salud. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe técnico 2009. [Internet]. Ginebra: OMS; 2009 [Citado 4 Mar 2015]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

9. Hibbert PD, Hallahan AR, Muething SE, Lachman P, Hooper TD, Wiles L et al. Care Track Kids-part 3. Adverse events in children´s healthcare in Australia: study protocol for restrospective medical record review [Internet]. BMJ Open. 2015; 5:e007750 doi:10.1136/bmjopen-2015-007750 [Citado 25 Abr 2015]. Disponible en: http://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e007750.long

10. Vilá de Muga M, Serrano A, Rifé E, Jabalera M, Luaces C. Impacto de un modelo estandarizado para la declaración y análisis de incidentes en la mejora de un servicio de urgencias pediátrico. An Pediatr (Barc). 2015 May;83(4):248-256.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

11. Ku BC, Chamberlain JM, Shaw KN. Quality Improvement and Safety in Pediatric Emergency Medicine. Pediatr Clin North Am. 2018;65(6):1269-81.

12. Lelonek G, Crook D, Tully M, Trufelli K, Blitz L, Rogers SC. Multidisciplinary Approach to Enhancing Safety and Care for Pediatric Behavioral Health Patients in Acute Medical Settings. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2018;27(3):491-500.

13. Las 15 mejores medidas de desempeño de atención de emergencia pediátrica hospitalaria calificadas. Centro Nacional de Recursos de Servicios Médicos de Emergencia para Niños. Disponible en: http://www.emscnrc.org/EMSC_Resources/ED_Pediatric_Performance_Measures_Toolbox.aspx .

14. Urda Cardona AL, Pélaez Cantero MJ, Grupo Calidad Asistencial y seguridad del paciente de la Asociación Española de Pediatría. Seguridad hospitalaria en pediatría. 2015. Disponible en www.analesdepediatria.org

15. Campino A, Santesteban E, Garcia M, Rueda M, Valls i Soler A. Errores en la preparación de fármacos intravenosos en una unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Una potencial fuente de eventos adversos. 2012. Disponible en: www.elsevier.es/anpediatr

16. Dolz Alabau C, Martínez Dolz J, Soriano Prats MA. La seguridad del paciente crítico pediátrico relacionada con errores de medicación. Metas Enferm 2013; 16(4):12-7

17. Gary Lelonek, M , Douglas Crook, BSN, Maura Tully, M , Kristen Trufelli, L, Lindsay Blitz B, Steven C. Rogers. Enfoque multidisciplinario para mejorar la seguridad y la atención de los pacientes pediátricos con salud conductual en entornos médicos agudos. 2018. Disponible en: pediatric.theclinics.com

18. Bidgood S, Arora L. Best practice in prescribing for paediatric food allergy. Nurse Prescribing. 2016;14(9):440-6.

19. Bialy L, Plint AC, Freedman SB, Johnson DW, Curran JA, Stang AS. Pediatric Emergency Research Canada (PERC): Patient/Family-informed Research Priorities for Pediatric Emergency Medicine. Acad Emerg Med. 2018;25(12):1365-74.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

20. Patient Safety. World Health Organization. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe técnico Enero 2009.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 28: UNA ESTRATEGIA DE LIDERAZGO Y MODELO DE GESTION PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION QUIRURGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA

AUTORÍA: MARIA JESUS DEL VALLE LOPEZ

RESUMEN

El liderazgo es un fenómeno sociológico presente en todos los grupos humanos, está basado en la influencia que ejerce un individuo sobre un grupo de personas con el fin de conseguir un objetivo común. Dentro de la supervisión de enfermería, es uno de los elementos más importantes para mejorar la eficacia y la eficiencia del equipo enfermero. La supervisora líder tiene a su disposición una gran variedad de estilos de liderazgo con los que ejercer su influencia sobre el grupo. Gestión y liderazgo unidos para conseguir la excelencia en los cuidados de enfermería.

El supervisor trabajará en equipo con su personal de enfermería para que éstos realicen la gestión del mejor conocimiento existente basado en la evidencia, para prestar una asistencia de calidad que cubra las necesidades y expectativas del ciudadano y que garantice el mantenimiento del sistema sanitario público.

Por tanto, este proyecto parte de analizar la situación de la unidad para proponer el diseño de un plan de mejora a través de un liderazgo apoyado en las personas, su compromiso y la mejora de la acción enfermera en beneficio de los ciudadanos a través de cuidados personalizados, con la figura de la enfermera referente del paciente y una estrategia de seguridad, de la que la enfermera es responsable de su despliegue.

Palabras clave: Liderazgo, Enfermería, Supervisor, Gestión.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ABSTRACT

Leadership is a sociological phenomenon present in all human groups, it is based on an individual's influence on a group of people in order to achieve a common goal. Within nursing supervision, it is one of the most important elements to improve the effectiveness and efficiency of the nurse equipment. The leading supervisor has at her disposal a wide variety of leadership styles with which to exert her influence over the group. Management and leadership united to achieve excellence in nursing care.
The supervisor will work as a team with their nurses to manage the best existing evidence-based knowledge, to provide quality assistance that meets the needs and expectations of the citizen and ensures the maintenance of the public health system.
Therefore, this project is part of analyzing the situation of the unit to propose the design of an improvement plan through people-supported leadership, its commitment and the improvement of nurse action for the benefit of citizens through personalized care, with the figure of the patient's referring nurse and a safety strategy , for which the nurse is responsible for its deployment.
Keywords: Leadership, Nursing, Supervisor, Management..

1. INTRODUCCION

Los sistemas de salud del siglo XXI son sistemas flexibles, capaces de responder a las necesidades emergentes de los ciudadanos. Estas necesidades marcan la tendencia del modelo de organización y de gestión de los servicios sanitarios. La visión integral de las necesidades reales y potenciales, y el valor que han adquirido los cuidados y la capacidad de la toma de decisiones de los pacientes, nos ha llevado a pensar en la necesidad de reorientar los servicios de la hospitalización hospitalaria y el papel de las enfermeras en este proceso.
El modelo organizativo tradicional de los hospitales implantado desde el siglo IXX, basado en el abordaje del diagnóstico y tratamiento de enfermedades donde los cuidados y la práctica de las enfermeras se asentaba fundamentalmente en el apoyo a estas acciones y en el desarrollo de un modelo organizativo mas por tareas que por personas cambia hacia las tendencias que aparecen en el siglo XXI tras los documentos de abordaje de la cronicidad con modelos como el que presenta la pirámide de Kaiser, o el Cronical Model, donde lo importante es la salud, la calidad de vida, la capacidad de cuidado y de autocuidado y la continuidad en una visión holística, un reto de transformación para los lideres enfermeros quienes también deben de desarrollar estrategias de adaptación a esta nueva realidad de la visión de las necesidades de los ciudadanos y sus familias.
El reto no solo está en diseñar nuevas maneras de abordar los servicios, sino en ser capaces de convencer a los profesionales enfermeros de su protagonismo en este reto

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

y esto solo se consigue diseñando planes de mejora a partir de las situaciones reales que se viven en los hospitales.
Pero este cambio requiere de líderes, los supervisores de las unidades como motores de una transformación que buscan el beneficio únicamente para la sociedad de la que forman parte, apoyando a los ciudadanos en su salud individual y al sistema en su sostenibilidad.
En primer lugar, realizaremos un análisis del marco normativo y de la realidad de la unidad en la que se desarrollará posteriormente una propuesta de plan de mejora y una estrategia de despliegue a través del ejercicio del liderazgo transformacional.

1.1. MARCO LEGAL

1.1.1. EL SISTEMA SANITARIO DE INGESA- CEUTA

El Real Decreto 840/2002 de 2 de agosto por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del ministerio de Sanidad y Consumo, considera imprescindible la del INS en una entidad de menor dimensión, pero conservando la misma personalidad jurídica y naturaleza de entidad gestora de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones de INSALUD.
Esta entidad pasa a llamarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, se ocupa de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de Ceuta y Melilla y de la realización de cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios1.
El Sistema Sanitario es concebido como el conjunto de recursos, medios y actuaciones de las administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma o vinculadas a las mismas orientadas a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción, prevención y la atención sanitaria.

Características fundamentales

- Universalización o extensión de sus servicios a toda la población.
- Financiación pública.
- Aseguramiento único y público.
- Uso preferente de los recursos públicos en la provisión de servicios.
- Atención integral de la salud.
- Altos niveles de calidad evaluada y controlada.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El centro del sistema sanitario, es el usuario, que exige el desarrollo de los servicios sanitarios hacia la consecución de objetivos de calidad y excelencia para que satisfagan sus demandas y expectativas en materia de salud2.

Los profesionales, debido a su alta cualificación y a su condición de expertos en su área de conocimiento, poseen un gran potencial y están llamados a ejercer un papel esencial para colaborar en la consecución de estos objetivos.

Para conseguirlos, debemos actuar en nuestra labor diaria con:

- Eficiencia a la hora de asignar los recursos de la organización sanitaria, evitando el derroche y racionalizando los recursos. Es necesaria si queremos que el sistema público sanitario sea sostenible en el tiempo. La eficiencia consigue que la actividad se realice con el menor consumo de recursos público posibles, rentabilizando los recursos que a veces son escasos y limitados.

- Eficacia encaminada a la excelencia clínica, basando la actividad profesional en la Enfermería basada en la Evidencia y de acuerdo a guía de Procesos asistenciales, protocolos y guías clínicas siempre que ello sea posible. Esto determina que mejore la actividad profesional, sea moderna, con capacidad de adaptación ágil a los cambios.

- Contribuir al trabajo coordinado con otros profesionales sanitarios y no sanitarios de la organización sanitaria implicados en la atención al usuario, para así mejorar la eficiencia y eficacia de su labor asistencial y asegurar la Atención Continuada.
- Actualizar el conocimiento y habilidades profesionales para que éstos no queden anticuados dada la evolución del conocimiento científico y la aparición de nuevas tecnologías

- Cuando hablamos de un Hospital público, debemos añadir también la equidad, que consiste en ofrecer los mismos recursos para satisfacer necesidades equivalentes. El primer condicionante de la equidad es la accesibilidad.

Como consecuencia, las líneas estratégicas de cualquier centro y Unidad tienen como objetivo obtener la máxima eficacia, efectividad y eficiencia en la prestación de sus servicios3, 4.

1.2. MARCO DE APLICACIÓN: ENTORNO

1.2.1. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El Hospital Universitario de Ceuta, se puso en marcha a pleno rendimiento en febrero de 2010, se edificó sobre una superficie de 30.000 metros cuadrados, de los cuales 11.000 corresponden al edificio. Una inversión de 120 millones de euros que hizo posible que Ceuta contase con un centro moderno y funcional, de máxima calidad y con los últimos avances tecnológicos

El Hospital Universitario de Ceuta dispone de 252 camas instaladas (frente a las 163 del anterior hospital de gestión pública), el 25% de ellas en habitaciones individuales. La hospitalización pediátrica cuenta con la posibilidad de ingreso madre-padre/hijo-hija, y se dispone de una sala de juegos/guardería para los niños hospitalizados. Todas las habitaciones cuentan con conexiones informáticas, telefonía, televisión individual gratuita, vídeo y música ambiental, así como camas eléctricas de última generación.

En el ámbito quirúrgico, el Hospital Universitario de Ceuta está dotado con 6 quirófanos (uno de ellos obstétrico, que no existía en el antiguo hospital, además de un 'quirófano integrado', en el que todos los equipos podrán ser controlados de manera centralizada, permitiendo la captura y envío en tiempo real de las imágenes de la sala) y 3 paritorios. En materia de atención ambulatoria, los locales de consultas externas han pasado de 22 a 37, los puestos de hospital de día pasan de los 6 existentes en el antiguo hospital a 10. También aumentaron los gabinetes de exploraciones especiales, pasando de 5 a 11.

Entre sus principales novedades, el hospital incorpora un sistema de información hospitalaria (SIH) que permite el tratamiento informático de todos los resultados de pruebas y tratamientos realizados a los pacientes. Esto posibilita la incorporación de esta información a la historia clínica digital de cada individuo, facilitando la consecución de un 'hospital sin papeles'. En esta línea, el centro también cuenta con el Sistema Integrado de Imagen Digital, que permite facilitar de manera inmediata a los facultativos, directamente en sus ordenadores, las imágenes de pruebas como radiografías, TAC o resonancias magnéticas.

Actualmente, el Hospital funciona a un 50% en función de sus dotaciones, como un Hospital comarcal.

1.2.2. UNIDAD DE ESTUDIO: UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA DEL H.U.C.E

La Unidad de Hospitalización Quirúrgica (H.Q) está situado en la segunda planta del hospital, en el mismo bloque de Quirófanos, CMA, Reanimación y UCI.

Inicialmente eran dos alas de 20 habitaciones dobles cada una, pero funcionando desde el principio y actualmente una sola ala ya que se consideró que la demanda no era suficiente para las dos. El ala que se encontraba cerrada, ha sido ocupada recientemente por parte del centro de salud del Tarajal por estar reformando sus instalaciones.

La Unidad de H.Q dispone de 20 habitaciones dobles, 40 camas. Las habitaciones dotadas de TV, teléfono y mobiliario necesario para asegurar la comodidad del paciente.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La planta dispone de dos salas de familiares, una con asientos y TV comunitaria y otra con nevera, microondas y horno para el uso de acompañantes y familiares.
Las especialidades que componen la unidad son: Cirugía digestiva que además asume la cirugía de mamas, Traumatología, ORL y Oftalmología.
Cuando los servicios de Médica están saturados asumimos los ingresos de sus especialidades.
Por norma general, los pacientes que ingresan en la unidad son los que de una manera programada o urgente son intervenidos de alguna de las especialidades citadas anteriormente, con una estancia media de 5,5 días en el servicio.
La unidad está dotada de varios almacenes (fungibles, lencería, limpieza), así como un estar de enfermería, zona de trabajo con cuatro ordenadores y zona para la preparación de medicación con un stock de farmacia y parte de material fungible. Disponemos de dos carros con sistema informático y ordenador incluido para el reparto y administración de la medicación a los pacientes.
Los recursos humanos de la unidad están formados por 14 DUES y 14 TCES, todos a turno rotatorio, con una distribución de 4-4 en turno de M, 3-3 en turno de T y 2-2 en turno de N.
La Unidad Quirúrgica se organiza clásicamente por tareas, es decir se realizaba y distribuía el trabajo por tareas y especialidades médicas, no se trabajaba con el cuidado integral del paciente, ni con enfermeras referentes. Procedimiento de Atención enfermera en la Unidad Quirúrgica
La distribución de las tareas se asigna:
Dos enfermeras se dedican a la toma de constantes, curas y preparación y recepción de pacientes que se van a intervenir quirúrgicamente en el día y los pacientes con cirugía con ingresos, son acompañados por otra enfermera que lleva Cirugía: sus tareas principales son: pase de sala, administración de fármacos, gestión de tratamientos, modificaciones, preparación para pruebas diagnosticas…) y la cuarta enfermera de dedica a la gestión de pacientes de Traumatología y resto de especialidades.
Este procedimiento corresponde a los efectivos en el turno de mañana, durante el turno de tarde y noche, las enfermeras realizar su labor es asistencial: aplicación de tratamientos, toma de constantes, tolerancia, valoración y manejo del dolor, supervisión de herida quirúrgica…
Se detecta en el procedimiento que existe:

- Escasas valoraciones y falta de planes de cuidados que son casi inexistentes.
- Solo se realizaban los ICC con lo que a metodología enfermera se refiere.

Aunque el trabajo parecía organizado y satisfactorio tanto para las enfermeras como para el usuario, existe falta de implicación de los pacientes, ausencia de entrenamiento en el autocuidado postquirúrgico: ausencia de consejo estructurado.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Esto supone un riesgo para los pacientes que podrían anticiparse a las posibles complicaciones y riesgos si las enfermeras invirtiesen en capacitación.

Procede trabajar en generar un cambio, capaz de aumentar la satisfacción y la seguridad del paciente con la incorporación del Rol de la enfermera referente.

La enfermera referente supone el deber ser responsable de todos los cuidados del paciente, del cuidad integral del mismo, de su capacitación para el autocuidado para lo cual resulta imprescindible implantar el uso de la metodología enfermera y de la taxonomía propia de nuestra profesión (NANDA, NIC, NOC)

Están demostrados los beneficios de implantar un modelo de enfermera referente, así como el modelo sectorizado donde la enfermera actúa sobre un grupo de pacientes determinados para garantizar la continuidad y seguridad del paciente. Por ello mi planteamiento, es establecer un modelo de enfermera referente y organización del trabajo basado en la sectorización que resulte eficaz y seguro para el paciente y el profesional5. 1.3. LA GESTIÓN DE LA UNIDAD: LA FIGURA DEL SUPERVIDOR

La figura del supervisor es clave y fundamental para el buen funcionamiento del servicio, ya que este, es el eslabón que une la Dirección y los profesionales y de esta manera si la supervisión es eficaz, el resultado es la satisfacción personal, la productividad y la armonía en el trabajo6.

El supervisor ejerce un liderazgo democrático-transformacional sobre los trabajadores, a fin de desarrollar al máximo los potenciales de estos, debiendo ejercer funciones de líder íntegro y honesto en sus acciones, no buscando satisfacciones personales, reconociendo sus capacidades y limitaciones de forma realista, desarrollando la habilidad de mantener relaciones interpersonales y por supuesto teniendo cualidades7,8, 9 .La visión del supervisor es la de una unidad en permanente cambio hacia la excelencia.

1.3.1. COMPETENCIAS DE LA SUPERVISIÓN

- Impulsar la gestión de los cuidados de enfermería.
- Evaluar la efectividad, la calidad y la eficiencia de los cuidados de enfermería
- Promover la coordinación entre personal de enfermería de atención especializada y primaria mediante Informes de Continuidad de Cuidados
- Desarrollar las personas y crear equipos eficaces
- Ser referente para la organización de los pacientes, las familias y los profesionales con quieres se relaciona la unidad.
- Organizar la atención de los pacientes en situación de especial vulnerabilidad.
- Gestionar el material (fungible, orto-protésico, mobiliario …) de la Unidad, así como de su mantenimiento, de forma eficaz y eficiente.
- Promover la docencia y la investigación por parte del personal de enfermería.
- Organizar todas las actividades necesarias para la integración efectiva de la prevención de riesgos laborales.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Todas estas funciones recogidas en el marco legal, serán desempeñadas a través de la gestión y el liderazgo.

La misión de un supervisor como líder es por tanto responder a las necesidades de los pacientes, mediante organizaciones eficaces para que las personas alcancen los resultados deseados de curación lo que implica una aplicación de conocimientos técnicas, procedimientos y cuidados que dependan de profesionales de la Unidad competentes para conseguir los mejores resultados de salud10,11, capacidad de autocuidado, eficiencia y calidad. Todo ello alineado en la estrategia y los objetivos marcados por la Dirección4.

Los valores que deben mover a las unidades y a los supervisores:

- El ciudadano es el eje del sistema: Concepto de persona
- El trabajo en equipo.
- La transparencia.
- El acompañamiento - La veracidad
- El respeto a los valores de la persona enferma y entorno.
- La innovación.
- La orientación hacia la mejora continua de la calidad.
- La eficiencia y buen uso de recursos.
- La asistencia y los cuidados basados en la evidencia.
- El compromiso con el sistema12, 13.

Los grupos de interés que encontramos analizando la situación son 3:

- Clientes, fundamentalmente los pacientes que acuden a nuestro centro, así como los familiares de los mismos.
- El Sistema Sanitario, INGESA.:
- Los centros de salud y el sistema sociosanitario
- Todos los trabajadores del Hospital.

El objetivo de este proyecto es

Diseñar un plan de mejora que genere un cambio de la dinámica de trabajo de la Unidad de Hospitalización Quirúrgica que mejore la implicación de los profesionales, potencie sus capacidades y responda a las necesidades de los pacientes y de la organización a través de una estrategia de potenciar el autocuidado desde la confianza que genera la figura de la enfermera referente del paciente14, 15.

Para ello, se realizará un análisis de la situación y se hará una propuesta de plan y un modelo de despliegue basado en el liderazgo.

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA UNIDAD QUIRURGICA: PUNTO DE PARTIDA

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

2.1. ANÁLISIS DAFO DE LA UNIDAD

Análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades de una organización o grupo, tanto en relación con su entorno o contexto (aquí se enmarcan las amenazas y oportunidades), como en relación con la propia organización (donde se incluyen debilidades y fortalezas)16.
Para la realización del análisis DAFO, se entregó un cuestionario a cada uno de los componentes del equipo de enfermería de la unidad, con 10 puntos a tratar:

Satisfacción laboral, recursos disponibles, trabajo en equipo, metodología enfermera, formación, relación con el equipo médico, cargas de trabajo, familiares y acompañantes y posibles cambios en el trabajo.

Se planeó que se cumplimentase de manera anónima y luego se triangulo con el equipo para consensuar el resultado.

Con los resultados de estos cuestionarios, el consenso, la observación y una entrevista a los pacientes para que valorasen la comunicación con usuarios, familiares y personal de enfermería, se concluyeron los siguientes resultados:

DAFO: ANÁLISIS DE LA SITUACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD QUIRURGICA

DEBILIDADES

Capacidades propias, recursos y posiciones alcanzadas que limitan las posibilidades de aprovechar oportunidades, por lo que hay que intentar evitarlas o paliarlas.

- Escasa cultura de investigación y docencia.
- Escasas publicaciones científicas.
- Cansancio profesional, falta de expectativas.
- Aptitud negativa de los profesionales hacia los cambios.
- Quejas de usuarios y personal sobre afluencia masiva de visitas a enfermos.
- Contratos a tiempos parciales que no conocen el funcionamiento de la Unidad.
- Excesiva dependencia médica, los pases de sala marcan la pauta de los horarios.

FORTALEZAS

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Empatía o capacidad de escuchar al paciente.
- Buena imagen del servicio en la población.
- Capacidad para desarrollar Atención al cuidador

AMENAZAS

Fuerzas procedentes del entorno o contexto que pueden presentar dificultades para nosotros.

- Aumento de la presión asistencial.
- Aumento de las expectativas en materia de atención sanitaria y salud por parte de los usuarios.
- Financiación muy ajustada.

OPORTUNIDADES

- La buena imagen del servicio y su valoración por los ciudadanos.
- El aumento de la demanda que obliga a mejorar la organización.

DEBILIDADES A MINIMIZAR
- Aptitud negativa de los profesionales hacia los cambios. - Cansancio profesional, falta de expectativas.
FORTALEZAS A IMPLEMENTAR
- Atención al cuidador. - Empatía o capacidad para escuchar al paciente.
OPORTUNIDADES A POTENCIAR
- Buena imagen del servicio y su valoración por los ciudadanos. - El aumento de la demanda que obliga a mejorar la organización.
AMENAZAS A NEUTRALIZAR
- Usuarios que se quejan por la masificación. - Aumento de las expectativas en materia de atención sanitaria y salud por parte de los usuarios

2.2. ANÁLISIS DEL ROL DEL SUPERVISOR

2.2.1. PUNTO DE PARTIDA: ENTREVISTA AL LÍDER: RELATO

“Desde el principio tuve claro que lo primordial para mí como nueva supervisora, era cambiar la forma de trabajo que realizaba el personal de enfermería en la Unidad.
Yo he trabajado durante 29 años en una unidad quirúrgica de un hospital comarcal, el de la Serranía de Ronda y hace tiempo que cambió la dinámica del trabajo enfermero, adaptándonos a los cambios y a los nuevos conceptos de calidad en los cuidados

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

enfermeros. Llevo dos años en el Hospital Universitario de Ceuta, uno como supervisora de la planta de Hospitalización Quirúrgica y cuando analicé mi Unidad, percibí, bajo mi punto de vista, una unidad antigua en lo que al trabajo de enfermería se refiere, dominada por las decisiones y conveniencias médicas, con bastantes recursos para el cambio, pero sin aprovechar. Con esto no quiero decir que se trabajara mal, las tareas en sí estaban realizadas de manera correcta, pero mi visión de la enfermería independiente y moderna no tenía nada que ver con lo que había en el servicio".

CONCLUSIONES:

- Necesidad de generar cambio por
- Falta de autonomía de las enfermeras
- Priorización de los intereses médicos sobre los de los pacientes
- Recursos sin aprovechar
- Trabajo por tareas es confortable pero no beneficia a los pacientes porque rompe la atención integral y la eficacia de la adaptabilidad

2.2.2. ANALISIS DAFO DEL PAPEL DEL SUPERVISOR

Tras la entrevista con la supervisión se aplica un análisis DAFO a la capacidad de despliegue y liderazgo de la figura.

DEBILIDADES

- Falta de visibilidad y de profesionalización del puesto intermedio.
- Falta del reconocimiento del liderazgo en cuidados.

FORTALEZAS

- Conocimiento en gestión y la experiencia.
- Cercanía al paciente y a los profesionales

AMENAZAS

- Rigidez de las estructuras
- Resistencias por parte de otros profesionales con intrusismo.
- Falta de reconocimiento del liderazgo enfermero por la Organización

OPORTUNIDADES

- Nuevas tecnologías.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Nuevos modelos de cuidados.
- Satisfacción de los usuarios con los profesionales.

DEBILIDADES A MINIMIZAR
- Falta de visibilidad del puesto intermedio.
- Falta del reconocimiento del liderazgo en cuidados.

FORTALEZAS A IMPLEMENTAR
- Conocimiento en gestión y la experiencia.
- Cercanía al paciente y a los profesionales.

OPORTUNIDADES A POTENCIAR
- Nuevas tecnologías.
- Satisfacción de los usuarios con los profesionales.

AMENAZAS A NEUTRALIZAR
- Rigidez de las estructuras.
- Resistencias por parte de otros profesionales.

3. PLAN DE MEJORA

El cambio que se está produciendo en sanidad viene determinado por el papel que juega en ésta el ciudadano, auténtico protagonista en cuanto a salud se refiere, por ello su satisfacción, demandas y expectativas se han convertido en los objetivos fundamentales de la política sanitaria.

El concepto actual de calidad ha evolucionado hasta convertirse en una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua. Con ello se consigue reducir la variabilidad, satisfacer las necesidades de los pacientes, mejorar permanentemente y cambiar la cultura de toda la organización para así conseguir los niveles más altos de calidad con los recursos disponibles. El objetivo que perseguimos es que el personal se conciencie con la palabra mejora y desmitifique el significado de calidad y lo trate como un concepto que debe convivir con nosotros día a día17.

El proceso de mejora continua, es pues el conjunto de actividades y acciones que hay que llevar a cabo para integrar, construir y sustentar en todos los niveles de la empresa, un compromiso hacia la calidad que permita:

- La adaptación permanente a los requisitos y necesidades del paciente.

- La detección de las ineficacias internas y su solución.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- La prevención de fallos en todas las áreas funcionales, mejorando los servicios entregados al cliente, para evitar reclamaciones y la insatisfacción del mismo.

- Decir, que el plan de mejora continua, como dice su propio nombre, es un proceso continuo, para siempre, y que para que tenga éxito, el punto de partida debe ser una estrategia de futuro y con objetivos a largo plazo, teniendo que actualizarse y revisarse periódicamente.

3.1. DISEÑO DEL PLAN

3.1.1. LINEAS ESTRATEGICAS:

- los enfermeros competentes

3.2. OBJETIVOS POR LINEA ESTRATEGICA:

Cuidados personalizados: Dar a las personas un servicio de cuidados adaptado a sus necesidades individuales de la mano de su enfermera referente

- Definir los procedimientos por los que se establece a los profesionales responsables de la personalización de los cuidados atendiendo a su cualificación y fomentando su motivación e implicación20.
- Implementar mecanismos para crear un modelo de participación ciudadana efectivo que propicie, por una parte, conocer y cubrir la expectativa de los ciudadanos y por otra contar con su implicación y corresponsabilidad en el mantenimiento del sistema.
- Poner en marcha el modelo de enfermera referente y utilizar como herramienta la metodología enfermera, el trabajo por tareas no define a la enfermera, un técnico de planta puede hacer esas tareas, pero valorar, diagnosticar, planificar y evaluar no.
- Proteger y proporcionar seguridad ante los riesgos para la salud. - Proponer la adaptación en la Cartera de Servicios a las necesidades reales de nuestra población creando la figura de la enfermera referente como estrategia de seguridad para el paciente.
- Identificar con los ciudadanos sus necesidades y sus expectativas con los servicios enfermeros
- Implantar el consejo estructurado para mejorar la capacidad de autocuidado.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Enfermeros competentes: desarrollar las capacidades profesionales de las enfermeras de la unidad para que alcancen un rol visible como enfermera referente

- Propiciar la docencia que por una parte transmite el conocimiento generad en la Unidad y por otro aumenta la satisfacción de los profesionales.
- Participar en los acuerdos en la colaboración con la Universidad.
- Promover la autoformación en el equipo para compartir conocimiento y motivar la estrategia de orgullo de pertenencia
- Desarrollar estrategia de capacitación de paciente mediante a implantación del consejo estructurado.

Equipos eficaces e integrados: Crear equipos colaborativos, eficaces y seguros

- Promover las buenas relaciones interpersonales, fomentando la gestión colaborativa, compartida y el trabajo en equipo. El supervisor debe ser un líder transformacional y democrático que esta integrado en el equipo y se le reconoce 14, 15
- Definir las competencias profesionales para todas las categorías, analizar las necesidades de desarrollo profesional de todos los miembros de la unidad y elaborar un plan individual de formación16.

La continuidad como seña de identidad: generar comunicación integral capaz de que el paciente se sienta acompañado por las enfermeras en todo el proceso quirúrgico a través de la fluidez de las relaciones interprofesionales

- Elaborar acuerdos de colaboración y diseñar los circuitos de traspaso de pacientes con otras unidades del hospital, (Rehabilitación, Quirófanos, Urgencias…) y atención primaria.
- Mantener un contacto más fluido con atención primaria para la continuidad de cuidados y la captación de pacientes frágiles. Acordar con la enfermera de enlace un día a la semana para visitar la planta, donde a través de registros se le informará de estos pacientes para gestionar los cuidados en domicilio cuando se vayan de alta.
- Fomentar la continuidad de cuidados, mejorando los ICC y afianzando las relaciones con atención primaria y los enfermeros de enlace.
- Generar documentos de continuidad de cuidados e informes de enfermería al alta.

3.3 ACTIVIDADES Y ACCIONES:

Formación del personal, esto exige por parte de ellos un esfuerzo constante pero que es clave para la calidad de la atención que recibe el ciudadano. Deben dar una oportunidad a los cambios, no se trata de sobrecarga, se trata de trabajar de distinta manera, que a la larga proporciona más satisfacción tanto al personal como al paciente. Esta formación debería ser individualizada.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

También se debe promover la formación en materia de prevención de riesgos laborales en todos los componentes de la Unidad que se hayan incorporado a esta y no hayan recibido esta formación, así como el total conocimiento de todos los sistemas de nueva incorporación de material de bioseguridad.
Espacio de trabajo en equipo: reuniones programadas para tratar de solucionar problemas en general o de algún paciente determinado o bien para proporcionar información. En ellas se puede debatir:

Si es adecuada la metodología utilizada.
Si son adecuados los diagnósticos enfermeros elegidos como prioritarios y de mayor prevalencia.
Si son adecuadas nuestras intervenciones, valorando si nuestra actuación en el caso determinado fue la más correcta y basándonos en normas internas, evidencias científicas y experiencias personales.

Para estos dos puntos es primordial el cambio en el reparto de enfermos y trabajar con la asignación de enfermeros por turnos, enfermeros referentes y el trabajo continuado.14

Revisiones de protocolos.
El uso de dispositivos de bioseguridad.
Revisión de los antisépticos existentes en el centro y su ámbito de utilización.
Cura de heridas complicadas, elección del método y del material
idóneos.

Sería fundamental que las sesiones se pudiesen desarrollar dentro del horario laboral y de no poder ser así, que sean consideradas como horas computadas dentro de la jornada. Que cuenten con un coordinador, que haya continuidad y se programe la siguiente sesión, garantizando la participación en las mismas

Creación de grupos de mejora, deben estar formados por aquellos profesionales conocedores de problemas que hayan surgido, interesados y motivados por la mejora e implicados en los posibles cambios, con capacidad de dialogar, tolerantes, respetuosos y perseverantes, comprometidos con la participación y dispuestos a asistir a reuniones.
El grupo de mejora debe identificar y priorizar los problemas, analizando sus causas, planteando soluciones y proponiendo los cambios necesarios, realizando revisiones periódicamente18, 19.
Estandarización de los planes de cuidados, adaptándolos a la unidad y a los días de ingreso reales.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Participación en las comisiones y subcomisiones hospitalarias:
Seguridad del paciente.
Comisión de infecciones.
Comisión de participación ciudadana.
3.4. INDICADORES
Estos indicadores están hablados con la Dirección y la comisión de calidad para su instauración tras los cambios que se han ido produciendo en las distintas Unidades del hospital, para unirlos a los ya existentes en INGESA de Ceuta

1. PERSONALIZACION- PLANES DE CUIDADO
Objetivo 1.1: Asignación de enfermos, enfermera referente
Indicador1.1.1: Asignación de enfermos por turno con un cumplimiento del 100. Monitorizar
Indicador 1.1.2: Asignación de enfermera referente de los ingresos con un Cumplimiento del 100%. Monitorizar
Objetivo 1.2: Valoración y planes de cuidados
Indicador 1.2.1: Valoración antes de 24 h del ingreso por su enfermera Referente y elaboración del plan de cuidados estándar o personalizado. Cumplimiento del 100%. Monitorizar
2. PROMOCION DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS
Objetivo 2.1- Coordinación entre especializada y primaria.
Indicador 2.1.1- Elaboración y emisión de ICC de todos los pacientes que se van de alta. Cumplimiento >90%. Monitorizar
Indicador 2.1.2- Envío vía e-mail a atención primaria y en mano a Centros de Mayores. Cumplimiento >80%. Monitorizar
3. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES FRÁGILES
Objetivo 3.1- Identificar al ingreso todos los pacientes frágiles y vulnerables para garantizarles la continuidad de cuidados al alta.
Indicador 3.1.1- Realización de cuestionarios de Barthel y Braden a los ingresos susceptibles de fragilidad. Cumplimiento 100%. Monitorizar
Indicador 3.1.1- Contactar con enfermera de enlace. Revisión semanal del registro por la supervisora
7. PROMOVER LA DOCENCIA Y FORMACIÓN
Objetivo 7.1: Formación continuada del personal.

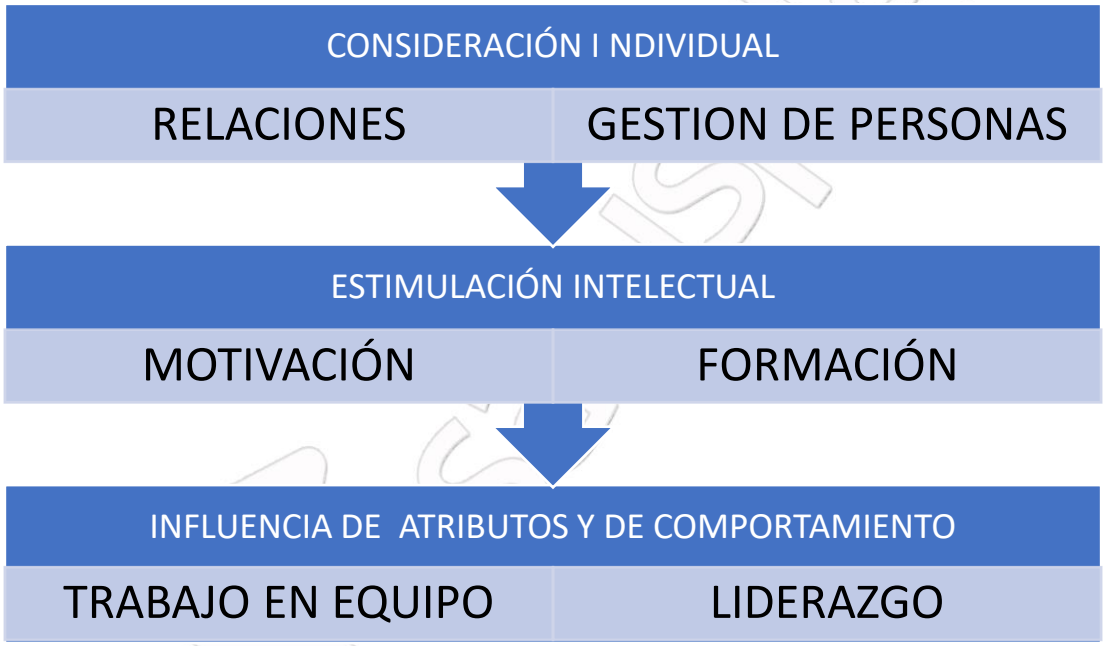
ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Indicador 7.1.1: Asistencia a cursos de formación organizados por el hospital y específicos del servicio. Revisión anual por supervisora, mínimo 2

4. DESPLIEGUE DESDE EL EJERCICIO DEL LIDERAZGO

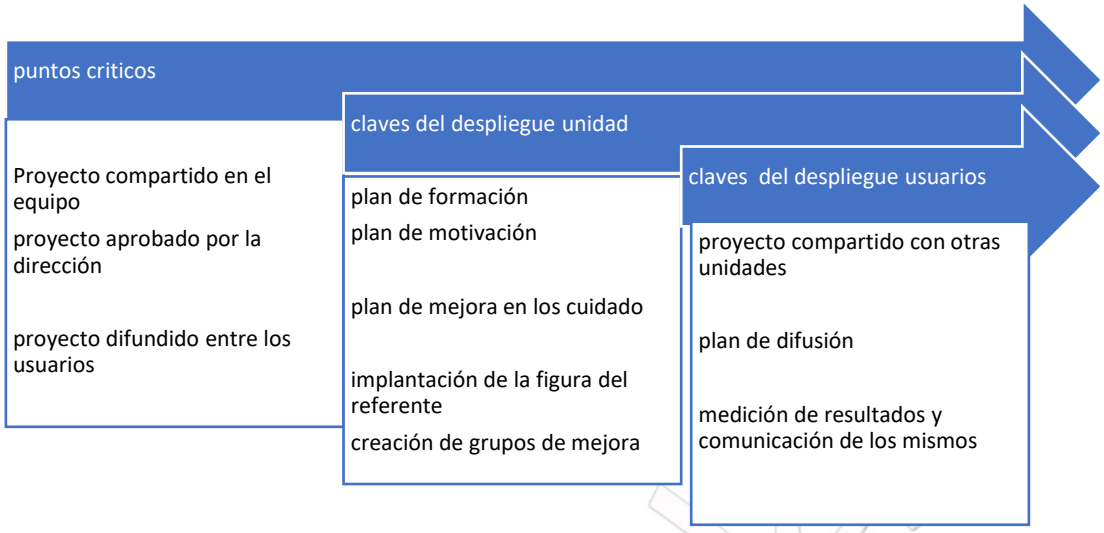
Ante todo, EL TRABAJO DEL SUPERVISOR ES DESPLEGAR EL PROYECTO CON ÉXITO.

4.1. CARACTERISTICAS DEL LIDER TRANSFORMACIONAL



5. 4.2. PUNTOS DE ACTUCIÓN Y CLAVES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021



DIRECCIÓN	• Presentación del proyecto para su posterior aprobación.
	• Solicitar la acreditación de las horas de formación del equipo.
	• Incorporar la figura de la enfermera referente en la cartera de servicios tras la aprobación del proyecto.
EQUIPO	• Compartir y consensuar el proyecto con el equipo de la unidad. Reunión conjunta y entrevistas individuales.
	• Implicar a las personas en el plan de autoformación continuada de la unidad , individualizada y acreditada para la carrera profesional
	• Formación al personal por parte del supervisor: enfermera referente y el cuidado personalizado
	• Implantación y participación de las enfermeras en el proyecto de la enfermera referente
	• Reconocimiento de enfermera referente en la monitorización de valoraciones, planes de cuidados y los ICC con el nombre del profesional que los elabora.
	• Enfermeras vs técnicos de planta: solo la enfermería es capaz de gestionar los cuidados con metodología, el líder debe convencerlos de ello.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

	• Creación de grupos de mejora, reuniones semanales para discusión de problemas, nuevas ideas...
USUARIO	• Comunicación con el resto de líderes del hospital para informar del nuevo modelo de trabajo (supervisores de otras unidades, médicos, etc.)
	• Elaboración de tríptico con el plan de acogida del usuario y donde aparecerá la figura de la enfermera referente
	• Identificación de la enfermera referente al ingreso del paciente, que coincidirá con la que aparecerá en el ICC al alta.
	• Mejorar la comunicación con atención primaria para la continuidad de cuidados, con especial atención a los pacientes frágiles captados al ingreso. Visita semanal de la enfermera de enlace a la unidad

5. CONCLUSIONES

Los cambios a realizar en la Unidad tienen que ser aceptados por la dirección del Hospital, pero aun con su aprobación no serán posibles sin la involucración del equipo de enfermería de la unidad. La clave es que este proyecto sea tomado como propio por los profesionales de la Unidad

Es competencia del líder conseguir ese propósito, con las acciones y actividades citadas anteriormente. Trabajar hacia la excelencia y que esta quede de manifiesto en el aumento de la satisfacción del usuario y profesionales, con un modelo más personalizado, así como una mejora importante en la continuidad de cuidados por una buena comunicación con atención primaria y unos ICC con los problemas y necesidades detectadas por la enfermera referente y un plan de cuidados diseñado por ella.

Nos ha tocado vivir una época de cambios, en la que los profesionales hemos de adquirir un grado de compromiso que mejore la calidad del servicio al ciudadano, así como adoptar nuevos retos mejorando la personalización y como consecuencia la humanización del servicio.

Los valores que deben movernos:

- El ciudadano es el eje del sistema.
- El trabajo en equipo.

- La información y la transparencia.
- El respeto a los valores de la persona enferma y a su entorno.
- La innovación.
- La orientación hacia la mejora continua de la Calidad.
- La eficiencia y buen uso de los recursos.
- La asistencia y los cuidados basados en la evidencia.
- El compromiso con el sistema.

BIBLIOGRAFIA:

1-Orígenes de INGESA [Internet]. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. 2019 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: ingesa.sanidad.gob.es

2-Memoria INGESA 2018 [Internet]. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. 2018 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: ingesa.sanidad.gob.es

3-George QRS, Laborí RR, Bermúdez MLA, el al. Aspectos teóricos sobre eficacia, efectividad y eficiencia en los servicios de salud. RIC. 2017;96(6):1153-1163.

4- Lam Díaz Rosa María, Hernández Ramírez Porfirio. Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud?. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2008 Ago [citado 2021 Ene 29]; 24(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892008000200009&lng=es5-Casado Mora MI, Gonzalo Jiménez E, Fernández Salazar S, Martín Ruiz E, Lafuente Robles N, González Rojas. A. DMarco de referencia para la gestión de cuidados en las Unidades de Gestión Clínica Hospitalarias (UGC-H) desarrollo competencial de las enfermeras y enfermeros en el Sistema Sanitario Público de Andalucía [Internet]. www.picuida.es. 2019 [citado 5 diciembre 2020]. Disponible en: https://www.picuida.es/

5-García Juárez M.ª del Rosario, López Alonso Sergio R., Orozco Cózar M.ª José, Caro Quesada Raimundo, Ramos Osquet Gádor, Márquez Borrego M.ª José et al . Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. Gac Sanit [Internet]. 2011 Dic [citado 2021 Feb 04] ; 25(6): 474-482. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112011000600007&lng=es

6-Pucheu A. Liderazgo de enfermeras supervisoras: ¿cómo influye sobre las enfermeras clínicas? [Internet]. Horizonte Enfermero. 2020 [citado 5 octubre 2020]. Disponible en:

http://horizonteenfermeria.uc.cl/sumario-20-no-1- 2009/130-liderazgo-de-enfermeras-supervisoras-icomo-influyen-sobre-las-enfermerasclinicas.

7-Sánchez Úbeda L. El Liderazgo transformacional en enfermería. Universidad de Almería. 2019.

8-Goleman D. Liderazgo. El poder de la inteligencia emocional [Internet]. Zeta bolsillo; 2014 [citado 27 octubre 2020]. Disponible en: https://www.llibreriapublics.com/

9-Lundin sc. Fish!: la eficacia de un equipo radica en su capacidad de motivación [Internet]. 20.ª ed. EMPRESA ACTIVA; 2015 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: https://www.casadellibro.com/

10-Lorenzo Camacho A, Rivero Rosales AM, Pérez Castro y Vázquez JA, Recio España FI. Propuesta para realizar la supervisión en Enfermería con base en una recopilación documental [Internet]. REVISTA CONAMED. 2016 [citado 15 noviembre 2020]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones

11-Ayuso Murillo D. Rasgos de personalidad, liderazgo y resistencia al estrés de enfermeros gestores y asistenciales en los Hospitales públicos de la Comunidad de Madrid. 2016.

12-Miranda Camarero María Victoria. Revisión y reflexión sobre la sanidad pública española. Enferm Nefrol [Internet]. 2014 Jun [citado 2021 Ene 19] ; 17(2): 85-91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000200001&lng=es.http://dx.doi.org/10.4321/S225428842014000200001.

13-Pérez-Cantó Víctor, Maciá-Soler Loreto, González-Chordá Víctor M. Satisfacción de los usuarios en el sistema de salud español: análisis de tendencias. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 19] ; 53: 87. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100277&lng=en. Epub Sep 30, 2019. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001506.

14-Personalizacion de cuidados. enfermera referente [internet]. Junta de Andalucía. Servicio andaluz de salud. 2010 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

15-Rodríguez Campo V.A., Paravic Klijn T.M.. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. Enferm. glob. [Internet]. 2011 Oct ; 10(24). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400020&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S169561412011000400020

16-NANDA [Internet]. WIKIPEDIA. 2020. Disponible en: https://es.wikipedia.org/16-NANDA [Internet]. WIKIPEDIA. 2020. Disponible en: https://es.wikipedia.org/17-BORRELL F. COMO TRABAJAR EN EQUIPO. 2.ª ed. Gestión 2000; 2020.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

16-Análisis FODA [Internet]. WIKIPEDIA. 2021. Disponible es.wikipedia.org/wiki/An%C3%A1lisis_FODA.
17-Gómez Torres Danelia, Gómez Alcántara Karla Sofía, Calderón Miranda Margarita, Bernardino Elizabeth. Del conocimiento a la práctica: integración de equipos de trabajo por supervisora de Enfermería. Enfermería Actual de Costa Rica [Internet]. 2020 June [cited 2021 Jan 2] ; (38): 45-60. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100045&lng=en. http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38385
18-García Pozo A. Propuesta de gestión de los recursos humanos enfermeros en el ámbito de un hospital universitario de tercer nivel. Metas de Enfermería. 2014;(N° 10 Volumen 17N° 10):6–10. Sáez Rodríguez Loreto, Pérez Paz Mª Jesús, Valiño Pazos Cristina, Castro Fernández Silvia. Análisis y evaluación de la enfermera referente del paciente en hemodiálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]. 2009 Jun[citado 2021 Feb 04]; 12(2):1620.Disponibleenhttp://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752009000200003&lng=es
19-García Juárez M.ª del Rosario, López Alonso Sergio R., Orozco Cózar M.ª José, Caro Quesada Raimundo, Ramos Osquet Gádor, Márquez Borrego M.ª José et al . Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. Gac Sanit [Internet]. 2011 Dic [citado 2021 Feb 04] ; 25(6): 474-482. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000600007&lng=es.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 29: PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO NO PRESENCIAL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

AUTORÍA: **Jose Carlos Montemayor López**

RESUMEN

Dada las circunstancias actuales como la crisis sanitaria de la Covid-19 y juntamente con la nueva era de la digitalización, el sistema sanitario se ha visto en la obligación de adaptarse y mejorar de forma continua en salud digital.
Muchos profesionales todavía no se han adaptado a las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC). Los cuidados enfermeros a distancia (la tele-enfermería), a pesar de que la evidencia demuestre sus beneficios, todavía existen muchas resistencias tanto por parte de los pacientes como de los propios profesionales e instituciones.
Estudios han demostrado que la combinación de la atención presencial y la tele-consulta refuerzan el vínculo con el paciente, mejora el autocuidado y empodera a los pacientes para la autogestión de su salud.
El objetivo del presente trabajo es mejorar el control de la enfermedad y reforzar el autocuidado, implantando un programa de seguimiento a distancia de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y evaluar su eficacia. Se seleccionará a un total de 276 pacientes para su posterior evaluación bajo unos criterios de inclusión. Previamente a la implantación será necesaria la formación de los profesionales que participarán.
Para el registro y seguimiento de los pacientes se utilizará el programa informático presente en el centro, aprovechando su capacidad de explotar los datos para su posterior evaluación.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La puesta en marcha de este programa servirá de práctica y motivación para el equipo integrando la digitalización con el cuidado y la promoción de la salud.
Palabras clave: Salud digital, diabetes tipo 2, telec-onsulta, tele-enfermeria, Covid-19.

ABSTRACT

Given the current circumstances such as the health crisis of the Covid-19 and together with the new era of digitalization, the health system has been forced to adapt and improve continuously in digital health.
Many professionals have not yet adapted to the new information and communication technologies (ICT). Remote nursing care (tele-nursing), despite the evidence showing its benefits, there is still much resistance both from patients and from the professionals and institutions themselves.
Studies have shown that the combination of face-to-face care and tele-consulting strengthens the bond with the patient, improves self-care and empowers society in health.
The goal of the present work is to improve the control of the disease and to reinforce self-care, implementing a program of remote monitoring of patients with type 2 diabetes mellitus and evaluating its effectiveness. A total of 276 patients will be selected for further evaluation under inclusion criteria. Prior to the implementation it will be necessary to train the professionals who will participate.
For the registration and monitoring of patients, the computer program present in the center will be used, taking advantage of its capacity to exploit the data for subsequent evaluation.
The implementation of this program will serve as practice and motivation for the team integrating digitalization with health care and promotion.
Keywords: Digital health, type 2 diabetes, tele-consulting, tele-nursing, Covid-19

1. INTRODUCCIÓN

Hoy en día existe una sociedad interconectada, con un gran flujo de información y de comunicación, a lo que hay que sumar una participación activa. Esta sociedad emerge hacia un nuevo paradigma en el que las distintas tecnologías de la información y comunicación (TIC) han tomado un papel protagonista en las redes sociales, culturales y económicas. Este cambio también se ha producido en el ámbito de la salud. Durante estos últimos años se ha avanzado hacia la digitalización de la historia clínica, la comunicación entre diferentes instituciones y especialidades sanitarias, y sobre todo en la interacción (digital) entre el profesional sanitario y el paciente.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El sistema sanitario, que ya estaba debilitado por la crisis económica y los recortes, se ha visto colapsado a causa de la pandemia actual. Muchas de las visitas presenciales programadas se anularon, y una vez empezó la desescalada no se volvió a abrir del todo las consultas. Forzosamente, los profesionales tuvimos que conformarnos con realizar consultas no presenciales, por teléfono, por mensajes, y desde hace muy poco con videoconsultas. Como en muchas ocasiones, las circunstancias desfavorables han provocado un aprovechamiento de los recursos, y finalmente, se ha visto que las consultas no presenciales pueden tener un beneficio tanto para el paciente como para el centro sanitario.
En el presente trabajo, se propone poner en marcha un programa de seguimiento para pacientes con diabetes mellitus tipo 2, utilizando uno o varios canales no presenciales. Es importante que posteriormente se realice una evaluación tanto de proceso como de resultado para averiguar los beneficios que puede aportar el seguimiento virtual y corregir las desviaciones que se detecten.

2. OBJETIVOS:

- Familiarizar a profesionales y pacientes con los recursos digitales.

- Mejorar el control de la glicemia y los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

- Aumentar la autonomía y mejorar el autocuidado de los pacientes diagnosticados de DM2.

- Mejorar la relación paciente-enfermera proporcionando más disponibilidad y cercanía al poder estar conectados de manera no presencial.

2. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN

3.1 La e-Salud (e-Health), un nuevo reto para la sanidad europea
Según el punto de vista de las organizaciones sanitarias, desde hace unos años, existe un cambio hacia la cultura digital. Este cambio no sólo tiene que ver con la digitalización de la historia clínica, si no que implica una nueva forma de hacer las cosas, un cambio cultural en los procesos asistenciales y de comunicación.
Las instituciones y organismos internacionales han visto aumentado su interés por la introducción de nuevas herramientas tecnológicas en busca de mayor calidad, seguridad y uso eficiente de los recursos de los servicios de salud. En España se ha implementado servicios como la historia clínica electrónica compartida, la receta electrónica y, más

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

recientemente, la telemedicina o tele-enfermería para el manejo y control de las enfermedades crónicas.

Como definición oficial, en la UE se utiliza el término eSalud (eHealth) para referirse a "la aplicación de las TIC en todo el rango de funciones que afectan al sector salud. Se incluyen productos, sistemas y servicios cubriendo aplicaciones sanitarias tales como redes corporativas, historia clínica electrónica, servicios de telemedicina, y sistemas personales portátiles; no únicamente las aplicaciones basadas en Internet1"

En la actualidad la eSalud está dentro del Plan Estratégico 2016-2020 de DG SANTE, y se encuentra el objetivo específico 1.4 sobre "sistemas sanitarios efectivos, accesibles y resilientes en la UE". En la Comunicación de la Comisión sobre el tema se concluye que la capacidad futura de los Estados Miembros para proveer atención sanitaria de calidad dependerá de hacer los sistemas sanitarios más resilientes. Esto quiere decir que se pretende afrontar la cronicidad y el envejecimiento saludable de forma efectiva y sostenible, un reto importante ya que a medida que pasen los años aumentará tanto la población envejecida como las patologías crónicas. Se considera que las tecnologías digitales pueden ofrecer herramientas coste-efectivas para soportar la transición de una sanidad hospitalcentrista a un modelo de atención integrada centrada en la persona, mejorando el acceso y contribuyendo a la sostenibilidad y la resiliencia de los sistemas sanitarios2.

La última edición del informe State of Health in the EU, elaborado por la OCDE, insiste en la necesidad de que los sistemas de salud respondan con mayor eficiencia a las necesidades cambiantes que presenta la atención sanitaria causadas por cambios demográficos, y ahora más incluso, por los cambios epidemiológicos. El informe refiere que las nuevas tecnologías ofrecen oportunidades para promover un envejecimiento saludable y lograr una atención más eficiente y centrada en las personas. El uso de registros médicos electrónicos o la prescripción electrónica está aumentando en todos los países de la Unión Europea, y cada vez más personas utilizan Internet para obtener información sobre la salud y acceder a los servicios sanitarios, aunque existen disparidades por razones de edad y grupos socioeconómicos3.

3.2 Los agentes implicados en la salud digital (e-Salud)

e-Pacientes

Es aquella persona que desea tener un mayor poder de participación social y quiere ser responsable en la toma de decisiones que afectan a su vida y su salud. El individuo toma un papel activo en lo que se refiere a su salud, usa internet y otras tecnologías de la información y comunicación.

La nueva sociedad del conocimiento ha generado este tipo de pacientes. Surge de las personas que están empoderadas (aquellas que presentan un papel activo en su cuidado

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

y son responsables en la toma de decisiones en todo aquello referido a su salud), y además tienen las herramientas y las capacidades de utilizar la tecnología que tiene a su disposición.

A la alfabetización en salud, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud, hay que sumar ahora la alfabetización digital. La UNESCO es contundente en su recomendación a los países en cuanto a priorizar la alfabetización digital en todos los niveles de la sociedad. La Alfabetización Digital no debe ser vista como una necesidad simplemente, sino que debe ser vista como un derecho inherente de las personas4.

e-Profesional

Podríamos definir al e-profesional como aquel que es consciente del cambio digital y utiliza todas las herramientas que tiene a su alcance para mejorar su trabajo y desarrollarse profesionalmente, adquiriendo además las competencias digitales necesarias para hacerlo de forma eficaz5.

Esto supone que los profesionales deben adquirir nuevas competencias:

- Habilidades en el manejo de la información y sistemas de comunicación.
- Competencias que permitan mejorar el aprendizaje y gestionar el conocimiento.
- Competencias que potencien habilidades para generar contenidos propios y trabajar con los pacientes.

Existe una serie de barreras que impiden al profesional utilizar nuevas tecnologías en su día a día con los pacientes. A estas barreras hay que añadir a las ya consideradas brechas digitales que pueden afectar a la población en general.

- Brecha de acceso, hay profesionales que todavía no tienen acceso a internet.
- Brecha de utilización, por falta de competencias en el uso.
- Brecha de apropiación, por falta de visión en la aplicación de estas herramientas en nuestro contexto.

Las barreras añadidas:

- La percepción de utilidad. En el trabajo muchas veces no somos conscientes de la utilidad que le podemos dar y, como consecuencia, hay falta de aplicabilidad.
- La tecnología en sí misma. El aprendizaje requiere mucho esfuerzo.
- Cargas de trabajo y asignación de recursos. La falta de tiempo disponible para el aprendizaje de estas tecnologías a menudo es limitado y más en los tiempos que corren. SI se invirtiera más tiempo en poder aprender estas herramientas sería al final más eficiente, por la reducción de cargas que ello supondría.
- El tratamiento de la información, la privacidad y la confidencialidad. Es un punto muy importante tanto para el profesional como para el paciente, tener confianza en los

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

sistemas de información y digitalización de la historia clínica. Muchas personas desconocen qué pasa con los datos de salud compartidos, o desconocen cómo tratar los datos sensibles.

- La presencia de agentes facilitadores. Tener profesionales referentes en digitalización en la unidad facilitaría la utilización eficiente de estos dispositivos5.

3.3 La brecha digital

Según la OMS, la brecha digital se refiere al desequilibrio que existe entre las unidades demográficas o las regiones que tienen acceso a las tecnologías de la información y las comunicaciones modernas, y las que tienen un acceso limitado o carecen de él. Entre estas tecnologías figuran el teléfono, la televisión, las computadoras personales e internet.

Es importante conocer el término cibersalud, que se refiere al uso seguro y eficaz en función del costo de las tecnologías de la información y las comunicaciones en apoyo de la salud, como los servicios sanitarios, la vigilancia epidemiológica, la documentación sanitaria, la educación, los conocimientos, y la investigación en salud.

También se define como salud digital el campo del conocimiento y la práctica relacionado con el desarrollo y la utilización de las tecnologías digitales para mejorar la salud. La salud digital amplía el concepto de cibersalud para incluir a los consumidores digitales, con una gama más amplia de dispositivos inteligentes y equipos conectados. También abarca otros usos de las tecnologías digitales en el ámbito de la salud, como el internet de las cosas, la inteligencia artificial, los macrodatos y la robótica.

El proyecto de estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025, en uno de sus objetivos especifica que “la finalidad de esta estrategia mundial es fortalecer los sistemas de salud mediante la aplicación de tecnologías de salud digital dirigidas a los consumidores, los profesionales de la salud, los proveedores de servicios de salud y la industria con el fin de empoderar a los pacientes y hacer realidad la visión de la salud para todos6,7”. Así pues, todavía queda mucho por hacer, pero la sociedad va en la dirección de la digitalización en salud, por lo tanto, nuestro sistema sanitario debe adaptarse a este futuro. De una manera u otra, los acontecimientos puntuales, en este caso una pandemia, nos ha impulsado de forma rápida a actualizarnos en salud digital.

3.4 Asistencia sanitaria a distancia

La asistencia sanitaria a distancia o la tele-salud hace referencia a un término que engloba otros más específicos como la telemedicina, tele-enfermería, tele-diagnóstico, tele-asistencia, etc.

Según la OMS telemedicina es la forma de “Aportar servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por cualquier profesional de la salud, usando las nuevas tecnologías de la comunicación para el intercambio válido de información en el diagnóstico, el

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

tratamiento y la prevención de enfermedades o lesiones, investigación y evaluación, y educación continuada de los proveedores de salud, todo con el interés de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades"6.

Este tipo de servicios a distancia presentan unas ventajas y unos inconvenientes:

Ventajas:

- Disminución de los tiempos de espera, y de esta manera mejoras en el diagnóstico y tratamiento.
- Mayor nivel de participación y acceso a los servicios de salud por parte de los pacientes.
- Mayor seguridad, ya que se dispone de más información y acceso a otros profesionales.
- Formación a distancia del profesional.
- Reducción del número de empleados.
- Mejora en la coordinación entre los distintos servicios y mejor gestión de los recursos.
- Mejora del control y adherencia al tratamiento. Mayor implicación, y por lo tanto disminución de los ingresos y descompensación de pacientes con enfermedades crónicas.
- Menores desplazamientos para los pacientes con el consiguiente ahorro de tiempo y gasto derivado de los mismos.

Inconvenientes:

- Pocos proyectos se llegan a implementar por falta de recursos o planificación, a pesar de demostrar su eficacia.
- Bajo acceso a la tecnología por parte de la población
- Barreras de uso por parte de profesionales.
- Problemas relacionados con la confidencialidad.
- Falta de integración en la rutina del profesional, muchas veces implica trabajo fuera del horario laboral, ya que no se contempla la carga de trabajo que esto implica. -
- Falta de visión a largo plazo por parte de las instituciones.
- Problema para evaluar los resultados coste-efectividad5.

3.5 La tele-enfermería

Según el Consejo Internacional de Enfermería, la tele-enfermería es "el uso de la tecnología de las telecomunicaciones en la disciplina enfermera para mejorar la atención a los pacientes". Se ha estado utilizando en proyectos para el seguimiento, educación y asesoramiento en salud de personas con enfermedades crónicas. Hay que recordar que es importante dar visibilidad al papel de la enfermera en el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y que se normalice el uso del término Tele-enfermería como algo común.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En los últimos meses a causa de la pandemia por Covid-19 se ha estado valorando el seguimiento de los pacientes crónicos a distancia. Las instituciones sanitarias públicas se han planteado, de forma precipitada por las circunstancias, realizar seguimiento a los pacientes con enfermedades crónicas vía telefónica, mensajería o incluso con videollamadas.

En la actualidad, y antes de la crisis sanitaria, se están llevando a cabo numerosos estudios con el fin de indagar y conocer más en profundidad diferentes aspectos de la tele-enfermería en el ámbito de la cronicidad. Alguno de los estudios indica que es una herramienta eficaz y práctica para proporcionar una atención sociosanitaria, y además presentan una disminución de los costes sanitarios.

Una revisión sistemática de 34 estudios internacionales identifica las siguientes barreras y facilitadores para llevar a cabo la tele-enfermería:

Barreras en el paciente:

- Edad avanzada.
- Nivel educativo bajo.
- Bajo nivel socioeconómico.

Barreras en la enfermera:

- Sobrecarga del trabajo.
- Dificultad para manejar dispositivos electrónicos.
- Falta de conocimientos y no concordancia el modelo de cuidado con las nuevas tecnologías.

Facilitadores:

- Nueva era tecnológica.
- Fácil acceso a la información.
- Una vez utilizado mejora la satisfacción del paciente.
- Fomenta la relación enfermera-paciente de forma cercana, constante y diaria, ya que los dispositivos electrónicos permiten un contacto directo.

La revisión señala la importancia de tener en cuenta la resistencia por parte de los profesionales de enfermería. La dificultad de manejar los dispositivos electrónicos fue uno de los aspectos más destacados en los estudios. Es totalmente representativo en el contexto nacional sanitario actual, donde enfermeras con amplia experiencia, no están acostumbradas a proporcionar un cuidado basado en soporte virtual. La introducción de soportes virtuales para el seguimiento de pacientes puede originar un choque en el enfoque de cuidado originando rechazo entre las propias enfermeras. Por ello es muy importante incidir en la formación y en la integración paulatina de las nuevas tecnologías en la práctica diaria7.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En este trabajo se pretende analizar e implementar un programa de seguimiento de una de las enfermedades crónicas más prevalentes como es la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), sin olvidar el control de los factores de riesgo cardiovasculares, utilizando la tele-enfermería, teniendo en cuenta las ventajas e inconvenientes de este modelo de atención virtual. Antes de iniciar el programa será conveniente incidir en la formación de los profesionales. 3.6 Espacio personal de salud digital en Cataluña: La Meva Salut.

El proyecto Cat@Salut La Meva Salut (LMS) se inició en el año 2009 y se abrió a toda la población catalana en el 2012. LMS nació conjuntamente con la historia clínica compartida de Cataluña (HC3) que permitía compartir documentación sanitaria en los distintos dispositivos e instituciones sanitarias de Cataluña. LMS pretende ser más personalizado, incidiendo en el usuario que es el propio paciente para poder comunicarse y compartir información sobre su salud. Está fundamentada en el derecho del ciudadano a poder acceder a la información disponible sobre su salud.

LMS es un espacio digital seguro donde el Departament de Salut pone a disposición de todos los ciudadanos mayores de edad de Cataluña los datos más relevantes sobre su salud contenidas en la HC3, y a la vez, permite al ciudadano acceder a servicios e interaccionar con el sistema de salud.

Las principales prestaciones de La Meva Salut:

- Acceso a los datos más relevantes de la HC3. Se pueden consultar informes de continuidad de cuidados, informes de alta hospitalaria, los resultados de pruebas y exploraciones complementarias, los diagnósticos, la medicación activa en la receta electrónica y las vacunas administradas.
- Posibilidad de interacción entre el ciudadano y sus profesionales sanitarios de referencia para poder pedir cita i cambiar de médico/enfermera.
- Poder realizar consultas virtuales como la e-consulta y la videollamada con los profesionales de referencia.
- Los pacientes pueden aportar información directamente a la LMS (parámetros clínicos como el peso, la talla o si fuma, además de enviar imágenes o documentos que posteriormente se integrarán en la historia clínicas.
- También es posible consultar la situación de lista de la lista de espera para intervenciones y la agenda integrada con las visitas y pruebas pendientes de los proveedores del SISCAT (Sistema Sanitario Público de Cataluña8).

3.7 Atención Primaria y los cuidados enfermeros en contexto de covid-19

La pandemia Covid-19 ha puesto de manifiesto las carencias del sistema sanitario en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas durante el confinamiento y posteriormente. Durante la celebración del encuentro virtual Cronicidad: Horizonte 2025, las principales organizaciones colegiales y sociedades científicas pusieron de manifiesto: “Los pacientes crónicos han estado muy desatendidos y ahora toca establecer estrategias para paliar esos déficits. Queremos poner en valor el papel de las

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

enfermeras y enfermeros en la atención a la cronicidad, participando de forma activa y directa en el cuidado asistencial en todos los niveles (atención primaria, hospitalaria y ámbito socio sanitario y residencial) y destacando la labor que realizamos en educación y prevención sanitaria, potenciando el autocuidado de los pacientes y de los cuidadores principales9".

En este escenario, las nuevas tecnologías se han instaurado de forma forzosa y acelerada como una herramienta eficaz para el seguimiento de los pacientes crónicos gracias a la buena comunicación que existe entre los profesionales, pero por otro lado, las asociaciones científicas han puesto de manifiesto las deficiencias reflejadas en los pacientes crónicos durante la pandemia. La prevención, educación sanitaria y la atención al paciente crónico quedaron fuera durante la pandemia, en la que se han agudizado los factores sociales negativos que condicionan a una mayor vulnerabilidad de estos pacientes. La pandemia ha evidenciado el "hospitalcentrismo" pensado para pacientes agudos, que ha supuesto marginar al paciente crónico y ha impedido a los profesionales de Atención Primaria realizar una prevención y seguimiento, aumentado el riesgo y la mortalidad. Todavía no hay estudios que reflejen el aumento y empeoramiento de las enfermedades crónicas a causa de la pandemia pero dentro de poco veremos realmente la gravedad del asunto.

Durante la desescalada, muchos centros de salud han reorganizado el modelo de gestión de las enfermeras para realizar únicamente técnicas. Esto nos hace reflexionar y ver el camino que debemos tomar una vez superada esta crisis para situar en el centro del cuidado al paciente, promover el autocuidado y el empoderamiento de la sociedad. No se puede perder todo lo que se ha estado trabajando durante los años anteriores y volver al punto de partida. Los cuidados enfermeros individualizados incluyen el acompañamiento, la supervisión, el asesoramiento para el autocuidado, el empoderamiento y la participación activa de los ciudadanos en su propia salud.

En el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria elaborado en 2019, comparándolo al documento del Marco Estratégico 2007-2012, se vuelve a repetir que es importante impulsar las actividades de educación para la salud para el desarrollo de la continuidad asistencial y de los cuidados enfermeros. Esto quiere decir que en 10 años no se ha conseguido los objetivos y queda como una asignatura pendiente. La situación de pandemia ha creado el planteamiento de cómo podemos cambiar la forma de trabajar y organizar para no volver a cometer los mismos errores10.

Debemos potenciar la capacidad resolutiva de las enfermeras en la gestión de los cuidados, especialmente en pacientes con patología crónica mediante formación y protocolos basados en evidencia.

Por lo tanto, es importante la necesidad de priorizar estrategias para el seguimiento y el cuidado de personas con enfermedades crónicas, potenciando medidas que fomenten la cobertura domiciliaria parta aquellos que lo necesiten y la atención no presencial para

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

no perder el vínculo y potenciar el autocuidado tanto de los pacientes como de sus cuidadores.

3.8 La atención no presencial

Como ya hemos visto, estamos ante un cambio de paradigma en la atención sanitaria. La salud digital ya no es únicamente el uso de las TIC en las redes sino el uso también en el sistema sanitario y en concreto en Atención Primaria. El modelo asistencial actual centrado en la persona, considera tanto los aspectos clínicos como sociales y de su entorno. Este modelo debe implementar la atención presencial en combinación con la no presencial según la situación de la persona a nivel de salud, recursos y conocimientos. El propósito de esta combinación es garantizar la atención presencial para las personas que más lo necesitan o en el momento adecuado, y potenciar el uso de las herramientas digitales para aquellos casos que las condiciones de salud y sociales lo permitan.

Hay que tener en cuenta que las tecnologías integradas en el sistema sanitario cumplen unos parámetros de interoperabilidad, seguridad y privacidad11.

Las siguientes recomendaciones facilitarán la implementación del proyecto y asegurarán la implicación de los pacientes y los profesionales. El uso de los canales de atención no presencial requieren unos mínimos sobre organización, roles y competencia de los profesionales:

Aspectos generales:

- Es imprescindible incorporar la atención no presencial en un marco de modelo asistencial que permita combinar la atención presencial y no presencial.
- Hay que tener en cuenta la situación de salud del paciente y sus condiciones (entorno socioeconómico, competencias digitales y recursos disponibles).

Protocolos de atención no presencial

- Definir protocolos con tipología de consultas y los criterios para el uso de los canales no presenciales.
- Elaborar criterios específicos de inclusión de pacientes para la atención no presencial.
- Establecer circuitos de registro de la información recogida durante una consulta no presencial, así como los mecanismos de registro de la actividad.
- Definir la información a proporcionar al paciente antes y durante una consulta no presencial.
- Se recomienda indicar el procedimiento a seguir en el caso de pérdida de la conexión.

Organización y competencias:

- Definir protocolos de atención no presenciales y los roles de los diferentes profesionales.
- Integrar las agendas de los profesionales con los canales no presenciales.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Disponer de un plan formativo y guías para los profesionales sobre el uso de canales no presenciales.
- Identificar a las personas del equipo que den mayor soporte al proyecto.

Canales y requerimientos:

- Disponer de maquinaria en buen estado y supervisado por los departamentos de sistemas de información.
- Asegurar un acceso seguro al programa y que esté integrado con los sistemas de información del centro.
- Integrar los canales no presenciales con los sistemas de historia clínica.

Ámbito legal:

- Verificar que se dan las condiciones necesarias por parte de los ciudadanos (entorno socioeconómico y competencias, entre otros) así como la adhesión voluntaria del uso de canales no presenciales según la Ley 41/2002, sobre la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- La información relativa a la protección de datos según la normativa vigente: Reglamento general de protección de datos (UE) 2016/679 y Ley orgánica 3/2018 de protección de datos personales y garantía de derechos digitales.
- Disponer de manuales de conducta para los profesionales para garantizar la calidad de la visita y los derechos de la ciudadanía a la privacidad y a la protección de datos12.

ANÁLISIS

Fortalezas:

- Durante los últimos años, nuestro sistema sanitario se ha ido actualizando en temas de digitalización de la información.
- La Historia Clínica Compartida de Cataluña es una herramienta digital que ha demostrado su seguridad y utilidad.
- Mejora de la coordinación entre profesionales y entre paciente y profesional.
- La población en general y los profesionales cada vez están más familiarizados con las nuevas tecnologías.
- La utilización de canales no presenciales por parte de los pacientes mejora la relación con los profesionales y permite un mayor autocontrol de la enfermedad.

Oportunidades:

- A causa de la pandemia actual por Covid-19, la población se ha visto obligada a utilizar de herramientas para realizar encuentros virtuales. Es una circunstancia desfavorable que crea una oportunidad.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Se están implantando actualmente webcams en las consultas de los centros de salud para implementar la videoconsulta.
- La población y los profesionales están más receptivos a causa de la situación excepcional para utilizar los canales de atención a distancia.

Debilidades:

- El sistema sanitario actual, aunque ha ido mejorando en los últimos años en temas de digitalización, todavía no está capacitada para atender a un gran volumen de pacientes de forma no presencial.
- No hay suficientes estudios que evidencien que la atención a distancia mejore el seguimiento de los pacientes en comparación a la atención presencial.
- Existe dificultades por parte tanto de pacientes como profesionales de manejar los dispositivos electrónicos.
- La mayor parte de los pacientes con patologías crónicas son de edad avanzada.

Amenazas:

- Actualmente, y ahora más que antes por la situación de pandemia, existe una sobrecarga de trabajo considerable.
- Falta de motivación en muchos equipos y profesionales a causa de la sobrecarga de trabajo y el estancamiento a nivel laboral.
- Falta de conocimientos y no concordancia de las nuevas tecnologías con el modelo de cuidados tradicional.
- El nivel socioeconómico de los pacientes, dependiendo de las áreas básicas de salud en la que se trabaje, puede dificultar la implantación de las consultas a distancia.

DISEÑO

5.1 Canales de Atención no Presencial

Los canales implantados ya en el sistema de salud catalán están integrados en el espacio de salud digital La Meva Salut (LMS). De esta forma, el ciudadano podrá acceder a los servicios de una forma segura y consentida. Previamente, el ciudadano tiene que darse de alta al espacio LMS y estar informado de los servicios que ofrece13.

Criterios a tener en cuenta para realizar la consulta no presencial:

Criterios asistenciales:

- Gravedad y complejidad del paciente y su situación.
- No necesidad de realizar exploración física o realizar técnicas que impliquen la presencialidad.
- Capacidad de resolución de la consulta. Se ha de cumplir el objetivo propuesto en esta modalidad.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Garantizar las condiciones de privacidad y protección de los datos generados en la consulta.

Criterios relativos al paciente:

- Carácter voluntario de adhesión al canal no presencial.
- Capacidad de comprensión de la información.
- Posibilidad de implicación de la persona cuidadora, en el caso que precise.
- Importante considerar si la consulta es con un paciente conocido o no. En Atención Primaria se crea un vínculo de confianza entre el paciente y el profesional de referencia y es importante mantener este vínculo en los canales no presenciales, de esta manera determinar conjuntamente el pacto asistencial sobre los canales a utilizar.

Canales implantados en el sistema sanitario catalán (CatSalut) y recomendaciones:

eConsulta (atención asincrónica):

- Servicio de mensajería digital mediante un canal seguro.
- Permite adjuntar imágenes, informes y otros archivos.
- Ofrece flexibilidad en la organización del profesional y priorización de la asistencia.
- La puede iniciar tanto el profesional como el paciente.
- Es un canal idóneo para resolver dudas puntuales, proporcionar indicaciones previas a analíticas, pruebas o visitas presenciales.
- Se puede utilizar para pequeños cambios en el tratamiento y explicar los resultados de pruebas y analíticas que además están adjuntados en LMS.
- El paciente puede solicitar trámites como informes clínicos, partes de confirmación de baja o demanda de material diabético, entre otras gestiones.

Llamada telefónica (atención sincrónica con audio):

- Se utiliza cuando la comunicación mediante la voz permite resolver el motivo de consulta.
- Aunque el paciente lo solicite, generalmente será el profesional quien le contacte y así se le debe notificar.
- Comenzar primero con un diálogo de identificación del profesional y del paciente. Se tiene que explicar el objetivo de la consulta y establecer confianza con el interlocutor.
- Es adecuada cuando la gravedad y complejidad del paciente lo permite y se pueda garantizar la privacidad de la consulta.
- Se puede resolver dudas puntuales y dar información previa a una visita presencial.
- Escuchar de forma empática, sin interrumpir, y posteriormente pedir que escuche con atención.
- Es importante verificar si el paciente ha entendido la información antes de dar por cerrada la consulta.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Videoconsulta (atención sincrónica con video y audio):

- Sólo si no se requiere presencialidad. El contacto visual ayuda a una mejor comunicación. La disponibilidad del video permite una mejor respuesta al motivo de la consulta.
- Importante garantizar la privacidad de la visita tanto del profesional como del paciente.
- La videoconsulta sólo la puede iniciar el profesional.
- Es una consulta con día y hora igual como si fuera una consulta presencial.
- Cuando se programa, se genera un aviso al paciente mediante correo electrónico o SMS. Además la atención queda asociada con un espacio de tiempo en la agenda del profesional.
- En el día y hora indicados, el profesional ha de entrar a la sala de espera virtual, a través del programa informático del centro. Una vez está el paciente conectado, el profesional recibirá un aviso y podrá iniciar la consulta14.

Cuándo no puede ser recomendable la teleconsulta:

- Primeras visitas sin información previa del caso.
- Comunicación de información sensible.
- Visitas en las que hace falta realizar exploración física o técnicas.
- Visitas de seguimiento de casos graves o de alta complejidad.
- En caso de contradecir normativa legal.
- Si no se puede garantizar la fluidez de la realización de la consulta (mala conexión, ruido…).

5.2 Criterios de inclusión

Los pacientes incluidos en el programa tendrán las siguientes características:

- Pacientes con DM2 diagnosticada y con una evaluación global de su estado de salud y plan terapéutico ya realizada en consulta presencial.
- Se puede incluir pacientes domiciliarios que no puedan acercarse al centro por problemas de movilidad. La analítica y visita presencial anual se haría en el domicilio.
- Se excluyen los pacientes que presenten patologías como insuficiencia cardíaca o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ya que requieren un seguimiento sobreañadido.
- Se excluyen además los pacientes que por su patología sea complejo el control y seguimiento.
- Debe preservar todos los demás criterios para ejercer la consulta no presencial descrita anteriormente (no necesidad de exploración en consulta, privacidad, etc.).

5.3 Tamaño de la muestra

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Para poder realizar la evaluación del programa debemos captar a una cantidad de pacientes que sea representativa con la población diabética que hay dentro del área básica de salud.
La población que se atenderá está en el área básica de Poble Sec de Barcelona.
Se ha contabilizado un total de 966 (N) personas con diabetes tipo 2. Este dato se ha recogido de la intranet SISAP – epiDades que contiene datos epidemiológicos de la población catalana asignada a los diferentes equipos de atención primaria del Institut Català de la Salut (ICS).
Se seleccionará a un grupo control de forma paralela en los que se registrarán y se analizarán los resultados para su posterior comparación y evaluación.
Si queremos una muestra representativa, con un nivel del confianza del 95% y un intervalo de confianza del 5%, tendremos que estudiar 276 (n) pacientes en total, de los cuales la mitad (138) formarán parte del grupo de intervención y la otra mitad de pacientes serán el grupo control. A éste último grupo se le realizará una intervención tradicional (con las visitas presenciales que sean necesarias), pero se analizarán los mismos datos antes del estudio y a posteriori.
5.4 Seguimiento del paciente con diabetes tipo 2
El cuidado del paciente diabético debe estar centrado en la propia persona, teniendo en cuenta su entorno familiar, y si precisa también del cuidador.
El seguimiento de los pacientes incluidos en el programa de consultas no presenciales está basado en la Guía de Práctica Clínica del Institut Català de la Salut15.
En pacientes con buen control y control estable, se recomiendan de 3 a 4 visitas presenciales al año según la guía. En el programa que se implantará se reducirán esas visitas a una presencial al año. El resto de visitas serán de forma no presencial, combinando la videoconsulta y la eConsulta o teléfono. En la visita anual presencial se intentará coincidir, si es posible, con la extracción de sangre para el análisis.
En la visita presencial se realizará un electrocardiograma (ECG), control de presión arterial (TA), peso, perímetro abdominal y talla. También se revisará los pies (monofilamento, inspección y pulsos distales) y se realizará un Índice Tobillo-Brazo (ITB) cada dos años o si aparecen heridas espontaneas en las extremidades o síntomas de claudicación intermitente. También, se le debe pedir al paciente una prueba de fondo de ojo (retinografía) cada dos años si tiene un buen control de la hemoglobina glicosilada. No hay que olvidar que durante la consulta presencial también hay que realizar educación sanitaria que se irá reforzando en las posteriores consultas no presenciales. Hay que asegurarse de reservar un buen tramo en la agenda para concentrar todas estas actividades, si el tiempo es limitado, priorizar las actividades que requieran presencialidad y citar de manera virtual para el resto de cuidados.
En la tabla 1 que encontraremos en el anexo, se expone los controles mínimos necesarios, tanto analíticos como de exploración y educación sanitaria, que precisará

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

durante un año. Las frecuencias de las visitas (tanto presenciales como no presenciales) se pueden aumentar según los requerimientos del paciente. Se considera que si el paciente precisa más de un control presencial durante un año (excluyendo controles analíticos) quedará excluido para el posterior análisis de los resultados, aunque se notificará. De igual forma, se continuaría beneficiando del seguimiento a distancia.
Hay que tener en cuenta la individualización de los cuidados y las necesidades del paciente. Si presenta sobrepeso, obesidad o un perfil analítico desfavorable, podemos intensificar las consultas virtuales en función de la disposición y motivación del paciente, esto no modificaría el objetivo del presente proyecto ya que se trata de realizar el seguimiento de forma no presencial aunque precise de más visitas.
Las consultas de seguimiento no presencial tienen que incluir aspectos diversos como la educación diabetológica y de los factores de riesgo, revisión de la libreta de autocontrol (TA, peso y glicemias si precisa). Es importante tener en cuenta la entrevista motivacional durante la atención no presencial. El paciente debe tener su espacio para preguntar dudas y plantearse sus objetivos conjuntamente con la enfermera. Hay que fomentar el autocuidado y dirigirse hacia el empoderamiento del paciente.
Es importante informar previamente al paciente de que durante tres días
antes de la consulta no presencial realice los autocontroles de forma más exhaustiva (TA, peso y glicemias en ayudas en personas que presenten tratamiento con hipoglucemiantes), de esta manera tendremos unos controles lo más actualizados posible.

5.5 Recomendaciones de buenas prácticas para el e-profesional
Es importante incidir y difundir en los profesionales las siguientes recomendaciones a la hora de realizar la atención no presencial (teléfono, eConsulta y videoconsulta):

- Realizar una evaluación previa del caso y antecedentes. Acceder a la historia clínica y otra documentación necesaria para realizar la consulta.
- Garantizar las condiciones necesarias para realizar la atención de forma adecuada y sin interrupciones.
- Hay que informar y recordar aspectos relativos a la confidencialidad.
- Comprobar el correcto funcionamiento de los canales de atención.
- Reservar el tiempo en la agenda para la atención y no realizar otras actividades simultáneamente.
- Si la consulta es con la persona cuidadora o tutor, hay que reservar unos minutos para involucrar al paciente.
- Hace falta mantener una actitud prudente en la valoración no presencial para poder garantizar la correcta evaluación y si precisa una atención presencial12.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

El programa se iniciará en el mes de abril de 2021. Durante los meses anteriores se realizará la inclusión de los participantes. Para evaluar el impacto sobre la salud y la satisfacción de los pacientes se analizarán los resultados hasta abril de 2023.

6.1 Método de captación de los pacientes

- Búsqueda activa por parte de las enfermeras y médicos. El propio profesional de referencia es el que mejor conoce al paciente. Una vez detectado y hablado con el paciente para su consentimiento y colaboración, se le incluirá en la lista.
- Carteles informativos en el centro. A través de carteles dónde indique el proyecto a desarrollar y las instrucciones para incorporarse. Se les preguntará a los profesionales administrativos que posteriormente el profesional sanitario debe valorar la inclusión y pactar con el paciente.
- Es importante que previamente el paciente se haya inscrito a LMS y sepa cómo funciona las características y los diferentes canales. Si no es así, el paciente deberá citarse con su enfermera de referencia para el aprendizaje.

6.2 Profesionales que participan

El equipo de atención primaria de Poble Sec lo forman 16 enfermeras y 16 médicos, además de 2 auxiliares de enfermería y 10 personal administrativo.

Teniendo en cuenta las dimensiones del equipo, se precisará 10 enfermeras en colaboración con los médicos y personal administrativo para realizar el programa. Cada enfermera tendrá a cargo a 28 pacientes incluidos en el estudio. De estos pacientes, a 14 se les realizará el seguimiento con consultas no presenciales tal y como se ha descrito.

6.3 Formación de los profesionales

Es importante que preferentemente participen los profesionales que estén más motivados con el proyecto. Una buena información, formación e implicación de todos ayudará a una implantación con más éxito.

Se seleccionará a una o dos enfermeras referentes para el proyecto. Estas enfermeras tienen que realizar la formación a los profesionales que participan. Temas de la formación:

- Los diferentes canales de consulta.
- Las normas de uso de estos canales y recordatorio de buenas prácticas para realizar una correcta atención a distancia.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- La forma en la que se realizarán los seguimientos de los pacientes con DM2. Qué hacer en cada consulta y qué visitas serán presenciales.
- El registro y los parámetros que posteriormente se van a evaluar. Aplicación del diagnóstico e intervenciones en el programa Ares.
- El circuito para reportar problemas y sugerencias.
-

6.4 Registro de las visitas de seguimiento

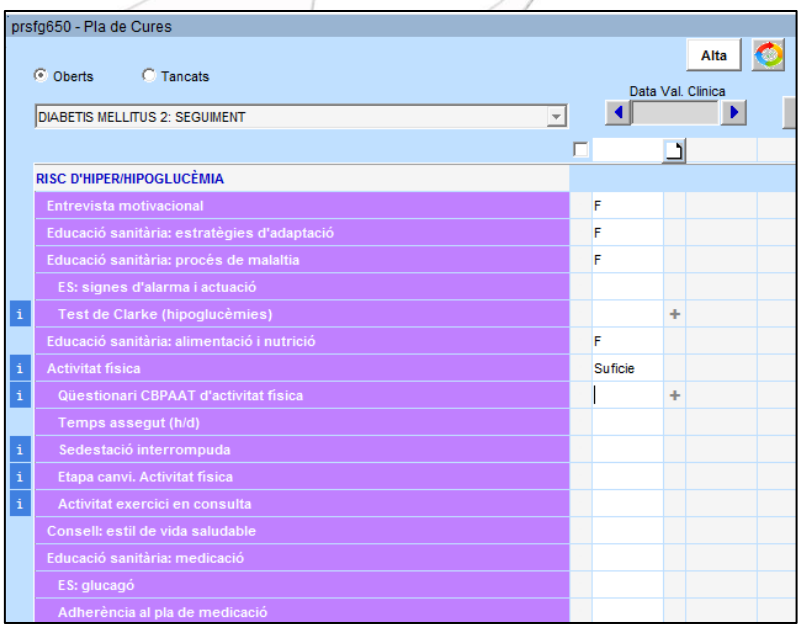
El registro de las visitas de seguimiento se harán en el sistema informático (e-Cap) ya implantado en el equipo de atención primaria (EAP Poble Sec), que integra la Historia Clínica Compartida de Cataluña (HC3) con los canales de comunicación en LMS (eConsulta y videoconsulta).

En el programa e-Cap se registrarán todos los procesos y parámetros dentro de los planes de cuidados estandarizados (Ares) que se comenzó a aplicarse a principios de 2020 en el equipo.

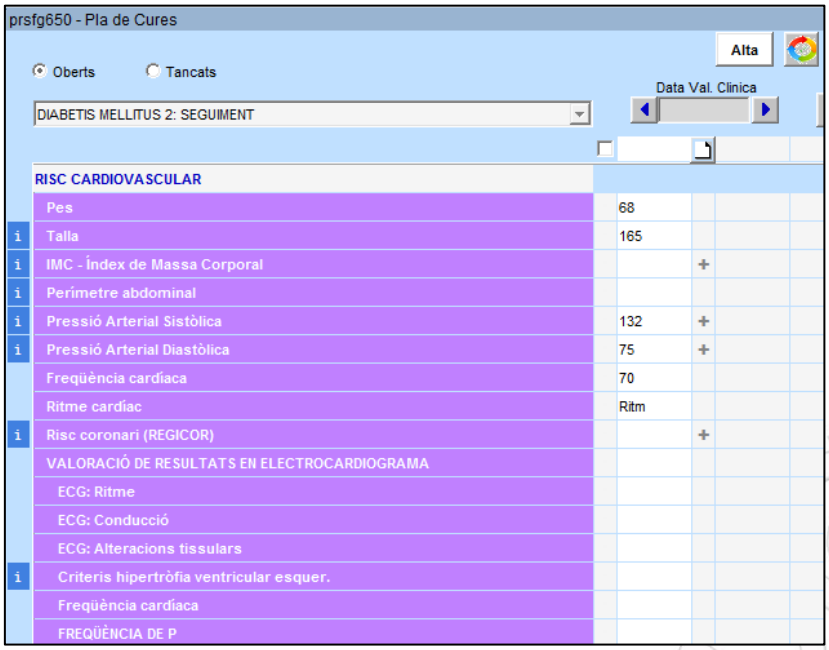
El modelo de datos del Programa Ares permite una valoración, planificación y ejecución de los cuidados de manera continua y circular. De esta manera los cuidados están estandarizados y permite una mejor evaluación posterior al explotar los resultados16.

Se utilizará el plan de cuidados estandarizado de: DM2 SEGUIMENT

Para explotar los datos y comprobar que se han realizado las intervenciones, se debe registrar cada apartado con una F. En las siguientes imágenes aparece la forma en la que desplegamos el diagnóstico estandarizado de Diabetes Mellitus 2: seguimiento, las intervenciones a realizar, y la forma de registrar para que sea posible su evaluación.



ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021



Para diferenciar el tipo de consulta, se etiquetarán de diferente manera:
9C: Visita presencial / 9T: Consulta telefónica / 9E: eConsulta / 9V: videoconsulta

6.5 Sesiones de seguimiento

Se realizarán las sesiones una vez al mes para comentar dudas e intercambiar casos. De esta manera se podrá mejorar en el seguimiento de los pacientes y en el registro. Si los profesionales no registran bien, no se podrá evaluar de manera efectiva.

EVALUACIÓN

Para la evaluación de los resultados se analizarán los datos que se extraigan del sistema informático e-Cap, y los parámetros registrados en el programa Ares.
Los pacientes que hayan realizado dos o más consultas de seguimiento a distancia y una presencial (no incluye pruebas como analíticas o urgencias ni visitas a especialistas) serán los que se incluyan finalmente para la evaluación. Los pacientes que finalmente hayan tenido que realizar más visitas presenciales de seguimiento por su situación de salud o menos de dos consultas a distancia, quedarán excluidos, pero igualmente se analizarán para averiguar el motivo.
Los datos a analizar son:
Datos analíticos y de exploración: pre-inicio del programa, al año, y a los dos años.

Datos analíticos	Datos de exploración	Encuestas
Hemograma	Peso/IMC	Satisfacción del paciente
Glicemia basal ayunas	Perímetro Abdominal	Satisfacción del personal

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

HbA1c Presión Arterial
Colesterol total Frecuencia Cardíaca
Colesterol HDL y LDL Monofilamento
Triglicéridos ITB
Filtrado glomerular Resultado retinografía
Coeficiente creat/albúmina Resultado ECG

Los datos analíticos y de exploración serán comparados con el grupo control.
Las encuestas de satisfacción servirán para evaluar cualitativamente el proceso. Si los resultados analíticos y de exploración son similares a los del grupo control pero la encuesta de satisfacción tanto de profesionales como de pacientes son positivas, significaría que el seguimiento virtual presenta más beneficios que el seguimiento tradicional.

CONCLUSIONES

La transformación digital de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades puede llegar a ser un gran beneficio para comunidad, pero a la vez aumentar la brecha digital que ya existe dentro de la sociedad. Como hemos podido averiguar, durante estos meses de confinamiento y crisis sanitaria, dejar de lado la atención sanitaria de las personas con patologías crónicas, que requieren seguimiento por parte de los profesionales, puede empeorar considerablemente el estado de salud y agravar su patología de base. La sociedad y el sistema sanitario se han visto en la obligación de avanzar en salud digital.
Durante los años anteriores se ha avanzado mucho en digitalización de la historia clínica y se ha dado pasos pequeños hacia la tele-consulta. Muchos profesionales, y especialmente las enfermeras, se ven reticentes a este cambio ya que el modelo de cuidados tradicional es cercano y centrado en la persona, pero de forma presencial. La prestación de cuidados de forma virtual no se ha instaurado todavía en el día a día de las enfermeras de Atención Primaria. No olvidemos que el modelo holístico tradicional también se puede adaptar a la era digital.
El programa propuesto nos hará reflexionar y avanzar en cuestiones de salud digital. Una puesta en marcha que servirá de práctica para lo que realmente se está encaminando la sociedad. Debemos normalizar la prevención y promoción de la salud de forma digital y a distancia.
Por otro lado, la consulta virtual y a distancia provoca que aumente la brecha digital y la desigualdad en salud, ya que hay poblaciones o comunidades con insuficientes recursos

económicos y bajo nivel educativo. Aunque la asistencia sanitaria vaya encaminada a una mayor digitalización, no debemos dejar de lado la consulta presencial. Debemos realizar unos cuidados de forma equitativa y aplicarlos según las necesidades y recursos de la comunidad que atendemos.

Faltan estudios que evidencien que el seguimiento no presencial mejore la salud de la personas, aunque sí que se ha visto que aumenta la satisfacción y la sensación de cercanía con los profesionales de la salud. Sin embargo, está claro que la combinación entre la asistencia presencial y la consulta virtual ayudará a descongestionar el sistema de salud y a reforzar el empoderamiento de la población. De ahora en adelante seguramente aparecerán cada vez más estudios que demuestren este beneficio.

Es importante que a nivel directivo se apoye a los profesionales a utilizar las herramientas de gestión no presencial y se refuerce la formación. Desde hace unos años también se ha impulsado la autogestión de las agendas, de este modo, la implantación de la consulta digital facilitará la flexibilidad de la propia gestión. Además, ayudará a formar sinergias con los diferentes profesionales de otras especialidades, tanto de hospital como de atención primaria, para una mejora continua de la asistencia a distancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Disponible en: https://doi.org/10.1787/82129230-en.

2. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=ES

3. Elsevier Connect . Salud Digital y coronavirus: de las recomendaciones futuribles a la urgencia inmediata. [Articulo web] Disponible en: https://www.elsevier.com/es-es/connect/coronavirus/salud-digital-y-coronavirus-de-las-recomendaciones-futuribles-a-la-urgencia-inmediata

4. Martí C; D'Agostino MJ; Veiga de Cabo J; Sanz Valero J. Alfabetización digital: un peldaño hacia la sociedad de la información. Medicina Seguridad Trabajo; 2008; Vol LIV (210): 11-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n210/especial2.pdf

5. Cepeda Díez JM. Innovación tecnológica y salud digital. Salusplay editorial. Leioa (Bizkaia). 2018: 3-38.

6. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-

source/documents/200067-lb-full-draft-digital-health-strategy-with-annex-cf-6jan20-cf-rev-10-1-clean-sp.pdf?sfvrsn=4b848c08_2
7. Alcázar, B; Ambrosio L. Tele-enfermería en pacientes crónicos: revisión sistemática. Anales Sistema Sanitario Navarra. 2019; 42 (2): 187-197. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v42n2/1137-6627-asisna-42-02-187.pdf
8. Berruezo, M; Gallego, C; González, M; Piqué L. La Meva Salut i l'acreditació ciutadana per accedir-hi. Annals de Medicina. 99(3); 2016. Disponible en: http://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=8001
9. Diario Enfermero. Expertos piden reorientar la atención al paciente crónico tras la pandemia del COVID-19. [Artículo Web] Mayo 2020. Disponible en: https://diarioenfermero.es/expertos-piden-reorientar-la-atencion-al-paciente-cronico-tras-la-pandemia-del-covid-19/
10. Ferrer-Arnedo C. Los pilares irrenunciables de la práctica enfermera en el ámbito comunitario tras la crisis del COVID-19. Enfermería Clínica 30(4); Agosto 2020: 233-235. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120303405?via%3Dihub#bibl0005
11. Berdún J. LATITUD: modelo de atención no presencial y escenario post Covid-19. Ticsalutsocial.cat [Artículo web]. Julio 2020. Disponible en: https://ticsalutsocial.cat/es/actualitat/model-atencio-no-presencial-covid-19/

12. Berdún J. Uso de los canales de Atención No Presencial en consulta ambulatoria de hospitales, centros sociosanitarios y salud mental. Ticsalutsocial.cat [Artículo web]. Julio 2020. Disponible en:https://ticsalutsocial.cat/es/actualitat/recomanacions-dus-dels-canals-datencio-no-presencial/

13. Eguia H, et al. Consulta no presencial en tiempos de coronavirus: información para médicos de Atención Primaria. Semergen. 2020. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.08.005

14. Grup de Treball del Model d'Atenció no Presencial en el Sistema Sanitari de Catalunya. Model d'atenció no presencial en el sistema sanitari de Catalunya: 2013-2016. Barcelona: Departament de Salut; 2014. Disponible en: http://hdl.handle.net/11351/941
15. Mata M., Cos F.X., Morros, R., Diego L., et. Al. Abordatge de la diabetis mellitus tipus 2 [en línia]. 2a ed. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2013 (Guies de pràctica clínica i material docent, núm. 15). Disponible a: http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/diabetis/diabetis.htm.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

16. Jové E; components del Grup d'infermeres del Programa Ares. Plans de cures estandarditzats per a malalts hospitalitzats. Institut Català de la Salut. 2013. Disponible en: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/Planscures.pdf

salusplay

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 30: ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO POR LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA

AUTORÍA: Laura Campo Rivero

RESUMEN: Las enfermedades crónicas están adquiriendo cada vez un mayor peso en nuestro sistema sanitario, sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria. Las enfermeras, junto a otros profesionales de la salud, pueden realizar actividades dirigidas a la prevención y aparición de las enfermedades crónicas y educar así a los pacientes para intentar lograr el mayor grado de autonomía posible. Existen diferentes modelos de atención al paciente crónico y a través de su análisis podemos detectar aquellas intervenciones que podrían mejorar en el cuidado que se brinda a dichos pacientes actualmente.

ABSTRACT: Chronic diseases are becoming increasingly important in the primary care system. Nurses within other health professionals are able to prevent their appearance and educate patients in order to achieve the highest degree of independence possible. Many different models of care for chronic patients exist and through their analysis it is possible to detect those aspects that can improve the care provided to these patients.
Palabras clave: paciente crónico, enfermedad crónica, modelo de atención al crónico.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los sistemas sanitarios y nosotros, los profesionales, nos enfrentamos a uno de los retos más desafiante de los últimos tiempos: el abordaje de la cronicidad. El informe más reciente de la OMS con fecha del año 2018 declaró que las enfermedades crónicas matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. Entre las 4 enfermedades crónicas más frecuentes encontramos: las enfermedades cardiovasculares que constituyen la

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

mayoría de las muertes (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). (1)

Así mismo, en Europa las causas de la mayoría de las muertes continúan siendo atribuibles a la enfermedad cardiovascular con un 40%, el cáncer con un 26% y las enfermedades respiratorias con un 8%. Tan solo en España alrededor del 42% de los habitantes padece al menos un proceso crónico. Estas cifras aumentan en mayores de 65 años alcanzando el 70% de la población y con una media de 4 enfermedades crónicas por persona. (2)

En Euskadi, los datos son igualmente inquietantes ya que está aumentando progresivamente el número de enfermos crónicos. Hoy en día el 38% de la población vasca ya presenta alguna enfermedad crónica, y para el año 2040 se estima que se duplicará el número de pacientes crónicos mayores de 65 años. (3)

La OMS define las enfermedades crónicas como afecciones de larga duración (más de seis meses), no transmisibles y con una progresión generalmente lenta. Entre ellas destacan las cuatro anteriormente mencionadas, sin embargo, a esta lista también se añaden las discapacidades visuales y la ceguera, los defectos de audición, la sordera, etc. (4)

El concepto de enfermo crónico se ha ido modificando en las últimas décadas. Hasta hace no mucho tiempo se entendía como aquel sujeto afecto de una única enfermedad; actualmente una representación más real es la del paciente con varias patologías que obligan a una modificación del modo de vida y que persisten durante largo tiempo (más de seis meses), dando lugar a una importante limitación en la calidad de vida y estado funcional. La enfermedad de base ha dejado de ser lo relevante para incidir más en la importancia de la comorbilidad clínica y la limitación de las funciones básicas en la vida diaria del paciente. (5)

Las enfermedades crónicas se ven favorecidas por factores de riesgo no modificables como la edad avanzada, pero sobre todo por factores de riesgo modificables y comunes, como: la hipertensión, la dieta, la inactividad física y el tabaquismo, entre otros. Según la OMS, para controlar las enfermedades crónicas y parar su crecimiento, es importante centrarse en la reducción y corrección de los factores de riesgo asociados a ellas. (1)

El control de los procesos crónicos recae en la Atención Primaria y según diversos artículos, como el llevado a cabo por Angelica Miguelez-Chamorro es la enfermera familiar y comunitaria la que asume el rol de promotora de hábitos de vida saludable y de educación para la salud necesarios para el buen manejo de la enfermedad crónica. (6)

Todo esto se traduce en una importante carga asistencial para los servicios sanitarios que tiene que hacer frente a esta nueva enfermedad del siglo XXI. Según los datos aportados por la asociación de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) las

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

enfermedades crónicas pueden llegar a constituir hasta el 80% de consultas atención primaria y la gran mayoría de las causas de hospitalización.
Para conseguir un mejor manejo de las enfermedades crónicas es necesario perfeccionar, por tanto, los sistemas de Atención Primaria, como señala un estudio llevado a cabo en Australia. En el artículo se señalan como elementos clave el apoyo en la alfabetización en salud, el autocontrol y en donde la enfermera familiar y comunitaria tiene mucho que ofrecer en su trabajo diario, desempeñando un rol principal en la coordinación del manejo de enfermedades crónicas. (7)

JUSTIFICACION

Los pacientes crónicos presentan, según la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, mayor complejidad en su manejo, al presentar necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas y hacen necesaria la utilización ordenada de diversos niveles asistenciales y requieren una continuidad en los cuidados para prevenir el agravamiento o la descompensación de su enfermedad crónica.
Al contrario de lo que se esperaría, en nuestra sociedad se priorizaba una medicina hospitalaria concebida para el proceso agudo y que se encontraba poco conectada en sus procesos con la atención primaria y, en definitiva, con la prevención. Además, no se potenciaban los servicios sociales y se encontraban totalmente infra desarrollados. (8)
Esto ha cambiado en general, en la última década cuando los servicios sanitarios de las diferentes comunidades autónomas han ido implementando las estrategias de cronicidad. Sin embargo, en la actualidad se continúa avanzando para mejorar la conexión entre el sistema hospitalario, atención primaria y los servicios sociales para así poder brindar a los pacientes una atención integral.
Es la disciplina enfermera la que tiene la oportunidad de liderar dichos procesos asistenciales, de coordinación y de gestión. En este sentido, en España, se ha apostado en algunas comunidades autónomas por un modelo asistencial con el desarrollo de nuevas competencias de enfermería llamados profesionales de enlace, de elevada capacitación, para la provisión de cuidados a enfermos crónicos complejos y ancianos con frecuentes reingresos hospitalarios, a través de la coordinación asistencial. (9)
En Euskadi se han incorporado figuras como la enfermera de práctica avanzada con el fin de perfilar e implementar un rol mejor adaptado a las necesidades de los pacientes crónicos complejos y pluripatológicos. (10)
Sin embargo, se hace necesario avanzar en nuevos modelos para garantizar la atención del paciente crónico desde Atención Primaria.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad en Euskadi se ha basado en dos tipos de modelos:

1) Modelos sistémicos, centrados en la reorganización del sistema, donde encontramos:

-Chronic Care Model (CCM), desarrollado por el MacColl Center for Health Care Innovation.

-Innovative Care for Chronic Conditions, definido por la OMS sobre la base del anterior.

2) Modelos poblacionales, centrados en el análisis y respuesta a las necesidades del conjunto de sujetos afectados por las enfermedades crónicas, que abarca:

-Pirámide de riesgo de Kaiser Permanente, orientada a la estratificación de los pacientes de acuerdo con su complejidad y necesidades de atención.

-Modelo de estratificación de riesgo de la Kings Fund británica. (11)

A continuación, se describen brevemente los modelos mencionados.

-Chronic Care Model (CCM): surgió como intento de mejorar la atención del paciente crónico en EEUU. Es uno de los modelos que más difusión ha conseguido a nivel internacional y ha inspirado otros modelos como el Innovative Care for Chronic Conditions. Describe seis elementos necesarios para la gestión del crónico y que se encuentran relacionados entre sí: la comunidad (grupos de autoayuda, programas comunitarios, etc.) apoyo al autocuidado, organización del sistema sanitario, diseño del sistema asistencial, apoyo en la toma de decisiones y los sistemas de información (las TICs). Sin embargo, este modelo no proporciona un plan o estrategia clara sobre como implementar cada elemento en la práctica diaria en la consulta de AP. Además, hay poca evidencia científica que corrobore que la utilización de este modelo mejore la calidad de vida o disminuya los ingresos hospitalarios de los enfermos crónicos. (12)

-Innovative Care for Chronic Conditions (ICC): La OMS en 2002 adaptó el CCM y propuso este nuevo modelo en el que se destaca todavía más el papel de la comunidad y la necesidad de optimizar el uso de los recursos sanitarios disponibles. Al igual que en el anterior modelo no hay apenas evidencia que confirme que su uso mejora la calidad de la atención del paciente crónico. (13)

-Piramide de riesgo de Kaiser Permanente: Con esta herramienta se pretende clasificar pacientes crónicos en función del uso que hacen de los servicios asistenciales y su coste. De forma que se identifican diferentes niveles de necesidades y en base a ellas, se planifican niveles de intervenciones con el fin de que los pacientes manejen mejor su enfermedad crónica y se eviten los ingresos hospitalarios y/o las demandas de urgencias. El recurso de la estratificación dispone de evidencia científica sólida, por lo que se trata de una técnica interesante. Habría cuatro estratos de pacientes:

-Nivel 0: son pacientes sanos con o sin factores de riesgo, la principal estrategia a realizar serán las actividades preventivas y de promoción de la salud.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

-Nivel 1: es la presencia de 1-2 enfermedades crónicas; son pacientes de bajo riesgo, con condiciones todavía en estados incipientes. Su principal estrategia es el apoyo para su autogestión.
-Nivel 2: es la presencia de comorbilidades, son pacientes de riesgo alto, pero de menor complejidad. La principal estrategia es la gestión de la enfermedad, combinando cuidados profesionales con el apoyo a la autogestión.
-Nivel 3: son pacientes complejos, con una mayor carga de fragilidad. Es la presencia de ≥ 5 enfermedades crónicas; su prioridad es la gestión integral del caso con cuidados profesionales.
Pese a sus beneficios, este modelo tiene en cuenta el tipo de enfermedad crónica que sufre el paciente y el nivel de gravedad de esta pero no atiende a otros factores que pueden aumentar la complejidad en el abordaje de dichos enfermos como es el ámbito psicosocial, no tiene en cuenta, por tanto, el entorno social del paciente ni los determinantes de salud.
-Modelo de estratificación de riesgo de la Kings Fund británica: La pirámide del Kings Fund es una adaptación del modelo de Kaiser,añadiendo algunas necesidades sociales. Sería un intento de incorporar la visión social en la estratificación de los pacientes crónicos. Estas necesidades sociales van a la par que los estratos anteriormente mencionados, esto quiere decir que se da por hecho que un enfermo que se encuentre en el nivel de clasificación más alto, el nivel 3, también tendrá mayores necesidades sociales. Sin embargo, en este modelo no está previsto que en otros estratos inferiores también exista una importante demanda social. Por todo ello, este modelo, aunque bien planteado, deja de lado las singularidades de cada enfermo crónico y su entorno. (14)
Como afirma Marisa Merino, la atención sanitaria del paciente crónico se ha dirigido y centrado en los procesos clínicos. Los modelos que empleamos los profesionales de salud responden a la búsqueda de atención iniciada por el paciente, asociada con una descompensación de su estado de salud. El problema fundamental del enfrentamiento de las enfermedades crónicas está, por tanto, en el diseño de los sistemas de atención. Las intervenciones tradicionales se basan en consultas y controles que se llevan a cabo esporádicamente, por diferentes profesionales sanitarios no coordinados que utilizan la educación sanitaria como un recurso aislado y uso de medicamentos sin monitoreo de la adherencia. Estas intervenciones provocaban deficiencias en la continuidad de cuidados y fragmentación de los niveles asistenciales. (15)
Por lo tanto, si el modelo sanitario actual no está dando la respuesta adecuada a una situación que afecta a la mayor parte de la población, será necesario aproximarnos, desde la teoría, a otros enfoques más acordes.
Por otra parte, como se ha visto, a pesar de la variedad existente en cuanto a modelos de atención al crónico se refiere y a pesar de que todos los planes de atención a la cronicidad incluyen sistemas de evaluación de los mismos, no se han publicado hasta la

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

fecha estudios rigurosos sobre su efecto. Ante la ausencia de pruebas concluyentes sobre la eficacia de los modelos de atención al crónico, es lógico pensar que antes de implantar intervenciones para la atención de estos pacientes, tendrían que demostrar su valor. En este trabajo se analizarán las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades de la atención que actualmente se está dando al paciente crónico y a su familia por parte de la enfermera de Atención Primaria y Comunitaria en Osakidetza y más concretamente en los centros de salud de la OSI Bilbao- Basurto. Además, se discutirán otros enfoques internacionales de atención al crónico, sus puntos fuertes y débiles y a través de diferentes herramientas, se planteará de manera teórica su instauración en centros de Atención Primaria para poner a prueba el alcance de sus efectos.

OBJETIVO GENERAL:
-Investigar y describir las iniciativas y modelos más empleados a nivel internacional de atención al paciente crónico.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
-Detectar las limitaciones y fortalezas de los modelos actuales de atención al crónico empleados en Osakidetza a través de un análisis DAFO.
-Proponer líneas de mejora basadas en el estudio de los otros modelos que permitan corregir dichas limitaciones.
-Proponer, desde la teoría, el desarrollo, implementación y evaluación del nuevo enfoque en centros de AP de la OSI Bilbao- Basurto.

ANALISIS: DAFO
Debilidades:
-Modelo de atención reactivo (centrado en la agudización de la enfermedad y no en la prevención de esta).
-Rigidez del modelo actualmente empleado en la atención del paciente crónico, dificultando la implantación de innovaciones.
-Escasas o inexistentes alianzas con otros recursos de la comunidad y falta de reconocimiento al papel de la comunidad como redes de apoyo en la gestión y cuidado de los pacientes crónicos.
-División entre las competencias sanitarias y sociales
-Aumento exponencial del número de pacientes crónicos sin ser en ocasiones bien distribuidos entre el personal de enfermería: existencia de enfermeras con numerosos pacientes crónicos complejos a su cargo que no permiten una atención adecuada y más individualizada.
-Cupo de pacientes crónicos por enfermera todavía no desarrollado ni estructurado.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

-Incoherencia entre la responsabilidad y las funciones de la figura de la enfermera que describen teóricamente los modelos de atención al crónico de Osakidetza y sus competencias actuales.
-Escasa dedicación a la promoción y a la prevención.
-Información orientada al paciente y no a la unidad familiar cuidadora.
-Falta de atención al cuidador principal.
-El aumento de pacientes crónicos a cargo de cada enfermera, aunque implica una mayor carga laboral, no se encuentra incentivada, ni valorizada o remunerada de alguna manera.
Amenazas:
-Envejecimiento de la población.
-Incremento del grado de dependencia y de la discapacidad
–Cambios en los núcleos familiar con menores posibilidades de apoyo en la atención a la cronicidad (familias unipersonales, " desprendimiento familiar"...)
-Resistencia al cambio por parte de algunos colectivos profesionales
-Escasa innovación en la tecnología empleada en la comunicación, seguimiento y valoración del crónico.
Fortalezas:
-Despliegue de la estrategia de cronicidad en la CAV.
-Existencia de Programas de educación para la salud, como Paciente Activo, plan de atención a las personas mayores, programas contra el maltrato, programa de cuidados paliativos, entre otros.
-Aumento de la percepción de necesidad de cambio estratégico en la organización
-La experiencia acumulada en AP en el manejo del paciente crónico.
-La experiencia en la colaboración entre el ámbito hospitalario y atención primaria en cuanto al abordaje integral del paciente crónico se refiere.
-Desarrollo de nuevos roles de enfermería como la enfermera de enlace o de práctica avanzada que favorecen la continuidad de los cuidados trasladándolos del hospital al domicilio del paciente.
-Cultura sobre envejecimiento activo saludable en la sociedad.
-Prescripción y dispensación electrónica.
-Sistemas de información informatizados (como la historia clínica) y compartidos por todos los profesionales implicados (atención primaria y hospitalaria)
-Niveles sociosanitario y asistencial conectados a través de la historia clínica compartida, historial sociosanitario integrado en Osabide. Acceso por parte de todas las residencias públicas y privadas de País Vasco a la historia clínica del residente.

Oportunidades:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

-Desarrollo de la estrategia para Atención Primaria en Euskadi de 2019 que presenta como líneas estratégicas:

- Asignación del cupo de la enfermera/o.
- Despliegue de la consulta de enfermería: se trata de dar más competencias asistenciales a la enfermera para que de esta forma se convierta en un referente de Atención Primaria para la ciudadanía capaz de resolver determinados problemas de salud.
- Despliegue de la función de enfermera comunitaria: este aspecto es especialmente importante para favorecer el envejecimiento activo y saludable y para ello es básica la evaluación de la fragilidad y dependencia de las personas mayores, para que, en coordinación con los servicios sociales y aprovechando tanto los apoyos existentes como los activos locales, pueda proponerse un plan individualizado a la situación de la persona mayor.

-Disponibilidad de modelos de atención al paciente crónico que ya han demostrado eficiencia.

-Necesidad de incrementar la coordinación e integración de AP y AH con los Servicios Sociales.

-Fomentar alianzas con otras instituciones en acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades (ayuntamientos, comités de vecinos, asociaciones de pacientes, etc.).

-Paciente proactivo, cada vez mejor informado/ formado y participativo en las decisiones que afectan a su salud.

DISEÑO

Tras analizar la atención que se brinda al paciente crónico se ha podido comprobar que es necesaria más investigación en este ámbito y así cerciorarnos que el cuidado que se proporciona es el más vanguardista, efectivo e individualizado según la evidencia científica disponible. Siguiendo esta línea, se van a exponer otras iniciativas internacionales de atención al crónico que podrían impulsar nuevas intervenciones y replantear el cuidado que actualmente se brinda:

-Modelo de Stanford o Programa de Autogestión de Enfermedades Crónicas: su objetivo es proporcionar a los enfermos crónicos la autoeficacia, las habilidades y herramientas necesarias para manejar de manera óptima sus afecciones crónicas independientemente del diagnóstico. Está diseñado para ayudar a las personas a ganar confianza en sí mismas y en su capacidad para controlar sus síntomas y aprender cómo los problemas de salud afectan a sus vidas diarias. Es importante destacar que este programa no sustituye ni entra en conflicto con ningún otro tratamiento médico o intervención de enfermería que actualmente se preste en las consultas de atención

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

primaria o en los domicilios de los propios pacientes, si no que está diseñado para complementar dichas actividades. El modelo se basa en tres principios básicos:

- Independientemente de la condición crónica, las personas tienen desafíos similares con la autogestión.
- Las personas pueden aprender las habilidades necesarias para manejar mejor sus enfermedades día a día.
- Las personas que comprenden y toman el control de su enfermedad serán más saludables y felices.

Los temas generales que aborda el programa son, entre otros muchos: el manejo de la de frustración, fatiga, dolor y aislamiento; enseñanza de técnicas para mantener y mejorar la fuerza, flexibilidad y resistencia; manejo de medicamentos; cómo comunicarse más eficazmente con familiares, amigos y profesionales de la salud, etc. Este modelo cuenta con el respaldo de una sólida evidencia científica de más de dos décadas de estudio y ha sido implementado en una veintena de países. Su uso mejora el bienestar psicológico, la autoeficacia de los enfermos crónicos en el manejo de su enfermedad y reduce las recaídas o descompensaciones de su estado de salud. (16)

-Modelo Torbay: Este enfoque que surgió en 2005 en Inglaterra combina los servicios de atención primaria y las prestaciones sociales. Se dirige sobre todo a personas mayores de 75 años que presenten enfermedades crónicas. Esta población es atendida por 5 equipos de profesionales que se reparten a los pacientes geográficamente. Existe un sexto equipo de profesionales que se encargan de enfermos crónicos que además presentan necesidades especiales como dificultades de aprendizaje o bajo nivel socio cultural. Los equipos están formados por un enfermero y por un coordinador de servicios sociales que trabajan conjuntamente identificando las necesidades de los pacientes que son trasladadas al médico de familia. Los equipos suelen reunirse diariamente para comentar los casos más relevantes y para decidir las acciones que se llevarán a cabo con cada paciente, por ejemplo, derivaciones a rehabilitación, terapia ocupacional, etc. Este modelo ha demostrado las ventajas de integrar la atención sanitaria y social en una sola organización, como la reducción de los ingresos hospitalarios o la visita a servicios de urgencia por parte de este colectivo de pacientes. (17)

-Iniciativa Pfizer: Esta iniciativa ha surgido a mediados del año 2020 y pretende revolucionar la atención del paciente crónico a través de la telemedicina. Pfizer se ha asociado con la empresa nórdica llamada SidekickHealth para promover el bienestar de los pacientes en Europa a través de una plataforma de terapias digitales. Se combina experiencia científica y tecnologías digitales, brindando a los pacientes una nueva herramienta para ayudarlos a mantener estilos de vida saludables, mejorar el manejo de sus enfermedades y la calidad de vida, al tiempo que brinda orientación y recursos para facilitar una comunicación más fácil y rápida entre ellos y su profesional de la salud.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La plataforma brinda a los pacientes una rica experiencia de usuario, en la que se les motiva para controlar su nutrición, promover y mejorar el ejercicio, sueño, estrés y adherencia a la medicación. También reciben información educativa sobre su condición y están vinculados a una comunidad de profesionales de la salud y otros pacientes que pueden compartir conocimientos y experiencias de salud relevantes. Esta novedosa y puntera iniciativa podría complementar la atención brindada al paciente crónico en las consultas de atención primaria y convertirse en una herramienta útil para empoderar al paciente crónico en su proceso de enfermedad. No existe aún evidencia científica sobre su eficacia, por lo que se podría estudiar su utilización a largo plazo. (18)

-Programa Care Plus: surgió en 2004 y fue diseñado por el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda. La principal característica es la identificación de las personas con enfermedad crónica que requieren ser tratadas como "casos intensivos". Son los pacientes los que junto a los profesionales de salud desarrollan su propio plan de cuidado favoreciendo así la autogestión de su enfermedad y su autonomía. El programa se dirige a pacientes con cardiopatías, diabetes, enfermedades mentales y otros. Los objetivos del programa consisten en mejorar la gestión de las enfermedades crónicas haciendo que el paciente asuma un rol más activo en su cuidado, reducir las desigualdades en salud, facilitar el trabajo en equipo entre las organizaciones de atención primaria y reducir los ingresos y por lo tanto, los costes que generan este tipo de pacientes. (19)

-Modelo escocés de atención al paciente crónico: el gobierno escocés impulsó una estrategia de atención al paciente crónico llamada La Alianza. Este programa se dirige a pacientes crónicos, personas con discapacidades y a sus cuidadores principales. El programa es parte de la estrategia "Gaun Yersel" (Vé tú mismo). La alianza es un grupo de casi 3.000 asociaciones sanitarias y sociales de carácter privado que actúa como intermediaria entre los pacientes crónicos y el sistema nacional de salud escocés, con el que colabora activamente. Los objetivos de La Alianza son: asegurarse de que el paciente se encuentre en el centro del cuidado y que sus necesidades son escuchadas y atendidas de manera individual y holística; apoyar un cambio transformacional donde se trabaje con el paciente y con sus redes de apoyo como pilar fundamental para una buena gestión de su enfermedad e impulsar la evolución digital en el sector de la salud desarrollando programas como ALISS o Digital Health and Care (ambas dirigidas a facilitar la autogestión de los pacientes crónicos, por ejemplo: desarrollando aplicaciones web que permitan una revisión rutinaria de de salud online, alertas programadas en el móvil que avisen a los pacientes de tomar la medicación, etc). También se caracteriza por participar en programas europeos como El Fórum Europeo del Paciente para conocer y compartir conocimientos y experiencias que permitan brindar al paciente crónico el cuidado más vanguardista. El punto más fuerte del modelo escocés de atención al crónico es la importancia que da a que la persona siempre se encuentre en el centro de los servicios y de la atención. (20)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Wales has also identified effective chronic care as a key theme within recent health strategies.
109
There are plans to remodel services within an integrated chronic care framework over the next few year
-Método Buurtzog: creado en 2006 en Holanda por Jos De Blok, un enfermero especialista en Atención Primaria y Comunitaria. Según De Blok, el impulso que le llevó a fundar la asociación Buurtzog fue la alta tasa de rotación de personal de enfermería que tenían que sufrir los pacientes crónicos domiciliarios, la fuerte burocracia existente en torno a la gestión de estos enfermos y la despersonalización que suponía todo esto en la relación profesional-paciente. El método Buurtzog incorpora elementos novedosos e interesantes en la atención domiciliaria: respecto a su estructura, la asociación está conformada por grupos reducidos de 10-12 enfermeras comunitarias que se reparten cupos de 50-60 pacientes crónicos domiciliarios. Los profesionales se encargan de ayudar a sus pacientes a recuperar o mantener el máximo grado de independencia posible impulsando el autocuidado en su propio domicilio. Para ello, las enfermeras se hacen responsables de todas las necesidades de salud de manera holística e integral, desde desarrollar e implementar planes de cuidados individualizados, crear redes de apoyo con el vecindario, hasta programar visitas médicas según su criterio. Además, en cada grupo existe una figura llamada “coach” que orienta a los profesionales en la toma de decisiones e instruye en las habilidades necesarias para desarrollar su trabajo. No existe la figura de gestor, son los propios profesionales quienes tienen el desafío de organizar y planificar su propio trabajo. Entre los puntos fuertes de este modelo encontramos: el conocimiento total que tienen los profesionales sobre sus pacientes, el alto grado de satisfacción que presentan los pacientes al ver que todas sus necesidades de salud son atendidas, la independencia que tienen las enfermeras en la gestión de su trabajo y el ahorro económico conseguido ya que un grupo reducido de profesionales es capaz de disminuir los ingresos hospitalarios de sus pacientes. (21)

DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y EVALUACIÓN:

Una vez presentados los diferentes modelos e iniciativas internacionales, podríamos desde la teoría rediseñar o aportar nuevas líneas de mejora al modelo de atención al crónico por el que los profesionales se guían en Osakidetza y más concretamente en la OSI Bilbao Basurto. Aunque dichos modelos descritos funcionan a nivel internacional, hay que tener en cuenta que la estructura del Sistema de Salud es muy diferente al nuestro, por lo que puede que en nuestro medio no funcione de la misma manera. Por ello, es muy importante definir detalladamente las fases de la puesta en marcha del

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

proyecto de tal manera que si surgen imprevistos u obstáculos se puedan subsanar corrigiendo los pasos anteriores. La ejecución del proyecto tendría las siguientes fases:

1. Revisión de la bibliografía de los modelos propuestos.
2. Elaboración de encuestas y formularios para conocer la opinión de los pacientes crónicos con relación a la atención que reciben.
3. Creación de grupos de trabajo y grupos nominales con profesionales de enfermería y medicina de Atención Primaria y conocer así sus puntos de vista. La comunicación en este apartado se convierte en el medio de conexión y retroalimentación por excelencia. Crear canales de comunicación descendente, ascendente y transversal será clave para que el proyecto genere compromiso, involucración y proyección. Existen dos tipos de comunicación:

- Interna: intranet (encuestas online de fácil cumplimentación), organización de debates online y charlas, correos corporativos que explicasen las intenciones del proyecto, etc.
- Externa: publicidad en centros sanitarios, medios de comunicación públicos, utilización de RRSS como grupos en Facebook.

Creación de grupo Delphi con expertos en la materia: cargos directivos y subdirectivos de AP, investigadores, supervisoras de AP y JUAP con experiencia en el manejo de pacientes crónicos en el ámbito de AP.

4. Establecimiento de los objetivos generales del proyecto y los objetivos específicos además de la previsión de plazos para su consecución.
5. Elaboración de la propuesta y creación de un plan de acción mediante la información obtenida en las etapas previas.
6. Elección de 3 centros de salud de la OSI Bilbao- Basurto. Para esto, se deberá contar con los últimos datos de los cupos de pacientes crónicos que son atendidos en cada centro y se deberán elegir aquellos con mayor volumen.
7. Implementación del plan a través de un proyecto piloto que se llevará a cabo en los 3 centros de salud.
8. Seguimiento del proyecto a través de reuniones semanales con profesionales, pacientes y familiares (en el caso de menores o personas tuteladas).
9. Evaluación del proyecto: Una vez finalizado el periodo de pilotaje, la Dirección Asistencial de Atención Primaria, procederá a la evaluación del proyecto a través de indicadores cualitativos y cuantitativos, como:

- Variación en el número de consultas programadas de pacientes crónicos, comparadas con el año anterior.
- Variación del número de consultas domiciliarias a pacientes crónicos, comparadas con el año anterior.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Variación de visitas a centros de urgencia (PAC o urgencias hospitalarias) por descompensación de la enfermedad crónica, comparándolo con años previos.
- Variación de ingresos de urgencia por descompensación de la enfermedad crónica, comparándolo con años previos.
- Incremento de derivaciones sociales comparándolas con el año anterior.
- Diferencias en los resultados de la encuesta de satisfacción a pacientes y familiares, comparándolas con las encuestas iniciales que reflejaban sus expectativas.
- Diferencias en los resultados de la encuesta de satisfacción a profesionales de salud.

10. Redacción de las conclusiones del proyecto con propuestas de mejora y corrección de desviaciones no deseadas.

CONCLUSIONES:

Las enfermedades crónicas están íntimamente relacionadas con los estilos de vida por lo que la atención primaria y en especial las enfermeras de este servicio juegan un papel primordial a la hora de realizar intervenciones a dichos enfermos. A través del análisis DAFO y la presentación de otros modelos e iniciativas mundiales de la atención al crónico que se han presentado, se proponen a continuación varias líneas de mejora que se podrían aplicar a la hora de atender a dichos enfermos: desarrollo de un cupo de pacientes crónicos por cada enfermera de AP, integración total del sistema sanitario, sociosanitario y de servicios sociales de base, creando equipos transversales y específicos de trabajo con aumento de las responsabilidades y funciones de las enfermeras de AP, por ejemplo: empezar a trabajar con las redes de apoyo del paciente, implicarse en la reducción de las desigualdades en salud (incidiendo en los determinantes de salud como: el nivel económico , ocupación, ambiente laboral, nivel de culturización, equipamiento y habitabilidad del domicilio habitual, etc) , aumentar las actividades de educación para la salud, etc. Desarrollo de la Historia Clínica Sociosanitaria y de aplicaciones web punteras que complementen la atención al paciente crónico y les permita ejercer un mayor control sobre su enfermedad. Las enfermedades crónicas están adquiriendo cada vez un mayor peso en el sistema sanitario vasco y por ello, se hace necesario aumentar la investigación en este ámbito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Noncomunicable diseases [Internet]. Who.int. 2018 [cited 30 December 2020]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

2. Spain V. Siete de cada diez mayores de 65 años tiene al menos una enfermedad crónica en España, con una media de cuatro patologías por persona [Internet]. Vademecum.es. 2018 [cited 30 December 2020].Disponible en: https://www.vademecum.es/noticia-180302-siete+de+cada+diez+mayores+de+65+a+ntilde+os+tiene+al+menos+una+enfermedad+cr+oacute+nica+en+espa+ntilde+a,+con+una+media+de+cuatro+patolog+iacute+as+por+persona_11777

3. País Vasco: transformando el Sistema de Salud 2009-2012 [Internet]. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2012 [cited 30 December 2020]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf

4. Prevención de las enfermedades crónicas [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [cited 30 December 2021]. Disponible en: https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/

5. Martinez Sesmero J. Atención integral al paciente crónico en el siglo XXI. ILAPHAR (Revista de la OFIL) [Internet]. 2016 [cited 30 December 2020];(2):83-85. Disponible en: https://www.revistadelaofil.org/atencion-integral-al-paciente-cronico-siglo-xxi/

6. Miguélez- Chamorro A, Ferrer- Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. Elsevier [Internet]. 2014 [cited 30 December 2020];(24):5-11.Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862113001915?via%3Dihub

7. J Y, D E, E P, C T. A nurse-led model of chronic disease management in general practice: Patients' perspectives [Internet]. PubMed. 2021 [cited 30 December 2020]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27903043/

8. Nuño- Solinís R. Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas. Elsevier [Internet]. 2016 [cited 30 December 2020];(1):106-110.Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116300401

9. Lapeña-Moñux Y, Palmar A, Martinez O, Maciá M, Orts M, Pedraza A. La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo. Rev ROL Enfermería [Internet].

2017 [cited 30 December 2020];40(2):130-136.Disponible en: https://fcsalud.ua.es/es/portal-de-investigacion/documentos/articulos-2017/la-enfermera.pdf

10. Sánchez-Martín C. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería Clínica [Internet]. 2014 [cited 30 December 2020];24(1):79-89. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-cronicidad-complejidad-nuevos-roles-enfermeria--S1130862113001964

11. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. Atención Primaria [Internet]. 2018 [cited 30 December 2020];50(2):114-129. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6836966/

12. Kadu M, Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. BMC Family Practice [Internet]. 2015 [cited 30 December 2020];16(1). Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1186/s12875-014-0219-0#citeas

13. Nuño Solinís R. Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca. RISAI (Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada) [Internet]. 2009 [cited 30 December 2020];1(3). Disponible en: https://www.sefap.org/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Atencion_innovadora_condiciones_cronicas_2009.pdf

14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La cronicidad Una reforma clave para nuestro sistema de protección social. 2013 p. 11-14. [cited 30 December 2020]. Disponible en: http://www.tercersector.cat/sites/tercersector.cat/files/dossier_la_cronicidad._una_reforma_clave.pdf

15. Merino Hernández M, Fullaondo Zabala A, Ponce Márquez S, Anna Gine March de Manuel Keenoy E, Vergara Mitxeltorena I, Mar Medina J. Desarrollo de un modelo de atención sanitaria integrada para pacientes crónicos con necesidades complejas [Internet]. Fundación Signo. 2016 [cited 30 December 2020].Disponible en: https://www.fundacionsigno.com/archivos/Premio_modelo_2.pdf

16. Wellington M. Experiences in Establishing Physician Group Visits and Chronic Disease Self-Management Workshops. Journal of Ambulatory Care Management [Internet]. 2001 [cited 30 December 2020];24(3):10-16. Disponible en: https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Abstract/2001/07000/Stanford_Health_Partners__Rationale_and_Early.4.aspx

17.Robertson H. Integration of health and social care. A review of literature and models Implications for Scotland. Royal College of Nusing; 2011. [cited 30 December 2020]; 12-20. Disponible en: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.456.539&rep=rep1&type=pdf

18. Dodge B. A tiny startup just won a crucial deal with $175 billion drug giant Pfeizer, and it shows how apps are becoming the next frontier as Big Pharma pushes beyond pills. Bussines Insider [Internet]. 2020 [cited 30 December 2020].Disponible en: https://www.businessinsider.com/pfizer-strikes-deal-with-digital-health-startup-sidekickhealth-2020-6?r=spain

19. McAvoy B, Coster G. General practice and the New Zealand health reforms – lessons for Australia?. Australia and New Zealand Health Policy [Internet]. 2005 [cited 30 December 2020];2(1):26. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/7504138_General_practice_and_the_New_Zealand_health_reforms_-_Lessons_for_Australia

20. Long Term Conditions Alliance Scotland (LTCAS). Gaun Yersel!. Edinburgh; 2021 [cited 30 November 2020]. Available from: https://www.alliance-scotland.org.uk/wp-content/uploads/2017/11/ALLIANCE-SM-Gaun-Yersel-Strategy-2008.pdf

21. Monsen K, deBlok J. Buurtzorg Nederland. American Journal Of Nursing [Internet]. 2013 [cited 30 December 2020];113(8):55-59. Available from: https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2013/08000/Buurtzorg_Nederland.27.aspx

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 31: ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN EL HOSPITAL DE DÍA DEL INSTITUTO CLÍNICO DE MEDICINA INTERNA Y DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

AUTORÍA: MARÍA DEL CARMEN CAÑUETO VILAR

ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN EL HOSPITAL DE DÍA DEL INSTITUTO CLÍNICO DE MEDICINA INTERNA Y DERMATOLOGÍA (ICMiD) DEL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

RESUMEN

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Los hospitales de día son unidades funcionales autónomas, específicas y polivalentes, que dan asistencia a pacientes de diferentes especialidades médicas y con gran variabilidad de patologías. Estas características dificultan la adaptación de los profesionales de nueva incorporación.
Con la elaboración de planes de acogida, se intenta humanizar y ayudar a los profesionales a adquirir los conocimientos y la confianza necesaria para realizar las actividades asistenciales básicas del servicio.
Las actividades han de estar bien definidas en cuánto a responsabilidades, manera de actuar según los protocolos o guías de actuación del hospital, con unos objetivos bien definidos y con el mejor trato y soporte humano posible.
Buscar las acciones y los recursos necesarios para acompañar a los empleados, en los diferentes pasos de su carrera profesional, supone un gran reto en la gestión y organización de unidades. Que requiere trabajo y gran capacidad adaptativa, a los procesos y a las personas.
Con el objetivo de mejorar la asistencia dada y percibida, se ha de priorizar la adaptación de los nuevos profesionales en el equipo. Con la finalidad última, que repercuta en el centro de nuestra asistencia, los pacientes.

ABSTRACT

Day hospitals are autonomous, specific, and versatile functional units, which provide assistance to patients of different medical specialties and with great variety of pathologies. These features make it difficult for new onboarding professionals to adapt.
With the development of host plans, we try to humanize and help professionals acquire the knowledge and confidence necessary to carry out the basic care activities of the service.
Activities must be well defined in terms of responsibilities, how to act according to the protocols or guidelines of action of the hospital, with well-defined objectives and with the best possible human treatment and support.
Searching for the actions and resources necessary to accompany employees, in the different steps of their professional career, poses a great challenge in the management and organization of units.

It requires work and great adaptive capacity, processes, and people.
To improve the assistance given and perceived, the adaptation of new professionals in the team must be prioritized. For the ultimate purpose of our care, patients.

Palabras clave:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Gestión de personal (personal management), Enfermería (nurse), Nuevo personal (new staff), Plan (plan), Acogida (welcome) Organización y administración (organism y administratión) Administración hospitalaria (hospital administration)

INTRODUCCIÓN

Los recursos humanos (RRHH) son el eje principal de los servicios sanitarios, por ello, para una gestión eficiente, se han de acompañar en todas las fases de su vida laboral, desde la incorporación hasta el cese de su actividad.

Uno de los componentes claves de calidad es la protocolización y normalización de procesos, que se convierte en una estrategia para disminuir los riesgos en la seguridad y disminuir la variabilidad de actuación.

La sistematización e implantación de procesos de acogida a personal de nueva incorporación es una herramienta de gestión útil y un estándar de calidad. Contribuye de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, el aumento de la seguridad, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo, la buena imagen corporativa, generando un sentimiento de pertenencia y además de servir como elemento motivador, que revertirá en un aumento de la calidad y un mayor compromiso de la organización. (1)

Un buen plan de acogida ayudará al empleado a identificar los objetivos y resultados que se esperan.

Las personas que se incorporan a un nuevo puesto de trabajo pueden llegar a experimentar ansiedad, estrés, temores y cierta frustración por la falta de referencia lógica derivada del desconocimiento laboral. Además, existe un mayor riesgo de accidente laboral los primeros meses de trabajo.

La incorporación a un nuevo puesto de trabajo es un reto para los nuevos trabajadores y para los que han de acompañarlos en el proceso, cómo los coordinadores o gestores de servicio.

Se precisa un tiempo determinado para adecuarse a un nuevo puesto y conocerlo en toda su dimensión hasta controlarlo.

Las personas desean estar a la altura de lo que se espera de ellos y les gratifica que los superiores, compañeros y pacientes reconozcan y aprecien el trabajo realizado.

Este tiempo de adecuación será variable y dependerá del tipo de trabajo que se realice, de la dificultad de este, de la experiencia personal previa, de las características individuales, etc. Pero es indudable que la organización de la empresa a la hora de

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

gestionar los RRHH tiene un gran peso y puede contribuir a mejorar la adaptación de los trabajadores a la vez que facilitan el desarrollo laboral y profesional.
Los cuidados de enfermería cada vez son más complejos, tecnológicos y están en cambio continuo, lo que requiere una continua formación y adecuación.
Por ello, presento en este documento la elaboración de una guía de orientación para profesionales de enfermería de nueva incorporación en el Hospital de Día del Instituto Clínico de Medicina Interna i Dermatología del Hospital Clínic de Barcelona.
La metodología empleada para su desarrollo ha consistido en la observación y exploración del ámbito de estudio, búsqueda bibliográfica de diversas disciplinas, posterior análisis de las fuentes de información, desarrollo del proyecto y evaluación preliminar.

OBJETIVO GENERAL:

Elaborar una guía de orientación para profesionales del Hospital de Dia del Instituto Clínico de Medicina Interna y Dermatología (ICMiD) del Hospital Clínic de Barcelona, donde estén reflejados los aspectos más importantes que debe conocer.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Ayudar al proceso de socialización (adaptación, integración y satisfacción laboral) de los profesionales de nueva incorporación.
Poner en marcha un mecanismo de seguimiento y revisión de los efectos de la guía de orientación.
Estructurar la información en los protocolos, procedimientos, tareas y funciones propias del servicio, facilitando así, su asimilación y aumentando la seguridad de las acciones realizadas.
Humanizar la adaptación, asegurándonos la presentación de todo el equipo asistencial del servicio.
Fomentar desde el inicio de la relación laboral, la motivación e implicación de los profesionales en la consecución de los objetivos de la organización.

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROYECTO: SOCIAL, PROFESIONAL E INSTITUCIONAL.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El Hospital de Día del ICMiD, es un hospital de día polivalente y especializado, dedicado a realizar procedimientos generales (infusión de fármacos, extracciones sanguíneas, biopsias, etc.) a pacientes con patologías variadas, en diferentes procesos asistenciales y procedentes de distintos servicios médicos o quirúrgicos del hospital.
Toda esta variabilidad de procesos, actividades y pacientes dificulta la adaptación al personal de nueva adjudicación, que ha de aprender y controlar procesos muy específicos y variados, por la diversidad de pacientes atendidos.
Una correcta organización y gestión del Hospital de Día mejora la calidad asistencial y la satisfacción global de los usuarios y los profesionales. Para ello, se ha de definir claramente el modelo organizativo del servicio, para organizar, medir y controlar adecuadamente la actividad realizada.
Además, en el Hospital de Día del ICMiD, las prescripciones farmacológicas, las recetas y el registro de constantes vitales, no están informatizados. Lo que dificulta y enlentece el trabajo y aumenta la probabilidad de cometer errores.
Por todo ello, creemos que es imprescindible la elaboración de una guía de orientación para el personal de nueva adjudicación, ayudándoles a adaptarse al servicio y mejorando la calidad de la asistencia dada.

ANÁLISIS ESTRATÉGICO

“LA PRIMERA IMPRESIÓN ES LA QUE CUENTA”.

El objetivo de la elaboración de una guía de acogida en el Hospital de Día del ICMiD, es conseguir que, en la primera experiencia de contacto con nuestro centro, los profesionales que se incorporan se sientan bien recibidos y que, además sirva para transmitir no sólo que hacemos y cómo lo hacemos, sino que se sientan identificados con los objetivos, valores y misión del Hospital.
Por ello, trabajamos en una serie de puntos clave:
Trabajar el plan de acogida como un proceso, mejorando la definición y la planificación.
Hacer que la acogida sea flexible y adaptada a los diferentes colectivos/institutos/servicios, que sea evaluable y actualizable.
Institucionalizar elementos internos como ahora la figura de los mentores de acompañamiento, reconocidos internamente, de forma que la acogida vincule emocionalmente al profesional con el hospital
Introducir herramientas digitales que faciliten l’on-boarding.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El Hospital Clinic de Barcelona es una institución sanitaria de alta especialización y tecnología, reconocida por sus niveles de excelencia y calidad en los ámbitos de la asistencia, la investigación, la innovación y la docencia.
Nuestros profesionales cuidan del respeto y la calidad humana en el trato con el usuario, identificándose con los valores fundamentales de la institución como son el compromiso, la implicación, la participación, entre muchos otros, que hacen que las personas sean nuestro activo más valioso.
El Hospital Clinic de Barcelona es un hospital público, universitario, dual (comunitario y de referencia), con voluntad de promover alianzas en red y ser líder, con vocación de excelencia en la asistencia centrada en el paciente, en la investigación y la innovación como motor del cambio i en la docencia.
Doble:
Hospital público comunitario, por su población de referencia (Barcelona Esquerra con más de 300 mil habitantes).
Hospital de referencia, de complejidad media y alta y terciario para Barcelona Esquerra, para el resto de Cataluña (según la sectorialización patológica definida), así como España e internacionalmente.
Líder con el objetivo de promover alianzas en red:
Líder en la creación de alianzas estratégicas con otros proveedores de los diferentes niveles de atención de Barcelona Esquerra, debido a problemas frecuentes y crónicos en el territorio.
Debido a la complejidad media y alta, promover alianzas con hospitales de otros territorios según la sectorización de patologías definidas, concentrando en el Hospital Clínic los procesos que requieren una tecnología o habilidades técnicas más especializadas.
A nivel internacional, líder en la creación de sindicatos con los mejores hospitales y universidades en las líneas más innovadoras.
Con vocación de excelencia en la atención centrada en el paciente:
Despliegue de unidades multidisciplinarias en torno a patologías, evolución de los sistemas de información hacia un mayor apoyo a la toma de decisiones clínicas y, asegurando la toma de decisiones basadas en la evaluación de los resultados sanitarios.
Evolución de la medicina reactiva hacia la Medicina Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa (P4).
Transformando la práctica sanitaria, destacando la evolución de los roles profesionales. Por ejemplo, el despliegue de nuevos roles profesionales y competencias con un papel clave en la enfermería en áreas como la atención del paciente enfermo crónico.
Universidad: La Universidad de Barcelona, líder en investigación e innovación y docencia, y como agente de progreso socioeconómico:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Investigación e Innovación como motor de cambio para mejorar la calidad de la atención. Promover la excelencia en la investigación, la base del despliegue de la innovación, como elemento clave para lograr resultados sanitarios óptimos.
Enseñar excelencia para formar a los mejores profesionales. El despliegue de la excelencia docente es clave en la incorporación de profesionales de calidad y como referente en la formación de postgrado.
Con amplia participación de profesionales, asegurando su implicación en la gestión y gobernanza, creando mecanismos de rendición de cuentas con transparencia a los diferentes grupos de interés, tanto internos como externos, y especialmente profesionales y el Departamento de Salud y garantizando el equilibrio económico del Hospital, y promoviendo la obtención de fuentes de financiación complementarias a las de la actividad pública.
El servicio del ICMiD está compuesto por 6 departamentos: Medicina Interna, Enfermedades Autoinmunes, Dermatología, Enfermedades Infecciosas, Medicina Preventiva y Epidemiologia y Salud Internacional.

MATRIZ DAFO

En el análisis realizado mediante la matriz DAFO (figura 1) refleja cuales son las fortalezas y oportunidades con las que cuenta este proyecto, frente a las debilidades y amenazas tanto externas como internas, que trataremos de paliar en su desarrollo. Siendo conscientes que no es posible controlar todas las variables que pueden intervenir en el proceso.

ANÁLISIS INTERNO

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Apoyo de la dirección del ICMiD Protocolos y guías unificados de actuación Voluntad de mejorar Flexible y adaptable Aumenta la satisfacción Aporta eficacia y seguridad asistencial	Sensación de sobrecarga de trabajo y falta de organización Prescripciones no informatizadas Variedad de perfiles profesionales Entorno complejo y dinámico Renovación periódica

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Acto cotidiano	

ANÁLISIS EXTERNO

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Crecimiento de la población, incremento de la actividad Población regresiva, mayores necesidades de atención sanitaria Reestructurar la unidad Humanización en la recepción del nuevo personal. Motivar al personal Accesibilidad externa Mejora la imagen corporativa Valorar mejor los recursos humanos del servicio	Tiempos variables de adaptación Precisa actualización constante por ámbito asistencial cambiante. Políticas de contratación

Tabla 1. Matriz DAFO

ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE ORIENTACIÓN PROFESIONAL EN EL HOSPITAL DE DIA DEL ICMiD

La guía ha se ser un soporte fundamental en el proceso de acogida. Ha de aportar la información general necesaria sobre todas las actividades asistenciales que se llevan a cabo en el servicio, basándose en los protocolos estandarizados del hospital.

No servirá únicamente en la acogida, sino que se ha de convertir en un documento de consulta para el personal que vaya a realizar asistencias puntuales. Por ello, ha de contener toda la información específica para cada categoría profesional.

Ha de ser de fácil lectura, con un lenguaje claro y comprensible.

De manera paralela a la aplicación de esta herramienta, se realizarán entrevistas con el coordinador del servicio, una previa al inicio de su actividad si es posible o en su defecto, el primer día de trabajo. De manera protocolizada se establecerán otras entrevistas: a

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

los 15 días de haber iniciado, al mes y después, se consensuará con el profesional la cadencia que considera necesaria para la continuidad del proceso de adaptación. Se aprovecharán estas entrevistas para reforzar los puntos fuertes del profesional e intentar buscar medidas y recursos para mejorar las carencias.

Las entrevistas han de ser semiestructuradas, con un saludo inicial, una presentación del servicio definiendo los objetivos, el ámbito laboral habitual y ubicar al profesional en espacio. Y después, dejar un tiempo abierto a que el profesional se presente y manifieste sus inquietudes y dudas.

La guía de orientación siempre será un complemento de la entrevista personal al servicio, jamás la sustituirá.

Además, los primeros días el profesional estará acompañado de otro compañero, que le acompañará en los primeros días de contacto con la unidad, para explicarle, ubicarle, enseñarle y presentarle al resto del equipo. Los días que pueda optar a este recurso, vendrán determinados por las circunstancias de personal del instituto y las necesidades personales del profesional.

PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA A PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

DEFINICIÓN

Proceso de actuaciones planificadas destinadas a recibir, acoger y facilitar la integración laboral de los profesionales de nueva incorporación.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Trabajadores de nueva incorporación dependientes de la Dirección de Enfermería del Hospital Clínic de Barcelona.

PERSONAL IMPLICADO

Enfermeras

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Técnico Auxiliar de Enfermería

DISEÑO

El plan de acogida ha de recopilar toda la información necesaria para facilitar la adaptación y el aprendizaje de las actividades diarias que se realizan en el Hospital de Día del ICMiD, para evitar carencias, en su elaboración seguiremos una guía metodológica básica, adaptándola a las necesidades del servicio. (1)

PRESENTACIÓN	Introducción de bienvenida a todo el personal de nueva incorporación al servicio.
INTRODUCCIÓN	Explicación de las características y ventajas básicas de la Hospitalización diurna. Y de los departamentos que conviven y trabajan, en el mismo espacio.
MISIÓN, VISIÓN Y VALORES	Misión, visión y valores, que guía el Hospital de Día del ICMiD.
CARTERA DE SERVICIOS	Actividades y recursos que ofrece actualmente el Hospital de Día del ICMiD.
OBJETIVOS	Definición de los objetivos que dirigen nuestras acciones día tras día.
UBICACIÓN/ESTRUCTURA FÍSICA	Explicación de la estructura física del servicio, distribución y ubicación.
ORGANIGRAMA	Organigrama de los representantes de la dirección del ICMiD y el personal que trabaja diariamente en Hospital de Día del ICMiD.
PROFESIONALES	Presentar los profesionales que forman y definen el servicio, cada uno con sus horarios establecidos. Al ser posible con fotos personalizadas, siempre y cuando se obtenga el consentimiento de los profesionales.
DESCRIPCIÓN ORGANIZATIVA DE LA UNIDAD/PROCEDIMIENTOS	Explicación de las actividades, acciones diarias que se realizan en el Hospital de Día del ICMiD, subdivididas por especialidades médicas y sus profesionales.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

	Todas las actividades asistenciales van guiadas por los protocolos y las guías normalizadas de trabajo del Hospital Clínic. Definiendo las responsabilidades que ha de asumir cada profesional. Hacer accesibles los protocolos, guías y webs de interés. Elaboración de trípticos para esquematizar los procedimientos más rutinarios, con la finalidad de mejorar la seguridad.
ANEXOS/BIBLIOGRAFIA	Protocolos normalizados de trabajo, guías de práctica clínica, información de interés general.
SALUD LABORAL	Información general de cómo actuar en caso de accidente y riesgos específicos del servicio.
NORMATIVA	Derechos y deberes de los pacientes y trabajadores.
EVALUACIÓN	Evaluar progresivamente la adaptación del personal de nueva adjudicación y la consecución de los conocimientos básicos para realizar una atención de calidad y segura. Valorar la satisfacción del personal a esta herramienta, realizando modificación gracias al feedback de los profesionales. Actualizar frecuentemente la guía, introduciendo nuevas actividades asumidas por el servicio.

Tabla 2. Guía metodológica para la confección de la guía de acogida del Hospital de Día del ICMiD.

GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVAINCORPORACIÓN EN EL HOSPITAL DE DÍA DEL INSTITUTO CLÍNICO DE MEDICINA INTERNA Y DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

Todo el servicio del Hospital de Día de l'ICMiD le damos la bienvenida, donde esperamos que pueda desarrollar su trabajo profesional de una manera agradable y satisfactoria, enriqueciendo su experiencia y conocimiento profesional.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En esta guía encontrarás los conocimientos básicos para llevar a cabo tu actividad laboral diaria, de forma segura y eficiente, a partir de definir todas las actividades en función de los protocolos normalizados actuales del Hospital Clínic.

Al final encontrará anexos y enlaces de interés, donde podrá ampliar la información sobre los diferentes temas.

Todo el equipo que constituye el Hospital de Día ICMiD está a su disposición para acompañarlo y aclarar sus dudas.

¡BIENVENIDO AL EQUIPO!

HOSPITAL DE DIA DE L'ICMiD

"Hospitalización diurna" (HDD) significa atención hospitalaria durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigación clínica y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos, pero que no justifican la estancia hospitalaria completa.

El paciente es hospitalizado durante un período específico de horas, durante el cual recibe todos los tratamientos especializados (terapias de dispositivos, pruebas, tratamientos, control de pruebas postdiagnósticas, etc.) por personal especializado que requiere monitoreo o dispositivos médicos que deben ser tratados dentro de los centros médicos y al final de la atención el paciente regresa a casa.

La hospitalización diurna como modalidad de atención ha tenido un desarrollo considerable dentro del Sistema Nacional de Salud en los últimos años, aumentando significativamente la eficiencia en la atención al paciente, evitando los ingresos hospitalarios no estrictamente necesarios.

En el Hospital de Dia del ICMiD conviven cuatro especialidades médicas: Medicina Interna, Enfermedades Autoinmunes, Dermatología y Enfermedades Infecciosas, excluyendo VIH, ya que el hospital dispone de un Hospital de Día para pacientes VIH.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Figura 1. Especialidades médicas del Hospital de Dia del ICMiD.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

La Medicina Interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención. (1)

SERVICIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Las enfermedades autoinmunes son un grupo de afectaciones de causa desconocida, pero en las cuales se producen unas alteraciones del sistema inmunitario que generan un ataque a uno o más órganos del propio cuerpo. Actualmente se conocen más de 110 enfermedades de este tipo y algunos estudios epidemiológicos estiman que más del 10% de la población padece alguna. En unas 40 de estas enfermedades se produce un ataque generalizado a todo el organismo y son definidas como enfermedades autoinmunes sistémicas. Estas presentan manifestaciones clínicas floridas que se traducen en la afectación simultánea o sucesiva de la mayoría de los órganos y sistemas y tienen como marcadores biológicos varios anticuerpos.

SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

La dermatología es una especialidad médica, cuyo objetivo es el estudio de las enfermedades de la piel, mucosas y anexos cutáneos. Su actuación está orientada, por

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

un lado, el conocimiento de la estructura y funciones de la piel normal, y por otro, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a este órgano sin olvidar todas las manifestaciones cutáneas de otras enfermedades.

El tratamiento integral de las enfermedades de la piel incluye, aparte de aspectos médicos, los quirúrgicos, y por ello, la Dermatología está considerada una especialidad médico-quirúrgica.

SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Las enfermedades infecciosas son un grupo muy numeroso de afectaciones causadas por organismos vivos que van desde virus ultramicroscopios hasta gusanos o artrópodos visibles, pasando por bacterias, hongos y protozoos. Las enfermedades infecciosas han estado, y en muchos países siguen siendo, la causa más frecuente de mortalidad.

MISIÓN

Mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, centrando nuestra atención en los pacientes, ofreciendo servicios sanitarios excelentes y gracias a, profesionales altamente cualificados.

Cuidar con respeto y profesionalidad.

Colaborar con atención primaria, atención sociosanitaria, etc. para garantizar una atención integral del paciente.

VISIÓN

Ser reconocidos como referentes para la prestación de cuidados, a nivel nacional e internacional, desde la perspectiva asistencial, docente e investigadora.

Intentar mejorar el sistema sanitario actual, promoviendo la innovación e incorporando nuevas tecnologías.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

VALORES

Los valores que han de guiar nuestra práctica profesional son: el humanismo (el respeto, la participación y la confianza), la colaboración interdisciplinar, el rigor científico y la excelencia del cuidado.

CARTERA DE SERVICIOS

Procedimientos terapéuticos: Administración de fármacos endovenosos, subcutáneos, intramusculares, nebulizados, transfusión de componentes sanguíneos, extracciones sanguíneas, realización de curas de lesiones o úlceras, tratamientos cutáneos líquidos, tratamientos de fototerapia, terapia fotodinámica y terapia fotobiológica, etc.

Procedimientos diagnósticos-terapéuticos:

Paracentesis evacuadoras, toracocentesis, punción lumbar, biopsias cutáneas, biopsias de músculo, biopsias de arteria temporal, etc.

Observación tras la realización de procedimientos diagnósticos:

Reposos después de ecobroncoscopias, fibrobroncoscopias, ultrasonografía endoscópica (USE) con punción aspirativa con aguja fina (PAAF) de páncreas, ecoendoscopias más PAAF, etc.

Realización de consultas a demanda:

Unidad de diagnóstico rápido (UDR), paciente crónico complejo (PCC), visitas de valoración de alteraciones cutáneas secundarias a tratamientos oncológicos (toxoonco), etc.

Educación sanitaria:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Empoderamiento del paciente para que puedan auto realizarse los tratamientos subcutáneos, adiestramiento para la autoadministración de inmunoglobulinas subcutáneas, educación sanitaria con contenidos de prevención, ayudando a la adquisición de hábitos saludables, dar soporte psicológico y social, etc.

Realización de ensayos clínicos:

Realización de ensayos clínicos del servicio de medicina interna, del servicio de enfermedades autoinmunes, del servicio de dermatología y del servicio de infecciones.

OBJETIVOS DEL HOSPITAL DE DÍA DEL ICMiD

- Permitir compaginar a los pacientes y sus cuidadores compaginar el tratamiento con sus actividades laborales o domésticas.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas.
- Minimizar el impacto emocional de la hospitalización convencional.
- Prevenir futuras hospitalizaciones.
- Favorecer la educación sanitaria y el manejo de la enfermedad tanto al paciente como a su familia y/o cuidadores.
- Facilitar una forma de acceso ágil a la atención especializada.
- Facilitar las altas hospitalarias precoces derivando al Hospital de Día el seguimiento inmediato posterior.
- Permitir que las complicaciones y reagudizaciones de las patologías crónicas, tengan una atención integral.
- Facilitar el acceso a las pruebas de alta complejidad y a tratamientos de alto coste, sin sumarle los costes propios de la hospitalización convencional.
- Reducir los potenciales efectos adversos inherentes a la hospitalización convencional, como las infecciones nosocomiales.
- Programar los tratamientos de forma más directa y flexible, tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios.
- Fomentar el trabajo en equipo de forma interdisciplinar.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Reducir las listas de espera y las demoras para ciertos procedimientos.
- Disminuir el gasto sanitario.

UBICACIÓN:

El acceso principal del Hospital de Dia de l'ICMiD, está ubicado en la escalera 3 4 planta del Hospital Clínic.

Al entrar, encontramos la primera zona de atención al paciente, dónde habitualmente hay dos administrativas que se encargan de realizar múltiples tareas para organizar las agendas de programación de los pacientes y asegurar el buen funcionamiento del servicio. Realizan un trabajo muy dinámico e imprescindible cómo atender a los pacientes, contestar al teléfono, programar pruebas o citaciones, realizar las modificaciones oportunas, contactar con los médicos responsables si es preciso, tramitar ambulancias, etc.

El control administrativo, es el nexo de dos pasillos paralelos, en los cuáles está distribuido el servicio.

Pasillo derecho

Lo primero que hay, es un pequeño almacén con material básico para la realización de la actividad diaria.

Después el control de enfermería y anexo a él, la zona de relax (una pequeña cocina) y enfrente la zona de tratamientos compuesta actualmente por 4 butacas y dos salas contiguas que disponen de una butaca y una cama cada una, para la realización de curas, reposos post pruebas diagnósticas, tratamientos endovenosos o extracciones sanguíneas.

A continuación de estas habitaciones, encontramos dos habitaciones que disponen de una bañera cada una, para la realización de tratamientos líquidos dermatológicos.

Un poco más adelante, nos topamos con otra entrada al servicio, accediendo por la escalera 1 del hospital.

Pasando la entrada a mano izquierda, hay un pequeño lavabo para los pacientes y al lado de él, la zona sucia del servicio, dónde se limpia el material y se almacenan los residuos.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Al lado encontramos un pequeño despacho, dónde trabaja un equipo de dermatología que se dedica exclusivamente a llevar a cabo diversos estudios clínicos dermatológicos.

En el lado izquierdo del mismo pasillo, de manera contigua al control de enfermería encontramos 6 consultas, donde se realizan visitas médicas o actividades asistenciales conjuntas con enfermería y auxiliares de enfermería.

Pasillo izquierdo

Entrando al servicio a mano izquierda encontraremos un departamento asistencial exclusivo del Servicio de Dermatología.

Lo primero que encontramos, es un pequeño control de enfermería, seguido de un lavabo para el personal asistencial.

Después hay 7 habitaciones con diversa maquinaria para la realización de confocal, fototerapia, terapia fotodinámica y terapia fotobiológica. (Ver siguiente figura)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

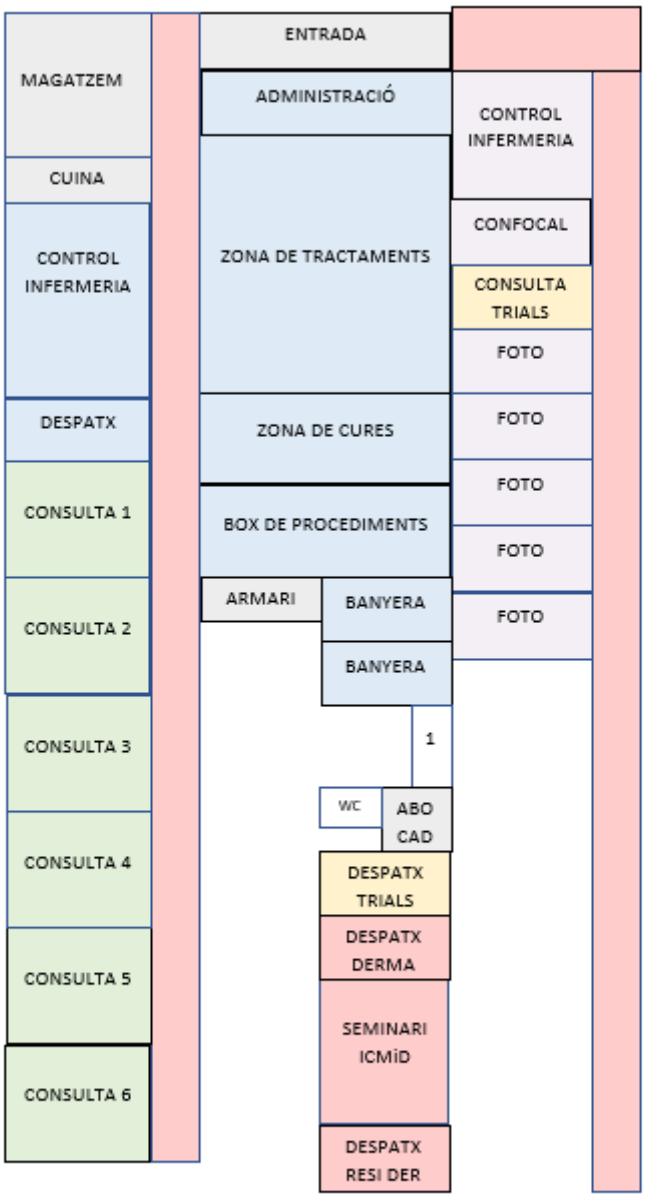


Figura 2. Plano del Hospital de Día del ICMiD.
1.Entrada por la escalera 1.
FOTO. Habitaciones para la realización de fototerapia, terapia fotodinámica y terapia fotobiológica.

15

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ORGANIGRAMA

DIRECCIÓN DEL ICMiD

Figura 3. Organigrama de la dirección del ICMiD y el personal asistencial del Hospital de Día del ICMiD.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

EQUIPO ASISTENCIAL ACTUAL DE L'HOSPITAL DE DIA ICMiD

Personal administrativo
Rosa María Aceituno, administrativa. (aceituno@clinic.cat/ext.2018)
Eva Ubarti, administrativa. (eubarti@clinic.cat/ext.2018)

Personal de enfermería
Montse Amigó enfermera fija del servicio. (mamigo@clinic.cat/ext.2125)
Núria Moragas personal fijo del hospital cubriendo una plaza vacante hasta convocatoria y resolución. (nmoragas@clinic.cat/ext.2125)
María del Mar Guillen personal fijo del hospital cubriendo una plaza vacante hasta convocatoria y resolución. (mguillec@clinic.cat/ext.2125)
Las tres con horario asistencial de 8-15:30h de lunes a viernes
Anna Pahisa personal fijo del hospital cubriendo una plaza vacante hasta convocatoria y resolución, con horario de 9:30 a 18h. (apahisa@clinic.cat/ext.2125)
Mercé Raventós personal fijo del servicio con horario de 11:30 a 20h.(mravento@clinic.cat/ext.2125)
Roser Ventura personal suplente del hospital, con horario de 11:30 a 20h. (ventura@clinic.cat/ext.2125)
Mª Jesús Morán técnico auxiliar de enfermería, personal fijo del servicio con horario de 8-15h. (mmoran@clinic.cat/ext.2125)
Con esta distribución horario, podemos asegurar la asistencia desde las 8h hasta las 20h.
María del Carmen Cañueto coordinadora en funciones, personal fijo del hospital cubriendo una plaza vacante hasta convocatoria y resolución. Con horario de 8 a 16:30h. (mcanueto@clinic.cat/380632)

Personal médico

Médicos del servicio de medicina interna.
Dr. Alfons Lopez, consultor senior (alopez@clinic.cat/381265)
Dr. Xavier Bosch, coordinador del Hospital de Día del ICMiD (xavbosch@clinic.cat/380474)
Dr. Miguel Camafort, consultor senior (camafort@clinic.cat/380870)
Dra. Cristina Sierra, consultora (csierral@clinic.cat/380458)
Dr. Josep M. Grau, consultor senior (jmgrau@clinic.cat)
Dr. Ramon Estruch, consultor senior (restruch@clinic.cat/380703)
Dr. Emilio Sacanella, consultor senior (esacane@clinic.cat/380402)
Dr. José Milisenda, especialista (jcmilise@clinic.cat/380705)
Dr. Pedro Moreno, especialista (pjmoreno@clinic.cat/380837)
Dr. Joan Padrosa, especialista (padrosa@clinic.cat)
Dr. José Naval, residente (jnaval@clinic.cat)

Médicos del servicio de enfermedades autoinmunes.
Dr. Ricard Cervera, consultor (rcerveral@clinic.cat/380328)
Dr. José Hernández, consultor (jhernan@clinic.cat/380809)
Dra. Maria Cinta Cid, consultora senior (mccid@clinic.cat/380808)
Dr. Manel Ramos, consultor (mramos@clinic.cat/380406)
Dr. Gerard Espinosa, consultor (gespino@clinic.cat/380320)
Dr. Sergio Prieto, especialista (sprieto@clinic.cat/380541)
Dr. Georgina Espígol, especialista (gespigol@clinic.cat)
Dr. Roberto Ríos, especialista (rrios@clinic.cat)
Dra. Gema Lledó, especialista (gmlledo@clinic.cat/380900)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Médicos del servicio de dermatología
Dra. Susana Puig, consultora senior (spuig@clinic.cat)
Dr. Josep Malvehy, consultor senior (jmalvehy@clinic.cat)
Dr. José Manuel Mascaró, consultor senior (mascaro@clinic.cat/380372)
Dra. Pilar Iranzo, consultora senior (piranzo@clinic.cat)
Dr. Josep Riera, especialista (jriera@clinic.cat)
Dra. Paula Aguilera, especialista (paguile@clinic.cat)
Dra. Cristina Carrera, especialista (ccarrera@clinic.cat)
Dra. Priscila Giavedoni (pgiavedo@clinic.cat)
Dra. Irene Fuertes (ifuertes@clinic.cat)
Dr. Agustí Toll, consultor senior (atoll@clinic.cat/380664)
Dr. Xavier Miquel Bosch (xmbosch@clinic.cat)

Médicos del servicio de infecciones
Dr. Alex Soriano, consultor senior (asoriano@clinic.cat/380106)
Dra. Celia Cardozo, especialista (ccardoz@clinic.cat/381284)
Dra. Verónica Rico, especialista (rico@clinic.cat)

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN EL HOSPITAL DE DIA ICMiD

Las enfermeras del Hospital de Día rotarán mensualmente por las diferentes áreas de tratamiento.

Zona de tratamientos, dónde se realizan extracciones sanguíneas, administración de tratamientos endovenosos, subcutáneos, intramusculares, nebulizaciones, etc.

Zona de curas, dónde se realizan curas de úlceras o lesiones de diferentes patologías. Las más habituales son las curas de úlceras en extremidades inferiores tanto venosas como arteriales.

Zona de procedimientos, dónde se realizan técnicas diagnósticas y de tratamiento, como toracocentesis, paracentesis, punciones lumbares, etc. Esta área también se utiliza para el reposo inmediato y transitorio, de pruebas diagnósticas realizadas en otros departamentos a los pacientes del instituto del ICMiD.

Zona de fototerapia, dónde se realizan tratamientos de fototerapia, terapia fotodinámica y terapia fotobiológica.

SOLICITUD DE DIETAS

Todo aquel paciente que acuda al Hospital de Día ha realizarse un tratamiento relativamente largo (>4 horas) y éste, se realice dentro del horario de comidas del hospital, se les pedirá una dieta adecuada a sus necesidades.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La solicitud de las dietas se ha realizar a primera hora de la mañana. Se revisan los tratamientos del día y se determina, a qué pacientes se les va a pedir dieta.

Si los pacientes ya están presentes en el Hospital de Día (activados) se realiza la petición convencional a cocina.

Si, por el contrario, todavía no han llegado al Hospital de Día, entonces se ha de realizar un mail dirigido a: PEDIDOS ALIMENTACIÓN pedialil@clinic.cat, indicando:

- Nombre del paciente y dieta solicitada. (XXX General blanda sin sal)
- Unidad y ubicación (Hospital de Día del ICMiD escalera 3 4 planta)

Si algún paciente es derivado de las consultas médicas y se le realiza el tratamiento de imprevisto, entonces se ha de llamar a cocina ext.2356 y solicitar verbalmente una dieta de ingreso.

TAREAS ADMINISTRATIVAS BÁSICAS

ACCESO A LA AGENDA

Una de las herramientas más importantes para el buen funcionamiento y control de l'Hospital de Dia de l'CMiD, es la agenda de los pacientes.

Gracias a ella controlamos que pacientes vendrán a ser atendidos, de qué especialidad médica son, a que tratamiento vienen, a la hora que vendrán, si han llegado, etc.

Lo que implica dominar una serie de tareas administrativas. Entre ellas está el acceso informático a la agenda a través de SAP.

Para acceder a la agenda primero, hemos de entrar a SAP sanitat.

Indicar nombre de usuario y contraseña.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Figura 4. Acceso a SAP.

Entrar en puesto de trabajo clínico.

Figura 5. Puesto de trabajo clínico.
Acceder a HCPB-C.EXT.MED.
Ocupación de

salusplay

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

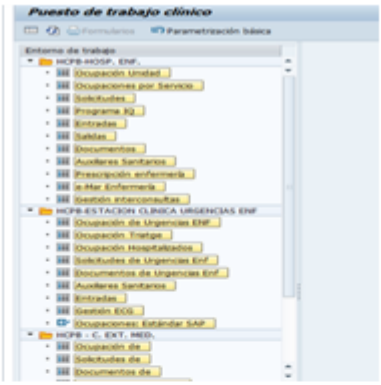


Figura 6. Ocupación de.

En Cons/ServPrest hemos de introducir las siguientes codificaciones: MDIHD, MASHD, DERHD Y INFHD.
En Sala hemos de introducir las siguientes codificaciones: TRACT1, TRACT2, TRACT3, TRACT4, TRACT5, TRACT6, TRACTIM, ULCERES1, ULCERES2, BANYERA1, BANYERA2, BIOPSIES, BIOPDER, DERFOTO, DERHD2 Y DERHD5.
Por defecto, saldrá la fecha actual, que se tendrá que modificar si se quiere visualizar la agenda de días posteriores.

Figura 7. C.Ext. Med.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

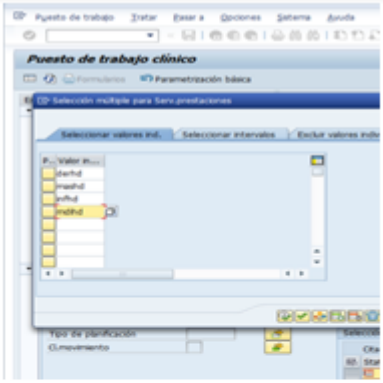


Figura 8. Cons/ServPrest.

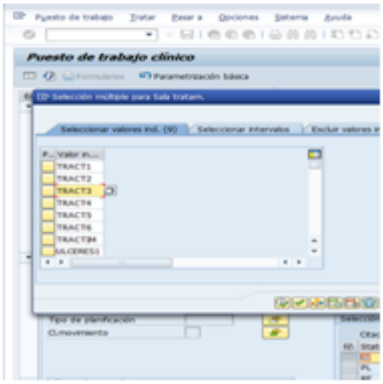


Figura 9. Sala.

De esta manera habremos filtrado la agenda de enfermería del Hospital de Día de l'ICMiD.
Estas codificaciones van asociadas a las diferentes organizaciones médicas y el tipo de tratamiento que se realiza, tal y cómo se define en la siguiente tabla.

UNIDAD ORGANIZATIVA MÉDICA	CÓDIGO DE TRATAMIENTO	TRATAMIENTO
DERHD (DERMATOLOGÍA) MASHD (ENFERMEDADES AUTOINMUNES) MDIHD (MEDICINA INTERNA) INFHD (ENFERMEDADES INFECCIOSAS, NO VIH)	TRACT1 TRACT2 TRACT3 TRACT4 TRACT5 TRACT6 TRACTIM	TRATAMIENTOS ENDOVENOSOS SUBCUTÁNEOS INTRAMUSCULARES
DERHD	BANYERA1 BANYERA 2	BAÑO TERAPÉUTICO
DERHD	ULCERES 1	CURAS

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

	ULCERES 2	
DERHD	DERFOTO DERHD2 DERHD5	FOTOTERAPIA FOTODINAMIA FOTOBIOLOGIA
MDIHD MASHD DERHD	BIOPSIES	BIOPSIAS: MÚSCULO ARTERIA TEMPORAL GLÁNDULA SALIVAR CUTÁNEAS
DERHD	BIOPDER	BIOPSIAS CUTÁNEAS

Tabla 3. Codificaciones SAP del Hospital de Día del ICMiD.

SOLICITUD DE PLANIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS

Muchos de los pacientes que acuden al Hospital de Día del ICMiD, son pacientes crónicos que precisan tratamientos con una periodicidad establecida por su médico responsable (cada 15 días, una vez al mes, cada 6 meses, etc.)
Por ello, cuando vienen a realizarse el tratamiento, ya se les programa el próximo. De esta manera, se consensua con el paciente día y hora.
Para poder programar los tratamientos, que lo realizan nuestras administrativas del Hospital de Día, previamente se ha de realizar una transacción que se denomina: solicitud por el pool.
Para realizar una solicitud por el pool, primero se ha de acceder a SAP (Figura 4, 5, 6)
Una vez dentro, clicar Consulta Externa Paciente.

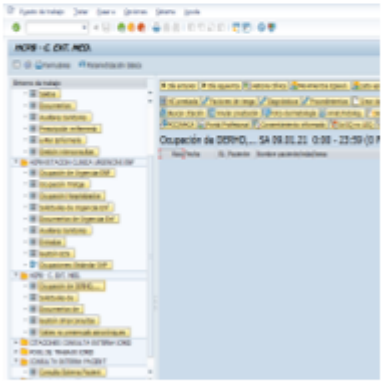


Figura 10. HCPB. C.EXT. MED

Indicar en ConsExt/ServPrest (Figura 7) ICMID y en paciente introducimos el número de historia clínica.
Entonces visualizaremos en la pantalla Pool de Solicitudes CEX del paciente clicaremos a solicitudes ambulantes.

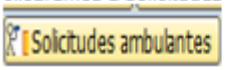


Figura 11. Solicitudes ambulantes.

Una vez dentro de la solicitud, indicaremos: tipo de cita (hospital de día), especialidad médica (MDI, MAS, DER o INF) servicio que se le va a prestar (tratamiento, cura, fototerapia, etc.), cuando queremos que se realice (en un día, un mes, tres meses) y finalmente en la última pestaña indicar CONTROL.

Para facilitar la tarea administrativa, en la nota administrativa indicamos, tratamiento que queremos programar, que día, a que hora, cuánto dura y de qué especialidad

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

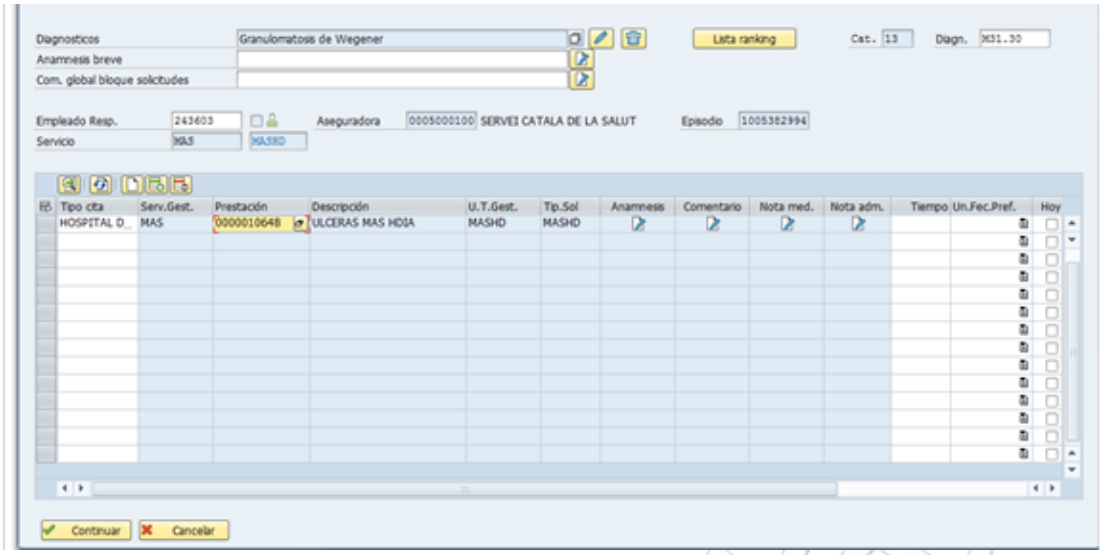


Figura 12. Solicitud de programación por pool del paciente.

Finalmente, cliclaremos continuar, para confirmar la transacción.

TRATAMIENTOS HABITUALES ADMINISTRADOS EN EL HOSPITAL DE DIA DEL ICMID, EN LA ZONA DE TRATAMIENTOS

En el Hospital de Dia de l'ICMiD se administran fármacos muy diversos y específicos del servicio, por ello requieren un conocimiento actualizado sobre ellos, para asegurar una administración segura y eficaz.

La administración endovenosa es la más habitual y los fármacos endovenosos que actualmente estamos administrando son:

AC. ZOLEDRÓNICO

El ácido zoledrónico es un fármaco hipocalcemiante e inhibidor de la reabsorción ósea. Habitualmente el 50% de la dosis administrada se une al hueso.

Indicaciones terapéuticas.

Prevención de eventos relacionados con el esqueleto (fracturas patológicas, compresión medular, radiación o cirugía ósea, o hipercalcemia inducida por tumor) en pacientes adultos con neoplasias avanzadas con afectación ósea.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Tratamiento de pacientes adultos con hipercalcemia inducida por tumor (HIT)

Forma de administración

Vía intravenosa

Ácido zoledrónico se administra diluido en 100 ml de cloruro sódico al 0'9% (la medicación ya sube diluida).

La infusión tiene una duración mínima de 15 min, administrándolo habitualmente entre 20 a 30 minutos, si se cumplen todos los criterios de administración normal.

No requiere filtro ni protegerlo de la luz.

Al ser un fármaco biopeligroso, se ha de administrar con sistema de protección, para no entrar en contacto con el fármaco y la colocación de guantes de nitrilo, gafas de protección y FFP2/FFP3.

Previa a la administración, se ha de extraer una analítica para valorar los niveles de calcio, 25-OH vitD y función renal.

Se ha de descartar la hipocalcemia (calcio normal 8'5-10'5 md/dL)

Vitamina D 25-hidroxi-vitamina D3, en suero ha de ser superior a 20ng/mL.

El filtrado glomerular ha de ser normal. Si es < 30 no se puede administrar y si está entre 40-60 se podría administrar en una hora o hora y media. Al eliminarse por el riñón, se recomienda beber 1'5 litros el día anterior al tratamiento y durante el mismo día de la administración, para favorecer su eliminación. Evitando la sobrehidratación en pacientes con riesgo de insuficiencia cardíaca.

Antes de iniciar la primera administración es aconsejable realizar una revisión bucodental exhaustiva y a posterior, se ha de mantener una higiene bucodental adecuada debido a la posibilidad de la aparición de una osteonecrosis maxilar, en pacientes oncológicos.

Efectos adversos.

Cuadro pseudogripal, para prevenir el cuadro se recomienda tomar 1gr de paracetamol a las 4h de la infusión y continuar los dos días posteriores de la administración con una pauta de 1 gr de paracetamol cada 8 horas.

Reacciones locales en el punto de inserción.

ALPROSTADILO (SURGIRAN)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Cada vial contiene 20 microgramos de alprostadilo.

Alprostadilo es la prostaglandina E1, cuyas propiedades hemodinámicas y de acción antiagregante plaquetaria fundamentan su utilización en el tratamiento de la enfermedad vascular periférica severa.

Indicaciones terapéuticas.

Está indicado para el tratamiento sintomático de la arteriopatía oclusiva arterioesclerótica de miembros inferiores en estadio III y IV de Leriche-Fontaine, excluyendo a los pacientes candidatos a amputación.

Forma de administración.

La dosis variará según la indicación terapéutica. Normalmente se realizan 3 semanas de tratamientos consecutivas (15 días) y después el médico, valora si la continuación de este es beneficiosa o no, para el paciente. Y el tratamiento no debe exceder de las 4 semanas. Si no hay respuesta terapéutica debe interrumpirse el tratamiento.

Se ha de disolver el polvo liofilizado del vial en 250 ml de suero fisiológico y administrar en 2 horas.

La solución debe prepararse inmediatamente antes de la infusión, ya que la solución reconstituida es estable durante 24 horas a 5ºC.

Efectos adversos.

Frecuentes: cefalea y dolor.

Ante la aparición de efectos adversos, reducir la velocidad de infusión o suspender la administración rápidamente.

BELIMUMAB (BENLYSTA)

Belimumab es un anticuerpo monoclonal humano, producido a partir de una línea celular de mamíferos, mediante tecnología de ADN recombinante.

Indicaciones terapéuticas.

Está indicado como tratamiento adyuvante en pacientes adultos con lupus eritematoso sistémico (LES) activo, con autoanticuerpos positivos, con un alto grado de actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento estándar.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Posología y forma de administración.

La dosis recomendada es de 10mg/kg los días 0, 14 y 28, y posteriormente en intervalos de 4 semanas. Si en seis meses, no existe mejoría en el control de la enfermedad, se ha de valorar la interrupción del tratamiento.

Vía intravenosa.

El vial debe conservarse en nevera, entre 2ºC y 8ºC o a temperatura ambiente entre 15ºC y 25ºC. Protegerse de la luz.

El tiempo total desde la reconstitución hasta completar la perfusión no debe superar las 8 horas.

El polvo liofilizado debe ser diluido y se prepara en la farmacia del hospital (cámaras)

Precisa la administración de premedicación, paracetamol 1 gr VO y dexclorfernamina 5 mg EV.

Administrar en 1 hora. Al finalizar la administración se han de infundir 50 ml de suero fisiológico para asegurarnos de la completa administración del fármaco. No es compatible con suero glucosado.

Efectos adversos.

Frecuentes, infecciones bacterianas (bronquitis, cistitis,) leucopenia, depresión, insomnio, migraña, diarrea, náuseas, dolor en las extremidades, reacciones relacionadas con la perfusión, pirexia, reacciones de hipersensibilidad.

La velocidad de perfusión puede disminuirse o interrumpirse si el paciente desarrolla una reacción relacionada con la perfusión.

La marca más utilizada para la administración de inmunoglobulinas es FLEBOGAMMA DIF 10%.

Actualmente, sólo tenemos una paciente a la cual administramos FLEBOGAMMA DIF 5%.

A aquellos pacientes, los cuales han presentado mala tolerancia a la administración de esta marca de inmunoglobulinas, se les puede administrar Privigen o Gammagard.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En el Hospital de Día de l'ICMiD, conviven cuatro especialidades médicas: MEDICINA INTERNA, ENFERMEDADES AUTOINMUNES, ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y DERMATOLOGÍA.

Cada especialidad médica; da lugar a diferentes actividades, que definiremos a continuación.

La única actividad común a todas ellas es la administración de fármacos endovenosos, subcutáneos o intramusculares.

(Introducir todos los fármacos que se administren en el Hospital de Día)

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

La consulta número uno, está destinada a la realización de biopsias. Biopsias de músculo a cargo del servicio de medicina interna, biopsias de arteria temporal o de glándula salivar a cargo del servicio de autoinmunes y biopsias cutáneas a cargo del servicio de dermatología.

Actualmente, se pueden programar biopsias de lunes a viernes, con un intervalo de 2 horas entre ellas.

BIOPSIA MÚSCULO

La solicitud de biopsias de músculo al Hospital de Día, normalmente la realiza el Dr. José Milisenda, que envía la programación de una semana a otra.

RECEPCIÓN

A su llegada, el paciente es recibido por el personal administrativo y acompañado por el auxiliar de enfermería al Box1, donde es valorado y explorado por el personal médico responsable de la intervención. Si no existe contraindicación el médico cumplimenta una petición de AP (Otras, en la pestaña de AP de SAP), en la cual escribe una pequeña anamnesis e indica la localización del músculo a biopsiar. A su vez la auxiliar prepara al paciente y el material necesario para la biopsia.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

MATERIAL

-Material quirúrgico estéril (Kit).

-Fungible: Gasas, anestésico local, cuchilla de bisturí, jeringuilla, aguja de carga e intradérmica, sutura polysorb (biopsias de nervio x2) y sutura de seda, steri-strip apósito estéril, suero fisiológico 5cc y desinfectante cutáneo.

-Por duplicado: Tallas, guantes estériles, bata estéril, gafas de protección, gorro y mascarilla.

-Opcionalmente: Electro-cauterizador, funda estéril, varillas hemostáticas de nitrato de plata, sutura monofilamento (suturas intradérmicas).

-Tubo del número 1 (x2), Tubo del número 13, Tubo eppendorf.

PROCEDIMIENTO

Tras preparar el material, esterilizar la zona de incisión y colocar la iluminación, la auxiliar de enfermería (AE) ayudará al personal médico a vestirse y a facilitarle el material estéril y anestésico. Durante el procedimiento, una enfermera (la enfermera que da soporte a tratamientos) extraerá al paciente una muestra de sangre en los tubos anteriormente indicados. La AE seguirá colaborando con el personal médico para la dispensación de material. Al finalizar el acto quirúrgico (4 fragmentos de tejido), uno de ellos se colocará en el tubo eppendorf y los otros 3 en una gasa humedecida en suero fisiológico. La AE transportará las muestras lo más pronto posible a Anatomía Patológica. Se contactará con el personal del laboratorio de la Fundació Cellex (tel. 2907) para la recogida de los 3 viales de sangre y tubo eppendorf con un fragmento de musculo.

Tras finalizar la intervención, el personal médico retirará el material cortante y punzante, depositándolo en el contenedor especifico y la AE recogerá el material estéril para su envió a esterilización. El personal médico deberá realizar una anotación en el curso clínico indicando el proceso realizado, así como las incidencias que se hayan podido presentar. La AE ayudará al paciente a vestirse y abandonar la unidad, si su estado médico lo permite.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Posteriormente será citado entre los 7 y 10 días siguientes para la extracción de los puntos y valoración de la incisión, por parte de enfermería del Hospital de día de Medicina y Dermatología.

En la consulta número dos, se realizan las visitas de la unidad de diagnóstico rápido a cargo de Dr. Bosch de medicina interna.

La unidad de diagnóstico rápido (UDR) va dirigida al estudio ambulatorio de pacientes con sospecha de enfermedad grave.

Los principales motivos de consulta son: dolor abdominal, síntomas constitucionales y neurológicos, anemia y tumoraciones palpables.

La mayoría de los pacientes presenta un elevado grado de satisfacción con este modelo asistencial, por la reducción de tiempo a la hora de obtener un diagnóstico.

La UDR representa una forma asistencial aplicable en nuestro medio que consigue la misma eficacia y una mayor eficiencia que el ingreso hospitalario.

En la consulta número tres, está destinada a la atención de pacientes crónicos complejos

En la consulta 3 del Hospital de Dia del ICMiD, cada día se realizan visitas del programa del paciente crónico complejo (PCC).

Actualmente el médico que dirige esta actividad es el doctor Miguel Camafort Babkowsky.

DEFINICIÓN DE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Paciente con múltiples enfermedades crónicas, o bien con una enfermedad crónica principal grave y comorbilidad, que presenta frecuentes reagudizaciones y descompensaciones que se acompañan a menudo de pérdida de capacidad funcional.

El paciente se caracteriza por un alto consumo de recursos asistenciales (visitas a CAP/Urgencias, hospitalizaciones, pruebas complementarias, polifarmacia), así como por un grado de complejidad clínica que requiere múltiples contactos con el medio hospitalario (actuación multinivel).

Así el abordaje clínico del PCC puede ser dificultoso por:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Alta probabilidad de padecer crisis en la evolución natural de estas enfermedades crónicas; presencia de sintomatología múltiple de mal control.

La situación evoluciona de forma dinámica o muy variable, sin seguir un patrón característico, y precisa una monitorización más continua.

La enfermedad es progresiva.

Se asocia a fragilidad de base y/o a aparición de síndromes geriátricos nuevos.

Alto consumo de recursos asistenciales (frecuentación, polifarmacia…).

CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE UN PCC AL HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA DEL HOSPITAL CLÍNIC

En el proceso de atención al PCC existen algunas situaciones clínicas, especialmente en situación de agudización o crisis, donde es necesario activar y gestionar el acceso a diferentes dispositivos y recursos asistenciales. El Hospital de Día para el PCC es un dispositivo asistencial que da una atención intermedia a estos pacientes.

La derivación se puede realizar desde la atención primaria, el servicio de urgencias, las salas de hospitalización, la hospitalización domiciliaria y los centros sociosanitarios.

DESDE ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

Pacientes que cumplan los siguientes criterios (a o b + c):

a. Pacientes con una IC en estadio II/III de la NYHA, o Pacientes con una EPOC GOLD II-III exacerbadas (sin disnea de reposo) que se puedan beneficiar de un tratamiento diurético endovenoso o un tratamiento con nebulizaciones, así como de una monitorización clínica más continuada hasta estabilización.

b. Pacientes con una cardiopatía o neumopatía conocidas que han presentado 2 exacerbaciones en los últimos 2 meses y se puedan beneficiar de una monitorización clínica y farmacológica más continuada.

c.Comorbilidad (Índice de Charlson≥2). Pacientes con varias enfermedades crónicas que es preciso controlar, p.e.: IC o cor pulmonale (intensificación de tratamiento diurético);

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

EPOC; HTA y Diabetes (descompensación por corticoterapia); o bien presencia de un trastorno iónico o de función renal que precisa control analítico seriado.

Estos pacientes precisarán de un tratamiento específico (endovenoso, nebulizado, etc.), así como de un seguimiento clínico/analítico más estrecho para evitar nuevas descompensaciones y mejorar asimismo la adherencia terapéutica y la polifarmacia.

Todos aquellos pacientes que requieran un tratamiento endovenoso especifico (hierro ev), o transfusiones sanguíneas, o un procedimiento terapéutico específico (paracentesis o toracocentesis evacuadoras).

Pacientes con una insuficiencia cardiaca derecha que no responden a diuréticos vía oral (altas dosis de diuréticos y persistencia de edemas en extremidades inferiores y/o ascitis refractaria). Se realizarían tandas de tratamiento diurético endovenoso en el hospital de día y/o paracentesis evacuadoras.

Pacientes con una insuficiencia cardíaca en estadio avanzado (no tributario de otros tratamientos específicos) y que hayan ingresado 2 veces en los últimos 6 meses. Estos pacientes serían tratados con sesiones semanales de dobutamina en perfusión endovenosa (actuación conjunta con Unidad de Insuficiencia Cardíaca).

DESDE URGENCIAS

a. Pacientes con varias enfermedades crónicas y una IC conocida y descompensada, o bien una EPOC conocida y descompensada, que tras ser estabilizados en Urgencias se observa que han acudido a Urgencias ≥2 veces en los últimos 2 meses, o bien que han ingresado en el hospital ≥2 veces en los últimos 6 meses.

b. Pacientes que tras ser estabilizados en Urgencias de una descompensación de una IC o de una EPOC, tengan además multimorbilidad y polifarmacia, y se prevea que precisen una monitorización más continua (aparición de síndromes geriátricos/declive funcional reciente; evolución muy variable o progresiva de la enfermedad; trastorno iónico o de función renal que precisa control analítico seriado).

DESDE HOSPITALIZACIÓN

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

a. Pacientes con varias enfermedades crónicas dados de alta por una descompensación de una IC o de una EPOC que hayan ingresado en el hospital ≥2 veces en los últimos 6 meses o que hayan acudido a Urgencias ≥2 veces en los últimos 2 meses.

b. Pacientes dados de alta por una descompensación de una IC o una EPOC, que presentan multimorbilidad y polifarmacia, y que se prevea que precise una monitorización más continua (aparición de síndromes geriátricos/declive funcional reciente; evolución muy variable o progresiva de la enfermedad; trastorno iónico o de función renal que precisa control analítico seriado).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Problemática social

Ausencia de acompañante

Función física deteriorada (Índice de Barthel <40) de forma irreversible

Situación oncológica en fase terminal

OBJETIVOS DE UNA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR Y MULTINIVEL EN PACIENTES SELECCIONADOS (PCC)

Disminución de ingresos hospitalarios (hospitalizaciones evitables)

Disminución de asistencia en Urgencias

Evitar duplicidad de pruebas complementarias

Disminución de la polifarmacia (mejorar la adherencia al tratamiento)

Control de síntomas y mejoría de la calidad de vida del paciente

VENTAJAS DEL HOSPITAL DE DIA:

Posibilita una concentración de recursos terapéuticos imposibles de realizar en el ámbito ambulatorio.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Permite que el paciente no se separe de su entorno natural (domicilio, familia…).

Conlleva un ahorro económico frente a la hospitalización tradicional.

CIRCUITO DE DERIVACIÓN DE UN PCC AL HOSPITAL DE DIA

Para mejorar la comunicación entre los niveles asistenciales y la fluidez de las derivaciones existirá una dirección de correo electrónico exclusiva del hospital de día de medicina para el PCC, que será atendido por el médico del hospital de día.

La dirección del correo electrónico es: hospitaldedia.pcc@clinic.ub.es

Cuando un PCC cumpla criterios de ser atendido en el hospital de día, se podrá contactar directamente vía correo electrónico indicando los datos clínicos básicos para su derivación y el grado de urgencia asistencial, así como los datos identificativos del paciente (nombre y apellidos; número CIP; teléfono).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

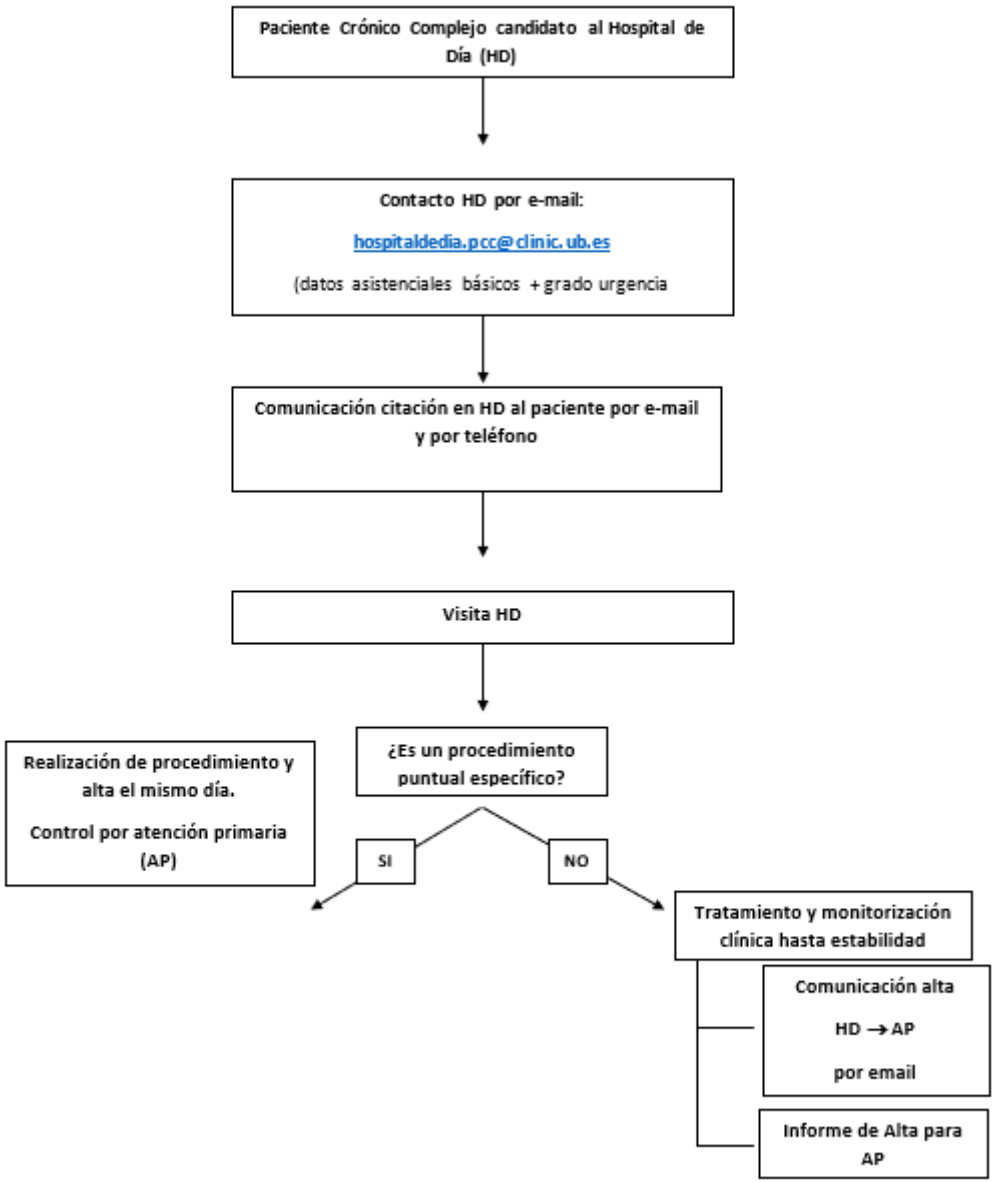


Figura 13. Circuito de derivación del paciente crónico complejo.

PLAN DE ACTUACIÓN EN EL HOSPITAL DE DIA PARA PCC

Evaluación integral. Cuando sea necesario se realizará una actualización de la situación clínica/social del PCC:

Comorbilidad (Charlson)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Funcional (Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): Índice Barthel; Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): Escala Lawton; Escala Riesgo de Caídas Downton)

Cognitiva (Test de Pfeiffer; MoCA Test)

Estado Nutricional (MNA)

Calidad de Vida (general: EQ-5D)

Sobrecarga persona cuidadora (Test Zarit)

Evaluación Social

Identificación de problemas y planificación de cuidados de enfermería

Tratamiento farmacológico según Guías de Práctica Clínica.

Seguimiento o monitorización clínica/analítica más continua en determinados pacientes.

Informe de alta para Atención Primaria en aquellos casos de PCC que han requerido una monitorización clínica más continua. Contacto por correo electrónico (Hospital de Día A.P.) para mejorar la comunicación.

PROCEDIMIENTOS QUE SE PUEDEN REALIZAR EN EL HOSPITAL DE DIA

En el Hospital de Día se realizará una monitorización clínica continuada. Se podrán administrar tratamientos endovenosos, realización de extracciones sanguíneas, transfusiones sanguíneas, cuidados post procedimiento diagnóstico-terapéutico (biopsias), curas, colocación de sondas nasogástricas, paracentesis evacuadoras, toracocentesis evacuadoras, etc.

DERMATOLOGÍA

BAÑERAS

El Hospital de Dia dispone de dos bañeras para realizar tratamientos dermatológicos líquidos.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Estos tratamientos consisten en la sumersión parcial o total de cuerpo en una solución medicamentosa, con los objetivos de:

Conseguir una acción antipruriginosa, astringente, antiséptica y/o reductora.

Administrar de forma segura i correcta el baño terapéutico.

Disminuir el picor.

Curar la piel en los brotes de enfermedades con afectación dermatológica.

Detectar precozmente los posibles efectos secundarios y/o intolerancias que pueden presentar los pacientes debido a los tratamientos tópicos.

Realizar educación sanitaria sobre los efectos terapéuticos e indicaciones para garantizar /potenciar la adhesión al tratamiento.

La organización y control de los pacientes que acuden al hospital de día a realizarse tratamientos dermatológicos líquidos es responsabilidad de la técnica en cuidados auxiliares de enfermería del servicio, con el soporte de la enfermera responsable de curas.

Antes del procedimiento:

Revisar la llegada de los pacientes al servicio, controlando la agenda. Una vez han llegado los ha de llamar y verificar la correcta identificación del paciente.

Si es la primera que vez que acude a realizarse el tratamiento:

Evaluar su movilidad, su nivel cognitivo y explicar al paciente y/o al familiar, si se diera el caso, de cuál es el procedimiento que realizar, para asegurarse que será capaz de realizar la técnica.

Procedimiento:

Se ha de verificar la prescripción médica del baño terapéutico y productos administrar, registrados en el curso clínico y en la plantilla de control de bañeras del servicio. Anexo

Acompañar al paciente a la zona de tratamiento.

Regular la temperatura del agua con el termostato del grifo entre 35 y 37ºC.

Llenar la bañera unos 10 cm.

Añadir el producto aditivo pautado, asegurando una dilución homogénea del producto. (Los más habituales son avena y permanganato potásico)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Continuar llenando la bañera dejando de 15 a 20 cm, sin cubrir. El paciente ha de estar sumergido hasta la bañera.

Dar los productos pautados por el dermatólogo para su aplicación después del baño (habitualmente OW1, OW3, diprogenta, etc.)

OW1 y OW3 son fórmulas magistrales elaboradas en la farmacia del hospital y la gran diferencia, es que OW3 contiene corticoides y la otra no. Si no tuviéremos OW1, como sustitutivo podríamos dar una crema hidratante sin corticoides.

El bote de crema sobrante se guardará en el servicio marcado con el nombre del paciente para las siguientes administraciones.

También daremos una sábana, una esponja y toallas, para la correcta realización del tratamiento.

Si fuera necesario, lavar manos y colocar guantes de un solo uso para ayudarlo a desnudar y/o retirar vendajes, apósitos, etc.

Y ayudar a entrar en la bañera.

Valorar el estado de la piel: presencia de lesiones, características, extensión, etc.…para poder valorar los días posteriores, su evolución.

Al finalizar el tratamiento:

Escribir en el curso clínico, la tolerancia del tratamiento y la evolución de las lesiones.

CURAS:

El Hospital de Dia dispone de dos camas para realización de curas, actualmente sólo tenemos una agenda de curas en activo y esta programación nos permite, planificar una cura cada hora como máximo, con un total de 7 curas diarias.

Las curas que se realizan habitualmente son úlceras de las extremidades inferiores. Los responsables de la realización y control de la evolución de las úlceras son la enfermera del Hospital de Día y el dermatólogo responsable del paciente.

Las úlceras de las extremidades inferiores pueden tener diferentes etiologías. La causa más frecuente es la patología venosa, seguida de la arterial y de la neuropática.

La evaluación inicial ha de ir dirigida a determinar la etiología de esta para poder orientar el cuidado y las pruebas complementarias. La insuficiencia venosa crónica secundaria a

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

la hipertensión venosa es la causa más común de las úlceras venosas en las extremidades inferiores. Otras causas son la tromboflebitis profunda y las varices.

Hay una serie de signos y síntomas que son característicos de las úlceras venosas:

Afectación de la zona pretibial de la pierna, área del calcetín y área maleolar.

Hiperpigmentación color tierra de la extremidad (por depósitos de hemosiderina)

Piel tibia, seca y pruriginosa.

Uñas frágiles, que se rompen con facilidad.

Pulsos presentes.

Dolor y sensación de pesadez en las extremidades inferiores.

Lecho ulceroso húmedo, no muy profundo, rojo o amarillo, con una capa de fibrina.

Bordes irregulares.

Piel perilesional macerada por abundante exudado.

Edema de la extremidad con fóvea presente.

Exudado de moderado a abundante.

Varices

La arterioesclerosis es la causa principal de la oclusión crónica de las arterias. La incidencia aumenta con la edad y la presencia de enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, la falta de ejercicio y el tabaquismo.

Las úlceras arteriales están:

Localizadas habitualmente en la parte distal de las extremidades, con preferencia por los puntos de presión.

Son de evolución lenta.

Pueden venir precedidas por algún traumatismo.

Son de aparición súbita, si son debidas a una oclusión aguda.

Se acompaña de clínica de claudicación intermitente.

Dolor, molestia, falta de sensibilidad o hormigueo, que aumenta con el ejercicio y disminuye con el reposo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Dolor permanente que desaparece o mejora cuando se deja la extremidad colgando.

Piel cianótica, delgada y brillante.

Pérdida de los pelos del pie y las uñas gruesas y deformadas.

Pulsos débiles o ausentes.

Bordes de la úlcera bien definidos.

Lecho ulceroso pálido, gris o amarillo, sin evidencia de nuevo tejido.

Mínimo edema o ausente.

Mínimo exudado, seroso o purulento.

La prueba complementaria básica para determinar si una úlcera es de origen arterial es la determinación del índice tobillo-brazo con Doppler arterial.

El índice tobillo-brazo es una prueba no invasiva útil para detectar Enfermedad Arterial Periférica, que expresa en la ratio entre la presión arterial sistólica máxima en el tobillo y la presión sistólica en el brazo.

El Doppler Arterial es una técnica no invasiva y coste-efectiva que permite mediante la aplicación de ultrasonidos obtener el estado del flujo arterial y sus repercusiones hemodinámicas.

El índice tobillo-brazo (ITB) está indicado como una prueba de primera línea para el cribado y diagnóstico de la enfermedad arterial periférica (EAP) en la extremidad inferior (Nivel C) 1.

Según el valor obtenido en la prueba nos indicará la existencia o no de EAP y guiará la línea terapéutica posterior.

Si el valor está entre 1,0 a 1,4, nos indica que no hay obstrucción y no existe enfermedad arterial periférica.

Si el valor está entre 0,91 a 0,99, indica obstrucción límite.

Si el valor es igual o inferior a 0,90, indica EAP.

La determinación del ITB mediante Doppler tiene mejor reproducibilidad que otros métodos alternativos, por lo que se recomienda su uso como método más fiable (Nivel de evidencia A)4. Es una prueba no invasiva, inocua, objetiva, reproducible, sencilla y de bajo coste para exploración vascular de las extremidades inferiores.

Para la realización del ITB con Doppler arterial, necesitamos solución hidroalcohólica, guantes, camilla, esfigmomanómetro aneroide con manguito talla estándar y obeso si

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

se precisa, Doppler continua portátil con sonda de 5-10 MHz, gel conductor, papel para limpiar y calculadora.

Antes del procedimiento

Saludar al paciente e identificarse, comprobar la identidad el paciente, acomodarlo en la camilla respetando su intimidad, le informaremos de la técnica a realizar pidiéndole consentimiento verbal a la misma, si hubiera alguna lesión abierta que pueda ser contaminada durante la prueba se debería tapar con apósito impermeable.

Se procederá a la higiene de manos y colocación de guantes de un solo uso. Antes de iniciar la técnica, dejaremos al paciente en reposo unos 10 minutos en decúbito supino.

Procedimiento

Seleccionaremos el manguito del esfigmomanómetro adecuado y lo colocaremos a unos 2-3 cm por encima de la flexura del codo.

Localizaremos la arteria braquial por palpación y aplicaremos gel conductor, para favorecer la transmisión de la señal.

Colocaremos la sonda Doppler en el punto seleccionado con un ángulo de 45-60º respeto a la superficie de la piel y moveremos hasta que se obtenga una buena señal sonora del pulso arterial.

Insuflaremos el manguito unos 20 mmHg por encima del valor de la presión arterial sistólica (tras dejar de oír la señal).

Desinflaremos lentamente (2 mmHg por segundo), y en el momento que aparezca la señal acústica del pulso arterial, determinaremos que esa es la presión arterial sistólica.

Realizaremos la técnica en ambos brazos y tomaremos de referencia el valor superior (brazo control)

Después colocaremos el manguito justo por encima de los maléolos del tobillo y localizaremos el pulso de la arteria dorsal pedía. Y seguiremos el mismo procedimiento que hemos realizado en los brazos.

Tomaremos como referencia la presión arterial más elevada de las dos arterias dorsales pedias.

Posteriormente, realizaremos la misma medición, pero tomando de referencia la arteria tibial posterior (en la zona posterior al maléolo interno), tomando de referencia del valor superior.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El ITB se calcula dividiendo la presión sistólica máxima en el tobillo cogiendo los dos valores, el de la arteria dorsal pedía y la arteria tibial posterior, entre la presión sistólica braquial más alta. Obteniendo así, dos valores, uno por cada extremidad.

Registraremos el procedimiento y resultado, interpretándolo y dirigiendo los pruebas y controles posteriores. (ver anexo I)

EPIDERMIOLISI BULLOSA

La epidermólisis bullosa hereditaria es un grupo de enfermedades genéticas caracterizadas por la fragilidad de la piel y ampollas en la piel y las membranas mucosas en respuesta a un trauma mínimo.

La epidermólisis bullosa es clínica y genéticamente muy heterogénea, se clasifica en cuatro tipos principales según la capa de piel en la que se produce la ampolla: epidermólisis bullosa simplex (intraepidal), epidermólisis juncionada bullosa (dentro de la lámina lucida de la membrana del sótano), epidermólisis bullosa distrófica (debajo de la membrana del sótano), y Kindler epidermólisis bullosa (patrón mixto de escote cutáneo). Además, la epidermólisis bullosa se estratifica en varios subtipos, que tienen en cuenta las características clínicas, la distribución de las ampollas y la gravedad de los signos cutáneos y extra cutáneos. Las variantes patógenas en al menos 16 genes que codifican proteínas esenciales para la integridad y adhesión de las capas de la piel ya se han asociado con diferentes subtipos de epidermólisis bullosa. La marcada heterogeneidad de la enfermedad, que incluye fenotipos con un amplio espectro de gravedad y muchos genes causales, dificulta su clasificación y diagnóstico

EVALUACIÓN

Una vez implantada la guía de orientación al personal de nueva adjudicación, se ha de evaluar la información contenida, la calidad de esta y la percepción de los profesionales que han hecho uso de ella.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Por ello, tras la aplicación de esta herramienta, se ha de protocolizar la evaluación que se llevará a cabo.

Se ha de monitorizar la calidad percibida del documento, por parte del personal de nueva adjudicación, el resto de los profesionales que han hecho uso de la guía y la coordinadora del servicio.

Para valorar la calidad percibida, se realizará una encuesta online y anónima, dirigida a todos los profesionales que han hecho uso de la herramienta, recogiendo datos demográficos básicos, datos de percepción de utilidad, extensión, comprensión, tiempo invertido en leerlo, efectividad a la hora de solucionar dudas, puntos fuertes y puntos débiles y finalmente, sugerencias libres de qué modificarían, añadirían o suprimirían.

El personal de nueva incorporación recibirá la encuesta online entre los 15 y 30 días del inicio de su actividad laboral en el servicio.

Además de la encuesta, se aprovecharán las entrevistas protocolizadas con el coordinador tanto las individuales de seguimiento a la adaptación (15 días, al mes y después según consideren oportuno el coordinador y el profesional), cómo las grupales que se realizan mensualmente, para comentar abiertamente cuáles son los puntos débiles del servicio, tanto organizativos, como de recursos, de comunicación, etc. para buscar medidas o adecuar la guía, si con ello se consigue mejorar alguno de los aspecto.

Es vital que la guía sea adaptativa y esté en constante cambio, al igual que se van introduciendo nuevos tratamientos, técnicas, para no quedar obsoleta o dar información limitada.

A parte, de las encuestas y las entrevistas, se han de medir indicadores que nos aporten información objetiva, de lo que se esta haciendo en el Hospital de Día y poder detectar cuáles son los aspectos que se pueden mejorar. Ya que, aquello que no se mide no existe y si se implementan cambios, ha de poder demostrarse por lo menos que se han llevado a cabo.

Cómo indicadores para valorar la satisfacción del documento realizado, podemos evaluar el número de acogidas realizadas al año, número de cuestionarios cumplimentados, índice de satisfacción por apartados de la guía, etc.

Para mejorar y adecuar la guía a la realidad asistencial del servicio, debemos valorar indicadores de actividad, rendimiento y seguridad.

Indicadores de actividad

Distribución de las visitas programadas por especialidades (visitas del servicio de medicina interna/total de visitas realizadas)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Distribución de procedimientos programados (visitas para realiza biopsias/total de visitas realizadas), con todas las actividades habituales del Hospital de Dia del ICMiD y ver la evolución, comparando con años previos.

Indicadores de rendimiento

Cancelación de sesiones (sesiones canceladas/pacientes citados)

Índice de ambulatorización (sesiones del hospital de día/estancias hospitalarias)

Dedicación media de enfermería por visita (indicando la media, mediana, máximo, mínimo y desviación típica, comparando con años previos)

Indicadores de seguridad

Acontecimientos adversos (reacciones adversas/total de administraciones)

Procedimientos suspendidos por incorrecta preparación al paciente (procedimientos suspendidos/ total de procedimientos)

Pacientes con complicaciones que precisan ingreso (pacientes que requiere ingreso/total de pacientes atendidos)

Porcentaje de incidencias registradas

CONCLUSIONES

La protocolización y humanización de la adaptación de los profesionales de nueva adjudicación es necesaria e imprescindible, para ayudar a los profesionales en los diferentes pasos que realice durante su carrera profesional. Dotándoles de la información, la formación, los recursos y la empatía necesaria para asegurar que el proceso será más fácil, adaptativo y efectivo. La limitación del tiempo de adaptación a los que están sometidos los profesionales ha de ir respaldada con otros recursos para compensar el poco margen a que a veces se les da.

Disminuyendo la variabilidad, unificando pautas y integrando a los profesionales en las unidades, mejoraremos la seguridad de la asistencia proporcionada.

Si conseguimos profesionales mejor informados y formados, con recursos para ir avanzando durante su trayectoria profesional en la unidad, sintiéndose parte de un equipo, podremos transmitir esta dinámica, favoreciendo al eje principal de nuestras actuaciones, los pacientes.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Es una tarea compleja, que requiere tiempo, dedicación, adaptación constante, aprender de los errores, pero probablemente es el camino a seguir para transformar la dinámica sanitaria actual.

En el futuro, si la herramienta funciona, puede hacerse extensiva a otros servicios, humanizando el trato a los profesionales sanitarios.

Probablemente en el transcurso de la aplicación de esta herramienta, nos encontraremos con dificultades adaptativas, ya que no todos los profesionales tienen los mismo recursos formativos y psicológicos para adaptarse a los cambios. Pero estas dificultades, se han de transformar en oportunidades de mejora del documento e ir adaptándola a los diferentes perfiles profesionales que nos podamos encontrar.

BIBLIOGRAFÍA

1.González MJ. Modelo de gestión integral de acogida, al personal de enfermería de nueva incorporación en el Complejo Hospitalario de Navarra. Universidad Pública de Navarra.

Disponible en: Modelo de Acogida al Personal de Enfermería de Nueva Incorporación (unavarra.es)

2.Aboyans V, Ricco J-B, Bartelink M-LEL, Bjorck M, Brodmann M, Cohnert T, et al. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteriesEndorsed by: the European Stroke Organization (ESO)The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur Heart J. 2018;39(9):763-816.

3.Mariath LM, Santin JT, Schuler-Faccini L, Kiszewski AE. Inherited epidermolysis bullosa: update on the clinical and genetic aspects. An Bras Dermatol. 2020 Sep-Oct;95(5):551-569. doi: 10.1016/j.abd.2020.05.001. Epub 2020 Jul 8. PMID: 32732072; PMCID: PMC7563003.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

4.Crawford F, Welch K, Andras A, Chappell FM. Índice braquial de tobillo para el diagnóstico de enfermedad arterial periférica de las extremidades inferiores. Cochrane Data base of Systematic Reviews 2016, Número 9. Arte. No.; CD010680. DOI: 10.10022/14651858.CD010680.pub2. Consultado el 29 de enero del 2021.

5. Aboyans V, Criqui MH, Abraham P, Allison M, Creager MA, Diehm C, et al. Measurement and Interpretation of the Ankle-Brachial Index: A scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2012; 126:2890-909.

6. Ares AM, Cendán M, Garrote A, Raña CD, Rojo V, Suárez ME, Urones P. Procedimiento de determinación del índice tobillo-brazo con Doppler arterial. Servicio Gallego de Salud. 2020. Disponible en: https://sergas.es/A-nosa-organizacion/Publicaci%C3%B3ns-da-Organizaci%C3%B3n.

7. Subirà M. Tesis doctoral: Mejora del funcionamiento de un hospital de día médico polivalente de un hospital comarcal en base al análisis de indicadores específicos y de los costes de las actividades que en él se realizan. Universidad Autónoma de Barcelona. 2015. Disponible en: msc1de1.pdf (uab.cat)

8. Alonso Martinez JM PRJ. Proceso de acogida al nuevo compañero, buena práctica de calidad en un centro ocupacional. www.feaps.org. [Online].; 2009 Disponible en: Proceso de acogida al nuevo compañero: Buena práctica ... (SID) (usal.es)

9. Terol E, Palanca I, Álvarez JA, Antela A, Camps C, Dongil M, Fernández F, Gómez E, Marco F, Medina J, et al. Hospital de Dia. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Disponible en: (mscbs.gob.es)

10. Sánchez J, Castillo MJ, Garcia FJ. Enfermedades autoinmunes sistémicas (Manual de información para pacientes y familiares) Unidad de Colagenosis e Hipertensión pulmonar, Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. 2010. Disponible en: Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (aadea.es)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

11. Fornes B, Sierra C, Palomar F. Úlceras cutáneas en extremidades inferiores por enfermedades autoinmunes. Complejo Hospital General Universitario de Valencia. 2012. Disponible en: Dialnet (unirioja.es)

salusplay

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXOS

ANEXO 1. Ejemplo de medición del ITB. Fuente: Guía de Actuación Pie Diabético Canarias.

	Extremidad Superior Derecha (mmHg)	Extremidad Superior Izquierda (mmHg)
PAS Arteria Braquial	140	135
	Extremidad Inferior Derecha (mmHg)	Extremidad Inferior Izquierda (mmHg)
PAS Arteria Pedia	70	130
PAS Arteria Tibial Posterior	95	125
ITB Extremidad Inferior	95/140 = 0,67	130/140 = 0,92

ANEXO 2. Interpretación de resultados del ITB. Fuente: www.1aria.com

Valores del Índice Tobillo-Brazo	Interpretación
➢ 1,3	Valor falsamente elevado (sospecha de calcificación arterial)
0,91-1,3	Normal
0,7-0,90	EAP leve
0,5-0,7	EAP moderada
< 0,5	EAP grave
>1,3 o ≤0,9	Alto riesgo cardiovascular.

ANEXO 3. Escala de riesgo de caídas (Downton 1993)

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993) Riesgo de caída > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXO 4. Escala de sobrecarga del cuidador. Test de Zarit.

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT

Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectos de trastornos mentales.

Codificación proceso: 00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

Administración: consta de 22 ítemes relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Autoadministrada.

Interpretación:

- <47: No sobrecarga
- 47 a 55 Sobrecarga leve
- >55: Sobrecarga intensa

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES
1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXO 5. Indice de Barthel.

ÍNDICE DE BARTHEL			
Comida:			
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solora	
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño)			
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestido			
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Arreglo			
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición			
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios	
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción			
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo/a (bolsita, sonda, orinal ...).	
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
Ir al retrete			
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
	5	Necesita ayuda. Capaz de mantenerse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a	
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/silla):			
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama	
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física	
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada	
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el abatimiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulación			
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solora.	
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador	
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión	
	0	Dependiente	
Subir y bajar escaleras			
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona	
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión	
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	

La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos. **ASISTIDOIA**	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos. **VÁLIDOIA**	**Puntuación Total:**

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXO 6. Escala de Actividades Instrumentales de la vida diaria. Escala de Lawton y Brody.

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA — Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
Puntuación total:	
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXO 7. Indice de EQ-5D

Appendix: The EQ-5D instrument

By placing a tick in one box in each group below, please indicate which statements best describe your own health state today.

Mobility
I have no problems in walking about ☐
I have some problems in walking about ☐
I am confined to bed ☐

Self-Care
I have no problems with self-care ☐
I have some problems washing or dressing myself ☐
I am unable to wash or dress myself ☐

Usual Activities (*eg work, study, housework, family or leisure activities*)
I have no problems with performing my usual activities ☐
I have some problems with performing my usual activities ☐
I am unable to perform my usual activities ☐

Pain/Discomfort
I have no pain or discomfort ☐
I have moderate pain or discomfort ☐
I have extreme pain or discomfort ☐

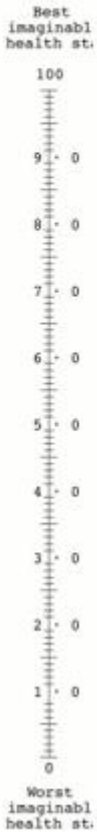
Anxiety/Depression
I am not anxious or depressed ☐
I am moderately anxious or depressed ☐
I am extremely anxious or depressed ☐

To help people say how good or bad a health state is, we have drawn a scale (rather like a thermometer) on which the best state you can imagine is marked 100 and the worst state you can imagine is marked 0.

We would like you to indicate on this scale how good or bad your own health is today, in your opinion. Please do this by drawing a line from the box below to whichever point on the scale indicates how good or bad your health state is today.

Note: The actual EQ-5D instrument spreads over two pages with the "thermometer" and explanation on page 2. To save journal space in this paper it has been compressed into on

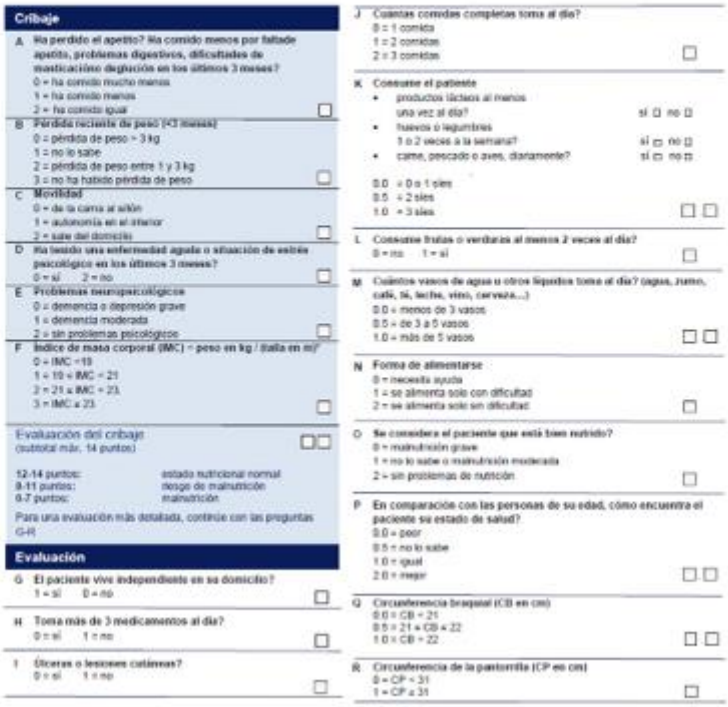
Your own health state today



(Añadir todos los protocolos/guías normalizados del hospital)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXO 8. Estado nutricional MNA.



Cribaje

A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación/deglución en los últimos 3 meses?
0 = ha comido mucho menos
1 = ha comido menos
2 = ha comido igual

B Pérdida reciente de peso (<3 meses)
0 = pérdida de peso > 3 kg
1 = no lo sabe
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3 = no ha habido pérdida de peso

C Movilidad
0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio

D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
0 = sí 2 = no

E Problemas neuropsicológicos
0 = demencia o depresión grave
1 = demencia moderada
2 = sin problemas psicológicos

F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²
0 = IMC <19
1 = 19 < IMC < 21
2 = 21 a IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)

12-14 puntos: estado nutricional normal
8-11 puntos: riesgo de malnutrición
0-7 puntos: malnutrición

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

Evaluación

G El paciente vive independiente en su domicilio?
1 = sí 0 = no

H Toma más de 3 medicamentos al día?
0 = sí 1 = no

I Úlceras o lesiones cutáneas?
0 = sí 1 = no

J Cuántas comidas completas toma al día?
0 = 1 comida
1 = 2 comidas
2 = 3 comidas

K Consume el paciente
- productos lácteos al menos una vez al día? sí no
- huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí no
- carne, pescado o aves, diariamente? sí no

0.0 = 0 o 1 sí
0.5 = 2 sí
1.0 = 3 sí

L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?
0 = no 1 = sí

M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)
0.0 = menos de 3 vasos
0.5 = de 3 a 5 vasos
1.0 = más de 5 vasos

N Forma de alimentarse
0 = necesita ayuda
1 = se alimenta solo con dificultad
2 = se alimenta solo sin dificultad

O Se considera el paciente que está bien nutrido?
0 = malnutrición grave
1 = no lo sabe o malnutrición moderada
2 = sin problemas de nutrición

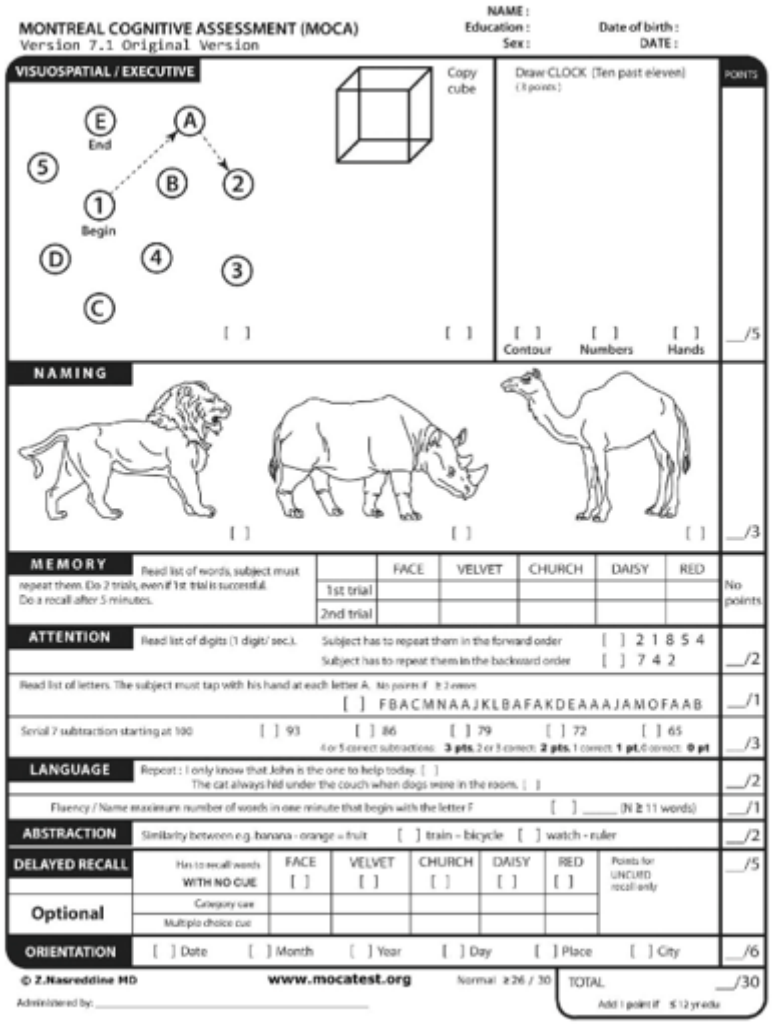
P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?
0.0 = peor
0.5 = no lo sabe
1.0 = igual
2.0 = mejor

Q Circunferencia braquial (CB en cm)
0.0 = CB < 21
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1.0 = CB > 22

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXO 9. Escala cognitiva MOCA



MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Version 7.1 Original Version

NAME :
Education :
Sex :
Date of birth :
DATE :

VISUOSPATIAL / EXECUTIVE — Copy cube — Draw CLOCK (Ten past eleven) (3 points) — POINTS

End, Begin

[ ] [ ] Contour [ ] Numbers [ ] Hands /5

NAMING

[ ] [ ] [ ] /3

MEMORY — Read list of words, subject must repeat them. Do 2 trials, even if 1st trial is successful. Do a recall after 5 minutes.

	FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED
1st trial					
2nd trial					

No points

ATTENTION — Read list of digits (1 digit/ sec.).
Subject has to repeat them in the forward order [ ] 2 1 8 5 4
Subject has to repeat them in the backward order [ ] 7 4 2 /2

Read list of letters. The subject must tap with his hand at each letter A. No points if ≥ 2 errors
[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B /1

Serial 7 subtraction starting at 100 [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65
4 or 5 correct subtractions: 3 pts, 2 or 3 correct: 2 pts, 1 correct: 1 pt, 0 correct: 0 pt /3

LANGUAGE — Repeat : I only know that John is the one to help today. [ ]
The cat always hid under the couch when dogs were in the room. [ ] /2

Fluency / Name maximum number of words in one minute that begin with the letter F [ ] _____ (N ≥ 11 words) /1

ABSTRACTION — Similarity between e.g. banana - orange = fruit [ ] train - bicycle [ ] watch - ruler /2

DELAYED RECALL

	Has to recall words	FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED
	WITH NO CUE	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Optional	Category cue					
	Multiple choice cue					

Points for UNCUED recall only /5

ORIENTATION [ ] Date [ ] Month [ ] Year [ ] Day [ ] Place [ ] City /6

© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org Normal ≥ 26 / 30

TOTAL /30

Add 1 point if ≤ 12 yr edu

Administered by: _____

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXO 10. Escala clasificación del EPOC.

Stage	Description	Findings (based on postbronchodilator FEV1)
0	At risk	Risk factors and chronic symptoms but normal spirometry
I	Mild	FEV1/FVC ratio less than 70 percent FEV1 at least 80 percent of predicted value May have symptoms
II	Moderate	FEV1/FVC ratio less than 70 percent FEV1 50 percent to less than 80 percent of predicted value May have chronic symptoms
III	Severe	FEV1/FVC ratio less than 70 percent FEV1 30 percent to less than 50 percent of predicted value May have chronic symptoms
IV	Very severe	FEV1/FVC ratio less than 70 percent FEV1 less than 30 percent of predicted value or FEV1 less than 50 percent of predicted value plus severe chronic symptoms

ANEXO 11 Escala NYHA, para valorar la insuficiencia cardíaca.

New York Heart Association (NYHA) Classification of Heart Failure

Class	Patient Symptoms
Class I (Mild)	No limitation of physical activity. Ordinary physical activity does not cause undue fatigue, rapid/irregular heartbeat (palpitation) or shortness of breath (dyspnea).
Class II (Mild)	Slight limitation of physical activity. Comfortable at rest, but ordinary physical activity results in fatigue, rapid/irregular heartbeat (palpitation) or shortness of breath (dyspnea).
Class III (Moderate)	Marked limitation of physical activity. Comfortable at rest, but less than ordinary activity causes fatigue, rapid/irregular heartbeat (palpitation) or shortness of breath (dyspnea).
Class IV (Severe)	Unable to carry out any physical activity without discomfort. Symptoms of fatigue, rapid/irregular heartbeat (palpitation) or shortness of breath (dyspnea) are present at rest. If any physical activity is undertaken, discomfort increases.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANEXO 12. Escala Pfeiffer.

ESCALA SPMSQ DE PFEIFFER (Short Portable Mental State Questionnaire)

Desarrollada por *Pfeiffer* en 1975, consta de 10 ítems que evalúan las siguientes funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. A pesar de su brevedad, presenta una aceptable capacidad discriminativa.

SPMSQ de Pfeiffer	
Pregunta	**Errores**
¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)	
¿Cuál es su número de teléfono? (si no tuviese teléfono, preguntar cuál es su dirección)	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació? (día, mes y año)	
¿Quién es el Presidente del Gobierno?	
¿Quién era el anterior Presidente del Gobierno?	
¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
Reste de tres en tres desde veinte (Cualquier error hace la respuesta errónea)	
TOTAL	

Interpretación:
Se adjudica un punto por cada error.
Entre 0 y 2 errores se considera normal.
Entre 3 y 4 errores, deterioro cognitivo leve.
Entre 5 y 7 errores, deterioro cognitivo moderado.
Más de 8 errores, deterioro cognitivo severo.

Se permite un error adicional si el nivel educativo es bajo (estudios elementales).
Se permite un error menos si ha recibido estudios superiores (estudios universitarios).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Escala de Comorbilidad de Charlson		
Infarto de Miocardio		1
Enfermedad coronaria		1
Insuficiencia Cardiaca Congestiva		1
Enfermedad Vascular Periférica (incluye Aneurisma de Aorta 6 cm)		1
Enfermedad Cerebrovascular		1
Hipertensión arterial		1
Alcoholismo		1
Enfermedad tromboembólica		1
Arritmia		1
Demencia		1
EPOC		1
Enfermedad del tejido conectivo		1
Ulcus péptico		1
Hepatopatía Leve (sin hipertensión portal incluye hepatitis crónica)		1
Diabetes mellitus sin evidencia de afectación de órganos diana		1
Hemiplejia		2
Enfermedad Renal moderada-severa		2

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Diabetes con afectación de órganos dianas (retinopatía, nefropatía etc.)		2
Tumor sin metástasis (excluir si > 5 años desde el diagnostico)		2
Leucemia (Aguda o Crónica)		2
Linfoma		2
Enfermedad Hepática moderada o severa		3
Tumor Sólido con metástasis		6
SIDA (no únicamente HIV positivo)		6

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 32: MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS GRACIAS A LA IMPLANTACIÓN DE NUEVAS HERRAMIENTAS

AUTORÍA: Itziar Ercilla Eguiarte

Resumen ejecutivo

Introducción: La calidad asistencial es una disciplina que ha adquirido una enorme relevancia en la atención sanitaria actual. Una mejora contínua de la comunicación y el trato administrados, son objetivos prioritarios en la búsqueda de una adecuada asistencia sanitaria de calidad. La percepción del trato recibido por los pacientes es buena, mientras que en relación a la información y comunicación es ostensiblemente mejorable. Por ello, se observa la necesidad de utilizar nuevas herramientas para mejorar la calidad asistencial y la información ofrecida al paciente y al familiar en urgencias.
Objetivos: Mejorar la calidad asistencial en urgencias garantizando la información al paciente y al familiar mediante la implantación de nuevas herramientas.
Metodología: Tras un análisis DAFO se diseña un proyecto de innovación en el servicio de urgencias para la mejora de la información proporcionada al paciente y al familiar mediante herramientas como SMS y pantallas informativas.
Conclusiones: Gracias a este proyecto se garantizará el derecho a la información al paciente y familiares sobre la situación clínica y se mejorará la calidad asistencial.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Palabras clave: calidad asistencial, información, herramientas, paciente, familiar

Abstract
Introduction: Quality of care is a discipline that has acquired enormous relevance in current healthcare. A continuous improvement of the communication and the treatment administered are priority objectives in the search for adequate quality healthcare. The perception of the treatment received by patients is good, while in relation to information and communication it can be clearly improved. Therefore, the need to use new tools to improve the quality of care and the information offered to the patient and family in the emergency room is observed.

Objectives: Improve the quality of care in emergencies by guaranteeing the information to the patient and family through the implementation of new tools.

Methodology: After a DAFO analysis, an innovation project is designed in the emergency department to improve the information provided to the patient and family through tools such as SMS and information screens.

Conclusions: Thanks to this project, the right to information to the patient and relatives about the clinical situation will be guaranteed and the quality of care provided to the patient and relatives will be improved.

Keywords: quality of care, information, tools, patient, family

Introducción

La calidad asistencial es una disciplina que ha adquirido una enorme relevancia en la atención sanitaria actual. Vivimos en una época en la que los pacientes cada vez son más expertos y responsables; los profesionales, más capaces y mejor formados; y la tecnología médica, más avanzada y resolutiva. Éstos y otros muchos factores científicos y sociales contribuyen a potenciar y desarrollar la calidad y la seguridad de la atención prestada por los servicios sanitarios. (1)
En lo referente a la calidad asistencial pueden diferenciarse, cuando menos, tres componentes esenciales:
•El factor científico-técnico, consistente en la aplicación del mejor conocimiento disponible en función de los medios y recursos disponibles. La calidad científico-técnica trata de acercar la efectividad de la práctica clínica a la eficacia que la ciencia ha demostrado, y de emplear la más eficiente.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

•El factor percibido, relacionado con la satisfacción de los pacientes con la atención, los resultados y el trato recibido. Se trata de la calidad relacional y se refiere a la capacidad del sistema para comunicarse con quienes reciben los servicios.
•El factor institucional o corporativo, ligado a la imagen de un centro sanitario en la comunidad a la que debe servir. (2)
Pero, ¿Cómo podríamos definir la calidad asistencial? En el sector sanitario, esta definición plantea los siguientes interrogantes:
• ¿Cuál es el producto final de un servicio sanitario?: ¿curación, la mejoría, satisfacción?
• ¿Quién debe definir el objetivo deseado?: ¿los pacientes, los profesionales sanitarios, los directivos?
• ¿Cuál es el menor coste posible? (3)
Pues bien, los profesionales sanitarios tienden a definir la calidad desde la perspectiva de los cuidados que prestan al paciente. Esta visión enfatiza en el primero de los componentes, el factor científico-técnico, en la que se proveen los cuidados y, en menor grado, en la interacción, o calidad de la relación entre los profesionales como proveedores de la asistencia y el paciente como receptor. Con mayor frecuencia es el paciente quien hace énfasis en este último componente (3) Teniendo esto último en cuenta podemos definir la calidad asistencial como el grado en que los servicios de salud para el individuo y para la población aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados consistentes con el conocimiento profesional del momento (2).

Prestar una buena calidad asistencial consiste en conseguir hacer bien lo que se debe de hacer en cada caso, en cada proceso que es atendido, hacerlo con el menor coste posible y de forma que queden satisfechos quienes reciben esa asistencia. Es decir, calidad asistencial pasa por conseguir la adecuación de la práctica clínica, la excelencia de ésta y la satisfacción de quien la recibe. Esto requiere la participación de profesionales sanitarios, de profesionales que la planifican (gestores), y la de quienes la reciben (población asistida). (3)
Liderazgo, desarrollo e implicación de los profesionales, progreso de alianzas y recursos, estrategia y gestión por procesos son los factores que contribuyen a crear calidad, la cual se expresa en unos resultados clave, la satisfacción de los clientes, de los profesionales y la responsabilidad social. Así mismo, la innovación y el aprendizaje continuo marcan todo el modelo. Mejorar la calidad supone analizar por qué ocurren las cosas, voluntad de cambiarlas y planes concretos de actuación. A tal fin tienen valor, tanto los planteamientos proporcionados por los enfoques de uso generalizado para la gestión de calidad a nivel institucional; como iniciativas internas concretas de actuación de los centros asistenciales. (2)
Como se ha mencionado anteriormente para los pacientes y familiares la interacción, la comunicación o calidad de la relación entre los profesionales y el paciente es una de las

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

claves para la mejora asistencial. Por ello, la información prestada a los usuarios de los servicios de urgencias y sus acompañantes acerca de su estado de salud y los procedimientos a seguir durante su proceso asistencial, junto con una mejora continua de la comunicación y el trato administrados, deben ser objetivos prioritarios en la búsqueda de una adecuada asistencia sanitaria de calidad. (4)

Hay diversos estudios que indican que la percepción del trato recibido por los pacientes es buena, mientras que en relación a la información y comunicación es ostensiblemente mejorable (4). En estos estudios se muestra la frecuencia en la información proporcionada a los pacientes sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y exámenes complementarios. (5). En ellos se observa que la falta de información presenta valoraciones negativas (6). Los pacientes comentaron que lo peor cuando acudían a Urgencias era el tiempo de espera y un número insuficiente de profesionales pero que estos dos puntos se suplirían manteniendo un nivel de información adecuada. (7) Todo ello deja claro la importancia de la información clínica proactiva y periódica, ya que ésta se asocia a la mejora de la percepción de la calidad asistencial y del grado de satisfacción de la población (8). Es decir, la información clínica que se proporciona al paciente o usuario de un servicio de salud puede contribuir al mejor desarrollo del proceso asistencial, mejorar la relación entre los sanitarios y aquél y, por tanto, influir en la calidad del servicio. (9) Sin embargo, en los estudios citados anteriormente podemos observar que el cumplimiento del deber de información no alcanza unos niveles de eficacia suficientes. (5) El ordenamiento jurídico define la información clínica como parte de la lex artis que ha de cumplir todo profesional sanitario y fija unos caracteres que aparecen como mínimos de calidad. El artículo 4 de la ley 41/2002 concreta cómo ha de hacerse efectivo el derecho a la información de los pacientes (9). La información al paciente y familiares es un valor fundamental de la relación médico-paciente, cuyo sustento clínico, ético, legal y deontológico ha ido variando en relevancia, acorde a los cambios culturales de la sociedad. (10)

La información a pacientes y familiares sobre la situación clínica y el proceso asistencial es básica para garantizar el derecho a la información. Para ello, la Generalitat Valencia creó un Plan de información al paciente y familiares en urgencias cuyos objetivos son:

•Garantizar el derecho a la información al paciente y familiares sobre la situación clínica.
•Mejorar el contenido y la calidad de la información al paciente y familiares
•Disminuirla tensión y ansiedad del paciente y familiares que ocasiona la incertidumbre de una situación clínica que puede ser grave.
•Regularla visita y la información clínica de familiares para disminuir el aislamiento de su entorno familiar.

Otro de los ejemplos es el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba donde se ha implantado un plan de seguridad. Después de realizar un estudio han concluido que la implantación de un plan de seguridad del paciente en cualquier servicio clínico es una

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

obligación ética, una necesidad y una prioridad para poder alcanzar unos resultados excelentes. Refieren que es un componente esencial de la calidad asistencial. Entre los fallos encontrados en el estudio están la falta de información y el miedo y el estrés que ello produce al paciente. Como acciones preventivas se establecen que sería positivo crear un sistema de información donde se facilite la información al paciente y que además se realice de manera periódica. (12)

Teniendo en cuenta todo lo citado anteriormente se observa la necesidad de utilizar nuevas herramientas para mejorar la calidad asistencial y la información ofrecida al paciente y al familiar en urgencias. Cabe decir, que estas herramientas deben ser fáciles de utilizar y no deben aumentar la carga de trabajo de los profesionales de urgencias ya sobresaturados de manera habitual.

Objetivos

Objetivo principal: Mejorar la calidad asistencial en urgencias garantizando la información al paciente y al familiar mediante la implantación de nuevas herramientas.

Objetivos específicos:

- Observar que la información facilitada a los pacientes y familiares en urgencias es insuficiente.

- Explorar posibles herramientas para aumentar la información proporcionada a los pacientes.

- Desarrollar un nuevo sistema utilizando dichas herramientas de información.

- Implementar este nuevo sistema en urgencias.

Justificación y contextualización

La importancia de la mejora de la calidad asistencial ha quedado plasmada tras la lectura de varios estudios donde se hace referencia a la falta de información de los pacientes y familiares en urgencias. (4, 5, 6,7)

La principal queja relacionada con la desinformación en urgencias es la referente a retrasos y esperas, por lo que en algunas urgencias como en las del Hospital de Barcelona ya se han colocado pantallas que explican el número de pacientes que hay en la sala de espera y el tiempo aproximado de espera para cada uno de ellos.(13) Sin

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

embargo, una vez entran en el box tanto el paciente como el familiar carecen de pantallas donde se expliquen las pruebas pendientes de realizar, el tiempo aproximado para la realización de cada una ellas y el tiempo de espera para los resultados. Por ello creo conveniente implantar pantallas en los boxes donde se especifiquen estos procedimientos. Además, opino que también es necesario implantar el sistema de SMS1 que ya se está utilizando en algunas áreas quirúrgicas donde mediante este nuevo sistema de comunicación vía SMS se informa a los familiares de los pacientes que entran en quirófano la ubicación exacta del paciente una vez accede al área quirúrgica. (14) Encuentro este nuevo sistema especialmente útil en esta época pandemia por el covid19 donde los familiares no tiene acceso al box en urgencias.

Tras realizar la revisión bibliográfica se ha observado la necesidad de mejorar la información proporcionada al paciente. Para ello se deben aplicar nuevas herramientas como las citadas anteriormente. Con la implementación de estas herramientas en el sistema informático actual se garantizará la información proporcionada tanto al paciente como al familiar sin aumentar la carga de trabajo de los profesionales sanitarios. Por un lado, se instalarán pantallas en los boxes vinculados al sistema informático utilizado en ese centro para que la información salga en la pantalla del box. Además, se enviarán SMS informativos a los familiares de la sala de espera con el objetivo de mejorar la calidad asistencial.

Análisis del proyecto

Tras conocer la necesidad de mejorar la calidad asistencial y las valoraciones negativas por la falta de información al paciente y al familiar queda clara la necesidad de implementar mejoras en urgencias. Para ello, se llevará a cabo un proyecto en el Hospital de Barcelona donde implementarán varios cambios en el sistema informático del centro sanitario.

El análisis del proyecto se llevará a cabo mediante el análisis DAFO (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas), una herramienta de estudio de la situación de una empresa, institución, proyecto o persona, analizando sus características internas (Debilidades y Fortalezas) y su situación externa (Amenazas y Oportunidades) en una matriz cuadrada. (15)

Esta matriz plantea las acciones que se deben emplear para generar estrategias y preparar nuestra organización contra las amenazas teniendo conciencia de las debilidades y fortalezas.

El principal objetivo de un análisis DAFO es ayudar a una organización a encontrar sus factores estratégicos críticos, para una vez identificados, usarlos y apoyar en ellos los cambios organizacionales: consolidando las fortalezas, minimizando las debilidades,

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

aprovechando las ventajas de las oportunidades, y eliminando o reduciendo las amenazas.

Podemos dividirlo en:

● Análisis interno:

o Fortalezas:

- Mejora de la calidad asistencial y de la información proporcionada al paciente
- Disminución de las reclamaciones y valoraciones negativas de los pacientes
- Mejora del sistema informático y las instalaciones de urgencias

o Debilidades:

- Necesidad de instalar las mejoras informáticas
- Necesidad de implementar pantallas en los boxes
- Coste de la implementación de las mejoras

● Análisis externo

o Oportunidades:

- Posibilidad de ser innovador
- Mejora asistencial en comparación con otros centros
- Valido para todos los centros sanitarios

o Amenazas:

- Necesidad de implicación por parte de los profesionales del centro
- Falta de conocimiento de los profesionales que deben realizar cambios en el sistema informático

Después de realizar este análisis podemos observar que la instalación e implementación de las nuevas herramientas pueden tener un coste. Sin embargo, esto conllevaría a una mejora en las instalaciones del centro y a una mejora de la calidad asistencial que no sería posible realizar de otra manera. Además, la calidad asistencial en comparación con otros centros aumentaría y por consiguiente esto conllevaría al posible aumento de nuevos asegurados en la mutua. Se debería trabajar en la implicación necesaria para este proyecto por parte de los profesionales y en el conocimiento que requiere la instalación de las novedades en el sistema informático.

Diseño

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Para la realización del proyecto se deberán realizar cambios en el sistema informático para poder implementar el sistema SMS y las pantallas en los boxes.
Estos cambios se realizarán en dos fases. Por una parte, se deberá crear un vínculo entre las peticiones de las pruebas y los SMS informativos de los familiares de forma que cuando se pidan las pruebas el familiar sea informado de las pruebas pendientes, del tiempo de espera aproximado para la realización de dichas pruebas y del tiempo estimado para los resultados.
Por otro lado, se deberán instalar pantallas en los boxes para que el paciente reciba la información acerca de los procedimientos que tiene pendientes, el tiempo de espera aproximado para la realización de dichas pruebas y posteriormente el tiempo estimado para los resultados.
Todo ello garantizará la información ofrecida tanto al paciente como al familiar mejorando la calidad asistencial y realizando una innovación en el servicio de urgencias.

Desarrollo e implementación

Para iniciar el proyecto primero será presentado ante dirección para su aprobación. Una vez aprobado el proyecto se iniciará con la Fase I.
Fase I. Sistema organizativo:
Tras la aprobación por parte de dirección se deberá reunir al personal implicado en este proyecto y crear una comisión de calidad formado por: Dirección, supervisión de enfermería, Informática y mantenimiento para que todos participen y expresen su opinión. Se definirá cada rol, competencias y funciones de cada miembro del equipo.

Fase II. Presentación del proyecto a la comisión:
Durante la presentación del proyecto se explicará en qué consiste y en los pasos a seguir para su implantación:
Se explicará donde conseguir la financiación y como se han calculado los costes para el proyecto.
A continuación, se explicarán los pasos a seguir hasta la implantación de ambas herramientas de información.

Fase III. Detección de problemas:

Una vez presentado el proyecto se escucharán las opiniones y propuestas de la comisión y se intentarán detectar los posibles problemas que puedan aparecer.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Uno de los posibles problemas podría ser la falta de conocimiento de los informáticos para la instalación de estos nuevos sistemas por lo que si fuese necesario se ofrecería una formación continua.

Fase IV. Implantación del proyecto:

1.- Financiación:

El proyecto deberá ser financiado por el hospital. Anualmente el hospital destina dinero a mejoras en el servició por lo que se utilizaría parte de ese dinero para llevar a cabo el proyecto. Antes de iniciar el proyecto se tendrán que tener calculados los costes aproximados del proyecto:

- ¿Qué se necesita para llevar a cabo el proyecto?

o Informáticos: posible formación requerida para la instalación de nuevos sistemas en el programa informático.

o Pantallas: En el servicio de urgencias hay 14 boxes por lo que sería necesaria la compra de 14 pantallas con un coste aproximado de: 2500Eur.

o Posibles costes de mantenimiento que puedan surgir.

En cuanto al espacio necesario para la implantación de dichas pantallas en el Hospital de Barcelona los boxes ya cuentan con la instalación eléctrica realizada para la colocación pantallas por lo que eso no supondría un problema.

2.- Implantación de la primera herramienta de mejora

Una vez aprobado el presupuesto se constituirán los pasos a seguir para la realización de las mejoras.

- Se deberá explicar el procedimiento a seguir al equipo de informática del centro para intentar resolver las dudas entre todos y ofrecer formación si fuese necesario.
- Se realizarán los cambios en el sistema informático para implementar el envió de SMS informativos a los familiares.

3.- Implantación de la segunda herramienta de información

- Se procederá a la instalación de las pantallas en los boxes.
- Una vez colocadas las pantallas se instalará el programa informático del hospital en dichas pantallas.
- se realizarán los cambios necesarios en el sistema informático para que la información que requiere el paciente aparezca en las pantallas.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Fase V. Evaluación del proyecto:
La comisión deberá evaluar el proyecto y los beneficios obtenidos gracias a él.
Evaluación
Para evaluar el proyecto se realizará una encuesta de satisfacción a los pacientes. En el caso en el que el paciente no sea capaz de realizar la encuesta de satisfacción ya sea por falta de alfabetización o por demencia cognitiva la encuesta podrá ser respondida por el acompañante obviando las preguntas específicas para el paciente.
También se tendrá en cuenta la opinión de los profesionales sanitarios que trabajan en urgencias.
Se trata de un proyecto nuevo por lo que puede haber fallos en un inicio que se deberán ir corrigiendo.
Una vez obtenidas las encuestas de satisfacción se realizará un estudio para conocer el grado de mejora en la calidad asistencial.

Conclusiones

La calidad asistencial es una disciplina que ha adquirido una enorme relevancia en la atención sanitaria actual. El liderazgo, el desarrollo y la implicación de los profesionales, contribuyen a mejorar la calidad asistencial, la cual se expresa en unos resultados clave, la satisfacción de los clientes, de los profesionales y la responsabilidad social.
La información proporcionada a pacientes y familiares acerca de su estado de salud y los procedimientos a seguir durante su proceso asistencial, son objetivos prioritarios en la búsqueda de una mejora en la calidad asistencial. Para ello se deben implantar nuevas herramientas en el servicio de urgencias.
Mediante este proyecto se innovará en el servicio de urgencias realizando mejoras en el sistema informático utilizando pantallas informativas en los boxes y enviando SMS informativos a los familiares de la sala de espera.
Gracias a este progreso se garantizará el derecho a la información al paciente y familiares sobre la situación clínica y se mejorará la calidad de la información proporcionada al paciente y familiares.

Bibliografía

1. Aibar Remón C, Aranaz Andrés J.M. Calidad asistencial y seguridad del paciente. Conceptos esenciales. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Universidad de Zaragoza.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

2. Gobierno de España. Calidad asistencial y seguridad del paciente. Conceptos esenciales. Unidad 1. Ministerio sanidad servicios sociales e igualdad. 2019;1–23.

3. Rodríguez Pérez M.P, Grande Armesto M. Calidad asistencial: concepto, dimensiones y desarrollo operativo. Madrid: escuela nacional de sanidad; 2014. 14.1.

4. García-García A, Arévalo-Velasco A, García-Iglesias M.A, Sánchez-Barba M, Delgado-Vicente M.A, Bajo-Bajo A, Diego Robledo, F. Información, comunicación y trato en un servicio de urgencias: Evaluación mediante una encuesta de opinión. Revista de calidad asistencial. Volume 30, issue 4, july–august 2015, pages 203-209. Https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.04.005

5. Pérez-Cárceles M.D, Perezñíguez barranco J.E, Osuna Carrillo de Albornoz E, Luna Maldonado A. Derecho de información de los pacientes: Influencia de las características socio-profesionales en atención primaria. Aten primaria [internet]. 2006;37(2):69–74. Http://dx.doi.org/10.1157/13084501

6. Quintana J.M, Aróstegui I, Arcelay A, García M, Ortega M, Candelas S. Patient satisfaction survey in emergency departments in acute care hospitals. Gac sanit [internet]. 1999;13(1):38–45. Http://dx.doi.org/10.1016/s0213-9111(99)71320-8

7. Carbonell Torregrosa M.A., Aranaz Andrés J.M, Mira Solves J.M, Perez Jover V, Garcia Giménez A. La técnica cualitativa en la mejora de la satisfacción en urgencias. Emergencias. 2004;16(november 2018):184–9.

8. Gamella Pizarro C, Sánchez Martos J, González Armengol J.J, Fernández Pérez C. Impacto de una unidad de atención e información a la familia y los acompañantes del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios en la mejora del grado de satisfacción. Emergencias 2014;26(2): 114-120

9. García Millán Á. La información al paciente como pieza clave de la calidad asistencial. Rev clínica med fam. 2009;2(6):275–9.

10. Nogales-Gaete J, Vargas-Silva P, Vidal-Cañas I. Información médica a pacientes y familiares: aspectos clínicos, éticos y legales. Rev med chil. 2013;141(9):1190–6.

11. Generalitat valenciana. Departamento de Sagunto de salud. Plan de información a pacientes y familiares en urgencias hospitalarias. 2014;21.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

12. Tejedor Fernández M, Miñarro del Moral R, Montero-Pérez FJ, Gracia García F, Roig García JJ, García Moyano AM. Diseño e implantación de un plan de seguridad del paciente en un servicio de urgencias de hospital: ¿cómo hacerlo? Emergencias (Sant Vicenç dels Horts) [Internet]. 2013;25(3):218–27.http://search.bvsalud.org/portal/resource/en/ibc-113599

13. Consorci Sanitari Integral. El consorci estrena una aplicación para conocer el tiempo de espera en el servicio de urgencias. 2015. Www.csi.cat.

14. Diario enfermero. Un nuevo sistema SMS informa a los familiares cuando el paciente entra en quirófano. 2019. Https://diarioenfermero.es/un-nuevo-sistema-sms-informa-a-los-familiares-cuando-el-paciente-entra-en-quirofano/

15. Gobierno de España. Ministerio de Industria, Comercio y Turismo. Análisis DAFO. https://dafo.ipyme.org/Home

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Anexo 1

Encuesta de satisfacción:

Edad: ¿Quién realiza la encuesta?: Paciente/Familiar

Hombre/Mujer:

1. ¿Es la primera vez que se visita en el Hospital?

   - SI - NO

2. Si no así, ¿es la primera vez que se visita tras la implantación de las herramientas como SMS y pantallas informativas en los Boxes?

   - SI - NO

3. ¿Cree que la información recibida tanto por su parte como la de sus acompañantes ha mejorado respecto a la última vez?

   - SI - NO

4. ¿Le parece útil la pantalla informativa instalada en el box?

   - SI - NO

5. ¿Le parece útil el sistema de SMS informativos enviados al acompañante?

   - SI - NO

6. ¿Le parece suficiente la información recibida tanto usted como sus acompañantes?

   - SI - NO

7. ¿Está usted satisfecho con la atención recibida?

   - SI - NO

8. ¿Qué otra medida cree que podríamos adoptar para mejorar la calidad asistencial?

   ……

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 33: HUGAR "HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN EL HOGAR ES POSIBLE

AUTORÍA: Laura Villán Fernández

RESUMEN EJECUTIVO

HUGAR surge para mejorar la forma de dar cuidados en el hogar a las personas con necesidades o dependencia. En el presente trabajo se hace un recorrido analizando la situación actual de las personas mayores. Trata de valorar las oportunidades y las principales amenazas para poder cuidar con dignidad y calidad, a través de las intervenciones de un equipo profesional y multidisciplinar proveedor de cuidados.

HUGAR arises to get better the way of giving care at home to people with needs or dependency. In this work the situation of the elderly people is analyzed. Assessing the main threats and opportunities to be able to care with dignity and quality, through the interventions of a multidisciplinary care team.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La humanización de los cuidados significa centrar la atención asistencial en la relación humana, comunicando adecuadamente, escuchando a la persona y sintiendo empatía por el otro. Poner en valor la dignidad e individualidad de cada persona prestando unos cuidados personalizados a cada paciente, atendiendo tanto sus necesidades físicas como su esfera emocional, social y espiritual. No debemos olvidar que la profesión enfermera se basa en el respeto a la persona y a su propio sistema de valores, esto invita a la reflexión personal y profesional de porqué existe ahora la imperiosa necesidad de

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

“re-humanizar” los procesos asistenciales, teniendo en cuenta que esto es inherente a la profesión enfermera y al cuidado.

Envejecimiento y cronicidad: marco político, sanitario y social

El envejecimiento se caracteriza por la acumulación gradual, durante toda la vida, de daños moleculares y celulares, lo que produce un deterioro generalizado y progresivo de muchas funciones del cuerpo, mayor vulnerabilidad a factores del entorno y mayor riesgo de enfermedad y muerte. Esto trae consigo una amplia variedad de cambios no solo físicos, sino también psicosociales (1).

Sobre la base de la evidencia proporcionada en el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud donde se concluye que las estrategias adoptadas han sido claramente ineficaces, y en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), se plantea una estrategia haciendo un llamamiento hacia un cambio profundo encaminado a favorecer un envejecimiento saludable (1,2)

En la Asamblea Mundial de la Salud del 2016, 194 países aprobaron la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud (2016-2030). La Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 se propone como una colaboración mundial, encabezada por la OMS, que trabajará para mejorar la vida de los adultos mayores, sus familias y las comunidades en las que viven (2).

Dado que no existe un modelo estándar de persona mayor, se debe comprender la diversidad de las personas y actuar de forma individualizada, promoviendo el envejecimiento saludable, teniendo en cuenta que todos los aspectos del entorno de una persona mayor tienen que funcionar de manera integrada para hacerlo posible.

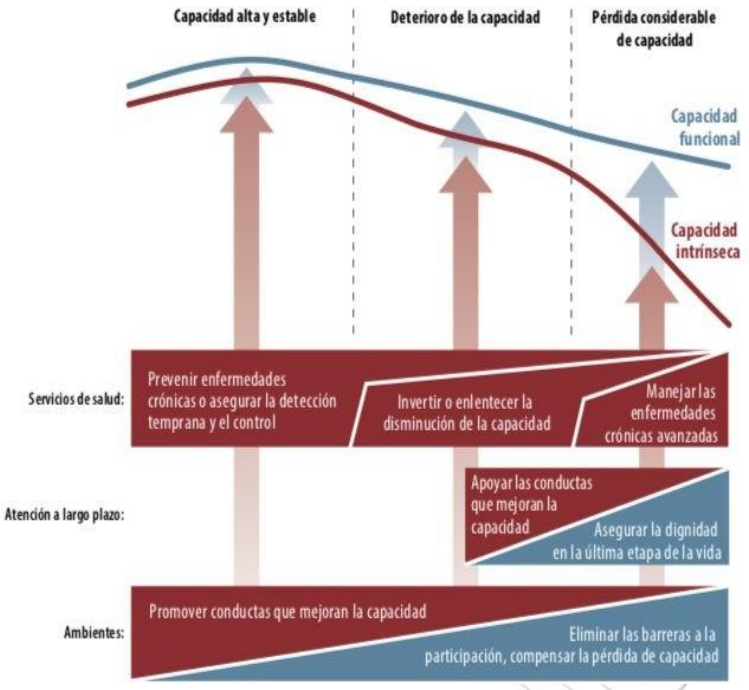
Surge la necesidad de crear un nuevo marco de acción global, que tenga en cuenta la gran diversidad de la población de edad avanzada y encare las desigualdades de fondo. Dependiendo de la capacidad (funcional e intrínseca) y el consecuente nivel de capacidad y de dependencia de cada individuo (si lo hubiera) se van a dar necesidades de servicios de atención y adaptación del entorno diferentes.

En la siguiente figura, extraída del Informe mundial sobre envejecimiento y salud (1), se visualizan gráficamente las cuatro esferas de acción prioritarias que pueden ayudar a lograr este fin:

1. adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que atienden actualmente

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

2. crear sistemas de atención a largo plazo
3. crear entornos adaptados a las personas mayores
4. mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión



El marco político de la OMS reconoce seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico (3). Propone cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud:

- prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura
- reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida
- desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen
- proporcionar formación y educación a los cuidadores

Este marco de acción debe impulsar la creación de nuevos sistemas de asistencia sanitaria y cuidados a largo plazo más acordes con las necesidades de los mayores y

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

velar porque todos los sectores se centren en objetivos comunes para que las iniciativas sean coordinadas y equilibradas. Es necesario superar las formas obsoletas

de concebir la vejez, fomentar un cambio importante en la forma de entender el envejecimiento y la salud e inspirar la creación de enfoques transformadores. Dado que el cambio social es constante e impredecible, estas medidas no pueden ser prescriptivas, sino, por el contrario, deben tratar de fortalecer la capacidad de las personas mayores de prosperar en el entorno turbulento en que probablemente vivan (1).

En 2002, la Organización Mundial de la Salud dio a conocer el documento Envejecimiento activo: un marco político (3). En este marco se define el envejecimiento activo como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen". Se hace hincapié en la necesidad de actuar en múltiples sectores, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías.

En ese mismo año, la ONU adelantaba datos de la transformación demográfica mundial que estamos experimentando, expuso que para el 2050, el número de personas de más 60 años aumentaría de 600 millones a casi 2000 millones, y se preveía que el porcentaje de personas de 60 años o más se duplicaría, pasando de un 10% a un 21%. Ese incremento será mayor y más rápido en los países en desarrollo, donde se prevé que la población anciana se multiplique por cuatro en los próximos 50 años (4). Hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más allá de los 60 años (5).

Atendiendo a los últimos datos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), no podemos hablar de envejecimiento sin ligarlo al concepto de cronicidad puesto que, "alrededor del 42% de la población española padece al menos un proceso crónico, porcentaje que se dispara si se tiene en cuenta el envejecimiento poblacional, alcanzando hasta el 70% de los mayores de 65 años, con una media de cuatro enfermedades crónicas por persona" (6,7).
En base a esta tendencia de envejecimiento progresivo se calcula que en el año 2029 residirán en España 11,3 millones de personas mayores de 64 años, cifra que alcanzará los 15,8 millones en 2064, con el respectivo incremento porcentual en lo que respecta a la cronicidad. El 80% de las consultas en Atención Primaria están relacionadas con la cronicidad, al igual que el 60% de los ingresos hospitalarios y el 85% de los que se producen en el área de Medicina Interna. Por otro lado, la atención a la cronicidad supone el 75% del gasto sanitario total (7).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Teniendo en cuenta una evolución constante hacia la pluripatología, para evitar el colapso sanitario derivado de un exceso de consultas presenciales, existe una tendencia actual a incorporar tecnologías aliadas que sean más eficientes para monitorizar la cronicidad presente y venidera como: telemedicina, apps, redes sociales, Big data e Inteligencia Artificial (6). Actualmente, se están dando los primeros pasos para integrar las nuevas tecnologías para volcar la tecnología hacia el envejecimiento y mejorar así la calidad de vida de las personas mayores, intentando

salvar la brecha digital existente. Se prevé una reafirmación del uso de nuevas tecnologías con la llegada de nuevas generaciones de personas mayores (8).

Los profesionales sanitarios jugamos un papel importante en la Educación para la salud, tanto en materia de prevención como en caso de problema de salud, ya que muchos pueden tratarse con eficacia, sobre todo con una detección precoz. También nos corresponde, especialmente a enfermería como gestores de cuidados, tratar de que las personas con disminución de la capacidad comprendan que pueden tener una vida digna y de permanente crecimiento personal en los entornos favorables adecuados. No obstante, el mundo aún está muy lejos de estos ideales.

El envejecimiento de la población exige, por consiguiente, una respuesta integral de salud pública. En un estudio reciente sobre los progresos realizados a nivel mundial desde 2002, que abarcó más de 130 países, se señaló que “en las políticas de salud, el reto de la transición demográfica tiene prioridad baja”; “se registran bajos niveles de formación en geriatría y gerontología en las profesiones de la salud, a pesar del creciente número de personas mayores”; y “la atención y el apoyo a los cuidadores [...] no es un objetivo prioritario de la acción gubernamental sobre el envejecimiento” (9).

En España, la política social sufrió una transformación relevante en la consolidación de los derechos sociales de sus ciudadanos con motivo de la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, conocida como LAPAD (10). La dependencia es definida como "aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos correspondientes de la vida diaria". Esta se producirá cuando existen tres factores:

1. La existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

2. La incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria.
3. La necesidad de asistencia por parte de un tercero.

La dependencia se clasifica en tres grados (a su vez, cada uno de estos grados se clasifica en dos niveles en función de la autonomía, atención y cuidados que requiere la persona), tal como recoge el artículo 26:

1. Grado I (dependencia moderada): la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
2. Grado II (dependencia severa): la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de una persona cuidadora.
3. Grado III (gran dependencia): la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Con la entrada en vigor de esta ley en 2007 se establece el derecho de la ciudadanía para la promoción de la autonomía personal y la atención en las situaciones de dependencia fundamentado en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad. Este derecho se hace efectivo a través de prestaciones o servicios de atención del catálogo (atención domiciliaria, centros de día, residencias…) a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), encargado de gestionarlos. A fecha 31 de diciembre de 2016 se habían presentado 1.622.203 solicitudes, de las cuales, un 75% eran personas mayores de 65 años y un 54% del total mayores de 80 (11).

Panorama actual de los cuidados en España

Socialmente, las personas mayores pueden ser consideradas con respeto y veneración o sufrir el rechazo personal y social. En la cultura occidental conviven los dos sentidos, el positivo y el negativo, en donde los valores de la sabiduría, la experiencia, la ternura, la tranquilidad y la serenidad vital han sido cuestionados por la eficiencia, la competencia, la rentabilidad, la utilidad, la producción y el éxito (12).

Según los últimos informes, en España son las mujeres de menos de 65 años, especialmente las de 45-64, las principales proveedoras de cuidados, contribuyen con más de la mitad de todo el volumen de cuidado (medido en horas) aportado por todos los cuidadores (48,4%), tal como se observa en la figura 2. Han pasado los años y ha tenido lugar el despliegue de políticas sociales de atención a la dependencia. Sin

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

embargo, al comparar con el patrón de cuidados de 2008, se observa que el patrón se mantiene. Se observa también que aunque aumenta algo el tiempo de cuidado prestado por los hombres, en especial el de los hombres mayores, y desciende el de las mujeres (13).

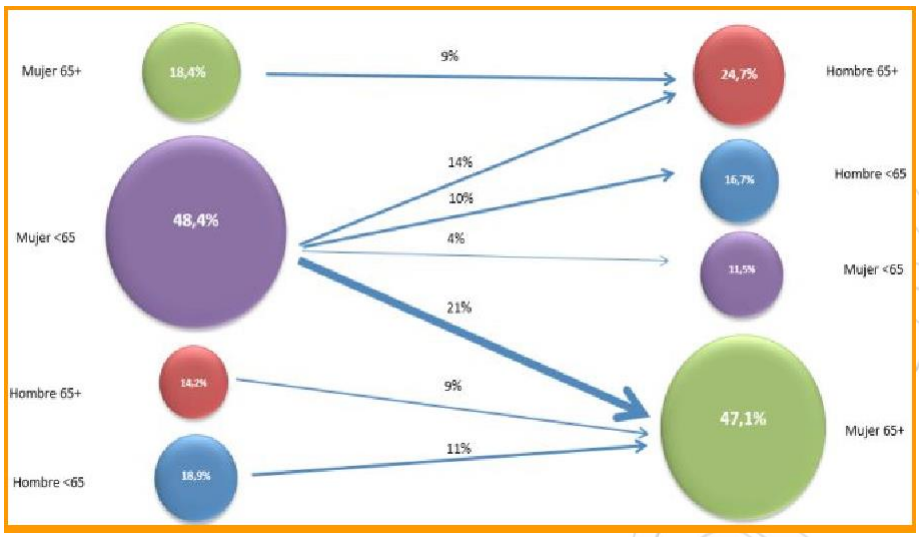


Figura 2: Patrones de cuidado informal en volumen de horas, quién cuida a quién, 2014 (13)

La persona que cuida de los hombres mayores que necesitan ayuda es fundamentalmente su cónyuge, seguida de su hija. En el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda se invierte el orden, son las hijas las que se hacen cargo de los cuidados más frecuentemente. Por tanto, la hija de edad intermedia suele ser el pilar del cuidado en España. El cuidado tiene efectos en el empleo, dado que la mayoría de

las personas que cuidan a su familiar están en edad laboral (13). La cultura que todavía predomina en España (a pesar de las continuas mutaciones que está experimentando el modelo familiar) es la que privilegia el cuidado ofrecido en el seno de la familia y, hasta donde es posible, en el propio entorno domiciliario o familiar (14).

Dificultades del cuidador

En muchas ocasiones, la mujer que asume el rol de cuidador principal renuncia a emprender y/o a desarrollar su vida profesional, pues más importante es el bienestar de su familiar dependiente que su propio potencial profesional. En el caso más concreto de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer en sus diferentes fases de evolución, el perfil de su cuidador en España se corresponde con una mujer a cargo de las atenciones de su padre/madre. Residente en zona urbana, combina su condición de

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

cuidador familiar con la atención a su familia, conviviendo con cónyuge e hijos. A pesar de que el cuidado tiene género femenino, cada vez es mayor el número de hombres que asumen esta condición de cuidador familiar (más del 24%), si bien, en este caso, y de acuerdo con los cuestionarios, se corresponden a los cónyuges, de edad avanzada, que cuidan de sus esposas con Alzheimer (14).

Las repercusiones negativas en el cuidador no se limitan al entorno laboral. Los trastornos del cuidador comprenden alteraciones físicas, psicológicas y sociales. Se produce una renuncia vital a desarrollar una vida personal adecuada, provocando, entre otras cosas, angustia, estrés, depresión, ansiedad…, elementos todos ellos (aunque no exclusivos) relacionados con el conocido como "síndrome del cuidador quemado". La atención obliga a estar vigilante 24 horas al día, todos los días de la semana, lo que hace que el cuidador principal se encierre en su casa, renuncie a llevar una vida social normal, abandone a sus amistades…, todo ello con sentimientos contradictorios y encontrados. También se ve afectada la economía, ya que se pierde la oportunidad de que la familia pueda ampliar o complementar las fuentes de ingresos, con lo que a los condicionantes personales antes señalados, hay que añadir además otros de carácter más material, pero igualmente necesarios, que afectan en el conjunto de la unidad familiar (14).

Según encuestas sobre personas con discapacidad (15) en España, se observa que, mientras el 46,31% de las personas con discapacidad de entre 65 y 79 años y el 41,26% de las personas de 85 años y más años con discapacidad manifiestan que el cuidador principal no tiene ninguna dificultad en cuidarlos, el 38,58% de las personas entre 65 y 79 años y el 42,34% de las personas de 85 años y más perciben especial dificultad en el cuidador principal por faltarle fuerza física. Para el 32,93% y el 35,75% de las personas entre los rangos de edad antes citados, se ha deteriorado la salud de su cuidador principal, o se encuentra cansado (49,18% y 54,79%, respectivamente), se siente deprimido (28,11% y 30,46%, respectivamente) o no tiene ningún problema (35,9% y 32,83%, respectivamente).

Los cuidadores manifiestan frecuentemente sentir dificultades para desempeñar su tarea. Estas dificultades tienen que ver en ocasiones con la ausencia de ayudas

técnicas para el manejo del dependiente, grúas, camas articuladas, etc. pero la mayor queja proviene de la percepción del deterioro de su propia salud (14).

Visto que el cuidado familiar se establece sobre los cambios debidos al envejecimiento, el aumento de las enfermedades crónicas y la dependencia asociada; situación laboral y social de las mujeres y la transformación de la familia, no se puede obviar el fenómeno

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

social en el que las mujeres inmigrantes forman parte del cuidado de las personas mayores de nuestro país.

Las mujeres inmigrantes se establecen como un nuevo elemento del cuidado, en cambio, su puesto en muchas ocasiones se ha desarrollado en un mercado oculto y precario, contribuyendo esto a aumentar la desigualdad en la población inmigrante, aumentado la vulnerabilidad asociada a los factores de inmigración y ser mujer. Señala Oliva PL en el artículo Análisis de género desde la enfermería en cuidadoras inmigrantes de personas mayores (16) que "el cuidado de las personas mayores a domicilio, se realiza en un 14% por cuidadores no profesionales formales y de ellos un 43,1% son inmigrantes [...] presentes cada día más como cuidadoras retribuidas [...] El primer trabajo que encuentran las mujeres inmigrantes recién llegadas es el trabajo doméstico y del cuidado. La mayor vulnerabilidad de este colectivo, en muchos casos irregular, provoca que puedan acentuarse las situaciones de abuso y explotación, esta actividad se ha convertido en un nicho laboral para las mujeres inmigrantes [...] La economía sumergida se configura como un bastión en el que se insertan principalmente las ocupaciones consideradas como típicamente femeninas, las ocupaciones que las mujeres han desarrollado en su hogar."

Así mismo, Oliva PL señala barreras y dificultades encontradas por las cuidadoras inmigrantes como:

- Las barreras normativas y administrativas
- Las barreras lingüísticas y de comunicación
- Las barreras culturales y religiosas, especialmente relevantes entre los procedentes de países islámicos y entre los procedentes de países con un sistema de protección social y sanitaria muy diferente al nuestro
- El rechazo pasivo del sistema o de los algunos profesionales sanitarios, víctimas de sus propios prejuicios
- Percepción de los servicios sanitarios. Las experiencias, tanto positivas como negativas, que tienen los usuarios y usuarias acerca de los servicios sanitarios, influyen en su utilización, de modo que dejan de acudir si perciben que no se les trata adecuadamente
- Situaciones económicas, sociales y culturales que han sido fundamentales en la decisión de emprender el viaje migratorio. En todos los casos el periplo migratorio incorpora el desarraigo cultural y afectivo como un riesgo sobreañadido para la salud mental de las personas
- Problemas de integración en la sociedad de acogida: falta de inserción laboral, falta de ingresos, problemas de acceso a la información, segregación, y marginación o exclusión territorial y social

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Finalmente, concluye invitando a que “desde el ámbito sanitario, específicamente desde la enfermería, no debemos olvidar el papel que debemos desempeñar, dado que tenemos una doble misión: brindar soporte inmediato al cuidador mediante cuidados, técnicas y asesoramiento para aliviar su carga; y, por otro lado, la formación a estos para mejorar en su día a día y capacitarlos de las habilidades necesarias para el cuidado del mayor. La labor de estas mujeres inmigrantes tiende a pasar desapercibido en las definiciones de cuidado en la dependencia. Es necesario, por tanto, fomentar una nueva ética de los cuidados desde la enfermería, para así convertirlos en la base de los derechos humanos [...] Por todo esto es importante, como proveedores de cuidados y recursos, aportar a estas mujeres y familias de personas dependientes formación en sus competencias, apoyo en ayudas en el domicilio y alivio de la carga de la cuidadora.”
Según señala Camps (17), la vejez y los problemas de las personas mayores deben ser contemplados como una oportunidad, pero oportunidad no solo económica, productiva, empresarial o de empleo, sino también oportunidad de recuperar valores morales, de devolver a una sociedad cada vez más desvinculada y pobre en valores una nueva mirada más humana, solidaria, basada en una ética de la compasión y en una ética del servicio. Desvincular estos dos aspectos es perder una oportunidad de encuentro entre dos miradas y dos mundos enfrentados: el del egoísmo, la insolidaridad y el materialismo y el mundo de la vida, de las relaciones, de la participación solidaria e intercambio mutuo.

Puede parecer un punto de vista demasiado idílico, pero ha de contemplarse como un objetivo al que dirigirse no solo como equipo profesional, sino como elementos que forman parte de una comunidad. A continuación, veremos otras dificultades como la soledad y el aislamiento social, el maltrato a las personas mayores, la entrada de cuidadoras formales inmigrantes y la deshumanización generalizada que obstaculizan el camino para contemplar la vejez como una oportunidad para recuperar valores.

La soledad en los mayores: oportunidad o problema social
Una de las conclusiones del informe de 2018, Un perfil de las personas mayores en España (18), señala que el 28,8% de las mujeres mayores y el 14,7% de los hombres mayores vive en soledad en España. Según se afirma en el informe, “la edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad”, aunque los contactos sociales que se mantienen con los hijos e hijas la atenúa en parte. Durante la vejez, y hasta las edades muy avanzadas, la edad aumenta la probabilidad de vivir en soledad.

En España, se viene observando en los últimos años un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años, aunque las proporciones son todavía

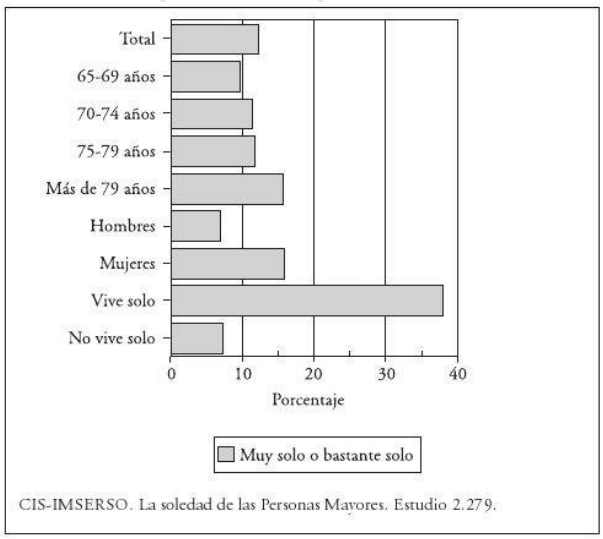
ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

menores que en otros países europeos. La proporción es mayor entre las mujeres que entre los hombres (2018: 31,0% frente a 17,8%) pero en estos se ha observado un aumento notable. La forma de convivencia mayoritaria entre los hombres de 65 y más años es la pareja sola (sin hijos ni otros convivientes), y en el futuro se espera que aumente, y tenga consecuencias en la redistribución de los cuidados dentro del hogar, con el hombre teniendo algo más de protagonismo como cuidador. Esta tendencia ya se viene observando en los últimos años con la tendencia de cambio de rol en los

hombres que atienden a su cónyuge con demencia, como se ha comentado anteriormente (14).

Tal como recoge Rodríguez M, en el estudio La soledad en el anciano (19), conviene destacar que la soledad no siempre es un sentimiento negativo y es necesario distinguir entre soledad objetiva y soledad subjetiva. En la primera, se hace referencia a una falta de compañía y no siempre implica una experiencia desagradable para la persona, incluso puede ser una experiencia buscada, satisfactoria y enriquecedora para el individuo, a pesar de que se haya visto obligado a ello. De la misma manera, Rueda J expone que "la soledad buscada no es un problema, pero la soledad sobrevenida por las pérdidas familiares, afectivas, de relaciones y por la decadencia y limitaciones de la edad empieza a ser y representar una cierta alarma social" (20).

La soledad subjetiva la padecen las personas que se sienten solas, nunca es una situación buscada y constituye un sentimiento doloroso y temido por un gran número de personas mayores. En la Figura 3, extraída del citado estudio, se observa que un 14% de las personas que viven en su domicilio reconoce sentir soledad, siendo notablemente mayor en las personas que viven solas, en mujeres y en mayores de 79 años.



CIS-IMSERSO. La soledad de las Personas Mayores. Estudio 2.279.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Figura 3. Personas mayores que se sienten solas según edad, género y situación personal

Expone Rodríguez M que "la soledad en los mayores es una realidad que viene favorecida por diferentes factores o causas". Analizar la etiología de la soledad en el anciano ofrece un marco de actuación para poder establecer posteriormente posibles estrategias y recursos para superar la soledad. La vivencia de experiencias, especialmente duras que suponen una ruptura con la vida anterior, pueden traer graves consecuencias emocionales (19):

a) Síndrome del nido vacío: abandono del hogar por parte de los hijos y la expectativa por parte de los padres de la prestación de ayuda necesaria cuando las circunstancias de enfermedad o dependencia lo requieran. El incumplimiento de este deber puede deteriorar las relaciones familiares y originar sentimientos de indefensión y soledad.

b) Relaciones familiares pobres: la escasez de una relación de calidad de afecto representa un importante motivo de frustración en la etapa final de la vida

c) La muerte del cónyuge: suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad. El modo cómo las personas viven el acompañamiento de la pareja al final de sus días es una variable importante para la elaboración posterior del duelo y de la soledad.

d) La salida del mercado laboral, las personas disponen de tiempo libre y muchas veces no saben en qué ocuparlo.

e) La falta de actividades placenteras. La búsqueda y realización de actividades lúdicas podría dar respuesta al vacío que genera el aumento de tiempo libre. Incluir actividades que favorezcan la interacción y participación en la vida social podría paliar el sentimiento de soledad.

f) Los prejuicios de la sociedad, tal como se ha comentado anteriormente (12), la falta de productividad en la vejez, la dependencia… cuestionan los valores de la sabiduría de la experiencia, la sabiduría, la ternura y la tranquilidad.

Los valores dominantes y un estilo de vida moderno caracterizado por la rapidez, energía, movimiento, vitalidad…, contribuyen a que este tema sea ignorado o que no suscite mucha atención. No se empezó a tener en cuenta desde la dimensión psicológica hasta los años 50 del pasado siglo, y fue a partir de los 80 cuando se comenzaron a publicar diferentes estudios empíricos. Actualmente, no son muchos los estudios que analizan el aislamiento y la percepción subjetiva de la soledad, quizás porque es considerada una de las dolencias más silenciosas y difíciles de detectar (19, 20).

Rodríguez M (19) propone como estrategia de actuación, valorar los siguientes recursos de cada persona para abordar la soledad:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

1) Recursos personales/individuales: valorar las actividades que realiza la persona, si son pasivas o actividades que conllevan relacionarse con los demás.
2) Recursos familiares: la familia juega un papel fundamental, se la puede considerar el principal soporte social del anciano, considerando las relaciones y el amparo en los seres queridos como un recurso clave en la lucha contra la soledad. Valorar la existencia de un referente familiar resulta de vital importancia. En caso de una red familiar nula o escasa, convendría valorar la existencia de programas de voluntariado en la zona o asociaciones.
3) Recursos sociales: tener un núcleo de amistades con el que poder intercambiar información, realizar actividades de ocio y tiempo libre puede ser muy importante a la hora de combatir el sentimiento de soledad.
4) Trabajador social: su función es de coordinador, pero también de supervisor y facilita una prevención efectiva a nivel de la persona mayor. Puede detectar un cambio de estado que precise la intervención de un profesional de la salud pero, sobre todo, tiene una visión global de la persona que considera la situación real en la que se encuentra en un momento dado y las evoluciones de estas situaciones. Constituye muy probablemente una buena baza en la prevención y lucha contra el aislamiento y la soledad.

5) Relaciones de vecindad: otro recurso interesante es el fomento de las relaciones de vecindad para evitar el aislamiento social.
6) Sistema educativo: una iniciativa innovadora que se podría utilizar igualmente como apoyo sería poder conservar el acceso a un sistema educativo. Algunas iniciativas valoran la experiencia de las personas mayores que pueden contar los oficios antiguos a los niños en las escuelas, pero este tipo de intercambio no está todavía bastante difundido, no demasiado valorado.
Entendiendo la complejidad del abordaje, visto que hay tantas respuestas como personas, se han de proponer soluciones que tengan en cuenta a cada individuo, así como soluciones colectivas, de la sociedad en su conjunto. Además de la inclusión de los avances tecnológicos para la monitorización citados anteriormente (6, 8), se han de analizar los recursos que pueden ser útiles tanto para prevenir la soledad y el aislamiento social, como para la detección y prevención de otras amenazas íntimamente relacionadas entre sí, como: las enfermedades crónicas, la disminución de la funcionalidad y autonomía para la realización de actividades de la vida diaria (AVD), la malnutrición, el deterioro cognitivo, alteraciones del ánimo

Un mundo que envejece y un mundo en el que cada vez se incrementan los hogares donde viven personas de mucha edad, a menudo solas, ha de disponer de servicios específicos y especializados para atender con calidad y con diligencia o prontitud

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

cualquier emergencia o situación que se presente. Las visitas domiciliarias de profesionales de la salud y de los servicios sociales, de grupos organizados de voluntarios, no solo pueden paliar los problemas de soledad, sino que a la vez pueden verificar los cambios, deterioros o riesgos de las personas que viven solas en sus domicilios (20).

Teniendo en cuenta que la puerta de entrada al sistema sanitario es la atención primaria (AP) y que el colectivo de las personas mayores utiliza muy especialmente este servicio, los profesionales de AP son, a menudo, los que tienen la oportunidad de detectar y abordar sus necesidades, al mismo tiempo que ejercen un papel determinante en la coordinación y la integración del proceso asistencial. Por eso, es importante la implicación de los Equipos de Atención Primaria (EAP) en la labor de abordar el tema de la soledad y los cuidados de las personas mayores, incentivando siempre la coordinación entre entidades proveedoras, niveles asistenciales y servicios sociales con tal de responder a las necesidades específicas de cada paciente (19).

No obstante, tal como señala Rueda JD (20), "los servicios públicos, sociales, sanitarios y los jurídicos, no siempre muestran la diligencia adecuada para hacer frente a este problema, plantearlo y buscar soluciones, alternativas o estrategias que aminoren o que eviten los efectos de una sociedad cada vez más individualista, de anónimos e insolidaria con los problemas de las personas mayores".

A modo de conclusión, la soledad no es solo un problema de abordaje desde organismos políticos, sanitarios y/o sociales, sino que podemos estar en los albores para que se comprenda como un problema de la comunidad, que la ciudadanía se implique… de forma que este problema se convierta en una oportunidad para recuperar valores y humanizar la sociedad.

Maltrato al anciano

El maltrato de las personas mayores, definido por la OMS (21), es un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza. Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos y se podría clasificar en cinco tipos de maltrato (22):

- El maltrato físico es toda acción voluntariamente realizada que provoque, o pueda provocar, daño o lesiones físicas en la persona mayor (abofetear, zarandear, empujar, golpear...), también se incluyen aquí las restricciones físicas y químicas cuando éstas no tienen una prescripción médica adecuada.
- El maltrato psicológico es toda acción (habitualmente de carácter verbal) o actitud que provoque o pueda provocar daño psicológico a la persona mayor (por

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ejemplo: rechazar, insultar, aterrorizar, aislar, gritar, culpabilizar, humillar, amenazar, privar de sentimientos de amor, afecto y seguridad)

- La negligencia es el abandono o descuido de las obligaciones en los cuidados de una persona mayor. Consiste en desatender las necesidades básicas, entendiendo por tales la alimentación, la higiene, una vestimenta adecuada al clima y la asistencia sanitaria, entre otras.
- El abuso económico consiste en la utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o de las propiedades de una persona mayor. Incluye la apropiación, aprovechamiento o mal uso de las propiedades o dinero del anciano, la falsificación de su firma y la coacción para obligarle a firmar documentos (contratos o testamentos).
- El abuso sexual es cualquier contacto sexual no deseado en el que una persona mayor es utilizada como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.

El maltrato a personas mayores se ha convertido en un problema importante de salud pública. Según un estudio de 2017 basado en la mejor evidencia disponible de 52 investigaciones realizadas en 28 países de diversas regiones, incluidos 12 países de ingresos bajos y medianos, durante el último año el 15,7% de las personas de 60 años o más fueron objeto de alguna forma de maltrato (21). No obstante, acotando los datos hacia el cuidado prestado en el hogar y la familia, aún hay muy pocas investigaciones sobre la incidencia del maltrato de personas mayores. En un informe de la Organización Mundial de la Salud se estima que entre un 4% y un 6% de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato por parte de miembros de la familia (24).

Según los datos obtenidos en una investigación (23) realizada por el Centro Reina Sofía (CRS) para el estudio de la violencia en 2008, se observó una prevalencia del 0,8% en las personas mayores entrevistadas, reconocían haber sido víctimas de maltrato por parte de algún familiar a lo largo de ese año. Además, el 4,5% de los cuidadores entrevistados declaraba haber maltratado al anciano bajo su cuidado en alguna ocasión (22). En la siguiente tabla, Iborra resume los factores de riesgo de maltrato a mayores por niveles:

Figura 4. Factores de riesgo del maltrato de personas mayores (22)

Deshumanización y proyectos humanizadores

Para hablar de deshumanización, conviene definir primero qué se entiende por humanización (24): concepto muy complejo que proviene de las ciencias sociales y que hace directa referencia al fenómeno mediante el cual un objeto inanimado, un animal o

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

incluso una persona adquiere determinados rasgos que son considerados humanos y que no poseía antes. Es importante señalar que el término humanización da cuenta de un proceso que se lleva a cabo por un tiempo determinado y que tiene como fin la conversión del sujeto u objeto en cuestión en algo más parecido a lo que se entiende normalmente por ser humano. Antes de poder hablar de lo que entendemos por humanización, debemos dejar claro qué entendemos por ser humano. En este sentido, el concepto hace referencia a un ser que, a diferencia de los restantes seres vivos, ha logrado desarrollar sentimientos conscientes y manejables entre los cuales destacan la solidaridad, el amor por el prójimo, la empatía, el compromiso con determinadas causas, etc. Si bien el ser humano también tiene muchos elementos negativos en su esencia, todos estos caracteres mencionados son exclusivos de él y ni los animales ni las plantas pueden desarrollarlos consciente y racionalmente. Es por eso que cuando hablamos de humanización estamos haciendo referencia al proceso mediante el cual se adquieren rasgos típicos del ser humano. Lo complejo de este concepto es que por lo general se aplica a los mismos seres humanos y no tanto a otros elementos como a los animales. Esto se da en los casos en los que una persona que mantenía rasgos poco humanos (como la envidia, el odio, la ira) fue dejándolos de lado para convertirse en alguien más digno de ser llamado humano.

En los últimos años, son muchos los proyectos humanizadores, artículos, cartas al director... que alertan de una deshumanización global en la atención sanitaria. En el sector, hay diferencias de opiniones a la hora de describir qué entiende cada profesional por humanización y sus causas. No se ha realizado aún en España ningún

estudio a profesionales de enfermería de atención primaria, pacientes y familiares que pueda alertar de carencias en el trato humanizado. Conocer qué perciben y sienten todos los agentes implicados debería ser la piedra angular para iniciar un proceso de cambio.

Tras consultar algunos artículos , es de destacar una carta al director de la enfermera Calero P en la que denuncia la tendencia al abandono del carácter humano de la profesión enfermera por la inclinación a “medicalizar” la profesión, tanto por el uso de tecnicismos, como por el uso de técnicas propias de la profesión enfermera, abandonando los “cuidados técnicos”, base de la profesión. Las palabras de Calero no dejan lugar a la indiferencia (25): “Una amenaza, que actualmente está presente en todos los ámbitos de la vida social, es aquella que tiene que ver con la deshumanización. La Enfermería se define como una práctica social. El futuro prioriza lo económico, focaliza lo social y casi no lo subvenciona. El desafío es, entonces, cómo dar respuesta al mercado, a las nuevas tendencias, sin perder de vista su carácter humano, que es y

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

debe ser el eje, o la razón de ser de la labor enfermera. [...] Vivimos en una época en la que se hace preciso realizar una profunda reflexión sobre los aspectos humanos, valores y actitudes de las profesiones sanitarias, en general y de la profesión de Enfermería en particular. [...] cada vez con mayor fuerza van aumentando las voces que hablan de falta de ética, y de deshumanización. Por ello, es necesario articular el contenido de nuestra responsabilidad profesional, no sea que con la evolución de la Enfermería como ciencia se nos vaya escapando su esencia fundamental, la de los valores que le sirven de sostén."

Aunque pueda parecer algo novedoso, ya en 1984 se implementó en 15 hospitales del INSALUD (26) un plan de humanización de la asistencia en los hospitales, en líneas generales el plan comprendía la creación del servicio de atención al paciente y una comisión de humanización de la asistencia; implantación en las consultas externas de la citación previa para evitar la masificación; ampliación del horario de visitas en los hospitales y adopción de medidas para que la madre pudiera acompañar al hijo ingresado en el hospital el mayor tiempo posible. Además, se incluyó realizar una encuesta post hospitalización para controlar la calidad de la asistencia; en los hospitales infantiles, contar con la presencia de un maestro; posibilidad de elegir entre tres menús diferentes; creación de bibliotecas para los enfermos e intentos de sensibilizar a los pacientes y a sus familiares sobre la necesidad de las autopsias y donaciones de órganos.

En ese mismo plan se incluyó la Carta de Derechos y Deberes que recogía 16 derechos y 8 obligaciones de los pacientes. Entre los primeros destacaban la libertad de negarse a seguir el tratamiento (salvo excepciones); el derecho a recibir información completa y continuada (incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronóstico); a la libre determinación del paciente, que de forma, expresa debe dar su consentimiento previo a cualquier actuación; a no ser objeto de experimentos sin su autorización y a agotar las posibilidades razonables de superación de la enfermedad. Los deberes del paciente son cumplir las normas del hospital,

utilizar adecuadamente las prestaciones ofrecidas, respetar al personal del centro y a los otros enfermos y exigir que se cumplan sus derechos.

Se podría decir que en esa época empezó el cambio hacia un sistema de salud centrado en la persona, tratando de dejar atrás el tradicional sistema autocrático. El reconocimiento de esta necesidad es patente desde las instituciones y autoridades sanitarias. En el último lustro, han visto la luz proyectos humanizadores en distintos ámbitos asistenciales, de hecho, la industria farmacéutica Teva el pasado año en su IV Premios Humanizando la Sanidad (27), hizo entrega de 11 galardones entre casi un

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

centenar de candidaturas. La mayoría de los proyectos estaban dirigidos a mejorar la atención humanizada en la infancia, otros para administración de quimioterapia en el domicilio, práctica de horticultura en centros de mayores o centros de esclerosis múltiple.

Huelga decir a estas alturas que la enfermedad lleva consigo de forma inherente un proceso de vulnerabilidad que cada persona y su entorno asume de distinta manera. Para la enfermería, la humanización como referente de calidad está inmersa en su razón de ser. De hecho, los conceptos centrales del metaparadigma de la disciplina enfermera se refieren al ser humano, el cual comprende a los individuos, las familias y los grupos de la comunidad, sujetos del cuidado de enfermería. Una atención humanizada se caracteriza por el interés del personal de salud por identificar las necesidades particulares de las personas y su familia; por comprender el significado que tiene para ellas la situación que están viviendo, conocer sus experiencias anteriores, su cultura, sus creencias y valores. Por esta razón es fundamental la comunicación permanente con el paciente (28).

En España, cabe destacar el proyecto HUCI, pionero a nivel mundial, desde 2015 trabaja para rediseñar la sanidad y volverla a poner al servicio de las personas. Y, en este cambio de paradigma, los protagonistas incluyen a pacientes, familias y profesionales. De forma general, el proyecto HUCI se erige como cambio radical en la forma de atender a las personas en las unidades de cuidados intensivos, reanimación o cualquier tipo de servicio de atención a pacientes críticos.

Más de veinte países se han involucrado en el proyecto, agrupando en el equipo multidisciplinar de investigación no solo con profesionales sanitarios, sino también con pacientes, familiares y otros sectores profesionales como arquitectos, diseñadores, psicólogos, informáticos, ingenieros y trabajadores sociales, entre otros. Los objetivos del proyecto son (29):

- Humanizar los cuidados intensivos
- Servir de foro y punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales
- Difundir los cuidados intensivos y acercarlos a la población general, poniendo énfasis en actividades relacionadas con la humanización de los cuidados
- Fomentar la formación en habilidades de humanización: comunicación, relación de ayuda, etc.

- Orientar hacia la prestación de una atención humanizada mediante el establecimiento de estándares y certificando su cumplimiento en aquellas unidades que lo soliciten

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Las líneas estratégicas del proyecto se resumen en :

1. UCI de puertas abiertas: presencia y participación de los familiares
2. Comunicación (en el equipo, a la familia y con el paciente)
3. Bienestar del paciente (físico, psicológico, ambiental para el descanso y promover la autonomía)
4. Cuidados al profesional
5. Síndrome post cuidados intensivos
6. Cuidados al final de la vida
7. Infraestructura humanizada

El proyecto HUGES, por su parte, apuesta por humanizar la gestión sanitaria a través de cuatro acciones fundamentales (30):

- Formar: la formación es un recurso para el cambio. La realización de cursos, talleres y jornadas que permitan a los profesionales obtener los conocimientos, habilidades y recursos necesarios para realizar una mejor práctica asistencial.
- Relacionar: debate y exposición de ideas desde diversos perfiles profesionales.
- Divulgar: compartiendo en foros científicos las ideas, protocolos, propuestas… para que profesionales, servicios o instituciones puedan utilizarlos.
- Investigar: base para la generación de conocimientos. Diseño de diversos estudios de investigación en proceso.

El equipo de trabajo diseñó en 2018 el siguiente decálogo de valores para humanizar la gestión sanitaria:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Objetivos del trabajo

El objetivo general del presente trabajo es crear un sistema para mejorar y humanizar la prestación de cuidados en el domicilio de los ancianos o personas con cierto grado de dependencia.

Los objetivos específicos son:

- analizar las necesidades de cada persona que recibe cuidados para actuar en consecuencia de forma individualizada
- mejorar la comunicación entre los todos los implicados en la provisión de cuidados: servicios sociales, sanitarios, equipo sanitario multidisciplinar de la empresa y paciente-cuidadores
- proponer el diseño de un decálogo humanizador para la prestación de cuidados en el domicilio de las personas

ANÁLISIS

Atendiendo al recorrido realizado anteriormente, se realiza en la siguiente matriz DAFO un análisis interno (fortalezas y debilidades) y externo (oportunidades y amenazas) para aplicar desde una empresa privada de prestación de servicios sociosanitarios.

La empresa pretende crear un sistema de atención a largo plazo, valorando las necesidades de cada paciente, haciendo de su domicilio un entorno adaptado a sus necesidades, aportando una visión objetiva e integradora del individuo en base a cómo

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

interactúa consigo mismo, su familia y entorno, con el sistema de salud, con los servicios sociales y otros sistemas de ayuda a los cuidados. Para ello, la organización cuenta con un equipo multidisciplinar que trabaja para la mejora y coordinación de los cuidados que se prestan en el domicilio del paciente.

Fortalezas - Participación e implicación del equipo multidisciplinar -Formación a cuidadores y profesionales -Promoción de la autonomía de las personas mayores y de la sociabilización -Desarrollo continuo de la herramienta para valoración integral de necesidades de la persona	Debilidades -Diversidad de entidades proveedoras de atención a la persona mayor -Dificultad de comunicación entre las instituciones, servicios sociales, agencias de cuidados, paciente yentorno - Baja cualificación de los cuidadores
Oportunidades -Reconocimiento de necesidad de cambio del sistema actual para los cuidados a largo plazo por parte de la Organización Mundial de la Salud -Planes humanizadores en otros sectores de asistencia sanitaria para recuperar valores humanos a nivel personal, profesional y social - Necesidad de prevenir el colapsosanitario del sistema público	Amenazas -Soledad y aislamiento social -Maltrato al anciano -Reticencia al cambio de las personas mayores

DISEÑO

Llevar a cabo la transformación de la prestación de cuidados actual será un proceso de evaluación continua por parte de todos los integrantes del proyecto: pacientes, familiares, cuidadores formales y equipo sociosanitario de la organización. Se plantea a continuación una descripción de las herramientas y recursos a tener en cuenta y los procesos a seguir. En cada uno de los puntos se deberá evaluar la suficiencia de recursos y si los procedimientos se realizan adecuadamente dentro de la organización/empresa y cuáles habrá que mejorar o rediseñar.

Fase 1. Identificación de agentes implicados

Vamos a definir los agentes que podrían estar implicados en la reestructuración del sistema actual de cuidados domiciliarios:

· Agentes internos:

- equipo multidisciplinar de la empresa (son los profesionales que trabajan directamente con el paciente, descripción de los servicios en la siguiente fase).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- coordinador de equipo/supervisor: será la persona encargada de liderar el equipo y el proyecto, la persona que delegue a los diferentes perfiles profesionales funciones de acción indirecta con el paciente y recoja incidencias. Sería idóneo que este perfil fuera una enfermera gestora, de forma que por un lado, organice los recursos humanos y materiales y por otro lado, constituya un apoyo para el equipo implicado en los casos para poder llevar así, la adecuada gestión de cuidados del paciente y sus necesidades. La formación del equipo también será una función propia del coordinador.
- equipo de ingenieros biomédicos e informáticos, son los que desarrollan la herramienta sobre la que trabaja el equipo con el paciente, desarrollo de la página web de la organización/empresa, gestión de telecomunicaciones.
- pacientes, generalmente mayores de 65 años con cierto grado de dependencia, que realizan una demanda concreta para cubrir necesidades que observan en su día a día.
- familiares implicados en los cuidados.
- cuidadores formales ya presentes en el domicilio o de nueva incorporación desde la bolsa de trabajadores creada en la empresa.

· Agentes externos:
- servicios sanitarios: profesionales de atención primaria o especializada a los que acude el paciente (sanidad pública o privada).
- servicios sociales: trabajador social y profesionales de atención domiciliaria.

- asociaciones de enfermedades para pacientes y familiares

Fase 2: Descripción de servicios sociosanitarios

A continuación, se detallan los servicios de los distintos profesionales del equipo que trabaja directamente con el usuario, en función de la demanda del paciente, sus prioridades y capacidades:

- Evaluador, personal administrativo de servicios: es el que recibe la demanda del usuario, explica el funcionamiento de la empresa y objetivo de mejora de la calidad de vida. Recoge los datos, elabora la propuesta inicial para realizar valoración por enfermería. Recoge la documentación y la almacena.
- Enfermera: valoración del caso y adecuación de la propuesta inicial si fuera preciso, asignación de gestor del caso y otros profesionales implicados, elaboración y desarrollo del plan de cuidados con el equipo implicado en cada caso, además de mantener contacto con otros profesionales de atención sanitaria, familia, cuidadores y otros profesionales del equipo.
- Trabajador social: acercamiento a asociaciones, elaboración de la bolsa de cuidadores, selección de cuidadores formales y tramitación de contratos de trabajo del mismo, seguimiento del caso con el paciente, la familia y los cuidadores formales.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Técnico en cuidados auxiliares de enfermería: formación a cuidadores familiares o formales en movilizaciones, manejo de ayudas técnicas, alimentación, vestido, aseo e higiene o realización de las tareas descritas directamente con el paciente.
- Psicólogos: terapias para manejo del estado anímico, duelo, soledad y aislamiento social, sobrecarga del cuidador...
- Neuropsicólogos: evaluación cognitiva y planteamiento de programa de estimulación cognitiva, formación a paciente, familia y/o cuidadores formales para el seguimiento continuo de la misma.
- Educadores físicos: elaboración de plan de entrenamiento físico dentro del domicilio o en el entorno del mismo, realización de los ejercicios, implicación, motivación y formación al paciente, familia y/o cuidadores formales.

Fase 3: Ámbito de trabajo, el domicilio del paciente/usuario

Fundamentalmente trabajaremos en el domicilio de las personas mayores que precisan cuidados y su entorno. Realizar una valoración de la accesibilidad, la adaptabilidad y del entorno del domicilio se torna fundamental, ya que esto estará íntimamente relacionado con el modo de realizar las intervenciones. Valoraremos si es preciso acercar al paciente y/o familia a empresas para la adaptación del domicilio o servicios públicos teniendo en cuenta elementos clave como:

- baño: presencia de ducha o bañera, silla o taburete de baño, asideros, elevador de WC, lavabo accesible…
- zonas comunes y de paso: iluminación y elementos de riesgo de caídas como alfombras, cables o muebles en lugares de tránsito.

- dormitorio: estado de la cama, necesidad de cama articulada o no.
- cocina: importante tener las cosas de uso frecuente a una altura media, evitar altillos y zonas demasiado bajas.
- elementos de aviso o teleasistencia: teléfonos, alarma, dispositivos de teleasistencia.

Según la zona geográfica donde se preste el servicio, habrá variación de las empresas o de las prestaciones por parte de los servicios públicos para este fin. Será necesario elaborar un listado de las mismas y sus procedimientos para hacer llegar a los usuarios y al equipo de trabajo esta información.

- Esta tarea de búsqueda puede ser llevada a cabo por el equipo de trabajo social y personal de administración.

Fase 4: Elaboración y desarrollo del plan de cuidados

2.1 Recogida de datos: valoración y diagnósticos enfermeros

Para poder establecer un plan integral de asistencia sociosanitaria, la enfermera realiza una valoración integral de necesidades, analizando de una manera holística e integradora las áreas

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

de la persona y estableciendo de esta manera un diagnóstico integral de necesidades (a través de diagnósticos enfermeros utilizando la taxonomía NANDA: diagnóstico enfermero focalizado en el problema, de riesgo o de promoción de la salud). En este cuestionario se deben recoger datos para establecer un diagnóstico enfermero en relación a las siguientes áreas de la persona:

- funcional: dependencia para actividades básicas de la vida diaria e instrumentales, movilidad, ayudas técnicas, restricciones físicas, apoyo para cuidados por familiar o cuidador formal en el domicilio, sobrecarga en los cuidados.
- biofísica: enfermedades, procesos crónicos y monitorización-seguimiento, polifarmacia, adherencia al tratamiento, continencia, nutrición, estado de la piel, hábitos tóxicos, prevención/seguimiento de enfermedades, vacunación, consultas de especialistas...
- cognitiva y ánimo: capacidad de decisión, memoria, estado anímico, sentimiento de soledad, calidad del sueño.
- socio familiar: apoyo familiar, valoración del domicilio, acceso a servicios, estudios y actividades de ocio, recursos económicos, vivencias estresantes recientes, prestaciones sociales (valoración de dependencia realizada o no).

Para el desarrollo y mejora del cuestionario de valoración integral, los profesionales sanitarios, especialmente médicos y enfermeras, trabajan conjuntamente con el equipo de ingenieros biomédicos e informáticos para la realización y mejora continua de una herramienta de recogida de datos Big data. En la base de datos de la herramienta se recogen los diagnósticos, los objetivos y las intervenciones a realizar con cada paciente según taxonomía NANDA, NIC, NOC (31).

2.2 Planificación y ejecución

Tras la recogida de datos, consensuando con el paciente se establecen las prioridades a abordar y se constituye el equipo de trabajo. En el plan de cuidados, se establecen los objetivos a través de NOCs y se plantean las intervenciones a realizar en base a NICs. Los registros de enfermería se realizarán sobre cada uno de los diagnósticos enfermeros prioritarios seleccionados para cada paciente, serán revisables cuando se estime oportuno por parte del profesional, se marcará una periodicidad estándar de reevaluación al 2º, 4º y 6º mes.

Además, se podrá determinar si es preciso comunicarse en mayor o menor medida con instituciones de servicios sociales, atención primaria, empresas de adaptación del domicilio, recomendar un acercamiento a asociaciones, o por el contrario, veremos si el paciente y/o familiares realizan esta coordinación.

Fase 5: Valores de humanización, el hilo conductor

En las cuatro fases anteriores quedan reflejados cinco aspectos que podrían constituir los valores humanizadores del proyecto. Este conjunto de premisas humanizadoras es aplicable tanto a las relaciones dentro del equipo de trabajo, como en la interrelación del mismo con pacientes y cuidadores. Esto es solo un planteamiento, en los apartados de desarrollo e

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

implementación y en evaluación se plantea una elaboración de listado este conjunto de valores por parte del equipo, con la colaboración de pacientes, cuidadores y familiares.

1. COMUNICACIÓN SINCERA. La sinceridad implica el respeto por la verdad, expresada con sencillez, adecuándose al nivel cultural y de comprensión de la persona receptora del mensaje.
2. EMPATÍA Y ASERTIVIDAD. La empatía está referida entre otras cosas a la escucha activa, la comprensión y el apoyo emocional, implica tener la capacidad suficiente para diferenciar entre los estados afectivos de los demás y la habilidad para tomar perspectiva, tanto cognitiva como afectiva, respecto a la persona que nos expresa su estado emocional. Una persona asertiva expresa sus puntos de vista respetando el de los demás y el suyo propio.
3. FLEXIBILIDAD. La capacidad de adaptación para hacer frente al cambio de circunstancias o antes las adversidades que se puedan dar.
4. PARTICIPACIÓN. Íntimamente relacionada con la motivación de cada persona y la toma de conciencia para la mejora y promoción de hábitos de vida saludables.
5. FORMACIÓN. La formación continuada debe ser un pilar prioritario para todos los integrantes del equipo. Desarrollar un plan de jornadas formativas internas periódicamente podría favorecer colateralmente el refuerzo del resto de valores señalados.

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

Vías de comunicación

La comunicación y coordinación entre los agentes implicados tal vez sea el mayor reto a plantear, los perfiles son muy diversos, la variabilidad de profesionales, las circunstancias de los usuarios y su familia pueden hacer que existan interferencias en la comunicación. Se deberá tener presente que cada persona puede percibir la misma información de diferente manera en función de su situación. La comunicación puede verse afectada por la acción de factores físicos (pérdida auditiva, visual, movilidad) o factores psicológicos (ansiedad, inteligencia, estado de ánimo, disminución de la autoestima), estos factores pueden hacer que el mensaje no se perciba o no se comprenda (31). Esto también podría interferir en la toma de decisiones relativas al cuidado, dilatándose en el tiempo. Las formas de comunicación entre los agentes implicados se podrían resumir en las siguientes:

- a nivel de equipo interno: herramienta desarrollada por el equipo de ingenieros e informáticos, email, teléfono, videoconferencias, reuniones periódicas
- con paciente, familiares y/o cuidadores: intervenciones presenciales, teléfono, email, mensajería instantánea, informes de seguimiento periódicos
- con profesionales de atención primaria, servicios sociales, asociaciones: teléfono, email, presencial si fuera posible

Sostenibilidad y financiación

En lo respectivo a la sostenibilidad de la empresa, además de la financiación derivada del pago directo de los pacientes, se deberían entablar relaciones con asociaciones de pacientes, servicios de atención hospitalaria, atención primaria, servicios sociales y empresas de colocación de

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

trabajadores de cuidado en el hogar con el fin de que pudieran acercar a sus usuarios a la prestación de estos servicios.

Tal como se ha señalado anteriormente, realizando una propuesta de cuidados personalizada a cada individuo, se ofrece un abanico muy amplio de servicios. Internamente, se deberá comprender que desde el propio equipo tampoco se podrá dar respuesta al total de las demandas, por lo que en determinados casos, también deberemos derivar a esas instituciones, creando un flujo bidireccional de prescripción de servicios.

Dependiendo de la zona geográfica existirán diversos servicios de asistencia sanitaria, sociales, asociaciones de determinadas enfermedades, de pacientes o cuidadores con las que habremos de contactar y mantener conversaciones periódicamente. Elaborar este listado y mantener un seguimiento de la agenda de contactos puede ser tarea de enfermería y trabajo social.

Formación continuada
Para poder dar respuesta a las necesidades del cuidado de cada paciente, la flexibilidad y capacidad de adaptación de cada profesional del equipo debe ser amplia,

tanto a nivel individual de cada profesional como en relación a la posibilidad de cambio del equipo de trabajo, ya que las circunstancias de las personas con las que trabajamos son altamente variables. Tal como se subrayaba anteriormente, hay tantas respuestas como personas, por tanto, el equipo debe tener capacidad de adaptación de forma conjunta y cada perfil profesional individualmente.

La formación interna del equipo debe ser un pilar fundamental, compartir conocimientos de cada profesional con todo el equipo de trabajo concederá a todos los integrantes del equipo una visión más holística del desarrollo de la actividad en el hogar. Se pueden plantear sesiones de formación periódicas, quincenales o mensuales, compartirlas presencialmente, a través de correo electrónico y videoconferencias.

El coordinador de equipo debe planificar la formación continuada de los profesionales, favorecer la motivación individual de cada uno de los integrantes y la participación activa del equipo.

Caso práctico
Vamos a poner un ejemplo: Antonio llama a la empresa solicitando un cuidador que acuda dos horas por las mañanas de lunes a viernes. Refiere vivir solo en su domicilio, tiene 79 años y es bastante autónomo. Su hijo le ayudaba con las compras y tres veces a la semana le visitaba en el domicilio, pero hace un mes que se ha ido a vivir a otra provincia por motivos laborales y actualmente le visita los fines de semana. El evaluador le propone una valoración de enfermería en el domicilio al día siguiente.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En la valoración de enfermería, inicialmente refiere independencia para ABVD y necesidad de ayuda mínima para algunas actividades instrumentales tales como realización de compras y tareas domésticas. Enviudó hace 5 años y estaba especialmente unido a su hijo desde entonces. Funcionalmente activo, comenta que sale a pasear diariamente y por las tardes queda con unos vecinos para jugar a las cartas, aunque en los últimos cuatro días no ha salido. Es hipertenso, buena adhesión al tratamiento y seguimiento por su enfermera del centro de salud, normopeso. Domicilio adaptado a las necesidades

Durante la entrevista, cuenta que tuvo una caída en la ducha hace seis meses, aún persiste dolor leve para realización de algunas tareas, comenta que su hijo le ayudaba los primeros meses para la ducha, realización de compras, tareas domésticas y preparación de las comidas. Desde la caída, se duchaba dos o tres veces por semana aprovechando la presencia del hijo en el domicilio porque tenía miedo a caerse estando solo. Refiere haber perdido 2 kilos en las últimas semanas ya que ha variado su alimentación, aunque refiere arreglarse bien en la cocina, acostumbraba a preparar las comidas ayudado por su hijo.

La enfermera le plantea a Antonio, además de la entrada de un cuidador, dos visitas de enfermería de una hora el primer mes y luego una mensual hasta el sexto para abordar con ambos las siguientes áreas: nutrición y preparación de comidas

promoviendo la capacidad de Antonio, retomar la rutina de salir a la calle diariamente y quedar con los vecinos. Se empieza a crear una relación de confianza, Antonio reconoce que anímicamente no se encuentra como antes de la marcha de su hijo, refiere soporte familiar fuerte y sentimiento de soledad. Acepta el planteamiento y la enfermera comunica los problemas detectados en la valoración a la trabajadora social.

La trabajadora social hace la búsqueda del cuidador formal. Le explica las funciones: realización de tareas domésticas de mayor riesgo que requiera subirse a alturas y realización de compras de peso. Supervisión en la ducha y aseo. También le recomienda a Antonio el acercamiento a la institución correspondiente del municipio/provincia/comunidad para valorar un dispositivo de teleasistencia en el domicilio.

El proceso de Antonio se presenta en el siguiente cronograma:

Proceso / Días (mes*)	1	1-2	3-4	5-6	7-8	14	30 (1*)	60 (2*)	90 (3*)	120 (4*)	150 (5*)	180 (6*)
Recepción demanda del paciente												
Evaluador: realiza propuesta inicial												
Enfermera: valoración integral en domicilio												

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Enf: consensuar plan de cuidados, adecuación propuesta												
Trabajador social: Búsqueda de cuidador												
Enf: sesiones presenciales												
Enf: seguimiento telefónico mensual												
Trabajador social: gestión del cuidador												
Enf: Evaluación plan cuidados												

EVALUACIÓN

Plan de cuidados

La evaluación del plan de cuidados de enfermería se realizará en base a los indicadores marcados en cada NOC, interrelacionados con los diagnósticos enfermeros marcados en los objetivos consensuados con el paciente. Para la medición del resultado NOC se utiliza una escala tipo Likert de 1-5, valoraremos el estado actual del problema y el objetivo a alcanzar, posteriormente marcaremos las intervenciones a realizar para llegar al objetivo.

En el caso de Antonio, planteado en el apartado anterior, se marcarían los NANDA-NOC-NIC sobre los que realizar el registro de enfermería. Aunque se haya recogido que el peso es normal, vemos que ha habido una pérdida reciente de peso y cambios en los hábitos alimenticios, por lo que nos alerta de un riesgo de desequilibrio nutricional, además vamos a tratar de favorecer que recupere sus rutinas de salir a la calle y por las tardes , podría quedar de la siguiente manera:

00182 Disposición para mejorar el autocuidado

00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con ingesta diaria insuficiente, manifestado por pérdida de peso

NOC: 1854 Conocimiento dieta saludable (estado inicial: 4-conocimiento sustancial, objetivo: 5-conocimiento extenso)

NIC: 5246 Asesoramiento nutricional

- establecer relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
- facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- comentar los hábitos de compra de comidas
- valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos

00054 Riesgo de soledad
NOC: 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida (estado inicial: 3-moderadamente comprometido, objetivo: 5- no comprometido)
NIC: 5100 Potenciación de la socialización
- fomentar la implicación en las relaciones ya establecidas
- fomentar las actividades sociales y comunitarias
- animar al paciente a salir a caminar

00098 Deterioro mantenimiento del hogar
NOC: 3001 Satisfacción del paciente: cuidados (estado actual: 2-justa, objetivo: 4-muy buena)
NIC: 7040 Apoyo al cuidador principal

El equipo de trabajo
Para evaluar por parte del equipo de trabajo la metodología, los sistemas de comunicación entre los integrantes, las herramientas y los valores citados anteriormente, se propone en primer lugar la elaboración de un cuestionario para que sea respondido por todos integrantes que componen el organigrama de la empresa y, en base a los resultados, plantear mejoras en el sistema actual de provisión de cuidados y de interrelación del equipo multidisciplinar.

Para la elaboración del cuestionario, se propone constituir un grupo de trabajo en que estén representados todos los perfiles profesionales existentes en la empresa.

Previamente a la difusión de la encuesta, sería conveniente que el coordinador de equipo hiciera una exposición para poner en antecedentes a todos los profesionales que vayan a ser encuestados, en esta explicación convendría explicar proyectos humanizadores ya existentes en otros servicios de atención sanitaria. Concienciar y motivar al equipo para ser parte integrante del cambio de la mejora de

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

EQUIPO	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6
Elaboración						
Difusión						
Análisis						
Puesta en común						

Una vez realizado este estudio interno, se propondría una adecuación de la encuesta para hacerla llegar a la cartera de pacientes, sus familiares y cuidadores:

PACIENTES, FAMILIARES Y CUIDADORES	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7
Elaboración							
Difusión							
Análisis							
Puesta en común							

CONCLUSIONES

Pese a que aún no hay demasiados estudios que corroboren una deshumanización de los cuidados desde la atención primaria, puede ser un momento oportuno para evitar que esto suceda y ofrecer una alternativa que pueda aliviar la congestión de las consultas. Hay muchos aspectos aún por pulir y mucho camino por recorrer.
Ofrecer cuidados a las personas mayores exige un reciclaje constante por la variabilidad de los casos, las patologías y pluripatologías, así como por la diversidad de protocolos de monitorización y recomendaciones a plantear. Atender a las personas en su domicilio implica comprender que no vamos a poder dominar todas las áreas que nos gustaría, tenemos que simplificar, priorizar y aceptar hasta dónde quiere cada persona involucrarse en su propio cuidado. Además, una gran parte de las personas ancianas, aún comprende la figura de la enfermera como la delegada de actividades médicas.

Es importante que la enfermería identifique la necesidad de volver la vista hacia el cuidado y su responsabilidad en la calidad de vida de las personas. Si deseamos realmente una nueva concepción dirigida hacia la gestión del cuidado requerimos un proceso de integración profesional, investigación basada en evidencias científicas, una

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

nueva estructura del sistema de salud que favorezca la práctica de enfermería hacia el cuidado y que la enfermería se transforme y de muestras con un quehacer profesional y humanizado del importante papel que desempeña en el ámbito de la salud.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

“La humanidad es todavía algo que hay que humanizar”, Gabriela Mistral

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet] Ginebra: 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessi onid=0CC93A9B75C0D545AA9C1E8056B6062F?sequence=1 :1, 137-9

2. Organización Mundial de la Salud. Primer informe de progreso, marzo de 2019. [Internet] Ginebra: 2019. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-h ealthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0 :5

3. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. [Internet] Geneva: 2002 Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf :6, 44, 46-50

4. Organización Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Nueva York, 2002. A/CONF.197/9 Disponible en: http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/CONF.197/9.

5. Leveille SG, Penninx BW, Melzer D, Izmirlian G, Guralnik JM. Sex differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, recovery, and mortality. The Journals of Gerontology: Series B, Volume 55, Issue 1. Oxford: 2000 Available from: https://doi.org/10.1093/geronb/55.1.S41

6. Elsevier connect [Internet] Barcelona, Elsevier. “El paciente del futuro es crónico (y su abordaje, cada vez más digital)” [Publicado 20-06-2019]. Disponible en: https://www.elsevier.com/es-es/connect/ehealth/el-paciente-del-futuro-es-cronico-y-su- abordaje-digital

7. Elsevier connect [Internet] Barcelona, Elsevier “El paciente, palanca principal hacia la transformación digital en salud” [Publicado 30-10-2019]. Disponible en:

https://www.elsevier.com/es-es/connect/ehealth/paciente-empoderado-transformacion- digital-en-salud

8. Sanchez D, Eizmendi G, Azkoitia JM. Envejecimiento y nuevas tecnologías. Revista española de geriatría y gerontología. 2007. Vol 41, núm S2: 57-65

9. United Nations Population Fund, Help Age International. Overview of available policies and legislation, data and research, and institutional arrangements relating to older persons– progress since Madrid. [Internet] New York: 2011. Available from: http://www.ctc-health.org.cn/file/Older_Persons_Report.pdf

10. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. (Boletín Oficial del Estado núm. 299, 15 de diciembre de 2006)

11. Comisión de análisis de la situación de dependencia. Informe de la comisión para el análisis de la situación actual del sistema de la dependencia, de su sostenibilidad y de los actuales mecanismos de financiación, para evaluar su adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia. Madrid: 2017. Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/inf_comision_ analisis_20171006.pdf :13

12. García J. Bioética y Personas Mayores. Madrid: 2003. Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 4. ISSN: 1885-6780 Disponible en: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/garcia-bioetica-01.pdf

13. Pérez J, Abellán A, Aceituno P, Ramiro D. Informe: Un perfil de las personas mayores en España 2020 Consejo Superior de Investigaciones Científicas CSIC :31-2

14. Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias y la Fundación Sanitas. El cuidador en España. Contexto actual y perspectivas de futuro. Propuestas de intervención. Pamplona-Barcelona: 2016 Disponible en: https://www.ceafa.es/files/2017/06/Estudio%20Cuidadores-1.pdf :10,13,17,26

15. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. España: 2008 Instituto Nacional de Estadística INE

16. Oliva Somé PL. Ordóñez Llopis, L. Peinado Gorlat, P. Análisis de género desde la enfermería en cuidadoras inmigrantes de personas mayores. ENE, Revista de Enfermería. v. 11, n. 1, abr 2017. ISSN 1988 - 348X. [Internet] Disponible en http://ene-enfermeria.org/ojs

17. Camps, V. La vejez como oportunidad. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Barcelona: 2004. Disponible en: https://fundacionletamendi.com/monografias-pdf/Monografia_Humanitas_1.pdf#page=9 9 :99-105

18. Abellán A, Ayala A, Pérez, J; Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos". Madrid: 2018 Informes Envejecimiento en red nº 17, 34 p. Disponible en: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf

19. Rodríguez M. La soledad en el anciano. Gerokomos vol.20 no.4 Barcelona 2009

20. Rueda, JD. La soledad en las personas mayores en España. Una realidad invisible. 2018. Fundación Caser. Disponible en: https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/2303_jd._rueda_estrada_de f.pdf

21. Organización mundial de la salud. Maltrato de las personas mayores. Nota del centro de prensa: 2016. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse

22. Iborra I. Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en la población española. Valencia, Centro Reina Sofía: 2009. Zerbitzuan 45: 49-54

23. Iborra I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Valencia, Centro Reina Sofía: 2008. Serie Documentos nº 14

24. Bembibre C. Definición ABC: 2010 Disponible en: https://www.definicionabc.com/social/humanizacion.php

25. Calero Martín de Villodres P. La Enfermería y la Humanización. Index de Enfermería [Internet] 2004, 46. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/46revista/46_articulo_69-70.php

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

26. El país El INSALUD comienza en octubre un plan de humanización de la asistencia sanitaria. [Internet] Noticia de prensa El País. (1984) Disponible en: https://elpais.com/diario/1984/09/13/sociedad/463874408_850215.html

27. Redacción médica. Teva premia 11 iniciativas dedicadas a la humanización de la sanidad. [Internet] 2019 Disponible en: https://www.redaccionmedica.com/secciones/industria/teva-premia-11-iniciativas-dedic adas-a-la-humanizacion-de-la-sanidad--4075

28. Moreno-Fergusson ME. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. Colombia: 2013. Aquichan vol. 13 nº 2: 146 Disponible en: https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3515/3183

29. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: 2019. Disponible en: http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/

30. HUGES. [Internet] Decálogo. HUGES, ¿Qué hacemos?. Disponible en: http://www.humanizandolagestionsanitaria.com/ y http://www.humanizandolagestionsanitaria.com/2018/10/06/decalogo-para-el-liderazgo
-con-h/

31. Pérez JM, Silva L, Gomez AE, Junquera CR, Clavijo R, Caballero A, et al. Enfermero/a. Temario general vol 1. Sevilla: MAD; 2018: 58-9, 100-18
Ejemplo de numeración con viñetas de números:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 34: GESTIÓN DE CASOS EN LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD Y REDEFINICIÓN DEL ROL DE LA ENFERMERA DE ENLACE

AUTORÍA: Vanessa Fernández Martínez

RESUMEN

Las políticas de salud han invertido recursos en las estrategias de atención a la cronicidad, argumentando mayor costo-efectividad, eficiencia y beneficios para los pacientes reduciendo el número de ingresos y su morbimortalidad. En este sentido, la continuidad del cuidado es fundamental. A pesar de ser una idea concebida hace años, todavía muchos profesionales no tienen claro ni el concepto ni la función de la enfermera gestora de casos o enfermera de enlace. En este trabajo se pretende resaltar la importancia de transmitir las intervenciones realizadas sobre los pacientes crónicos complejos para un Hospital Comarcal concreto, legitimando así las funciones y competencias de esta figura, para conseguir como objetivo final el entendimiento profundo entre los profesionales de ambos niveles. El diseño del plan de actuación se amolda a los recursos de un Hospital concreto pudiendo variar para otro tipo de centros. Igualmente, la difusión del mismo es importante para impulsar la figura de la enfermera gestora de casos y garantizando así el éxito de las estrategias de atención a la cronicidad.
Palabras clave: gestión de casos, continuidad de la atención al paciente, enfermedad crónica.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Health policies have invested resources in chronic care strategies, arguing greater cost-strategy, efficiency and benefits for patients by reducing the number of admissions and their morbidity and mortality. In this sense, continuity of care is essential. Despite being an idea conceived years ago, many professionals are still not clear about the concept or the role of the nurse managing cases or liaison nurse. This work aims to highlight the importance of transmitting the interventions performed on complex chronic patients for a specific regional Hospital, thus legitimizing the functions and competences of this figure, to achieve as a final objective the deep understanding between the professionals of both levels. The design of the action plan is adapted to the resources of a specific Hospital and may vary for other types of Hospitals. Likewise, its diffusion is important to boost the figure of the nurse management and thus guarantee the success of chronicity care strategies.

Keys words: case management, continuity of patiente care, chronic disease.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida y los cambios en los hábitos de vida están condicionando el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas en las sociedades avanzadas. Estas enfermedades son la principal causa de morbilidad y mortalidad actualmente.1

Las políticas de salud han invertido recursos en las estrategias de atención a la cronicidad, argumentando mayor costo-efectividad, mejor eficiencia y fundamentalmente beneficios para los pacientes reduciendo los ingresos y su morbimortalidad. 2 Sin embargo, continúa centrado fundamentalmente en resolver los procesos agudos, prestando una atención reactiva y fragmentada, desde un enfoque casi exclusivamente biomédico. La atención al enfermo crónico debe modificarse tratando de prevenir las complicaciones que de las enfermedades derivan, a la vez que debe ofrecer una atención sanitaria holística, integral y multidisciplinar.1 Para ello, la continuidad del cuidado es fundamental, y se relaciona con la mejora en la satisfacción entre los pacientes, la reducción de los costes y de los ingresos hospitalarios.3 La clave de este contexto es que ninguno de los proveedores de servicios puede responder por sí solo a la necesidad de cuidados que tienen el usuario y la familia.4 En este sentido, muchos profesionales de la enfermería han oído hablar de la atención a la cronicidad pero no tienen claro ni los conceptos ni las funciones de la Enfermera Gestora de Casos.5 Es importante explicar los conceptos y describir las intervenciones realizadas a los

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

pacientes crónicos complejos para poder implicar a todos los profesionales garantizando así el éxito de esta línea estratégica. En el contexto hospitalario, la Enfermera Gestora de Casos, también denominada Enfermera de Enlace para la Atención a la Cronicidad, tiene como objetivo facilitar la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única más eficiente para la atención integral de las necesidades de salud de esta población.6
Se requiere lograr un entendimiento profundo entre los profesionales de ambos niveles asistenciales y una comunicación e intercambio de información eficaz. A través de la colaboración entre el hospital y los servicios de Atención Primaria, las enfermeras conseguirán un mayor entendimiento de los roles y expectativas unas de otras .7

OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo, es definir las funciones de la enfermera de Enlace para la Atención a la cronicidad de un Hospital Comarcal, en el circuito que siguen los pacientes pluripatológicos una vez son definidos como tal por el equipo de atención primaria, legitimando así su actividad asistencial.

JUSTIFICACIÓN

La transformación hacia un modelo de Atención para la prevención y la gestión de las condiciones de salud crónicas es imprescindible si pretendemos que nuestro sistema de Salud sea sostenible y pueda seguir cumpliendo su función social de forma satisfactoria. Pero para ello, es necesario visibilizar las funciones de la Enfermera Gestora de Casos,, legitimando así la necesidad de incorporar esta figura en cada uno de los centros sanitarios de nuestro país. Aunque ya son muchos los estudios que han evaluado el impacto de esta nueva figura a través de distintas dimensiones como efectividad clínica, eficiencia y satisfacción del paciente con la atención recibida 2, todavía es necesario para muchos Hospitales y centros de Atención Primaria educar en esta nueva forma de Atención. Y redefinirlo para cada Centro sanitario para poder ponerlo en marcha.

ANALISIS

Para la definición e implantación de esta figura contamos con una serie de fortalezas internas cuyo principal activo es el gran potencial de los profesionales de enfermería de nuestro país muchos de los cuales cuentan con experiencia en prácticas avanzadas. Como debilidad encontramos la ambigüedad conceptual, la rigidez de las actuales

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

estructuras organizativas y la necesidad de una apuesta formativa inicial. Dentro de las oportunidades, la experiencia en otros países supone un aval, resultados positivos en términos de satisfacción del usuario y la necesidad de apostar por modelos alternativos que garanticen la sostenibilidad del sistema de salud. Podríamos considerar como amenazas, las políticas de recortes, la falta de planificación y la indefinición de los roles y de los mecanismos reguladores de esta práctica. Todo ello justifica la puesta en marcha de este Proyecto.

DISEÑO DEL PLAN DE ACTUACIÓN

DEFINICIÓN POBLACIÓN DIANA Y CAPTACIÓN

En primer lugar definiremos paciente pluripatológico crónico complejo como aquel con dos o más patologías crónicas y presencia de enfermedades concomitantes, limitantes y progresivas con fallo de órgano que sobreutiliza los Servicios de Salud, está polimedicado y tiene un deterioro funcional para las actividades de la vida cotidiana o una mala situación socio-familiar. La manera de realizar una estratificación de la población podría ser como la estrategia de la organización Kaiser Permanente, que segmenta la población por complejidad y necesidades de atención. 5. Una vez generado el listado, los profesionales de Atención Primaria incluirían o excluirían dependiendo de los criterios previamente consensuados. El Equipo de Atención Primaria incluiría dentro de los pacientes de su cupo, a aquellos que cumplen requisitos y son susceptibles de beneficiarse de las intervenciones realizadas por el Equipo de Cronicidad. Los datos se volcarían al programa informático usado en el Hospital de referencia, de manera que cada vez que el paciente entrase en el Hospital, aparecería señalizado con un símbolo que lo identificaría como Pluripatológico Crónico Complejo.

OBJETIVOS

-Facilitar la coordinación entre los profesionales de atención primaria y atención especializada, intensificando las vías de comunicación , dándo así accesibilidad a los recursos necesarios para este tipo de pacientes.
-Mejorar la continuidad asistencial: evitar la fragmentación, la duplicidad.
-Disponer desde el diagnóstico inicial, de un plan de cuidados de enfermería que aumente la capacitación y autonomía del paciente para el manejo de su enfermedad.
-Realizar actividades formativas al paciente y su cuidador, con el fin de capacitarlo para el manejo de su patología.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

DEFINICION DE CIRCUITOS POSIBLES :

Paciente que ingresa:

-La enfermera de cronicidad visualiza la pantalla donde figuran todos los pacientes codificados que están en el Hospital, tanto en Unidad de Hospitalización como en el Servicio de Urgencias. Aquellos que están ingresados se les realiza una Valoración de enfermería según las Necesidades de Virginia Henderson, y se realiza escalas de Braden, Erika, Barthel y Lawton y Brody. Seguidamente, la Trabajadora Social realiza una valoración social.
Durante todo el ingreso, la enfermera de cronicidad mantiene el feed-back con el internista de referencia para seguir la evolución del paciente y planificar los cuidados al alta.

Paciente que acude a urgencias:

-La enfermera de cronicidad se pondrá en contacto con el EAP para informar del paso del paciente por el Servicio de Urgencias y de aquellas cuestiones que precisen de continuidad y vigilancia.

Paciente que se va de alta:

-Enfermera de cronicidad informa al EAP del alta y de los cuidados necesarios. La información puede realizarse bien por teléfono, bien a través de la agenda de enfermería como nota administrativa.
-Los pacientes en situación de fragilidad, se citan directamente para un seguimiento proactivo en la Consulta de Cronicidad, donde se le realizarán pruebas diagnósticas y tratamientos hospitalarios puntuales, hasta reducir su fragilidad y continuar seguimiento por parte del Equipo de Atención Primaria. De todos los cuidados administrados en Consulta de Cronicidad, se informa al EAP.

Consulta telefónica:

En la mayoría de los casos, a los pacientes y a sus familiares se les educa en los signos y síntomas de su patología, generando Corresponsabilidad para su Autocuidado. A través de las llamadas telefónicas mantenemos un feed-back que nos permite reajustar los tratamientos, ahorrando de esta forma visitas hospitalarias. Atención Primaria es informada de todo el proceso, ya que cuando el paciente no se encuentre en situación de fragilidad, el Seguimiento continuará en el Centro de Salud.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Interconsulta no presencial por parte del EAP:

El EAP detecta un paciente en consulta o en su domicilio, dentro de los codificados que se encuentra en una situación prevenible de reagudización de su patología. Contacta telefónicamente con el Servicio de Cronidad que valora al paciente en el Hospital en un tiempo no superior a 48h-72 horas. Si es preciso se le realizan pruebas diagnósticas y tratamientos hospitalarios puntuales que pueden prevenir su reagudización y como consecuencia su ingreso.

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

Para el desarrollo de este proyecto contaremos con una serie de recursos humanos y materiales en el ámbito hospitalario: una enfermera y un médico internista en turno de mañana inicialmente, dotados de un teléfono móvil para estar localizables para los profesionales de Atención Primaria. Se dotará de una consulta dotada con todo lo necesario para realizar una exploración completa, además de una cama donde poder desarrollar la actividad asistencial en caso de ser necesaria la administración de tratamientos por vía endovenosa.
La implementación de dicha actividad se realizará haciendo partícipe a todos los profesionales del Hospital con sesiones formativas por parte de la enfermera y el médico describiendo las intervenciones a desarrollar. La gestión de pacientes implicará a todos los profesionales del Hospital, ya que el resto de facultativos podrá derivar al Equipo de Cronicidad los casos que consideren susceptibles de beneficiarse de estos cuidados e incluso se podrá sugerir la codificación de nuevos pacientes, para lo cuál la enfermera de Enlace contactará con el Equipo de Atención Primaria.
Por otro lado se realizarán sesiones informativas para los profesionales de atención primaria, explicando la importancia de la codificación de pacientes, para que puedan introducirse en el circuito anteriormente descrito, beneficiandose así del seguimiento proactivo. También se recalcará la posibilidad de realizar interconsultas no presenciales y derivación de pacientes en situación de fragilidad a la consulta de cronicidad, constituyendo así un apoyo para la asistencia en atención primaria cuando no pueden hacerse cargo de la situación con los recursos disponibles. Las sesiones en Atención Primaria se realizarán cíclicamente para poder impulsar el servicio de manera adecuada.
A parte de estas actividades que persiguen el impulso de esta nueva manera de atención en nuestros sistemas de salud, es importante destacar la actividad educadora que realizará la Enfermera de Enlace con los pacientes que acudan a la Consulta de Cronicidad, la cual generará una corresponsabilidad del propio paciente-cuidador para

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

el abordaje de su patología. La gestión del caso por parte de la Enfermera permitirá un seguimiento pormenorizado de este tipo de pacientes tan hiperfrecuentadores de los servicios de salud.

EVALUACION

Pocos programas de atención a la cronicidad han sido documentados o publicados y evaluados de forma sistemática. Este hecho se puede explicar por la falta de experiencia a medio y largo plazo con esta nueva forma de proveer los servicios sanitarios. La evaluación de estos programas supone un reto importante.8 En nuestro País se han presentado instrumentos para la Evaluación de los Modelos de Atención a la Cronicidad como la herramienta IEMAC que se adapta a nuestro modelo de Sistema Nacional de Salud y está inspirado en el modelo más aceptado que es el CCM (Chronic Care Model). IEMAC mide la progresión de una organización en su transformación para abordar la Atención a la Cronicidad.9

Pero las evidencias sobre intervenciones específicas en pacientes crónicos complejos son escasas y difícilmente comparables.10 La evaluación de las intervenciones realizadas han de ir dirigidas a evaluar la eficiencia en términos de ahorro sanitario, efectividad respecto de la disminuición del número de ingresos y utilización de los servicios de urgencias y satisfacción de pacientes y familiares con encuestas de satisfacción. La evaluación continua de los distintos programas es necesaria para identificar aspectos de mejora.11

CONCLUSIONES

Estudios como el de Vallejo y Alcaraz descubren una débil legitimación del papel de la Enfermera Gestora de Casos, a pesar de su reconocimiento formal en la atención al paciente crónico.12 Otros estudios a nivel nacional e internacional demuestran que sigue siendo una tarea pendiente en las organizaciones sanitarias la comunicación efectiva entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, siendo la pieza clave que mantiene la continuidad del cuidado entre los diferentes niveles asistenciales.13,14
La enfermera Gestora de Casos ha de ser una profesional proactiva que favorezca la comunicación con el Equipo de Atención Primaria, así como con el resto de profesionales que trabajan en el Hospital con unas cualidades para la negociación y la comunicación asertiva y empática que favorezca las relaciones fluidas entre los distintos profesionales. Con todo ésto y dando respuesta a los objetivos marcados, es imprescindible definir sus

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

funciones y sus competencias para cada Centro Sanitario para poder legitimar así su figura. Para impulsar su actividad es necesario que todo el Equipo de Cronicidad (enfermera gestora de casos y Médico de Cronicidad, para el caso de nuestro Hospital Comarcal sería un Médico Internista) se den a conocer en todos los Centros de Salud de la zona correspondiente, realizando sesiones informativas en cada uno de los Centros, explicando todos los circuitos posibles a seguir y proponiéndose aspectos de mejora en ambas direcciones. Estas sesiones deberán de ser periódicas dados los cambios de personal que inevitablemente ocurren.

En el propio Centro Hospitalario también se dará a conocer el trabajo realizada por el Equipo de Cronicidad y el papel de la enfermera Gestora de Casos con el objetivo de implicar al mayor número de profesionales posibles y aumentar así las conexiones entre AP y AH.

La enfermera realizará en la Consulta de Cronicidad, intervenciones de Educación para la Salud sobre los pacientes y/o cuidadores con el fin de capacitarles en el cuidado de su patología y elaborará un Plan de Cuidados Individualizado, siguiendo así su evolución en colaboración con el Equipo de Atención Primaria. Realizará un seguimiento del paciente y se adelantará a sus necesidades planificando y reagrupando citas, consiguiendo así una Gestión del Caso efectiva y eficiente pasando a convertirse en una figura imprescindible para cualquier centro sanitario.

BIBLIOGRAFIA.

1.Gómez-Picard.P y Fuster-Culebras. J. Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. Enferm Clin.2014; 24(1):12-17.

2. Mármol-López.M.I, Miguel Montoya.I, Montejano Lozoya. R et al. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática.Rev Esp Salud Pública. 2018;92:1-15.

3..Knop -Aued. G, Bernardino. E, Lapierre. J, Dallaire.C. Actividades de las enfermeras de enlace en el alta hospitalaria: una estrategia para la continuidad del cuidado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019; 27:1-9.

4.Batres-Sicilia. J.P, Alvarez-Tello. M y Gallardo-Santos.P. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. Rev Adm Sanit. 2009;7(2):313-22.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

5.Fraile- Bravo. M. Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida? Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.2015;42(1):1-3.

6.García-Fernández.F.P, Carrascosa-García. M.I, Rodríguez-Torres.M.C et al. Influencia de las Enfermeras Gestoras de Casos hospitalarias sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. Gerokomos 2009;20(4).

7.Cristobal-Domínguez. E, Miguel-Martin. D, Amaro-Martin. E et al. Comunicación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria: la perspectiva de los profesionales de enfermería. Nure Investigación,2015;12(76):1-17.

8.Espallargues.M, Serra-Sutton.V, Solans-Doménech.M et al. Desarrollo de un marco conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Rev Esp Salud Pública, 2016;90:1-16.

9.Nuño-Solinís.R, Fernández-Cano. P, Mira-Solves. J.J et al. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención a la Cronicidad. Gac Sanit. 2013;27(2):128-134.

10. Coderch.J, Pérez-Berruezo. X, Sánchez-Pérez.I et al. Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos. Gaceta Sanitaria.2018;32(1):18-26.

11. Quesada-Sabaté.M, Canet-Ponsa.M, Avellana-Revuelta. E et al. Evaluación de un programa de atención a la cronicidad en Girona(CRONIGICAT).Rev Aten Primar. 2014;46(3):24-32.

12.López-Vallejo. M, Puente-Alcaraz.J. El proceso de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España. Análisis comparativo entre los sistemas autonómicos de salud. Enferm Clín.2017;29(2):107-118.

13.Aragón.R, Mediavilla. M.E, Delgado.E et al. ¿Es efectiva la continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada? Revisión sistemática. SACYL. 2012. Disponible en : http:/www. saludcastillayleon.es/profesionales/es/invesalud/banco-evidencias-cuidados.

14.Kripalani.S, Lefevre. F, Philips. C et al. Deficits in communication an information transfer between hospital-based and primary care physicians. JAMA, 2007;297(8):831-

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 35: CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AUTORÍA: SANDRA LINARES REAL

1. RESUMEN EJECUTIVO

1.1 VERSIÓN EN ESPAÑOL

Desde mediados de marzo la pandemia por la infección del virus Covid-19 ha puesto en tensión a todos los sistemas sanitarios sin excepción. Estamos viviendo una situación insólita, con un número elevadísimo de personas afectadas, falta de material de protección y de equipamientos suficientes para atender a los pacientes, necesidades elevadas de consumos de fármacos y con riesgos de desabastecimientos que amenazan en diversas zonas.
En el ámbito de la Atención Primaria se están observando cambios, que parecían imposibles hasta el inicio de la pandemia, y que han hecho que la especialidad evolucione acorde a la sociedad tecnológica en la que viven los pacientes y los propios médicos.

En el caso del personal sanitario, se suma que la atención a los pacientes no COVID19 (de todas las patologías y condiciones), en estos momentos, está claramente comprometida y recae en el conjunto de profesionales la toma de decisiones críticas y el ejercicio de una práctica profesional radicalmente diferente a la que habitualmente se ha venido realizando, que puede llegar a requerir aplicar criterios de triaje no deseados y difíciles de asumir por todos.
El Covid-19 va a impulsar el avance de la telemedicina. Hemos dado en semanas un salto de cinco años.
Las visitas telemáticas o la telemedicina en la Sanidad Pública permitirán un uso más eficiente de los recursos, aliviando la presión sobre la red, reduciendo las listas de espera

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

y ofreciendo una solución a los habitantes de la España vaciada para que no vean mermada la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE; Calidad Asistencial, Covid-19, Atención Primaria, Sanidad Pública, Telemedicina.

1.2 ENGLISH VERSION

Since mid-March, the pandemic caused by the Covid-19 virus infection has put stress on all health systems without exception. We are experiencing an unusual situation, with a a lot of people affected, lack of protective material and not enough equipment to care for patients, high medicine needs and risks of shortages in medical treatment in various areas.
In the field of Primary Health Clinics, changes are being observed, which seemed impossible until the beginning of the pandemic, and which have made the specialty evolve in accordance with the technological society in which patients and doctors themselves live.
In the case of health personnel, in addition to caring for non-COVID19 patients (of all pathologies and conditions), at this time, it is clearly compromised and it falls to the group of professionals to make critical decisions and exercise a practice radically different from the one that has usually been carried out, which may require the application of unwanted triage criteria that are difficult for everyone to assume.
Covid-19 will drive the advancement of telemedicine. We have jumped five years in weeks.
Telematic visits or telemedicine in Public Health will allow a more efficient use of resources, relieving pressure on the healthcare network, reducing waiting lists and offering a solution to the hábitats in the country side, so that they do not see the quality of care diminished.

KEYWORDS; Healthcare Quality, Covid-19, Primary Health Clinics, Public Health, Telemedicine.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 CONTEXTO HISTORICO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Los primeros antecedentes documentados que se relacionan con la calidad asistencial se remontan a la segunda mitad del siglo XIX, cuando una enfermera, Florence Nightingale, estudió las tasas de mortalidad de los soldados en los hospitales militares de Inglaterra.

Nightingale durante la guerra de Crimea realiza estudios sobre estadísticas sanitarias y tasas de morbimortalidad para mejorar los cuidados que se prestaban a los soldados británicos. Estos estudios fueron la base de muchos sistemas de medida implantados posteriormente.

A principios de 1900 los hospitales de Estados Unidos presentaban grandes déficits, estos establecimientos no eran mucho más que pensiones para pacientes sin recursos. En 1917, el Colegio Americano de Cirujanos establece unos criterios de valoración de la actividad médica y de las instituciones sanitarias, para salvaguardar el cuidado del paciente, garantizar la competencia de los doctores y asegurar un correcto diagnóstico.(1)

Desde 1951 la responsable de dicho programa es la Comisión Conjunta para la Acreditación de Instituciones Sanitarias de los EEUU y Canadá (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations). En 1996 nace la Joint Commission International (JCI), una sección de la Joint Commission cuya finalidad es mejorar la calidad de la atención ofreciendo servicios de acreditación a instituciones sociosanitarias en todo el mundo. Sus estándares se consensuan por expertos y líderes de opinión procedentes de los cinco continentes.

Ha pasado casi medio siglo desde que Avedis Donabedian describió los componentes básicos de la calidad asistencial a través de la tríada, aún vigente, de estructura, proceso y resultado. Sin embargo, la incorporación de la preocupación por la calidad y la necesidad de diseñar políticas para su mejora y gestión no se incorporaron a la agenda de nuestros servicios sanitarios de manera sistemática hasta fechas mucho más recientes.

Más adelante, en 1989, Donald Berwick traslada la filosofía de mejora continua de la calidad al ámbito sanitario, esta iniciativa se generaliza rápidamente al ser asumida y fomentada por la Joint Comission.

Actualmente la gestión de los servicios sanitarios se orienta hacia los pacientes y los resultados, buscando métodos para la medición y mejora de la efectividad y la eficiencia de las decisiones clínicas e incorporando variables de resultado que sean relevantes para el propio paciente como la satisfacción o la calidad de vida experimentada con un determinado tratamiento.

2.2 CONCEPTO CALIDAD ASISTENCIAL

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Prestar una buena calidad asistencial consiste en conseguir hacer bien lo que se debe de hacer en cada caso, en cada proceso que es atendido, hacerlo con el menor coste posible y de forma que queden satisfechos quienes reciben esa asistencia. Es decir, calidad asistencial pasa por conseguir la adecuación de la práctica clínica, la excelencia de ésta y la satisfacción de quien la recibe. Esto requiere la participación de profesionales sanitarios, de profesionales que la planifican (gestores), y la de quienes la reciben (población asistida). Lograr estos tres atributos en la asistencia sanitaria significa conseguir la calidad científico-técnica y la calidad relacional, ambas necesarias para hablar de calidad asistencial.(2)

Existen diferentes definiciones posibles para explicar la calidad asistencial, y todas ellas son válidas en función del propósito de su utilización, así como de la naturaleza y alcance de las responsabilidades de la persona que los defina.

Des de la perspectiva de salud pública hablaríamos en ofrecer los mayores beneficios en salud, a la mayor cantidad de personas, con los mínimos riesgos y los recursos disponibles.

Des del punto de vista de la atención sanitaria sería toda aquella atención centrada en el paciente, con calidad técnica de la atención, aspectos no técnicos de la prestación sanitaria (tiempo de espera, actitudes del personal) y con elementos programáticos (infraestructura, accesibilidad y administración de servicios).

Des del punto de vista de la gestión sanitaria se dirigiría en orientar las políticas de la organización para conseguir la satisfacción de las partes, implementar procesos eficaces y eficientes para alcanzar los objetivos establecidos y mejorar continuamente para adaptarse a un entorno cambiante y unos recursos limitados.

Según la Real Academia Española define calidad como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”. Entendida así, calidad de la asistencia sanitaria es el conjunto de propiedades inherentes a un servicio asistencial, que permiten apreciarlo como igual, mejor o peor que los restantes servicios del mismo tipo.

Y por último según la OMS, la calidad asistencial “es la medida en la cual los servicios de salud que se ofrecen a individuos y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados. Para lograr esto, la atención médica debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas”.

2.3 ATRIBUTOS Y/O DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

La calidad asistencial se mide a través de diferentes dimensiones. No existe un consenso de cuáles son las mejores para valorarla. Lo cierto es que conocer el funcionamiento y la estructura del sistema sanitario ayuda a renovar conocimientos respecto a nuevas

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

técnicas y/o estrategias que puedan surgir al respecto. También es importante y necesario trabajar en todas ellas si se quiere obtener unos resultados de mejora continua evidentes, pues todas ellas están interrelacionadas e interactúan unas con otras.

Seis dimensiones que han de estar presentes en toda atención sanitaria, ya que deberían ser básicos para cualquier profesional sanitario.(3)

- Seguridad: siempre trabajar desde una perspectiva de seguridad, que minimice el riesgo de cada operación y reduzca al máximo la capacidad de dañar al individuo.
- Efectividad: generar el efecto deseado en el paciente.
- Oportunidad: prestarla en el momento preciso, en el que los resultados se puedan dar con mayor probabilidad.
- Eficacia: maximizar el rendimiento de los recursos y reducir sus pérdidas, utilizándolos de la mejor forma posible.
- Equitativa: sea accesible para el conjunto de la sociedad, ante cualquier factor sociodemográfico, económico, horario, etc. Para todos por igual.
- Centrada en las personas: lo más importante de la calidad asistencial son las personas, tanto las que lo reciben como aquellas que lo prestan. Es para ello primordial saber relacionarse con las personas, entenderlas, comunicarse con ellas, escucharlas… en definitiva, tener muy cuidadas las habilidades sociales.

Es muy importante la elección de dimensiones para medir la calidad asistencial, ya que influenciarán las políticas sanitarias adoptadas.

Ilustración 1

3. CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

3.1 CONCEPTO

La calidad de las prestaciones que se brindan en Atención Primaria de la Salud, (APS), está fuertemente ligada a la aplicación de la ciencia, tecnología y relación interpersonal entre profesional y cliente o paciente. Además, está influenciada por las características del entorno o infraestructura en donde se realizan las acciones de salud.(4)

En la APS dos son los pilares fundamentales que sostienen esta estrategia: La promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Son ellas los ejes en los que se basa la organización y el trabajo interdisciplinario facilitando que las personas obtengan bienestar. Pensar la Atención Primaria de la Salud desde esta perspectiva es hacerlo desde el desarrollo centrado en la gente, contribuyendo a reducir las desigualdades

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

sociales, minimizando el impacto de la crisis, ampliando las oportunidades de participación con la consecuente potenciación de las personas.

Es decir, que medir la calidad desde la APS es hacerlo desde la promoción, el proceso más abarcativo y complejo de la Salud Pública porque se direcciona a la transformación de las personas, para que aumenten el control de su propia salud. Por eso en la promoción se interaccionan estrategias referidas a políticas saludables, creación de entornos saludables, fortalecimiento de la acción comunitaria, (empoderamiento), desarrollo de actitudes personales, (educación para la salud), y la reorientación de los servicios de salud.(5)

Ilustración 2

Para brindar una atención de calidad en Atención Primaria deben diseñarse y utilizarse las llamadas Guías de Práctica Clínica (GPC), instrumentos con recomendaciones que de manera sistemática guían a los profesionales en la toma de decisiones basadas en la investigación científica sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas, en contextos determinados.(6)

3.2 CALIDAD ASISTENCIAL EN APS EN PANDEMIA COVID-19

La pandemia por el virus SARS-CoV-2 declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020 y el real decreto de estado de alarma dictado por el Gobierno de España y vigente desde el día 15 de marzo de 20202, ha cambiado el marco teórico propuesto por B. Starfield en su libro Primary Care: Concept, Evaluation and Policy, así como el marco asistencial de la Atención Primaria (AP) en todo el territorio nacional. La transformación no ha sido igual en todas las comunidades autónomas, ni mucho menos, en todos los centros de salud. De nuevo, estos cambios han venido marcados, por un lado, por la iniciativa de los profesionales de AP para poderse organizar de la mejor manera posible y, por otro lado, por los contextos marcados por la idiosincrasia de cada territorio y de los diferentes tipos de población.(7)
La actual pandemia de coronavirus está provocando una acusada transformación de los sistemas sanitarios, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria. Este cambio viene marcado, especialmente, por la adopción y generalización de nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) y, entre otras muchas consecuencias, está impulsando la figura del denominado e-paciente.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La pandemia en la que nos vemos inmersos actualmente ha creado la necesidad de reorganizar el modelo establecido de consultas de APS que teníamos hasta el momento, para poder hacer frente a esta nueva situación.

Si pudiéramos utilizar una palabra para definir el nuevo modelo de asistencia sanitaria sería telemática. De repente y debido a la nueva situación el sistema ha puesto a nuestro alcance un gran número de recursos tecnológicos, que se han ido demandado reiteradamente desde hace años, y hemos multiplicado el uso de otros recursos que ya teníamos con el objetivo de que el paciente no se mueva de su domicilio.(8)

ANALISIS DAFO EN LA CALIDAD DE CUIDADOS

DEBILIDADES	AMENAZAS
Desconocimiento y cambios de protocolos continuos. Personal insuficiente. No contratación nuevo personal. Sobrecarga excesiva Falta de desarrollo en ciertas áreas de trabajo, visitas domiciliarias	Desconocimiento de la población y de otros profesionales del nuevo papel que desempeña enfermería a raíz de la pandemia Desconocimiento de los profesionales de enfermería de las nuevas herramientas tecnológicas Perdida de las cualidades propias de la APS.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Implementación y uso de nuevas herramientas comunicativas. Unión y reinvención de los equipos de APS. Consulta desde casa o teletrabajo, facilitando herramientas que ayuden a la conciliación familiar de sus profesionales.	Cambio y reinvención de las consultas de APS; Videoconsultas, e-consultas….. Agilización de temas burocráticos sin presenciabilidad. Mayor empoderamiento y responsabilidad del paciente y gestión de su salud. Mantenimiento y adaptación de horarios a sus profesionales para poder garantizar una conciliación familiar.

El análisis de los diferentes determinantes orienta hacia nuevos modelos y, por tanto, hacia nuevas formas de hacer, y de abordar las realidades cambiantes que surgirán en un futuro y que vendrán sujetos a la evolución de la pandemia. Esos serán los nuevos paradigmas, hoy ya emergentes y que se consolidarán en los próximos años, que propiciarán el paso del modelo actual a otro caracterizado por realidades y comportamientos diferentes y acompañados de una evolución tecnológica del sistema.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

5. DISEÑO DEL PROGRAMA DE CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN APS EN EPOCA PANDEMIA SARS-COV2

Las enfermeras hemos avanzado en los últimos años, pero donde estamos no es donde quisiéramos estar. La responsabilidad de la actual situación esta repartida entre diversos protagonistas, por esos es interesante determinar que acciones están a nuestro alcance y cuales corresponden a otras instancias , para tomar con acierto aquellas decisiones que transformen la realidad , por compromiso con los pacientes , la población y la profesión.

Partiendo de los resultados obtenidos en análisis DAFO realizado anteriormente el diseño del programa se realizaría mediante un método estudios retrospectivos, descriptivos, de prevalencia transversal. (9)

En todos los casos los pacientes entrevistados son seleccionados mediante un muestreo sistemático con arranque aleatorio de todos aquellos que han acudido a consulta o han recibido algún tipo de asistencia durante el periodo del “estado de alarma” producido en España por la pandemia Sars-cov2.
También utilizaríamos un cuestionario para los profesionales sanitarios que han prestado sus servicios durante em mismo periodo comentado anteriormente.

Como estrategia ofensiva, con este conjunto de fortalezas y oportunidades, debemos plantearnos:

- Establecer canales fluidos de comunicación interniveles mediante horarios consensuados de reuniones vía telemática.
- Creación consensuada y estructurada de folletos con información básica y útil para pacientes sobre los nuevos programas ofrecidos a nivel tecnológico.
- Creaciones de blogs informativos donde se puedan compartir las instrucciones de uso de los programas tecnológicos que ofrecen los diferentes EAP.
- Establecer nuevos horarios y poder ajustar a un día de teletrabajo rotatorio para los profesionales para de esta manera no dejar de ofrecer todos los servicios sin necesariamente tener que ser consultas presenciales; Consultas telefónicas, videoconsultas, gestiones burocráticas, llamadas de seguimiento en pacientes diagnosticados de Covid-19….

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Trabajar con equipos mas grandes, es decir centralizar las técnicas y los servicios de distintas zonas para de esta manera disponer de mas servicios con menos personal, siempre garantizando la calidad asistencial y los otros profesionales pueden dedicar su jornada ha hacer tareas vía telemática.
- Creación de una nueva cartera de Servicios Enfermeros y definición de las nuevas funciones.
- Reforzar las competencias en prevención y promoción de la salud. Revisión de programas de actividades preventivas siempre adaptadas a la situación actual de la pandemia.
- Gestión del tiempo en consulta. Desburocratización de consultas y organización de las agendas de trabajo que habiliten el tiempo preciso para atención domiciliaria y actividades comunitarias. Para que en personas de riesgo podamos evitar el contacto con otros pacientes en el centro

6. DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

Aunque la evaluación es el punto de partida para una estrategia de mejora a largo plazo, la evaluación brindará elementos y evidencia sobre oportunidades de mejora en áreas que deberán ser abordadas rápida y fácilmente. Para abordar aquellas áreas a mejorar, el centro de Atención Primaria deberá elaborar un plan de mejora en el que tendrán que definir la iniciativa de mejora, desarrollar las actividades específicas que competen a dicha mejora y determinar los resultados esperados.(10)

Una vez implementado el plan de mejora es necesario realizar un monitoreo de los resultados obtenidos y repetir la evaluación para verificar si el plan de mejora logró el efecto deseado.

La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos y los profesionales de la salud sobre los servicios que reciben o han proporcionado, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.(11)

Los indicadores establecidos directamente a través de las preguntas de las encuestas de satisfacción se utilizan para una monitorización global de la calidad percibida y la satisfacción, incluyéndose, dentro del Criterio Resultados en los pacientes.

A raíz de la aparición de encuestas sobre satisfacción de pacientes, como forma de evaluar el resultado de la atención sanitaria, surge la necesidad de conocer el grado de satisfacción de los profesionales sanitarios, ya que ambas se consideran aspectos subjetivos del control de calidad e influyen en múltiples aspectos asistenciales.(12)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Por este motivo en este proyecto realizaríamos dos encuestas; la primera nos permite evaluar el grado de satisfacción del paciente y por otro lado la segunda encuesta estaría centrada en la calidad percibida por los profesionales de la salud que proporcionaron los cuidados durante la pandemia.

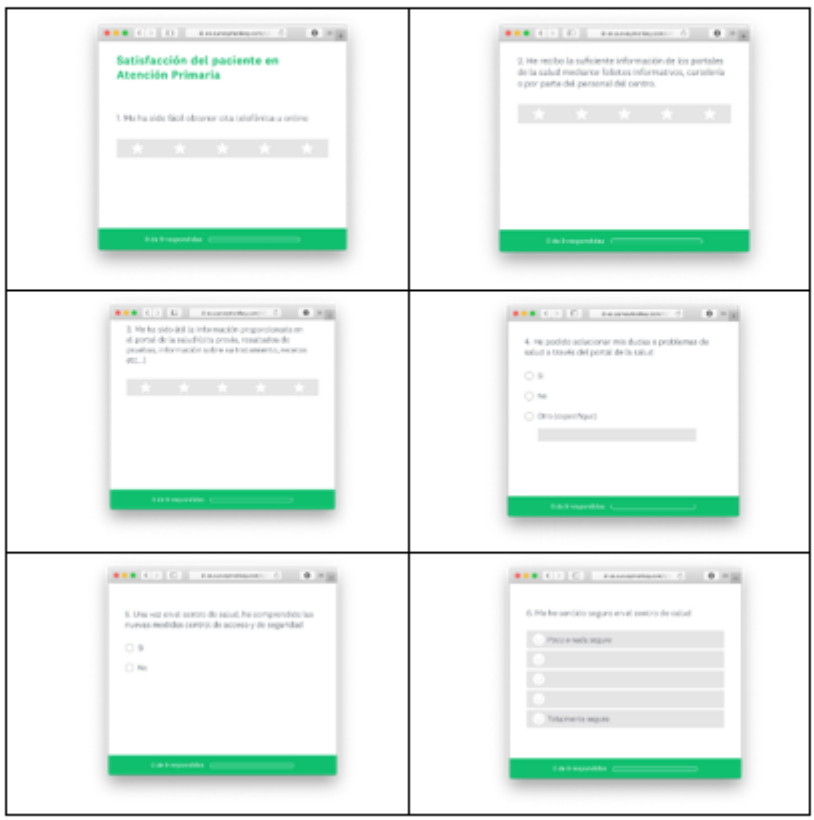
La encuesta dirigida a los pacientes: https://es.surveymonkey.com/r/ZNCKKMS

Esta encuesta consta de 9 preguntas donde el objetivo general es como los pacientes se han adaptado al nuevo modelo de cuidados proporcionados por los profesionales de la salud y la gestión de su propia salud durante la pandemia Sars-cov2.(13)

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La encuesta dirigida a los pacientes: https://es.surveymonkey.com/r/ZNCKKMS

Esta encuesta consta de 9 preguntas donde el objetivo general es como los pacientes se han adaptado al nuevo modelo de cuidados proporcionados por los profesionales de la salud y la gestión de su propia salud durante la pandemia Sars-cov2.(13)



ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

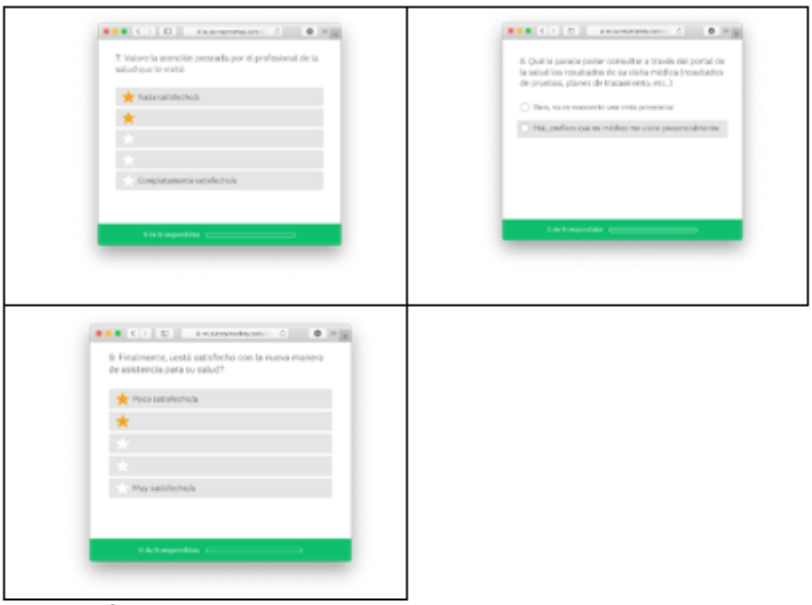


Ilustración 3

La encuesta dirigida a los profesionales de la salud:
https://es.surveymonkey.com/r/KZ79BY8

Esta encuesta consta de 8 preguntas y como objetivo general esta centrado en como los profesionales de salud de los centros de APS se han adaptado a los nuevos circuitos y la introducción de las nuevas tecnologías a la hora de poder gestionar la consulta.

7 EVALUACIÓN Y CONCLUSIONES

El proyecto de mejora del proceso asistencial en APS puede suponer la concreción de objetivos estratégicos de mejora de calidad de atención. El principal objetivo es establecer un nuevo modelo organizativo en Atención Primaria que mejore la calidad asistencial en términos de calidad integral con una mejora de la satisfacción de profesionales y ciudadanos.
Los resultados de este proyecto pueden objetivar una mejora en la accesibilidad y en la agilidad de atención, implantación de medidas de desburocratización, incremento del tiempo por paciente y mejora en la satisfacción de los profesionales.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

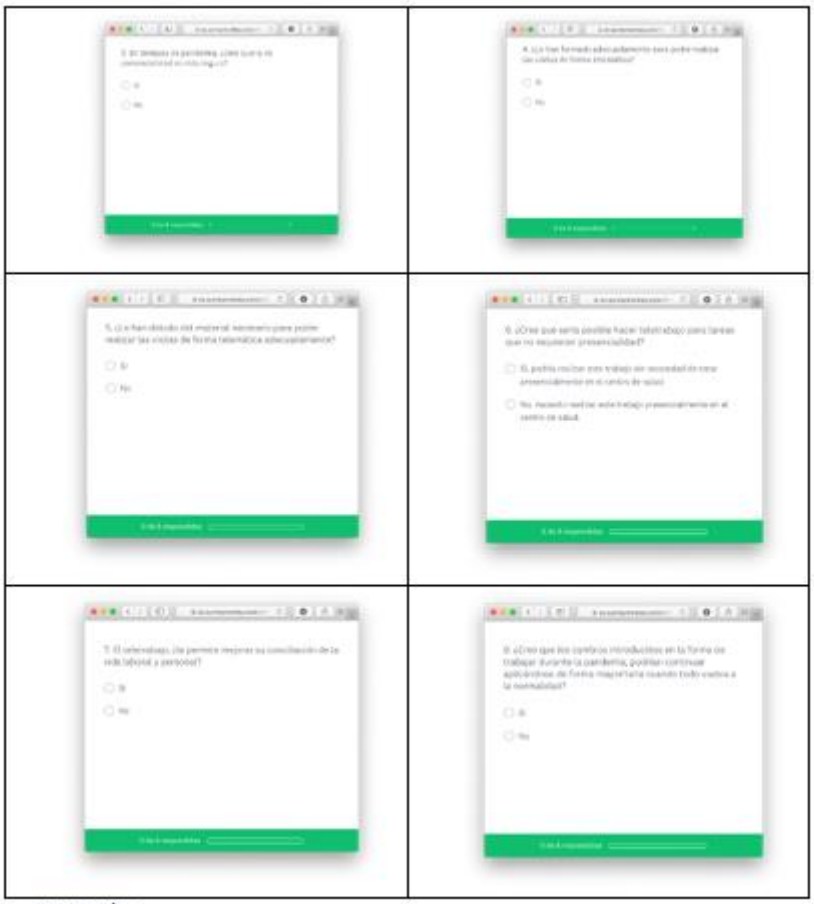


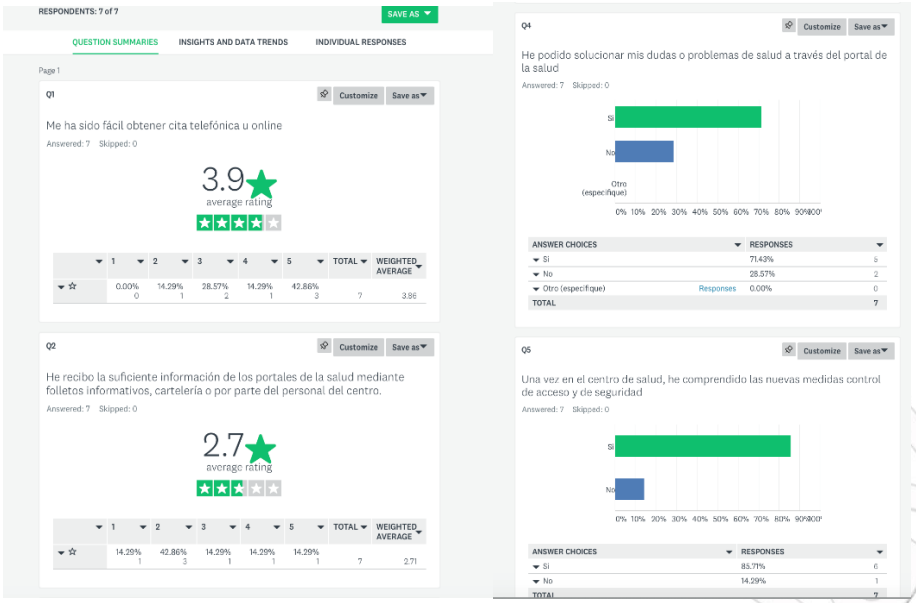
Ilustración 4

Las Direcciones de APS deben de actuar como organizaciones facilitadoras en la consecución de los objetivos del proyecto, proporcionando herramientas e instrumentos de apoyo de innovación tecnológica (desarrollo de mejoras de la historia clínica informatizada de Atención Primaria, implantación de centralitas inteligentes y Call Center en los Centros Piloto, diseño del procedimiento de la cita por Internet…).

Los resultados obtenidos las ambas encuestas se analizarán a través del "Dashboard" que ofrece la propia plataforma que hemos utilizado para realizar estas encuestas.

A continuación, se muestran unos ejemplos de como se visualizan los resultados recopilados.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021



ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

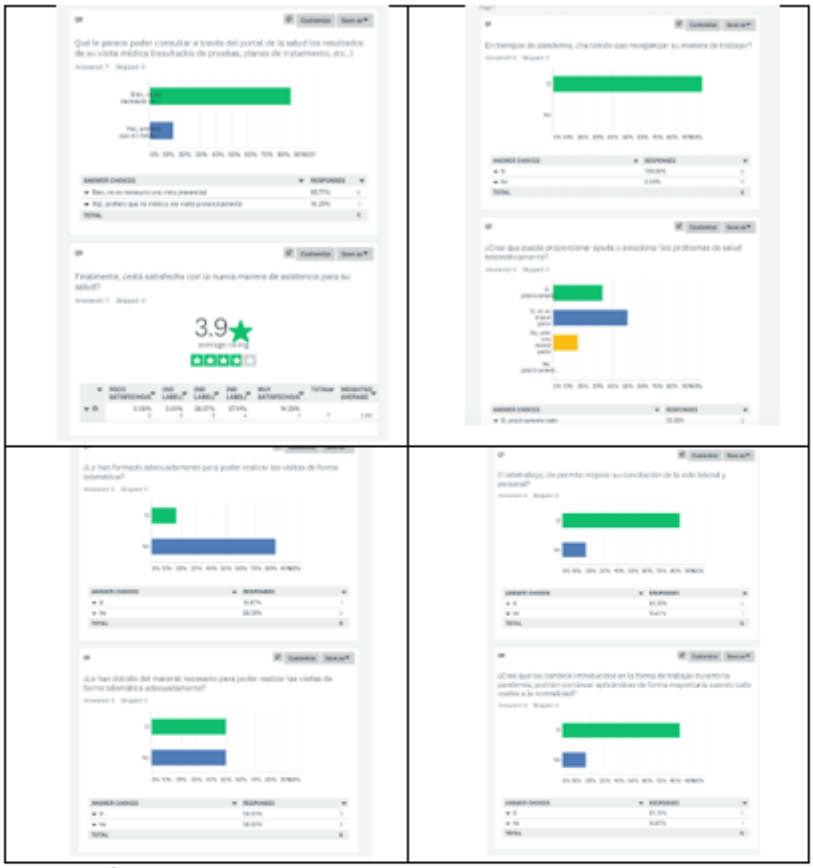


Ilustración 5

Como conclusión en este proyecto el papel de una buena gestión es primordial ya que en el contexto de los servicios públicos la calidad de la atención ha de ser el objetivo y la misión principal que debe orientar la actuación de los responsables, de las instituciones, de los empleados públicos y de los profesionales, para así alcanzar el compromiso ético de ofrecer el mejor servicio a los ciudadanos.

La dirección de los centros de APS en este caso, tiene que ser la primera en demostrar su compromiso con la calidad, el líder apoya públicamente las iniciativas de mejora, sabe comunicar la política de calidad y la pone en marcha en colaboración con toda la organización

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Pérez MP. Grande Armesto M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

2. Buil JA, Mira JJ. (1996). Las características del sector sanitario. Tendencias actuales del sistema sanitario español en el marco de la Unión Europea. Revista de Psicología de la Salud, 8, 3-22.
3. R. Cabadas avión: La calidad asistencial: ¿de qué estamos hablando?;2015
4. M. Hernán Garcíaa , J.L. Gutiérrez Cuadraa , C. Lineros Gonzálezb, C. Ruiz Barbosab y A. Rabadán Asensiob: Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda
5. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm
6. Cuaderno de prevención: Promoción de la salud en el trabajo. Secretaria de Politica Sindical de UGT de Cataluña/Salud Laboral, 2014
7. Los pilares de la Atención Primaria en tiempos de la COVID-19 (AMF 2020) (amf-semfyc.com)
8. Salut potencia les vídeo consultes als centres d'atenció primària amb 600 càmeres web que donaran servei a 1200 professionals. Canal Salut [Internet]. Canal Salut. 2020 [Consultado el 19 de abril de 2020]. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/noticia/2020-04-17-salut-potencia-video-consultes-centres-atencio-primaria-amb-600-cameres-web-donaran-servei-1200-professionalso
9. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/lineas-estrategicas-analisis-dafo-gestor-sanitario-atencion-primaria/
10. Palacio J. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, eficiencia y seguridad del paciente. AMF. 2019;15(8):452-9.
11. Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Aymerich M, Serra Prat M. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20 (5): 259-266.
12. https://www.elsevier.es/pt-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-proyecto-mejora-del-proceso-atencion-S1134282X10000965
13. Plataforma de encuestas www.surveymonkey.com

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 36: PLAN DE MEJORA DE COMUNICACIÓN EN UNA UNIDAD COVID DEL SERVICIO DE URGENCIAS: RELACIÓN HUMANIZADA

AUTORÍA: MARIA DEL CARMEN MONTOYA

RESUMEN

La comunicación entre las personas, en nuestro caso entre enfermera-paciente, es algo fundamental para conseguir la humanización de cuidados. La humanización es un concepto complejo y multidimensional y se ve afectado por muchos factores que producen la deshumanización del sistema sanitario. La enfermería durante mucho tiempo ha sido considerada como una profesión marcada por la entrega a los demás, pero hoy en día existen muchos factores como los avances tecnológicos, la sobrecarga de trabajo o en la actualidad la pandemia que estamos viviendo que provoca que la atención prestada a los pacientes se vuelva más impersonal sobre todo en las áreas críticas como puede ser un servicio de urgencias. La demanda de información por parte de pacientes y familiares ha aumentado en las últimas décadas y la enfermería ha tenido que adaptar la gestión de cuidados basándose en esta necesidad. El cuidado humanizado es una necesidad que vivimos en el día a día de nuestra profesión.

El planteamiento de este trabajo quiere conseguir como objetivo principal mejorar la comunicación entre el personal sanitario, los pacientes y familiares de nuestra unidad covid de urgencias y conseguir así el cuidado humanizado que todos necesitamos. Mediante un programa de capacitación dotaremos a los profesionales de las herramientas necesarias para conseguirlo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Se realizó una revisión bibliográfica sobre cuidados humanizados, las causas de la deshumanización y sobre la comunicación como herramienta fundamental en la relación enfermera-paciente, distinguiendo entre lenguaje verbal y no verbal.

La conclusión final de nuestro trabajo es que se demuestra la necesidad de la comunicación como elemento esencial para conseguir un cuidado humanizado de los pacientes y sus familias. Se evidencia la importancia de conocer y tratar a las personas de manera individualizada en todas sus dimensiones desde una educación basada en valores e identificar y corregir los síntomas de deshumanización. Mediante la formación sobre comunicación obtendremos las claves para una relación humanizada.

Palabras claves: humanización, unidad covid, servicio de urgencias, familiares, comunicación, información y aislamiento.

ABSTRACT

Communication between people, in our case between nurse-patient, is fundamental to achieve the humanization of care. Humanization is a complex and multidimensional concept and is affected by many factors that lead to the dehumanization of the health system. Nursing has long been regarded as a profession marked by dedication to others, but today there are many factors such as technological advances, the overload of work or at present the pandemic that we are living that causes the care given to patients to become more impersonal especially in the critical areas such as an emergency service. The demand for information from patients and family members has increased in recent decades and nursing has had to adapt care management based on this need. Humanized care is a need that we live in the day to day of our profession.

The main objective of this work is to improve communication between healthcare staff, patients and family members in our emergency unit and thus achieve the humanized care we all need. Through a training program we will provide the staff with the necessary tools to achieve this.

A literature review was conducted on humanized care, the causes of dehumanization and on communication as a fundamental tool in the nurse-patient relationship, distinguishing between verbal and non-verbal language.

The final conclusion of our work is that it demonstrates the need for communication as an essential element to achieve humanized care for patients and their families. It is evident the importance of knowing and treating people in an individualized way in all its

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

dimensions from an education based on values and identify and correct the symptoms of dehumanization. Through communication training we will obtain the keys to a humanized relationship.

Keywords: humanization, covid unit, emergency service, family, communication, information and isolation.

1. INTRODUCCIÓN

Los hospitales han tenido que adaptarse a estos tiempos de pandemia que vivimos. Han realizado importantes cambios organizativos y estructurales para poder dar solución a la necesidad de aislamiento de los pacientes y a la protección de su propio personal.

El aislamiento significa contacto reducido con otras personas, interrupción de la rutina, ausencias de visitas, disminución de la interacción con el personal sanitario. Esto produce en el paciente efectos negativos como ansiedad, depresión, sentimientos de soledad y de abandono.

Según Avellaneda-Martinez S (1) en su estudio sobre gestión de la comunicación de los pacientes hospitalizados aislados con sus familias por la covid 19, el entorno creado para el aislamiento produce obstáculos para las necesidades físicas, sociales y emocionales de los pacientes.Todo esto puede afectar a la calidad asistencial siendo la atención humanizada una necesidad del paciente aislado y de sus familiares en la que se ven implicados los profesionales sanitarios. Los integrantes del equipo de salud deben saber equilibrar dentro de sus competencias profesionales, sus destrezas técnicas con el sentido humano al asistir al enfermo, tener visión integral, valorar sus sentimientos y lograr así una atención humanizada.

Según Watson la autora de la “Teoría del cuidado humano” dice que ante la posible deshumanización de la atención en salud, por cambios de estructuras, nuevos modelos y tecnologías, es necesario el enfoque del aspecto humano y espiritual por parte del personal sanitario para mantener los cuidados humanizados de calidad (2). Esta teoría utiliza conceptos como altruismo, valores, sensibilidad, bondad y amor a sí mismo y a los demás e incorpora 6 dimensiones al cuidado:

- Satisfacer las necesidades humanas.
- Habilidades y técnicas de enfermería.
- Relación enfermera-paciente.
- Autocuidado del profesional.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Aspectos espirituales del cuidado enfermero.
- Aspectos éticos del cuidado.

Otros autores se centran en un enfoque integral y holístico de los cuidados humanizados donde tiene que existir un equilibrio entre los conocimientos y los valores.

Los profesionales de enfermería necesitan valorar, identificar y evaluar el cuidado humanizado para garantizar una asistencia de calidad.

El cuidado tiene varios componentes como son: el conocimiento (de las necesidades y del entorno del enfermo), la paciencia, la tolerancia, la confianza y la esperanza.

El cuidado humanizado basado en valores y en los ámbitos físico, emotivo, social y espiritual, sólo resulta efectivo si se realiza de forma interpersonal (enfermera-paciente). Este cuidado debe estar integrado en una filosofía de vida del trabajo enfermero que cuida y debe cuidarse para garantizar la calidad de los cuidados que realiza (3).

La calidad incluye tres partes inseparables: paciente, familia y profesional. Las nuevas tecnologías han permitido favorecer la comunicación entre estos tres grupos y mejorar así la calidad de los cuidados, la seguridad de la práctica clínica y la satisfacción profesional, aunque sigue existiendo una brecha digital debido tanto al nivel económico como a la edad de la persona (personas mayores) (4).

La comunicación humana es un proceso muy complejo, ya que no solo hay que conocer y usar un sistema lingüístico determinado sino que tenemos que emplear también información social, geográfica y signos de comunicación no verbal. La comunicación no verbal nos informa sobre el carácter, la personalidad y las emociones del ser humano. La percepción que tiene la persona de su espacio, del tiempo y de sus hábitos culturales y de comportamiento influyen también en cómo se desarrolla esa comunicación (5).

La información es la necesidad más demandada en la asistencia sanitaria, junto con la necesidad de comunicación de los pacientes aislados con sus familias. Todo este proceso se ha visto afectado por el aislamiento terapéutico de las personas contagiadas por el virus del Covid 19.

2. LA DESHUMANIZACIÓN

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

La deshumanización, según García García I (6), se manifiesta en el sistema sanitario a través de una cultura basada en la patología con competencias científico-técnicas. Esta visión rechaza la parte psicosocial del cuidado y se fija sólo en los profesionales y su comodidad, con actitudes como el distanciamiento, el paternalismo, la actitud poco respetuosa y la jerga profesional incomprensible. Todo esto daña la dignidad del enfermo. Se ahorra tiempo en los cuidados tratando a los pacientes de manera estandarizada y a la familia se la percibe como un obstáculo en los cuidados profesionales. Durante siglos esto ha sido así. Se ha considerado a la persona como mero objeto de estudio independientemente del contexto que le rodea (6).

En la tesis de Barahona Valdiviezo LL sobre la percepción de la deshumanización por parte del personal de enfermería en áreas críticas (7), define la deshumanización como la privación de las cualidades que distinguen a las personas como seres humanos. Las compara con objetos o animales y pueden ser consideradas como incapaces de sentir algo alejándose de la sensibilidad humana como consecuencia de un modelo racional cientificista. Se consideran grupos deshumanizados los que son incapaces de experimentar emociones humanas complejas, compartir creencias o actuar según los valores y las normas sociales y morales. La deshumanización comienza cuando el personal de enfermería deja de ver a los pacientes como seres humanos que atraviesan un mal momento y los ven como una patología, un número de cama o un objeto a estudio (7).

2.1 Factores que influyen en el personal de enfermería y causan deshumanización en el cuidado del paciente.

En el estudio sobre la deshumanización en la atención de enfermería hacia los pacientes en los servicios hospitalarios de Orozco Morales SM (8), nos habla sobre los diversos factores que influyen en el trato al paciente para que este no sea de calidad ni humanizado:

- Sobrecarga laboral: esta se produce por un aumento en la cantidad de pacientes, las largas jornadas laborales, el aumento de las tareas de tipo médico delegadas y al aumento de actividades administrativas. Esto genera que la enfermería dedique más tiempo a actividades establecidas por las instituciones hospitalarias que no son propias de su profesión. En los profesionales se produce un personal insatisfecho y desmotivado y en los pacientes ocasiona inconformidad con el cuidado ya que valoran más el afecto, el buen trato y la atención inmediata (8).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Aplicaciones de nuevas tecnologías: Escobar-Castellanos B (9) en su estudio sobre el cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud nos habla de la importancia de la tecnología en nuestros días, la cual se ha hecho imprescindible para resolver los problemas de salud, sustituyendo a veces al trato humano. Se han demostrado cuidados centrados en la enfermedad y no en la persona. Los avances tecnológicos son sólo medios de apoyo para mantener o vigilar la salud de las personas.

- Síndrome de desgaste profesional (estrés laboral): los profesionales sanitarios son un colectivo en continuo contacto con personas que sufren, a veces se implican tanto en su trabajo que pueden agotarse física y psíquicamente, resultando ineficaces en el desempeño de sus actividades laborales. Según Leguizamón Gabriela (10) en su estudio sobre el burnout en personal de enfermería, nos dice que el estrés laboral es un factor de riesgo debido a la capacidad que tiene para afectar la calidad de vida, la salud mental e incluso poner en riesgo la vida del individuo. Las expectativas en el ámbito de la profesión y la realidad del trabajo se desequilibran. Los síntomas de este desequilibrio se agrupan en 3 categorías: el agotamiento emocional, la despersonalización o deshumanización y el sentimiento de baja realización personal.

- Crisis sociocultural: Zapata Susanivar TM (11) en su trabajo sobre los aspectos sociales e institucionales producidos por la deshumanización de los servicios de salud, nos habla de que las instituciones priorizan los trámites burocráticos antes que la atención al paciente, normas que el personal se ve obligado a llevar a cabo. No solo los factores fisiopatológicos pueden agravar la enfermedad sino también los factores sociales e institucionales como la burocracia, las malas estrategias de las gerencias y la mala calidad del servicio de salud que se presta. Hay que respetar los derechos humanos para evitar el mercantilismo de la asistencia sanitaria y prevenir la exclusión de las personas.

- Ausencia de vocación: Según Pacheco Morocho GP y Vargas Mera KN (12) en su estudio sobre la vocación en enfermería y su relación con el desempeño en cuidados de pacientes en estudiantes, la vocación es necesaria en esta profesión para realizar un trabajo de calidad. La motivación, las ganas y el deseo de ayudar a los demás influyen en nuestra vocación. Estos autores definen la vocación de enfermería como un conjunto de cualidades que nace en las personas o la desarrollan a lo largo de los años y cuyos principios son la empatía y la sensibilidad. La calidad de la atención en salud va a depender de dos aspectos importantes: la necesidad de aplicar los mejores conocimientos disponibles en cada momento y hacer esto de la forma más humana y afectiva posible.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Los profesionales en enfermería son los primeros que tienen contacto directo con el usuario por lo tanto son las personas indicadas para identificar las deficiencias que afectan a la atención humanizada y los encargados de corregirlas.

Otros autores como Bolaño Fernandez JE y Rocha Vargas VK (13) en su estudio sobre la humanización de los servicios de salud entre el personal sanitario, nos habla de que muchos factores deshumanizantes que son observados por el profesional de salud podrían evitarse de varias maneras como por ejemplo con la revisión de las historias clínicas, los planes de cuidados, las órdenes médicas o por la observación del usuario durante el ingreso. Estos autores clasifican los factores deshumanizantes en tres categorías:

1. Factores sociológicos:

- Crisis de la cultura: En estos tiempos se impone la cultura del “tener” a la del “ser”.

- Pluralidad de sistemas éticos: No logramos entendernos ya que hay varios conceptos éticos.

- Exigencias paradójicas: Al personal de salud se le exige un nivel de entrega, abnegación y sacrificio que sin embargo la sociedad actual no está dispuesta a asumir.

- Medicalización de la sociedad: El aumento de las personas enfermas genera más presión sobre los sistemas de salud.

2. Factores de organización y funcionamiento de las estructuras sanitarias:

- Inestabilidad del personal y fragmentación de los servicios de salud: Con frecuencia el enfermo se relaciona con un equipo de personas lo que impide que se produzca una comunicación interpersonal estrecha y fluida.

- Criterios parciales de evaluación de la calidad de los servicios de salud: Hay tendencias que evalúan los resultados y la calidad de los servicios con criterios económicos (competencia, productividad, eficiencia), rentabilizando al máximo los recursos sanitarios. El personal sanitario ve al paciente como a alguien que representa una tasa para evaluar la efectividad y la calidad de su trabajo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Inadecuadas estrategias gerenciales y de dirección: Las directrices basadas en el centralismo, frenan la creatividad y generan descontento. Lo mismo ocurre cuando las direcciones no tienen en cuenta las necesidades de realización profesional de su personal.

- Excesiva burocratización: Esto provoca que el personal emplee más tiempo en las labores burocráticas que en las asistenciales.

3. Factores relativos al personal de salud:

- Formación académica: La formación centrada en el desarrollo de habilidades técnicas y no en contenidos humanistas nos lleva a una ética que nos produce incapacidad para interactuar con la persona enferma.

- Formación de valores: Formación en valores como el respeto a la dignidad humana, la vida, la igualdad y la libertad.

- Motivaciones personales: Cada persona tiene un objetivo claro en su vida que las instituciones deben tener en cuenta y fortalecer.

Jimenez Rodriguez LA, en su estudio sobre la deshumanización en la atención de la salud (14), llega a la conclusión de que la deshumanización puede tener la función de reducir el estrés y el agotamiento emocional que se deriva de las sobrecargas de trabajo y de la percepción del dolor físico y psicológico en otros, teniendo efectos beneficiosos para el bienestar de los profesionales de la salud en el desempeño de su trabajo. Este distanciamiento enfermera-paciente produce la pérdida de la interacción interpersonal.

3. LA HUMANIZACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Según la Organización Mundial de la Salud urgencias se define como: “ la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”.

La tarea de los servicios de urgencias consiste en valorar a los pacientes y después derivarlos a hospitalización o trasladarlos a otro nivel asistencial o solucionar su problema in situ y proceder al alta. El nivel de asistencia en este servicio ha aumentado año tras año.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En su tesis doctoral Valenzuela Anguita M (15), nos habla sobre la humanización y el cuidado humanizado. Llega a la conclusión de que la humanización en cuidados es un proceso complejo y subjetivo. Define este concepto como:"la relación que se establece entre los profesionales de enfermería, los profesionales y su familia", se caracteriza por ser auténtica y cálida, con un matiz humano en el que se realice un cuidado que conjugue las técnicas con un cuidado humanizado, diferenciado y personalizado, donde la comunicación y la relación de ayuda se utilicen como elementos fundamentales. También nos habla de que el cuidado humanizado está realizado desde una visión integral del paciente, dando valor a su forma de pensar, sentir y vivir, respetando sus sentimientos y vivencias.Se adquiere una visión holística de la persona. Este autor identifica al profesional de enfermería como una pieza clave dentro del proceso de humanización, el cual debe poseer los valores éticos como son el respeto, la tolerancia y la sensibilidad hacia el paciente y su familia, y unas actitudes determinadas (amabilidad, cariño, responsabilidad). Todo esto estará influenciado por factores como la forma de ser de la persona, su autoconocimiento y la capacidad de reflexión sobre la realización de su práctica diaria.

3.1 Factores que interfieren en la humanización de urgencias

Garcia Garcia I en su tesis sobre la humanización de la asistencia en los servicios de urgencias (6), establece unos factores que interfieren en la humanización de este servicio: el tiempo de espera, la salud mental de los trabajadores, los factores organizacionales y la comunicación paciente-proveedor de cuidados.

- El tiempo de espera: Según Garcia Garcia I (6) uno de los obstáculos más importantes que produce la congestión de los servicios de urgencias es el tiempo de espera, el cual depende en gran medida del triaje. Este es un instrumento muy útil para controlar el flujo de los pacientes en los servicios de urgencias ya que prioriza la asistencia según niveles de gravedad de los enfermos, pero también puede ser un motivo de conflicto entre el personal y los usuarios cuando no están de acuerdo con la prioridad asignada.

Otros autores como Sanchez RC (16), nos dice que en algunas ocasiones el personal del triaje no se dedica en exclusiva a esta labor sino que también participa en la atención sanitaria en el interior de los boxes con lo que aumenta el tiempo de espera en la atención del triaje. El aumento de la demanda asistencial y el uso inadecuado de los servicios de urgencias son otros problemas que aumentan los tiempos de espera. Según Molano Gutierrez FR en su trabajo sobre los motivos de uso de los servicios de urgencias

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

(17), los motivos por los cuales va una persona a urgencias en ocasiones pueden ser resueltos en otro nivel de asistencia de salud. Los factores culturales, de contexto social y de modelo de atención generan el uso inadecuado de los servicios de urgencias. Se produce un uso inadecuado de las infraestructuras destinadas a la atención de pacientes que se encuentran en riesgo vital.

- La salud mental de los trabajadores: Según Albendin Garcia L en su artículo sobre el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería (18), el colapso de las urgencias junto con las consultas no urgentes originan el aumento de la carga de trabajo y puede tener consecuencias en la salud mental de los trabajadores. Según este autor es entonces cuando se produce el síndrome de Burnout, que se define como la respuesta psicológica al estrés crónico con motivo del trabajo. Como consecuencia de esto se produce una sensación de falta de energía, comportamiento deshumanizado hacia los demás (el

profesional se vuelve más distante y pesimista) y se produce también insatisfacción y falta de logros en el trabajo. Todo esto según el autor repercute en la calidad de la atención al paciente.

- Los factores organizacionales: Garcia Garcia I (6), opina que la misma estructura y organización de los edificios y de las zonas de espera, pueden ser unas barreras para la humanización. Este autor nos dice que una señalización confusa del área de atención, un mobiliario incómodo en la sala de espera y sin ningún elemento de distracción, la falta de intimidad en las zonas de tratamiento, la falta de limpieza, el exceso de ruidos, la atención de enfermos en los pasillos, son elementos que provocan en el usuario ansiedad y por lo tanto bajos niveles de satisfacción con el servicio de urgencias.

- Comunicación paciente-proveedor de cuidados: La comunicación interpersonal del profesional de enfermería con los usuarios es concebida desde su profesión como un acto humanizado, como nos dice Aguirre Raya DA en su estudio sobre comunicación de enfermería con el adulto mayor o su cuidador (19). Continúa diciendo que esta comunicación debe realizarse en un ambiente de armonía y confianza donde se produce una comunicación más efectiva y contribuye a un mejor cuidado. La falta de comunicación es el motivo de insatisfacción de la mayor parte de los usuarios. Morelló MCB (20) en su artículo nos dice que la información es un elemento terapéutico que favorece la comunicación entre familia y profesional, pero que la presión asistencial repercute negativamente en poder satisfacer estas necesidades de información. Hay que optimizar el tiempo que se dedica a los pacientes. Las enfermeras incluyen a las

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

familias en sus competencias asistenciales para abordarlas desde una manera holística dentro del contexto del cuidado humanizado.

3.2 Papel de la enfermera en la humanización de urgencias

En su estudio de la comunicación y la relación enfermera-paciente: herramienta fundamental en el acompañamiento y alivio del sufrimiento, Luengo Molero (21) nos habla sobre la ética del cuidar. Esta autora nos dice que hay que detectar las necesidades tanto espirituales como físicas, psicológicas y sociales y actuar sobre ellas teniendo en cuenta la individualidad de la persona. Hay que saber cómo actuar ante el sufrimiento de los demás con una buena ética y una buena comunicación, todo esto basado en el conocimiento de la persona. La autora refiere que hay una serie de cuestiones éticas que hay que tener en cuenta: el paciente es una persona única e individual, la dignidad de la persona y su derecho a su vida privada deben ser cuidados y respetar su cultura y sus valores. En este estudio (21) nos define a la enfermera como el sujeto potencialmente vulnerable ya que tiene que cuidarse así mismo para poder realizar los cuidados necesarios a sus pacientes. Según la autora la ética del cuidado está orientada a cuidar del paciente de una manera integral en todas sus dimensiones.

Castrillón MC (22), explica que el arte de cuidar exige a los profesionales de enfermería un profundo conocimiento del ser humano, gran capacidad de observación, habilidades y destrezas comunicativas, práctica dirigida por los conocimientos científicos, habilidades técnicas, principios éticos y virtudes.

Según Valenzuela Anguita M (15) un servicio de urgencias humanizado debe tener como premisa: la persona como un ser total y único, la relación interpersonal como eje, ser un servicio abierto y transparente y estar en continua formación dando valor tanto a aspectos técnicos como de relación. La mejora del proceso de humanización debe girar sobre 4 dimensiones: el profesional, la relación humana, el entorno laboral y la institución.

4. LA COMUNICACIÓN

El ser humano ha tenido siempre la necesidad de expresarse ya sea de manera verbal o no verbal utilizando palabras, gestos, miradas, movimientos, silencios, etc, pero sin dejar de lado la observación, la empatía y la escucha activa como factores básicos para una buena comunicación. Con una buena comunicación podemos detectar las

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

necesidades de los pacientes y trabajar juntos en el proceso de curación de la enfermedad.

Según Luengo Molero A (21), en su estudio sobre la comunicación y la relación enfermera-paciente nos dice que para que la comunicación sea efectiva, esta debe de utilizar un lenguaje sencillo, claro y conciso, evitando los tecnicismos, respetando la cultura y los conocimientos del otro, eligiendo en cada momento las palabras correctas y adecuadas. La persona tiene que ser coherente con lo que dice, honrada y sincera, así existirá una relación abierta entre enfermera-paciente. La autora nos habla también del encuentro, la empatía, la escucha activa, la asertividad y la gestión de emociones, todos ellos son elementos fundamentales para conseguir una comunicación efectiva. También nos habla de la observación, utilizada para intentar analizar a la otra persona pero sin juzgar su comportamiento.

Luengo Molero (21) hace diferenciación entre la comunicación verbal y la no verbal. La comunicación verbal es la que realizamos a través de la palabra, que puede ser oral o escrita y que utiliza como componentes paralingüísticos: el volumen de la voz, la entonación, la velocidad del discurso, la fluidez al hablar, la claridad del mensaje y el tiempo que está hablando una persona. La comunicación no verbal es la que realizamos mediante gestos y movimientos que complementa a la comunicación verbal. Esta comunicación utiliza como componentes: las miradas, la expresión facial, los gestos, la postura, el desplazamiento y la apariencia física. Esta autora nos asegura que una persona no puede mentir utilizando su cuerpo, la comunicación no verbal no se puede controlar. Esta autora nos indica que la autoridad moral de la enfermera para comunicar sin ofender y conseguir sus objetivos y la observación de las emociones subyacentes del paciente que no se ven a simple vista, son también aspectos muy importantes del lenguaje no verbal.

El autor Cestero Mancera AM en su estudio sobre la comunicación no verbal (5) añade a los sistemas de comunicación no verbal los llamados culturales: la proxemia (es la concepción que tiene el ser humano del espacio y el uso que hace de él) y la cronémica (es la concepción que tiene el ser humano del tiempo y el uso que hace de él).

Los autores López Marure E y Vargas León R (23) llegan a la conclusión de que la enfermera debe de cultivar sus habilidades para la comunicación interpersonal, estos autores lo resumen en: firme comunicación visual (mirar con sinceridad), buena postura (desplazarse con naturalidad), ademanes naturales (cuidar la expresión facial y los gestos), control de la voz y del tono (como se dicen las cosas), usar el lenguaje de forma

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

clara y apropiada, mantener el interés y la atención de la persona con la que se habla, usar el humor para crear un lazo de confianza y ser uno mismo.

La comunicación no verbal es un instrumento muy útil para establecer una buena relación enfermera-paciente, nos permite saber la situación en la cual nos encontramos, facilitandonos el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación de la enfermedad.

Los profesionales de la salud no estamos habituados a utilizar estas técnicas de comunicación lo que provoca a veces malentendidos, falta de información, poca calidad en la asistencia y baja satisfacción. El conocimiento y la aplicación de estas técnicas nos ayudarán a realizar unos cuidados verdaderamente humanizados.

Todos los elementos de la comunicación son importantes pero el más importante de ellos para entender este fenómeno según la autora Melero Lacasia A (24) es el contexto. Las enfermedades pueden ser las mismas y los mensajes tener el mismo contenido, pero será el conjunto de características individuales y del entorno de la persona que recibe el mensaje el que determinará que esta información sea recibida de una manera u otra.

4.1 El Rol de la enfermera en la comunicación con el paciente y su familia

En su estudio sobre la comunicación en la relación terapéutica entre las competencias de enfermería, Melero Lacasia A (24) nos dice que la enfermera forma parte del proceso comunicativo, no solo tiene la autonomía para informar de aquellos cuidados que pertenecen a su ejercicio profesional sino que también participa orientando y aclarando dudas en los problemas dependientes de los que son responsables otros profesionales sanitarios. Su labor puede mejorar la relación terapéutica ofreciendo recursos a las necesidades del paciente y su familia. La enfermera debería estar presente siempre en todo momento en el que el paciente vaya a recibir alguna información. La enfermera es la que se ocupa del cuidado de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales y es a través de la comunicación con el paciente y el entorno como lo va a conseguir.

5. OBJETIVOS

General

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Nuestro objetivo principal será mejorar la comunicación entre el personal sanitario, los pacientes y los familiares de nuestra unidad covid de urgencias para conseguir la humanización de los cuidados.

Específicos

- Facilitar la comunicación del paciente con sus familiares y viceversa.

- Facilitar la comunicación del paciente con el personal sanitario. Identificación positiva.

- Crear horarios programados para informar a familiares.

- Fomentar el trabajo en equipo implementando protocolos de actuación.

- Resolver la sensación de abandono sentida por el paciente provocada por el aislamiento.

- Formar y concienciar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de una comunicación humanizada.

6. JUSTIFICACIÓN

Según Guerrero Hernandez LR (25) en su estudio sobre la carga laboral y la actitud del profesional de enfermería hacia la familia del paciente hospitalizado, la labor de enfermería ante una crisis situacional como la actual implica brindar estrategias para una atención terapéutica oportuna al paciente y a su familia, enfrentando así la situación de estrés emocional y llegando a un equilibrio. La relación enfermera-familia debe desarrollarse con honestidad y lealtad manteniendo la calidad durante el cuidado del paciente, mostrando

actitudes como tolerancia, sensibilidad y respeto. El dominio de las técnicas debe ir de la mano con una buena comunicación y relación con la familia.

Pero existen factores que limitan el cumplimiento de lo anterior como por ejemplo el aislamiento que en estos días sufren los enfermos de covid.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En su estudio sobre calidad Tamayo-Vélez M (26), presenta la evidencia de que el aislamiento reduce la frecuencia y la duración de los encuentros entre el personal asistencial y los pacientes aislados. Estos enfermos son visitados por el mínimo personal imprescindible y el menor número de veces posible dificultando también la óptima atención para valorar su evolución clínica.

Las continuas dificultades encontradas por parte de los equipos de trabajo para comunicarse con los enfermos y familiares debido al aislamiento necesario para evitar contagios y la demanda de información expresada por los usuarios, nos lleva a realizar este proyecto.

7. CONTEXTUALIZACIÓN

7.1 Hospital Universitario de Ceuta

Nuestro hospital se diseñó teniendo en cuenta al paciente, al resto de los usuarios y a los trabajadores, haciendo hincapié en la humanización de sus espacios: habitaciones, salas de espera, etc (27).

El edificio fue integrado en el entorno mediante un proyecto paisajístico muy especializado debido a su situación geográfica. En el campo de la comunicación se desarrollaron infraestructuras muy novedosas. Dispone de equipamiento de última generación.

Está acreditado como hospital docente de nivel III. Es un hospital flexible con capacidad de crecimiento para aumentar así la autosuficiencia de nuestra área de salud.

Tiene un total de 229 camas de las cuales el 25% son individuales y 13 son de críticos. En el servicio de pediatría hay habitaciones con camas para niños y acompañantes.

7.2 Situación geográfica y población

La ciudad autónoma de Ceuta tiene una situación geográfica especial por lo que tiene también unas necesidades sanitarias muy específicas.

Una característica singular que afecta también a su sanidad es la situación de frontera con Marruecos. Por esta zona fronteriza pasan de 20.000 a 30.000 transeúntes

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

diariamente provenientes del país vecino. En estos momentos se encuentra cerrado desde Marzo del 2020 por motivo de la pandemia actual.

La población de derecho de Ceuta está constituida por los ciudadanos de nacionalidad española que residen en esta ciudad. La cifra de la población aumenta con las personas de origen marroquí que entran diariamente por el paso fronterizo y se quedan a vivir en nuestra ciudad. Los problemas con el idioma son evidentes. Al otro lado de la frontera no existe un hospital que proporcione a la población la atención que necesita. La legislación española obliga a dar la atención sanitaria a todo el mundo que la necesite evidenciando como

consecuencia final que la organización sanitaria de Ceuta sirve de referencia a toda esta población. Por lo tanto la dimensión de las necesidades e instalaciones sanitarias se ve necesariamente ampliada por la demanda real de atención a toda esta población.

También deberíamos añadir que nuestro hospital es el único perteneciente al Sistema Nacional de Salud que existe en Ceuta.

7.3 Servicio de urgencias del hospital universitario de Ceuta

En nuestro hospital el servicio de urgencias se encuentra ubicado en la 1º planta del hospital. Tiene 2 puertas de entrada desde la vía pública, una para usuarios y otra para la llegada de ambulancias. Al entrar se encuentra la sala de espera con el servicio de admisión de urgencias y la sala de triaje. A través de una puerta se pasa al espacio de asistencia dividido en 2 pasillos.

En el primer pasillo encontramos 4 boxes: 3 para consultas médicas y 1 para realizar técnicas de enfermería.También tenemos el control de enfermería con 2 terminales de ordenador y una zona con 15 sillones para pacientes en espera de tratamiento.

El segundo pasillo está destinado a patologías críticas, traumatología y curas. Consta de: 2 boxes de consulta médica, control de enfermería, box de críticos, box de traumatología y box de RCP.

Tenemos también una zona dedicada a urgencias pediátricas que consta de 3 camas, 1 consulta médica, box de técnicas de enfermería con zona de RCP pediátrica, control de enfermería y sala de espera.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Y por último al final del pasillo se encuentra la zona de observación que está compuesta por 8 boxes con camas separadas por mampara pero abiertos, 1 box de aislamiento y control de enfermería con central de monitores.

Debido a la pandemia y a la necesidad de aislamiento como método preventivo de contagios de esta enfermedad, esta distribución cambió causando algunos problemas en nuestra nueva forma de trabajo. El aumento de la presión asistencial agravó nuestra situación.

El espacio destinado a observación se convirtió en nuestra unidad covid. La zona de urgencias pediátricas pasó a ser observación aumentando el número de camas con la sala de espera. En uno de los pasillos laterales se colocaron 12 sillones para atender a los pacientes como zona pre-covid.

Todos estos cambios se ven como barreras en la relación con los pacientes y sus familiares. El contacto directo es complicado y es difícil detectar sus necesidades.

La humanización de cuidados y las nuevas formas de comunicación han adquirido un valor muy importante en nuestro trabajo.

7.4 Evolución de la pandemia en nuestra ciudad

Desde el comienzo de la pandemia se han aplicado en todo el territorio nacional diferentes medidas de prevención y contención sanitarias orientadas a proteger la salud y la seguridad

de la ciudadanía. En la ciudad autónoma de Ceuta nos hemos encontrado en un umbral de riesgo muy alto respecto a porcentajes de asistencia, camas ocupadas de hospitalización y de UCI, debido a que tenemos una capacidad de respuesta asistencial limitada por parte de nuestro sistema sanitario (tenemos un único centro hospitalario) y a la situación de extra peninsularidad de nuestra ciudad (28).

En Septiembre se produjo en nuestra ciudad la segunda ola epidémica con 210 casos declarados, con 10 hospitalizados, 2 fallecidos y 10 trabajadores sanitarios afectados. La tasa de incidencia fue de 133 casos por 100.000 habitantes.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En Octubre los casos declarados fueron 551, 39 hospitalizados, 7 fallecidos y 43 trabajadores sanitarios afectados. La tasa de incidencia fue de 254 casos por 100.000 habitantes. De los casos ingresados el 29,45% necesito ingreso en UCI.

En Noviembre se produjo un riesgo extremo con una incidencia acumulada de 794 casos por 100.000 habitantes y una ocupación de camas del 17%.

En Diciembre se produjeron 2.629 casos diagnosticados, 13 casos importados de Marruecos. Una incidencia acumulada de 796 casos por 100.000 habitantes. Camas ocupadas de hospitalización por covid 16,75% y en UCI 47%. 57 fallecidos.

En Enero se produjeron un total de 3.306 casos y una incidencia acumulada de 337,36 por
100.000 habitantes. con 207 hospitalizados y 62 fallecidos.

En Febrero y Marzo se ha producido en nuestra ciudad la tercera ola con 4.540 casos y 16 importados de Marruecos. Una incidencia acumulada de 311,41 casos por 100.000 habitantes pero con 257 casos hospitalizados y 30 casos en UCI. Porcentaje de camas ocupadas de hospitalización 13,86% y en UCI covid 35,29% . 79 fallecidos. Se ha producido 1 caso de la variante británica que ha producido 2 brotes activos con casos por encima de 50.

8. ANÁLISIS

Hacemos un análisis del proyecto, para ello utilizamos como herramienta una matriz DAFO. Mediante esta matriz identificamos nuestras debilidades, amenazas, oportunidades y fortalezas conociendo la realidad en la que trabajamos. Así podremos implementar un nuevo proyecto como plan de mejora de la comunicación en una unidad covid de urgencias desde el punto de vista de la humanización del cuidado.

1. Análisis interno: debilidades y fortalezas 1-a Debilidades

- Falta de conocimientos en técnicas de comunicación.

- Resistencia e incertidumbre del personal a la hora de poner en marcha las formas de trabajo.

- Miedo al contagio y a la implicación personal con el enfermo y familiares.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Desgaste emocional del personal y deterioro del clima de trabajo.
- Infraestructura del servicio de urgencias.
- Equipos de protección individual: epis.
- Protocolos de actuación poco definidos y cambiantes.
- Falta de fidelización del personal de urgencias.
- Falta de coordinación entre los profesionales, ausencias de reuniones de trabajo.

1-b Fortalezas

- Profesionales cualificados con gran experiencia.
- Personal motivado.
- Buena disposición de la dirección de enfermería.
- Atención personalizada según la situación de cada usuario.
- Aumento del equipamiento.
- Posibilidad de modificación de la estructura física del servicio.
- Intranet: acceso a historias clínicas.

2. Análisis externo: amenazas y oportunidades 2-a Amenazas
- Coste económico.
- Evolución de la pandemia.
- Edad de los pacientes y su evolución dentro de la enfermedad.
- Alta carga asistencial.
- Aparición de sensación de abandono sentida por el enfermo. .

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Disminución del grado de satisfacción sentido por los familiares.

- Barrera idiomática con una parte de la población.

2-b Oportunidades

- Implantación de nuevos sistemas de comunicación y de nuevas tecnología (teléfonos móviles, videollamadas, etc)

- Colaboración con la dirección de enfermería para crear el nuevo organigrama del servicio.

- Cursos de formación sobre técnicas de comunicación.

- Contratación de un traductor

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

	DEBILIDADES	FORTALEZAS
ANÁLISIS INTERNO	- Falta de conocimientos sobre comunicación. - Resistencia del personal a las nuevas formas de trabajo. - Miedo al contagio y a la relación enfermera-paciente-familia. - Desgaste emocional. - Infraestructura de la unidad. - Epis. - Protocolos cambiantes. - Falta de fidelización del personal. - Ausencia de reuniones.	- Personal con gran experiencia. - Personal motivado. - Buena disposición de la dirección. - Aumento del equipamiento. - Atención personalizada. - Posibilidad de cambios en la estructura del servicio. - Intranet.
	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
ANÁLISIS EXTERNO	- Coste económico. - Evolución de la pandemia. - Edad y evolución de los pacientes. - Aumento de la carga de trabajo. - Sensación de abandono sentida por el enfermo. - Disminución de la satisfacción por parte de los familiares. - Barrera idiomática.	- Nuevas tecnologías. - Nuevos sistemas de comunicación. - Cursos de formación. - Traductor.

. DISEÑO

Ante la demanda de información de familiares y los obstáculos existentes en la comunicación debido al aislamiento, se hace necesaria la implantación de un nuevo proyecto que favorezca nuestra relación.

Después del análisis de la situación actual de nuestro servicio, teniendo en cuenta los recursos humanos y materiales y los puntos débiles de nuestra unidad diseñaremos las propuestas de mejora y para ello nos centraremos en varios aspectos.

1. Facilitar la comunicación del paciente con sus familiares y viceversa.

Debido al aislamiento para evitar los contagios el acompañamiento y las visitas de familiares están prohibidas, por lo cual se implementarán nuevas medidas para que la

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

comunicación entre paciente y familia siga existiendo de la mejor manera posible ya que ocupa un lugar muy importante en su recuperación. Se le permitirá tener: radio, teléfono móvil, libros o revistas, fotos, etc. siempre que su estado físico lo permita.

Se animará a los familiares a que le realicen llamadas telefónicas o videollamadas dentro de unos horarios preestablecidos en la unidad que habrán sido comunicados anteriormente a los familiares. A los pacientes que no dispongan de teléfono móvil o no sepan usarlos se le proporcionará a los familiares un número de teléfono de un terminal inalámbrico que acercaremos al paciente.

2. Facilitar la comunicación del paciente con el personal sanitario. Identificación positiva

Las medidas de aislamiento que nos vemos obligados a llevar (epis) para evitar contagios en nuestra unidad provocan un obstáculo en la comunicación con los pacientes que asistimos. Llegamos a ser irreconocibles incluso para nuestros compañeros.

Los pacientes a veces interpretan de manera errónea nuestras actuaciones, no comprenden, por ejemplo, porque no nos acercamos a ellos inmediatamente para darles agua o cambiarlos de postura.

Al ingreso de un paciente en una unidad de aislamiento nos propondremos que nos identifiquen correctamente como su enfermera responsable, conociendo nuestro nombre y nosotros el suyo. Para ello podremos llevar etiquetas identificativas en nuestro epi o simplemente nuestro nombre escrito con rotulador. Al acercaros a los pacientes nos presentaremos y nos dirigiremos a ellos por su nombre.

Durante el tiempo que dediquemos a la labor asistencial al lado del paciente mantendremos conversaciones con ellos estando alerta a sus reacciones para que no haya una comunicación errónea y manteniendo siempre su privacidad e intimidad.

En nuestro hospital tenemos un problema añadido para la comunicación que es la barrera idiomática, que existe en pacientes provenientes de Marruecos que están en nuestra ciudad. Tenemos compañeros que conocen el idioma y dan solución a este problema pero es evidente la necesidad de un traductor en nuestro hospital.

3. Crear horarios programados para informar a los familiares.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En nuestra unidad no existe ningún equipo de personas destinadas a dar información a los familiares sobre el estado del paciente por lo tanto esta misión la desempeña el médico que se encuentre de turno en ese momento.

Se establecerán horarios de información, uno por la mañana y otro por la tarde. El horario de mañana tendrá lugar después de recibir los resultados de las pruebas complementarias realizadas por la mañana para poder dar información real sobre la evolución del paciente. Se informará a los familiares de la existencia de estos horarios para que se encuentren alerta en su teléfono de contacto. Será muy importante recabar información sobre los teléfonos de contacto (por lo menos dos).

El médico dispondrá de un despacho adecuado para realizar esta información con acceso a las historias clínicas informatizadas de los pacientes y con una línea telefónica. Dispondrá de tranquilidad e intimidad suficientes para realizar esta tarea de manera adecuada.

Cuando se decide el ingreso de un paciente en esta área de aislamiento deberá de informarse a los familiares y al propio paciente independientemente de los horarios de información preestablecidos y también se hará en un lugar adecuado. La información la dará el equipo de médico y de enfermera que se encuentre de turno. En esta primera entrevista se informará no sólo del estado físico y anímico del enfermo sino también:

- La posible evolución de la enfermedad.
- Medidas de vigilancia y aislamiento que deben tomar los familiares.
- Declaración de la enfermedad: médico de atención primaria.
- Recogida de números de teléfono de contacto.
- Horarios de información.
- Entrega de objetos personales.

Los horarios de información estarán impresos en carteles situados a la entrada de la unidad. Se entregarán folletos explicativos a los familiares.

4. Fomentar el trabajo en equipo implementando protocolos de actuación

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Debido al estrés, al aumento de la carga asistencial y al desgaste emocional, los equipos de trabajo han ido solucionando sus problemas de una manera individual. En nuestra unidad no existen protocolos escritos y autorizados para realizar el trabajo de una forma coordinada. Hemos ido solucionando los problemas dia a dia siguiendo directrices verbales y otras escritas pero sin tener nada preestablecido. El desorden y la desorganización nos lleva a crear un mal ambiente de trabajo. Las bajas laborales han sido numerosas lo que ocasiona un cambio de personal no fidelizado para nuestra unidad compensado con personal con muchos años de experiencia y muy motivado.

Se establecerán protocolos por escrito con acceso de todo el personal a ellos:

- Protocolo de ingreso en la unidad.

- Protocolo de control y entrega de objetos personales.

- Protocolo de adecuación de horarios de administración de tratamientos.

- Protocolo de horarios de higiene del paciente, cambios posturales, sentar al paciente si su estado lo permite.

- Protocolo para respetar el horario de sueño del paciente: descanso nocturno.

- Protocolo para la realización de pruebas complementarias fuera de la unidad (tac, ecografía, resonancia, etc).

Se realizarán reuniones de trabajo al comenzar la jornada de trabajo de aproximadamente 30 minutos donde participarán el supervisor de urgencias, el médico encargado de la unidad de aislamiento ese día, una enfermera y una auxiliar de enfermería de turno en la unidad. Se revisaran las historias clínicas de los pacientes y su evolución en turnos anteriores, tanto clínica como personal (forma de afrontar la enfermedad y su aislamiento y si le afecta negativamente).

El desgaste emocional del personal provoca una reducción en la eficacia de su labor asistencial produciendo un deterioro del cuidado humanizado que presta a los usuarios, y alterando también las relaciones personales con sus propios compañeros. El reconocimiento de su labor es fundamental, así como incorporar talleres sobre relajación y técnicas de manejo de las emociones (inteligencia emocional) y comunicación.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

5. Resolver la sensación de abandono sentida por el paciente provocada por el aislamiento.

Como hemos dicho con anterioridad el acompañamiento en esta situación de aislamiento no está permitido, pero si podemos determinar alguna excepción.

Los niños y menores de edad también pueden ser pacientes aislados. Actualmente no tenemos un espacio reservado para ellos adaptado a las necesidades propias de su edad, por lo cual nos vemos obligados a realizar el aislamiento en el mismo lugar destinado a los adultos, pero acompañado siempre por su padre, madre o tutor. Esta persona estaría aislada también con el menor no pudiendo entrar ni salir de la unidad. Este hecho se repite también con las personas con alguna discapacidad psíquica que requieran de acompañamiento.

El tiempo de espera de resultados de pruebas complementarias en la sala precovid, es vivido por el paciente con enorme ansiedad. Se encuentra sin su familia en un espacio que no conoce y con personal sanitario que no puede identificar como tal debido a los equipos de protección. Agilizar estos resultados es primordial, para ello consultaremos las historias de los pacientes cada cierto tiempo para ver los resultados o llamaremos directamente al servicio de laboratorio si hay demora en los resultados.

6. Formar y concienciar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de una comunicación humanizada.

Se realizará formación continuada teórica sobre la humanización en cuidados y sobre técnicas de comunicación, mediante un programa de capacitación impartido por una enfermera de la unidad formada para ello, dirigido a todo el personal implicado en los cuidados de los pacientes.

Las sesiones se darán fuera del horario laboral asistiendo a ellas por turnos. Este número de horas se descontarán del débito de horas anual que tenemos según nuestros turnos en nuestro servicio o se darán horas libres. También se repartirán folletos explicativos como guías y recordatorios de los conceptos y técnicas de comunicación más importantes y habituales.

10. DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Teniendo en cuenta la necesidad de mejorar la comunicación entre pacientes y equipo sanitario en nuestro servicio y para garantizar la humanización de nuestra relación con ellos, llevaremos a cabo una serie de actividades para conseguir nuestros objetivos. Mediante las charlas ampliaremos los conocimientos sobre comunicación y proporcionaremos a los trabajadores las herramientas necesarias para llevarla a cabo con calidad.

Cronograma de las charlas

El supervisor de la unidad avisará al personal con un mes de antelación para que puedan organizarse con los turnos de trabajo. También se pondrán carteles informativos en la unidad. Estas durarán aproximadamente una hora durante tres días y se impartirán en una sala cedida por la dirección. Los grupos serán reducidos para poder mantener la distancia de seguridad.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

SESIÓN 1	*SESIÓN 2*	*SESIÓN 3*
Estableceremos los conceptos de humanización, calidad de cuidados y deshumanización.	Aprenderemos las técnicas de comunicación verbal y no verbal.	Haremos grabaciones entre los participantes para analizar el lenguaje no verbal y evaluar lo aprendido.

Material para las charlas

- Sala de reunión.
- Proyector.
- Sillas.
- Ordenador.
- Videos explicativos sobre comunicación no verbal.
- Folletos.

Cronograma de acciones a implementar

OBJETIVOS	CUANDO	ACCIONES A IMPLEMENTAR
Facilitar la comunicación del paciente con sus familiares y viceversa.	-Entrevista inicial a su ingreso.	-Recogida de objetos personales del enfermo y entrega a sus familiares. -Facilitar la entrega de objetos personales del enfermo llevados por la familia: telefono movil,revistas, libros, radio con auriculares, útiles de aseo, etc. -Informar sobre horario de llamadas de familiares. 12H de la mañana 18H de la tarde

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Facilitar la comunicación del paciente con el personal sanitario. Identificación positiva.	Al comienzo del turno de trabajo	-Nos presentaremos al paciente con nuestro nombre como enfermera responsable. -Llevaremos tarjetas identificativas con nuestro nombre en el uniforme. -Nos dirigiremos al paciente por su nombre. -Utilizaremos técnicas de comunicación no verbal: gestos, tono de voz, risa, etc. -Necesaria la asistencia de un traductor.
Crear horarios programados para informar a familiares.	Entrevista inicial.	-Establecer un horario de información a familiares y poner carteles informativos a la entrada de la unidad. 13h de la mañana. 19h de la tarde. -Conocer los teléfonos de contacto de familiares: mínimo dos. -Informar al paciente de su ingreso en la unidad de aislamiento. -Informar sobre protocolos de aislamiento para los familiares en domicilio. Entregar folletos con las normas de aislamiento. -Declaración al médico de atención primaria.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Fomentar el trabajo en equipo implementando protocolos de actuación.	1- Al ingreso del paciente. 2- Horarios que no interrumpan sus actividades diarias (alimentación, descanso, aseo, etc) 3- Por la mañana y cada vez que lo necesite. 4- Por la mañana después del desayuno y el aseo. Por la tarde después de la merienda. 5- Desde las 24h de la noche a las 7h de la mañana. 6-7- Cuando sea necesario. 8- 8:15h de la mañana. Duración 30 minutos.	1- Protocolo de ingreso: -informar al paciente y familia. -recogida y entrega de objetos personales. -obtención de números de teléfono. -comunicar a los familiares los horarios de llamadas. 2- Protocolo de adecuación de horarios de tratamientos. 3- Protocolo de horarios de higiene del paciente. 4- Protocolo de cambios posturales. 5- Protocolo de respeto del descanso nocturno. Evitar en lo posible pautas de tratamientos nocturnos y pruebas complementarias. 6- Protocolo de traslado a otras unidades: se utilizará un circuito preestablecido utilizando siempre el mismo ascensor. La empleada de limpieza nos acompañará desinfectando la zona de paso. 7- Protocolo de traslado para la realización de pruebas complementarias fuera de la unidad. 8- Reunión del personal.
Resolver la sensación de abandono sentida por el paciente provocada por el aislamiento.	Durante su estancia en la unidad de aislamiento.	-Permitir acompañantes a menores de edad y discapacitados psíquicos. -Agilizar los resultados de pruebas complementarias para disminuir el tiempo de espera.
Formar y concienciar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de una comunicación humanizada.	Fuera del horario laboral.	-Charlas sobre humanización en cuidados y técnicas de comunicación. -Repartir folletos explicativos .

11. EVALUACIÓN

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Se realizará la evaluación de la implementación del programa de mejora según lo recogido en la tabla anterior, así como de cada una de las intervenciones realizadas, analizando la asistencia y la participación del personal.
Mediante el registro en las historias clínicas de todas las actividades programadas en la práctica diaria podremos medir si los protocolos establecidos se realizan y son efectivos. Es un indicador importante para saber el grado de implicación del personal con estos protocolos.
Contabilizar el número de asistentes a las charlas de formación nos servirá como indicador de la formación y concienciación del personal para aprender nuevas técnicas de comunicación y conseguir así esa calidad de cuidados y trato humanizado en estos momentos de pandemia. También mediante un cuestionario evaluaremos lo aprendido, resolviendo las dudas que se puedan plantear y comprobaremos si el nivel de conocimientos inicial ha mejorado o no.Utilizando un pequeño cuestionario que se entregará a los pacientes y familiares antes de su alta, sabremos el grado de satisfacción de los usuarios, pudiendo establecer así estrategias de mejora en los campos deficitarios.

12. CONCLUSIÓN

En la relación terapéutica enfermera-paciente la comunicación es clave para determinar la calidad del cuidado que prestamos al enfermo y a su familia. Muchos de los problemas que se originan en esta relación es por una mala comunicación lo que nos lleva directamente a la insatisfacción de los usuarios. La enfermera debe desarrollar su capacidad de escucha y de observación del lenguaje no verbal y emocional del paciente para detectar y solucionar todas sus necesidades teniendo en cuenta también el contexto donde se realiza esta comunicación. La enfermera no debe quedar al margen en el momento de dar información al paciente o a su familia ya que posee una posición estratégica, será el apoyo para la familia y el paciente y servirá de enlace y soporte con el resto del equipo. Debemos conseguir una comunicación efectiva desde el respeto a la otra persona, utilizando un lenguaje sencillo sin tecnicismos, dentro de la comunicación verbal y no verbal. El personal de enfermería tiene que cultivar sus habilidades para la comunicación y para ello el conocimiento y la aplicación de técnicas de comunicación es fundamental si queremos mejorar. Es evidente la necesidad de una buena comunicación como elemento esencial en el cuidado de los pacientes y sus familias, todo profesional responsable del cuidado del paciente lo será también de la comunicación con él.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

El cuidado humanizado se realiza desde una visión integral del paciente con una visión holística de la persona de manera individualizada, respetando sus sentimientos y sus vivencias. Se considera fundamental que el profesional de enfermería posea unos valores éticos de respeto, tolerancia y sensibilidad para llevar a cabo este cuidado humanizado.
Un aspecto que humaniza los cuidados de enfermería es la personalización del cuidado teniendo el paciente a una enfermera como referente, esto permite un mejor seguimiento en el cuidado del enfermo y crea un clima de confianza y de apoyo emocional con su familia.

Entre los motivos más frecuentes que llevan al personal de enfermería a la deshumanización se encuentran: el aumento de la cantidad de pacientes, tareas de tipo médica delegadas, aumento de las tareas administrativas, largas jornadas laborales, aplicaciones de nuevas tecnologías, inadecuadas estrategias gerenciales y criterios economicistas en la evaluación de la calidad asistencial. La falta de vocación y de formación académica en contenidos humanistas y filosóficos en las escuelas de enfermería se aprecia también como un factor importante en la deshumanización del cuidado. La deshumanización puede ser vista por algunos profesionales como una manera de reducir el estrés y el agotamiento emocional ya que produce un distanciamiento de la persona enferma.

La formación en humanización, en relaciones humanas y en técnicas de comunicación es indispensable para concienciar al personal sobre la importancia de la humanización del cuidado. Será necesario impulsar la realización de cursos y talleres para adquirir conocimientos y habilidades que permitan a los profesionales de enfermería disponer de las competencias necesarias para el desarrollo de un cuidado humanizado.

13. BIBLIOGRAFÍA

1- Avellaneda Martinez S, Jimenez Mayoral A, Humada Calderón P, Redondo Pérez N, del Rio García I, Martín Santos AB, Fernández Castro M. Gestión de la comunicación de los pacientes hospitalizados aislados con sus familias por la Covid-19. Journal of Healthcare Quality Research. 2021;36(1):12-18.
2- Guerrero Ramirez R, Meneses La Riva ME, Ruiz MC. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao. 2015.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

3- Monje P, Miranda P, Oyarzün J, Seguel F, Flores E. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. Cienc. enferm. 2018;24:5.
4- Peral Peral B, Arenas Gaitán J, Villarejo Ramos AF. De la brecha digital a la brecha psico-digital: Mayores y redes sociales. Revista científica de educomunicación. 2015;45(23):57-64.
5- Cestero Mancera AM. La comunicación no verbal: propuestas metodológicas para su estudio. 2016.
6- García García I. La humanización de la asistencia en los servicios de urgencias.(Bachelor 's thesis) 2018.
7- Barahona Valdiviezo LL, Delgado Saldarriaga M. Percepción de la deshumanización por parte del personal de enfermería en áreas críticas en Latinoamérica. Tesis de grado. 2020.
8- Orozco Morales SM, Vija Espitia MV. Deshumanización en la atención de enfermería hacia los pacientes en los servicios hospitalarios. 2018.
9- Escobar Castellanos B; Cid Henriquez P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. Acta bioethica. 2018;24(1):39-46.
10- Leguizamón G, Lopez KA, Ramírez CE, Auchter Oliva MC, Sendra ME. Burnout en personal de enfermería de un hospital público de corrientes capital. En XVI Coloquio Panamericano de investigación en enfermería. 2017.
11- Zapata Susanivar TM. Aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los servicios de salud de Lima Norte. 2018.

12- Pacheco Morocho GP, Vargas Mera KN. Vocación en enfermería y su relación con el desempeño en cuidados de pacientes en estudiantes de tercer semestre carrera enfermería, Universidad Técnica de Babahoyo, Los Ríos octubre 2018-abril 2019.(Bachelor 's thesis). 2019
13- Bolaño Fernandez JE, Rocha Vargas NK. Percepción sobre la humanización de los servicios de salud entre el personal sanitario que labora en la ciudad de Bogotá. 2016.
14- Jimenez Rodriguez LA, Gamboa Suarez R, Marquez M. Deshumanización en la atención de la salud ¿son las tic's el problema o la solución?. Mundo FESC. 2019;9(17):76-84.
15- Valenzuela Anguita M. ¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencias?. 2015.
16- Sánchez RC. Enfermería en la clasificación de pacientes en urgencias: dificultades y propuestas de mejora. Revista de Enfermería CyL. 2018;10(2):17-27.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

17- Gutierrez FRM, Grisales CME, Vargas MAG, Molina PAS, Venegas LCM, Barbosa WGJ. Motivos de uso de los servicios de urgencias. Acta Odontologica Colombiana. 2016;6(1):123-136.

18- Albendin Garcia L, San Luis C, Gomez Urquiza JL, Cañadas GR. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. Revista Española de Salud Pública. 2016;90.

19- Aguirre Raya DA, Elers Mastrapa Y, Oria Saavedra M, Pascual Cuesta Y. Comunicación De enfermería con el adulto mayor o su cuidador en una comunidad del Municipio 10 de Octubre 2018. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2020;19(4).

20- Morelló MCB. El proceso de cuidar a la familia en urgencias. Una aproximación desde la teoría fundamentada. Metas de enfermería. 2016;19(8):7.

21- Luengo Molero A. La comunicación y la relación enfermera-paciente: herramienta fundamental en el acompañamiento y alivio del sufrimiento. (Bachelor 's thesis, Universidad Francisco de Vitoria). 2016.

22- Castrillón Agudelo MC. La dimensión social de la práctica de enfermería. Historia y sociología de la enfermería. Madrid Editorial Académica Española. 2012.

23- Lopez Marure E, Vargas León R. La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2002;10(2):93-102.

24- Melero Lacasia A, Garcia Orellan R. La comunicación en la relación terapéutica entre las competencias de enfermería: análisis en el contexto de oncopediatría. 2016 Jan;10(1):0-0.

25- Guerrero Hernandez LR, Manrique Rosas CI & Huamán Sialer CDR. La carga laboral y la actitud del profesional de enfermería hacia la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos adultos de una clínica privada. 2017.

26- Tamayo Vélez M, Quinceno Valdéz LM. El aislamiento hospitalario: ¿factor predisponente para la presentación de problemas de calidad en la atención?. Infectio. 2016;20(3):151-157.

27- Publicación de Ingesa, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad sobre HUCE. (Internet).

28- Boletín oficial ciudad de Ceuta. BOCCE. (Internet).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 37: TFE PROYECTO FRACTURA DE CADERA

AUTORÍA: MARGALIDA TERRASA SOLE

RESUMEN EJECUTIVO

Este proyecto sigue las líneas marcadas por el hospital, que tiene como Misión trabajar para la promoción de la salud ofreciendo una atención sanitaria humana, cercana, eficiente, segura y de calidad.
La edad media nacional de los pacientes con fractura de cadera es de 86,7 años, esto supone un problema importante para el sistema sanitario, la edad avanzada predispone a un elevado riesgo de morbilidad y mortalidad. La pronta identificación de los pacientes con riesgo, realizando una valoración integral favorece una activación de los recursos y reduce las complicaciones.
La creación de la figura de la enfermera gestora de casos, surge con el fin de facilitar la continuidad asistencial entre niveles.
El paciente crónico complejo que sufre una fractura de cadera y precisa ingreso hospitalario para la intervención quirúrgica, se beneficia de un abordaje interdisciplinar y una valoración geriátrica para atender sus necesidades.
Este proyecto pretende demostrar que la gestión individualizada de los casos, a través de la valoración al ingreso de la enfermera gestora, favorece una adecuada transferencia del paciente a otros ámbitos asistenciales, identificando sus necesidades, reduciendo las complicaciones y aportando seguridad y confianza a los pacientes, familiares y/o cuidadores. Los profesionales de la salud que atienden a estos pacientes también se pueden beneficiar de la intervención de la enfermera gestora de casos, ya que se pretende reducir el estrés y la angustia al ver que un paciente es dado de alta con necesidades sin cubrir, como puede ser el caso de pacientes que viven solos y todavía no han recuperado la movilidad y la autonomía.
Palabras clave: fracturas de cadera, hospitalización, fragilidad, delirio, ancianos

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

This project follows the lines established by the hospital that has the mission of working for the health promotion offering a human, close, efficient, safe and quality medical attention.
The national average age of the patients with hip fracture is 86,7 years, which suppose a major problem for the health system. Advanced age predisposes to a high risk of morbidity and mortality. The immediately identification of the patients with risk, making an integral valuation, helps an activation of the resources and reduces the complications.
The creation of the nurse case manager appears with the aim of facilitate the continue assistance among levels.
The complex chronic patient who suffers a hip fracture and requires hospital admission for surgery, benefits from an interdisciplinary approach and a geriatric assessment to address their needs.
This project aims to demonstrate that individualized case management, through assessment by the managing nurse on admission, favors the appropriate transfer of the patient to other care settings, identifying their needs, reducing complications and providing security and confidence to patients, family members and/or careers. Healthcare professionals who care for these patients can also benefit from the intervention of the case manager, as it is intended to reduce stress and distress when a patient is discharged with uncovered needs, as may be the case with patients who live alone and have not yet recovered mobility and autonomy.
Key words: hip fractures, hospitalization, frailty, delirium, elderly.

INTRODUCCIÓN

El Proyecto que se presenta sigue las líneas marcadas por el Plan Estratégico del Hospital de Manacor que tiene como Misión trabajar para la promoción de la salud ofreciendo una atención sanitaria humana, cercana, eficiente, segura y de calidad. Sus Valores son entre otros la humanidad, la proximidad, la accesibilidad, la igualdad, la empatía, el respeto por los pacientes, familiares y el trabajo en equipo.
Su Visión va dirigida hacia una atención continuada integral, adaptada a las necesidades de la población y unificada con el resto de la red asistencial, basada en la excelencia de los servicios con la mejora de la comunicación entre niveles asistenciales.
OBJETIVOS
PRINCIPAL
1. Asegurar una adecuada transferencia al alta, sea en el domicilio o en el Hospital de Atención Intermedia (HAI): identificando las necesidades básicas (NNBB) no cubiertas, activando los recursos adecuados y asegurando la continuidad asistencial.
SECUNDARIOS

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

1. Reducir las complicaciones causadas por el deterioro de la movilidad a los 30 días del alta hospitalaria como son:

- los reingresos
- aparición de úlceras por presión (UPP)
- pérdida de la capacidad funcional
- caídas
- desnutrición
- deterioro cognitivo
- aislamiento social
- claudicación familiar

2. Evaluar el impacto de la intervención de la enfermera gestora de casos (EGCH) con el paciente con fractura de cadera, que ingresa en el hospital y precisa de gestión del caso.
3. Identificar a los pacientes crónicos complejos (PCC) con fractura de cadera que ingresan en el hospital y no tiene la alerta activada.
4. Identificar las barreras y dificultades de la unidad de hospitalización y/o de los profesionales para garantizar una correcta transferencia del paciente a otro ámbito asistencial (comunitario y/o atención intermedia).

JUSTIFICACIÓN

Las fracturas de cadera suponen un problema importante a nivel global, aunque los datos epidemiológicos varían entre los diferentes países, se estima que a nivel mundial pasaremos de 1,26 millones de fracturas en 1990 a unos 4,5 millones en 2050 (1). La fractura de cadera afecta mucho más a mujeres que hombres y su media de edad se sitúa en torno a los 80 años (2).

Dentro del marco de la Estrategia Nacional de Cronicidad, se plantea un cambio en el abordaje de la misma, ya que con un aumento en la esperanza de vida y la mejora de los avances tecnológicos que favorecen el diagnóstico, cambia el perfil de pacientes en los hospitales de agudos(3). Se atiende cada vez más a personas de edad avanzada con múltiples patologías crónicas y unas necesidades específicas generadas por la edad. La organización del sistema hospitalario, que en algunas situaciones no se adapta a estas nuevas necesidades de atención, puede provocar que el paciente se sienta agredido, perdido o incluso limitado en su autonomía. En muchos casos, el paciente sufre una pérdida funcional y/o cognitiva después del ingreso hospitalario(4).

Estos cambios en la población y el aumento de las expectativas de los pacientes, suponen actualmente un importante reto sanitario para garantizar la atención adecuada de todas las necesidades del paciente quirúrgico. Según el registro nacional de fracturas de cadera en el año 2017, la edad media de los pacientes con fractura de cadera era de 86,7 años, el 75,4% eran mujeres y el 36,4% presentaban deterioro cognitivo. El 75,4 %

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

de los pacientes vivían previamente en el domicilio y menos de la mitad volvieron a él al alta (37%), el 7,1% fallecieron al mes de la intervención quirúrgica(5).

La edad avanzada expone a un elevado riesgo de morbilidad y mortalidad a los pacientes que se someten a una cirugía de urgencia, los factores pueden deberse al procedimiento o al paciente, pero una evaluación estructurada con una valoración integral y multidisciplinaria y una pronta identificación de los pacientes con mayor riesgo, puede ayudar a dirigir los recursos sanitarios adecuados y reducir las complicaciones(6). Estos pacientes son reconocidos como potencialmente de alto riesgo. El aumento de los procedimientos quirúrgicos realizados en pacientes de edad avanzada con necesidades más complejas, requiere un enfoque peri operatorio multidisciplinario basado en un equipo de profesionales de la salud dedicados y debidamente capacitados., para así poder mejorar los resultados en la atención(7).

La fragilidad es un síndrome geriátrico común e importante, asociado al envejecimiento y caracterizado por una disminución de la reserva fisiológica y de la función de los sistemas multiorgánicos que conducen a una mayor vulnerabilidad ante los eventos adversos y manifestados por una mayor morbilidad y mortalidad. En la literatura se han descrito dos grandes modelos de fragilidad, el índice de la fragilidad puede ser útil para la evaluación del riesgo en pacientes quirúrgicos. Según Chen et al, en un estudio sobre la fragilidad, el ejercicio, el seguimiento y el tratamiento interdisciplinar geriátrico integral son intervenciones claves para la fragilidad(8).

Las complicaciones son frecuentes después de las intervenciones quirúrgicas en los pacientes de edad avanzada, entre ellas, el delirio postoperatorio que provoca un aumento en el riesgo de aparición de otras complicaciones. La fisiopatología que conduce al delirio después de la cirugía aún no se ha aclarado y ningún fármaco o régimen quirúrgico ha demostrado ser preventivo, según se recoge en una revisión realizada en bases de datos(9,10).

En el estudio del año 2016 de Uriz-Ozano et al. donde identifica los factores asociados a la institucionalización y la mortalidad de pacientes con fractura de cadera, se expone que los factores que predicen una mortalidad elevada son la edad, la comorbilidad y el número de complicaciones. Los factores que predicen una nueva institucionalización son; la edad, que vivan solos y la duración de la estancia hospitalaria. También concluye que la mortalidad después de tres años de una fractura de cadera y la institucionalización se asocia a la edad, a la pérdida de autonomía en caminar, a un peor estado cognitivo y a la vida en soledad antes de la fractura. Por ello, la identificación precoz y la intervención sobre estos factores puede mejorar la atención y el pronóstico de las personas mayores con fractura de cadera (11).

El año 2017 se pone en marcha en las Islas Baleares un proyecto de cronicidad, se publican diferentes programas como el “Programa de atención al paciente crónico

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

complejo y paciente crónico avanzado" y el "Programa de la Enfermera Gestora de casos"(12,13).

Con este fin, se crea en todos los ámbitos asistenciales la figura de la Enfermera Gestora de casos (EGC) para asegurar una atención de calidad y la continuidad asistencial. Se coordinan a todos los agentes implicados en el proceso de salud y enfermedad del paciente crónico complejo (PCC) y avanzado (PCA), del cuidador y su familia, con una valoración integral, se activan los recursos necesarios para favorecer el retorno al ámbito comunitario siempre que sea posible.

En una revisión sistemática sobre el impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España, se concluye que las intervenciones enfermeras demuestran resultados favorables en efectividad y satisfacción, aunque también se reconoce que se necesitan más estudios que evidencien la eficiencia de la aportación enfermera en la cronicidad(14).

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ANÁLISIS DAFO(15)

DEBILIDADES	AMENAZAS
- Estructura hospitalaria; atención centrada en el proceso agudo. - Personal médico sin criterios claros en la derivación a HAI. Sobrecarga asistencial de los profesionales. - Estancia corta; poco tiempo para la gestión de recursos. - Dificultad en el manejo del paciente frágil con complejidad. - PCC/PCA no identificado. - EGCH atiende todo el hospital. - Paciente disperso en todas las unidades de hospitalización.	- Enfermedad súbita. - Paciente con comorbilidad y pérdida de capacidad funcional y/o cognitiva. - Problemática social: falta de cuidador adecuado, sin vivienda adecuada a sus necesidades, problemas económicos. - HAI: camas limitadas, tiempo elevado de demora en los traslados, gran distancia geográfica. - Complejidad de cuidados al alta. - Dificultad en la disponibilidad de recursos: material orto protésico, material de curas. - Pandemia Covid.
FORTALEZAS	**OPORTUNIDADES**
- Proceso de cadera protocolizado. - Visita conjunta. - Unidades quirúrgicas que identifican el problema. - Programa de cronicidad y EGCH. - Consulta Enfermera para curas. - Hospitalización domiciliaria. - Equipo de soporte hospitalario atención. paliativa (ESHAP). - Fisioterapeuta. - RHB domiciliaria. - Unidad de Convalecencia de Felanitx (UCOF).	- Unidades quirúrgicas con ganas de trabajar y abordar el problema. - Intervención activa EGCH en la unidad. - Identificar las necesidades de los profesionales y de la unidad para garantizar una atención adecuada a las necesidades de los pacientes.

DISEÑO

La idea del proyecto es incluir la valoración de la EGCH, cuando un paciente con criterios de complejidad ingresa en el hospital con el diagnóstico de fractura de cadera.

Concretamente este proyecto se enmarca dentro del Hospital de Manacor, ubicado en las Islas Baleares (Mallorca). Un hospital comarcal que atiende aproximadamente a una población de 145.000 habitantes, tiene unas 220 camas disponibles y atiende a nueve centros de salud con una gran dispersión geográfica.

El paciente con fractura de cadera ingresa habitualmente en la unidad de traumatología. Esta unidad soporta una gran carga asistencial por parte del equipo de enfermería debido a la gran dependencia que generan las patologías traumatológicas en pacientes frágiles y con una elevada rotación de camas, con estancias medias de días de ingreso

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

generalmente muy bajas. Esta situación genera en los profesionales de la salud una gran carga emocional y física, ya que en muchas ocasiones no pueden asegurar una continuidad asistencial adecuada a las necesidades de estos pacientes.

Desde los inicios del trabajo como EGCH, hace ya casi cuatro años, he detectado un número elevado de demandas de gestión de casos de PCC con fractura de cadera que ingresan a cargo de traumatología para intervención quirúrgica (IQ) urgente o programada.

Los problemas más relevantes detectados, sin incluir las necesidades de cuidados de enfermería propios de una IQ, son:

1. Altas a los pocos días de ingreso; este hecho provoca que el tiempo para identificar las necesidades y poder gestionar los recursos queda muy reducido, como consecuencia el paciente es dado de alta sin los recursos y ayudas adecuados.
2. Pocas demandas de traslados a HAI. Las demoras en los traslados a otros centros de convalecencia por falta de camas provocan que haya pocas demandas de traslados por parte de los especialistas, ya que esto supone un aumento en los días de ingreso y también un aumento en el riesgo de infecciones nosocomiales.
3. Dificultades de cuidados en el domicilio por:

- Pérdida de capacidad funcional y/o cognitiva, dificultad en las transferencias, imposibilidad de bipedestación y/o de ambulación, alteraciones conductuales.
- problemática social; vivir solo, domicilio sin condiciones básicas adecuadas, insuficiente o inadecuado soporte familiar.
- Falta de recursos materiales y orto protésicos.
- Falta de recursos económicos.
- Curas complejas o domicilio geográficamente lejos del centro de salud, hecho que dificulta el trabajo de los profesionales sanitarios.

4. Pacientes no identificados con la alerta PCC o PCA. Dificulta la identificación precoz de las necesidades para la gestión del caso.

El 16 de marzo de 2020 la pandemia provocada por la COVID 19 provocó un cambio en la unidad de traumatología del hospital (UH3A), ya que ésta pasó de atender a los pacientes con fractura de cadera a los pacientes con COVD. Desde entonces los profesionales de enfermería que atienden al paciente con fractura de cadera se encuentran en todas las unidades de hospitalización, hecho que dificulta concretar objetivos específicos con dichos profesionales ya que el número elevado de profesionales dificulta la evaluación.

Una vez comentado con los jefes de servicio y profesionales de la unidad de traumatología, con el apoyo de la Gerencia del hospital, se ha acordado la inclusión de la EGCH como un miembro más del equipo de atención al PCC con fractura de cadera durante un periodo de tres meses. Finalizado este periodo de tiempo se avaluará la

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

intervención de la gestión de casos. La EGCH participará diariamente en el pase de visitas al paciente con fractura de cadera, realizará una valoración integral, elaborará un plan de cuidados, activará los recursos adecuados a las necesidades del paciente y familiares/cuidadores previos al alta y asegurará la continuidad asistencial a la EGC comunitaria o de atención intermedia.

VALORACIÓN

- Estado funcional:
  - Barthel previo.
  - Barthel al ingreso.
  - Barthel al alta.
- Estado cognitivo.
- Estado nutricional.
- Estado emocional.
- Síndromes geriátricos.
- Dolor.
- Vive:
  - Solo o acompañado.
  - Cuidador principal si hay.
  - Situación socio-familiar, rol familiar, si hay otros miembros con dependencia.
- Vivienda:
  - Condiciones de salubridad, recursos de luz y agua.
  - Barreras arquitectónicas: planta baja, ascensor, escaleras, baño adaptado, entre otras.
- Recursos sociales activos.
- Recursos materiales y orto protésicos de los que dispone.

ACTIVIDADES PREVIAS AL ALTA HOSPITALARIA

- Si alta para ir al domicilio, gestionar:
  - Material de curas y/o orto protésico: material de curas específico, receta de silla de ruedas, andador, ortesis, pastillero, entre otros.
  - Recursos sociales: conjuntamente con la TS valorar para activar las ayudas de la Ley de Dependencia, dispositivo de tele asistencia, servicio de ayuda a domicilio, Centro de Día, Residencias, cuidadoras privadas si precisa.
  - Continuidad asistencial a EGCC para asegurar el seguimiento por parte de su equipo de atención primaria.
  - Fisioterapia domiciliaria si precisa.
- En el HAI:
  - Continuidad asistencial a EGC.

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN

Fase 1 Del 1 al 15 de marzo 1. Presentación en las unidades.

2. Conocer el funcionamiento de las unidades y los equipos de trabajo.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

3. Resolver dudas y recoger las propuestas de los profesionales que participan en el proceso de fractura de cadera.

Fase 2 Del 15 de marzo al 15 de junio 1. Pase de visita conjunto con equipo.
2. Valoración y seguimiento del paciente.
3. Sesiones docencia en las unidades.

Fase 3 Del 15 al 31 de junio 4. Recogida de datos.
5. Evaluación.
6. Memoria.

EVALUACIÓN

1. Contabilizar el número de pacientes con fractura de cadera que han sido valorados por la EGCH en relación al número total de pacientes con fractura de cadera ingresados.
2. Recoger el número y el tipo de recurso activado.
3. Contabilizar las continuidades asistenciales realizadas.
4. Medir a los 30 días del alta:

- El número de reingresos
- Visitas al servicio de urgencias
- La aparición de UPP
- Pérdida funcional (índice de Barthel)
- Caídas
- Desnutrición
- Deterioro cognitivo
- Aislamiento social
- Carga del cuidador o familiar (test de Zarit)

5. Contabilizar el grado de satisfacción con la intervención de la Enfermera Gestora de Casos con una encuesta de satisfacción.
6. Número de pacientes con fractura de cadera a los que se les ha activado la alerta PCC.
7. Número de sesiones impartidas y número de profesionales que han asistido a ellas.

CONCLUSIONES

La problemática que genera dentro del ámbito sanitario la pandemia de Covid19 dificulta la puesta en marcha de este proyecto, ya que como se ha explicado anteriormente, a la sobrecarga que genera al sistema sanitario dicha pandemia, hay que añadirle el cambio estructural que ha provocado dentro del hospital. La atención al paciente con fractura de cadera se da actualmente, dispersa en todas las unidades de enfermería y supone una pérdida en la especialización de los cuidados. Los profesionales

también sufren una sobrecarga física de trabajo y psicológicamente se ven afectados por un estrés emocional que en ocasiones se traduce en angustia, ansiedad y tristeza.
A pesar de todo ello, la puesta en marcha de este proyecto supone un beneficio claro tanto para la atención de las necesidades de los pacientes con fractura de cadera y sus familiares como para los profesionales de la salud que los atienden.
Gracias al apoyo de la Gerencia del hospital tenemos la oportunidad de mejorar la calidad de la atención sanitaria, humanizando el trato, acercándonos a la realidad del paciente y sus familias, siendo eficientes en la gestión de los recursos y ofreciendo seguridad y calidad.
Es importante que se lideren proyectos de enfermería dentro del ámbito hospitalario, centrados en la gestión de los cuidados, elaborándolos para que atiendan las necesidades de los pacientes desde la perspectiva enfermera. Durante el desarrollo del curso se ha comentado la necesidad de promocionar la gestión enfermera a través de su trabajo para que ésta pueda proporcionar cuidados, curar y ofrecer confort tanto al paciente como a su familia. Se ha destacado la importancia de velar y potenciar el desarrollo profesional del personal de enfermería. La gestión de los recursos debe tener en cuenta a los pacientes, ellos deben percibir que se atienden sus problemas de manera integral e individualizada.
Cabe tener en cuenta que el proyecto todavía se encuentra pendiente de aplicación y que, una vez terminada la evaluación del mismo, se podrá elaborar un mayor y mejor análisis del impacto que ha generado en la atención de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Veronese N, Maggi S. Epidemiology and social costs of hip fracture. Injury [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2021 Jan 13];49(8):1458–60. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29699731/
2. LeBlanc KE, Muncie HL, LeBlanc LL. Hip fracture: Diagnosis, treatment, and secondary prevention. Am Fam Physician [Internet]. 2014 Jun 15 [cited 2021 Jan 15];89(12):945–51. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25162161/
3. Ministry of Health social services and equality. THE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION STRATEGY OF THE SPANISH NHS Within the framework of chronicity addressing in the NHS. 2013.
4. Peeters CMM, Visser E, Van De Ree CLP, Gosens T, Den Oudsten BL, De Vries J. Quality of life after hip fracture in the elderly: A systematic literature review [Internet]. Vol. 47, Injury. Elsevier Ltd; 2016 [cited 2021 Jan 15]. p. 1369–82. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27178770/
5. Villaumbrosia CG De, Jesús M, Hernández M, Montero-fernández N, Manuel J. The Spanish National Hip Fracture Registry. 2019;93.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

6. Turrentine FE, Wang H, Simpson VB, Jones RS. Surgical Risk Factors, Morbidity, and Mortality in Elderly Patients. J Am Coll Surg [Internet]. 2006 Dec [cited 2021 Jan 15];203(6):865–77. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17116555/
7. Pearce L, Bunni J, McCarthy K, Hewitt J. Surgery in the older person: Training needs for the provision of multidisciplinary care. Ann R Coll Surg Engl. 2016;98(6):367–70.
8. Leng S, Chen X, Mao G. Frailty syndrome: an overview. Clin Interv Aging. 2014 Mar;433.
9. Bitsch MS, Foss NB, Kristensen BB, Kehlet H. Pathogenesis of and management strategies for postoperative delirium after hip fracture: A review. Acta Orthop Scand. 2004;75(4):378–89.
10. Lee PJ, Shorten GD. Delirium after hip fracture surgery [Internet]. Vol. 58, Journal of Clinical Anesthesia. Elsevier Inc.; 2019 [cited 2021 Jan 15]. p. 119–20. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31284156/
11. Uriz-Otano F, Pla-Vidal J, Tiberio-López G, Malafarina V. Factors associated to institutionalization and mortality over three years, in elderly people with a hip fracture - An observational study. Maturitas [Internet]. 2016;89(2016):9–15. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.04.005
12. Conselleria de Salut de les Illes Balears. Atención al paciente crónico complejo y al paciente crónico avanzado. 2017;1–41. Available from: https://cronicosblog.files.wordpress.com/2017/05/proyecto_pcc_pca_v15.pdf
13. Conselleria de Salut de les Illes Balears. La enfermera gestora de casos; garantía de coordinación y de continuidad asistencial. 2017;1–56.
14. Mármol López, María Isabel; Miguel Montoya, Isabel; Montejano Lozoya, Raimunda; Escribano Pérez, Almudena; Gea Caballero, Vicente; Hontangas AR, Mármol-López MI, Miguel Montoya I, Montejano Lozoya R, Escribano Pérez A, Gea-Caballero V, et al. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. Rev Esp Salud Publica. 2018;92.
15. Mercieca M, Schembri F, Inglott AS, Azzopardi LM. Swot analysis [Internet]. Vol. 40, Pharmaceutical Technology. UBM Medica Periodical Publication; 2016 [cited 2021 Jan 15]. p. 40. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725987/

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 38: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PARTE 1

AUTORÍA: GEMA ALVAREZ CANAS

RESUMEN EJECUTIVO

En la humanización de urgencias y en general en el ámbito sanitario se pretende identificar las emociones y empatizar con estas, para ofrecer un servicio más humano con el paciente y optimizar el trabajo de los profesionales sanitarios. Es muy importante la implicación y colaboración tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes y familiares pues cada uno tiene un punto de vista diferente de una misma situación.

Aprender a tomar conciencia de nuestro estado físico y psicoemocional al llegar al trabajo y durante el aviso reconocer la emoción activada, aprovechar su energía para ordenar los pensamientos, rescatar todos nuestros recursos (conocimientos, destrezas, experiencias), resolver cualquier reto que se nos plantee tomando las mejores decisiones para el paciente y el equipo, liderar el equipo, trabajar todos a una sin juicios, comunicarnos eficientemente en cada momento, y todo al mismo tiempo que somos capaces de reconocer el estado emocional (empatía cognitiva) del paciente y familia sin contagiarnos (empatía emocional), utilizar la escucha activa, negociar con ellos y empoderarles para encontrar la mejor forma de ayudarles a nivel físico, emocional y mental minimizando las consecuencias de la experiencia vivida.

La humanización empieza por nosotros, por aprender a cuidarnos para luego cuidar a los demás.

Palabras claves: Humanización, urgencias, relación profesional-paciente, satisfacción paciente, comunicación.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ABSTRACT

In the hospital emergency humanization, and, in general in the health sector, it is intended to identify the emotions and empathise with them in order to offer a more humane service to the patient and to optimize the work of the healthcare professionals.

The involvement and colaboration of both healthcare professionals and all the patients and their relatives is of great importance due to the fact that each of them have aa totally different point of view of the same situation.

Learning to be aware of our physic ald psycoemotional state when you get to work, and during the the notice, recognize the activated emotion, take advantage of its energy in order to put the thoughts in order, rescue all our resources (knowledge, skills, experiences), solve every challenge we face making the best decisiones for the patient and the team, leader the team, work all together with no judgement, communicate efficiently in every momento, and everything at the same time that we are able to recognize the emotional state (cognitive empathy) of the patient and their relatives without getting infected (emotional empathy), use the active listening, negotiate with them and empower them in order to find the best way to help them physically, emotionally and mentally, minimizing the consequences of the lived experience.

The humanization starts with us, first learning to take care of ourselves and then taking care of others.

Key words: Humanization, urgencias, profesional-patient relationship, satisfacción patients, comunication.

INTRODUCCIÓN

La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud.

Según el diccionario de la Lengua Española, humanizar (1) es “hacer humano, familiar, afable, a alguien o algo”. “Es ablandarse, desenojarse, ser benigno”.

Cuando un ciudadano se acerca a un centro sanitario porque necesita asistencia sanitaria, espera recibir una atención “humanizada”. Esta palabra se usa habitualmente para expresar el deseo de que algo sea bueno, se ajuste a la condición humana, responda a la dignidad de la persona.

Enfermar hace que las personas se sientan más vulnerables, por lo que resulta crucial la actitud de los profesionales. La presencia humana ante las personas con enfermedad, sufrimiento y dolor es insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar calidez, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión a la situación del otro.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Humanizar la vida y la salud no es otra cosa que sabernos personas en todo momento y lugar. La humanización es mucho más que ser amables, es un compromiso activo y una responsabilidad de cada uno de nosotros. Se construye día a día. Tiene que ver con la gestión, con la concepción del sistema sanitario, con el funcionamiento de las estructuras, con la mentalidad de las personas y con la competencia profesional.

La OMS define urgencias como: "aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia".

Aunque el sistema público de salud dispone de varios recursos para la atención urgente, las urgencias hospitalarias constituyen el nivel asistencial más habitual.

Según los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad en nuestro país se generan unos 26 millones de consultas anuales en los servicios de urgencias, lo cual indica que cada año la mitad de la población acude a este servicio.

Distintos autores han analizado que elementos condicionan la satisfacción de los pacientes. El trato, la empatía, la información ofrecida a pacientes y familiares, la implicación del personal sanitario, capacidad de respuesta, la rapidez en la atención son factores determinantes en la satisfacción y parecen ser los aspectos más valorados por los pacientes y familiares que acuden al servicio de urgencias.

Las principales causas de insatisfacción en urgencias vienen motivadas por la presión asistencial, los tiempos de espera y la comunicación con el paciente y acompañantes. Todas ellas son susceptibles de mejoras.

Los servicios de urgencias pueden ser para los profesionales de la salud un ambiente estresante por la elevada presión asistencial, la elevada responsabilidad, la presión de pacientes y familiares. Es fundamental determinar el nivel de satisfacción del personal sanitario ya que esto repercute en el trato con el paciente y detectar oportunidades de mejora.

OBJETIVOS

General:

- Promover la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria en el servicio de urgencias del Hosptial Universitario de Ceuta.

Específicos:

- Analizar variables que afectan positiva y negativamente la humanización de los servicios prestados en el área de urgencias.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Identificar el papel desempeñado por el personal sanitario y la percepción de los usuarios del servicio de urgencias con relación a la humanización.
- Planificar y programar las actividades necesarias para el desarrollo del plan de humanización de la asistencia sanitaria.
- Diagnosticar las fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas de nuestra organización relacionada con la humanización de la asistencia sanitaria.
- Identificar y conocer iniciativas de humanización en otras organizaciones sanitarias de nuestro entorno: internacionales, nacionales, autonómicas y locales.

JUSTIFICACIÓN

La humanización de la atención sanitaria es una cuestión prioritaria. Se requiere principalmente un cambio de ACTITUD. Se trata de situar a la persona y su contexto en el centro del sistema procurando dar el trato que nos gustaría recibir

Una atención HOLÍSTICA, es aquella donde se contemplan la comunicación, el contacto, y donde se da la misma importancia al sufrimiento físico como al anímico, es aquí donde el sistema sanitario tiene un gran reto.

La humanización es un compromiso y una responsabilidad con la ciudadanía. El sistema sanitario público debe asegurarse de que las personas tengan garantizado el acceso a la atención cuando la necesiten, segura y eficiente, facilitando la continuidad asistencial y la agilidad en la atención, evitando tiempos de espera innecesarios y prestarles una atención personalizada en base a las necesidades y expectativas de las personas.

DESCRIPCION GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA

Según los datos obtenidos en la publicación (2) del INGESA del Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad sobre el HUCE, este fue concebido pensando en el paciente y construido con la más avazada tecnología, contribuyendo asi a incrementear la autosuficiencia del área de salud de la ciudad autónoma y de sus habitantes.

Se diseño teniendo en cuenta al paciente y al resto de los usuarios y a los trabajadores del mismo. Se hizo especial énfasis en HUMANIZAR sus locales: habitaciones, espacios de información, salas de espera, etc.

Dispone de un equipamiento médico de última generación. Es un hospital flexible con capacidad de crecimiento futuro, el edificio es sostenible y energéticamente eficiente.

El número total de camas es de 252, de las cuales el 25% son habitaciones individuales, 13 camas para críticos y dispone de hospitalización niño-acompañante en pediatría.

Se divide en cinco unidades de actuación:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

1. Área de urgencias
2. Servicios ambulatorios
3. Servicios centrales de diagnóstico y tratamiento
4. Hospitalización
5. Servicios de apoyo logístico e instalaciones.

Es un hospital de nivel III y está acreditado como hospital docente. Tiene cinco unidades docentes que dan formación especializada:

a. Medicina familiar y comunitaria
b. Unidad matronas
c. Salud laboral
d. Medicina interna
e. Medicina preventiva.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

SITUACIÓN

La especial situación geográfica de la Ciudad Autónoma de Ceuta crea en ella un conjunto de necesidades sanitarias muy específicas.

FIGURA 1

Desde el punto de vista práctica la convierte en una isla, haciendo que el grado de autosuficiencia necesario sea mayor que en las ciudades de la península, debido a que no siempre es posible el cruce del estrecho por razones metereológicas y a que no se dispone de aeropuerto, siendo un servicio regular de helicópteros su única conexión aérea.

Su situación de frontera con Marruecos, supone la otra singularidad que afecta a sus necesidades sanitarias, ya que por el puesto fronterizo pasan diariamente de 20.000 a 30.000 transeuntes provenientes del país vecino (actualmente este paso permanece cerrado debido a la pandemia que estamos viviendo desde marzo de 2020).

POBLACIÓN

Ceuta tiene una población de derecho constituida por los ciudadanos de nacionalidad española que residen en esta ciudad. Esta cifra aumenta sustancialmente por el hecho de que algunos de los ciudadanos marroquíes que entran diariamente por el puesto fronterizo, se quedan a vivir en esta ciudad. El conjunto conforma la población de hecho que reside en la ciudad y a la cual es necesario proporcionar atención sanitaria.

A lo anterior hay que añadir, que al otro lado de la frontera y en un radio muy amplio, no existe un hospital ni una organización sanitaria básica que proporcione a la población la atención que necesita. Esto conforma la población de influencia. Puesto que la legislación española obliga a la atención sanitaria de quien lo necesite y demande, la consecuencia evidente es que la organización sanitaria de Ceuta sirve de referencia también a la población de su zona de influencia. Por lo tanto, el dimensionado de las necesidades e instalaciones sanitarias en Ceuta, se ve necesariamente ampliado por las necesidades reales de atención a la población de hecho y a la de influencia.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

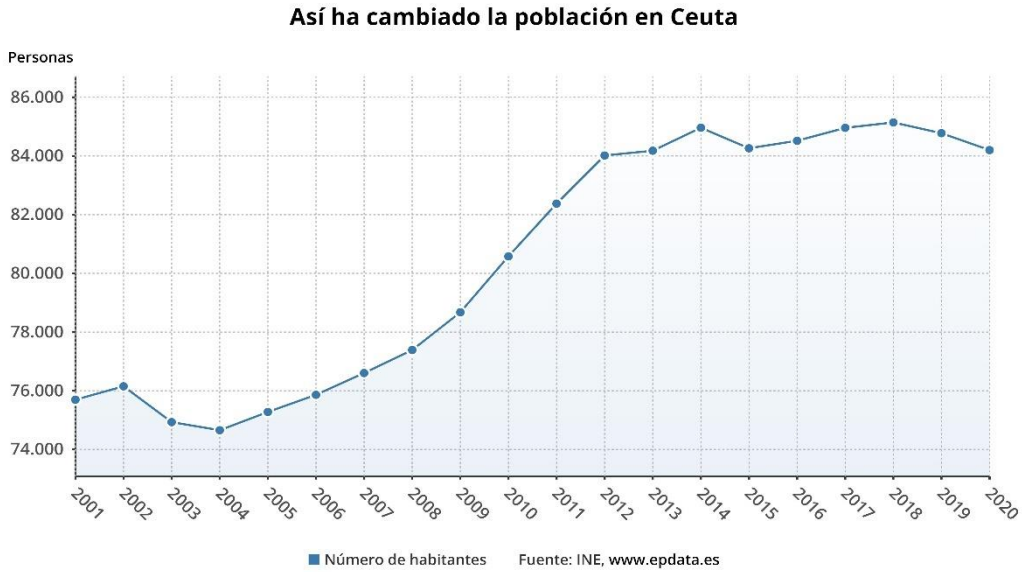


Figura3 Fuente: https://www.epdata.es/datos/datos-graficos-estadisticas-municipio/52/ceuta/2504https://www.epdata.es/datos/datos-graficos-estadisticas-municipio/52/ceuta/2504

PLAN DE HUMANIZACION DE URGENCIAS (3)

Lineas estratégicas y acciones recomendadas:

Línea 1 - Implantar la personalización:

Todos los profesionales estarán claramente identificados a través de distintivo oficial.

Los profesionales se identificarán como referentes de aquellos pacientes que les han sido asignados.

Recursos: profesionales, de apoyo espiritual, horarios e información del curso clínico.

Línea 2 - Facilitar el acompañamiento:

Elaborar un protocolo de horario de visitas, adaptado a las necesidades del paciente y de la unidad.

En las unidades pediátricas se garantizará el derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.

Disponsr de un circuito diferenciado para personas vulnerables, que permita un acompañamiento continuo.

Línea 3 - Implicar a las personas en la toma de decisiones compartida:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Se implementará un plan de comunicación presencial y telefónica a pacientes y personas que les cuidan sobre la evolución de la situación clínica. Para ello, se establecerán horarios de información, se dispondrá de un espacio adecuado y se promoverá la información conjunta por parte del médico/enfermera referente, adecuando el lenguaje a las necesidades del paciente y cuidador-es.

Línea 4 - Procurar la intimidad y confortabilidad:

Disponer de espacios adecuados, individuales para realización de pruebas, consultas, comunicación, etc.

Adecuación de la lencería para preservar intimidad y comodidad del paciente.

Procurar acompañamiento e intimidad para el paciente, que estén atendidos en cuanto aseo y comida y que reciban información adecuada.

Abordaje integral y precoz del dolor, de la violencia de genero o de pacientes con trastorno mental.

En cuanto al profesional, se trabajará por que los procesos sean ágiles y evitar saturaciones, aparte de que reciban un reconocimiento profesional.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

MARCO TEORICO

Factores que interfieren con la humanización en el servicio de urgencias hospitalarias.

El colapso de las urgencias hospitalarias es un fenómeno que se plantea a nivel mundial además de una de las barreras mas importantes para la humanización en dicha área de atención. (4)

Este colapso origina numerosos problemas que afectan de forma directa a la satisfacción del usuario (5), siendo esta el grado de congruencia entre las expectativas del paciente de la atención ideal y su percepción del cuidado real que recibe y que, según Gamella et al (6), esta conformada por la humanización de la asistencia prestada y el tiempo de espera percibido.

Por lo tanto, la congestión de los sevicios de urgencias origina numerosos factores, interrelacionados entre sí, que afectan de forma significativa a la humanización en el servicio de urgencias entre las cuales destacan (fig.4): el tiempo de espera, la salud mental del personal sanitario, los factores organizacionales y las características de la comunicación paciente-proveedor de cuidados.

FIGURA 4

Tiempo de espera: Diversos autores (4) (6) (7) coinciden en que uno de los obstaculos más acuciantes, derivados del colapso, es el tiempo de espera, el cual depende, entre otros factores, del triaje (8), que es la herramienta utilizada para establecer prioridades de cuidado de acuerdo con la gravedad de cada caso. No obstante, aunque en la mayor parte de los sistemas sanitarios presentados en la literatura consultada (España,

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Australia y Estados Unidos, principalmente) es una herramienta implementada; todavía hay lugares como Brasil que se está introduciendo (8) (9).

El triaje, pese a ser una herramienta muy útil para controlar el flujo de pacientes en los servicios de urgencias y acotar tiempos de espera, es en muchas ocasiones un conflicto entre pacientes y el personal sanitario (10), ya que suelen discrepar en cuanto al nivel de gravedad asignado.

Por otro lado, la enorme demanda en urgencias se debe en gran medida a la población cada vez más envejecida, el incremento exponencial de las enfermedades crónicas y a la gran cantidad de consultas no urgentes (11) que se atienden y que podrían ser solucionadas en otras áreas de salud.

En relación con este último factor Unwin et al (11), destacan tres motivos por los que los usuarios acuden a urgencias en lugar de otros servicios más acordes con sus necesidades de cuidado: la conveniencia del servicio en cuanto a recursos y atención universal, la necesidad percibida por los usuarios y que otros profesionales los deriben.

Estos usuarios son los que más esperan y por lo tanto, los más descontentos con la atención que se les presta, ya que, en el estudio de García et al (12), se ha visto que el umbral de tolerancia en la espera es de aproximadamente media hora, tiempo que se supera ante este tipo de consultas.

La salud mental de los trabajadores: El colapso, las largas listas de espera y las consultas no urgentes, crean una gran carga de trabajo, y esto, tiene consecuencias en la salud mental de los trabajadores, puede aparecer el síndrome de burnout, que se define como la respuesta psicológica al estrés crónico por motivo del trabajo (13). Se compone de tres dimensiones: agotamiento emocional, cinismo y reducción de la eficacia profesional, esto repercute en la eficiencia de la organización en la que trabaja y en el cuidado humanizado que efectua.

Factores organizacionales: La misma estructura u organización de los edificios y de las zonas de espera (14) puede ser una barrera para la humanización, se ha demostrado que un diseño confortable y humanizado reduce el estrés e influye de forma positiva en el proceso de curación.

Un mobiliario incómodo, salas sin intimidad, etc., provocan ansiedad en el usuario y esto conlleva, bajos niveles de satisfacción en el servicio.

La falta de recursos en el servicio, también es un importante factor a tener en cuenta en la humanización.

Diversos estudios realizados en Brasil y Alemania revelan que es habitual que se traten a pacientes en los pasillos debido a la falta de camas. Stiffer et al (15), resaltan que aquellos usuarios tratados en los pasillos están más descontentos con los cuidados

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

recibidos y muchos vuelven a urgencias porque perciben que en su primera visita no se ha tratado su problema correctamente.

Comunicación paciente-proveedor de cuidados: La falta de comunicación en los servicios de urgencias (16), es una enorme barrera. La comunicación inadecuada es, posiblemente, el motivo de insatisfacción de la mayor parte de los usuarios, ya que provoca sentimientos de abandono, y se interpreta como falta de respeto. Tambien influye el tiempo de espera desproporcionado en contraste con el poco tiempo empleado por el médico para examinarlos. Todos estos sentimienos provocan frustación y esfado. Se podría evitar en mayor o menor medida haciendo participes del proceso a los pacientes dendoles información durante la espera.

En un estudio estadounidense, McCarthy et al (12) calculan la duración de las conversaciones paciente-personal sanitario y determinan que un único paciente se pasa un 75% del tiempo de su visita a urgencias sin interactuar con ningún miembro del equipo. Los autores concluyen que lo importante no es el tiempo de las conversaciones sino hallar una manera de comunicarse con el usuario eficazmente, es decir, optimizar el tiempo.

Papel de la enfermería en la humanización de las urgencias hospitalarias.

En el servicio de urgencias, la satisfacción del usuario esta estrechamente relacionada con el rol de la enfermería, puesto que la acogida en la mayor parte de los sistemas de salud está a cargo de las mismas (17).

Existen autores que han investigado la satisfacción del triage dirigido por enfermería en comparación con el dirigido por médicos. En dichos estudios, se destaca la actitud de cuidado de la enfermería: su compasión, competencia, sus habilidades de comunicación (aconsejar, explicaciones con lenguaje sencillo, escuchar con atención, etc.).

Varios estudios de la revisión (5) de dichos autores demuestran que el triaje a cargo de la enfermería reporta menos tiempo de espera.

En nuestro hospital, el triage está a cargo de la enfermería, el cual, tiene una demora escasa, se habla con el paciente y con el familiar que lo acompaña, existe educación para la salud e información sobre donde debe ser atendido para las diferentes técnicas como extracción sanguínea, retirada de puntos, aerosolterapia, etc.

Propuestas para humanizar los servicios de urgencias hospitalarias.

Analizar las deficiencias: Hay que identificarlas y encontrar soluciones reales, hay que analizar la satisfacción del usuario con las herramientas adecuadas.

La información prestada a los usuarios, es uno de los elementos-barreray, además es modificable.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En su articulo García et al (12) utilizan una encuesta telefónica con el objetivo de evaluar la información, la comunicación y el trato cuidador-paciente focalizando en las particularidades del servicio de urgencias hospitalarias.

Las entrevistas se realizan 15 dias después de la visita. Las preguntas hacen referencia a 3 aspectos fundamentales: datos sobre el triaje, sobre la información recibida y sobre el trato recibido, además, de datos como edad, sexo, estado civil, situación laboral, etc. y si van con acompañante o no.

Humanizar el triage: Otro de los problemas en la urgencia hospitalaria es el desacuerdo paciente-proveedor de cuidados sobre la categoría asignada durante el triage. Por ello, manejarse en torno a las expectativas del paciente les brinda una oportunidad a los profesionales para comunicarse con el paciente, consiguiendo que comprendan la decisión tomada con respecto a la prioridad de cuidado (10).

La educación para la salud en urgencias: Usar una herramienta basada en la evaluación, planificación, implementación y, de nuevo, evaluación, permite a la enfermería analizar su práctica y encontrar sus debilidades con el objeto de realizar cambios que mejoren sus habilidades de comunicación.

Incrementar u optimizar los recursos: Se analiza la propuesta de Fulbrook et al (18), que consiste en introducir una nueva figura en el servicio de urgencias: la enfermera/o de enlace, que se encargaría de ayudar al equipo a brindar cuidados de calidad haciéndose cargo de numerosas tareas: monitorización del tiempo de espera, gestión de reservas, traslado de pacientes a camas libres, búsqueda de información médica, etc.

Existen una gran variedad de estudios sobre este tema, pero la única manera de que funcionen es involucrando a todo el equipo de urgencias y enseñarles a trabajar con la administración del hospital.

Utilizacion de terapias mente-cuerpo: Según Chang et al citados por los turcos Parlar Kilic et al (19), la musicoterapia es una rama del cuidado en la cual se utiliza la música como herramienta para tratar los efectos fisiológicos y psicológicos de la enfermedad, que no tienen efectos secundarios y sí un efecto psicológico, social, emocional y espiritual en la recuperación tras una enfermedad.

Cuidado centrado en la persona: El enfoque centrado en la persona (20) es un modelo que se ha estado promoviendo en los últimos años con el objetivo de mejorar la calidad del cuidado, incluye el área psicológica, social y espiritual del usuario, otorgándole gran importancia a la amabilidad, la compasión y el respeto.

El enfoque centrado en la persona (21), permite evaluar los resultados conseguidops tras el cuidado, desde el punto de vista del paciente y sus familiares, y si se ha creado un ambiente terapeútico, o, por el contrario, es estresante, y, negativo para la salud del usuario.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

CONCLUSIONES

Las barreras para la humanización son difíciles de salvar en los servicios de urgencias, se debesobre todo, al colapso o sobreutilización de estos servicios. Esto se debe, fundamentalmente, a la falta de educación para la salud que hay, en general, en la población. Deberían existir campañas informativas para la cuidadanía por parte de los gobiernos y los directivos de las instituciones sanitarias.

Otra gran barrera es el tiempo de espera relacionado con el triage. Es habitual que el usuario y los profesionales discrepen en torno a la prioridad, es importante acoger al usuario y transmitirle cierta tranquilidad y seguridad. Tambien sería práctico disponer de sistemas que permitan conocer el tiempo de espera estimado para poder informar a los pacientes del mismo, esto otorgaría al paciente cierta sensación de tranquilidad y control.

Otro aspecto a tener en cuenta es la salud mental de los trabajadores; el colapso en urgencias, la falta de recursos profesionales y materiales, etc. originan un estres crónico o “burnout” que repercute negativamente en la comunicación paciente-enfermero-médico. Este aspecto se debe controlar por los directivos y dar soluciones a los mismos.

Cabe destacar que la figura de la enfermería es la figura más importante en este cambio paradigmático al que están asistiendo los sistemas de salud ya que tanto desde su función asistencial como de gestión, tiene la responsabilidad de incorporar las actitudes positivas y humanizadoras que ofrece el modelo holístico de cuidado y de desechar todos los aspectos negativos del obsoleto modelo biomédico, esto implica potenciar la relación terapeútica desde el primer momento de contacto con el paciente y acompañarle durante todo su paso por el servicio de urgencias.

Las soluciones propuestas por diferentes autores para humanizar el cuidado en los servicios de urgencias hospitalarias son muy divérsos y aluden a uno o varios de los factores que intervienen en la humanización de esta área de atención, no obstante, al ser un problema complejo y multifactorial, dichos estudios ponen de manifiesto la necesidad de continuar investigando en esta línea.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

BIBLIOGRAFÍA.

x

1. (RAE) RAE. [Online]. [cited 2020 noviembre 15. Available from: https://dle.rae.es/humanizar?m=form.

2. institucional. 2INdGS(Sdrdya. Colección de publicaciones del INGESA: 1926. [Online]. [cited 2020 noviembre 15. Available from: https://www.mspi.es.

3. Rocio. 3PdhHUVd. [Online]. [cited 2020 noviembre 17. Available from: https://www.hospitaluvrocio.es/?s=plan+de+humanizaci%C3%B3n&x=9&y=9.

4. De Almeida Lima C PDSBBADeaQoeraucsusHeam. US National Library of Medicine National Institutes of Health. [Online]. [cited 2020 noviembre 23. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4878635/.

5. Abdul Rehman S AAPArofaswnltiedIEN. [Online]. [cited 2020 noviembre 25. Available from: https://www.sciencedirect.com/journal/international-emergency-nursing/vol/29/suppl/C.

6. Gamella Pizarro C SMJGAJeaIduudaeialfyladpelsduelmdgds. Medes-medicina en español. [Online]. [cited 2020 noviembre 25. Available from: https://medes.com/publication/91124.

7. 7. Jennings N SCFATionocqcsawtited. journal of nurs studies. [Online]. [cited 2020 noviembre 26. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25443302/.

8. Silva PL PLyBFVTiaaedps. [Online]. [cited 2020 noviembre 28. Available from: • https://www.researchgate.net/publication/306268261_Triage_in_an_adult_emergency_service_Patient_satisfaction.

9. Brito Rodriguez AP CdLRSRDSANscouewrcRe. [Online]. [cited 2020 noviembe 29. Available from: https://www.semanticscholar.org/paper/NURSING-STAFF-%CC%81-S-CONCEPTIONS-OF-USER-EMBRACEMENT-Rodrigues-Ribeiro/0eb662074fefc06cf0f8c5014a8b5204fedc4869.

10. Toloo GS APCJAbtcappopiESJTREM. [Online]. [cited 2020 noviembre 29. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27756416/.

11. Unwin M KLRSWawwPpfaedswnuc. Internat Emerg Nursing. [Online]. [cited 2020 noviembre 30. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X16300994.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

12. García García A AVAGIMSBMDVMBBAeaIcyteusduemuedo. [Online]. [cited 2020 noviembre 30. Available from: • https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-informacion-comunicacion-trato-un-servicio-S1134282X15000846.

13. García-Izquierdo M RRMRbpjsabitedaes. [Online]. [cited 2020 noviembre 30. Available from: https://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/revisiones/revisiontemas/6239.act?ver=sindiseno.

14. Buffoli M BEDMHasqierAlSS. [Online]. [cited 2020 diciembre 1. Available from: https://www.iss.it/documents/20126/45616/ANN_16_01_09.pdf.

15. Stiffler KA WSHproedsAoEM. [Online]. [cited 2020 diciembre 2. Available from: https://www.researchgate.net/publication/246296152_15_Satisfaction_of_Emergency_Department_Hallway_Patients.

16. Forsgärde ES FAMECPdpareotedv. Internat Emerg Nursing. [Online]. [cited 2020 diciembre 2. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0736467914003965?via%3Dihub.

17. Messina G VFMSeaFaPSwedcaIrhGJHS. [Online]. [cited 2020 diciembre 3. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25946915/.

18. Fulbrook P JMKFIaeoa“rtiedt. Australas Emerg Nurs J. [Online]. [cited 2020 diciembre 7. Available from: https://www.sciencedirect.com/journal/australasian-emergency-nursing-journal/vol/20/issue/3.

19. Parlar Kilic S KGOSeaEomopaapsipwpttediT. [Online]. [cited 2020 diciembre 15. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jjns.12047.

20. McConnell D MtMVEpciEalr. [Online]. [cited 2020 diciembre 17. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X15001226.

21. Kraus CK MCSdmitEecAJEM. [Online]. [cited 2020 diciembre 20. Available from: https://www.sciencedirect.com/journal/the-american-journal-of-emergency-medicine/vol/34/issue/8.

x

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Capítulo 39: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PARTE 2

AUTORÍA: MARIA ELVIRA SUAREZ GUITART

RESUMEN EJECUTIVO

En la humanización de urgencias y en general en el ámbito sanitario se pretende identificar las emociones y empatizar con estas, para ofrecer un servicio más humano con el paciente y optimizar el trabajo de los profesionales sanitarios. Es muy importante la implicación y colaboración tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes y familiares pues cada uno tiene un punto de vista diferente de una misma situación.

Aprender a tomar conciencia de nuestro estado físico y psicoemocional al llegar al trabajo y durante el aviso reconocer la emoción activada, aprovechar su energía para ordenar los pensamientos, rescatar todos nuestros recursos (conocimientos, destrezas, experiencias), resolver cualquier reto que se nos plantee tomando las mejores decisiones para el paciente y el equipo, liderar el equipo, trabajar todos a una sin juicios, comunicarnos eficientemente en cada momento, y todo al mismo tiempo que somos capaces de reconocer el estado emocional (empatía cognitiva) del paciente y familia sin contagiarnos (empatía emocional), utilizar la escucha activa, negociar con ellos y empoderarles para encontrar la mejor forma de ayudarles a nivel físico, emocional y mental minimizando las consecuencias de la experiencia vivida.

La humanización empieza por nosotros, por aprender a cuidarnos para luego cuidar a los demás.

Palabras claves: Humanización, urgencias, relación profesional-paciente, satisfacción paciente, comunicación.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

ABSTRACT

In the hospital emergency humanization, and, in general in the health sector, it is intended to identify the emotions and empathise with them in order to offer a more humane service to the patient and to optimize the work of the healthcare professionals.

The involvement and colaboration of both healthcare professionals and all the patients and their relatives is of great importance due to the fact that each of them have aa totally different point of view of the same situation.

Learning to be aware of our physic ald psycoemotional state when you get to work, and during the the notice, recognize the activated emotion, take advantage of its energy in order to put the thoughts in order, rescue all our resources (knowledge, skills, experiences), solve every challenge we face making the best decisiones for the patient and the team, leader the team, work all together with no judgement, communicate efficiently in every momento, and everything at the same time that we are able to recognize the emotional state (cognitive empathy) of the patient and their relatives without getting infected (emotional empathy), use the active listening, negotiate with them and empower them in order to find the best way to help them physically, emotionally and mentally, minimizing the consequences of the lived experience.

The humanization starts with us, first learning to take care of ourselves and then taking care of others.

Key words: Humanization, urgencias, profesional-patient relationship, satisfacción patients, comunication.

INTRODUCCIÓN

La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud.

Según el diccionario de la Lengua Española, humanizar (1) es “hacer humano, familiar, afable, a alguien o algo”. “Es ablandarse, desenojarse, ser benigno”.

Cuando un ciudadano se acerca a un centro sanitario porque necesita asistencia sanitaria, espera recibir una atención “humanizada”. Esta palabra se usa habitualmente para expresar el deseo de que algo sea bueno, se ajuste a la condición humana, responda a la dignidad de la persona.

Enfermar hace que las personas se sientan más vulnerables, por lo que resulta crucial la actitud de los profesionales. La presencia humana ante las personas con enfermedad, sufrimiento y dolor es insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar calidez, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión a la situación del otro.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Humanizar la vida y la salud no es otra cosa que sabernos personas en todo momento y lugar. La humanización es mucho más que ser amables, es un compromiso activo y una responsabilidad de cada uno de nosotros. Se construye día a día. Tiene que ver con la gestión, con la concepción del sistema sanitario, con el funcionamiento de las estructuras, con la mentalidad de las personas y con la competencia profesional.

La OMS define urgencias como: "aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia".

Aunque el sistema público de salud dispone de varios recursos para la atención urgente, las urgencias hospitalarias constituyen el nivel asistencial más habitual.

Según los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad en nuestro país se generan unos 26 millones de consultas anuales en los servicios de urgencias, lo cual indica que cada año la mitad de la población acude a este servicio.

Distintos autores han analizado que elementos condicionan la satisfacción de los pacientes. El trato, la empatía, la información ofrecida a pacientes y familiares, la implicación del personal sanitario, capacidad de respuesta, la rapidez en la atención son factores determinantes en la satisfacción y parecen ser los aspectos más valorados por los pacientes y familiares que acuden al servicio de urgencias.

Las principales causas de insatisfacción en urgencias vienen motivadas por la presión asistencial, los tiempos de espera y la comunicación con el paciente y acompañantes. Todas ellas son susceptibles de mejoras.

Los servicios de urgencias pueden ser para los profesionales de la salud un ambiente estresante por la elevada presión asistencial, la elevada responsabilidad, la presión de pacientes y familiares. Es fundamental determinar el nivel de satisfacción del personal sanitario ya que esto repercute en el trato con el paciente y detectar oportunidades de mejora.

OBJETIVOS

General:

- Promover la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria en el servicio de urgencias del Hosptial Universitario de Ceuta.

Específicos:

- Analizar variables que afectan positiva y negativamente la humanización de los servicios prestados en el área de urgencias.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

- Identificar el papel desempeñado por el personal sanitario y la percepción de los usuarios del servicio de urgencias con relación a la humanización.
- Planificar y programar las actividades necesarias para el desarrollo del plan de humanización de la asistencia sanitaria.
- Diagnosticar las fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas de nuestra organización relacionada con la humanización de la asistencia sanitaria.
- Identificar y conocer iniciativas de humanización en otras organizaciones sanitarias de nuestro entorno: internacionales, nacionales, autonómicas y locales.

JUSTIFICACIÓN

La humanización de la atención sanitaria es una cuestión prioritaria. Se requiere principalmente un cambio de ACTITUD. Se trata de situar a la persona y su contexto en el centro del sistema procurando dar el trato que nos gustaría recibir

Una atención HOLÍSTICA, es aquella donde se contemplan la comunicación, el contacto, y donde se da la misma importancia al sufrimiento físico como al anímico, es aquí donde el sistema sanitario tiene un gran reto.

La humanización es un compromiso y una responsabilidad con la ciudadanía. El sistema sanitario público debe asegurarse de que las personas tengan garantizado el acceso a la atención cuando la necesiten, segura y eficiente, facilitando la continuidad asistencial y la agilidad en la atención, evitando tiempos de espera innecesarios y prestarles una atención personalizada en base a las necesidades y expectativas de las personas.

DESCRIPCION GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA

Según los datos obtenidos en la publicación (2) del INGESA del Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad sobre el HUCE, este fue concebido pensando en el paciente y construido con la más avazada tecnología, contribuyendo asi a incrementear la autosuficiencia del área de salud de la ciudad autónoma y de sus habitantes.

Se diseño teniendo en cuenta al paciente y al resto de los usuarios y a los trabajadores del mismo. Se hizo especial énfasis en HUMANIZAR sus locales: habitaciones, espacios de información, salas de espera, etc.

Dispone de un equipamiento médico de última generación. Es un hospital flexible con capacidad de crecimiento futuro, el edificio es sostenible y energéticamente eficiente.

El número total de camas es de 252, de las cuales el 25% son habitaciones individuales, 13 camas para críticos y dispone de hospitalización niño-acompañante en pediatría.

Se divide en cinco unidades de actuación:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

1. Área de urgencias
2. Servicios ambulatorios
3. Servicios centrales de diagnóstico y tratamiento
4. Hospitalización
5. Servicios de apoyo logístico e instalaciones.

Es un hospital de nivel III y está acreditado como hospital docente. Tiene cinco unidades docentes que dan formación especializada:

a. Medicina familiar y comunitaria
b. Unidad matronas
c. Salud laboral
d. Medicina interna
e. Medicina preventiva.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

SITUACIÓN

La especial situación geográfica de la Ciudad Autónoma de Ceuta crea en ella un conjunto de necesidades sanitarias muy específicas.

FIGURA 2

Desde el punto de vista práctica la convierte en una isla, haciendo que el grado de autosuficiencia necesario sea mayor que en las ciudades de la península, debido a que no siempre es posible el cruce del estrecho por razones metereológicas y a que no se dispone de aeropuerto, siendo un servicio regular de helicópteros su única conexión aérea.

Su situación de frontera con Marruecos, supone la otra singularidad que afecta a sus necesidades sanitarias, ya que por el puesto fronterizo pasan diariamente de 20.000 a 30.000 transeuntes provenientes del país vecino (actualmente este paso permanece cerrado debido a la pandemia que estamos viviendo desde marzo de 2020).

POBLACIÓN

Ceuta tiene una población de derecho constituida por los ciudadanos de nacionalidad española que residen en esta ciudad. Esta cifra aumenta sustancialmente por el hecho de que algunos de los ciudadanos marroquíes que entran diariamente por el puesto fronterizo, se quedan a vivir en esta ciudad. El conjunto conforma la población de hecho que reside en la ciudad y a la cual es necesario proporcionar atención sanitaria.

A lo anterior hay que añadir, que al otro lado de la frontera y en un radio muy amplio, no existe un hospital ni una organización sanitaria básica que proporcione a la población la atención que necesita. Esto conforma la población de influencia. Puesto que la legislación española obliga a la atención sanitaria de quien lo necesite y demande, la consecuencia evidente es que la organización sanitaria de Ceuta sirve de referencia también a la población de su zona de influencia. Por lo tanto, el dimensionado de las necesidades e instalaciones sanitarias en Ceuta, se ve necesariamente ampliado por las necesidades reales de atención a la población de hecho y a la de influencia.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

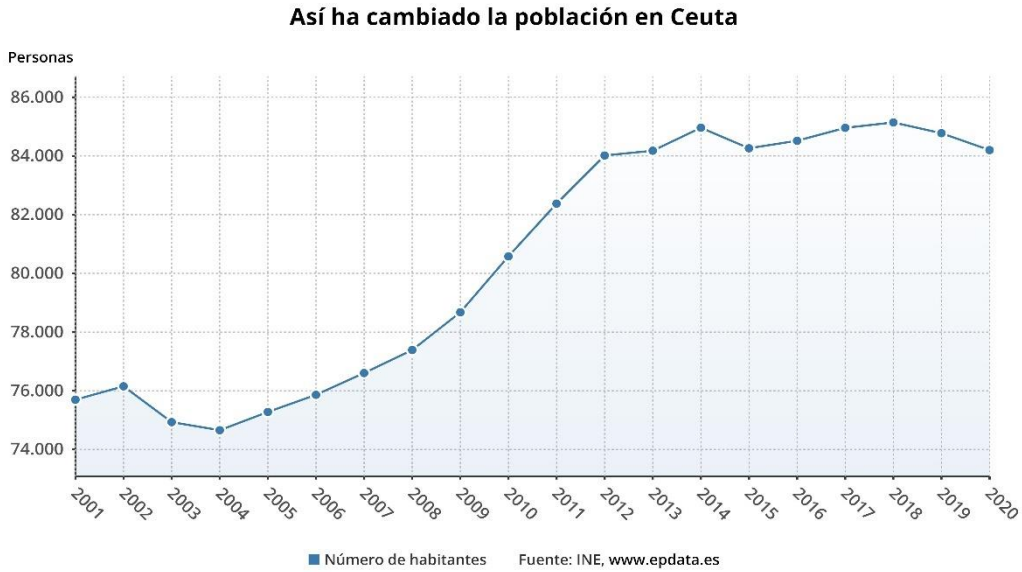


Figura3 Fuente: https://www.epdata.es/datos/datos-graficos-estadisticas-municipio/52/ceuta/2504https://www.epdata.es/datos/datos-graficos-estadisticas-municipio/52/ceuta/2504

PLAN DE HUMANIZACION DE URGENCIAS (3)

Lineas estratégicas y acciones recomendadas:

Línea 1 - Implantar la personalización:

Todos los profesionales estarán claramente identificados a través de distintivo oficial.

Los profesionales se identificarán como referentes de aquellos pacientes que les han sido asignados.

Recursos: profesionales, de apoyo espiritual, horarios e información del curso clínico.

Línea 2 - Facilitar el acompañamiento:

Elaborar un protocolo de horario de visitas, adaptado a las necesidades del paciente y de la unidad.

En las unidades pediátricas se garantizará el derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.

Disponsr de un circuito diferenciado para personas vulnerables, que permita un acompañamiento continuo.

Línea 3 - Implicar a las personas en la toma de decisiones compartida:

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Se implementará un plan de comunicación presencial y telefónica a pacientes y personas que les cuidan sobre la evolución de la situación clínica. Para ello, se establecerán horarios de información, se dispondrá de un espacio adecuado y se promoverá la información conjunta por parte del médico/enfermera referente, adecuando el lenguaje a las necesidades del paciente y cuidador-es.

Línea 4 - Procurar la intimidad y confortabilidad:

Disponer de espacios adecuados, individuales para realización de pruebas, consultas, comunicación, etc.

Adecuación de la lencería para preservar intimidad y comodidad del paciente.

Procurar acompañamiento e intimidad para el paciente, que estén atendidos en cuanto aseo y comida y que reciban información adecuada.

Abordaje integral y precoz del dolor, de la violencia de genero o de pacientes con trastorno mental.

En cuanto al profesional, se trabajará por que los procesos sean ágiles y evitar saturaciones, aparte de que reciban un reconocimiento profesional.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

MARCO TEORICO

Factores que interfieren con la humanización en el servicio de urgencias hospitalarias.

El colapso de las urgencias hospitalarias es un fenómeno que se plantea a nivel mundial además de una de las barreras mas importantes para la humanización en dicha área de atención. (4)

Este colapso origina numerosos problemas que afectan de forma directa a la satisfacción del usuario (5), siendo esta el grado de congruencia entre las expectativas del paciente de la atención ideal y su percepción del cuidado real que recibe y que, según Gamella et al (6), esta conformada por la humanización de la asistencia prestada y el tiempo de espera percibido.

Por lo tanto, la congestión de los sevicios de urgencias origina numerosos factores, interrelacionados entre sí, que afectan de forma significativa a la humanización en el servicio de urgencias entre las cuales destacan (fig.4): el tiempo de espera, la salud mental del personal sanitario, los factores organizacionales y las características de la comunicación paciente-proveedor de cuidados.

FIGURA 4

Tiempo de espera: Diversos autores (4) (6) (7) coinciden en que uno de los obstaculos más acuciantes, derivados del colapso, es el tiempo de espera, el cual depende, entre otros factores, del triaje (8), que es la herramienta utilizada para establecer prioridades de cuidado de acuerdo con la gravedad de cada caso. No obstante, aunque en la mayor parte de los sistemas sanitarios presentados en la literatura consultada (España,

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

Australia y Estados Unidos, principalmente) es una herramienta implementada; todavía hay lugares como Brasil que se está introduciendo (8) (9).

El triaje, pese a ser una herramienta muy útil para controlar el flujo de pacientes en los servicios de urgencias y acotar tiempos de espera, es en muchas ocasiones un conflicto entre pacientes y el personal sanitario (10), ya que suelen discrepar en cuanto al nivel de gravedad asignado.

Por otro lado, la enorme demanda en urgencias se debe en gran medida a la población cada vez más envejecida, el incremento exponencial de las enfermedades crónicas y a la gran cantidad de consultas no urgentes (11) que se atienden y que podrían ser solucionadas en otras áreas de salud.

En relación con este último factor Unwin et al (11), destacan tres motivos por los que los usuarios acuden a urgencias en lugar de otros servicios más acordes con sus necesidades de cuidado: la conveniencia del servicio en cuanto a recursos y atención universal, la necesidad percibida por los usuarios y que otros profesionales los deriben.

Estos usuarios son los que más esperan y por lo tanto, los más descontentos con la atención que se les presta, ya que, en el estudio de García et al (12), se ha visto que el umbral de tolerancia en la espera es de aproximadamente media hora, tiempo que se supera ante este tipo de consultas.

La salud mental de los trabajadores: El colapso, las largas listas de espera y las consultas no urgentes, crean una gran carga de trabajo, y esto, tiene consecuencias en la salud mental de los trabajadores, puede aparecer el síndrome de burnout, que se define como la respuesta psicológica al estrés crónico por motivo del trabajo (13). Se compone de tres dimensiones: agotamiento emocional, cinismo y reducción de la eficacia profesional, esto repercute en la eficiencia de la organización en la que trabaja y en el cuidado humanizado que efectua.

Factores organizacionales: La misma estructura u organización de los edificios y de las zonas de espera (14) puede ser una barrera para la humanización, se ha demostrado que un diseño confortable y humanizado reduce el estrés e influye de forma positiva en el proceso de curación.

Un mobiliario incómodo, salas sin intimidad, etc., provocan ansiedad en el usuario y esto conlleva, bajos niveles de satisfacción en el servicio.

La falta de recursos en el servicio, también es un importante factor a tener en cuenta en la humanización.

Diversos estudios realizados en Brasil y Alemania revelan que es habitual que se traten a pacientes en los pasillos debido a la falta de camas. Stiffer et al (15), resaltan que aquellos usuarios tratados en los pasillos están más descontentos con los cuidados

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

recibidos y muchos vuelven a urgencias porque perciben que en su primera visita no se ha tratado su problema correctamente.

Comunicación paciente-proveedor de cuidados: La falta de comunicación en los servicios de urgencias (16), es una enorme barrera. La comunicación inadecuada es, posiblemente, el motivo de insatisfacción de la mayor parte de los usuarios, ya que provoca sentimientos de abandono, y se interpreta como falta de respeto. Tambien influye el tiempo de espera desproporcionado en contraste con el poco tiempo empleado por el médico para examinarlos. Todos estos sentimienos provocan frustación y esfado. Se podría evitar en mayor o menor medida haciendo participes del proceso a los pacientes dendoles información durante la espera.

En un estudio estadounidense, McCarthy et al (12) calculan la duración de las conversaciones paciente-personal sanitario y determinan que un único paciente se pasa un 75% del tiempo de su visita a urgencias sin interactuar con ningún miembro del equipo. Los autores concluyen que lo importante no es el tiempo de las conversaciones sino hallar una manera de comunicarse con el usuario eficazmente, es decir, optimizar el tiempo.

Papel de la enfermería en la humanización de las urgencias hospitalarias.

En el servicio de urgencias, la satisfacción del usuario esta estrechamente relacionada con el rol de la enfermería, puesto que la acogida en la mayor parte de los sistemas de salud está a cargo de las mismas (17).

Existen autores que han investigado la satisfacción del triage dirigido por enfermería en comparación con el dirigido por médicos. En dichos estudios, se destaca la actitud de cuidado de la enfermería: su compasión, competencia, sus habilidades de comunicación (aconsejar, explicaciones con lenguaje sencillo, escuchar con atención, etc.).

Varios estudios de la revisión (5) de dichos autores demuestran que el triaje a cargo de la enfermería reporta menos tiempo de espera.

En nuestro hospital, el triage está a cargo de la enfermería, el cual, tiene una demora escasa, se habla con el paciente y con el familiar que lo acompaña, existe educación para la salud e información sobre donde debe ser atendido para las diferentes técnicas como extracción sanguínea, retirada de puntos, aerosolterapia, etc.

Propuestas para humanizar los servicios de urgencias hospitalarias.

Analizar las deficiencias: Hay que identificarlas y encontrar soluciones reales, hay que analizar la satisfacción del usuario con las herramientas adecuadas.

La información prestada a los usuarios, es uno de los elementos-barreray, además es modificable.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

En su articulo García et al (12) utilizan una encuesta telefónica con el objetivo de evaluar la información, la comunicación y el trato cuidador-paciente focalizando en las particularidades del servicio de urgencias hospitalarias.

Las entrevistas se realizan 15 dias después de la visita. Las preguntas hacen referencia a 3 aspectos fundamentales: datos sobre el triaje, sobre la información recibida y sobre el trato recibido, además, de datos como edad, sexo, estado civil, situación laboral, etc. y si van con acompañante o no.

Humanizar el triage: Otro de los problemas en la urgencia hospitalaria es el desacuerdo paciente-proveedor de cuidados sobre la categoría asignada durante el triage. Por ello, manejarse en torno a las expectativas del paciente les brinda una oportunidad a los profesionales para comunicarse con el paciente, consiguiendo que comprendan la decisión tomada con respecto a la prioridad de cuidado (10).

La educación para la salud en urgencias: Usar una herramienta basada en la evaluación, planificación, implementación y, de nuevo, evaluación, permite a la enfermería analizar su práctica y encontrar sus debilidades con el objeto de realizar cambios que mejoren sus habilidades de comunicación.

Incrementar u optimizar los recursos: Se analiza la propuesta de Fulbrook et al (18), que consiste en introducir una nueva figura en el servicio de urgencias: la enfermera/o de enlace, que se encargaría de ayudar al equipo a brindar cuidados de calidad haciéndose cargo de numerosas tareas: monitorización del tiempo de espera, gestión de reservas, traslado de pacientes a camas libres, búsqueda de información médica, etc.

Existen una gran variedad de estudios sobre este tema, pero la única manera de que funcionen es involucrando a todo el equipo de urgencias y enseñarles a trabajar con la administración del hospital.

Utilizacion de terapias mente-cuerpo: Según Chang et al citados por los turcos Parlar Kilic et al (19), la musicoterapia es una rama del cuidado en la cual se utiliza la música como herramienta para tratar los efectos fisiológicos y psicológicos de la enfermedad, que no tienen efectos secundarios y sí un efecto psicológico, social, emocional y espiritual en la recuperación tras una enfermedad.

Cuidado centrado en la persona: El enfoque centrado en la persona (20) es un modelo que se ha estado promoviendo en los últimos años con el objetivo de mejorar la calidad del cuidado, incluye el área psicológica, social y espiritual del usuario, otorgándole gran importancia a la amabilidad, la compasión y el respeto.

El enfoque centrado en la persona (21), permite evaluar los resultados conseguidops tras el cuidado, desde el punto de vista del paciente y sus familiares, y si se ha creado un ambiente terapeútico, o, por el contrario, es estresante, y, negativo para la salud del usuario.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

CONCLUSIONES

Las barreras para la humanización son difíciles de salvar en los servicios de urgencias, se debesobre todo, al colapso o sobreutilización de estos servicios. Esto se debe, fundamentalmente, a la falta de educación para la salud que hay, en general, en la población. Deberían existir campañas informativas para la cuidadanía por parte de los gobiernos y los directivos de las instituciones sanitarias.

Otra gran barrera es el tiempo de espera relacionado con el triage. Es habitual que el usuario y los profesionales discrepen en torno a la prioridad, es importante acoger al usuario y transmitirle cierta tranquilidad y seguridad. Tambien sería práctico disponer de sistemas que permitan conocer el tiempo de espera estimado para poder informar a los pacientes del mismo, esto otorgaría al paciente cierta sensación de tranquilidad y control.

Otro aspecto a tener en cuenta es la salud mental de los trabajadores; el colapso en urgencias, la falta de recursos profesionales y materiales, etc. originan un estres crónico o “burnout” que repercute negativamente en la comunicación paciente-enfermero-médico. Este aspecto se debe controlar por los directivos y dar soluciones a los mismos.

Cabe destacar que la figura de la enfermería es la figura más importante en este cambio paradigmático al que están asistiendo los sistemas de salud ya que tanto desde su función asistencial como de gestión, tiene la responsabilidad de incorporar las actitudes positivas y humanizadoras que ofrece el modelo holístico de cuidado y de desechar todos los aspectos negativos del obsoleto modelo biomédico, esto implica potenciar la relación terapeútica desde el primer momento de contacto con el paciente y acompañarle durante todo su paso por el servicio de urgencias.

Las soluciones propuestas por diferentes autores para humanizar el cuidado en los servicios de urgencias hospitalarias son muy divérsos y aluden a uno o varios de los factores que intervienen en la humanización de esta área de atención, no obstante, al ser un problema complejo y multifactorial, dichos estudios ponen de manifiesto la necesidad de continuar investigando en esta línea.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

BIBLIOGRAFÍA.

x

1. (RAE) RAE. [Online]. [cited 2020 noviembre 15. Available from: https://dle.rae.es/humanizar?m=form.

2. institucional. 2INdGS(Sdrdya. Colección de publicaciones del INGESA: 1926. [Online]. [cited 2020 noviembre 15. Available from: https://www.mspi.es.

3. Rocio. 3PdhHUVd. [Online]. [cited 2020 noviembre 17. Available from: https://www.hospitaluvrocio.es/?s=plan+de+humanizaci%C3%B3n&x=9&y=9.

4. De Almeida Lima C PDSBBADeaQoeraucsusHeam. US National Library of Medicine National Institutes of Health. [Online]. [cited 2020 noviembre 23. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4878635/.

5. Abdul Rehman S AAPArofaswnltiedIEN. [Online]. [cited 2020 noviembre 25. Available from: https://www.sciencedirect.com/journal/international-emergency-nursing/vol/29/suppl/C.

6. Gamella Pizarro C SMJGAJeaIduudaeialfyladpelsduelmdgds. Medes-medicina en español. [Online]. [cited 2020 noviembre 25. Available from: https://medes.com/publication/91124.

7. 7. Jennings N SCFATionocqcsawtited. journal of nurs studies. [Online]. [cited 2020 noviembre 26. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25443302/.

8. Silva PL PLyBFVTiaaedps. [Online]. [cited 2020 noviembre 28. Available from: • https://www.researchgate.net/publication/306268261_Triage_in_an_adult_emergency_service_Patient_satisfaction.

9. Brito Rodriguez AP CdLRSRDSANscouewrcRe. [Online]. [cited 2020 noviembe 29. Available from: https://www.semanticscholar.org/paper/NURSING-STAFF-%CC%81-S-CONCEPTIONS-OF-USER-EMBRACEMENT-Rodrigues-Ribeiro/0eb662074fefc06cf0f8c5014a8b5204fedc4869.

10. Toloo GS APCJAbtcappopiESJTREM. [Online]. [cited 2020 noviembre 29. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27756416/.

11. Unwin M KLRSWawwPpfaedswnuc. Internat Emerg Nursing. [Online]. [cited 2020 noviembre 30. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X16300994.

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

12. García García A AVAGIMSBMDVMBBAeaIcyteusduemuedo. [Online]. [cited 2020 noviembre 30. Available from: • https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-informacion-comunicacion-trato-un-servicio-S1134282X15000846.

13. García-Izquierdo M RRMRbpjsabitedaes. [Online]. [cited 2020 noviembre 30. Available from: https://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/revisiones/revisiontemas/6239.act?ver=sindiseno.

14. Buffoli M BEDMHasqierAlSS. [Online]. [cited 2020 diciembre 1. Available from: https://www.iss.it/documents/20126/45616/ANN_16_01_09.pdf.

15. Stiffler KA WSHproedsAoEM. [Online]. [cited 2020 diciembre 2. Available from: https://www.researchgate.net/publication/246296152_15_Satisfaction_of_Emergency_Department_Hallway_Patients.

16. Forsgärde ES FAMECPdpareotedv. Internat Emerg Nursing. [Online]. [cited 2020 diciembre 2. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0736467914003965?via%3Dihub.

17. Messina G VFMSeaFaPSwedcaIrhGJHS. [Online]. [cited 2020 diciembre 3. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25946915/.

18. Fulbrook P JMKFIaeoa“rtiedt. Australas Emerg Nurs J. [Online]. [cited 2020 diciembre 7. Available from: https://www.sciencedirect.com/journal/australasian-emergency-nursing-journal/vol/20/issue/3.

19. Parlar Kilic S KGOSeaEomopaapsipwpttediT. [Online]. [cited 2020 diciembre 15. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jjns.12047.

20. McConnell D MtMVEpciEalr. [Online]. [cited 2020 diciembre 17. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X15001226.

21. Kraus CK MCSdmitEecAJEM. [Online]. [cited 2020 diciembre 20. Available from: https://www.sciencedirect.com/journal/the-american-journal-of-emergency-medicine/vol/34/issue/8.

x

ISBN: 978-84-18396-67-0
Nº DEPÓSITO LEGAL: BI 01319-2021

salusplay