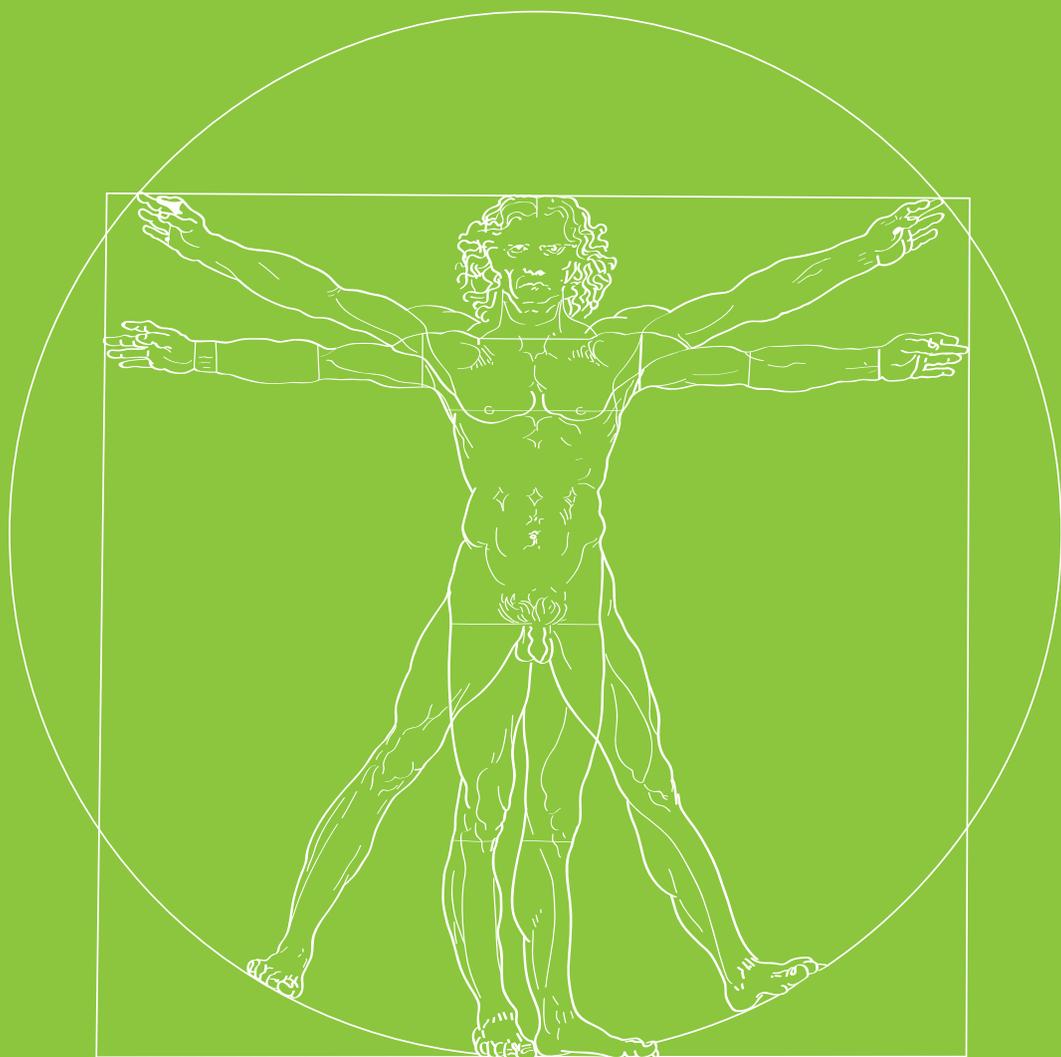


PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER PREMIO

XI PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA



Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

Imprime: Imprenta Senén

I.S.B.N.: 978-84-608-9519-0

CECVN 86

Imagen portada: Derecho de autor: peterhermesfurian / 123RF Foto de archivo

ÍNDICE

1er. PREMIO

VARIABLES explicativas de la percepción de seguridad del paciente durante la estancia hospitalaria relacionada con los cuidados de enfermería en el Hospital General Universitario de Alicante: 2011-2013. Cuestionario Seguridad con los Cuidados Enfermeros (SCE v2) pag. 05

2º PREMIO

Elaboración de una propuesta de valoración enfermera basada en el modelo de Virginia Henderson a través de la investigación-acción participativa pag. 49

3er. PREMIO

Educación para la salud, frecuentación, seguimiento y evolución de los factores de R.C.V. de pacientes crónicos con diabetes mellitus tipo 2 en la consulta enfermera del Centro de Salud de Algemésí..... pag. 163

1er. PREMIO

**Variables explicativas de la percepción
de seguridad del paciente durante la
estancia hospitalaria relacionada con los
cuidados de enfermería en el Hospital
General Universitario de Alicante: 2011-2013.**

Cuestionario Seguridad con los Cuidados
Enfermeros (SCE v2)

*Clara Abellán García.
Manuela Domingo Pozo.
Nieves Izquierdo García.
Miguel Ángel Fernández Molina.*



INTRODUCCIÓN

La Seguridad Clínica es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido por Organismos como la OMS, la OPS y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa que recomiendan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias. (1) (2)

En el Programa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS una de sus seis áreas estratégicas es “Pacientes por la seguridad de los pacientes” y entre sus recomendaciones está el fomentar la participación de los pacientes en su seguridad como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad. Actuaciones que quedan recogidas en la estrategia nº 8 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La participación del paciente en la gestión de su propia seguridad clínica, se plantea en la actualidad como una necesidad imperiosa en estos momentos, en las instituciones sanitarias. La evaluación de los programas de seguridad de pacientes debe tener como base la **opinión del paciente** como principal protagonista de dichos programas. Los pacientes pueden aportar información que sirve para triangular con otros sistemas de información sanitarios que están relacionados con la seguridad clínica, como por ejemplo si ha sufrido algún incidente durante la estancia, la agilidad del sistema sanitario para detectar un fallo en la seguridad, grado de información recibida (3,4), etc. (5), la confianza de los pacientes en los profesionales, y su percepción del riesgo, (6).

En un estudio publicado por Ministerio de Sanidad y Política Social en el año 2009, se evalúa el grado de seguridad de los servicios sanitarios percibido por el paciente o el cuidador (en caso de pacientes con discapacidades psíquicas o de pacientes pediátricos) (5). En él se hace referencia a que apenas se dispone de información sobre la opinión que tienen los usuarios de la sanidad sobre la seguridad de la asistencia sanitaria. Este estudio analiza a través de una

extensa revisión bibliográfica, los instrumentos utilizados para la evaluación de la percepción del paciente en relación con la atención hospitalaria y no hallan estudios publicados en los que se evalúe el grado de seguridad de los servicios sanitarios percibido por el paciente o cuidador (7,8,9,10). Tampoco sobre las variables predictivas en la percepción de seguridad del paciente durante la estancia.

En dicho estudio (5) identifican 7 dimensiones de la seguridad percibida por el paciente: coordinación con el personal sanitario, expectativas/ necesidades del paciente, incidencias en la estancia hospitalaria, confianza en el personal sanitario, problemas en el cuidado y confidencialidad de datos del paciente.

Castle (2005) en una revisión de instrumentos utilizados para evaluar la percepción del paciente en relación con la atención hospitalaria, las dimensiones más frecuentes entre los instrumentos que detectó fueron las relacionadas con el personal de enfermería y personal médico, la comodidad (calidad de la comida), los servicios y los cuidados (11). En esta revisión, los autores destacan la evaluación de dimensiones como el respeto a los valores, las preferencias del paciente, la coordinación y el cuidado integral al paciente, información, comunicación, comodidad física, soporte emocional, implicación de los familiares y acceso al cuidado como aspectos a valorar en aquellos instrumentos cuyo objetivo sea conocer la opinión del paciente en relación a los servicios sanitarios. (12,13)

La opinión que tienen los usuarios/clientes, de los servicios que se les ofertan y que se les administran, es un paso importante para evaluar los servicios sanitarios desde la perspectiva de la gestión de los servicios sanitarios a largo plazo tanto de ellos en particular como de la comunidad en general (14) (15).

En este contexto, los estudios de opinión sobre la seguridad percibida de los usuarios, adquieren un gran valor, pues de forma indirecta constituyen una forma de participación de dichos usuarios en la seguridad clínica en las



políticas sanitarias a establecer por las instituciones sanitarias.

El Hospital General Universitario de Alicante, puso en marcha iniciativas para garantizar la seguridad del paciente relacionada con los cuidados como la implantación de la monitorización de indicadores clave en los cuidados de enfermería de seguimiento cuatrimestral (el Proyecto ATENEA” Atención Enfermería Notificación Eventos Adversos”), así como información al paciente sobre los cuidados que le prestamos o la identificación de pacientes de riesgo para medir indicadores de seguridad de los cuidados prestados.

Además de la medición por parte de los profesionales de enfermería se plantea la necesidad de triangular los datos obtenidos con auditorías, pero era necesario conocer el grado de información que tenían los pacientes y familiares sobre las iniciativas puestas en marcha o si se sienten seguros con los cuidados prestados. Por ello se inicia una encuesta de percepción de seguridad de cuidados dirigida a pacientes y familiares en el año 2011. (16) (17)

Así se pretende conocer los factores determinantes en la percepción de seguridad del paciente para evaluar los programas de seguridad con los cuidados que se plantean en el HGUA.

HIPÓTESIS DEL ESTUDIO:

La seguridad percibida por el paciente con los cuidados de enfermería durante la estancia hospitalaria depende:

- Grado de dolor percibido por el paciente.
- Grado de satisfacción con el control del dolor.
- Información recibida al ingreso de las normas y funcionamiento de la unidad de hospitalización.
- Presencia de eventos adversos durante la estancia (caídas, infecciones, lesiones piel, reacciones alérgicas, errores de identificación)..

- Unidad de Enfermería en la que ingresa el paciente.
- Variables sociodemográficas: sexo y edad del paciente

Objetivos del estudio:

General:

- Identificar las variables que influyen en la percepción de seguridad de los pacientes hospitalizados relacionados con los cuidados enfermeros.

Específicos:

- Evaluar la seguridad percibida por el paciente con los cuidados de enfermería en el ámbito hospitalario.
- Validar el cuestionario utilizado para medir la percepción de seguridad del paciente con los cuidados enfermeros.

Material y Método:

Estudio transversal descriptivo. Se trata de un estudio realizado en cinco fases: primero se elaboró la primera versión del cuestionario de percepción de seguridad de pacientes (anexo 1), segunda fase se administra el cuestionario a los pacientes en 7 cortes cuatrimestrales (3 en 2011 y 4 en 2012), en una tercera fase de análisis de los resultados de percepción de seguridad y las propiedades psicométricas del cuestionario. Cuarta fase se elabora una versión 2 del cuestionario (anexo 2) y en la quinta fase se realizan la validación piloto de la versión 2 en el año 2013.

El cuestionario:

El cuestionario versión 1 (anexo 1) fue diseñado *ad hoc* con 17 ítems con respuestas dicotómicas (si-no-no sabe) y escalas likert de 7 puntos. El cuestionario explora las siguientes dimensiones de la sensación de seguridad



percibida por el paciente: información recibida sobre el ingreso y procedimientos de seguridad, eventos adversos relacionados con los cuidados sufridos durante la estancia, dolor percibido y su control en la estancia hospitalaria. Para ello, consta de unas variables sociodemográficas:

- Edad (de 16 a mayores de 81 años).
- Nivel de estudios (sin estudios, estudios básicos, superiores y estudios universitarios).
- Sexo (hombre y mujer).

9 ítems con respuestas dicotómicas (sí, no, no sabe):

1. Si cuando ingresó le informaron sobre las normas del centro.
2. Si cuando ingresó le informaron de la importancia de llevar la pulsera de identificación.
3. Si su pulsera lleva código de colores.
4. Si le explicaron el significado de los colores y lo que tenía que hacer.
5. Si había sufrido alguna caída en su estancia hospitalaria.
6. Si había tenido alguna infección en su hospitalización.
7. Si había tenido irritaciones en la piel por estar en la cama.
8. Si había tenido alguna reacción alérgica.
9. Si le confundieron con otro paciente.

Se mide también la intensidad del dolor de 0 a 10 según la escala de EVA.

Dos variables medidas mediante una escala likert:

- Satisfacción con el control del dolor (muy satisfecho, bastante satisfecho, satisfecho, poco satisfecho y nada satisfecho)
- Sensación de seguridad con la atención que le prestan enfermeras y auxiliares. (muy seguro, bastante seguro,

ligeramente seguro, ni seguro ni inseguro, ligeramente inseguro, bastante inseguro y muy inseguro).

El cuestionario versión 2 (anexo 2): Consta de 20 ítems, tras el estudio de la fiabilidad y consistencia interna del cuestionario se hayan problemas en el mismo por la utilización de diferentes escalas likert que falsean el análisis estadístico así como dimensiones importantes en la percepción de seguridad con los cuidados que tras la segunda revisión de la literatura (5) señalan como importantes:

- **expectativas de información del paciente.** Se incluyen modificaciones en las preguntas preguntando si el tipo de información que había recibido, si el paciente la consideraba suficiente.
- **Participación en sus cuidados:** se incluye una nueva pregunta.
- **Confidencialidad e intimidad:** se incluye una nueva pregunta.

Se introducen nuevas preguntas, se modifican otras y se eliminan, en concreto la nº 3 de la anterior versión. También se modifican las escalas de medida del ítem 10 a 16 de SI NO NO SABE à SI NO. Se elimina NO SABE en los ítems referidos a incidentes durante la estancia.

Se define un bloque de preguntas (4- 9) con una escala de 1-5 (1 no estoy de acuerdo a 5 completamente de acuerdo).

En el ítem de sensación de seguridad global con los cuidados se define que se entiende por “sensación de seguridad” (Entendiéndola como la preocupación de sufrir un incidente por algún fallo en el proceso de atención de enfermería durante su estancia en el hospital). Se hace esta aclaración en el cuestionario debido a que los profesionales de enfermería del hospital nos referían que muchos pacientes entendían seguridad a que “no les robaran durante la estancia”.



Variables a estudio:

- Sociodemográficas: edad, sexo y nivel de estudios.
- Variables cualitativas sobre percepción de seguridad de cuidados:
 1. Para evaluar el grado de información recibida por los pacientes sobre: normas del centro, la importancia de llevar la pulsera de identificación y del significado de los códigos de colores que identifican su vulnerabilidad puestas en marcha en el hospital.
 2. Para detectar eventos adversos percibidos por los pacientes como caídas, Infecciones, UPP, alergias y errores de identificación.
 3. Para evaluar el grado de dolor percibido por los pacientes según la escala de EVA y el grado de satisfacción en la atención de su dolor.

Sujetos a estudio versión 1:

Para la selección de los sujetos participantes se utilizó un muestreo sistemático no probabilístico. Se definieron como criterios de inclusión a los pacientes dados de alta que coincidieron con las fechas que se hacen los periodos de seguimiento para evaluar la calidad de los cuidados de los pacientes ingresados y los pacientes que eran capaces de entender y responder al cuestionario. Y como criterios de exclusión se establecieron los pacientes con una edad menor de 16 años y con dificultad de comprensión lectora.

Sujetos a estudio versión 2: los mismos criterios de inclusión y exclusión.

Periodo de estudio:

El estudio se realizó a lo largo del 2011, 2012 (versión 1) y tercer cuatrimestre 2013 (versión 2).

Fases del estudio:

En la **primera fase** se elaboró un cuestionario piloto (versión 1) con 11 ítems para comprobar el grado de información recibida por los pacientes sobre

iniciativas (relacionadas con la identificación de su vulnerabilidad) puestas en marcha en el hospital y sensación de seguridad para obtener mayor seguridad en los cuidados introduciendo variables sociológicas.

Se comprobó la factibilidad del cuestionario analizando que el tiempo empleado para su cumplimentación es inferior a cinco minutos. También se analiza el grado de dificultad para el paciente y es considerado por los mismos como sencillo, se ha constatado con informadores clave previo a la administración del cuestionario que las preguntas son claras para los pacientes y de fácil contestación.

La versión 1 fue revisada por 6 enfermeras expertas y en el año 2012 se introduce una nueva pregunta para conocer, que en el caso de que el paciente haya tenido dolor, el grado de satisfacción con el control del mismo. También, se adaptó el cuestionario a una versión para las unidades pediátricas (anexo 3) puesto que en la fase análisis se observó que eran los padres quienes contestaban dicho cuestionario y al preguntar la edad o el nivel de estudios se confundían entre los datos de su hijo y los suyos propios.

Se incorpora un ítem a petición de los mandos intermedios que comentaban que muchos pacientes sufrían una caída durante la estancia y no informaban a su enfermera de referencia puesto que no sufría lesiones.

En la **segunda fase** se pasó la encuesta a los 3.340 pacientes dados de alta de todas las unidades de hospitalización del Hospital General Universitario de Alicante que coincidieron con las fechas que se hacen los cortes para evaluar la calidad de los cuidados. La tasa de respuestas fue del 57 % de los pacientes dados de alta en esas fechas.

En la **tercera fase** se realizó el estudio de validez y fiabilidad del cuestionario. La fiabilidad se define como el grado de estabilidad conseguido en los resultados cuando se repite una medición en condiciones idénticas (18). Se evaluó la consistencia interna para ver si existía homogeneidad entre las



distintas preguntas al ser un cuestionario formado por diferentes escalas que pretenden medir una dimensión diferente del fenómeno (19).

Cuarta fase tras el análisis de los resultados del estudio de validez del cuestionario se elabora una versión 2 del mismo.

Quinta fase estudio piloto de validación de la versión 2 del cuestionario. Serealizó el estudio piloto en 111 pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización durante el periodo a estudio.

Recogida y Análisis de datos: Se elaboro una base de datos Access y para el análisis de los mismos se utilizó el paquete estadístico SPSS 19.0 Se realiza análisis descriptivo e inferencial de las variables a estudio. Se procede al análisis descriptivo empleando frecuencias y porcentajes en las variables cualitativas. La comparación entre variables continuas se realizo con la prueba t-student para dos muestras independientes con un IC al 95%. Para variables cualitativas, utilizamos el test chi cuadrado de Pearson, con un nivel de confianza del 95%). Para todos los análisis se ha utilizado un nivel de significación del 0,05.

Análisis de regresión lineal múltiple (método hacia atrás para eliminar las variables no significativas), cuya variable dependiente es la sensación de seguridad percibida por el paciente, y las variables independientes: grado del dolor percibido por el paciente (escala EVA), presencia de eventos adversos durante la estancia (caídas, lesiones piel relacionadas con inmovilidad, reacción alérgica, infecciones nosocomiales, errores de identificación de paciente), grado de información recibida al ingreso, edad y sexo. Se hallan las tablas ANOVA, con los estadísticos F, su significación y los coeficientes de regresión. Para garantizar la validez del modelo de regresión se exploran si las variables siguen una distribución normal con la prueba de Kolmogorov- Smirnov y

también el resto de los supuestos del mismo calculando los estadísticos de los residuos, estadístico Durbin-Watson y los gráficos que exploran los supuestos de homocedasticidad y normalidad. Para la colinealidad se obtienen los niveles de tolerancia y sus inversos (FIV). Para el análisis factorial se utilizó el método de componentes principales. El objetivo que se perseguía con el análisis factorial era determinar cuantas dimensiones esta midiendo el cuestionario para compararlo con otros estudios y determinar el mejor modelo de regresión. La consistencia interna del cuestionario mediante el alfa de Cronbach.

Limitaciones del estudio:

- Aspectos r/c el trato y participación del paciente en sus cuidados no son abordados por el cuestionario en su versión 1
- Validación del cuestionario: la introducción de una de las variables independientes (satisfacción con el control del dolor) en mayo del 2012 en el cuestionario, modifica el valor α para esa variable del tamaño muestral. Sobre todo este valor es importante en el análisis del modelo de regresión. La variable influye en un 8,5% de la varianza, pero teniendo en cuenta esta limitación, seguramente su valor será más alto.
- El cuestionario es autoadministrado por lo que puede ocurrir que los profesionales al hacerle entrega del mismo no se lo expliquen suficientemente al paciente.
- La tasa de respuesta y la veracidad en las mismas puede verse afectada por las creencias de los pacientes de represalias por parte de los profesionales.

RESULTADOS DEL ESTUDIO

A. Resultados del análisis descriptivo de la versión 1 del cuestionario:

La muestra obtenida fue de N=3.340 pacientes, 1.759 en 2011 y 1.581 en



2012 a pacientes de todas las unidades de hospitalización del HGUA al alta coincidiendo con los cuatro cortes anuales del seguimiento de la calidad de los cuidados.

La tasa de respuesta fue del 57 %.

PERFIL DE LOS ENCUESTADOS:

De los 3.340 pacientes encuestados, de ellos, el 41.3% (1380) eran hombres, el 53.8% (1798) mujeres y un 4.9 % (162) no contesta la variable sexo.

El nivel de estudios de los pacientes encuestados es del 7,1% (224) sin estudios, un 55.9% (1758) tiene estudios básicos, un 8.6 % (271) con estudios superiores, un 20.2% (635) tiene estudios universitarios y un 8.1 % (255) no contestan a esta variable.

La variable edad se agrupó en tramos de 10 años. Tabla 1

Tabla 1: Edad de los pacientes

EDAD	Nº	%	HOMBRES		MUJERES	
			Nº	%	Nº	%
16-25	158	4,7	52	32,9	106	67,1
26-35	489	14,6	103	21,1	386	78,9
36-45	459	13,7	145	31,6	314	68,4
46-55	379	11,3	195	51,5	184	48,5
56-65	458	13,7	242	52,8	216	47,2
66-75	477	14,3	255	53,5	222	46,5
76-85	500	15,0	265	53	235	47
86-95	17	0,5	5	29,4	12	70,6
96-105	3	0,1	0	0	3	100
N/C	400	12,0	118	29,5	282	70,5

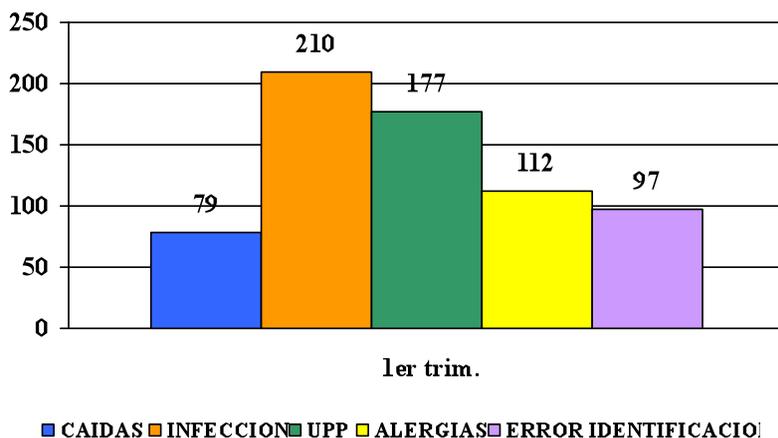
INFORMACIÓN RECIBIDA

La información recibida sobre las normas del centro es del 83.4 % (2784), sobre la importancia de llevar la pulsera de identificación es del 69.6 % (2323). Un 54.9 % (1833) declaran que su pulsera lleva algún código de colores y de ellos solo a un 32 % (1069) se les informó del significado de dichos colores que identifican su vulnerabilidad de riesgo.

EVENTOS ADVERSOS EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA:

Los pacientes declaran haber sufrido en un 2,4 % (79) una caída, un 6,3 % (210) una infección, un 5,3 % (177) UPP, un 3,4 % (112) algún tipo de alergia y un 2.9 % (97) le han confundido con otro paciente. Figura 1

Figura 1: Eventos adversos declarados por los pacientes



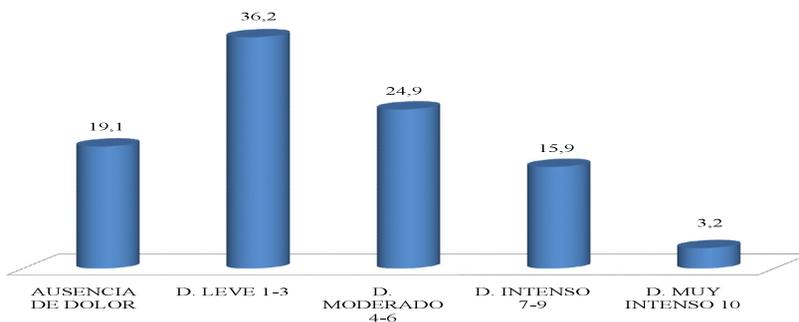
DOLOR:

Un 43,9 % (1468) declara que tienen dolor según la escala de EVA, con dolor moderado un 24,9 % (830), intenso un 15,9 % (530) y muy intenso un 3,2 % (108). Teniendo en cuenta que el ítem de satisfacción en el control de su dolor se introdujo en mayo del 2012, la muestra del mismo es de N=1650 pacientes y de ellos un 60.5 % (999) están satisfechos, bastante satisfechos o muy satisfechos con la atención de su dolor y un 0,7 % (12) poco o nada satisfecho. Figura 2

Al comparar el nivel del dolor percibido por sexos se obtiene que las mujeres tienen un mayor nivel de dolor y las diferencias si son significativas estadísticamente no ocurriendo así el la satisfacción con el control del dolor.



Figura 2: Dolor percibido por los pacientes según la escala de EVA



PERCEPCIÓN GLOBAL DE SEGURIDAD RELACIONADA CON LOS CUIDADOS:

El 94,7 % (3164) se sienten seguros con los cuidados recibidos y de ellos el 56,6 % (1889) muy seguros, el 34,7 % (1160) bastante seguros y el 3,4 % (115) ligeramente seguros. Un 3,3 % (110) ni seguros ni inseguros y el 1,1 % (37) tienen algún grado de inseguridad (un 0,4 % ligeramente inseguros, 0,4 % bastante inseguros y un 0,3 % muy inseguros).

De los pacientes que se sienten inseguros el 42,8 % no recibieron información, el 28,6 % sufrieron uno o varios Eventos Adversos y un 71,4 % declararon tener dolor (37 % moderado, 20 % intenso o el 14,3 % muy intenso).

Resultados del análisis de regresión lineal múltiple versión 1 cuestionario:

Este tipo de análisis tiene como finalidad valorar la influencia de las diferentes variables del estudio (información, eventos adversos, dolor) en la sensación de seguridad percibida en la unidad de enfermería. Para ello se ha utilizado el método “por pasos” (“Stepwise”) en la que van entrando las variables según su grado de significación, definiéndose diferentes modelos en los que se va incrementando el coeficiente de determinación, es decir, el

porcentaje de explicación de la variación en la respuesta. Se ha tomado como modelo, aquél que la inclusión de más variables no ocasiona un incremento del coeficiente de determinación y, por lo tanto, la inclusión de un número mayor de variables no explicaría la variación en la respuesta.

Se estudian 3 modelos de regresión:

- Total de pacientes. Modelo global.
- Por separado en función del año (modelo A a 2011, modelo B a 2012) ya que en el 2012 se introdujeron cambios en el cuestionario. En concreto la incorporación del ítem “Satisfacción con el control del dolor en la unidad”. En concreto se extrae un Modelo del 2001 y otro 2012.

Tabla nº 2: Análisis de regresión. Modelos estudiados

Modelo	R cuadrado	Variables predictivas extraídas según los coeficientes beta con significación estadística
GLOBAL	0,097	1º Grado de dolor percibido 2º Información recibida 3º Satisfacción control del dolor
Variables predictivas analizadas: variables sociodemográficas, unidad de enfermería, información recibida al ingreso, información recibida sobre procedimientos de seguridad, incidentes durante la estancia, grado de dolor y satisfacción control del dolor en la unidad.		
A (2011)	0,125	1º Grado de Dolor percibido 2º Información recibida al ingreso 3º Nivel de estudios 4º Caídas en la estancia
Variables predictivas analizadas: variables sociodemográficas, unidad de enfermería, información recibida al ingreso, información recibida sobre procedimientos de seguridad, incidentes durante la estancia, grado de dolor.		
B (2012)	0,083	1º Satisfacción con el control del dolor 2º Grado de dolor percibido. 3º Información recibida al ingreso. 4º Haber sufrido un evento adverso durante el ingreso.
Variables predictivas: variables sociodemográficas, unidad de enfermería, información recibida al ingreso, información recibida sobre procedimientos de seguridad, incidentes durante la estancia, grado de dolor y satisfacción control del dolor en la unidad.		



El modelo A incluye variables que explican hasta un 12,5% la variación de la respuesta, el modelo B un 8,3% y el Global un 9,7%.

Así, de todos los modelos de regresión estudiados (3 en total), la sensación de seguridad percibida por el paciente esta relacionada con las variables de información y dolor en los tres modelos estudiados. Se opta por presentar aquí el modelo global con todos los encuestados, pero se plantea la necesidad de realizar un análisis factorial que valorará la importancia de cada uno de estos factores en la percepción global de seguridad. Ninguno de los tres modelos extraídos tiene unos valores altos en r^2 por lo que ya podemos inferir que la percepción de seguridad seguramente esta influida por otros factores no contemplados en el cuestionario en su versión 1.

Modelo Global. Del análisis de regresión múltiple el modelo extraído explica un 9,7% de la varianza ($r^2=0,097$) y existe significación estadística como podemos ver en la tabla nº 4 de la ANOVA. Dentro del modelo el dolor percibido explica un 18,9% de la varianza, la satisfacción con el control del dolor un 8,5% de la varianza (seguramente este factor es mucho más importante pero como la pregunta se añadió en el 2012 en el cuestionario se precisa mayor tamaño muestral) y la información recibida al ingreso 10,5%, y haber sufrido una reacción alérgica durante el ingreso un 4,3%, como se puede ver en la tabla nº 5 de coeficientes.

Tabla nº 3: Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,311 ^a	,097	,092	1,000	1,909

a. Variables predictoras: (Constante), EDADRECODE, RECODEITEM9, DOLORRECODE, SATIDOLORRECODE, recodeitem1, RECODEITEM3, UNIDADRECODE, RECODEITEM6, estudiosrecode, sexorecode, RECODE7, RECODEITEM8, recodeitem2, RECODEITEM5, RECODEITEM4

b. Variable dependiente: SENSASEGURECODE

Tabla n° 4: ANOVA^b

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	333,653	15	22,244	22,242	.000 ^a
	Residual	3116,198	3116	1,000		
	Total	3449,851	3131			

a. Variables predictoras: (Constante), EDADRECODE, RECODEITEM9, DOLORRECODE, SATIDOLORRECODE, recodeitem1, RECODEITEM3, UNIDADRECODE, RECODEITEM6, estudiosrecode, sexorecode, RECODE7, RECODEITEM8, recodeitem2, RECODEITEM5, RECODEITEM4

b. Variable dependiente: SENSASEGURECODE

Tabla n° 5 Coeficientes^a

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error tip.	Beta		
1	(Constante)	-,617	,260		-2,368	,018
	sexorecode	,110	,033	,061	3,338	,001
	UNIDADRECODE	,001	,002	,006	,344	,731
	recodeitem1	,227	,041	,105	5,542	,000
	estudiosrecode	,051	,017	,055	3,057	,002
	recodeitem2	,090	,035	,050	2,528	,012
	RECODEITEM3	,024	,029	,017	,820	,412
	RECODEITEM4	,034	,031	,023	1,093	,274
	RECODEITEM5	,215	,108	,039	1,984	,047
	RECODEITEM6	,079	,067	,022	1,176	,240
	RECODE7	-,110	,078	-,027	-1,403	,161
	RECODEITEM8	,205	,091	,043	2,253	,024
	RECODEITEM9	,024	,097	,005	,246	,806
	DOLORRECODE	,177	,016	,189	10,956	,000
	SATIDOLORRECODE	,045	,009	,085	4,941	,000
	EDADRECODE	-,011	,009	-,022	-1,162	,245

a. Variable dependiente: SENSASEGURECODE

Se explora los supuestos del modelo de regresión aquí hallado. Se calcula el estadístico Durbin-Watson para ver el grado de independencia de los residuos y su valor de 1,909 nos indica su cumplimiento.

Las variables a estudio dentro del análisis de regresión múltiple siguen una distribución normal, se estudia con la prueba Kolmogorov- Smirnov (KS), (ver tabla n° 6.)



Se hallan los gráficos para obtener información sobre el grado de cumplimiento de los supuestos de homocedasticidad y normalidad de los residuos. La distribución de los residuos si parece seguir el modelo de probabilidad normal como puede verse en el histograma (figura nº 3) y se halla el gráfico de probabilidad normal (figura nº 4) y se puede observar como los puntos están alineados sobre la diagonal, por lo que el supuesto de normalidad si lo cumple el modelo de regresión estudiado.

Figura nº 3: histogram

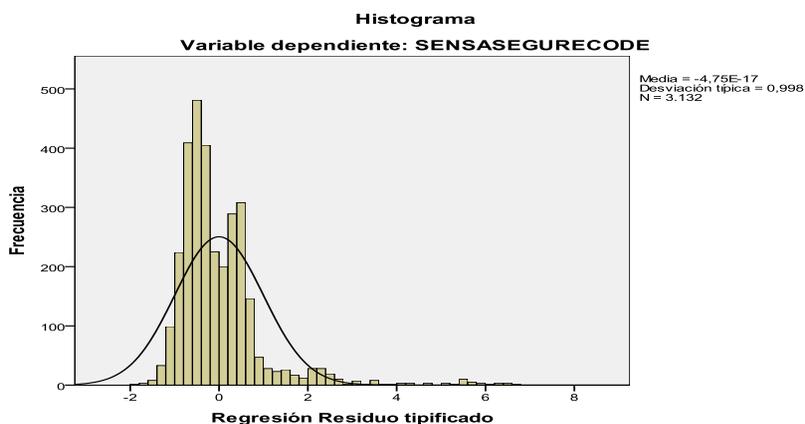
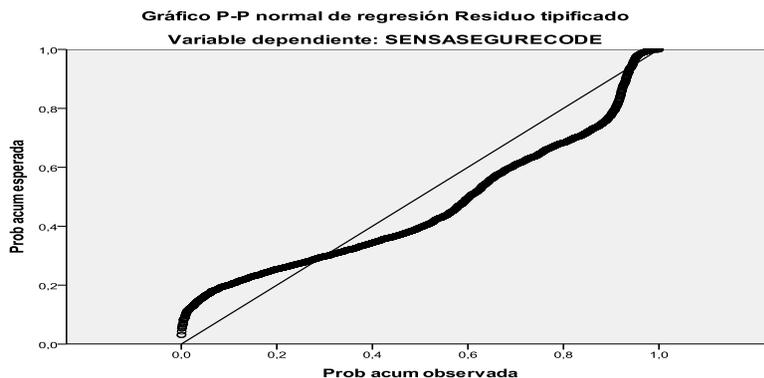


Figura nº 4



También se generan los diagramas de regresión parcial para explorar la relación entre la variable dependiente y las variables independientes y como puede verse en las figuras 5, 6, 7, 8 y 9 cumple el supuesto de linealidad.

Figura nº 5

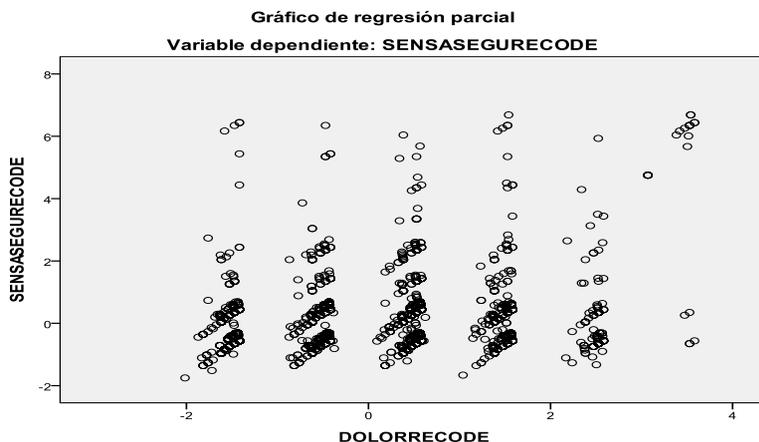


Figura nº 6

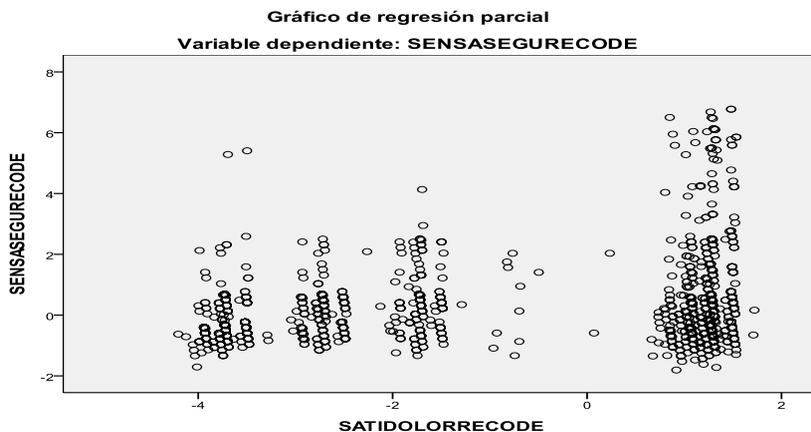




Figura nº 7

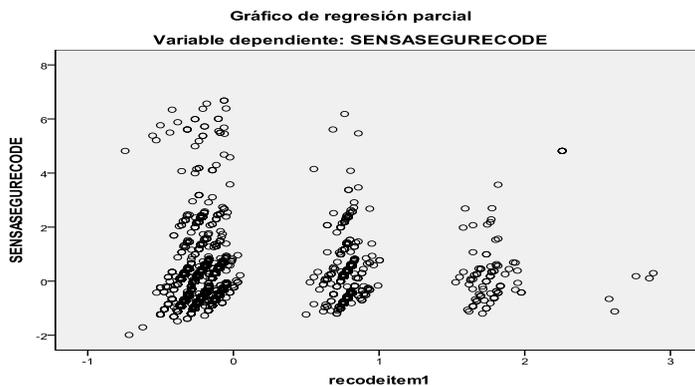


Figura nº 8

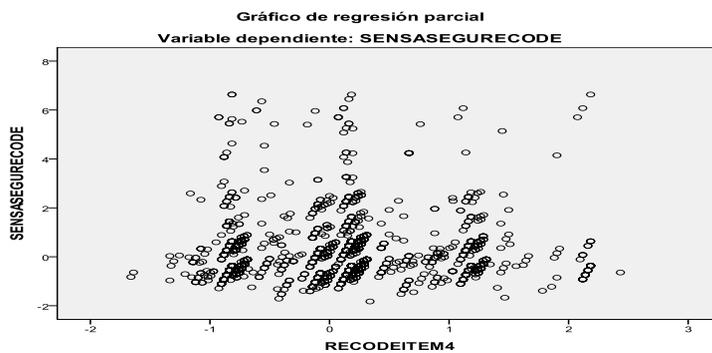
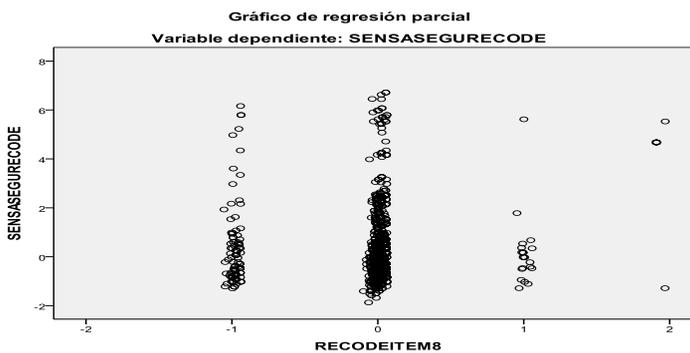


Figura nº 9



Resultados del análisis del análisis factorial de la versión 1 cuestionario:

Los modelos A, B y global incluyen variables predictivas relacionadas con el dolor percibido, la información recibida y los eventos adversos sufridos durante la estancia siendo el análisis factorial el que va a valorar la importancia de cada uno de estos factores en la sensación de seguridad percibida con los cuidados de enfermería ya que algunas de estas variables están algo correlacionadas (sobre todo el dolor) entre sí.

Al igual que en el análisis de regresión múltiple se han realizado 3 modalidades de análisis factorial: modelo global (total encuestados), modelo A y B (por año, A- 2001 y b- 2012)

Modelo Global.

Según el método de componentes principales y el criterio de Kaiser. En el modelo global se han seleccionado cuatro factores que explican el 54,25% de la varianza:

- Factor 1: Eventos adversos durante la estancia
- Factor 2: Factor de información recibida
- Factor 3: Factor de nivel dolor
- Factor 4: Factor satisfacción control del dolor (cuidados)

La matriz de saturaciones nos permite agrupar las variables en función de que los pesos obtenidos en cada factor sean similares. El resultado de la agrupación del modelo global se puede ver en la tabla nº 7.



Tabla nº 7: Matriz de componentes^a

	Componente			
	1	2	3	4
recodeitem1	,416	,412	,281	-,490
recodeitem2	,471	,533	,106	-,366
RECODEITEM3	,442	,452	-,521	,223
RECODEITEM4	,501	,545	-,375	,173
RECODEITEM5	,608	-,316	,082	-,016
RECODEITEM6	,537	-,329	,063	,026
RECODE7	,530	-,418	-,066	-,023
RECODEITEM8	,568	-,349	-,027	,066
RECODEITEM9	,575	-,356	,015	,027
DOLORRECODE	,089	,182	,628	,165
SATIDOLORRECODE	,074	,170	,109	,668
SENSASEGURECODE	,257	,266	,565	,320

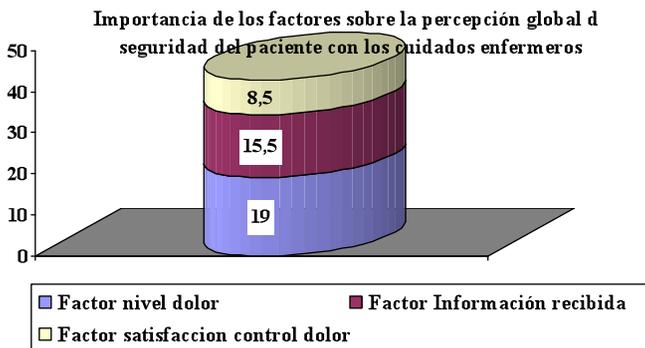
Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 4 componentes extraídos

La importancia de los dos factores sobre la percepción global de seguridad del paciente viene determinada por el análisis de regresión mediante el origen cuyo coeficiente de determinación 0,097.

Así en la figura 10 puede verse la importancia de los factores sobre la percepción de seguridad del paciente con los cuidados:

Figura nº 10.



Del 54,25% de la varianza explicada por este modelo el factor 2: Factor nivel del dolor tiene un 19 % de importancia seguido del factor información recibida 15,5% y finalmente el factor de satisfacción con el control del dolor. Este análisis factorial es congruente, excepto en que en el modelo de regresión los eventos adversos en la estancia no resultan significativos en la tabla de coeficientes beta con el modelo Global de regresión lineal múltiple, esto puede ser debido al tamaño muestral de los pacientes que declaran haber sufrido un evento adverso.

Modelo A (año 2011):

Se seleccionan 4 componentes que explican el 49,78% de la varianza:

Factor 1: Eventos adversos durante la estancia

Factor 2: variables sociodemográficas del paciente

Factor 3: factor de información recibida

Factor 4: Factor de nivel de dolor

La matriz de saturaciones nos permite agrupar las variables en función de que los pesos obtenidos en cada factor sean similares. El resultado de la agrupación del modelo global se puede ver en la tabla nº 8

Tabla nº 8 Matriz de componentes^{a,b}

	Componente			
	1	2	3	4
recodeitem1	,458	,187	,297	,336
recodeitem2	,488	,292	,440	,151
RECODEITEM3	,452	,162	,488	-,451
RECODEITEM4	,486	,217	,556	-,258
RECODEITEM5	,659	-,263	-,199	,052
RECODEITEM6	,590	-,267	-,174	-,041
RECODE7	,571	-,309	-,268	-,118
RECODEITEM8	,620	-,244	-,196	-,063
RECODEITEM9	,618	-,301	-,209	-,004
DOLORRECODE	,180	,220	-,010	,669
SENSASEGURECODE	,362	,308	-,076	,475
sexorecode	,195	,532	-,366	-,092
UNIDADRECODE	,001	-,299	,319	,065
estudiosrecode	,176	,532	-,301	-,231
EDADRECODE	-,150	-,595	,338	,219

Método de extracción: Análisis de componentes principales.



Tabla n° 8 Matriz de componentes^{a,b}

	Componente			
	1	2	3	4
recodeitem1	,458	,187	,297	,336
recodeitem2	,488	,292	,440	,151
RECODEITEM3	,452	,162	,488	-,451
RECODEITEM4	,486	,217	,556	-,258
RECODEITEM5	,659	-,263	-,199	,052
RECODEITEM6	,590	-,267	-,174	-,041
RECODE7	,571	-,309	-,268	-,118
RECODEITEM8	,620	-,244	-,196	-,063
RECODEITEM9	,618	-,301	-,209	-,004
DOLORRECODE	,180	,220	-,010	,669
SENSASEGURECODE	,362	,308	-,076	,475
sexorecode	,195	,532	-,366	-,092
UNIDADRECODE	,001	-,299	,319	,065
estudiosrecode	,176	,532	-,301	-,231
EDADRECODE	-,150	-,595	,338	,219

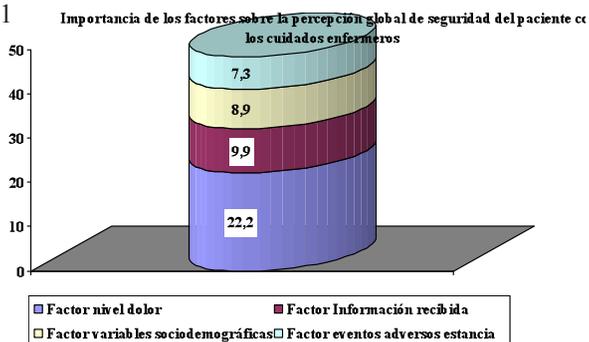
Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. AÑO = 2011

b. 4 componentes extraídos

Del 49,78 % (ver figura 11) de la varianza explicada por este modelo el factor nivel de dolor tiene un 22,2% de importancia seguido de información recibida con un 9,9 %, factor variables sociodemográficas (sólo nivel de estudios) con un 8,9% y eventos adversos durante la estancia (pero sólo caídas) tiene un 7,3 %. Este análisis factorial es congruente, excepto a que en el análisis de regresión sólo detecta como variable relacionada dentro de los eventos adversos durante la estancia sólo las caídas, con el modelo B de regresión lineal por lo que el estudio es más consistente.

Figura n° 11



Modelo B (año 2012):

Se seleccionan seis componentes que explican el 54,45% de la varianza:

Factor 1: Factor de información recibida

Factor 2: Eventos adversos durante la estancia

Factor 3: Variables sociodemográficas del paciente

Factor 4: Factor percepción subjetiva del paciente (seguridad/ satisfacción control dolor)

Factor 5: Factor Satisfacción cuidados de enfermería en el dolor

Factor 6: Factor de nivel de dolor

La matriz de saturaciones nos permite agrupar las variables en función de que los pesos obtenidos en cada factor sean similares. El resultado de la agrupación del modelo global se puede ver en la tabla nº 9

Tabla nº 9 Matriz de componentes^{a,b}

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
recodeitem1	,431	-,226	,354	,292	-,476	-,049
recodeitem2	,639	-,120	,271	,244	-,271	-,074
RECODEITEM3	,606	,038	,248	-,375	,427	,086
RECODEITEM4	,720	,035	,260	-,223	,330	,085
RECODEITEM5	,101	,519	,141	,289	-,052	,274
RECODEITEM6	-,023	,472	,040	,366	-,009	-,246
RECODE7	-,024	,614	,119	,086	-,061	-,088
RECODEITEM8	-,022	,547	,200	,153	,096	-,124
RECODEITEM9	,002	,515	,111	,031	,093	,337
DOLORRECODE	,111	-,268	-,204	,381	,090	,532
SENSASEGURECODE	,194	-,389	,036	,471	,160	-,142
sexorecode	,283	,109	-,566	,088	-,109	,363
UNIDADRECODE	-,261	-,187	,560	-,051	-,211	,251
estudiosrecode	,331	,102	-,241	-,247	-,268	-,364
SATIDOLORRECODE	,001	-,142	-,081	,472	,569	-,283
EDADRECODE	-,527	-,194	,507	-,001	,169	,060

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

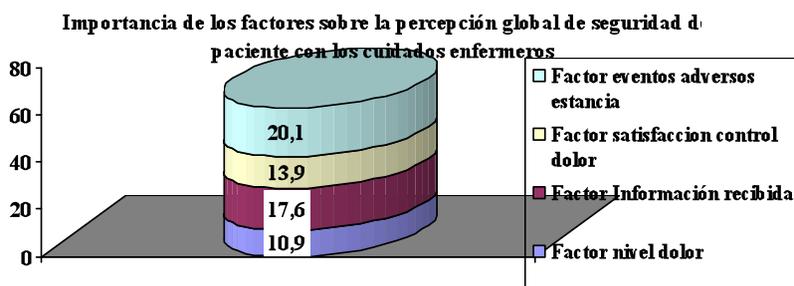
a. AÑO = 2012

b. 6 componentes extraídos



Del 54,45 % (ver figura 12) de la varianza explicada por este modelo el factor eventos adversos durante la estancia tiene un 20,1 % de importancia seguido del factor información recibida (17,6%), factor de satisfacción control del dolor (13,9%) y factor nivel del dolor tiene un 10,9 % de importancia . Este análisis factorial es congruente, con el modelo B de regresión lineal por lo que el estudio es más consistente.

Figura nº 12



B. Resultados del análisis descriptivo de la versión 2 del cuestionario:

La muestra obtenida fue de N=111 pacientes, a pacientes de todas las unidades de hospitalización del HGUA al alta coincidiendo con el corte de septiembre de 2013 del seguimiento de la calidad de los cuidados.

PERFIL DE LOS ENCUESTADOS:

De los 111 pacientes encuestados, de ellos, el 46,8 % (52) eran hombres, el 53,2 % (59) mujeres todos contestan la variable sexo.

El nivel de estudios de los pacientes encuestados es del 16,2 % (18) sin estudios, un 51,4 % (57) tiene estudios básicos, un 19,8 % (22) con estudios superiores, un 12,6 % (14) tiene estudios universitarios y el 100 % (111) contestan a esta variable. Tabla nº 10

Tabla 10: Estudios de los pacientes por sexos

ESTUDIOS	Nº	%	HOMBRES		MUJERES	
			Nº	%	Nº	%
Sin estudios	18	16.2	3	5.8	15	25.4
Básicos	57	51.4	29	55.8	28	47.5
Superiores	22	19.8	13	25.0	9	15.3
Universitarios	14	12.6	7	13.5	7	11.9
No Contesta	0	0	0	0	0	0

La variable edad no se agrupó en tramos de 10 años. La media de edad tanto en hombres como en mujeres es de 60 años (60.35 en hombres y 60.41 en mujeres)

INFORMACIÓN RECIBIDA PARTICIPACION E INTIMIDAD

En el bloque de ítems sobre la información recibida, participación en sus cuidados y respeto de la intimidad los resultados son: Tabla nº 11

Tabla nº 11: Información recibida, participación e intimidad

ITEMS	No de acuerdo		Poco de acuerdo		Moderadamente de acuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo		No Contesta	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I. Normas centro	2	1,8	5	4,5	14	12,6	17	15,3	72	64,9	1	0,9
I. Pulsera Identificación	12	10,8	8	7,2	19	17,1	13	11,7	58	52,3	1	0,9
I. Significado código colores	19	17,1	10	9,0	23	20,7	16	14,4	42	37,8	1	0,9
I. Cuidados	2	1,8	4	3,6	15	13,5	17	15,3	72	64,9	1	0,9
Participación en sus cuidados	6	5,4	4	3,6	24	21,6	21	18,9	55	49,5	1	0,9
Respeto de la intimidad	2	1,8	0	0,0	6	5,4	15	13,5	87	78,4	1	0,9

Sobre la información recibida están de acuerdo o completamente de acuerdo: sobre las normas del centro el 94,6 % (105), sobre la importancia de llevar la pulsera de identificación el 64 % (71), sobre el significado del código de colores que identifican su vulnerabilidad de riesgo el 52,3 % (58) y de la información sobre sus cuidados el 94,6 % (105). Un 68,5 % (76) están de

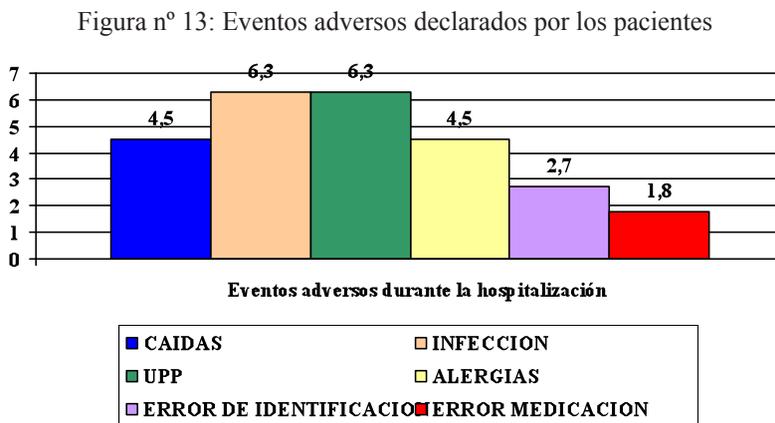


acuerdo o completamente de acuerdo con la participación en los cuidados y en relación con el respeto de su intimidad el 91,9 % (102).

EVENTOS ADVERSOS EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA:

Los pacientes declaran haber sufrido en un 4,5 % (5) una caída y cuando ocurrió todos informaron a la enfermera, un 6,3 % (7) una infección, un 6,3 % (7) UPP, un 4,5 % (5) algún tipo de alergia, un 2,7 % (3) le han confundido con otro paciente y un 1,8 % (2) declaran que le dieron una medicación equivocada.

Figuranº 13



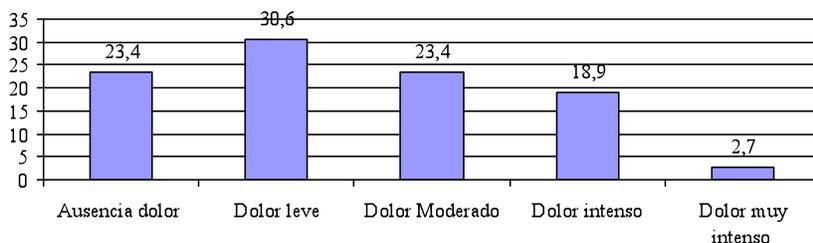
Un 41,4 % (46) pacientes declaran que están de acuerdo o completamente de acuerdo con la información de los profesionales de enfermería sobre el incidente.

DOLOR:

Un 45 % (50) declara que tienen dolor según la escala de EVA, con dolor moderado un 23,4 % (26), intenso un 18,9 % (21) y muy intenso un 2,7 % (3). La satisfacción en el control de su dolor un 75,7 % (84) están satisfechos,

bastante satisfechos o muy satisfechos con la atención de su dolor y un 1,8 % (2) poco o nada satisfecho. Figura nº 14

Figura nº 14: Dolor percibido por los pacientes según la escala de EVA



PERCEPCIÓN GLOBAL DE SEGURIDAD RELACIONADA CON LOS CUIDADOS:

El 82 % (91) se sienten seguros con los cuidados recibidos y de ellos el 48,6 % (54) muy seguros, el 33,3 % (37) bastante seguros. Un 8,1 % (9) sienten algún tipo de inseguridad, de ellos el 5,4 % (6) ligeramente seguros y un 2,7 % (3) ni seguros ni inseguros. El 9 % (10) se sienten inseguros (un 0,9 % ligeramente inseguros, 6,3 % bastante inseguros y un 1,8 % muy inseguros).

Resultados del análisis de regresión lineal múltiple versión 2 cuestionario:

El modelo de regresión estudiado en el que la variable dependiente es sensación de seguridad percibida y como independientes la información recibida al ingreso, sobre los procedimientos de seguridad, participación del paciente en sus cuidados, la confidencialidad e intimidad, los eventos adversos sufridos durante la estancia, nivel de dolor y grado de satisfacción con los cuidados al control del dolor resulta ser significativo con un $r^2 = 0,346$ pero al estudiar la tabla de los coeficientes estandarizados beta no se halla significación estadística. Pudiendo deberse este hecho al tamaño muestral, se estudian las correlaciones bivariadas (tabla nº 12).



Tabla nº 12: Correlaciones Pearson items del cuestionario

Correlación de Pearson	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
4	-	0,705	0,628	0,634	0,540	0,528	0,361	-	0,412	0,447	0,385	0,407	0,431	-	-	-	-
5	0,705	-	0,799	0,549	0,522	0,507	0,334	-	0,327	0,361	0,299	0,315	0,337	-	-	-	-
6	0,628	0,799	-	0,629	0,622	0,478	0,311	-	0,346	0,338	0,336	0,342	0,333	-	-	-	-
7	0,634	0,549	0,629	-	0,738	0,650	0,403	-	0,418	0,394	0,403	0,400	0,412	0,273	-	-	-
8	0,540	0,522	0,622	0,738	-	0,539	0,360	-	0,406	0,376	0,360	0,397	0,369	0,227	-	0,273	-
9	0,528	0,507	0,478	0,650	0,539	-	0,470	-	0,498	0,453	0,455	0,473	0,530	0,272	-	-	-
10	0,361	0,334	0,311	0,403	0,360	0,470	-	0,378	0,910	0,891	0,907	0,925	0,934	-	0,393	0,247	0,350
11	-	-	-	-	-	-	0,378	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	0,412	0,327	0,346	0,418	0,406	0,498	0,919	-	-	0,875	0,928	0,928	0,938	-	0,397	0,273	0,305
13	0,447	0,361	0,338	0,394	0,376	0,453	0,891	-	0,875	-	0,891	0,909	0,919	-	0,436	-	0,336
14	0,385	0,299	0,336	0,403	0,360	0,455	0,907	-	0,928	0,891	-	0,925	0,934	-	0,434	0,247	0,390
15	0,407	0,315	0,342	0,400	0,397	0,473	0,925	-	0,928	0,909	0,925	-	0,951	-	0,442	0,228	0,389
16	0,431	0,337	0,333	0,412	0,369	0,530	0,934	-	0,938	0,919	0,934	0,951	-	-	0,493	-	0,400
17	0,204	-	-	0,273	0,227	0,272	-	-	0,224	0,204	-	-	-	-	-	0,260	-
18	-	-	-	-	-	-	0,393	-	0,397	0,436	0,434	0,442	0,493	-	-	-0,440	0,408
19	0,246	0,273	0,200	-	0,273	0,224	0,247	-	0,273	0,223	0,247	0,228	-	0,260	-0,440	-	-
20	-	-	-	-	-	-	0,350	-	0,305	0,336	0,390	0,389	0,400	-	0,408	-	-

Se muestran en la tabla las correlaciones con significación estadística $p > 0.05$

Como se puede ver en la tabla nº12 la seguridad percibida del paciente correlaciona con el grado de dolor que haya tenido el paciente durante la estancia hospitalaria así como con los eventos adversos sufridos durante la misma. Llama la atención que la asociación no es significativa con las variables información recibida y participación del paciente.

Análisis factorial SCE v2:

Según el método de componentes principales y el criterio de Kaiser. En el modelo factorial estudiado se han seleccionado tres factores que explican el 78,21 % de la varianza:

Factor 1: Eventos adversos durante la estancia

Factor 2: Factor de información recibida y participación del paciente.

Factor 3: Factor Gestión del dolor: (nivel de dolor y satisfacción cuidados)

La matriz de saturaciones nos permite agrupar las variables en función de que los pesos obtenidos en cada factor sean similares. El resultado de la agrupación del modelo extraído en la versión 2 del cuestionario se puede ver en la tabla nº 13

Análisis de fiabilidad v2:

En cuanto a la fiabilidad, el SCE v2 un valor de alfa Cronbach alto (0,844). El cuestionario en su versión 2 ha alcanzado una alta fiabilidad tanto a nivel general como para cada una de sus dimensiones específicas. Así, para los items de información y participación del paciente alfa es de 0,871 y para los eventos adversos durante la estancia alfa = 0,894

El valor de alfa Cronbach aumenta si se eliminan los items 11 y 17 (preguntas que sólo se contestan en caso de que la anterior sea afirmativa) pero se decide no eliminar dichos items puesto que aportan otros datos como: si se actuó tras un incidente durante la estancia.



Tabla nº13 Matriz de componentes del modelo factorial SCE v2^a

	Componente		
	1	2	3
Información recibida al ingreso	,640	,496	,154
Información recibida pulsera seguridad	,583	,589	,184
Información recibida sobre los procedimientos de seguridad basados en la identificación de riesgo de la pulsera	,590	,595	,229
Información recibida de las enfermeras sobre cuidados	,652	,508	,201
Participación del paciente en sus cuidados	,606	,528	,066
Confidencialidad e intimidad	,673	,319	,097
Caidas	,891	-,306	-,176
Infecciones nosocomiales	,905	-,266	-,189
Lesiones piel por inmovilidad	,892	-,278	-,123
Reacciones alérgicas	,897	-,321	-,147
Confusión de paciente	,911	-,313	-,129
Medicación errónea	,925	-,322	-,085
Nivel de dolor	,413	-,506	,572
Satisfacción con el control del dolor	,284	,357	-,780
Sensación seguridad con los cuidados	,373	-,372	,469

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 3 componentes extraídos

Discusión:

Esta investigación ha pretendido poner en relación las variables explicativas de la percepción de seguridad del paciente con los cuidados de enfermería y sobre todo obtener un instrumento de medida fácil y rápido para el paciente y la institución sanitaria, sin un elevado costo en tiempo y de recursos materiales y técnicos para poder conocer el grado de seguridad percibido por el paciente en relación con los cuidados de enfermería y así poder plantear las estrategias

o intervenciones de mejora en las unidades más adecuadas para poder aumentar la seguridad percibida por nuestros pacientes en el Hospital General universitario de Alicante.

El cuestionario de Seguridad con los Cuidados Enfermeros (SCE v2) en su versión 2 (tras los cambios de la versión 1) tiene la suficiente fiabilidad y validez para medir dicha percepción del paciente. Cada una de las dimensiones de las que en este estudio hemos abordado (información recibida y participación del paciente, eventos adversos durante la estancia, gestión del dolor) como predictivas de la sensación de seguridad paciente con los cuidados han sido exploradas en otros estudios sin establecer relaciones claras entre ellas (5, 6, 7, 8, 9 y 10).

El SCE v.2 ha sido validado en una muestra de 111 pacientes con una edad media de 60 años, 46,8% eran hombres y el 53,2 % mujeres con un nivel de estudios mayoritariamente primarios. En cuanto a la hipótesis del estudio, la seguridad percibida con los cuidados de enfermería no mostró una relación estadísticamente significativa con la unidad de enfermería de ingreso, nivel de estudios, sexo, edad, ni con las variables sobre información recibida, participación del paciente, ni la confidencialidad o intimidad proporcionada. Si que se confirma la hipótesis del estudio en que la sensación de seguridad percibida por los pacientes con los cuidados de enfermería si esta relacionada con el nivel de dolor y los eventos adversos que haya sufrido durante la estancia.

Estos hechos pueden ser debidos (sobre todo la falta de significación en la relacion entre seguridad percibida con los cuidados con la información y participación del paciente) al tamaño muestral, pero en el estudio del Ministerio de Sanidad (6) sobre seguridad percibida con la atención sanitaria, entre sus conclusiones en una población similar afirman la necesidad de tener datos más concretos sobre la información recibida por el paciente y una mayor muestra para explicar su influencia (la información que recibe el paciente) en



la percepción de seguridad. Así, grupos de expertos nacionales (2) que han analizado puntos críticos del sistema sanitario que influyen en la seguridad del paciente no ponen el grado de información que se da al paciente como uno de ellos.

En muchos estudios (5,21,22) se afirma la importancia que tiene la información al paciente relacionado con la satisfacción del paciente pero no con la percepción de seguridad que el paciente tiene con la atención sanitaria.

En el cuestionario SCE v2 pretende explorar también la opinión de los pacientes sobre la información de los cuidados enfermeros que reciben, porque dicha opinión nos ayuda a la hora de elaborar posibles estrategias de mejora en la atención sanitaria, no podemos olvidar que la seguridad clínica, junto a la satisfacción, la utilización eficiente de los recursos, entre otros, es uno de los aspectos que van íntimamente ligados a la calidad asistencial.

Para otros autores, la comunicación, real y efectiva, entre profesional y paciente es uno de los aspectos fundamentales para valorar el nivel de seguridad del paciente (5) (19)

De los pacientes estudiados tanto en la versión 1 como en la 2 del cuestionario (como hemos podido ver en el análisis regresión y factorial) la percepción de inseguridad está mas relacionada en primer lugar con el nivel de dolor, en segundo lugar con haber sufrido un EA y únicamente un 15 % está relacionado con la NO información.

Este hallazgo lo encontramos en la versión 1 del cuestionario y se repite en la versión 2, por lo que la relación de la información recibida por el paciente y seguridad percibida no parece existir aunque si con la satisfacción de la atención recibida.

Por ello si queremos cambiar la percepción de seguridad con los cuidados de enfermería y por ende ganar en confianza con los cuidados de enfermería por parte de nuestros pacientes es fundamental planificar planes de prevención

de los EA y planes de atención para el dolor. En nuestro centro desde hace año y medio se ha implantado la monitorización de la intensidad del dolor (escala EVA) a todos los pacientes ingresados debido a que gracias a las encuestas de seguridad del paciente que se llevan haciendo desde el 2011, se extraía de ellas la relación del dolor con la inseguridad. Ha sido gracias al análisis de la fiabilidad y la mejora en la misma que se ha obtenido con la versión 2 , la oportunidad de profundizar en que variables podemos incidir como enfermeras para garantizar que nuestros pacientes se sientes más seguros con los cuidados que les proporcionamos y dichas variables son: DOLOR y PREVENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS.

Implicaciones para la práctica:

Gracias a esta iniciativa (cuestionario de seguridad de los cuidados) se han conocido por otras fuentes de información (paciente/familia) eventos adversos que no estaban declarados por parte de los profesionales de enfermería.

Consideramos que es muy importante la triangulación de los datos obtenidos en los sistemas de información con el paciente puesto que nos acerca más a la realidad de la práctica clínica. Además esta iniciativa ha provocado que la notificación de caídas y otros eventos adversos por parte de los profesionales haya aumentado. Se ha incorporado dentro de la cultura de seguridad del paciente al propio paciente y familia.

El nivel del dolor que percibe un paciente durante su estancia hospitalaria y su satisfacción con los cuidados que ha recibido para controlar dicho dolor son variables muy importantes en la percepción de seguridad de los pacientes. Por ello la evaluación protocolizada de la intensidad del dolor como una constante vital garantizará estar más alerte en los primeras manifestaciones del dolor y hará que la enfermera proporcione cuidados analgésicos de forma precoz antes de que el dolor sea más difícilmente controlable.



La prevención de los Eventos adversos es la base de los programas de seguridad clínica de las instituciones sanitarias, así un paciente que sufra un evento adverso se sentirá más inseguro con los cuidados y profesionales que le tratan, esto revertirá en la confianza con los profesionales y en la relación paciente- profesional y en consecuencia en la satisfacción del paciente. Además los eventos adversos causan comorbilidad añadida al proceso asistencial como un coste económico y de salud remediable. Es necesario hacer más énfasis en la concienciación de los profesionales de enfermería y de los pacientes en la seguridad clínica, qué es cosa de TODOS.

Con el cuestionario SCE v2, se puede monitorizar la percepción de seguridad con los cuidados que tiene el paciente y evaluar los planes de mejora en la seguridad del paciente y si estos influyen en la mejora de seguridad y confianza que los pacientes tienen en nuestros cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. (Informe Febrero 2006). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
3. Mira JJ, Aranaz JM, Vitaller, JM; Ziadi, M; Lorenzo, S; Rebas , P; Aibar-Remón, C. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. Med Clin. 2008; 131(3):26-32.
4. Hernández Meca, M^a Encarnación et al. Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [online]. 2008, vol.11, n.3, pp. 190-195. ISSN 1139-1375.

5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
6. Mira J, Aranaz J, Vitaller J, et al. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131 Suppl 3: 26-32.
7. Jaturapatoporn C, Hathirat S, Manataweewat B, Dellow AC, Leelaharattanarak S, Sirimothya S, Dellow J, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ). *J Med Assoc Thai* 2006; 89(9): 149-16.
8. Quintana JM, Gonzalez N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, San Sebastia JA, de la Sierra E, Thompson E. Predictors of patients satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 102.
9. Kirchgessner J, Perera Chang M, Klinkner G, Soley I, Marecelli D, Arkossy O, Stopper A, Kimmel PL. Satisfaction with care in peritoneal dialysis patients. *Kidney Int* 2006; 70(7):1325-1331.
10. Antón Torres R, Murcia Lopez A, Borrás Blasco J, Navarro Gracia JF, Navarro Ruiz A, Gonzalez Delgado M. Assessment of quality as perceived by users of an outpatient pharmaceutical care unit. *Farm Hosp* 2006; 30(2): 99-104
11. Castle NG, Brown J, Hepner KA, Hays RD. "Review of the Literature on Survey Instruments Used to Collect Data on Hospitals Patients" Perceptions of Care. *Health Serv Res*. 2005; 40(6 Pt 2): 1996-2017.
12. Massó P, Aranaz J, Mira JJ, et al. Adverse events in hospitals: the patient's point of view. *Quality & Safety Health Care*. En prensa 2009.
13. Aranaz-Andrés JM, Limón-Ramírez R, Aibar-Remón C et al, Grupo



- de trabajo ENEAS. Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. *Gac Sanit.* 2008; 22Suppl 1: 198–204.
14. Varo J, Revert Sempere RM, Fuster Torres R, Rubio Gomis E, Rubini Puig S, García Ibañez JE. “Satisfacción del cliente de los servicios de salud”. *Todo Hospital* 1996; 128: 51-56.
 15. Mira JJ, Galdón M, García EI, Velasco MV, Lorenzo S et al. “¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos?. Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi”. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14:165-177.
 16. García E, Rodríguez J, et al. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio Sanidad y Política Social. 2009
 17. García E, Rodríguez J, et al. La seguridad de los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto Séneca. Informes, estudios e investigación 2010. Ministerio Sanidad y Política Social. 2010.
 18. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17 (1): 22-29.
 19. Lorenzo S, Mira JJ, García EI. Gestión de la calidad, en Ayuso D, Grande RF. La gestión de Enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Ed. Díaz de Santos. 2006: 527-555.
 20. Ramón CA. La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente. Monografías humanitas, 2004-fundacionmhm.org.
 21. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida de resultado de la atención sanitaria. *Med Clin* 2000; 14 (supl 3):26-33

XI PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

ANEXO 1: VERSIÓN 1 DEL CUESTIONARIO



ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES Y CUIDADORES

Los profesionales de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante queremos comprobar por los pacientes el grado de información recibida sobre las iniciativas puestas en marcha para ofrecer mayor seguridad en los cuidados que prestamos.

1. Cuando ingresó ¿le informaron sobre las normas del Centro, horarios, timbres etc.?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
2. Cuándo ingresó ¿le informaron para qué sirve la pulsera de identificación y de la importancia de llevarla puesta?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
3. ¿Su pulsera lleva unos códigos de colores? (amarillo, azul o verde)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
4. Si su pulsera lleva los códigos de colores, ¿le explicaron el significado de los colores y las medidas preventivas que tenía que poner en marcha? (calzado, pedir ayuda, iluminación, movilización etc)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
5. Durante su estancia hospitalaria ¿ha sufrido una caída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
6. En caso de respuesta afirmativa ¿se lo comunicó a la enfermera?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
7. ¿Ha tenido alguna infección mientras ha estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
8. Durante su estancia en el Hospital, ¿ha tenido heridas o irritaciones en la piel por estar mucho tiempo en la cama?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
9. Mientras estaba hospitalizado ¿ha tenido alguna reacción alérgica? (medicamentos, alimentos, transfusiones, material sanitario...)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
10. Durante su estancia en el Hospital ¿le han confundido con otro paciente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
11. Puntúe de 0 a 10 el grado de dolor que ha tenido durante su estancia en la Unidad			
SIN DOLOR			DOLOR MÁXIMO

12. En caso de haber tenido dolor, marque el grado de satisfacción con el control del mismo en la unidad en la que ha estado:
 Muy satisfecho Bastante satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Nada satisfecho

13. Durante su estancia en el Hospital su grado de **sensación de seguridad** con la **ATENCIÓN** que le prestan los profesionales de enfermería (**Enfermeras y Auxiliares**) es:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Muy seguro | <input type="checkbox"/> Ni seguro/a ni inseguro/a | <input type="checkbox"/> Ligeramente inseguro |
| <input type="checkbox"/> Bastante seguro | | <input type="checkbox"/> Bastante inseguro |
| <input type="checkbox"/> Ligeramente seguro | | <input type="checkbox"/> Muy inseguro |

14. Sugerencias en torno la seguridad:

15. EDAD	<input type="text"/>	16. SEXO		<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre
17. NIVEL ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> Sin Estudios	<input type="checkbox"/> Estudios Básicos	<input type="checkbox"/> Estudios Superiores	<input type="checkbox"/> Estudios Universitarios	

DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE- HOSPITAL GENERAL

ANEXO 2: VERSIÓN 2 DEL CUESTIONARIO



**ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES Y CUIDADORES
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE- HOSPITAL GENERAL**

Los profesionales de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante queremos comprobar por los pacientes el grado de información recibida sobre las iniciativas puestas en marcha para ofrecer mayor seguridad en los cuidados que prestamos. Con las siguientes preguntas se quiere conocer cuál ha sido su experiencia en general durante su estancia.

NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS, SÓLO NOS INTERESA SU OPINIÓN

ES ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL. MUCHAS GRACIAS POR CONTESTAR

1. EDAD		2. SEXO	
		<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre
3. NIVEL ESTUDIOS		<input type="checkbox"/> Sin Estudios	<input type="checkbox"/> Estudios Básicos
		<input type="checkbox"/> Estudios Superiores	<input type="checkbox"/> Estudios Universitarios

Marque con una X en la escala de 1 a 5 donde: 1 significa que no está de acuerdo y 5 que está completamente de acuerdo.	1 No estoy de acuerdo	2	3 Estoy Moderadamente de acuerdo	4	5 Estoy completamente de acuerdo
4. Cuando ingresó en la unidad de hospitalización ¿recibió suficiente información sobre las normas del Centro, horarios, timbres, dudas, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuándo ingresó en la unidad de hospitalización ¿recibió suficiente información sobre para qué sirve la pulsera de identificación y de la importancia de llevarla puesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si su pulsera lleva los códigos de colores (azul o verde o amarillo), ¿le explicaron el significado de los colores y las medidas preventivas que tenía que poner en marcha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Cree que ha recibido suficiente información por parte de las enfermeras sobre los cuidados de su problema de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se le pidió su opinión o participación en relación con los cuidados de enfermería que ha recibido en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Los profesionales de enfermería (Enfermeras y Auxiliares) ¿Respetaron la confidencialidad e intimidad al realizarle los cuidados durante su estancia en la unidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTINÚA
DETRÁS



XI PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA



ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES Y CUIDADORES DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE- HOSPITAL GENERAL

Marque con una X en el SI o en el NO si DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL le han sucedido alguno de los incidentes que le citamos a continuación	SI	NO			
10. ¿Ha sufrido una caída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior ¿se lo comunicó a la enfermera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. ¿Ha tenido alguna infección mientras ha estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13. ¿Ha tenido heridas o irritaciones en la piel por estar mucho tiempo en la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14. Mientras estaba hospitalizado ¿ha tenido alguna reacción alérgica? (medicamentos, alimentos, transfusiones, material sanitario...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15. ¿Le han confundido con otro paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16. ¿Le dieron una medicación equivocada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Marque con una X en la escala de 1 a 5 donde: 1 significa que no está de acuerdo y 5 que está completamente de acuerdo.	1	2	3	4	5
	No estoy de acuerdo		Estoy Moderadamente de acuerdo		Estoy completamente de acuerdo
17. En caso de haber sufrido alguno de los incidentes anteriores ¿recibió información suficiente de los profesionales de enfermería sobre dicho incidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Puntúe de 0 a 10 el grado de dolor que ha tenido durante su estancia en la Unidad		
SIN DOLOR		DOLOR MÁXIMO

Marque con una X en la escala de 1 a 5 donde: 1 significa que nada satisfecho y 5 Muy satisfecho	1	2	3	4	5
	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
19. En caso de haber tenido dolor, marque el grado de satisfacción con el control del mismo en la unidad en la que ha estado	<input type="checkbox"/>				

20. Durante su estancia en el Hospital su grado de **sensación de seguridad** (Entendiendo SEGURIDAD como la **preocupación de sufrir un incidente** por algún fallo en el proceso de atención de enfermería durante su estancia en el hospital) con la **ATENCIÓN** que le prestan los profesionales de enfermería (**Enfermeras y Auxiliares**) es:

Muy Seguro	Bastante Seguro	Ligeramente Seguro	Ni seguro/a ni inseguro/a	Ligeramente Inseguro	Bastante Inseguro	Muy Inseguro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 3: CUESTIONARIO UNIDADES PEDIATRICA VERSIÓN 2



ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES Y CUIDADORES
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE- HOSPITAL GENERAL

Los profesionales de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante queremos comprobar por los pacientes el grado de información recibida sobre las iniciativas puestas en marcha para ofrecer mayor seguridad en los cuidados que prestamos. Con las siguientes preguntas se quiere conocer cuál ha sido su experiencia en general durante su estancia.

**NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS, SÓLO NOS INTERESA SU OPINIÓN
ES ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL. MUCHAS GRACIAS POR CONTESTAR**

1. EDAD NIÑO	MESES		2. SEXO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AÑOS			Niña	Niño
3. EDAD PADRE / MADRE O TUTOR			4. SEXO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Mujer	Hombre	
5. NIVEL ESTUDIOS PADRE / MADRE O TUTOR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sin Estudios	Estudios Básicos	Estudios Superiores	Estudios Universitarios

Marque con una X en la escala de 1 a 5 donde: 1 significa que no está de acuerdo y 5 que está completamente de acuerdo.	1 No estoy de acuerdo	2	3 Estoy Moderadamente de acuerdo	4	5 Estoy completamente de acuerdo
6. Cuando ingresó su hijo / hija en la unidad de hospitalización ¿recibió suficiente información sobre las normas del Centro, horarios, timbres, dudas, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cuando ingresó su hijo / hija en la unidad de hospitalización ¿recibió suficiente información sobre para qué sirve la pulsera de identificación y de la importancia de que la lleve puesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Si la pulsera de su hijo / hija lleva los códigos de colores (azul o verde o amarillo), ¿le explicaron el significado de los colores y las medidas preventivas que tenía que poner en marcha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Cree que ha recibido suficiente información por parte de las enfermeras sobre los cuidados del problema de salud de su hijo / hija?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se le pidió su opinión o participación en relación con los cuidados de enfermería que ha recibido su hijo / hija en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Los profesionales de enfermería (Enfermeras y Auxiliares) ¿Respetaron la confidencialidad e intimidad al realizarle los cuidados de su hijo / hija durante su estancia en la unidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTINÚA
DETRÁS



XI PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA



ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES Y CUIDADORES DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE- HOSPITAL GENERAL

Marque con una X en el SI o en el NO si DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL le han sucedido alguno de los incidentes que le citamos a continuación	SI	NO			
12. ¿Ha sufrido una caída su hijo / hija?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior ¿se lo comunicó a la enfermera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14. ¿Ha tenido su hijo / hija alguna infección mientras ha estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15. ¿Ha tenido heridas o irritaciones en la piel su hijo / hija por estar mucho tiempo en la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16. Mientras estaba hospitalizado su hijo / hija ¿ha tenido alguna reacción alérgica? (medicamentos, alimentos, transfusiones, material sanitario...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17. ¿Han confundido con otro niño / niña a su hijo / hija?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18. ¿Le dieron una medicación equivocada a su hijo / hija?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Marque con una X en la escala de 1 a 5 donde: 1 significa que no está de acuerdo y 5 que está completamente de acuerdo.	1 No estoy de acuerdo	2	3 Estoy Moderadamente de acuerdo	4	5 Estoy completamente de acuerdo
19. En caso de haber sufrido alguno de los incidentes anteriores su hijo / hija ¿recibió información suficiente de los profesionales de enfermería sobre dicho incidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Puntúe de 0 a 10 el grado de dolor que usted opina que ha tenido su hijo / hija durante su estancia en la Unidad		
SIN DOLOR		DOLOR MÁXIMO

Marque con una X en la escala de 1 a 5 donde: 1 significa que nada satisfecho y 5 Muy satisfecho	1 Nada satisfecho	2 Poco satisfecho	3 Satisfecho	4 Bastante satisfecho	5 Muy satisfecho
21. En caso de haber tenido dolor, marque el grado de satisfacción con el control del mismo en la unidad en la que ha estado su hijo / hija	<input type="checkbox"/>				

22. Durante su estancia en el Hospital su grado de **sensación de seguridad** (Entendiendo SEGURIDAD como la **preocupación de sufrir un incidente** por algún fallo en el proceso de atención de enfermería durante su estancia en el hospital) con la **ATENCIÓN** que le prestan los profesionales de enfermería (**Enfermeras y Auxiliares**) es:

Muy Seguro	Bastante Seguro	Ligeramente Seguro	Ni seguro/a ni inseguro/a	Ligeramente Inseguro	Bastante Inseguro	Muy Inseguro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2º PREMIO

**Elaboración de una propuesta de valoración
enfermera basada en el modelo de
Virginia Henderson a través de la
investigación-acción participativa**

Marta Terrón Pérez.



1.- INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN AL TRABAJO

Actualmente existen diferentes maneras de trabajar dentro de una unidad. Muchas veces las competencias de las enfermeras se encuentran poco definidas o limitadas a la técnica y la observación según un modelo biomédico.

Existen estudios como el de Reyes, Jara & Merino (2007), Campo & Cidoncha (2004) y López (2000), que consideran que para que el cuidado del paciente sea completo es necesario utilizar modelos de enfermería que potencien el rol autónomo y así poder dar una visión integral de la persona.

La aplicación de un modelo enfermero permite establecer una filosofía de cuidados que marcará la manera de ejercer nuestra función como enfermeras (Campo & Cidoncha, 2004).

Pero cuando los modelos se intentan llevar a la práctica nos encontramos con dificultades. Existe un gran vacío entre teoría y práctica. La enfermería actual tiene muchos modelos pero no existe una filosofía de cuidados dominante que guíe la práctica (McCutcheon, 2004). Los profesionales tienen más interés en mejorar su habilidad técnica que en la adaptación de modelos enfermeros a su realidad asistencial (López, 2000). Todo ello ligado a una elevada carga asistencial (Maben, After & McLeod, 2006) y una sociedad sanitaria con ideología médica dominante (Goulet, Lauzon & Ricard, 2003) hace que los modelos y el pensamiento enfermero queden prorrogados a un plano secundario.

El proceso de atención enfermero (PAE) es el instrumento que el personal de enfermería tiene para planificar sus cuidados (Campo & Cidoncha, 2004), éste es indispensable para poder conocer la aportación del personal de enfermería al estado de salud del paciente. El PAE tiene como objetivo identificar el estado de salud, identificar qué problemas o necesidades tiene éste, planificar unas intervenciones que resuelvan los problemas y/o necesidades y llevarlas a

cabo (Berman, Snyder, Kozier & Erb, 2009).

La valoración es la parte esencial del plan de cuidados, de ésta derivan todas las acciones que posteriormente vayamos a realizar. Es un proceso planificado y sistemático, en el que se recoge información, se valida y organiza (Luis, Fernández, & Navarro, 2005).

Si se realiza una correcta valoración enfermera no sólo facilitará observar las complicaciones potenciales de la enfermedad, sino que podremos observar los déficits que tiene la persona que de forma autónoma podremos resolver.

El modelo de Virginia Henderson es el más utilizado según los estudios consultados (Montesinos, Leija, Cruz, Ortega, Quintero et al., 2007; Campo, Oriach, Viladot, Espinalt & Fernández, 1999; Díaz, Hernández, Suárez, García, Díaz et al., 2009) y el más “popular” entre la enfermería española. Elaborar una hoja de valoración según el modelo de Virginia Henderson nos da la oportunidad no sólo de valorar a la persona desde todas las perspectivas (biológica, psicológica, social y espiritual) sino que también nos ayuda a clasificar las acciones de enfermería aunque no se realice el proceso de atención de enfermería completo.

Siendo consciente de la importancia que tiene utilizar modelos de enfermería en la práctica clínica, se planteó la presente investigación.

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1 CONCEPTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

1.2.1.1 Modelos y teorías de enfermería

“Una enfermera aumenta el valor profesional cuando utiliza el conocimiento teórico como una guía sistemática para el pensamiento crítico y la toma de decisiones”

Alligood (2010)



Los modelos y teorías de enfermería son la base sobre la cual se asienta nuestra profesión y le da el cuerpo suficiente como para ser una disciplina. Definen los roles de la profesión enfermera, hecho que provoca una diferenciación con la medicina.

Los modelos y teorías engloban todo el saber enfermero, que incluye el proceso de atención enfermera (inspirado en el método científico), y las taxonomías (diagnósticos NANDA, NIC, NOC) (Alligood & Marriner, 2010).

Los modelos son considerados patrones de pensamiento (Meleis, 1997). Ayudan a tener la suficiente visión (cualitativa y global) del cuidado. Esto provoca que las enfermeras sean capaces como profesionales de detectar todas las necesidades del paciente (Kuerten & Lenise do Prado, 2008).

Como indicó Fawcett (1984) el uso de modelos conceptuales permite a los profesionales de enfermería tener una misma concepción del metaparadigma enfermero: persona, salud entorno y enfermería. Esto garantiza la misma orientación en los cuidados y múltiples ventajas descritas por los teóricos (Mckenna, 1997; Alligood, 2010):

- Clarifican la identidad profesional, la diferencian de otras disciplinas.
- Potencian el debate teórico entre las enfermeras. Existen muchos modelos basados en diferentes criterios con lo que provoca debate.
- Ayudan a conectar la teoría con la práctica. Proponen diferentes maneras de guiar la práctica basándose en un modelo u otro.
- Son una guía para la práctica. Constituyen la base para guiar el proceso de atención enfermero.
- Son una guía para la formación de futuros estudiantes. Añaden coherencia curricular, ya que se trabaja con una filosofía de cuidados, y se le da la oportunidad de reflexionar acerca de éstas.
- Favorecen tener un mayor estatus profesional. Dan más autonomía, con lo que aumenta la responsabilidad y un mayor control en la práctica.

- Aumenta el valor profesional ya que utiliza el conocimiento teórico como una guía sistemática del conocimiento crítico y la toma de decisiones (Alligood, 2010).
- Aumentan la calidad en los cuidados, ya que el resultado puede ser medido y tener un referente de coste/efectividad. Además, las enfermeras pueden organizar los datos más rápido con lo que deciden de forma más efectiva qué cuidado realizar pensando en los resultados de éste.
- Promueven la investigación en enfermería.

Pero todas estas ventajas se quedan faltas de credibilidad cuando se intentan llevar a la práctica. Son varios los estudios que detectan un gran vacío entre teoría y práctica (Goulet, Lauzon & Richard, 2003; Maben, Alter & Mc Leod, 2006).

El fracaso en la aplicación de los modelos en la práctica clínica se debe a diferentes factores:

- La falta de autonomía laboral impide su aplicación debido a que las intervenciones de enfermería no se encuentran basadas en marcos conceptuales propios (Zabalegui, 2000).
- La excesiva preocupación por parte de los profesionales por la técnica (López, 2000).
- La falta de habilidad y metodología para planificar los cuidados en la planta hacen dificultoso el poder utilizar un modelos que se basen en éstos (López, 2000).
- Las cargas de trabajo elevadas. Los profesionales ven utilizar los modelos de enfermería como una carga que dificulta su trabajo (Maben, Alter & Mc Leod, 2006; Teixidor, 2002).
- El uso de modelos también se ve dificultado por una visión



médica dominante, que provoca un menor apoyo por parte de las instituciones (Goucet, 2003).

- La dificultad de conceptos y la falta de consenso general en cuanto a todo lo que abarca la teoría enfermera: modelos, teorías, paradigma y metaparadigma (Santos, López, Varez & Abril, 2010). Hace que se conviertan en una de las barreras de la no adherencia del personal a la utilización de éstos (Kuerten & Lenise, 2008).

Realmente no existe evidencia científica probada de las ventajas reales de utilizar modelos en la práctica clínica así como de su influencia en la calidad del cuidado. Como explica Mckenna (1997), los artículos publicados defienden tres posturas delante de los modelos:

- Los modelos de enfermería mejoran la calidad. Debido que proporcionan a las enfermeras una guía para marcos objetivos, planificar y evaluar el cuidado. Les proporciona un significado a su trabajo con lo que mejoran su compromiso. Les ayuda a mejorar como profesionales ya que reflexionan acerca de cómo deberían hacer su trabajo y cómo lo hacen.
- Incertidumbre en el efecto que tienen los modelos de enfermería en la calidad del cuidado. Los estudios detectan una influencia en la calidad pero no saben si negativa o positiva.
- Los modelos de enfermería no mejoran la calidad del cuidado. Estos artículos defienden, que utilizar modelos de enfermería no les da oportunidad de innovar, afirman que no pueden ser aplicados a todas las personas. Además cuando se intenta aplicar se encuentran que los profesionales no tienen una adecuada comprensión del modelo con lo que no pueden llevarlo a la práctica. Entonces las anteriores técnicas persisten y los modelos acaban sin utilizarse.

Debido a la falta de estudios con la suficiente calidad metodológica en la aplicación de los modelos en la práctica, no se puede afirmar empíricamente que los modelos de enfermería aporten una mejora clara a la práctica clínica, aunque sí se afirme en la teoría.

1.2.1.2 Proceso de atención de enfermería (PAE)

El proceso de atención enfermero es el instrumento que el personal de enfermería tiene para planificar sus cuidados (Campo & Cidoncha, 2004). Éste es indispensable para poder conocer la aportación del personal de enfermería al estado de salud del paciente. El PAE tiene como objetivo valorar el estado de salud del paciente, identificar que problemas o necesidades tiene, planificar unas intervenciones que resuelvan los problemas y/o necesidades y llevarlas a cabo (Berman, Snyder, Kozier & Erb, 2009).

Planteamiento del problema	Valoración del problema de alteración o de riesgo para la salud
Planteamiento de hipótesis	Formulación del diagnóstico
Planificación de la investigación	Planificación de los cuidados
Ejecución de la investigación	Ejecución de los cuidados
Verificación de las hipótesis	Evaluación de los cuidados

Tabla 1. Similitudes entre el método científico y el proceso de atención de enfermería (PAE).

Fuente: modificado de Camaño (2008).

Cuando se utiliza el proceso de atención enfermero sin basarse en ninguna teoría queda incompleto y resulta ser un método científico sin orientación a la profesión enfermera. Es por ello que deben basarse en modelos de cuidados. Esto nos permitirá identificar qué situaciones necesitan cuidados, cómo llevarlos a cabo y evaluar los resultados (Francisco et al., 2008).



Como afirma Alfaro (2005), es un proceso sistemático, ya que consta de 5 pasos bien definidos; es dinámico, a medida que se adquiere más experiencia se adquiere un mayor conocimiento en el manejo de éste; es humanístico, centrado tanto en la persona como en su familia y comunidad; y por último está centrado en los objetivos (resultados) y su proceso está diseñado para conseguir los mejores resultados de la forma más eficiente.

Se diferencian varias fases (Alfaro, 2005; Berman, Snyder, Kozier, & Erb, 2009):

a) Valoración: consiste en la recogida de datos del paciente. Recoge y busca información sobre el estado de salud.

b) Diagnóstico: tras evaluar los datos recogidos trata de analizar la situación de salud del paciente que constituyen la base del plan de cuidados. Se suele utilizar taxonomía NANDA para su clasificación.

c) Planificación: en este apartado se trata de determinar las prioridades inmediatas, fijar los objetivos esperados, determinar qué tipo de intervención vamos a realizar para conseguir los objetivos fijados. Este proceso ha de ser individual con lo que realizaremos en cada paciente su propio plan de cuidados.

Se suele utilizar taxonomía NIC para las intervenciones y NOC para los objetivos, de tal forma que el plan de cuidados tenga un lenguaje estandarizado.

d) Ejecución: se lleva a cabo el plan de cuidados. La ejecución se ha de realizar de forma reflexiva, con lo que antes de actuar se ha de valorar a la persona, y registrar e informar de la respuesta que está teniendo la persona ante nuestras intervenciones.

e) Evaluación: se observa si se cumplen los objetivos para reorientar las intervenciones y solucionar la situación de salud del paciente.

Esta división de etapas debe de considerarse teórica ya que en la realidad clínica los pasos no se dan de forma ordenada sino que ocurren de forma simultánea (Phaneuf, 1999).

Son varios los autores que hacen referencia a las ventajas de utilizar el PAE como afirman Alfaro (2003) y Phaneuf (1999):

- Mejora la calidad en la realización de los cuidados.
- Permite tener presente al paciente desde su totalidad, individualidad y diversidad.
- Ayuda a potenciar y conseguir autonomía como enfermeros/as.
- Favorece la investigación.
- Posibilita una unificación en el lenguaje con lo que conseguimos una comunicación efectiva entre profesionales.

1.2.1.3 Valoración enfermera

La valoración enfermera como afirman Montesinos et al. (2011) es la base para la atención del paciente ya que partir de los datos observados se desempeñan el resto de actividades. Es un proceso sistemático y dinámico en la que la enfermera obtiene los datos tanto de la observación como de la interacción con el paciente y la familia.

La valoración es la primera fase del proceso de atención enfermero. Debe estar planificada, no se improvisa, se deben tener claros qué aspectos se han de valorar. Es sistemática para que el cuidado se realice de forma conjunta con todos los profesionales de enfermería, requiere de un método y es continua, no se valora solo en el primer contacto que se tiene con el paciente, si no que se valora durante todas las fases para poder contemplar los efectos que tienen los cuidados (Alfaro, 2005).

Podemos diferenciar dos tipos de valoración como afirman Berman et al. (2009):

- La valoración inicial. Se realiza durante el primer contacto que se tiene con el paciente. Tiene como objetivo recoger todos los datos posibles para planificar el cuidado.



- La valoración continua, se realiza durante toda la atención al enfermo. Tiene como objetivo ir observando los cambios que realiza el paciente, para adaptar y modificar las intervenciones.

Según Berman et al. (2009) consta de 4 fases:

Recogida de los datos: Consiste en un proceso de adquisición de información. Es una de las partes más importantes ya que de ésta derivará nuestra actuación. Debe ser sistemática y continua para poder observar los cambios producidos en el paciente. El principal objetivo es recoger todos aquellos datos que nos ayuden a identificar la situación, las causas y todas aquellas variables que puedan influir en el estado de salud del paciente (desde la perspectiva biológica, psicológica y social).

Como indica Luis et al. (2005) los datos los podemos obtener de la entrevista directa con el paciente o la familia, de la observación, de la exploración física, y de todos aquellos documentos referentes al paciente (historia médica, historia clínica).

Validación de los datos: es la acción que realizamos cuando comprobamos dos veces los datos. Éstos han de ser precisos y objetivos ya que, de lo contrario se podrían cometer errores en la formulación de diagnósticos.

Se pueden comprobar realizando nuevas mediciones. Ya sea con otro instrumento o realizándolas otro profesional, o bien preguntando de otra manera al paciente aquellos datos que no nos hayan quedado claros.

Organización de los datos: es la forma en la que plasmamos toda la información recibida acerca del paciente.

Se puede organizar de diferente manera. Por sistemas o aparatos para medir las alteraciones físicas. O bien fundamentándola en algún modelo de enfermería.

En el caso de este estudio se va a plantear la organización de la información por necesidades de Virginia Henderson adaptadas a las características del contexto.

Registro de los datos: se escribe toda la información que ha conseguido del paciente. Este paso es muy importante ya que dejando constancia de la información del paciente conseguimos, una mayor comunicación entre el equipo multidisciplinar, un aumento en la calidad de los cuidados, un control constante del paciente y su estado de salud, como también facilitamos posteriores investigaciones.

1.2.1.4 Virginia Henderson:

“Primero me gustaría resaltar que no estoy presentando mi punto de vista con el que tengáis que estar de acuerdo. Más bien incitaría a que cada enfermera desarrollar su propio concepto, ya que de lo contrario, estaría imitando a los demás y actuando de forma autoritaria”

Virginia Henderson (1978)

Influencias

El modelo de Virginia Henderson nace en una época donde la profesión enfermera se encuentra en una búsqueda de su propia identidad.

Virginia Henderson recibió su formación en un hospital donde los cuidados al paciente estaban encaminados, a la técnica y donde se exigía a las enfermeras un comportamiento “profesional” cosa que significa un comportamiento impersonal hacia el paciente. La formación era dada por médicos, de forma autoritaria y en la que se simplificaban los estudios dados a los estudiantes de medicina.



En este contexto fue cuando Annie W. Goodrich, decana de su escuela The Army School of Nursing, animaba a los estudiantes a mirar más allá de la técnica y la rutina, contemplando a la enfermería como una actividad “social mundial”. A pesar de respetar la gran labor de los médicos en la sociedad mostraba su descontento al contemplar la enfermería como un mero anexo de la medicina.

La influencia que Annie W. Goodrich creó en Virginia Henderson, pronto se vio reflejada en su práctica clínica. Empezó a sentir que su labor como enfermera no era solo clínica, si no social, se sentía en deuda con el paciente.

Posteriormente siguió formándose como enfermera y adquiriendo, tanto en su formación en psiquiatría como en pediatría, conciencia de la individualidad del paciente.

Fue más tarde cuando amplió su formación tanto en fisiología y biología y paralelamente en el terreno psicosocial.

Las teorías del equilibrio fisiológico enseñadas por la profesora Caroline Stackpole le proporcionaron los suficientes conocimientos como para percatarse de la influencia que tenía la mente en el cuerpo y afirmó: ”creo que la mente y el cuerpo han llegado a ser inseparables”. Jean Broadhurst aprendió de la importancia de mantener una asepsia e higiene adecuada para prevenir enfermedades y/o complicaciones.

En el terreno psicosocial en el Teachers College, el trabajo del Dr Edward Thorndiske despertó en ella la necesidad de cambiar el procedimiento habitual de la enfermería. Se percató de que la hospitalización privaba al individuo de sus propias necesidades, se le obligaba a desprenderse de su ropa, a estar acompañado de sus seres queridos, etc. en lugar de adaptarse al paciente, las enfermeras obligaban al paciente a adaptarse a ellas. “Si durante demasiado tiempo privamos a una persona de lo que más valora: amor, aceptación, una ocupación fructífera, ésta situación debe ser peor que la enfermedad que intentamos curar” (Henderson ,1994).

Poco después Henderson vio el trabajo que realizaba el doctor George G. Deaver y los fisioterapeutas, en el que su trabajo consistía en ayudar a ser independiente al paciente. Independencia que se le había arrebatado al paciente de forma inconsciente durante el ingreso hospitalario.

Ida Orlando también marcó una gran influencia en la relación enfermera paciente, ella hizo hincapié en que la enfermería más eficaz es aquella que realiza una observación continua del paciente, interpreta su comportamiento y aprueba la interpretación de las necesidades del propio paciente.

Con todas estas influencias Virginia Henderson realiza una revisión del texto original de Bertha Harmer *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* e influida por su concepción de la enfermería, en 1961 por primera vez plasma sus ideas.

Desarrollo teórico

Considera que la función singular de la enfermería es “asistir al individuo enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación o a una muerte placentera y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir la independencia lo más rápidamente posible” (Henderson, 1994).

Para ella la enfermera no tiene un único rol. Es parte del equipo multidisciplinar, con que ella ayuda a la vez que le ayudan a ella a mejorar la salud del paciente, recuperar de una enfermedad, o el apoyo necesario en caso de muerte.

Hace hincapié en que el médico no debe hacer el trabajo de la enfermera ni la enfermera el trabajo del médico. “La enfermera es la máxima autoridad en los cuidados básicos de enfermería”. Virginia Henderson se refiere a cuidados básicos cuando se ayuda al paciente o se le dan los suficientes conocimientos para que pueda llevar a cabo las siguientes actividades sin ayuda:



- 1-Respirar normalmente.
- 2-Comer y beber adecuadamente.
- 3-Eliminar por todas las vías corporales.
- 4-Moverse y mantener la postura adecuadas.
- 5-Dormir y descansar.
- 6-Escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
- 7-Mantener la temperatura dentro de los límites corporales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
- 8-Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9-Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- 10-Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11-Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
- 12-Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- 13-Participar en actividades recreativas.
- 14-Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

El equipo trabaja para ayudar al paciente y a la familia, que deben considerarse como el núcleo del cuidado.

Metaparadigma enfermero según Virginia Henderson

Los conceptos y definiciones, como indica Marriner (2003), se han extraído de sus principales publicaciones. Ella no realizó unas definiciones directas, como tampoco consideraba su trabajo como una teoría.

Henderson define la **persona** como un ser biológico, psicológico, social, sociocultural y espiritual. Dice: “creo que la mente y el cuerpo han llegado a

ser inseparables”. Considera que para recuperar su salud ha de recuperar su independencia. Para ella el paciente y la familia son una unidad.

Entiende la **enfermería** como una herramienta de ayuda para suplir las necesidades del paciente. Como afirmó Henderson el 1961: “La función singular de la enfermería es asistir al individuo enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación o a una muerte placentera y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la suficiente fuerza de voluntad o conocimientos necesarios. Hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir la independencia lo más rápidamente posible”.

El **entorno** lo considera como todas aquellas condiciones e influencias tanto intrínsecas como extrínsecas que puedan interferir en el individuo.

La **salud** se define como la satisfacción de las 14 necesidades básicas que tienen las personas. Considera un estado bueno de salud cuando la persona es independiente es todas sus necesidades ya sea por ella misma o por otra persona.

¿Por qué de la utilización de su modelo?

A pesar de que Luis (2005) referencia sus criterios de elección cuestionables y subjetivos, son criterios surgidos de un estudio prolongado y riguroso por parte de esta autora:

- Es el más conocido en la enfermería española. Lo atribuyen a que se adoptó la definición de enfermería por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Es coherente con nuestros valores culturales. Se puede adaptar a nuestra realidad enfermera. Utiliza una terminología fácil de entender para poder describir los conceptos.
- Es un modelo flexible. Es un modelo fácil de adaptar en diferentes situaciones y contextos. No está diseñado para adaptarlo



a una única situación de cuidados, está diseñado para centrarse en la persona indiferentemente en la situación en que ésta se encuentre.

- Incluye tanto el rol autónomo como el de colaboración. Delimita cuál es la competencia autónoma de la enfermera, así como el trabajo que ha de hacer conjuntamente con otros profesionales. Con lo que su adopción no choca con la realidad asistencial.
- Se centra en la persona y en sus necesidades. Tiene una visión del paciente completa: biológica, psicológica, social y espiritual.
- Dota a la persona con una capacidad hacia el cambio. La persona es capaz de afrontar situaciones, de interrelacionar con todo aquello que le envuelve y sobretodo es capaz de ocuparse de sus propios cuidados.
- Tiene en cuenta la prevención y promoción de la salud. El modelo tiene en cuenta al paciente y aquello que le rodea, se cambia la visión en la recepción de salud. El paciente no solo recibe salud si no que se concienza de que mantener su propia salud también es su responsabilidad.
- Propone el proceso de atención de enfermería como método de acción de la enfermería. Esta ventaja no la tienen en cuenta otros modelos con diferente filosofía.
- Permite utilizar las taxonomías NANDA, NIC y NOC además de poder realizar planes de cuidados realistas que acoten la competencia enfermera. Si se aplican las taxonomías sin ningún criterio delimitador los planes de cuidados resultan ser interminables y poco prácticos.

Proceso de atención enfermero aplicado al modelo Virginia Henderson.

(Propuesta de María Teresa Luis Rodrigo)

Valoración:

Recogida de datos

La valoración enfermera se realizará mediante la observación y la clasificación de las 14 necesidades básicas:

- 1- Respirar normalmente.
- 2- Comer y beber adecuadamente.
- 3- Eliminar por todas las vías corporales.
- 4- Moverse y mantener la postura adecuadas.
- 5- Dormir y descansar.
- 6- Escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
- 7- Mantener la temperatura dentro de los límites corporales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
- 8- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- 10- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11- Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
- 12- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
- 13- Participar en actividades recreativas
- 14- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Los cuidados básicos dependerán de cómo tenga alterada la necesidad o del agente causal de la alteración.



Las autoras afirmaron que en esta recogida de datos no debían aparecer signos, síntomas ni tratamiento, ya que solo se puede hacer juicio enfermero cuando las alteraciones de las necesidades son por falta de fuerza, voluntad o conocimiento.

Las necesidades pueden ser:

Independientes:

Ocurre cuando la persona tiene un nivel óptimo en el desarrollo de sus necesidades básicas. Cada persona tendrá un nivel óptimo característico. Uno de los puntos negativos de Virginia Henderson es que no tiene la posibilidad de diferenciar diferentes niveles de independencia.

Dependientes:

Nos referimos a cuando por el desarrollo insuficiente de fuerza de voluntad o de conocimiento, las necesidades básicas no pueden ser suplidas.

Autónomas:

Cuando permite satisfacer sus necesidades por su propia capacidad física o psíquica.

No autónomas:

Cuando carece de la suficiente capacidad física o psíquica que le permite satisfacer sus necesidades.

Fenómeno causal:

Entendemos por fenómeno causal como el agente que causa la alteración de la necesidad. Para poder realizar un diagnóstico una intervención enfermera este puede ser alterado por una falta de fuerza voluntad o conocimiento.

Fuerza: cuando hablamos de fuerza física se refiere al tono muscular y a la capacidad psicomotriz. Si hablamos de fuerza psíquica nos referimos a la capacidad mental que tiene la persona al relacionar conceptos.

Voluntad: se refiere a la predisposición que tiene la persona para mejorar su estado de salud.

Conocimiento: entendemos por conocimiento saber todas las indicaciones que nos llevarán a resolver la situación de salud. Por ejemplo, puede no seguir una dieta equilibrada porque se desconozca qué es una dieta equilibrada.

Si la alteración de las necesidades no es por uno de estos tres agentes causales, no es un problema enfermero. No se puede aplicar ningún diagnóstico o intervención enfermera para resolver el problema, pasa a ser un problema médico en el que se desarrollara el rol de colaboración.

Diagnóstico:

En este apartado no se incluyen los problemas de colaboración. Estos pertenecen a la competencia médica. Solo se incluyen los diagnósticos enfermeros ya que a partir del diagnóstico se desarrollará la intervención.

Según el pensamiento de Virginia Henderson podemos agrupar los diagnósticos en dos tipos diferentes de diagnósticos que requieren abordajes diferentes:

- Diagnóstico de autonomía:

Se llevarán a cabo este tipo de diagnósticos cuando la persona tenga una falta total o parcial, temporal o permanente, de capacidad física o psíquica para realizar por si solo la suplencia de alguna necesidad y necesita de algo o de alguien para poder tener independencia. Este tipo de diagnósticos no entran



dentro de la nomenclatura NANDA tienen nomenclatura propia. Se indica si la suplencia de las necesidades es total o parcial.

- Diagnóstico de independencia:

Se tienen en cuenta los diagnósticos de independencia cuando hay una relación directa con la satisfacción de las necesidades básicas, ya sea por una resolución inapropiada de éstas (diagnóstico de salud), una no resolución (diagnóstico real), o una necesidad resuelta que puede ser que en poco tiempo deje de estarlo (diagnóstico de riesgo):

- Diagnóstico de salud: se aplicará cuando en la satisfacción de las necesidades básicas, se consigue satisfacerlas pero se podría mejorar.
- Diagnóstico real: cuando existe una alteración y hay que suplirla.
- Diagnóstico de riesgo: la necesidad está satisfecha pero por las características/ conductas de la persona puede verse afectada.

Para definir este tipo de diagnósticos se utilizará la taxonomía NANDA.

Utilizar el modelo de Virginia Henderson obliga que en la formulación de los diagnósticos se nombre el fenómeno causal (fuerza voluntad y conocimiento) y las manifestaciones de alteración de la necesidad.

Planificación:

Tras el diagnóstico se han de fijar unas prioridades. El modelo de Virginia Henderson no proporciona criterios para ello, ya que para ella todas las necesidades son igual de importantes.

Fijaremos los objetivos que variarán según si el diagnóstico es de autonomía o de independencia. En los diagnósticos de independencia se puede utilizar la taxonomía NOC para los objetivos y la taxonomía NIC para las intervenciones

La formulación de los objetivos ha de ser acotada en tiempos, para poder medir el efecto de la intervención y el cambio de esta si fuese posible.

Ejecución y evaluación

El proceso de atención de enfermería es dinámico con lo que continuamente se evaluarán las necesidades y reformularán tanto los diagnósticos como los objetivos a fin de conseguir la independencia de todas las necesidades.

1.2.2 JUSTIFICACIÓN DE LA METODOLOGÍA

1.2.2.1 Introducción teórica

En el ámbito de ciencias de la salud la investigación cualitativa ha ido aumentando con el paso de los años. Es una investigación que surge en las ciencias sociales y estudia los comportamientos, los cambios en los grupos, etc.

La mayoría de investigaciones en el ámbito de ciencias de la salud ha sido cuantitativa, debido a una gran influencia por parte de la medicina (necesidad de demostrar trabajos empíricos, resultados exactos, etc.) y se han desarrollado estándares de calidad para evaluar ese tipo de trabajos. Esto ha provocado que la investigación cualitativa muchas veces quede apartada y poco reconocida dentro del contexto científico (Reynolds, 2011).

Podemos definir el tipo de investigación cualitativa según Hernández (2006) como: *“un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es natural e interpretativa.”*

Dentro de las metodologías cualitativas encontramos la investigación-acción, orientada a la participación. Esta investigación como apuntan Hernández et al. (2006) se centra en aportar información para resolver



problemas cotidianos e inmediatos o como afirma Sandín (2003), pretende *“propiciar el cambio social, transformar la realidad y que las personas tomen conciencia en su papel en ese proceso de transformación”*.

1	Es educativa.
2	Trata a los individuos como miembros de grupos sociales.
3	Se centra en el problema, es específica del contexto y se orienta hacia el futuro.
4	Implica una intervención de cambio.
5	Tiene como objetivo la mejora y la participación.
6	Consiste en un proceso cíclico en el que la investigación, la acción y la evaluación están vinculadas entre sí.
7	Se basa en una relación de investigación en la que las personas implicadas son participantes en el proceso de cambio.

Tabla 2. Características investigación-acción.

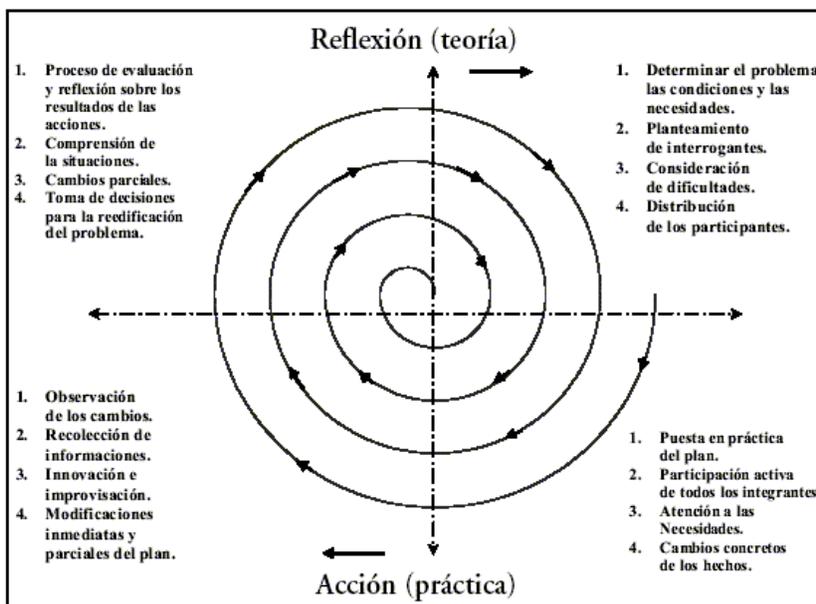
Fuente: adaptación de Blaxter (2008).

Este tipo de investigación ofrece un diseño que vincula todo el proceso hacia un objetivo práctico: el cambio. Es un proceso complejo que implica una continua reflexión crítica y sistemática de la acción: se debe comprender, evaluar y cambiar.

Como podemos observar en la siguiente imagen, la estrategia la investigación-acción es un proceso cíclico:

Figura 1. Estrategia investigación-acción.

Fuente: Mora (2002).



1.2.2.2 Justificación

Como afirmaron Delgado, Sola, Mirabete, Torrens, Blasco, et al. (2001) realizar un cambio en el trabajo habitual de las enfermeras es algo complejo y que preocupa al personal. Existen varias teorías o modelos que introducen cambios en la práctica, pero todos ellos de forma autoritaria: la persona que tiene el conocimiento es la que imparte la formación.

Cuando realizamos una revisión en la literatura de los conocimientos enfermeros como realizó Copnell (1998), nos encontramos que las líneas de investigación están guiadas hacia el conocimiento científico y pocas veces se realizan investigaciones basadas en los conocimientos prácticos. Este tipo de conocimientos están poco considerados.

“Si el investigador se considera el experto en el proceso de cambio y es quien va guiando el camino de los sujetos de investigación, será ilusorio



imaginar que las enfermeras asistenciales se comprometan plenamente con las investigaciones en las que ellas han sido alejadas y confinadas a un rol pasivo” (Delgado, 2001).

Es decir si no nos acercamos a la realidad de las enfermeras y las hacemos partícipes difícilmente podemos adaptar un cambio en su día a día.

Es por ello que para poder llevar a cabo la presente investigación necesitábamos un tipo de metodología que nos diera de la oportunidad de observar la realidad, comprender lo que estaba ocurriendo (no simplemente cuantificarla) para poder posteriormente modificarla. Como indican Alberdi, Artigas, Cuxart, & Aguera (2003) evaluar la semejanza entre la práctica diaria y los modelos teóricos enfermeros es imprescindible para implantar un modelo teórico en la práctica clínica.

La investigación-acción es un tipo de investigación participativa que da la oportunidad de realizar un cambio teniendo en cuenta de forma constante a las personas que tendrían que realizar el cambio.

Como afirman Bellman (1996) y Titchen (1993) este tipo de investigación es idónea porque valora los conocimientos, la experiencia y las opiniones de las enfermeras, dándoles el poder para cambiar su práctica, porque está centrado en cualidades humanísticas y porque continuamente se potencia un proceso reflexivo durante la acción.

Después de revisar la bibliografía, se han encontrado pocos artículos que metodológicamente describan cómo implantar una valoración de enfermería según un modelo, que método utilizar, o por qué decidir llevar a cabo una acción u otra; ni mucho menos se han encontrado referencias bibliográficas que lleven a cabo el cambio en unidades de oncohematología.

Cuando nos planteamos qué tipo de metodología utilizar, primero realizamos una búsqueda exhaustiva en el tipo de metodología utilizada en estudio que tuviesen objetivos parecidos a lo que la presente investigación

plantea. Pero en ese aspecto los artículos identificados (Reyes, Jara, & Merino, 2007; Santos, López, Varez, Abril, 2008; 2009), no realizaron una descripción de la implantación en sí, sino la medición de ésta, o la adherencia al cambio. Utilizaron metodología cuantitativa. Con lo que no se podía utilizar a la realidad de nuestro estudio.

Se encontraron dos estudios que tenían objetivos parecidos e incluso realizaron como metodología la investigación-acción (Abad et al., 2010; Delgado et al., 2001). Ambos utilizaron metodología cualitativa, y como metodología investigación-acción.

Para la realización del cambio con el personal sanitario plantearon grupos focales. Los tiempos para conseguir el cambio fueron largos de tres a dos años. Fueron proyectos financiados, que contaban con mucho personal investigador.

Se encontró un artículo que planteaba lo mismo que mi investigación pero en otro ámbito (Campo, Oriach, Viladot, & Fernández, 1999). Afirmaron que no encontraron ningún artículo o estudio que describieran la estrategia de implantación ni resultados obtenidos a partir del modelo de Virginia Henderson. Trece años después este tipo de artículo siguen siendo poco relevantes, en las principales bases de datos tanto en la bibliografía en habla hispana como en habla inglesa.

En el estudio de Santos et al. (2008) plantean como objetivo principal la implantación de una nueva metodología de trabajo enfermera basada en planes de cuidados y conocer la perspectiva de los enfermeros del centro de la Corporación Sanitaria Parc Taulí. Para ello parten el estudio en dos fases, la primera en la que valoran el objetivo del estudio y la segunda en la que implantan. Para ello realizan la recogida mediante un cuestionario de 36 preguntas cerradas y una abierta, que tenía como objetivo conocer los conocimientos del personal de enfermería acerca de los modelos, su utilidad, la propuesta de un modelo diario y la identificación con los conceptos del



metaparadigma enfermero. Todo el análisis es cuantitativo y no describe cómo utilizan la información para la implantación.

En este otro estudio Campo et al. (1999) tienen como objetivo la implantación de una nueva metodología de trabajo según el modelo de Virginia Henderson en los centros de atención primaria en Cataluña. Fue un estudio que contaba con muchos recursos entre ellos 110 investigadores. Se divide en dos fases una primera etapa de implantación y una segunda en la que se realiza un estudio de resultados y costes. Se realizó un estudio multicéntrico observacional descriptivo de 5 años de duración que combina la metodología cualitativa y cuantitativa. En la fase de implantación se diferencian las siguientes etapas: elaboración del instrumento, capacitación de las enfermeras, evaluación de las actividades y análisis de las dificultades. En el estudio publicado no se especifica ampliamente cómo han desarrollado el instrumento ni tampoco la metodología en sí. No obstante sí se ha utilizado la estrategia de marketing descrita, para la implantación de la gráfica en mi estudio.

Junto con el anterior proyecto en la decisión de la metodología el artículo de Mc Kenna (1995) resulto ser decisivo. Este estudio tenía como objetivo principal la evaluación de un modelo de enfermería en el cuidado de los pacientes en una unidad psiquiátrica de larga estancia. Fue un estudio cuasiexperimental que utilizaba la investigación-acción para involucrar profesionales y pacientes en el cambio. El investigador principal pasaba a ser un agente de cambio externo. Utilizaron esta metodología aun sabiendo lo extraño de utilizarla en estudios de enfermería.

El proyecto que más se acerca a mi trabajo es el de Delgado et al. (2001). Tuvo como objetivo principal promover la reflexión sobre los cuidados enfermeros a partir de un proceso participativo de los interventores con el fin de aportar cambios a la práctica enfermera. Argumentaron que para producir cambios en el trabajo diario la mejor estrategia es la investigación-acción

ya que da la oportunidad de acercarse a la realidad y que el cambio tenga adherencia.

Otro de los artículos publicados importantes para el desarrollo de mi investigación fue el de Abad et al. (2010) que utilizaron como metodología la participación-acción para realizar un cambio en la práctica enfermera en una unidad de oncohematología. Actualmente este proyecto está en desarrollo y solo se ha podido encontrar el protocolo publicado en Journal of Advanced Nursing.

1.3 OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio consistió en la elaboración de una valoración de enfermería basada en el modelo de Virginia Henderson en una unidad de oncohematología del IVO.

No solo se pretendía conseguir este objetivo sino que además como objetivos secundarios se plantearon los siguientes:

- Conocer la opinión actual de las enfermeras de la planta sobre los modelos enfermeros y su aplicación.
- Descubrir qué creencias tenía el personal acerca de los pilares básicos del metaparadigma enfermero: persona, enfermería, salud y entorno.
- Promover la participación por parte del personal de enfermería en la elaboración de su propia hoja de valoración.
- Eliminar la barrera de la teoría de los modelos consiguiendo su unificación a la práctica.
- Conseguir una sistematización en el trabajo de enfermería.
- Aunar criterios en la valoración enfermera.
- Ahorrar tiempo (en el momento de valorar sistemáticamente).
- Unificar el lenguaje en la hoja de valoración enfermería.
- Aportar nuevas investigaciones en el conocimiento enfermero.



La razón por la que no realizamos el proceso de atención de enfermería completo es sencilla; hemos considerado que realizar un cambio de modelo de trabajo en una planta es muy complejo. El personal de enfermería ha de dejar atrás el modelo biomédico y enfrentarse a una competencia autónoma desconocida para ellas en su praxis clínica. Como el cambio necesita un proceso de adaptación, hemos considerado que, siendo realistas, realizar un cambio en algo tan importante como la valoración va a ser el punto de partida para poder posteriormente realizar la aplicación total del plan de cuidados y posteriores investigaciones que analicen su implantación.

1.4 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Como se indicó en el marco teórico la utilización de un modelo de enfermería a porta múltiples ventajas. Es por ello que pensamos que la aplicación de valoración enfermera basada en una filosofía de cuidados nos iba a permitir:

- Un registro del trabajo enfermero basado en la persona y no en la patología, lo que puede contribuir en un incremento de la calidad de los cuidados.
- La aplicación de una valoración enfermera en una planta de oncohematología va a dar la oportunidad de desarrollar el rol autónomo.
- Valorar por necesidades va a crear una sistematización en el trabajo del personal de enfermería. Si se valoran todas las necesidades de forma sistemática podemos anticiparnos a los problemas y disminuir el coste de las complicaciones.
- La utilización de la valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson aporta una mayor información acerca del paciente que el modelo biomédico.
- Permitirá aunar criterios, ahorrar tiempo y unificar el lenguaje profesional.

2.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 INTRODUCCIÓN Y CRONOGRAMA

El estudio se realizó en la unidad de oncohematología de la F.I.V.O (Fundación Instituto Valenciano de Oncología).

La Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO) es una entidad privada sin ánimo de lucro, cuyos recursos se destinan íntegramente a su labor asistencial, de prevención, de investigación y de docencia.

Antes de iniciar el estudio se propuso el proyecto a la dirección y al comité de ética del centro. Se entregó la siguiente documentación:

- Protocolo del proyecto de investigación completo
- Cuaderno de recogida de datos codificado (anónimo)
- Hoja de información al personal sanitario y consentimiento informado (Anexo 1)
- Documento de memoria económica (también si es igual a cero)
- Autorización del jefe de servicio donde se realiza el proyecto (supervisión de enfermería)
- Compromiso del investigador principal
- Documento de idoneidad del investigador principal
- CV del investigador principal

El protocolo fue expuesto ante dicho comité el pasado 30 Mayo del 2012 y el 1 de Junio del 2012 el comité de ética evaluó el proyecto como favorable. Tras su aprobación se empezó a trabajar con el personal de enfermería para poner en marcha el trabajo de investigación.

Fue un proceso estructurado desde el inicio, aunque por el ritmo de la investigación no siempre se pudieron cumplir estrictamente los tiempos establecidos.

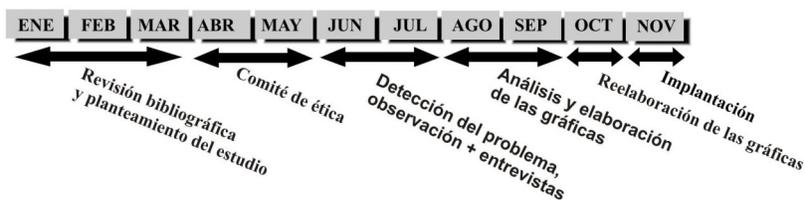


Figura 2. Cronograma.

La muestra total del estudio fue el total de la población. Para realizar un cambio era preciso que los profesionales de enfermería de la planta de oncohematología pudieran colaborar. Al ser una planta pequeña (5 camas) el total de la muestra fueron 5 enfermeras, que son el total de enfermeras fijas que trabajan en dicha planta.

Inicialmente se pensó incluir a las sustitutas más habituales pero, por la rotación de éstas en otras plantas, se decidió no incluirlas para evitar sesgos, por la opinión diferente que podrían tener al trabajar de forma diferente en otras unidades.

El estudio se realizó en dos fases. La primera de ellas consistió en el desarrollo de la estrategia investigación-acción, que a su vez constó de 2 subfases: detección del problema y elaboración del plan de acción. La segunda fase consistió en implementar y evaluar la valoración, así como una última subfase de retroalimentación y evaluación final de la acción.

En la siguiente figura se muestra de forma esquematizada las fases llevadas a cabo:

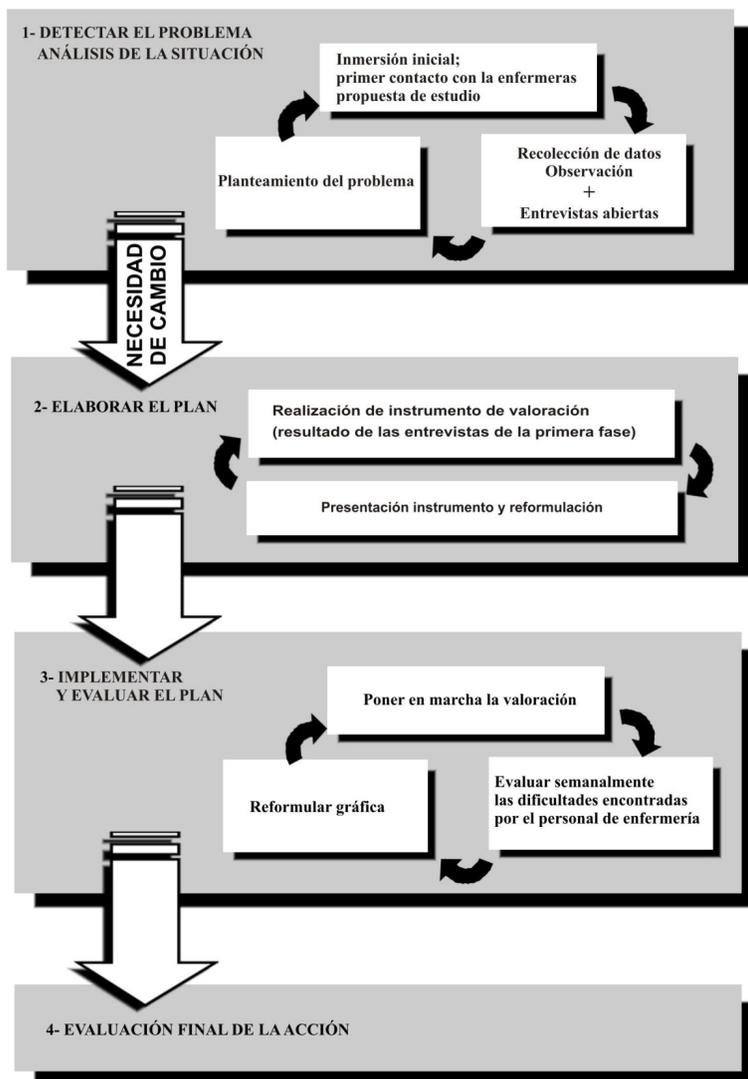


Figura 3. Adaptación de fases investigación-acción al problema de la investigación.

Fuente: adaptación de la figura 15.11, Blaxter (2008).



2.2 PRIMERA FASE DEL ESTUDIO: DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

2.2.1 Detección del problema

La detección del problema se llevó a cabo mediante la inmersión inicial, la observación de los protocolos y documentos ya existentes y la realización de las entrevistas cualitativas.

Inmersión inicial en el problema o necesidad: La primera inmersión del problema se realizó antes de iniciar la investigación. Como enfermera sustituta de la planta se detectaron unos déficits en cuanto a valoración y se inició el desarrollo del proyecto.

Observación: Se realizó una observación de los principales instrumentos de valoración así como protocolos y otros documentos que se utilizaban en la planta.

Entrevista cualitativa: La entrevista tenía como objetivo conocer la opinión de las enfermeras: a través de entrevistas con preguntas abiertas.

El proceso de entrevista que se utilizó se basó en iniciar la investigación con preguntas más abiertas acerca de la cotidianidad de la planta, de la patología, de conocimientos médicos, etc. a preguntas de opinión, creencias acerca de la profesión y teoría enfermera.

La estructura de las entrevista siguió la misma línea de mi investigación. Se inició con preguntas biomédicas, modelos enfermeros, el metaparadigma enfermero, la valoración enfermera y el modelo Virginia Henderson.

Se inició con preguntas biomédicas ya que era el aspecto que el personal de la planta estaba acostumbrado a tratar. De este modo conseguimos abrir la entrevista de tal forma que se sintiesen cómodas e ir eliminado el nerviosismo

que la entrevista pudiese provocar.

Las entrevistas se realizaron de forma individual. Se realizaron en un ambiente tranquilo para que las interrupciones fuesen mínimas. No obstante, debido a la dificultad de poder concretar con el personal de enfermería fuera del horario laboral, las entrevistas se realizaron en los turnos nocturnos tras repartir medicación y resopón de 1-3h de la madrugada donde las interrupciones y la carga de trabajo fue menor.

Para poder analizar y transcribir las entrevistas, se realizó una grabación de voz. Antes de iniciar se les informó y se situó la grabadora en un sitio que no fuese visible, para evitar el nerviosismo que puede provocar la visión constante de ésta.

Tras terminar las entrevistas, y para evitar sesgos, se les pidió que evitaran comentar lo que se había realizado durante la sesión con las compañeras. También se les informó con mayor profundidad sobre la siguiente fase del estudio, tras finalizar la primera sesión.

Antes de iniciar las entrevistas se les entregó una hoja de información en el que se les informaba brevemente sobre los objetivos del estudio, su papel en el mismo, la confidencialidad de todos los datos y la utilización de éstos. A continuación se les entregó la hoja de consentimiento informado mediante la cual daban su autorización y exponían su conformidad con el documento anteriormente recibido.

A continuación se presenta la entrevista semiestructurada llevada a cabo en el estudio:

MODELO BIOMÉDICO	
	<p>¿Qué patologías más comunes atiendes en la planta? ¿Qué signos y síntomas más comunes atiendes en la planta? ¿Cuáles son los tratamientos más comunes en la unidad de oncohematología? ¿Qué efectos secundarios más comunes se observan tras la administración de estos tratamientos? Un procedimiento muy común en vuestra unidad es el trasplante autólogo de médula ósea, ¿cómo se alteran todos los sistemas de la persona y de qué forma lo reflejáis? ¿Cuáles son las complicaciones más habituales de los pacientes tratados en la unidad? De tu trabajo diario ¿qué aspectos registras en las hojas de enfermería? ¿Qué es lo más importante para ti cuando atiendes a un paciente? De lo que consideras importante, ¿de qué forma lo reflejas en la historia de enfermería?</p>
MODELOS DE ENFERMERÍA	
	<p>¿Qué modelos de enfermería conoces? ¿Por qué crees que mayoritariamente no se trabaja con modelos de enfermería? ¿De qué manera crees que se podrían poner en práctica? ¿Cómo podrían enriquecer tu trabajo? Si tuvieras que escoger un modelo, ¿cuál escogerías y por qué? ¿Ves la aplicación de modelos de enfermería como un avance hacia el futuro de tu profesión? ¿Por qué?</p>
METARAPARADIGMA ENFERMERO	
	<p>¿Cómo definirías el metaparadigma enfermero? Cómo enfermera, ¿qué funciones realizas en la planta? ¿Qué roles crees que tiene la enfermera? ¿Cómo desarrollas los roles que tiene enfermería con el trabajo que haces? Dentro de la teoría enfermera, ¿cómo definirías al paciente? Cuando hablamos de salud en un paciente, ¿cómo lo podríamos definir? Dentro de la profesión enfermera, ¿cómo definirías el entorno?</p>
VIRGINIA HENDERSON	
	<p>¿Conoces el modelo Virginia Henderson? SÍES QUE SÍ: ¿Crees que las 14 necesidades son todas necesarias o se tendrían que eliminar alguna de ellas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Respirar normalmente. 2- Comer y beber adecuadamente. 3- Eliminar por todas las vías corporales. 4- Moverse y mantener la postura adecuadas. 5- Dormir y descansar 6- Escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse. 7- Mantener la temperatura dentro de los límites corporales, adecuando la ropa y modificando el entorno. 8- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. 9- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. 10- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. 11- Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias. 12- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal 13- Participar en actividades recreativas 14- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Tabla 3. Entrevista cualitativa.

2.1.2 Elaborar un plan, necesidad del cambio.

Realización de un instrumento de valoración

Una vez realizadas las entrevistas se transcribieron y analizaron. Los datos obtenidos se utilizaron en mi investigación como herramienta para la elaboración e implantación de la valoración enfermera. A través de la entrevista se obtuvo información acerca de las características de la planta, el conocimiento de los modelos de enfermería del personal, las creencias que tenían acerca de la profesión, etc. Todos estos datos permitieron adecuar la valoración de la manera más próxima a la realidad.

Presentación del instrumento a las enfermeras

La idea inicial fue presentar el análisis y los documentos de valoración a las enfermeras mediante una sesión grupal, pero por los cierres de planta y circunstancias personales de las profesionales se tuvo que realizar de forma individualizada.

Se inició cada una de las sesiones explicando brevemente el modelo de Virginia Henderson y la explicación pertinente de los documentos como resultado de las entrevistas ya realizadas.

Se elaboró un cuaderno que agrupaba de forma sintética la teoría del modelo de Virginia Henderson y el resultado de las entrevistas para reforzar la formación dada durante la sesión.

Al final de esta se les entregó un cuestionario en el que debían escoger las hojas de valoración más prácticas, en qué momento creían conveniente su registro pasarlas y se les dio la opción de exponer todas aquellas sugerencias que ayudasen a confeccionar el documento definitivo.

Para evitar sesgos se les pidió introducir toda esta información en un sobre en blanco cerrado, de tal forma de que fuesen totalmente anónimas.



Elaboración del instrumento definitivo

Tras obtener todos los cuestionarios se recogieron todas las sugerencias que plantearon las enfermeras y se incorporaron al documento con el fin de confeccionar el documento de valoración definitiva.

Al mismo tiempo se realizó un documento con aclaraciones del funcionamiento del mismo y desarrollo de las abreviaturas.

2.3 SEGUNDA FASE DEL ESTUDIO: IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA VALORACIÓN

Esta parte no ha sido desarrollada en el presente trabajo. Actualmente se está utilizando la hoja de valoración en la unidad. Se mantiene un contacto continuo con el personal y se van adaptando todas las dificultades.

Retroalimentación / Evaluación final de la acción.

Se piensa continuar con el proyecto y se realizará una investigación que mida tanto la adherencia como las ventajas de la utilización de una nueva forma de trabajo. La idea es realizar una entrevista cualitativa modificada de la primera (expuesta anteriormente) para poder medir tanto los nuevos conocimientos como las actitudes hacia la nueva forma de trabajo.

2.4 DEFINICIÓN DE ROLES

Durante el proceso tanto el investigador como los participantes mantuvieron un rol activo. No fueron solo los agentes investigados sino que formaron parte de la investigación.

DIMENSIÓN	GRUPO INVESTIGADOR	PARTICIPANTES
Organizativa	Encontrar un espacio tranquilo para las entrevistas. Encontrar los mejores días y horas para las reuniones Fotocopiar todos los documentos para las participantes	Estar disponibles para las reuniones avisando telefónicamente del trabajo en la planta.
Persona recurso/ apoyo	Remitir información adicional sobre el modelo Explicar las reuniones a las participantes. Llamar a las participantes para ofrecerles ayuda o aclarar dudas Favorecer la expresión de lo que no han entendido.	Se ayudan durante el proceso, facilitando la lectura de los nuevos documentos.
Metodológica	Favorecer la toma de decisión y el consenso Ofrecer la posibilidad de cambiar aspectos del estudio. Evitar iniciar una reunión hasta que el grupo no apruebe las conclusiones de lo anterior. Reconocer los límites del estudio. Ofrecer la posibilidad de retirarse.	Participación activa durante todo el estudio Proponen y toman decisiones Están abiertas al proceso (ventajas, dificultades, críticas) Planifican conjuntamente el estudio

Tabla 4. Rol investigador versus participantes.

Fuente: adaptación de la investigación de Delgado et al. (2001).

2.5 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Todos los datos recogidos durante la entrevista fueron transcritos. A continuación se elaboró un árbol de categorías, que fue utilizado para el proceso de categorización, en el que se fue ubicando cada extracto en la categoría correspondiente. En este proceso se tuvo en cuenta la búsqueda de significado de aquello que los participantes fueron diciendo.

Para asegurar el rigor metodológico se tuvo en cuenta la triangulación de los datos. Entendemos como triangulación la comprobación por diferentes fuentes o de diferentes maneras la información recogida McKerna (2001), es



una forma de darle fiabilidad a los datos cualitativos.

En el caso de nuestro estudio los datos obtenidos han sido comparados y revisados de tres formas: durante el primer contacto se comparó lo observado con aquellas impresiones durante la entrevista a las enfermeras participantes. Una vez realizadas las entrevistas se les explicó y mostró el resultado en forma de gráfica con lo que ellas tenían la oportunidad de discutir las necesidades observadas.

Además para conseguir más objetividad de los datos conseguidos, el contenido de las entrevistas fue evaluado simultáneamente por dos investigadores.

3.- RESULTADOS

3.1. CUADERNO DE CAMPO (OBSERVACIONES PREVIAS)

Antes de plantear la investigación se realizaron observaciones acerca del funcionamiento de la unidad y de las hojas de registro utilizadas para el proceso de valoración enfermera.

Las hojas de registro observadas se limitaban a una hoja en blanco donde los únicos datos protocolizados eran: nombre, apellidos, número de historia clínica y alergias (Anexo 2).

Cuando el paciente ingresaba las enfermeras realizaban, en esta hoja, un resumen de la hoja del médico que ingresó al paciente. En este primer contacto no se registraba según una clasificación enfermera sino desde un punto de vista biomédico. Posteriormente en el día a día del paciente, registraban la siguiente información: se valoraba si estaba normotenso y apirético, si se había administrado la medicación, si se había realizado alguna cura, si había precisado algo para el dolor, si el paciente realizaba alguna movilización, si estaba tranquilo, si había ocurrido alguna incidencia (fiebre, desorientación,

vómitos, etc.), si se había realizado la petición de alguna prueba, etc. En resumen las enfermeras de la unidad registraban todo lo que envolvía al paciente pero sin lenguaje enfermero. Estaban dispuestas a reflejar y a escribir todo lo que ocurría pero desde una perspectiva de registro biomédico.

Dada la situación y la actitud positiva de las enfermeras hacia el cambio se propuso el estudio, con el objetivo de respetar todo lo que ellas registraban pero dar la suficiente formación para cambiar el modo de realizar este registro. Y con ello transformar un registro de base biomédica en un registro enfermero, basado en una filosofía de cuidados, concretamente en el modelo de Virginia Henderson).

También disponían de dos documentos para el registro de constantes y diuresis (DIU). Una de ellas para su utilización en el día a día (Anexo 3) y la otra más completa específica para Tamo (Anexo 4a y 4b).

3.2 ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

3.2.1 Establecimiento de categorías

El análisis de los datos ha sido continuo y circular. Para poder dar el siguiente paso de una etapa fue necesario tener analizado el anterior.

El establecimiento de categorías junto con la codificación o categorización como afirman Delgado et al. (2001) es un proceso que facilita el análisis de toda la información, y ayuda a buscar respuestas a las preguntas del estudio.

El proceso hace con los conceptos vayan diversificando. De los conceptos más generales van surgiendo subcategorías

Para complementar el proceso de establecimiento de categorías se llevó a cabo simultáneamente dos investigadores diferentes. Al acabar la clasificación estos se pusieron de acuerdo y realizamos la categorización final.

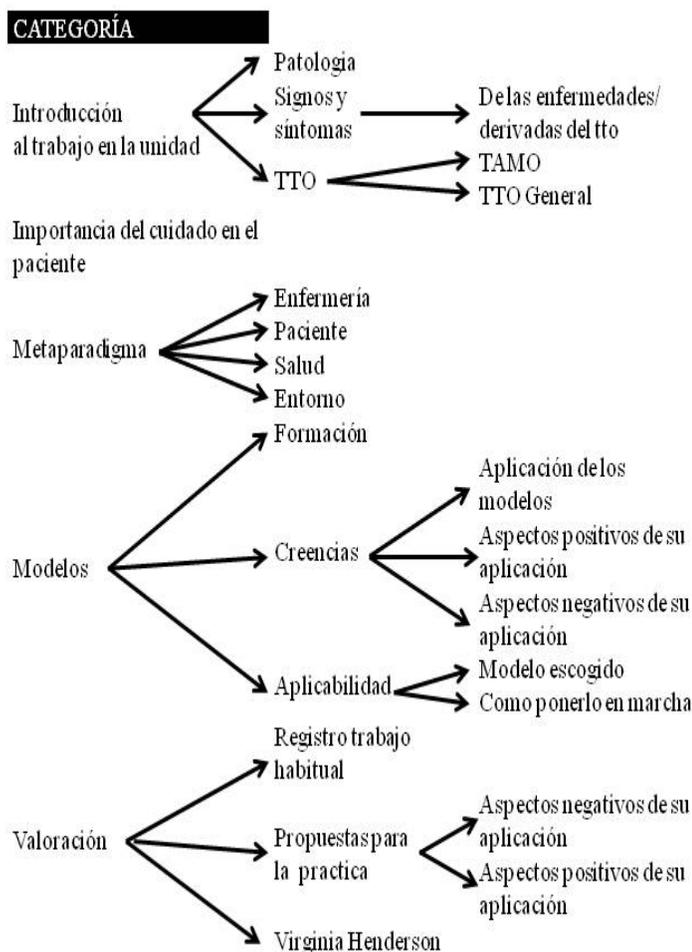


Figura 4. Arbol de categorías.

3.2.2. Análisis

A continuación se realizará un análisis de las diferentes categorías mencionadas en la figura 4.

Para garantizar el anonimato de las participantes se codificaron cada una de las transcripciones de forma aleatoria con la siguiente codificación: S1, S2, S3, S4 y S5.

Introducción al trabajo de la unidad

Como se ha comentado en el apartado de material y métodos se introdujeron inicialmente preguntas generales con el fin de situar al personal de la planta y acercarnos más a la realidad de ésta.

Patología:

Se les preguntó qué patologías atendían en la planta. No todas respondieron lo mismo.

En los siguientes fragmentos se puede observar cómo en ocasiones se confunden conceptos, separando la leucemia de un tipo de cáncer hematológico, como por ejemplo: S1: *“Pues, leucemias crónicas, linfomas y cánceres hematológicos”*; S2 también dijo: *“Linfoma de Hodking, linfoma no Hodking, mieloma múltiple, de Burkitt, mucho de ontocogía también, por ejemplo sarcomas si que es verdad que estamos teniendo más, mucosis fungoides son más o menos lo que atendemos”*; S4 explicaba *“En cuanto a hematología linfomas, mielomas y enfermedad de Hodking y en cuanto a oncológicas mamas y pulmones”*

Encontramos que las patologías más comunes son *“linfomas, mielomas de normal que pueden llevar sobretodo muchas neutropenias febriles muchas mucosis fungoides”* (S5) y *“todas las derivadas de hematología, linfomas, mielomas básicamente es lo que hacemos y alguna leucemia”* (S3).

Signos y síntomas

Los signos y síntomas varían de una enfermera a otra. Los más comunes con los que se encuentran son:

S1: *“Fiebres, nauseas, astenia, debilidad, inapetencia, labilidad emocional, muchos también tratamiento los efectos secundarios, de la quimioterapia las nauseas fundamentalmente”*.



S2: *“Fiebres sobretodo sudoraciones profusas por la noche, úlceras, en las mucosis fungoides úlceras suelen ser bastante comunes, que más que más, anemias (...) no me acuerdo (risas)”. “Efectos secundarios eeee neutropenias por las quimios, anemias por las quimios también, los antibióticos alguna vez también nos ha dado reacciones alérgicas pero pocas veces nada así... y en las transfusiones también reacciones alérgicas, sobretodo las quimios son los que suelen tener más efectos secundarios, fiebres y no sé”*

S3: *“Neutropenias febriles, quimioterapias, ummm no sé, poco más, luego ya las curas típicas de la planta”.*

S4: *“Fiebre, pérdida de peso, hipotensión, hipertensión diabetes, es que fiebre es el que más por la neutropenia”.*

S5: *“La fiebre sobretodo y en pacientes encamados mucha úlcera por presión y poco más, alguna dermatitis y problemas en la piel, eso también nos traen bastante”.*

Tratamiento

Los tratamientos más comunes en la unidad son: quimioterapia, antibioterapia, transfusiones y antitérmicos para la fiebre.

Todas coinciden en sus respuestas. Un ejemplo de éstas se puede encontrar en la enfermera S1: *“Quimio para tratar los diferentes tipos de tumores, ingresan por neutropenia tras la quimioterapia, antibióticos, antipiréticos...”.*

Por otro lado también diferencian las quimioterapias de día a día con la específica del TAMO.

Nos encontramos que durante las preguntas tanto de la patología o de tratamiento no hacen referencia al TAMO, pero cuando se les pregunta acerca de éste, tienen un gran conocimiento, y le dan importancia a este procedimiento.

TAMO (Trasplante Autólogo de Médula Ósea)

Para conocer mejor la especificidad de la planta se les preguntó por el TAMO, procedimiento complejo. S4 dijo: *“Es que el tamo es un proceso muy complejo en cada etapa el paciente se encuentra de una manera”* que afecta al paciente desde todas las perspectivas.

A través del Tamo conseguimos averiguar más información acerca de los signos y síntomas que con la pregunta abierta no surgieron.

Este proceso tiene diferentes fases:

En el proceso de aféresis (obtención de las células hematopoyéticas) los efectos secundarios suelen ser mínimos. S2 explicó: *“pues nada en el procedimiento de la aféresis los únicos problemas que pueden tener que al ponerse los pinchazos para subir las defensas pueden tener dolor muscular; bueno dolor de huesos mas que muscular; y bueno pues durante la aféresis no sienten ninguna sintomatología”* S4 dijo: *“pues durante la fase de recolección de las células, fiebre por la administración de los estimuladores de colonias o signos de hipotensión típicos del proceso de aféresis”*.

La quimioterapia previa al trasplante es una quimioterapia muy fuerte que tiene como objetivo la aplasia en el paciente para que el trasplante pueda tener su efecto. S2 comentó: *“cuando finalizan los ciclos de quimio que ya les hacen las pruebas que toca y entran en el proceso del trasplante que ahí como la quimio que se les pone es más fuerte pues normalmente nada se induce a la aplasia pues nada lo que les ocurre es pues eso, tienen anemia, como tienen bajón de defensas tienen un bajón ya sea por las defensas del propio cuerpo, o porque pues al manipular el catéter se le provoca alguna infección. La mucositis suele ser bastante importante por la inflamación de las encías suele provocarse muchísimo dolor y complica que ellos puedan comer; tener náuseas también, a veces en que necesitan nutrición parenteral, refuerzos nutricionales*



ya que a veces por ellos mismos no comen” S3 dijo: “de la quimioterapia, náuseas vómitos diarreas y luego ya pues mucositis”

S4 comentó: “durante la fase de quimioterapia pues nauseas, vómitos, diarrea, a veces estreñimiento, signos de hipotensión o hipertensión derivados de la administración de fluidos, durante el periodo de aplasia pues la fiebre mucositis relaciona con la afectación de las células de la mucosa, también diarrea, la fiebre no se”

S5 también explicó: “la persona entra normal, entran casi libres de enfermedad en el trasplante, antes del trasplante ponemos la quimio lo que conlleva una bajada de defensas severa pasan, empiezan con fiebre muchas mucositis, nauseas, sin ganas de comer, lo que nos lleva muchas veces a poner nutrición parenteral”.

Durante el proceso de aplasia el paciente, como explicó S3: “cuando pasan el periodo de aplasia, neutropenias febriles, continúan con diarrea, el estado de astenia” como dijo S4 es el momento de todo el proceso donde el paciente tiene más riesgos: “es la etapa de aplasia que está incluida el periodo de aislamiento es donde pierde las capacidades, porque puede precisar ayuda, esta con unas cifras de anemia y trombopenia bastante importante con lo cual son riesgos añadidos para el paciente, riesgo de infecciones, riesgo de sangrado, así que durante el resto del proceso prácticamente las funciones las mantiene.” S5 dijo: “Luego también al bajarles las defensas hacen fiebre se quedan anímicamente muy aplanados sin ganas de moverse”.

La última fase por la que pasa el paciente es la recuperación. Es costosa ya que se alteran todos los sistemas de la persona. Como explicó S2: “al ponerle

los pinchazos de la defensas que ellos van remontando entonces ya ellos poco a poco se van encontrando mejor pero aun así a ellos les cuesta bastante. Cuando ellos ya están controlados que no tienen neutropenia ni nada se les da el alta, y así poco a poco se van recuperando de sus síntomas aunque pueden seguir con náuseas también suelen comer menos ya que el gusto les cambia un poco...y nada luego ya es habituarse a su vida diaria”.

Este proceso al tener un largo tiempo en aislamiento también provoca unas alteraciones psicológicas en el paciente. S2 comentó: *“También se encuentran más decaídos, no hablan prácticamente con la gente, están más retraídos pues siempre hay que intentar animarlos”* S4 explicó *“bueno estoy hablando todo de procesos físicos pero también están los procesos espirituales y (risas) psicológicos, y claro como el paciente está aislado afronta muchos problemas de ese tipo aunque a veces no se les hace mucho caso”*. S5 también explicó: *“En cuanto anímicamente la persona ellos entran bastante animados pero claro se van desanimando al ver que no pueden comer, no es que empeoran pero por la mucositis”*. S5 también habló de la recuperación del paciente: *“recuperación de las defensas la mucositis va desapareciendo empiezan a comer y eso hace que ellos ve vean más animados se vaya recuperando el estado, empiezan ya a llevar una vida un poco mas normal.”*

Los resultados anteriormente expuestos no tienen una importancia clave para el desarrollo posterior del estudio. Se les preguntó sobre aquellos aspectos más abiertos, aspectos con los que se sentían más cómodas, que pudieran explicar lo que hacen en la planta, para situar a las enfermeras en la entrevistas y eliminar todo el nerviosismo que pudiese provocar la nueva experiencia.

Las siguientes categorías se analizan en más profundidad y los resultados son utilizados para acabar de darle el cuerpo necesario al estudio.



Importancia en el cuidado del paciente

Para la adaptación de un modelo enfermero era necesario averiguar qué parte de la práctica clínica tenían más importancia para ellas en el cuidado del paciente.

Es por ello que se les preguntaba que era lo más importante para ellas cuando atendían a un paciente.

Las opiniones resultaron ser parecidas, la mayoría centradas en sacar tema de conversación y hablar con el paciente. S1 respondió: *“Pues sacar el tema de conversación con él para que no piense en la enfermedad animarlo un poco, que se evada de su realidad comentando cualquier cosa”*. S2 también afirmaba: *“para mi lo principal es el paciente, intentas hablar con él y lo que más necesite pues claro...”* S5 también hacía referencia a ello: *“lo más importante es el trato al paciente ya no en cuanto a poner los goteros, son pacientes que llevan mucho tiempo ingresados y necesitan hablar, y necesitan un cuidado especial si, sí que es verdad que ponemos mucha quimio mucho antibiótico y mucha medicación pero lo que más necesitan creo yo muchas veces es que entre alguien y que pueda escucharlos”*.

Para ellas el cuidado, la protección y el bienestar tanto físico como psicológico hacia el paciente tenía un gran peso. Podemos observar una actitud paternalista hacia el paciente. S2 explicó: *“solucionar los más rápido posible para que el no sufra o para que este cómodo, no sé...”* S3 dijo: *“pues que se sienta confortado, que se sienta que está protegido por nosotras pues eso que esté... dentro de lo que cabe dentro de lo que ellos padecen dentro como el dolor por la mucositis o las diarreas que se sienta lo mejor posible...”* S4 explicaba: *“si tú no estás ahí de apoyo y para saber lo que en todo momento y acompañándolo “*

También tenía un peso la formación y el poder resolver preguntas y dudas. S4 hacía varias referencias: *“pues conocer el por qué le está pasando lo que le está pasando, conocer lo que les estoy aplicando y por qué se lo estoy aplicando, porque sino lo sé no le puedo orientar a lo largo de todo el proceso”* *“entonces si tú no sabes lo que estás haciendo no sabes orientarle, y si no puedes orientarle aumenta su ansiedad”*.

A pesar que cuando ellas hablan de la importancia lo primero que sale es el paciente nos encontramos en que también se hace referencia al cuidado teniendo primero en cuenta la patología. S3: *“depende de la patología depende de lo que estemos hablando”*.

Metaparadigma

A veces la práctica enfermera inconscientemente está inspirada en un modelo de pensamiento enfermero, pero se desconoce la aplicación de éste. Para intentar averiguar qué filosofía de cuidados es la que llevaban a cabo se les planteó preguntas acerca de éste.

En cuanto al concepto de metaparadigma, desconocen con exactitud lo que es pero les suena de algo. Todas coinciden: *” S1: Si eso me suena, pero uff la verdad es que no me acuerdo bien.”* *” S2: sé que me suena pero no te sé decir exactamente lo que es, no sé exactamente decirte.”* *” S3: Me suena pero ahora mismo no sé”* *“S5: me suena, pero me acuerdo de algo pero no te lo sé explicar pero sí que me acuerdo de algo.*

Enfermería

Con el fin de averiguar qué significado tenía para ellas su trabajo y cómo se veían reflejadas como profesionales, se les preguntó qué significaba para ellas ser enfermeras.



El concepto de cuidar se veía reflejado en la definición de la profesión.

S3 definía la enfermería de la siguiente manera: *“el cuidado al paciente no sé, creo que hacemos mucho más que cuidar pero no sabría decirte, no sé”* S1 explicaba: *“un profesional que está al lado del paciente y que valora diferentes aspectos, le cuida físicamente, mentalmente, y hace de intermediario con el médico, tiene más confianza conmigo... es como un amigo pero a la vez profesional.”*

S5 respondía de la siguiente manera: *“Yo creo que es cuidar, la función de una enfermera, yo creo que allí lo resumimos todo, porque nosotras curar en realidad curamos porque nos lo dice el médico pero no curamos en sí, estamos cuidando”.*

Como podemos ver se les hace difícil definir la enfermería sin nombrar a la medicina.

También nos encontramos que la respuesta a la pregunta, reclamaba el cambio de la realidad que estaba viviendo en su función como enfermera, como S4 explicó: *“nuestra profesión es que está un poco en tierra de nadie, vale porque como he dicho antes siempre ha estado subyugada con los médicos”* continuaba diciendo *“creo que la enfermería puede hacer mucho más que colaborar entre compañeros es lo mismo o sea es necesario pero también tienes que tener tu independencia en cuanto a ciertas competencias por eso pienso que enfermería tiene muchas competencias sobre las que podría tener autonomía pero a la vez pienso que faltan conocimientos en ciertos aspectos.”*

En una ocasión se confundió la definición de enfermería con las funciones que se realizan en la planta. S2 decía: *“pues nada, poner la medicación a los pacientes a la hora de que algún paciente tenga alguna dolencia o que se queja de algo yo tengo que valorar hasta qué punto es grave o no y llamar al médico de guardia, que también difiere bastante depende de la información que le des*

tú al médico de guardia el médico valora si hay que administrar una cosa u otra, qué más, se realizan las curas del cuidado del paciente, supervisas la higiene del paciente, es que no sé...”

En cuanto a las definiciones de roles nos encontramos con que las enfermeras afirman tener un rol autónomo cuando realizan competencias médicas. En ningún momento se hace referencia a los diagnósticos enfermeros ni al proceso de atención enfermero. Cuando preguntamos a S2 por el rol autónomo decía: *“depende para lo que sea porque al fin y al cabo estás dependiendo de lo que el médico te diga, sí que hay algunas cosas que depende de lo que tu valoras, intentar pues lo que digo por ejemplo para el cuidado de la piel por ponerte un ejemplo”* y S3 respondió *“protocolizado muchas veces no tenemos que llamar al médico porque ya sabemos lo que nos va a decir con lo que va a querer con lo cual la mayoría de las veces no, osea, actuamos como nosotros creemos que los médicos van a querer que actuemos aquí”*

También observamos en que hacía referencia a la función realizada por otros profesionales. S3 decía: *“Pues no sé desempeñamos muchos roles, desempeñamos el rol de enfermería, el de auxiliar muchas veces, el de médicos no pero en alguna ocasión sí, no sé.”* S5 nos explicaba: *“planta cuida, trata, la enfermera... es que hacemos más, a ver esta planta hacemos mucha cosa de auxiliar, porque al estar solas, también aseamos al paciente, y todo cogemos roles que no nos tocarían, a veces hacemos de psicólogas, no te voy a engañar; no sé”*.

Incluso en ocasiones nos encontramos con único rol, ligado totalmente a la medicina, como dijo S1: *“Yo creo que pocos no pero principalmente obedecer el médico, dar la medicación tomar las constantes...principalmente sí”*.



Paciente

El paciente es otro de los pilares del metaparadigma enfermero. El concepto que se tiene de éste influye en el desarrollo de la profesión.

Nos encontramos que cuando les preguntamos a las enfermeras cómo definirían al paciente, la mayoría de las respuestas fueron paternalistas. Desplazaban al paciente de su estatus de “persona” para ser un ser débil y dependiente.

S1 verbalizó: *“Pues a un ser susceptible, que está en un ambiente extraño pues eso, se vuelve paciente, pierde todos sus roles de la vida cotidiana y se transforma en paciente para que le hagan todo lo necesario”*. S2 explicaba algo parecido, veía al paciente de la siguiente manera: *“Como una persona que necesita ayuda de los demás, que le entiendan, que le cubran sus necesidades básicas eee... que más que más, no sé...”* S5: *Pues no sé, una persona que tiene que ser paciente tiene que saber esperar y tiene que saber lo que toca en cada momento.”*

También se tenía una visualización de éste como un mero receptor de los servicios sanitarios S3 comentó: *“no sé una persona que requiere cuidados, atención médica, algún tratamiento o alguna cura, o para un tratamiento paliativo o para lo que sea”*.

S5 tiene una visión más abierta e integral del paciente: *“el paciente es la unidad básica por lo que se hace todo sin paciente no hay enfermería”*. Tiene en cuenta la unidad familiar: *“El paciente no es una unidad sin su familia*

Salud

Depende de la concepción de salud que se tiene varía el tipo de cuidado que se le ofrece al paciente. Es por ello que se les preguntó qué era para ellas la salud.

Entre las respuestas encontramos la salud entendida como bienestar, como independencia o simplemente como la falta de enfermedad como indica S3 *“la falta de enfermedad, osea la ausencia de enfermedad, no?”*

Como afirman S4 y S5 entienden la salud como estado de bienestar: *“S4: pues el estado de salud yo lo definiría, como cuando estás bien, pero claro no abarcas todo el resto de la dimensión de salud, pero en general, todo lo que vemos aquí es negativo, solo estar bien aunque tengas alguna tecla ya es suficiente”.*

“S5 puedes tener salud y estar enfermo, que te encuentras bien, hay pacientes que están saludables pero están enfermos, la salud es un estado en el que tú te encuentras bien no?”

La visión de salud entendida como independencia la encontramos con S1 y S2:

“S1: Pues la salud pues eso estar física psíquica social, tener independencia” S2 dice: “pues a ver la capacidad de la persona de poder realizar cosas habituales sin precisar, no sé, sin precisar, no sé, tener que tomar medicación o tener que recurrir a un especialistas, osea poder realizar actividades diarias, eee no sé cómo explicarlo, ya es que no sé cómo decirlo... con independencia”.

Entorno

Éste es el último pilar del metaparadigma. Fue costoso por parte de las enfermeras entender qué se les estaba preguntando cuando se hablaba del entorno. Incluso muchas veces se tenía que reformular la pregunta varias veces buscando que el entrevistador les diese la respuesta. Pudiese ser culpa del entrevistador por no plantear correctamente las preguntas.



S3 no consiguió responder las preguntas tras varias aclaraciones.

En cuanto los resultados de este apartado son difusos por lo anteriormente comentado.

Se vieron dos concepciones una concepción del ambiente como interacciones humanas (S1 contestó: *“Es el ambiente en el que vivimos y en el que convivimos para bien o para mal”*) y otra concepción como algo físico (S5: *“El hábitat donde nosotros nos movemos que en este caos sería el hospital debemos acoplarnos todos un poco, no es que tu entres en la casa del paciente ni ellos a tu casa, compartiendo todos un poco y debemos estar un poco en concordancia los unos con los otros.”*)

También dio pie a expresar la opinión acerca del ambiente en el trabajo. S4 expresó: *“yo el entorno lo encuentro agradable pero cambiaría alguna muchas cosas, porque el hecho de que solo hayan 5 habitaciones aporta muchas cosas buenas pero también muchas malas porque ellos, o sea tú los conoces mucho a ellos y ellos te conocen mucho a ti, así que es complicado, porque ellos saben cómo conseguir algo de ti o cómo conseguir algo de tu compañera o no sé, tiene, digamos que les aporta más control sobre ti, y eso a veces es malo, porque en una posición en la que estamos tienes que ser bastante ecuánime no puedes diferenciar a unos porque te caigan mejor o porque te caigan peor y la situación de ser tan pequeña la unidad”* y S2 cómo debería ser: *“el entorno debe ser un entorno adecuado para el paciente que no sé no sé... que sea... (risas) no lo se.(repite varias veces la pregunta) el entorno adecuado que le facilite al paciente sus funciones, no sé decirte”*.

Modelos

Antes de realizar la gráfica de valoración y la formación que se daría junto con ésta, era importante qué tipo de conocimientos tenían acerca de los modelos de enfermería y qué creencias tenían acerca de éstos.

Concepción básica:

Se les preguntó si conocían los modelos de enfermería. Todas las entrevistadas coincidieron en que no se acordaban. S1 afirmaba: *“pues no me acuerdo ya...”* S2 dijo: *“bua ya no me acuerdo”* S3 explicó: *“los he conocido todos pero no me acuerdo de ninguno, los he estudiado todos pero no me acuerdo de ninguno”*.

Lo recuerdan como algo lejano que se dio en la carrera. Se detectan dos motivos por los cuales no se acuerdan. Uno de ellos es la falta de aplicabilidad en la carrera. S1 nos explicaba: *“yo creo que falta formación en la carrera, te dan una cosa incompleta si desde un principio hicieran más hincapié en saber realizar, yo creo que se utilizaría más en el día a día”* siguió diciendo S1: *Yo creo que lo dan, porque es un material que tiene que entrar, y mira toma entra y desde el inicio no le dan importancia los propios docentes tu luego como profesional tampoco le das importancia porque ha sido, pues eso, son temas que te ha tocado estudiar para el examen y ya está.*

Otro de ellos es el hecho que en la praxis diaria no se ven reflejados en ningún momento. S2 dijo: *“es que los modelos que aquí entras y ya no los utilizas pues se me olvida”*.

Todas coincidían en que se acordaban del modelo de Virginia Henderson pero solo del nombre, no sabían decir nada más de éste. S1 comentó: *“Pues yo solo me sé el de Virginia de las 14 necesidades y los 11 patrones de Gordon es que no me sé bien el nombre... pues eso esos dos. Son los únicos que di en la carrera...”* S2 dijo: *“el de Virginia Henderson y es que ninguno”* S3 siguió diciendo: *“los he estudiado todos pero no me acuerdo de ninguno quizás algo más del de Virginia Henderson”*.



S5 fue la única que no coincidió y nombró otras teóricas: *“eso son Florence Nightingale, Dorothea Orem, y la verdad ya no me acuerdo de más”*

E incluso se observó una diferenciación del modelo de necesidades básicas con el modelo de Virginia Henderson: S4 comentó: *“Pues el de las necesidades básicas y de Virginia Henderson y ya está”*.

Existe una confusión de conceptos. Se confunden los modelos con la valoración: S1 dijo: *“pues son para mi una forma de valorar a los pacientes y que necesidades no tiene cubiertas...”*, con el PAE, S5 comentó: *“A ver lo del PAE es los modelos?”* e incluso con las taxonomías.

S5 comentó *“Son lo del NIC, NANDA y NOC”* saben que hay una interrelación pero desconocen cuál.

Creencias:

Se les realizaron preguntas que tenían la intención de averiguar por qué ellas pensaban que no se utilizaban los modelos en la práctica diaria.

También se les preguntó qué aspectos positivos o negativos verían de la utilización de éstos.

Estas preguntas tenían como objetivo evitar o prever qué problemas podrían surgir más adelante con la implantación del estudio.

En cuanto a por qué pensaban que no se utilizaban en la práctica clínica surgieron varias causas. Una de ellas era por la falta de tiempo. S3 explicó: *“pues no lo sé la verdad es que no tengo ni idea de por qué no se trabaja con modelos, aquí la verdad no tenemos tiempo para nada, solo estamos nosotras solas muchas veces escribo en el último momento por escribir la historia*

apuntarlo todo” S5 también dijo: “vale yo creo que no se trabaja con modelos porque, alguien igual aquí si podríamos hacerlo porque son menos pacientes”

También surgió el enfrentamiento con el pensamiento médico S4 dijo: *“la verdad porque es como una cosa propia de enfermería y nos no la han inculcado los médicos y el modelo actual, en que trabajamos es un modelo médico pues no lo utilizamos por eso y no nos hacemos valer nuestras propias herramientas”.*

Pero mayoritariamente al desconocer los modelos les era difícil poder identificar el por qué no se utilizaban. A pesar de ello cuando se les planteaba la pregunta surgieron actitudes positivas. S1 comentó: *“pero no sé por qué no cuajan, nos e termina de registrar, a mí sí que me parecía interesante que se realizarse”.*

En cuanto a los inconvenientes de trabajar con modelos, las creencias de las enfermeras iban encaminadas a la falta de tiempo. S2 explicaba: *“inconvenientes tampoco tienen porque hay veces que no te da tiempo de preguntarlo todo o de verlo todo pero normalmente sí que se pueden registrar depende también en otra planta no sé si daría tiempo de hacerlo paciente por paciente y hacerlo todo. Nosotros también no lo hacemos porque a lo mejor no da tiempo de cubrir todas las necesidades o todo no sé yo.”*

O bien determinados aspectos a valorar que podrían resultar incómodos. S5 dijo:, *“porque por ejemplo hay preguntas yo no... yo alguna vez por ejemplo que ha venido algún estudiante me he puesto con el modelo de las necesidades básicas y he sacado un modelo estándar en Internet y empiezo la necesidad de espiritualidad esa entonces vas y dices, usted, a ver cómo enfocas eso,*



yo creo que hay cosas que no hace falta preguntarlas hay cosas que con la convivencia con los pacientes y las personas las puedes llegar a saber pero no son realmente importantes para determinados ingresos aunque no”.

Las creencias positivas eran variadas y enriquecedoras. Pensaban que los modelos podían ser un bien hacia el paciente y un avance en la profesión, pero la mayoría de las veces acababan haciendo referencia de nuevo a la valoración enfermera en lugar de los modelos. Se confunde la valoración como modelos: S1 comentó: *“sería un avance, si nos quedamos como estamos, es que estamos estancados es que siempre es igual no avanzamos en nada, quizás si se propusiera la valoración enfermera”* o como dijo S5: *“Yo creo que es un avance, a ver nosotras aquí sí que escribimos casi todo y muchas veces te saltas cosas y probablemente tienes un esquema de los patrones que debemos abarcar en cada paciente”* y facilita la investigación S4 dijo: *“a la hora de recoger datos en la historias clínicas cuando quieres hacer trabajos te facilita todo mucho, es un buen instrumento de recogida de datos”.*

Aplicabilidad

Se les preguntó qué modelo escogerían si tuviesen que poner alguno en marcha y de qué forma lo llevarían a cabo.

Debido al poco conocimiento acerca de estos la mayoría no puede escoger entre un modelo u otro. Dijo S5: *“Pues no lo sé porque no me acuerdo qué iba en cada modelo”.* Como el único que conocen es el de Virginia Henderson, es el de elección.

S1 explicaba: *“pues el de Virginia Henderson porque conozco dos y tiene 14 necesidades y más completos si en otro tiene 12 y este 14, pues el de 14 que está más completo”.*

Cuando se les preguntaba de qué forma los pondrían en marcha hacen referencia continua a una valoración. S1 comentó: *“si entrevista con el paciente y registrarlo para que todas las compañeras lo sepamos incluso los médicos también les convendría leerlo porque claro la desnutrición y la falta de proteínas en el trasplante pues también hay que saberlo”*.

Proponen adaptar el modelo en forma de protocolo o de guía. S2: *“Hombre pues si se esquematiza y se ponen como protocolo, pues osea es como si todos los días, es lo mismo que habitualmente registrarlo igual todos los puntos que hay en un modelo pues seguirlos”* S3 dijo *“creando una guía igual... haciendo de todos los no sabría decírtelo, no sé, creando una guía de todos los indicativos del paciente si ha hecho deposiciones si tal de todos los modelos a seguir de todos los cuidados a seguir en cada modelo”*.

Se propusieron innovaciones como comentó S4 de la utilización de un programa informático: *“Yo creo que esta unidad es muy buen sitio para ponerlas en práctica si se habilitara un programa informático que facilitara con solo un click como el sistema de todos los hospitales el hacerlo porque, esta unidad se presta porque son pocos pacientes pero es verdad que si tienes que imprimir cada vez escrito, para mí no es viable, si se hace vía informático y creo que tampoco es tan difícil de hacer”*.

También se detectaron reticencias el cambio de una forma de trabajo: como comentó S5: *“Yo creo que ponerlos en marchas podríamos ponerlo sin ningún problema lo que te he comentado son muchísimos pacientes y te permite lo que te he comentado y no tienes tiempo, pero sí que es verdad que es un poco rollo, no te voy a mentir, la verdad es que te saltas, yo estoy acostumbrada a escribir todo de tijereta y me sale todo de una, e igual te saltas uno y luego vuelves otra vez sabes?”*



Pero ponerlos sí que podríamos ponerlos en marcha”.

Valoración:

Registro del trabajo habitual

Se pretendía poder elaborar un documento aunando teoría y práctica. Para ello era necesario saber cómo era el registro actual en la planta, de qué modo lo llevaban a cabo y qué factores eran importantes para ellas.

En cuanto lo que ellas escriben en su día a día parece coincidir, pero afirman que cada una establece su propio criterio. S2 dijo: *“se lo organiza de una manera u otra pues cada una lo hace en un orden”* S3 afirmó: *“normalmente lo escribimos en la hoja de enfermería pero cada uno escribe el orden más o menos que te vas acordando durante el día”.*

Refieren que ellas escriben todo relacionado con el paciente. Un ejemplo de ello es lo que mencionó S2: *“Pues todo empezando por las constantes como están, valoro lo que es la alimentación del paciente si es adecuada, se valora también sobretodo por las mañanas que paciente pues la piel la tenga bien, que no tenga ninguna úlcera, que no sufra deshidratación, miras también pues la higiene del paciente es correcta, también registro alguna incidencia pues si tiene dolor, o si le tengo que poner alguna medicación, se registra todo”* siguió diciendo: *“pues medicación extra que se tenga que poner por lo que sea, porque tiene fiebre o porque tiene dolor, más o menos no sé si han hecho deposiciones en general un poco de todo no sé”.*

S5 afirmó: *“si nosotras siempre registramos todo en las hojas de enfermera, como paciente desanimado, sabes? Comento de que hay posibilidades, eso sí que escribimos todo* siguió diciendo: *“por patrones no registramos nada, pues lo 1º la tensión, la temperatura, la SAT porque en esta planta sí que tomamos*

por tres la SAT y la frecuencia cardiaca x3, le he puesto el tratamiento que lleva si tienen náuseas si no tienen náuseas, si han precisado alguna dosis de morfina, si han tenido dolor si no han tenido, o paciente desanimado o paciente más animado”.

S4 también dice apuntarlo todo pero admite que en ocasiones se escribe demasiado o cosas innecesarias: *“no entiendo por qué ponemos constantes bien, si esta la gráfica, pero parece que si no lo pongo no lo has hecho, no es así porque si no hay nada que contar no hay nada que escribir nuevo e incluso hay veces en que nos repetimos”.*

Afirman aplicar modelos de enfermería pero en el cuaderno de campo no se ve reflejado que esto ocurra y como más adelante veremos desconocen los modelos con lo que difícilmente pueden ser aplicados. S4 dijo: *“quizás yo mentalmente sí que puedo utilizar modelos de enfermería a la hora de transcribirlos en la hoja clínica aunque lo hacemos no seguimos un patrón donde ponemos pues patrón no sé qué, pero no lo hacemos, eso no lo hacemos con exactitud pero sí lo hacemos a nuestra manera”.*

Se les realizó preguntas con el fin de que participasen en la elaboración de la valoración, preguntándoles qué aspectos pondrían si ellas mismas tuviesen que realizar una hoja de valoración.

Para la confección de la valoración también era necesario conocer qué aspectos positivos y negativos veían de poner una valoración sistematizada en funcionamiento. Esta pregunta tenía como objetivo conocer la actitud de los profesionales hacia el cambio.

Cuando se les decía qué aspectos ellas pondrían si tuviesen que realizar una valoración costaba que respondieran a la pregunta. La primera respuesta



hacia referencia al trabajo que ellas ya realizan, como dijo S1: *“Pues todo lo que ocurra durante mi estancia aquí”* S2 explicó: *“en general creo que es importante todo, si me haces elegir”*.

Existía como un miedo que si ellas respondían algo que no estaban haciendo estaba como mal es por ellos que cuando les preguntabas por cómo lo harían hacían referencia de forma inconsciente a cómo lo estaban haciendo. S3 explicó: *“no sé nosotros como lo hacemos ahora sí que es verdad no está todo, no se refleja todo lo que es importante pero en la gráfica que nosotros tenemos pero a simple vista sí que se ve muy bien entradas, salidas, deposiciones, curas, no sé en una gráfica me imagino nosotros tenemos una gráfica y un apartado para escribir y eso, pero yo pienso que como lo tenemos se puede mejorar pero como lo tenemos ahora para mí, a la hora de trabajar es bastante...”* siguió diciendo, *“añadiría cosas, yo me he acostumbrado a la gráfica y simplemente está bastante todo”* o como dijo S5: *“yo creo que aquí no íbamos a notar mucho la diferencia, igual si, igual lo probamos y sí pero no creo que notemos mucha la diferencia”*.

Tras las primeras respuestas generales se repetían y se aclaraban varias veces la pregunta con el fin que respondieran aquellas cosas que para ellas era importante valorar. Las respuestas fueron variadas: S1 comentó: *“Sí, sí, sí pues eso, descanso porque es fundamental para el paciente la nutrición, el estado anímico, la higiene, bueno nutrición también (pensativa) integridad cutánea que va relacionada con la nutrición también la tendría en cuenta y pues eso todos los aspectos psicológicos, si tienen o no ansiedad y ... yo creo que ya”*. S2 dijo: *“pues las constantes es una parte muy importante, pues refleja si el paciente está bien o no está bien, luego por ejemplo en cuanto al dolor, es una cosa también que afecta bastante al paciente el tener registrarlo el dolor y velar por que el paciente esté bien es muy importante por ver si hay que*

ajustar la medicación o no...” S3 verbalizó “pues por ejemplo le añadiría, no tenemos reflejado el grado de mucositis”

S4 dijo: “la fiebre ósea la temperatura, e... las constantes generales, vale, las analíticas por la administración de quimioterapia en esta unidad son bastante importantes, el estado nutricional peso, eee...y ahora mismo bueno la valoración de las capacidades de la persona, del nivel de autonomía”.

Casi todos los aspectos que para ellas son importantes valorar van ligados a la enfermedad y a las competencias biomédicas, pero al mismo tiempo tiene en cuenta al paciente a pesar de que no valoren algunas competencias enfermeras.

A pesar de que hacen referencia a la valoración como algo esquemático también surge la necesidad de escribir. Un ejemplo de ello es lo que dijo S1: *“Si que no sea todo estandarizado sino que tengas la opción de apuntar lo que ha pasado”.*

Ven aspectos positivos también en cuanto a la utilización de la hoja de valoración. Pueden ver como una unificación de los cuidados, como explicó S2: *“pues es muy importante, porque siempre haces unos cuidados unificados como aquel que dice que no te contradices”.*

Un ahorro de tiempo. S3 dijo: *“Positivos nos ahorraría trabajo evidentemente a la hora de escribir, también hay muchos aspectos de los que se te olvida muchas veces escribir mientras si lo tienes reflejado es difícil que se te olvide”* o como explicó S4: *“que ganarías tiempo a la hora de escribir y estaría todo más organizado y se podría en un futuro ver mejor en las historias clínicas todo lo que ha acontecido al paciente, y negativo yo creo que no veo*



nada” S5 también apoyó el argumento S5: *“es más rápida de registrar si tú tienes una hoja con todo lo que tienes y solo tienes que poner crucecitas en lo que tiene o en lo que deja de tener”*.

Uno de los aspectos negativos que observaron fue la limitación por la sistematización. S3 dijo: *“Inconvenientes pues que te limita un poco a lo que hay en la gráfica si hay otro aspecto a valorar y no está en la gráfica pues lo puedes escribir si te centras en lo que hay se te olvidan otras cosas”*. Otro de los inconvenientes es la dificultad de adherencia al cambio como dijo S5: *“Inconvenientes es que estamos muy acostumbradas a expresar nosotras lo que hemos hecho y lo que ha ocurrido entonces lo tenemos todo”* siguió diciendo *“igual lo que nos cuesta hacernos, eso no tiene por qué tener un inconveniente a que el trabajo pueda agilizarse de alguna manera pero igual es eso que nos cuesta hacernos a la idea”*.

Cuando se les preguntó si creían que pudieran disminuir las complicaciones nos encontramos con 3 puntos de vista diferentes. Con una convicción de que sí las disminuirías, S1 comentó: *“Si disminuiríamos las infecciones nosocomiales de alguna forma, se podría evitar la nutrición parenteral, que es muy cara, sabes?”* S2 también pensó que sí: *“Sí seguramente sí, porque valoraríamos de la misma manera y a lo mejor sí que se valoraría mejor”* de que no como dijo S3: *“las complicaciones yo creo que no, disminuir las complicaciones no, ayudar a la enfermera y al médico sí. Complicaciones del paciente creo que no”* o como dijo S5: *“Es esta planta no como lo registramos todo, los tenemos tan controlados, yo creo que aquí no íbamos a notar mucho la diferencia”* o una ambigüedad entre el sí y el no como dijo S4: *“S4: no porque el hecho que tu lo registres de una manera u otra, bueno a no ser que el hecho de registrar te dieras cuentas de que va a aparecer, bueno el hecho de registrar*

cosas que tu habitualmente no haces te das cuenta de que aparecen otras cosas previamente pero yo creo que las más importantes no”.

Virginia Henderson

Al final de la entrevista se les explicó que el estudio iba a consistir en la adaptación de la valoración por las 14 necesidades de Virginia Henderson a la práctica diaria.

Se les mostró las necesidades y ellas tenían que decir cuáles veían importantes poner, cuáles hoy que valorarían dentro de cada una.

Tabla 5. Necesidades Henderson (1).

NECESIDADES	MANTENER	ELIMINAR
1- Respirar normalmente	S1: Pues pondría saturación S2: Esa si esa no se puede quitar S4: Respirar en si, o l necesidad, lo que metamos después... es que si no respiras mal S5: si	S3: En esta caso lo quitaría
2- Comer y beber adecuadamente	S1: Pues eso ingesta oral adecuada S2: También es importante S3: Lo dejaría S4: Si S5: También	
3- Eliminar por todas las vías corporales	S1: Pues si S2: Por todas? Registrar vómitos y todo eso? Si también es importante S3: Lo dejaría S4: Si, aunque suena mal	
4- Moverse y mantener las postura adecuada	S1: si S2: importantísimo también S3: Lo dejaría S4: También S5: También	
5- Dormir y descansar	S1: vale S2: También S3: También lo dejaría S4: Muy importante S5: SI	
6- Escoger la ropa adecuada vestirse y desvestirse.	S4: si esa también.	S1: Yo lo quitaría, porque hay gente que esta cómoda con algún tipo de ropa y con otra no, entonces para eso sobra. S2: Ves eso tampoco le veo, si que le veo importancia pero a lo mejor no es tan importante como otras cosas S3: Lo quitaría S5: Esa aquí menos porque van todos con pijamas no valoramos
7- Mantener la temperatura de la piel dentro de los límites corporales.	S1: Pues si, porque muchas veces hacen fiebre, pero en realidad tienen la habitación cerrada y hace calor S2: Si que es importante S3: Lo modificaría había cosas que dejaría y cosas que quitaría S4: Si también porque hay veces que tienen el aire acondicionado a 40 grados S5: si	S3: Lo modificaría había cosas que dejaría y cosas que quitaría

Tabla 5. Necesidades Henderson (2).

NECESIDADES	MANTENER	ELIMINAR
8- mantener la higiene y la integridad de la piel.	S1: si S2: Importante S3: lo dejaría S4: muy importante la higiene S5: si	S2: Yo eso no se si lo hacemos... igual esa no la hacemos mucho S4: Esquer claro, evitar los peligros suena a que estas en la jungla(risas) Que peligros ambientales puede haber, las radiaciones y todo eso
9- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas	S1: E.sque esta en un ambiente hospitalario, tampoco peligros es que hayan muchos, no es como que vas por la calle y te pueden atropellar, aquí... peligros no se que puede haber, a no ser que venga un escrizofénico y te mate, pues tampoco más. S3: No se tengo mis dudas sobres eso, pero bueno lo dejaría S5: si	
10- Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.	S1: este si S2: Si que es importante valorar S3: también S4: Esa es importante pero peligrosa, porque a mí el que se pongan en contacto entre ellos personalmente no me gusta porque depende de la situación que tenga cada uno porque si va mal el otro si se sentía mal hace sentirse también peor, conocerse pero tampoco implicarse demasiado e implicarse con los demás de enfermería... S5: si	
11- Vivir de acuerdo con sus valores y creencias	S1: También, parece importante, porque las creencias de cada uno ahí hay gente respetando S3: Bueno lo dejaría también tendría mis dudas pero lo dejaría S4: Esa es a la que me refería yo antes que claro depende de la circunstancia	S2: es que depende para algunos casos si pero tampoco creo que sea una cosa imprescindible S5: Si, bueno pero valorar eso no
12- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal	S1: Me parece estupendo S4: Esa es importante, pero ósea en ocasiones también prescindible porque hay veces que no tienes ganas de hacer nada y claro obligarles algo si no tienen ganas. S5: si	S2: Yo creo que ellos mismos lo hacen pero tampoco están pendientes que lo hagan, a lo mejor tampoco no se S3: Para nosotros lo quitaría para una valoración enfermera
13- Participar en actividades recreativas	S1: Durante la estancia hospitalaria como que no, pero ves esto es algo que podrían hacer, podrían hacer alguna actividad recreativa en los hospitales para que l gente lo llevara mejor. S4: E.s lo mismo, que es importante para ellos pero también depende de la persona con la que estés S5: Pero eso, es para valorar en la planta, si que muchas veces tenemos que hagan	S2: No se, aquí en el hospital no, igual hay que trabajar, luego si les recomendas que se entretengan que hagan cosas pero tampoco es una cosa... S3: Para nosotros lo quitaría para una valoración enfermera
14- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.	S2: Yo creo que también cada uno depende, lo que quiera, el que quiera pone interés a hacer más cosas, en el ámbito hospitalario. S4: Si pero esa también es peligrosa, y creo que tienen que saber pero tampoco obsesionarse ni tergiversar las situaciones porque si te pones a leer en Internet piensas que tienes esto y esto pero para eso existen las carreras. S5: si	S1: Pues esta no se desarrollo de que de su conocimiento? Porque si tiene curiosidad... a usar recursos disponibles que recursos pueden disponer aquí S3: La quitaría



3.3 NECESIDAD DE CAMBIO: CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN DE LAS ENTREVISTAS

En este apartado se recogieron aquellos aspectos claves resultantes de las entrevistas, de las diferentes categorías.

Cuando se les preguntó qué era lo más importante cuando atendían a un paciente para ellas es el paciente y lo sitúan en el centro del cuidado. De las cosas importantes que tienen en cuenta también, es poder hablar con ellos y darles seguridad, tranquilidad y protección. Para ello dicen necesitar de formación y para poder resolver preguntas y dudas.

En cuanto al concepto de metaparadigma, desconocen con exactitud lo que es pero les suena de algo.

Nos encontramos con una concepción de la enfermería ligada al cuidar, sin poderla desligar de la medicina.

Existe una confusión en cuanto a la concepción de los roles. Se atribuyen roles relacionados con funciones de otros profesionales.

Se entiende la autonomía de la enfermería como la atribución de competencias médicas a la función enfermera.

Nos encontramos con un pensamiento médico dominante, y actitud paternalista hacia al paciente.

Una de las limitaciones encontradas en el marco teórico de la no adhesión de los modelos de enfermería es esta misma, la visión médica dominante como nombró Zabalegui A. (2000) o Goucet C. (2003) en sus estudios.

La visión acerca del paciente es más diversa. Mayoritariamente ven al paciente como a un ser dependiente del cuidado, débil, que necesita de nuestros cuidados. Se desplaza al paciente de la categoría de persona para ser paciente. A pesar de ello no todas tienen el mismo pensamiento y surge también el concepto de familia y del paciente como una unidad.

Tienen una visión más abierta acerca del estado de salud. Incluyen mayoritariamente tanto la dimensión física, psíquica y social. Aun así encontramos tres puntos de vista diferentes: la salud entendida como bienestar, como independencia o simplemente como la falta de enfermedad como indica.

Es curioso como 50 años después de la realización del modelo como explica en su libro nos encontramos con la misma situación que ella, situación que motivó la realización de su modelos.

Por lo anteriormente dicho y la dificultad para entender la pregunta, no podemos sacar una conclusión clara de qué concepto tienen de entorno. Sí es cierto que las concepciones cambian y lo entienden como algo físico o como algo que envuelve las relaciones. Esta pregunta dio pie a quejas relacionadas con la unidad y el ambiente de ésta aunque no fuese la intención.

En cuanto el registro en su día a día, escriben todo lo que se les ocurre o lo que creen importante, en ocasiones escribirlo todo es innecesario y no les enriquece el trabajo. Tienen la sensación de que si no lo escriben no han hecho nada y por ello lo detallan todo.

Existe un desconocimiento en general en cuanto a los modelos. Les suena como algo teórico que se les dio en la carrera.

El modelo de Virginia Henderson como ya dijo Luis (2005), es el más popular aunque desconocen en qué consiste.

Atribuyen la falta de conocimiento a la formación pobre universitaria (abismo entre teoría y práctica) y la no aplicación de estos en la praxis diaria.

También se observa una confusión en la concepción de éstos. Se confunde el PAE la valoración o las taxonomías (NANDA, NIC y NOC) con los modelos.

Las creencias de la no adherencia de los modelos van encaminadas a la falta de tiempo y al pensamiento médico global.

La falta de tiempo como dificultad ya fue detectada en anteriores estudios como los de Maben, Alter, Mc Leod (2006) y Teixidor (2002).



En cuanto a las cosas negativas se ve reflejado de nuevo la falta de tiempo o aspectos a valorar que puedan resultar incómodos como son las creencias.

En cuanto a lo positivo ven que es un avance en la enfermería e incluso pueden favorecer la investigación.

No obstante cuando hacen referencia a los modelos no tiene una buena conceptualización se confunde con la valoración.

Cuando se les preguntó qué modelo escogerían y cómo lo aplicarían, nos encontramos con dificultades. La falta de conocimiento acerca de éstos limita que puedan tener criterio de decisión entre una cosa u otra.

Existen reticencias ya que les es difícil imaginar utilizar modelos y dejar de lado su forma habitual de trabajar. Aun así surgen propuestas innovadoras como aplicar los modelos mediante programa informático.

Se encontró dificultad para que respondieran aquellos aspectos que hacían referencia al futuro de una nueva forma de trabajo. Aunque añadiesen cosas siempre acababan haciendo referencia a su trabajo actual.

Encuentran aspectos tanto positivos como negativos de trabajar con una valoración sistematizada. Como aspectos positivos un ahorro de tiempo y una unificación de los cuidados.

Como aspectos negativos la dificultad de cambiar la forma de trabajo y el miedo de utilizar una valoración sistematizada impida valorar algunos aspectos.

En cuanto a la opinión de que la valoración pudiese disminuir las complicaciones encontramos tres puntos de vista: el sí, el no y la ambigüedad entre el sí y el no.

3.4 ELABORACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DE VALORACIÓN

Se realizó una selección del texto de las entrevistas. En esta selección se buscaba aquellas partes que hiciesen referencia a su trabajo habitual y aquellas partes en que hacían referencia a aspectos a incluir en una futura valoración.

Se realizó una clasificación en el siguiente cuadro:

	REGISTRO/ PRESENTE	APLICABILIDAD MODELOS/VALORACIÓN/ FUTURO
S1	<p>Constantes</p> <p>Actividad del paciente "si pasa la tarde acostado, cansado se levanta, pasea"</p> <p>Ingesta oral, "como o no come"</p> <p>Descanso "si es por la noche si descansa"</p>	<p>"entrevista con el paciente y registrarlo"</p> <p>Tiene la necesidad de un lugar para escribir.</p> <p>Descanso</p> <p>Nutrición,</p> <p>Estado anímico,</p> <p>Higiene,</p> <p>Integridad cutánea</p> <p>Aspectos psicológicos si tienen o no ansiedad.</p>
S2	<p>Ingesta oral "valoro lo que es la alimentación del paciente si es adecuada"</p> <p>Estado de la piel " se valora que la piel la tenga bien que no tenga ninguna ulcera que no sufra deshidratación"</p> <p>Higiene del paciente "miras también pues la higiene del paciente es correcta"</p> <p>Dolor "pues si tiene dolor, o si le tengo que poner alguna medicación"</p>	<p>"Se esquematiza y se ponen como protocolo"</p> <p>Constantes " pues refleja si el paciente está bien o no está bien"</p> <p>Dolor "es muy importante por ver si hay que ajustar la medicación o no"</p>
S3	<p>Temperatura</p> <p>Saturación</p> <p>Deposiciones diarias</p> <p>Balance "tanto entradas como salidas"</p> <p>Ingesta oral</p> <p>Analítica diaria, "que normalmente llevan cuando entran en periodo de aplasia</p> <p>Curas</p> <p>Estado de la boca " la mucositis en que grado esta"</p>	<p>"creando una guía"</p> <p>Estado de la boca: mucositis</p>



S4	"Yo lo pongo por orden de importancia más o menos de lo que ha ocurrido ese día" no especifica el que.	"Si se habilitara un programa informático" Temperatura... Constantes generales Analíticas "por la administración de quimioterapia en esta unidad son bastante importantes" Estado nutricional Peso ahora mismo bueno la valoración de las capacidades de la persona, del nivel de autonomía de las cosas que puede hacer no sé, ahora mismo"
S5	Tensión Temperatura, SAT Frecuencia cardiaca Nauseas Dolor "sin han precisado alguna dosis de morfina si han tenido dolor si no han tenido" Estado de ánimo del paciente "paciente desanimado o paciente más animado"	"Yo se que lo mas practico posible seria, vuelvo a lo mismo los patrones. Yo creo que así es lo más cómodo, que estén escritos y tu tengas que rellenar lo que tienes escrito en cada paciente"

Tabla 6. Análisis elaboración gráficas.

Los documentos presentados a continuación son el resultado del análisis y adaptación de las entrevistas al modelo Virginia Henderson.

A pesar de añadir nuevas cosas se tuvieron en cuenta todas las opiniones de las enfermeras. (descritas en la anterior tabla 6)

Las necesidades de la planta dieron pie a la elaboración de tres documentos diferentes.

Somos conscientes que la adaptación de los signos y síntomas de la patología dentro de la valoración enfermera no es lo que debería hacerse. Como Luis (2005) afirmó, los signos y síntomas ni el tratamiento prescrito forma parte de la competencia enfermera y que recoger esos datos dentro de esta puede llevar a confusión. Aun así debido al pensamiento médico generalizado y que

el cambio de éste no puede ser radical, fue necesario incluir y aunar los dos criterios para la aceptación de estas. Posteriormente y poco a poco se tiene el pensamiento de ir modificándolo. Durante la formación se les explicó la forma de realizar un juicio enfermero de cada necesidad con el fin de concienciar cuándo utilizar un diagnóstico enfermero y cuando no.

Fue necesaria la elaboración de una primera hoja de valoración en el ingreso, una hoja de valoración diaria y una adaptación de la gráfica de contantes donde se introdujo un cuadro con las pruebas e interconsultas.

Para la participación de las enfermeras en la elaboración de las gráficas se propusieron dos opciones de hojas de valoración inicial y de valoración diaria.

Hoja de valoración al ingreso

Debido al pensamiento biomédico dominante observado en las entrevistas y para potenciar la participación de las enfermeras en la elaboración de las gráficas se elaboraron dos opciones.

Una primera hoja de valoración inicial donde la valoración estaba basada en sistemas corporales (orientación claramente biomédica) y una segunda donde se adaptaron los problemas físicos a lenguaje enfermero, adaptando las necesidades a un rol de colaboración.

A.1 Se contempla de forma esquematizada toda la dimensión física y fisiopatológica del paciente desde una perspectiva biomédica.



VALORACIÓN INICIAL

opción A.2

Datos personales			
Nombre y apellidos		NHC	
Edad		sexo	
Alergias		Fecha de ingreso	
Diagnóstico			
Motivo de ingreso			
Situación sociofamiliar			
Persona de referencia:		Teléfono de contacto:	
Relación:		Idioma:	
Hábitos tóxicos:			
Tabaco:		Alcohol:	
		Otras drogas:	
VALORACIÓN FÍSICA INICIAL			
Sistema cardiorrespiratorio			
SAT:	TA:	FC:	
Tipo de respiración:			
Tos		Expectoración	
Necesidad de O2: SI <input type="checkbox"/>		gafas nasales: ventimask	
NO <input type="checkbox"/>		tubo corrugado:	
Sistema renal y genitourinario			
Incontinencia urinaria	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Pañal <input type="checkbox"/>		
	Colector <input type="checkbox"/>		
	Sonda Vesical <input type="checkbox"/>	Fecha de inserción	
Urostomía	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Sistema neurológico			
Estado de conciencia:			
Orientación:			
Déficit sensorial No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/>	
		Ocular	Auditivo
Sistema gastrointestinal			
Alimentación: Normal <input type="checkbox"/>		Nauseas <input type="checkbox"/>	
Astenia <input type="checkbox"/>		Vómitos <input type="checkbox"/>	
		Alimentación que no tolera:	
Por boca <input type="checkbox"/>	Nutrición parenteral <input type="checkbox"/>	Protesis dental <input type="checkbox"/>	
SNG <input type="checkbox"/>	Fecha de inserción SNG <input type="checkbox"/>	Peg <input type="checkbox"/>	
Eliminación intestinal			
Heces normales <input type="checkbox"/>	Incontinencia fecal SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Estreñimiento <input type="checkbox"/>	Pañal <input type="checkbox"/>		
Diarrea <input type="checkbox"/>	Ostomías <input type="checkbox"/>	Ileostomía <input type="checkbox"/>	Colostomía <input type="checkbox"/>
Sistema tegumentario			
Estado de la piel:		Hidratada <input type="checkbox"/>	Edemas <input type="checkbox"/>
Lesiones/ curas:			Upp <input type="checkbox"/>
Vía venosa	vía periférica <input type="checkbox"/>	Localización	
	Hickman <input type="checkbox"/>		
	Pac <input type="checkbox"/>	Fecha gripper	
Sistema locomotor			
Movilidad			
Discapacidad física/funcional			
Dolor:		Eva (0-10)	Parche para el dolor

Tabla 7 Primera hoja de valoración inicial con perspectiva biomédica

XI PREMIO CECOVA
DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

A.2 Se contempla de forma esquematizada la dimensión física y fisiopatológica desde una perspectiva enfermera con algunas de las necesidades de Henderson compartiendo rol de colaboración con rol enfermero.

VALORACIÓN INICIAL

opción A.2

Datos personales	
Nombre y apellidos	NHC
Edad	sexo
Alergias	Fecha de ingreso
Diagnóstico	
Motivo de ingreso	
Situación sociofamiliar	
Persona de referencia:	Teléfono de contacto:
Relación:	Idioma:
Hábitos tóxicos:	
Tabaco:	Otras drogas:
VALORACION INICIAL	
Respiración s/a <input type="checkbox"/>	
Tipo de respiración:	
Tos	Expectoración
Necesidad de O2: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	gafas nasales: ventimask
tubo corrugado:	
Eliminación	
Intestinal s/a <input type="checkbox"/>	
Heces normales <input type="checkbox"/>	Incontinencia fecal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Estreñimiento <input type="checkbox"/>	Pañal <input type="checkbox"/>
Diarrea <input type="checkbox"/>	Ostomías <input type="checkbox"/> Ileostomía <input type="checkbox"/> Colostomía <input type="checkbox"/>
Urinaria s/a <input type="checkbox"/>	
Incontinencia urinaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Pañal <input type="checkbox"/>
	Colector <input type="checkbox"/>
	Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Fecha de inserción
Urostomía SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Higiene y curas de la piel	
Estado de la piel: s/a <input type="checkbox"/>	Ayuda: Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>
Hidratada <input type="checkbox"/>	Edemas <input type="checkbox"/>
Lesiones/ curas:	UPP <input type="checkbox"/>
Vía venosa	Localización
via periférica <input type="checkbox"/>	
Hickman <input type="checkbox"/>	
Pac <input type="checkbox"/>	Fecha gripper
Alimentación/hidratación s/a <input type="checkbox"/>	
Ayuda: Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>	
Normal <input type="checkbox"/>	Nauseas <input type="checkbox"/>
Astenia <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>
Alimentación que no tolera:	
Por boca <input type="checkbox"/>	Nutrición parenteral <input type="checkbox"/>
SNG <input type="checkbox"/>	Fecha de inserción SNG
	Peg <input type="checkbox"/>
	Protesis dental <input type="checkbox"/>
Movilidad s/a <input type="checkbox"/>	
Ayuda: Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>	
tipo de ayuda	
Reposo y sueño s/a <input type="checkbox"/>	
Ayuda: Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>	
Que tipo de ayuda necesita para dormir?	
Seguridad/ evitar peligros	
Estado de conciencia	
Orientación:	
Déficit sensorial No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Ocular <input type="checkbox"/> Auditivo <input type="checkbox"/>
Riesgo de caídas No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Motivos
Dolor No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	eva(0-10) Parches para el dolor:
Estado emocional s/a	Nervioso Triste Miedo
	Otros

Tabla 8 Primera hoja de valoración inicial con adaptación de las necesidades



Valoración enfermera diaria

Tras el análisis resultó complicado realizar una valoración diaria exclusivamente enfermera así que realizamos dos valoraciones diferentes, que posteriormente ellas tuvieron que escoger.

Se realizó una valoración diaria que pretendía tener una visión del paciente desde todas las perspectivas (bio/psico/social/espiritual).

VALORACIÓN ENFERMERA		Valoracion b.2una vez al dia			
14 necesidades Virginia Henderson					
Dia					
1-Respirar normalmente	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
Necesita O2(especificar*)					
Sat	/	/	/	/	/
2-Comer y beber	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
Ingesta hídrica					
Astenia					
Dificultad deglución(causa)					
3-Eliminar por todas las vías corporales					
Urinaria(apunta DIU)	/	/	/	/	/
Fecal(especificar tipo heces)					
Sudoración					
4- Moverse y mantener la postura adecuada					
Necesita ayuda					
Realiza cambios posturales*					
5-Dormir y descansar					
¿Duerme durante la noche?	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
Somnolencia diurna	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
6-Escoger la ropa adecuada vestirse y desvestirse (es una de las necesidades a eliminar)					
7-Mantener la temperatura dentro de los límites corporales					
Temperatura	/	/	/	/	/
Adapta ropa y entorno?	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
Factor infeccioso (Hemos)					
8-Mantener la higiene y la integridad de la piel					
Habitos higiénicos correctos	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
Estado de la boca: s/alt					
alt: Mucositis (grado)					
Micosis					
Estado de la piel(especificar)					
Curas					
Via periférica (cambio apos)					
Pac (cura)					
Hickman(cura)					
9-Evitar peligros					
Sigue el plan terapéutico	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
Dolor EVA (1-10)	/	/	/	/	/
TAMO respeta aislamiento	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
10- Comunicarse					
Comparte sus emociones y preocupaciones?	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
11-Vivir de acuerdo con sus creencias y valores (Especificar en cada caso)					
Se facilita capellán/ se adecua dieta					
12- Autorealización					
Acepta su nuevo rol					
Participa en la toma de decisiones					
13-Recrearse					
Dispone de recursos					
14-Aprender					
Sabe de su enfermedad?					
Limitación de la información					

Tabla 9. Primera hoja de valoración diaria

XI PREMIO CECOVA
DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Se propuso otra valoración en las que se añadía al final de cada necesidad el juicio enfermero: estado de la necesidad (dependiente independiente, autónomo/ no autónomo) y el factor causal de la alteración (falta de fuerza, voluntad y conocimiento o rol de colaboración) con el fin de dar un paso más en el proceso de atención enfermero.

Valoracion b.2 una vez al dia

VALORACIÓN ENFERMERA
14 necesidades Virginia Henderson

Dia	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14	
1-Respirar normalmente	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No
Necesita O2(especificar*)																												
Sat	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Estado necesidad	independiente	dependiente	autónoma	no autónoma																								
Causa alteración:	falta de fuerza	voluntad	conocimiento	problema de colaboración																								
2-Comer y beber	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No
Ingesta hídrica																												
Astenia																												
Dificultad deglución(causa)																												
Estado necesidad	independiente	dependiente	autónoma	no autónoma																								
Causa alteración:	falta de fuerza	voluntad	conocimiento	problema de colaboración																								
3-Eliminación																												
Urinaria(apunta DIU)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Fecal(especificar tipo heces)																												
Sudoración																												
Estado necesidad	independiente	dependiente	autónoma	no autónoma																								
Causa alteración:	falta de fuerza	voluntad	conocimiento	problema de colaboración																								
4-Moverse y mantener la postura adecuada																												
Necesita ayuda																												
Realiza cambios posturales*																												
Estado necesidad	independiente	dependiente	autónoma	no autónoma																								
Causa alteración:	falta de fuerza	voluntad	conocimiento	problema de colaboración																								
5-Dormir y descansar																												
¿Duerme durante la noche?	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No
Somnolencia diurna	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No
Estado necesidad	independiente	dependiente	autónoma	no autónoma																								
Causa alteración:	falta de fuerza	voluntad	conocimiento	problema de colaboración																								
6-Escoger la ropa adecuada vestirse y desvestirse (es una de las necesidades a eliminar)																												
Estado necesidad	independiente	dependiente	autónoma	no autónoma																								
Causa alteración:	falta de fuerza	voluntad	conocimiento	problema de colaboración																								
7-Mantener la temperatura dentro de los límites corporales																												
Temperatura																												
Adapta ropa y entorno?	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No
Factor infeccioso (Hemos)																												
Estado necesidad	independiente	dependiente	autónoma	no autónoma																								
Causa alteración:	falta de fuerza	voluntad	conocimiento	problema de colaboración																								
8-Mantener la higiene y la integridad de la piel																												
Habitos higiénicos correctos	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No
Estado de la boca: s/alt																												
alt: Mucositis (grado)																												
Micosis																												
Estado de la piel(especificar)																												
Curas																												
Via periférica (cambio apos)																												
Pac (cura)																												
Hickman(cura)																												
Estado necesidad	independiente	dependiente	autónoma	no autónoma																								
Causa alteración:	falta de fuerza	voluntad	conocimiento	problema de colaboración																								
9-Evitar peligros																												
Sigue el plan terapéutico	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No
Dolor EVA (1-10)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
TAMO respeta aislamiento	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No
Estado necesidad	independiente	dependiente	autónoma	no autónoma																								
Causa alteración:	falta de fuerza	voluntad	conocimiento	problema de colaboración																								
10- Comunicarse																												
Comparte sus opiniones y preferencias?	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No
Estado necesidad	independiente	dependiente	autónoma	no autónoma																								
Causa alteración:	falta de fuerza	voluntad	conocimiento	problema de colaboración																								
11- Vivir en acuerdo con sus creencias y valores (Especificar en cada caso)																												
Se recita capilar y se adecua																												
Estado necesidad	independiente	dependiente	autónoma	no autónoma																								
Causa alteración:	falta de fuerza	voluntad	conocimiento	problema de colaboración																								
12- Autorrealización																												
Acepta su nuevo rol																												
Participa en la toma de decisiones																												
Estado necesidad	independiente	dependiente	autónoma	no autónoma																								
Causa alteración:	falta de fuerza	voluntad	conocimiento	problema de colaboración																								
13- Recrearse																												
Dispone de recursos																												
Estado necesidad	independiente	dependiente	autónoma	no autónoma																								
Causa alteración:	falta de fuerza	voluntad	conocimiento	problema de colaboración																								
14- Aprender																												
Sabe de su enfermedad?																												
Limitación de la información																												

Tabla 10. Primera hoja de valoración diaria con juicio enfermero.



Debido a los resultados presentados anteriormente, la necesidad de vestirse y desvestirse será eliminada ya que en la planta queda obsoleta.

Las necesidades 11, 12, 13 y 14 se diseñaron para valorarlas cada 5 días o cuando la situación lo necesitara.

3.5 REELABORACIÓN

Como comentamos anteriormente en metodología se realizó un cuaderno a las enfermeras y se les formó en cuanto la valoración enfermera y el modelo de Virginia Henderson (ver anexo 6). También se les explicó el funcionamiento de los documentos para que ellas pudiesen escoger.

Como también explicamos se les entregó un sobre donde ellas escogían el modelo y las cosas que quitarían y de las que no, así como las veces que querían valorar las necesidades de la hoja de valoración diaria.

Como la recogida fue anónima se codificaron los sobres de forma aleatoria alfabéticamente.

Las rectificaciones se tuvieron todas en cuenta y se adaptaron las nuevas hojas de valoración.

Las rectificaciones resultantes fueron las siguientes:

Hoja de valoración inicial

Todas coincidieron en la elección de la gráfica

Por sistemas Por adaptación de las necesidades	A,B,C,D,E
---	-----------

Comentarios:

A: Por sistemas se repiten varios parámetros. Por adaptación de las necesidades haciendo algunas modificaciones la veo más adecuada.

B: Me gusta más la gráfica que está estructurada por adaptación de las necesidades aunque incluiría los ítems que he puesto.

C: Más completa pero cambiaría algunas cosas.

Modificaciones A:

Añadir antecedentes personales de interés.

Respiración: Sat O₂

Fecha de la próxima cura de los catéteres Hickman.

Tipo de dieta

En la necesidad de seguridad y evitar peligros: No me parece de interés solo en algunos casos sí lo valoraría.

Modificaciones B:

Sistema tegumentario: añadir vía subcutánea, especificaría también subclavia o pondría un ítem de otros.

Añadiría además de la fecha del parche la medicación para el dolor.

Modificaciones C:

Falta TA, Sat, Fc, Temp., constantes vitales.

A cargo de quién interesa (OM, Hema, Mi).

Añadir aerosoles.

Número de placas tanto en colostomía como urostomía.

Añadir palomilla subcutánea.

Especificar qué tipo de dieta lleva.

Acompañante en evitar seguridad y peligros (éste se especificará en situación sociofamiliar)

Añadir medicación para el dolor.

Me gustaría que hubiese un cuadro que si ingresa por urgencias se pueda poner por ejemplo las pruebas que se le han realizado y qué queda pendiente.



Modificaciones D:

Aerosoles.

Tipo de bolsa, consecura, convatex.

Quitar en la necesidad de higiene y curas de la piel el tipo de ayuda ya que le da a confusión.

Modificaciones E

Añadiría medicación habitual, si el paciente es diabético o no y el tipos de diabetes. También añadiría en el apartado de alimentación en el caso de que fuera por boca el tipo de dieta (normal, blanda y líquida).

Datos personales			
Nombre y apellidos			NHC
Edad			sexo
Alergias			Fecha de ingreso
Diagnóstico			
Antecedentes personales de interés			
Motivo de ingreso			
Ingresó a cargo de:	Hematología <input type="checkbox"/>	OM <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/> otros
Pruebas realizadas en urgencias	H <input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/> Coag <input type="checkbox"/>	Hemos <input type="checkbox"/>	Tórax <input type="checkbox"/>
Situación sociofamiliar			
Persona de referencia:	Teléfono de contacto:		
Relación:	Acompañante:	Idioma:	
Hábitos tóxicos:			
Tabaco:	Alcohol:		Otras drogas:
VALORACIÓN INICIAL			
Constantes vitales: TA FC Temp			
Respiración			
Tipo de respiración: s/a <input type="checkbox"/>			
Tos		Sat:	
Necesidad de O2:		Expectoración:	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Gafas nasales:	Ventimask	Aerosolterapia:
	Tubo corrugado:	Litros/min:	
Eliminación			
Heces normales <input type="checkbox"/> s/a <input type="checkbox"/>			
Estreñimiento <input type="checkbox"/>		Incontinencia fecal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Diarrea <input type="checkbox"/>		Pañal <input type="checkbox"/>	
Ostomías: <input type="checkbox"/>		Ileostomía <input type="checkbox"/> Colostomía <input type="checkbox"/> Num/tipo de placa:	
Urinaria			
Incontinencia urinaria s/a <input type="checkbox"/>			
Pañal <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Colector <input type="checkbox"/>		Urostomía <input type="checkbox"/> Nefrostomía <input type="checkbox"/>	
Sonda Vesical <input type="checkbox"/>		Fecha de inserción	
Higiene y curas de la piel			
Estado de la piel: s/a <input type="checkbox"/>			
Lesiones/ curas:		Hidratada <input type="checkbox"/> Edemas <input type="checkbox"/> UPP <input type="checkbox"/>	
Vía venosa		Tipo de cura	
Periférica <input type="checkbox"/>	Localización:		Subcutánea <input type="checkbox"/>
Central <input type="checkbox"/>	Hickman <input type="checkbox"/>	Fecha próxima cura:	Otros:
	PAC <input type="checkbox"/>	Fecha gripper	
Alimentación/hidratación			
Normal <input type="checkbox"/>		s/a <input type="checkbox"/> Prótesis dental	
Nauseas <input type="checkbox"/>		Alimentación que no tolera:	
Astenia <input type="checkbox"/>		Vómitos <input type="checkbox"/>	
Por boca <input type="checkbox"/>		PEG <input type="checkbox"/>	
SNG <input type="checkbox"/>		Fecha de inserción SNG:	
Movilidad <input type="checkbox"/>		s/a <input type="checkbox"/> Ayuda: Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>	
Reposo y sueño <input type="checkbox"/>		s/a <input type="checkbox"/> Ayuda: Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>	
¿Qué tipo de ayuda necesita para dormir?			
Seguridad/ evitar peligros			
Estado de conciencia s/a <input type="checkbox"/>		Orientación:	
Déficit sensorial No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		Ocular <input type="checkbox"/> Auditivo <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>	
Riesgo de caídas No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		Motivos	
Dolor No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		EVA(0-10) Parche para el dolor:	
Medicación para el dolor:			
Estado emocional s/a Nervioso Triste Miedo Otros:			
Comentarios			

Tabla 11. Segunda hoja de valoración inicial modificada.

Hoja de valoración diaria

Valoración de las necesidades	A, B, C,,D Y E
Valoración de las necesidades con juicio enfermero	

Comentarios:

A: valoración de las necesidades la veo más adecuada pero añadiendo en algunos casos juicio enfermero.

Valoración de las necesidades con juicio enfermero el juicio enfermero lo veo innecesario en algunos casos.

B: valoración de las necesidades porque con el modelo número 2 es más difícil establecer valores estándar para todas.

C: la valoración de las necesidades con juicio enfermero es más difícil unificar criterios.

D: me parece más práctico y más objetiva la primera porque la segunda hay necesidades que son actos voluntarios y que pueden ser independientes.

Elección de veces por turno

A: en el turno de mañanas, en el turno de noche solo la necesidad de dormir y descansar y solo algunas en el turno de la tarde (sat, Temp. dolor).

B: una vez por día y algunas necesidades todos los turnos.

C: todas todos los turnos. Excepto las 4 últimas necesidades que las valoraría una vez a la semana.



D: Una vez por día y algunas necesidades todos los turnos. A pesar de que los controles sean por turno.

E: Necesidad 1/2/3/4/5 /7/10 por turno

Necesidad 8:

- Hábitos higiénicos correctos mañana,
- Estado de la boca y estado de la piel: mañana y tarde.
- Estado de las vías: por turno.

Necesidad 11, 12, 13 y 14 mañana y tarde y si precisa por la noche.

Rectificaciones

Modificaciones A:

Eliminaría 6/12/13.

Añadir PH en eliminación.

En cuidado de la piel, cambio equipos de gotero.

En 2, 4 y 8 añadir causas de alteración.

Modificaciones B:

En el ítem 7 factor infeccioso, más que hemos añadiría Hc, vía central, vía periférica, RX tórax, urino, coprocultivo, frotis faríngeo, frotis nasal. Ésto se puede reflejar como protocolo y añadir a la gráfica de pruebas.

Modificaciones C:

Añadir dispositivo a la respiración (gafas nasales, ventimask, coarrugado...).

En eliminar por todas las vías corporales añadir ph y balance.

En movilidad añadir interconsulta con fisioterapia.

En dormir y descansar añadir medicación para dormir.

En mantener la temperatura dentro de los límites corporales protocolo

neutropenia, escalofríos tiritonas.

En alteración de la piel, grado de mucositis y medicación para ésta.

En autorrealización interconsulta con psicología.

Poner en aprender una hoja de información en trasplante al ingreso y al alta y a la familia.

Poner un cuadro en los cambios de tratamientos: iría a incidencias.

Debajo de cada necesidad un cuadro para poder comentar.

Modificaciones D:

No añadió sugerencias.

Modificaciones E:

Tal y como refleja en la tabla la única necesidad que eliminaría es el apartado número 6.

En el apartado 2: tipo de dieta.

En el apartado 3: ph

En el apartado 8 vía central bilumen o trilumen y cura palomilla subcutánea.

NECESIDADES	Fecha									
	si	No	si	No	si	No	si	No	si	No
1-Respirar normalmente	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Sat										
Necesita O2 (especificar*)										
Dispositivo oxigenoterapia										
litros/ minuto										

2-Comer y beber	si	No								
Ingesta hídrica										
Astenia										
Dificultad deglución (causa)										
Tipo de dieta										
Glucemia	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

3-Eliminar por todas las vías corporales										
Urinaria (apunta DIU)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Ph										
Balance										
Fecal (especificar tipo heces)										
Sudoración										

4- Moverse y mantener la postura adecuada										
Necesita ayuda										
Realiza cambios posturales*										
Interconsulta fisioterapeuta										

5-Dormir y descansar												
¿Duerme durante la noche?	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Somnolencia diurna	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Medicación para dormir												

6-Temperatura												
¿Adapta ropa y entorno?	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Factor infeccioso: HC V.central												
HC vía periférica												
Protocolo neutropenia *												

7-Mantener la higiene y la integridad de la piel												
Habitos higiénicos correctos	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Estado de la boca: s/alt												
alt: Mucositis (grado)												
Micosis (grado)												
Enjuagues												
Estado de la piel (especificar)												
Curas												
Vía periférica (cambio apos)												
Pac (cura)												
Hickman (cura)												
Trilumen/bilumen												
Palomita subcutánea												
Heparinización												
Cambio equipos de gotero												

8-Evitar peligros												
Sigue el plan terapéutico	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Dolor EVA (0-10)												
TAMO respeta aislamiento	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

9- Comunicarse												
¿Comparte sus emociones y preocupaciones?	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
10-Vivir de acuerdo con sus creencias y valores (Especificar en cada caso)												
Se facilita capellán/ se adecua dieta												
11- Autorealización												
Acepta su nuevo rol												
Participa en la toma de decisiones												
Interconsulta con psicología												
12-Recrearse												
Dispone de recursos												
13-Aprender												
Sabe de su enfermedad?												
Limitación de la información												
Información acerca de TAMO												
Al paciente												
A la familia												
FIRMA	Mañana				Tarde				Noche			

Tabla 12. Segunda hoja de valoración diaria modificada

3.6 IMPLANTACIÓN

Esta fase no entra dentro del estudio presentado, debido al poco tiempo para el desarrollo de la investigación y lo largo que implica cambiar un proceso como el que se está llevando a cabo.

XI PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Pero en la actualidad se esta utilizando las gráficas. Una de las enfermeras de forma natural ha escogido el liderazgo y se encarga de formar y resolver dudas al resto de sus compañeras, estamos en continuo contacto y nos reunimos una vez a la semana.

Los documentos que actualmente se están utilizando son de diferente formato.

The image shows a digital patient assessment form with the following sections:

- Header:** Logo of 'Ivo' and a header box containing fields for Nombre, Edad, Sexo, Fecha de ingreso, No. H.C., Alergias, and Diagnóstico.
- Antecedentes personales de interés:** A box for patient history with sub-fields for Causales, TA, TR, Snt Oz, and Cv.
- Motivo del ingreso:** A box for admission reason with sub-fields for Tipo de ingreso, Pruebas realizadas en urgencias, Situación social/familiar, and Hábitos tóxicos (Alcohol, Tabaco, Drogas, Otros).
- Respiración:** A box for respiratory assessment with sub-fields for Sin alteraciones, Tipo de respiración, Tos, Expectoración, Precisa O2, Espirómetro, Ventrículo, Talla con jugado, and Auscultable.
- Eliminación intestinal:** A box for bowel elimination with sub-fields for Sin alteraciones, Fístulas, Diarrea, Intolerancia focal, Frecuencia de heces, Ostomía, Fecundia, and Cefalorraquia.
- Eliminación urinaria:** A box for urinary elimination with sub-fields for Sin alteraciones, Incontinencia urinaria, Nicturia, Orina, Urocultivo, Colelitiasis, and Sonido vesical.
- Higiene y cuidados de la piel:** A box for skin care with sub-fields for Estado de la piel (Hidratación, Edemas, Uln), Acceso venoso (Vía periférica, Micromas, PVC), and Vía subcutánea (Lesiones-Cuidas).
- Alimentación - Hidratación:** A box for nutrition and hydration with sub-fields for Sin alteraciones, Prótesis dental, Disfagia, Náuseas, Vómitos, Astenia, Dieta, Paroza, TEG, SNG, and Nutrición parenteral.
- Intolerancia a algún alimento:** A box for food intolerance.
- Movilidad:** A box for mobility with sub-fields for Sin alteraciones, Ayuda total, and Ayuda parcial.
- Seguridad - Evitar peligros:** A box for safety with sub-fields for Estado de conciencia (Sin alteraciones, Orientación), Déficit sensorial (Auditivo, Olfato, Gusto, Ciego), Riesgo de caídas (Mocho), Dolores (Piel, Ict), Medicación para caídas, and Estado emocional (Sin alteraciones, Nerviosos, Triste, Miedo, Otros).
- Comentarios:** A large text area for notes, ending with a 'Firmado:' field.

Tabla 13. Hoja inicial en funcionamiento actualmente.



3.7 CONSIDERACIONES FINALES:

Debido a la disponibilidad temporal para la realización del presente trabajo no se ha podido medir la intervención. Por otro lado, la actitud del personal sanitario a colaborar mediante la investigación-acción ha sido muy positiva como ya se vio como en el estudio de Delgado et al. (2001) que provocó que las enfermeras fuesen conscientes y más críticas en su práctica diaria con lo que podían ver sus carencias y buscar soluciones ante éstas.

Ésto también se ve reflejado por el liderazgo natural que ha surgido por parte de una de las enfermeras del estudio que está participando muy activamente en la siguiente etapa.

Debido a que son pocos los estudios publicados similares al presente es complicado poder realizar una discusión acerca de los resultados encontrados. De forma general, además de la información obtenida a través de las entrevistas acerca de los modelos, la valoración, etc.,. El principal resultado del presente estudio ha sido la elaboración de diversos documentos de valoración adaptados a la unidad de oncohematología, acompañados de una guía para su aplicación.

El estudio de Campo et al. (1999) en el que realizó la adaptación de PAE, obtuvo como resultados similares al del presente estudio. También se elaboró un manual para la aplicación del proceso de atención enfermero y una guía de práctica clínica. En las hojas de registro, del estudio de Campo et al. (1999) para la etapa de valoración realizaron una hoja para cada necesidad básica con ítems de diferente grado de concreción y con espacios abiertos para registrar los datos observados por la enfermera o bien referidos por el paciente y el cuidador. Debido a que aplicaron todo el proceso en estas hojas de registro también tenían un resumen donde hacían referencia a las manifestaciones de dependencia y las fuentes de dificultad.

En el caso del presente estudio se realizaron dos hojas de valoración basándonos en los dos tipos de valoración indicados por Berman A., (2009):

una hoja de valoración inicial y una hoja de valoración continua. Al igual que el estudio anterior se dejó una parte cerrada con ítems y otra abierta para que las enfermeras pudiesen expresar todos aquellos comentarios que considerasen pertinentes.

En el estudio de Delgado Hito (2001) los resultados están encaminados al cambio de pensamiento como un cambio en la forma de trabajo pero como resultante no encontramos ninguna hoja de valoración con la que se puedan comparar los resultados del presente trabajo.

Una vez implantados los documentos de valoración, sí se podría analizar el cambio de mentalidad, aunque por el momento ésto será objeto de posteriores trabajos.

Como ya se comentó anteriormente el estudio de Abad et al. (2010), en la actualidad no hay resultados pues se está llevando a cabo. Para posteriores investigaciones de este tipo, o incluso para más adelante contrastar los resultados de este estudio, sería interesante revisar el estudio de Abad et al. (2010).

4.- CONCLUSIONES

Se ha conseguido cumplir el objetivo principal del estudio: elaborar una valoración enfermera basada en el modelo de Virginia Henderson en una unidad de oncohematología del IVO.

Ha sido un proyecto enriquecedor que además ha conseguido cumplir todos los objetivos secundarios planteados:

- Se ha conseguido saber y analizar cuál era la opinión de las enfermeras de la planta en cuanto a la utilización de modelos y su aplicación. Como qué tipo de creencias tenían acerca del metaparadigma enfermero: persona, enfermería salud y entorno.



- Las enfermeras han participado de forma activa en la construcción de la valoración y en la actualidad siguen participando y mejorando en la aplicación de ésta en la práctica.
- Se ha conseguido romper la barrera que separaba los modelos de la práctica. Las enfermeras ha reflexionado sobre el tema e incluso fueron críticas con ello para poder lograr su aplicación.
- A pesar de que en este estudio no se refleja la implantación se ha conseguido sistematizar la valoración, aunar criterios, la adopción de lenguaje enfermero en el día a día de la práctica y ahorrar tiempo gracias a la hoja de valoración.
- Todo el proceso anterior nos ha llevado a contribuir a la realización de una nueva investigación centrada en la ciencia enfermera.

La investigación-acción ha resultado ser una metodología enriquecedora para este tipo de procesos donde el investigador no avanza solo sino que avanza acompañado hacia la construcción de nuevo conocimiento.

5.-LIMITACIONESYPOSTERIORESINVESTIGACIONES

5.1 LIMITACIONES

La utilización de un tipo de investigación desconocida hasta el momento por la autora, o la falta de artículos acerca del tema expuesto entre otros factores, provocó las siguientes limitaciones:

- La falta de tiempo hace que no pueda medirse la intervención (un proyecto grande para muy poco tiempo).
- Los resultados no pueden extrapolarse como los estudios cuantitativos. El documento está diseñado solo para utilizarse en esta unidad. Si se quisiera llevar a cabo en otra unidad se podría utilizar la misma metodología pero los resultados serían diferentes.

- La falta de experiencia en la realización de investigación cualitativa ha alargado el proceso de transcripción y análisis de las entrevistas.
- Los cierres de planta durante el verano y algunos fines de semana también ha provocado que el proceso durase más de lo que se planteó en un principio.
- La falta de bibliografía que realicen estudios similares al nuestro hizo más dificultoso el planteamiento de los objetivos como el posterior desarrollo del estudio.

5.2 Posteriores investigaciones:

- En la actualidad se está llevando a cabo la segunda fase del estudio. Se están implantando los documentos de valoración elaborados y modificando continuamente aquello que no es funcional en la práctica clínica.
- Se está planteando una adaptación de la metodología de este estudio al resto de las plantas del IVO.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- Abad-Corpa, E.; Mesenguer-Liza, C.; Martínez-Corbalán, J.T.; Zárata-Riscal, L.; Caravaca-Hernández, A.; Paredes-Sidrach de Cardona, A.; Carrillo-Alcaraz, A.; Delgado-Hito, P. & Cabrero-García, J. (2010). Effectiveness of the implementation of an evidence-based nursing model using participatory action research in oncohematology: research protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8): 1845-1851.
- Alberdi, R.; Artigas, B.; Cuxart, N. & Aguera, A. (2003). Guías para implantar la metodología enfermera. *Rev. Rol de Enfermería*, 26(9): 73-74.
- Alfaro-Le Febre R. (2005). *Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado enfermero en colaboración* (5ª ed.). Barcelona: Masson.



- Alfaro, R.R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero*, (5a ed.). Barcelona: Masson.
- Alligood, M. (2010). Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis. En Raile, M. & Marriner A *Modelos y teorías en enfermería* (7ª ed.). (pp. 3-15). Barcelona: Elsevier
- Phaneuf, M. (1999). *La planificación de los cuidados enfermeros*. México: McGraw-Hill.
- Pokorny, M. (2010). Teorías en enfermería de importancia histórica. En Raile, M. & Marriner, A. *Modelos y teorías en enfermería* (7ª ed.).(pp. 53-57). Barcelona: Elsevier.
- Bellman, L. (1996) Changing nursing practice through reflection on the Roper, Logan and Tierney model: the enhancement approach to action research. *Journal of Advanced of Nursing*, 24(1): 129-138.
- Benavent-Garcés, A.; Ferrer-Ferrandis, E. & Francisco del Rey, C. (2003). *Fundamentos de enfermería* (2ª ed.).Ediciones DAE: Madrid-Valencia. cap5
- Berman, A.; Snyder, S.; Kozier, B. & Erb, G. (2009). *Fundamentos de enfermería: proceso, conceptos y prácticas* vol 1 (8ª ed.). Madrid: Pearson.
- Blaxter, L.; Hughes, G. & Tight, M. (2008). *Como se investiga* (1ª ed.). Barcelona: Graó.
- Campo, M. A.; Oriach, M. R.; Viladot, A.; Espinalt A. & Fernández C. (1999). Servicio de cuidados enfermeros según el modelo conceptual Virginia Henderson: Implantación, resultados y costes. *Metas de enfermería*, 99(13): 8-14.
- Campo-Martínez, C. & Cidoncha-Moreno, M.A. (2004). Intervenciones en problemas independientes e interdependientes en dos unidades de hospitalización. *Metas de enfermería*, 7(1): 6-11.

- Cisterna-Cabrera, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*. 14(1): 61-71.
- Copnell, B. (1998). Understanding change in clinical nursing practice. *Nurs Inquiry*, 5 : 2-10.
- Díaz-Hernández, M.; Hernández-Rodríguez J.E.; Suárez Canino A.; García-Lázaro I.; Díaz-Pérez R. & Giráldez-Macia F. (2009). Planificación del cuidado de pacientes con amputación de miembro inferior desde la perspectiva del modelo Virginia Henderson. *Metas de enfermería*, 12(1): 58-62.
- Delgado-Hito, P.; Sola-Prado A.; Mirabete-Rodríguez. I.; Torrens-Ros, R.; Blasco- Afonso, M.; Barrero-Pedraza, R.; Catalá-Gil N.; Mateos-Dàbila A. & Quinteiro-Canedo M. (2001). Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enfermería intensiva*, 12(3):110-126.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image*, 16 (3):84-7.
- Francisco, C.; Ferrer, E. & Benavent, A. (2008). Los cuidados como núcleo de la profesión enfermera. En A. Benavent, E. Ferrer & C. Francisco, *Fundamentos de enfermería* (pp. 86-113). Madrid: DAE.
- Goulet, C; Lauzon, S. & Ricard N. (2003). Enfermería en la práctica avanzada un tesoro oculto. *Enfermería clínica*, 13(1):48-52.
- Henderson, V. (1994). *La naturaleza de la enfermería: reflexiones 25 años después*. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana.
- Henderson, V. (1978). The concept of nursing.(1ª ed.) *Journal of advanced Nursing*, 3: 113-130.
- Hernández, R.; Fernández, F. & Baptista, L. (2006). *Metodología de la*



- investigación* (4ª ed.). Méjico: Mac Graw Hill.
- Kuerten-Rocha, P. & Lenise Do Prado, M. (2008) Modelo de Cuidado: ¿Qué es y cómo elaborarlo?. *Index Enfermería*, 17(2). Consultado el 10 de junio de 2012. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962008000200011&lng=es&nrm=iso>. .
 - Luis-Rodrigo, M. T.; Fernández-Ferrín, C. & Navarro Gómez, M.V. (2005). *De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI* (3ª ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
 - López J. (2000). Propuestas para el desarrollo profesional I. *Enfermería clínica* 10(3): 114-118.
 - Maben, J.; After, S. & McLeod J. (2006). The theory practice gap: impact professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Journal of advanced of nursing*, 55(4): 467-477.
 - McCutcheon, T. (2004). Statement on nursing a personal perspective *Gastroenterology Nursing*, 27(5):229-226.
 - McKenna, H.; Parahoo, K. & Boore J. (1995). The evaluation of a nursing model for long-stay psychiatric patient care. Part1- Literature review and methodology. *Internacional Journal of Nursing Studies*,32(1):79-94.
 - McKenna, H. (1997). *Nursing theories and models*. London: Roudledge.
 - McKernan, J. (2001). *Investigación-acción y curriculum*. (2a ed.). Londres: Morata.
 - Medina, J.L. (2005). ¿Teoría?¿Práctica? El difícil equilibrio profesional en España “Pre-europa”. *Revistas ROL de enfermería*, 28(4): 246-8.
 - Meleis, A. (1997). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. (3a ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Montesinos-Jiménez G.; Ortega-Vargas M.C.; Leija-Hernández C., Quintero-Barrios, M.; Cruz-Ayala, G. & Suárez-Vázquez M. (2011). Validación de un instrumento de valoración de enfermería cardiovascular con el enfoque de Virginia Henderson. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*, 19(1):13-20.
- Mora, D. (2002). Aplicación metodológica de la investigación-acción (material mimeografiado).
- Polit, B.; Hungler, P.; Martínez, R. & Feher, G. (2002). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ª ed). Méjico: Mc Graw Hill.
- Reyes-Luna, J.; Jara-Concha, P. & Merino-Escobar, J. (2007) Adherencia de las enfermeras a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Ciencia y enfermería*. 13(1):45-56. Consultado el 12 de marzo de 2012. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532007000100006&lng=es&nrm=iso>
- Reynolds, J.; Kizito, J.; Ezumah N.; Mangesho P.; Allen E. et al. (2011). Quality assurance of quality research: a review of the discourse. *Health research policy and systems*. 9(43): 1-10. Consultado el 20 de abril de 2012. Disponible en <http://www.health-policy-systems.com/content/9/1/43>.
- Sandín-Esteban, M.P. (2003). *Investigación cualitativa en educación: Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana
- Santos-Ruiz, S.; López-Parra, M.; Varez-Pelaez, S. & Abril-Sabater D. (2008). Perspectiva de la enfermería de un centro sociosanitario sobre la aplicabilidad y utilidad de los modelos enfermeros en la práctica. *Gerokomos*. 19(4): 184-189. Consultado el 28 de abril de 2012. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2008000400004&lng=es&nrm=iso>.
- Santos-Ruiz, S.; López-Parra, M.; Varez-Pelaez, S. & Abril-Sabater, D. (2010). Propuesta de un modelo teórico para la práctica enfermera. *Nure*



investigación. 7(44):1-11. Consultado el 20 de mayo de 2011. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/promodenf.pdf

- Teixidor-Freixa, M. (2002). El producto enfermero y la reforma de los recursos asistenciales. *Rol de Enfermería*, 25(4): 252-56.
- Titchen, A. & Binnie, A.(1993) Research partnerships: collaborative action research in nursing. *Journal of advanced of nursing*, 18(6):858-865.
- Zabalegui-Yarnoz, A.(2000). Teoría y progreso en la ciencia enfermera. *Enfermería Clínica*. 10(6): 263-266.

Diu: diuresis

PAE: proceso de atención enfermero.

EVA: escala visual analógica.

FC: frecuencia cardíaca

H: hemograma.

HC:/ Hemos: hemocultivo.

PAC: port-a-cath.

PEG: Gastrostomía Endoscópica Percutánea.

Q: química.

Rx: Radiografía.

SAT: Saturación

SNG: Sonda nasogástrica.

TA: tensión arterial

TAMO: trasplante autólogo de médula ósea.

TTO: Tratamiento.

Temp: temperatura.

UPP: úlcera por presión.

ANEXO 1

Hoja de información al personal sanitario y consentimiento informado

HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Se le ofrece la posibilidad de participar en el estudio de investigación titulado “*Elaboración e implantación de una valoración de enfermería basada en el modelo Virginia Henderson en una unidad de oncohematología*” que está siendo realizado por en la Fundación IVO y que ha sido ya evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología.

Antes de que decida participar en este estudio, es importante que comprenda por qué se realiza el estudio y qué se espera de usted, así como los beneficios e inconvenientes que puedan estar asociados con su participación en este estudio.

Antecedentes:

Actualmente existe diferentes maneras de trabajar dentro de una unidad. Muchas veces las competencias de las enfermeras se encuentran poco definidas o limitadas a la técnica y la observación según un modelo biomédico.

Existen estudios como el de Reyes, Jara, & Merino (2007); Campo & Cidoncha (2004), y López (2000), que consideran que para que el cuidado del paciente sea completo es necesario utilizar modelos de enfermería que potencien el rol autónomo y así poder dar una visión integral de la persona.

Pero cuando esto se intenta llevar a la práctica hay evidencias Reyes (2007); Santos, López, Varez & Abril (2008) de que los profesionales de enfermería encuentran limitaciones, por falta de tiempo, de preparación, de promoción, etc.



La valoración es la parte esencial del plan de cuidados, de ésta derivan todas las acciones que posteriormente vayamos a realizar. Si se realiza una correcta valoración enfermera no solo nos facilitará observar las complicaciones potenciales de la enfermedad, sino que podremos observar los déficits que tiene la persona que de forma autónoma podremos resolver.

Siendo consciente de la importancia que tienen éstos en la integración en la práctica clínica, el objetivo de mi estudio va a consistir en la implantación de una valoración de enfermería basada en el modelo de Virginia Henderson en una unidad de oncohematología del IVO.

¿Cuál es el objetivo de este estudio?

Objetivo principal:

Implantar una valoración enfermera basada en el modelo de Virginia Henderson.

Objetivos específicos:

Conocer la opinión actual de las enfermeras de la planta sobre los modelos enfermeros y su aplicación.

Conseguir una sistematización en el trabajo de enfermería.

Disminuir el coste disminuyendo las complicaciones, realizando una mayor valoración del paciente.

Aportar nuevas investigaciones en el conocimiento enfermero.

¿Por qué se le ha pedido que participe?

Para poder implantar un modelo de valoración de enfermería es imprescindible conocer el trabajo real del personal en la planta, conocer la opinión y los conocimientos que tiene el personal de enfermería acerca de los modelos y su aplicación, como su participación en su elaboración.

¿En qué consiste su participación?

La participación en el presente estudio tiene carácter voluntario.

Se realizarán varios contactos durante la elaboración del estudio.

El primer contacto será una entrevista en la que se le realizarán preguntas abiertas acerca de las características de la planta, el tipo de trabajo que realiza, los modelos de enfermería y la valoración enfermera.

Los siguientes contactos se darán una vez estén realizadas las hojas de valoración. El objetivo de estas reuniones será modificar aquellos aspectos que como profesionales de enfermería no se vean útiles para la práctica clínica o la vayan a dificultar.

Este documento resultante puede variar todas las veces que sea necesario hasta encontrar uno adaptado específicamente a las necesidades de la planta.

¿Cuáles son los riesgos generales de participar en este estudio?

No se prevé ningún riesgo adicional para usted por participar en el presente estudio.

¿Cuáles son los beneficios de la participación en este estudio?

Ni usted ni el investigador principal recibirán ninguna remuneración económica por la realización del presente estudio.

Usted habrá participado en la elaboración de una nueva forma de trabajo que puede enriquecerla como profesional de la enfermería.

¿Qué pasará si decido no participar en este estudio?

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria.

Asimismo, podrá retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

¿A quién puedo preguntar en caso de duda?

Es importante que comente al investigador principal del estudio los pormenores o dudas que surjan antes de firmar el consentimiento para su participación.



Asimismo, podrá solicitar cualquier explicación que desee sobre cualquier aspecto del estudio y sus implicaciones a lo largo del mismo contactando con la enfermera Marta Terrón Pérez en el número de teléfono 608947325.

Confidencialidad:

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, todos sus datos serán tratados con absoluta confidencialidad por parte del personal encargado de la investigación. Asimismo, si los resultados del estudio fueran susceptibles de publicación en revistas científicas, en ningún momento se proporcionarán datos personales de los profesionales que han colaborado en esta investigación.

Tal y como contempla la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, podrá ejercer su derecho a acceder, rectificar o cancelar sus datos contactando con el investigador principal de este estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: *“Elaboración e implantación de una valoración de enfermería basada en el modelo Virginia Henderson en una unidad de oncohematología”*

Y cuya investigadora principal es:

Yo, D./D^a _____ he sido

informado personalmente por (autor), y declaro que :

- He leído la Hoja de Información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Comprendo que todos mis datos serán tratados confidencialmente
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera
 - Sin tener que dar explicaciones
 - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, todos sus datos serán tratados con absoluta confidencialidad por parte del personal encargado de la investigación. Asimismo, si los resultados del estudio fueran susceptibles de publicación en revistas científicas, en ningún momento se proporcionarán datos personales de los profesionales sanitarios que han colaborado en esta investigación. Se procederá a la codificación de la información obtenida de la base de datos relativos a su salud, desvinculando la información que le identifica, mediante su sustitución por un código.



Todos sus datos serán tratados con absoluta confidencialidad por parte del personal encargado de la investigación. Asimismo, si los resultados del estudio fueran susceptibles de publicación en revistas científicas, en ningún momento se proporcionarán datos personales de los profesionales que han colaborado en esta investigación.

Tal y como contempla la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, podrá ejercer su derecho a acceder, rectificar o cancelar sus datos contactando con el investigador principal de este estudio.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio sobre *“Elaboración e implantación de una valoración de enfermería basada en el modelo Virginia Henderson en una unidad de oncohematología”*. y consiento expresamente a que el personal investigador pueda acceder y utilizar mis datos personales recogidos.

Fecha:

Fecha:

Firma del profesional:

Firma del Investigador:

ANEXO 5

Cuaderno enfermeras + hoja de elección

Modelo: Virginia Henderson:

¿Por qué de la utilización de su modelo?

Porque es el más conocido en la enfermería española.

Es coherente con nuestros valores culturales. Se puede adaptar a nuestra realidad enfermera.

Es un modelo flexible.

Incluye tanto el rol autónomo como el de colaboración.

Se centra en la persona y en sus necesidades.

Dota a la persona con una capacidad hacia el cambio.

Tiene en cuenta la prevención y promoción de la salud.

Propone el proceso de atención de enfermería como método de acción de la enfermera.

Permite utilizar las taxonomías NANDA, NIC y NOC además de poder realizar planes de cuidados realistas que acoten la competencia enfermera.

Introducción:

Su modelo nace de muchas influencias. Nace de la necesidad de humanizar los cuidados en una sociedad sanitaria donde se despersonaliza al paciente desde el mismo instante en que ingresa en el hospital. En su praxis clínica ve que los pacientes tienen unas necesidades que quedan totalmente descubiertas y es en ellas en las que basa la actuación enfermera.

Henderson tiene la necesidad de potenciar el trabajo de las enfermeras y separarlo de las competencias biomédicas.



En el libro que Henderson reedita en 1993 hace hincapié en que ella propone un modelo que es su propia interpretación de la enfermería pero que para que la enfermería prospere es necesario que surjan nuevos modelos y nuevas interpretaciones.

Ella considera que su trabajo no es una teoría aunque esta sí que se pueda considerar como tal.

Los conceptos y definiciones como indica en el libro de Marriner 2003, se han extraído de sus principales publicaciones ella no realizó unas definiciones directas.

Henderson define la **persona** como un ser biológico, psicológico, social, sociocultural y espiritual. Dice: “creo que la mente y el cuerpo han llegado a ser inseparables”. Considera que para recuperar su salud ha de recuperar su independencia. Para ella el paciente y la familia son una unidad.

Entiende la **enfermería** como una herramienta de ayuda para suplir las necesidades del paciente. Como afirmó Henderson el 1961:”La función singular de la enfermería es asistir al individuo enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación o a una muerte placentera y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la suficiente fuerza voluntad o conocimiento necesarios. Hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir la independencia lo más rápido posible”

El **entorno** lo considera como todas aquellas condiciones e influencias tanto intrínsecas como extrínsecas que puedan interferir en el individuo.

La **salud** se define como la satisfacción de las 14 necesidades básicas que tienen las personas. Considera un estado bueno de salud cuando la persona

es independiente es todas sus necesidades ya sea por ella misma o por otra persona.

Como afirman Maite Luis Rodrigo, Fernández, & Navarro 2005 los valores que ella propone en su modelo son los siguientes:

- La enfermera tiene un rol propio y de colaboración.
- Cuando la enfermera realiza una función médica deja de realizar una tarea enfermera.
- La enfermera ofrece un servicio a la sociedad único. Ningún otro profesional puede realizar su funcionalidad.

Realiza una clara separación de la función de enfermería con la función del médico.

Proceso de atención enfermero aplicado al modelo Virginia Henderson.

(Propuesta de María teresa Luis Rodrigo)

Valoración:

La valoración enfermera se realizara mediante la observación y la clasificación de las 14 necesidades básicas:

- 1- Respirar normalmente.
- 2- Comer y beber adecuadamente.
- 3- Eliminar por todas las vías corporales.
- 4- Moverse y mantener la postura adecuadas.
- 5- Dormir y descansar
- 6- Escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
- 7- Mantener la temperatura dentro de los límites corporales, adecuando la ropa y modificando el entorno.



- 8- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- 10- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11- Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
- 12- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
- 13- Participar en actividades recreativas
- 14- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Los cuidados básicos dependerán de cómo tenga alterada la necesidad o del agente causal de la alteración.

Las necesidades pueden ser:

Independientes : Ocurre cuando la persona tiene un nivel óptimo en el desarrollo de sus necesidades básicas. Cada persona tendrá un nivel óptimo característico. Uno de los puntos negativos de Virginia Henderson es que no tiene la posibilidad de diferenciar diferentes niveles.

Dependientes: Nos referimos cuando por el desarrollo insuficiente de fuerza de voluntad o de conocimiento las necesidades básicas no pueden ser suplidas.

Autónomas: Cuando permite satisfacer sus necesidades por su propia capacidad física o psíquica

No autónomas cuando carece de la suficiente capacidad físico o psíquica que le permite satisfacer sus necesidades.

Fenómeno causal:

Fuerza. Cuando hablamos de fuerza física se refiere al tono muscular y a la capacidad psicomotriz. Si hablamos de fuerza psíquica nos referimos a la capacidad mental que tiene la persona al relacionar conceptos. Por ejemplo que la persona lleve malos hábitos de vida y los relacione con su mal estado de salud.

Voluntad: se refiere a la predisposición que tiene la persona para mejorar su estado de salud.

Conocimiento: entedeos por conocimiento saber todas las indicaciones que nos llevarán a resolver el problema de salud. Puede no seguirse una dieta equilibrada porque se desconozca que es una dieta equilibrada.

Si la alteración de las necesidades no es por uno de estos tres agentes causales, no es un problema enfermero; es un problema médico en el que se desarrollara el rol de colaboración

Hojas de valoración:

Tras el análisis de vuestras aportaciones se propone elaborar la valoración de la siguiente manera:

- A) Una primera valoración inicial.
- B) Una valoración diaria enfermera
- C) La gráfica donde quedan reflejadas las constantes (añadir un cuadro para las pruebas e interconsultas)

Pruebas/ analíticas	Fecha solicitud	Ayunas	Fecha realización
Interconsultas/servicio	Solicitada	Realizadas	



- D) Hoja de incidencias: Donde se añaden todas aquellas incidencias ocurridas al paciente durante el turno.

Evaluación: Modificaciones gráficas

Gráfica inicial:

¿Qué gráfica ves más adecuada?

- 1) Por sistemas:
- 2) Por adaptación de las necesidades:

¿Qué añadirías o quitarías? (puedes escribirlo en la misma hoja de valoración)

Gráfica diaria

¿Qué gráfica ves más adecuada?

- 1) Valoración de las necesidades:
- 2) Valoración de las necesidades con juicio enfermero:

Cuántas veces evaluarías las necesidades

- 1) Todas una vez por turno
- 2) Todas todos los turnos
- 2) En el turno de mañana y tarde y en la noche solo la necesidad de dormir y descansar
- 3) Una vez por turno y algunas necesidades todos los turnos
- 4) Otras opciones:

¿Qué añadirías o quitarías? (puedes escribirlo en la misma hoja de valoración)

- a) Cual de las necesidades eliminarías
- b) Que añadirías por valorar en cada necesidad

ANEXO 6

Cuaderno funcionamiento.

Funcionamiento de la gráfica inicial/ gráfica de ingreso

Esta gráfica tiene como objetivo realizar una primera valoración del paciente cuando ingresa en la planta.

Se trata de recoger toda la información posible, que nos facilitará el cuidado del paciente. Trataremos de aunar la parte biomédica de la enfermedad, con las necesidades del paciente y los cuidados de enfermería que precise.

Empezaremos por una recogida básica de los datos personales (nombre, edad sexo hc), seguido del diagnóstico, antecedente de interés (aquí se reflejarán si el paciente es diabético, hipertenso y demás enfermedades asociadas), motivo de ingreso, a cargo de quién ingresa (hematología, OM: oncología médica, Mi: Medicina interna u otros), situación sociofamiliar (acompañante y teléfono de contactos) y si el paciente tiene algún hábito tóxico. Tras los primeros datos realizaremos una observación de las necesidades adaptadas a las alteraciones fisiopatológicas.

En estas se observará si tiene o no algún tipo de alteración. Si no lo tiene marcaremos la casilla s/a y si si tiene alteración especificaremos en los cuadros pertinentes el tipo de alteración del paciente.

Respiración

Se evaluará el tipo de respiración del paciente, tos, expectoración, saturación y si necesita algún tipo de soporte respiratorio (gafas nasales, tubo corrugado y ventimask, se debe especificar los litros minutos que necesita el paciente.)

Eliminación

Se valorará si tiene alteración o no tanto en a eliminación intestinal como



urinaria. Si el paciente viene con estreñimiento/ diarrea. Si lleva algún tipo de ostomías (especificar la placa y el tipo de estas) o si tiene incontinencia.

Higiene y curas de la piel

Se valora el estado de la piel en el ingreso, si lleva algún tipo de curas y reincluye el tipo de vía que lleva el paciente. Se incluye el cuidado y las fechas de las curas.

Alimentación e hidratación

Se especificará el tipo de dieta del paciente. Y si tiene algún tipo de dificultad ya sea mecánica (disfagia, prótesis dental...) O que ingrese por náuseas y vómitos.

Movilidad

Observaremos si el paciente ingresa con alguna dificultad, ya sea por deterioro del estado general o porque sea portador de alguna prótesis que le dificulte su movilidad.

Seguridad y evitar peligros.

- Se valorará el estado de conciencia en el que ingresa el paciente. Si no hay alteración se especificará en el cuadro s/a y si esta necesidad se encuentra alterada se especificará que tipo de alteración tiene.
- Se especificará el tipo de medicación para el dolor que toma el paciente. Se pondrá el tipo de parche y la fecha del próximo cambio.
- En la situación en que no sea pertinente valorar el estado emocional o este no este alterado marcaremos la casilla s/a.

Abajo tenéis un recuadro para dejar todos aquellos comentarios o aspectos que no queden recogidos en el resto de la valoración inicial.

Abreviaturas:

Diu: diuresis

EVA: escala visual analógica. Escala de valoración del dolor. Se valorar del 0 al 10: 0 se sitúa como no tener dolor y 10 como el peor dolor imaginable

FC: frecuencia cardiaca

HC: hemocultivo.

PAC: port-a-cath.

PEG: Gastrostomía Endoscópica Percutánea

Rx: Radiografía.

SAT: Saturación

SNG: Sonda nasogástrica.

TA: tensión arterial

TAMO: trasplante autólogo de médula ósea.

Temp: temperatura.

UPP: úlcera por presión. Agobiar

Funcionamiento gráfica diaria

Esta gráfica está pensada para seguir al paciente en su día a día e ir valorando los cambios y/o complicaciones que vayan surgiendo.

Ha sido complicado poner las veces en que se debiera realizar las valoración. Hemos de pensar que es un proceso continuo y que a veces los pacientes de forma inconsciente nos pueden dar información con independencia del turno. Es decir la gráfica queda abierta a valorar no solo de la siguiente manera si no cada vez que se precise.

Turno de mañanas: Todas las necesidades, excepto las siguientes necesidades:

9- Comunicarse

10- Vivir de acuerdo con sus creencias y valores.

11- Autorrealización



12- Recrearse

13- Aprender

Estas se valoraran una vez a la semana o cada vez que se precise.

Turno de tarde. Las siguientes necesidades:

- 1- Respirar normalmente
- 2- Comer y beber
- 3- Eliminar por todas las vías corporales.
- 6- Temperatura
- 8- Evitar peligros

Turno de noche:

- 1- Respirar normalmente
- 2- Comer y beber
- 3- Eliminar por todas las vías corporales.
- 5- Dormir y descansar.
- 6- Temperatura
- 8- Evitar peligros

Como vuestras opiniones aún no se han visto ante la utilización en la práctica a medida que vayáis utilizándola se ira modificando las veces en la que tenemos que valorar al paciente.

La medicación al no ser una competencia enfermera no se refleja en la hoja de valoración, es competencia médica con lo que cuenta es la prescripción médica.

Las incidencias serán reflejadas en una hoja como la que se utiliza en el día a día.

Las constantes y las pruebas e interconsultas se verán reflejadas en la gráfica.

3er. PREMIO

Educación para la salud, frecuentación, seguimiento y evolución de los factores de R.C.V. de pacientes crónicos con diabetes mellitus tipo 2 en la consulta enfermera del Centro de Salud de Algemésí

Un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de la evolución de 166 casos de pacientes diabéticos tipo 2 que han acudido a las visitas de seguimiento de sus factores de R.C.V. en la consulta enfermera del Centro de Salud de Algemésí durante el periodo de noviembre 2.011 a febrero 2.012

*Salvador Llopis Aliaga.
Josefa Alandete Barbera.
Mar López Ibáñez.*



1.- ANTECEDENTES.

Desde hace 25 años que en el marco de la Reforma de la Atención Primaria de Salud se pusieron en marcha en España las Consultas de Enfermería (C.E.). Inicialmente las C. E. se ocuparon de la vigilancia y control de procesos crónicos mediante la atención a los pacientes diabéticos, hipertensos y dislipémicos básicamente¹.

Una somera revisión bibliográfica nos permite identificar una notable disparidad en el desarrollo de las consultas de enfermería entre los diferentes lugares, aunque influye por supuesto el Servicio de Salud autonómico en el que centremos nuestra atención. Esta variabilidad depende aún más del profesional que ejerza en la consulta valorada.

De modo global puede afirmarse que en la actualidad, las C.E. no han llegado a consolidarse como un servicio plenamente resolutivo. La población no percibe ni reconoce, en su generalidad, la prestación enfermera como un recurso asistencial de primera línea al cual recurrir en caso de necesidad de atención².

Actualmente se está resolviendo en nuestro sistema de salud la asignación enfermera-paciente, pero, la despersonalización de la atención enfermera ha dificultado y dificulta la identificación de profesionales responsables e invisibiliza la profesionalización de los cuidados enfermeros y su impacto en la salud de la población. La falta de adscripción de pacientes/familia a una determinada enfermera, y su libertad para elegirla y cambiarla, ha impedido una responsabilización inequívoca y profesional.

En la actualidad, es difícil encontrar en el sistema sanitario una actividad tan distorsionada y tal alejada de su concepto inicial, como la consulta programada de enfermería. La actual perversión de esta actividad, que se limita en muchos

¹ Junta de Andalucía. Consejería de Salud. *Consulta de enfermería en consultorios y ambulatorios*. Cuadernos de salud 3, 1986

² S. Agudo-Polo, J. L. González-Pascual. Consulta de enfermería a demanda: ¿por qué acuden los usuarios? *Enf Clín* 2002;12(3):104-8.

casos a una toma de constantes, hace necesaria una reflexión profunda sobre cuanto tiempo más se estará en disposición de seguir manteniendo esta carga de trabajo, que con los contenidos actuales presenta dudosa utilidad.

La demanda de atención sanitaria se vehicula, casi en exclusividad, a través de la consulta médica, que supone un embudo para la circulación de los usuarios por el sistema. Incluso la respuesta a necesidades de cuidados enfermeros se tramita por estas consultas, redefiniendo en muchas ocasiones la naturaleza de las necesidades planteadas, y ofreciendo respuestas medicalizadas y farmacológicas a situaciones que tendrían una respuesta más eficiente en una Consulta Enfermera. Allí se le ofrecería un plan de atención que reforzaría su capacidad de auto cuidado con muchos menos efectos secundarios y resultando mucho más eficiente y satisfactorio para el propio usuario y para el sistema sanitario.

Por otra parte la insatisfacción de los profesionales de enfermería derivada de los cambios organizativos en las actividades desarrolladas en las C.E. ligadas a los modelos de sectorización o de unidad medico-enfermera (UBA) y unida a la escasez de los resultados³ obtenidos a través de indicadores (productividad, objetivos de gestión) que tan solo miden cuantitativamente los resultados de la actividad enfermera en términos de producción, hace necesario plantear un cambio en la metodología desarrollada en dichas consultas, en las que se puedan ampliar otras intervenciones enfermeras en relación tanto, con el proceso enfermero, como en la calidad de la atención y de la información que se le presta al paciente.

En este sentido observamos algunos aspectos que inciden en la propia insatisfacción de los profesionales de enfermería y en la mala calidad de la atención a los usuarios:

- La hiperfrecuentación de las C.E. por parte de los usuarios.

³ Aza V. *¿Mejoran los diabéticos tipo II controlados en consulta de enfermería en A.P.?.* Impulso 2.000; 112: 3-5



- La rutina en la prestación del servicio en la C.E. y la ausencia de una mejor propuesta de información al usuario que le pueda producir un impacto positivo en la valoración y evolución de su proceso.
- La rigidez de la programación de las agendas y por tanto la dificultad de realización de nuevas formas de atención enfermera (sesiones grupales entre otras) que puedan mejorar la educación en salud dirigida a los usuarios respecto al conocimiento de su autocuidado.
- La desaparición casi absoluta de intervención comunitaria y de promoción de la salud que de soporte y relacione al usuario con su comunidad familiar o social.
- El menoscabo de una verdadera consulta de enfermería a demanda.

En el centro de salud de Algemesi el papel de las enfermeras y enfermeros como integrantes del Equipo de Atención Primaria (E.A.P.) y la organización de las Consultas Enfermeras es un tema de interés compartido, ya que preocupa tanto a los profesionales como a los gestores sanitarios de nuestro departamento sanitario. El tiempo es el principal recurso que gestionamos los profesionales de enfermería, y nos cuestionamos como se están utilizando las consultas. En qué estamos utilizando el tiempo. Desconocemos si existen evidencias que establezcan su uso y sean relevantes para organizar cargas de trabajo y distribución de plantillas⁴.

Son varios los factores que determinan el uso por parte de los usuarios de las consultas de enfermería:

- Sociodemográficos.
- Psicológicos.
- Sanitarios.
- Organizativos.
- Geográficos.

⁴ Echevarria M, Fraile C. *¿Organizamos de forma adecuada el tiempo en las consultas de enfermería?*. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad 2.010; 17-33.

Diseñar bien una agenda es una tarea nada fácil en la que intervienen muchos factores y que debe hacerse con el objetivo de conseguir la mayor eficiencia, calidad de atención y calidad de vida profesional.

Por otro lado, hay que considerar varios aspectos que determinan como se utiliza el tiempo; desde la política sanitaria de nuestra Consellería a la organización de nuestro centro de salud y hasta las peculiaridades de cada profesional enfermero. En este aspecto, algunos dicen que sobretodo influyen el profesional y la organización⁵.

Actualmente, como ya hemos comentado, gran parte del tiempo, los enfermeros lo dedicamos a controlar la evolución de la enfermedad y a divulgar educación para la salud a los usuarios con enfermedades crónicas. En este aspecto consideramos que las intervenciones enfermeras deberían combinar, al menos, estrategias organizativas, de diseño asistencial y autocontrol para conseguir una mayor eficacia.

2.- JUSTIFICACIÓN

Estamos convencidos por nuestra propia experiencia que los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a nuestras consultas enfermeras no reciben adecuadamente los conocimientos sobre su estado de salud, ni asumen la confianza suficiente para responsabilizarse de su propio autocuidado, y ello, no es solo consecuencia de una mala praxis enfermera, más bien es debido, a la percepción de poca rigurosidad que el propio usuario tiene del servicio que le prestamos como enfermeros en la consulta y en el centro de salud, fruto todo ello de múltiples factores que han prevalecido durante todo este tiempo:

- Organizativos (poca autonomía profesional y mucha dependencia medica).
- Profesionales (baja autoestima y poco reconocimiento profesional y social).

⁵ Bellon JA. *La consulta del medico de familia: como organizar el trabajo*. Manual del medico residente de medicina familiar y comunitaria. 2ª edc. Madrid: semFYC; 1997:242-51



En este sentido, los pacientes diabéticos tipo 2, acuden a nuestra consulta para requerirnos que se les tome la tensión arterial; que se les realice una glucemia capilar o que se les soliciten los análisis de control anuales y poco más y todo ello como una tarea subyugada y dependiente de la supervisión medica. Son pocos los pacientes que aprecian el esfuerzo autónomo de educación en salud para la mejora de su autocuidado que estamos realizando.

Es por ello que en este estudio queremos demostrar que en la actualidad, el paciente diabético tipo 2 que se incorpora al programa de riesgo cardiovascular (R.C.V.) en nuestra consulta de enfermería presenta las siguientes características:

- Permanece prácticamente toda su vida acudiendo a la consulta enfermera.
- Su frecuentación es excesiva, rutinaria y poco valorada.
- Sus resultados en salud no son satisfactorios ya que su evolución en el proceso de cronicidad no alcanza factores que determinen un progreso en ganancia de mejor auto-cuidado y mejor salud.
- Las consultas de enfermería están llenas de pacientes con un perfil determinado, mientras que buenos candidatos a recibir un seguimiento, como los diabéticos tipo 2 más jóvenes o debutantes, no estén por lo general dentro de la población captada.

Al mismo tiempo y en función de los resultados de este estudio intentaremos justificar la incorporación de nuevas estrategias y otras formas de educación para la salud, tales como, la educación grupal, que combinadas con la gestión de la propia consulta, puedan aportar a los pacientes diabéticos tipo 2 un mayor grado de conocimiento y autoconvicción hacia un mayor autocuidado, al tiempo que les haga reflexionar sobre la importancia de que la asistencia a la consulta de enfermería sea valorada por ellos como un servicio efectivo, eficaz y satisfactorio, de primera línea y al mismo nivel que la consulta medica.

Ante la necesidad de una adecuada organización de nuestro tiempo consideramos importante apoyarnos en los conocimientos generados por la evidencia y la investigación y demostrar que la actual situación de las consultas de enfermería y en nuestro centro de salud pueden alcanzar unos mayores niveles de eficacia, rentabilidad en salud y satisfacción para los usuarios y para los profesionales de enfermería.

EVIDENCIA CIENTÍFICA RELACIONADA.

Los resultados encontrados siguiendo la clasificación del Institute Joanna Briggs clasificados según su Nivel de Evidencia (NE) y Grado de Recomendación (GR)⁶ son:

Recomendaciones según la evidencia:

- **Fomentar las intervenciones educativas de enfermería. La educación para la salud grupal economiza tiempo y personal en el control de los pacientes crónicos**⁷. N -1 GR- A.
- En pacientes con enfermedades crónicas, las Tecnologías de información y comunicación (TIC) mejoran el conocimiento, el apoyo social, la adherencia al tratamiento y algunos resultados clínicos como la tensión arterial⁸. N-1 GR- A.
- **En el seguimiento de pacientes con Diabetes Mellitus el buen control no depende del número de visitas realizadas**⁹. N-2 GR-B.
- Una eficiente programación de la agenda de enfermería facilita la accesibilidad, la organización de actividades, y por lo tanto

⁶ Instituto Joanna Briggs. Niveles de evidencia y grados de recomendación del Instituto Joanna Briggs. Consultado en diciembre 2.010

⁷ De Cabo A., Gamarra M., Mediavilla E., Sánchez B., Duarte G. Revisión sistemática: cambiar hábitos ¿Educación para la salud grupal o individual? 2008. consejería de Sanidad Junta Castilla y León. Consulta abril 2009.<http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm>

⁸ Murray E, Burns J, See Tai S, Lai R, Nazareth I. Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas. (Rev Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd.; 2008. Consulta noviembre 2010. <http://www.update-software.com>

⁹ T. Ortiz, C. Terol, V. Gil. Frecuentación y grado de control del paciente diabético tipo 2. Rev. Valenciana Med Fam. 2006; 21:5-9.



- aumenta la calidad de la atención a los pacientes¹⁰. **N-3 GR-B.**
- Conocer el perfil físico, psicológico y social de los pacientes hiperfrecuentadores puede ayudar a mejorar los tiempos de consulta¹¹.- **N-3GR-B.**

3.- OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

1. Analizar si la frecuencia de visitas programadas (periodo de control) de usuarios diabéticos tipo 2 incorporados al programa de R.C.V. en la consulta de enfermería (UBA 2) del centro de salud de Algemesi en el periodo estudiado, esta asociado al grado de control y al I.M.C.
2. Valorar, en función de los resultados obtenidos, si una forma alternativa de educación para la salud como es la educación grupal y a la vez coordinada con el seguimiento en la propia consulta de enfermería podría mejorar el grado de control y el I.M.C de los pacientes diabéticos tipo 2 que han acudido a la consulta de enfermería (UBA 2) del centro de salud de Algemesi en el periodo estudiado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar cuantos usuarios diabéticos tipo 2 de ambos sexos han acudido a la consulta de enfermería (UBA 2) en el periodo estudiado.

¹⁰ G Martínez, MA González, M Doñoro, J. Castro. Agenda de Calidad Área 5 de AP de Madrid. Gerencia de AP Área 5 Madrid, 2005

¹¹ C. Rodríguez-Muñoz, J. Cebría, Andréu, S. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de atención primaria. MEDIFAM 2003; 13: 143-150

2. Identificar en que grupo de edad se encuentran los usuarios diabéticos tipo 2 de ambos sexos que han acudido a la consulta de enfermería (UBA 2) en el periodo estudiado.
3. Identificar que tratamiento farmacológico tienen prescrito y cual es el tipo de tratamiento en cada grupo de edad en los usuarios diabéticos tipo 2 de ambos sexos que han acudido a la consulta de enfermería (UBA 2) en el periodo estudiado.
4. Identificar el periodo de control y que grupo de edad representa el mayor periodo de control en los usuarios diabéticos tipo 2 de ambos sexos que han acudido a la consulta de enfermería (UBA 2) en el periodo estudiado.
5. Identificar el grado de control actual y el grado de control al inicio de su incorporación al programa de R.C.V. y la diferencia de grado de control alcanzada durante el periodo de control y en que grupo de edad se encuentra la mayor diferencia de grado de control en los usuarios diabéticos tipo 2 de ambos sexos que han acudido a la consulta de enfermería (UBA 2) en el periodo estudiado.
6. Identificar el I.M.C. actual y el I.M.C. al inicio de su incorporación al programa de R.C.V. y la diferencia de I.M.C. alcanzada y en que grupo de edad se encuentran las mayores diferencias en los usuarios diabéticos tipo 2 de ambos sexos que han acudido a la consulta de enfermería (UBA 2) en el periodo estudiado.
7. Analizar el número de veces que han acudido a la consulta de enfermería durante un año natural y que grupo de edad es el que más veces acude a la consulta en los usuarios diabéticos tipo 2 de ambos sexos que han acudido a la consulta de enfermería (UBA 2) en el periodo estudiado.



4.- HIPÓTESIS

- Únicamente un mayor numero de visitas anuales y un prolongado periodo de seguimiento y control de varios años en el programa de R.C.V. que se realiza en la consulta de enfermería, no mejora el grado de control ni el I.M.C de los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a la consulta de enfermería (UBA 2) del centro de salud de Algemesí.

- La edad de los usuarios diabéticos tipo 2 que acuden a la consulta de enfermería esta asociada a la consecución del grado de control y del I.M.C.: A mayor edad, menor diferencia entre los valores iniciales de grado de control y I.M.C. registrados en el momento de su diagnostico e incorporación al programa de R.C.V. en la consulta de enfermería y los valores actuales de grado de control y I.M.C. registrados en el momento actual y en el proceso de este estudio.

5.- METODOLOGÍA

SUJETOS DEL ESTUDIO: Los pacientes diabéticos tipo 2 que acudieron a la consulta de enfermería para la realización del seguimiento de su proceso crónico dentro del programa de R.C.V. en el periodo estudiado (11 de noviembre de 2.011 a 23 de febrero de 2.012) en la (UBA 2) del centro de salud de Algemesí.

DISEÑO: Estudio observacional descriptivo, transversal y retrospectivo¹² a propósito de 166 casos de usuarios diabéticos tipo 2 que acudieron a la consulta enfermera.

¹² Pita S. *Tipos de estudios clínico epidemiológicos*. Tratado de epidemiología clínica. Madrid; Dupont Phrama, S.A. 1995: 25-47.

AMBITO DEL ESTUDIO: La consulta de enfermería (UBA 2) del centro de salud 1 de Algemés del departamento de salud de La Ribera de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana.

MUESTRA: La muestra es de oportunidad, no selectiva, compuesta por 166 usuarios hombres y mujeres diabéticos tipo 2 de los cupos adscritos a la consulta de enfermería (UBA 2) y que acudieron a la cita programada para seguimiento de su proceso crónico de diabetes en el periodo del 11 de noviembre de 2.010 al 23 de febrero de 2.011.

PROCEDIMIENTO: Las variables estudiadas de cada caso fueron registradas por los dos enfermeros que gestionan dicha consulta de enfermería mediante cumplimentación de un formulario diseñado para este estudio (anexo 1) y siguiendo el orden de consulta programada de su agenda diaria durante este periodo de tiempo, utilizando el formulario con cada usuario y registrando las variables mediante la entrevista personal y la consulta de su historial clínico-enfermero.

VARIABLES DE ESTUDIO:

- Variables dependientes: Frecuencia de visitas, Grado de control.
- Variables independientes: Edad; sexo; I.M.C.; tratamiento farmacológico; Glucemias Digitales básales; HbA1; Periodo de control.

ANALISIS DE DATOS:

La descripción de las variables se realizó mediante los estadísticos más apropiados a su naturaleza, tipo y escala de medida. Se realizó análisis porcentual para todas las variables cuantitativas. La asociación entre variables se realizo por aproximación porcentual a los resultados más relevantes o significativos.



NOMENCLATURA UTILIZADA EN EL FORMULARIO DE REGISTRO DE DATOS:

Con el fin de facilitar el registro de variables, evitar su dispersión y mantener una coherencia acorde con el sociograma de los usuarios adscritos a esta consulta, se agruparon mediante una nomenclatura alfa-numérica las siguientes variables:

- Edad del paciente.
- Periodo de tiempo que está el usuario acudiendo a la consulta de enfermería.
- Valores analíticos de HbA1 y de glucemia basal alcanzados.
- Grado de I.M.C.

Los criterios de agrupación de la edad y periodo de control se relacionan con el número de personas, su nivel socio-económico subjetivo y su situación laboral activa o pasiva. Los valores analíticos i el I.M.C. se relacionan con los valores que recomienda la bibliografía estudiada.

- La edad se agrupó bajo la nomenclatura **GRUPO EDAD** en tres grupos:

I= 40 – 55 años. **II**= 56 – 65 años. **III**= > 66 años.

- El periodo que esta acudiendo el usuario a la consulta de enfermería se agrupó bajo la nomenclatura **PERIODO DE CONTROL** en tres grupos:

I= 1 – 2 años. **II**= 3 – 5 años. **III**= > 6 años.

- Los valores analíticos de HbA1 y Glucemia basal alcanzados se agruparon bajo la nomenclatura **GRADO DE CONTROL** en tres grupos:

I= GB (< 150 mg/dl) y/o Hga1C (< 7 %)

II= GB (<200 mg/dl) y/o HbA1 (7 -8'5 %).

III= GB (> 200 mg/dl) y/o HbA1 (8'5 – 12 %).

- El **I.M.C** se agrupó para este estudio en 4 grupos:

Grupo 1= <24'99 (NORMOPESO)

Grupo 2= >25 (SOBREPESO)

Grupo 3= >30 (OBESIDAD)

Grupo 4= >40 (OBESIDAD MORBIDA-EXTREMA)

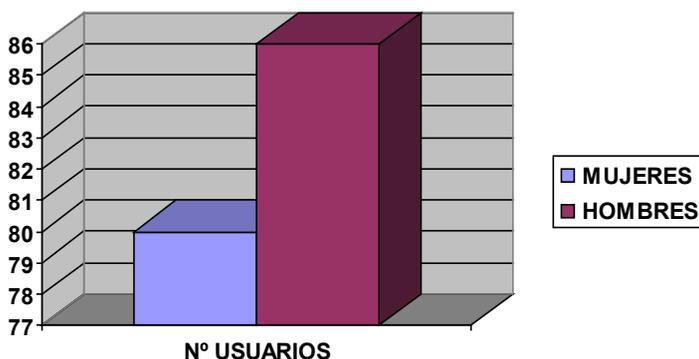
6.- RESULTADOS

NÚMERO Y SEXO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS:

En el periodo de estudio, **166 usuarios diabéticos tipo 2** asistieron a la **consulta** de enfermería programada (UBA 2) del centro de salud de Algemésí.

El **52% (n= 86) fueron hombres** y el **48% (n= 80) mujeres**.

SEXO	Nº USUARIOS	%
MUJERES	80	48%
HOMBRES	86	52%
TOTAL	166	

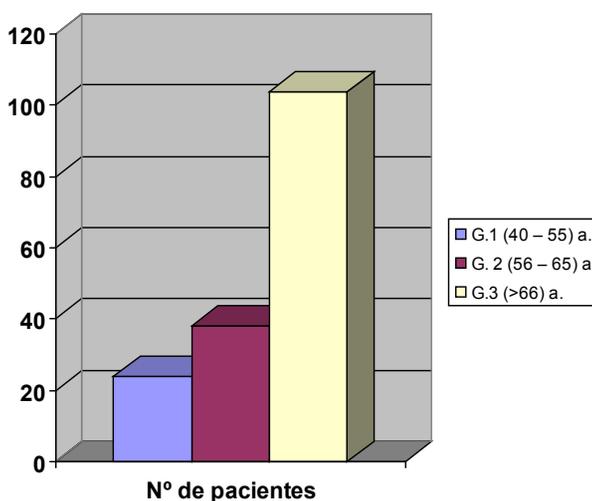




EDAD DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS:

Destacó como **más numeroso el grupo de edad 3 (> 66 años) con el 62'65 % (n=104) de usuarios diabéticos tipo 2 en el que, el 54'80% (n=57) fueron mujeres.** El grupo de edad 1 (40 – 55 años) solo representó el 14'45% (n=24) usuarios y el grupo de edad 2 (56- 65 años) representó el 22'89% (n=38) de la muestra.

	Nº de pacientes	% del total de pacientes
G.1 (40 – 55) a.	24	14.45
G. 2 (56 – 65) a.	38	22.89
G.3 (>66) a.	104	62.65
TOTAL	166	100

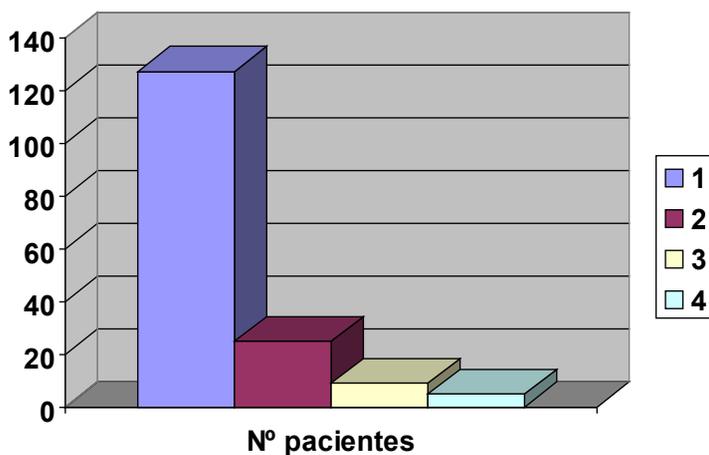


TIPO DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS:

En cuanto al tipo de tratamiento farmacológico para la diabetes que seguían los diabeticos tipo 2 estudiados, destacamos que el **76'50% (n=127) llevaban tratamiento con A.D.O.** El 15'06% (n=25) estaban con tratamiento con insulina sin especificar el tipo. Solo el 5'42% (n=9) llevaba tratamiento con

asociación de A.D.O. y insulina. El resto de la muestra 3'01% (n=5) no llevaba ningún tipo de tratamiento farmacológico.

Tipo de tratamiento	Nº pacientes	%
(1) A.D.O.	127	76.50
(2) Insulinoterapia	25	15.06
(3) A.D.O. + Insulinoterapia	9	5.42
(4) Sin tratamiento farmacológico	5	3.01
TOTAL	166	



En cuanto a tipo de tratamiento farmacológico por edad hay que destacar el grupo de edad 3 donde el 73'07% (n=76) de este grupo seguían su tratamiento con A.D.O. y en el que un 78'94% (n=45) eran mujeres. El 11'45% (n=19) de este grupo de edad tenían tratamiento farmacológico con insulina y no se apreciaron diferencias sustanciales entre hombres y mujeres.

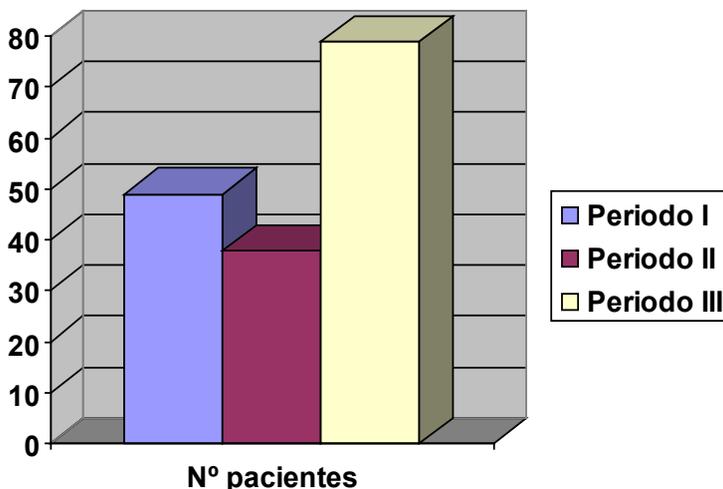
ANTIGÜEDAD EN EL PROGRAMA DE RCV, AÑOS DE SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA ENFERMERA:

El 47'59 % (n=79) de la muestra estaban acudiendo a la consulta de enfermería más de seis años por tanto fueron registrados como

pertenecientes al periodo de control “III” (> de 6 años)¹³. El 29’515 (n=49) se clasifico como periodo de control “I” y el 22’89% (n=38) fue clasificado en el periodo de control “II”.

Destacamos que **el grupo de edad 3 (>66 años) es el que más tiempo esta acudiendo a la consulta de enfermería con el 36’75% (n=61) de usuarios clasificados en el periodo de control “III” de los cuales el 58’65% (n=36) fueron mujeres.** En este grupo de edad el 22’11% (n=23) se clasificaron en el periodo de control “II” (3-5 años) y el 19’23% (n=20) se clasificaron en el periodo de control “I” (1-2 años) no apreciándose diferencia significativa entre hombres y mujeres. El resto de grupos de edad están representados por valores que determinan un menor periodo de asistencia a la consulta.

Tipo de periodo de control	Nº pacientes	%
Periodo I (1 – 2) años	49	29.51
Periodo II (3 – 5) años	38	22.89
Periodo III (> de 6) años	79	47.59
TOTAL	166	

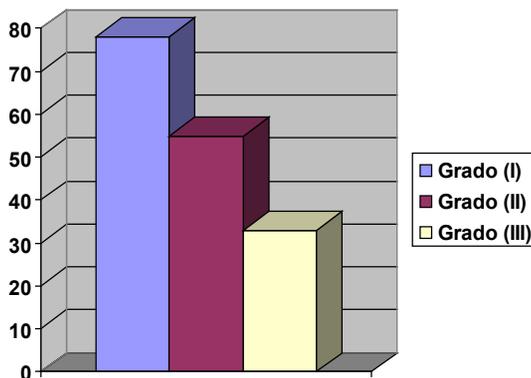


¹³ En ABUCASIS solo están registrados datos desde 2.005.

RESULTADOS DEL CONTROL METABÓLICO EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS:

En cuanto a los resultados obtenidos mediante los registros de grado de control,¹⁴ se realizaron dos registros; por una parte el grado de control que presentaban al inicio de su incorporación a la consulta de enfermería y otro registro del grado de control que presentaban en la actualidad. **Al inicio de su incorporación a la consulta de enfermería el 46'98% (n=78) presentaban un grado de control (I), es decir, su situación se encontraba en los siguientes valores (GB (< 150 mg/dl) y/o HbA1 (< 7 %)).** El 33'13% (n=55) presentaba un grado de control (II), es decir (GB (<200 mg/dl) y/o HbA1 (7 -8'5 %)). **El 19'87% (n=33) presentaban un grado de control (III), es decir, (GB (> 200 mg/dl) y/o HbA1 (8'5 – 12 %)).**

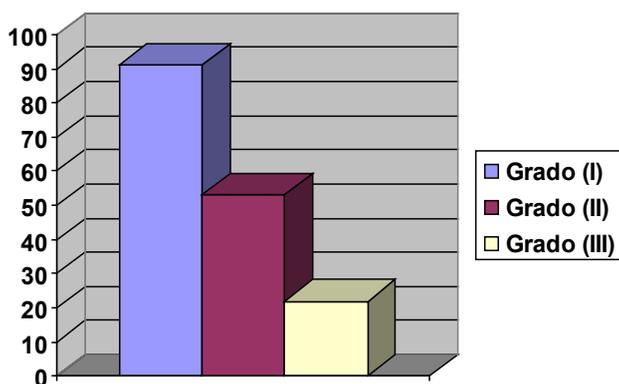
Tipo de grado de control en el momento del inicio o diagnóstico	Nº pacientes	%
Grado (I) GB (< 150) y/o HbA1 (< 7)	78	46.98
Grado (II) (< 200) y/o HbA1 (7 – 8'5)	55	33.13
Grado (III) GB (> 200) y/o HbA1 (8'5 – 12).	33	19.87
TOTAL	166	



¹⁴ GRADO DE CONTROL= rango de glucemia basal (GB) y rango de HbA1 alcanzados en cada grado.

Los resultados obtenidos en el registro de grado de control actual no presentan diferencias significativas con respecto al grado de control al inicio. **El 54'81% (n=91) presentaban en la actualidad un grado de control (I), el 31'92% (n=53) tenían en la actualidad el grado de control (II) y el 13'25% (n=22) mantenían el grado de control (III).**

Tipo de grado de control en la actualidad	N° pacientes	%
Grado (I) GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	91	54.81
Grado (II) (< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	53	31.92
Grado (III) GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12).	22	13.25
TOTAL	166	

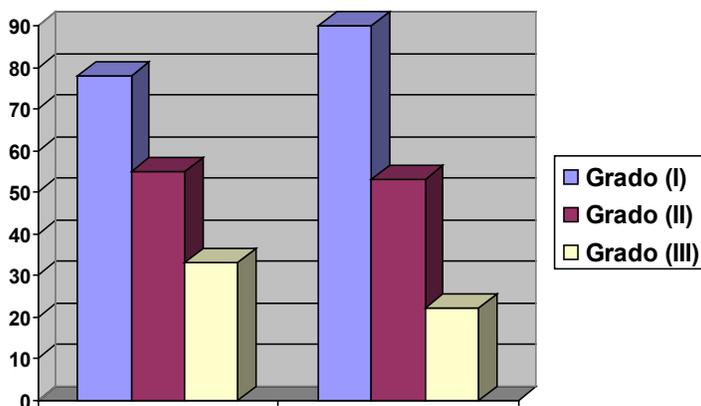


El grado de control (I) presenta en la actualidad una diferencia de mas usuarios con respecto a los que tenia al inicio de 7'83% (n=13), el grado (II) presenta en la actualidad una diferencia menor con respecto al grado de inicio del 1'20% (n=2) y **el grado de control (III) presenta una diferencia de grado de control menor con respecto al inicio del 6'60% (n=11).**

El 50% (n=12) de los usuarios diabéticos tipo 2 del grupo de edad 1 ha modificado su grado de control durante el periodo de seguimiento en la consulta de enfermería.

El 7'83% (n=13) del conjunto de los usuarios estudiados ha modificado su grado de control actual con respecto al que tenían al inicio de su incorporación a la consulta de enfermería.

Tipo de grado de control	Nº pacientes y grado al inicio	Nº pacientes y grado actual	Nº Pacientes con diferencia de grado	% diferencial
Grado (I) GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	78	91	+13	7.83
Grado (II) (< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	55	53	-2	1.20
Grado (III) GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12)	33	22	-11	6.60
TOTAL	166	166		7'83

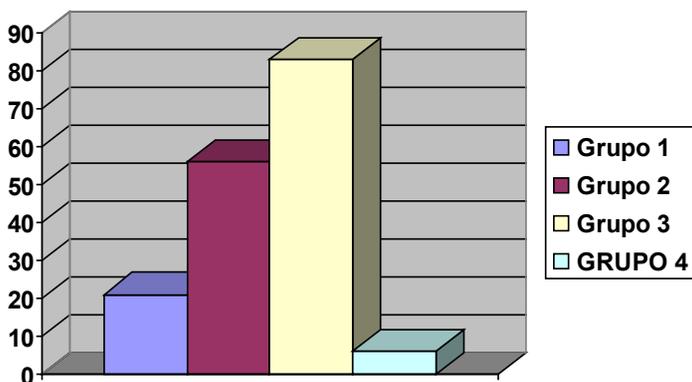




IMC DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS:

Se diseñaron cuatro grupos de I.M.C para este estudio¹⁵. Se registro el I.M.C. al inicio de su incorporación a la consulta de enfermería y el I.M.C que presentaban en la actualidad. El **50% (n=83) de los usuarios presentaban al inicio un I.M.C. de grado 3, es decir (>30) por tanto calificados como obesos**. El 33'73% (n=56) tenían el I.M.C al inicio en el grupo 2 (>25). El 12'65% (n=21) tenían el I.M.C en el grupo 1 (<24'99) y el 3'61% (n=6) presentaban un I.M.C superior a 40 clasificados como obesidad mórbida o extrema.

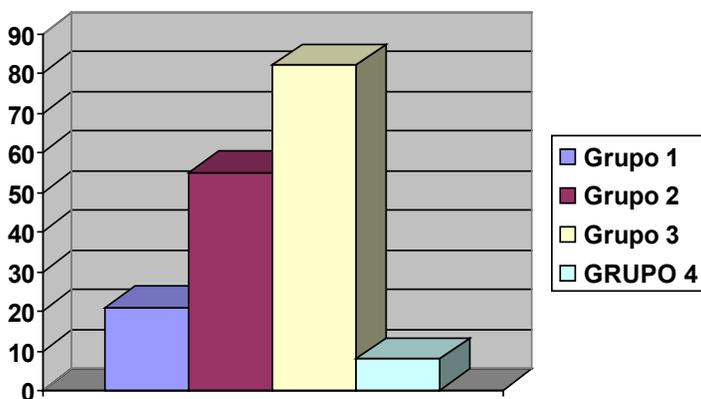
I.M.C. al inicio	Nº pacientes	%
Grupo 1 (I.M.C.< 24'99)	21	12.65
Grupo 2 (I.M.C.> 25'99)	55	33.13
Grupo 3 (I.M.C.> 30)	82	49.39
GRUPO 4 (I.M.C.> 40)	8	4.81
TOTAL	166	100.00



¹⁵ Grupo 1 (IMC=<24'99), Grupo 2 (IMC=>25), Grupo 3 (IMC=>30), Grupo 4 (IMC=>40).

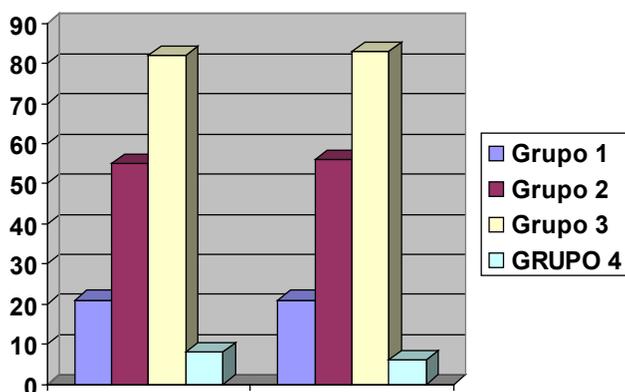
No es perceptible una variación significativa del grado de I.M.C en la actualidad. El 49'39% (n=82) tenían en la actualidad un grado 3 de I.M.C. (>30). El 33'13% (n=55) presentaba actualmente el grado 2 de I.M.C. y el 12'65% (n=21) presentaba un grado 1 de I.M.C. en la actualidad.

I.M.C. en la actualidad	Nº pacientes	%
Grupo 1 (I.M.C.< 24'99)	21	12.65
Grupo 2 (I.M.C.> 25)	56	33.73
Grupo 3 (I.M.C.> 30)	83	50.00
GRUPO 4 (I.M.C.> 40)	6	3.61
TOTAL	166	100.00



Se observó que el 2'40% (n=4) del conjunto de los usuarios diabéticos estudiados modificó su I.M.C. que tenía al inicio de su incorporación a la consulta de enfermería con respecto al I.M.C. actual.

Grupo de I.M.C.	Nº pacientes y I.M.C. al inicio	Nº pacientes y I.M.C. actual	Nº Pacientes con diferencia de I.M.C.	% diferencial
Grupo 1(I.M.C.< 24'99)	21	21	0	
Grupo 2(I.M.C.> 25'99)	55	56	+1	
Grupo 3(I.M.C.> 30)	82	83	+1	
Grupo 4(I.M.C.> 40)	8	6	-2	
TOTAL	166	166	4	2.40

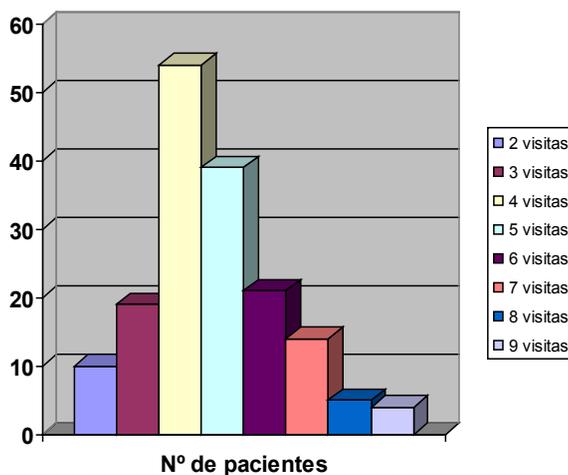


FRECUENTACIÓN DE LOS PACIENTES A LA CONSULTA ENFERMERA EN EL PERIODO ESTUDIADO:

Se realizó un registro retrospectivo de un año natural¹⁶ para observar la frecuentación a la consulta de enfermería de los usuarios diabéticos tipo 2 estudiados y el resultado fue que el 32'54% (n=54) habían realizado 4 visitas a la consulta de enfermería. El 23'49% (n=39) habían realizado 5 visitas anuales. El 12'65% (n=21) lo habían hecho en 6 ocasiones. El 8'45% (n=14) lo hicieron en 7 ocasiones y el 11'44% (n=19) realizaron solamente 3 visitas a la consulta de enfermería durante un año.

Nº de visitas anuales	Nº de pacientes	% de frecuentación
2 visitas	10	6.02
3 visitas	19	11.44
4 visitas	54	32.54
5 visitas	39	23.49
6 visitas	21	12.65
7 visitas	14	8.45
8 visitas	5	3.01
9 visitas	4	2.40
TOTAL	166	

¹⁶ ABUCASIS, búsqueda retrospectiva del año 2.010 en la historia y registros de enfermería



No se han observado diferencias significativas en los grupos de edad prevaleciendo en todos 4 visitas anuales a la consulta de enfermería. **El grupo de edad 3 (>66 años) presenta además un 28'84% (n=30) de usuarios que han realizado 5 visitas anuales a la consulta de enfermería.**

7.- CONCLUSIONES.

Los resultados que se ofrecen en este estudio ponen de relieve que un seguimiento prolongado de los pacientes diabéticos durante muchos años en la consulta de enfermería programada y con atención personalizada, no se relaciona con un mejor control de su glucemia y/o de su HbA1 ni con una disminución del I.M.C. La cantidad de consultas enfermeras, no se relaciona con un mayor autocuidado y mejor control metabólico y de su enfermedad.

Entendemos que la poca disminución, o en la mayoría de casos, la estabilidad inalterable del factor I.M.C. en los diabéticos tipo 2 estudiados, significa la poca adherencia a la información sobre su salud, a la modificación de hábitos adecuados y autocuidados que reciben en la consulta enfermera con el fin de producir cambios en su situación.



Sin embargo, un importante porcentaje de los pacientes diabéticos tipo 2 observados (grupo de edad 1 y 2) tienen un buen nivel de grado de control con valores de glucemia basal menores de 150 mg/dl y/o HbA1c menores de 7%. Este nivel aceptable de grado de control además, se ha mantenido desde su agregación a la consulta de enfermería.

Al parecer, la edad es un factor importante en el mantenimiento de un grado de control aceptable. A menor edad mejor grado de control. Este hecho además, nos corrobora en la necesidad de revisar los índices de frecuentación y el establecimiento de objetivos estratégicos de estos grupos de edad, con el fin de combinar el alargamiento en el tiempo de las visitas anuales a la consulta enfermera, con un mejor autocuidado y autocontrol de su diabetes y su participación en un taller grupal diabetológico.

El hecho de que la mayoría de los diabéticos tipo 2 estudiados presente un I.M.C. de grado 3, es decir, clasificados como obesos, nos confirma la necesidad de centrar de manera rigurosa la información en hábitos alimentarios y de actividad física y plantear esta actividad como la más importante del seguimiento de los diabéticos en la consulta de enfermería y en un taller grupal.

Es importante valorar que la mayoría de los diabéticos que han acudido a la consulta de enfermería para su seguimiento son mayores de 66 años y con un largo periodo de evolución de su enfermedad y su presencia en la consulta de enfermería es de más de 6 años.

Como ya hemos comentado la edad puede ser un factor determinante en la evolución de la diabetes de los usuarios estudiados. A mayor edad menor adherencia a la información que reciben en la consulta individualizada. A mayor edad mayor vinculación dependiente a factores de nivel socio-económico y de nivel cultural que pueden influir en el menor grado de compromiso con la información recibida para su autocuidado.

El tratamiento farmacológico con A.D.O. es el más predominante entre los diabéticos que acudieron a la consulta de enfermería en el periodo estudiado y

ello puede ser un factor clave en la evolución de su enfermedad ya que, el hecho de recibir tratamiento oral en combinación con consejos de dieta y ejercicio físico puede ser percibido por el usuario como un nivel más intrascendente de la diabetes y en consecuencia, puede generar un menor compromiso personal con este tipo de tratamiento y con la información recibida.

Al parecer el tratamiento farmacológico con insulinas es percibido por los usuarios como un nivel más comprometido de la diabetes y en consecuencia genera un mayor grado de responsabilidad con su situación y mayor adherencia a la información que reciben en la consulta de enfermería. Los diabéticos insulinizados estudiados presentaban una ligera mejoría en su grado de control.

La información individualizada que han recibido los diabéticos estudiados por parte de los profesionales enfermeros en la consulta en cuanto a la promoción de estilos de vida saludables, seguimiento y evolución de su enfermedad, asesoramiento nutricional y fomento de la actividad física no parece que haya conseguido el objetivo de compromiso personal deseado, pues, los resultados obtenidos en estos pacientes, no han demostrado una mejoría de su I.M.C. inicial en ningún grupo de edad ni periodo de control. En este sentido consideramos conveniente la introducción de formulas de información grupal en combinación con la atención personalizada como alternativa para mejorar los resultados de la situación actual revelada en el presente estudio.

PERFIL DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS:

El perfil medio de los pacientes que acudido a la consulta de enfermería en el proceso de elaboración del presente estudio es el siguiente:

- Varón, diabético tipo 2, de más de 66 años de edad.
- Diagnosticado de diabetes Mellitus tipo 2 desde hace más de seis años.
- Que se incorporo a la consulta de enfermería para su seguimiento y control desde hace más de seis años.



- Que frecuenta la consulta enfermera cuatro veces al año.
- Que no ha modificado sus hábitos alimentarios y de actividad física durante todo este tiempo.
- Que en la actualidad lleva tratamiento farmacológico mediante A.D.O.
- Que al inicio de su incorporación a la consulta de enfermería presentaba un grado de control basado en cifras de Glucemias basales (< 150 mg/dl) y/o (HbA1 $<$ de 7%) y un I.M.C de 30 (obeso).
- Que en la actualidad no ha conseguido mejorar su situación de salud ya que presenta los mismos parámetros de glucemia basal, de HbA1 y de I.M.C.

8.- VALOR DEL ESTUDIO.

El presente estudio aporta una metodología para el análisis de las consultas de enfermería de A.P.

Puede ser una referencia, al tratarse del primer estudio sobre la consulta de enfermería que se realiza en el C. Salud de Algemés con una muestra substancial dada la población diana de la zona básica.

Supone un diagnóstico de la situación actual de las consultas de enfermería del C.S. de Algemés y abre una línea de investigación que indudablemente tendrá importantes beneficios para los usuarios y para la organización del trabajo de los profesionales de enfermería.

La multicausalidad presente en el origen del estudio exige un nuevo abordaje multifactorial y con asociación de todas las variables para mejorar, de forma efectiva los resultados y con ello el funcionamiento de las consultas de enfermería.

Los procedimientos y los cuidados necesitan una permanente actualización de tal forma que incorporen las técnicas más seguras y objetivas que el avance

científico vaya poniendo a nuestra disposición y en esa postulación se centra el presente estudio.

A tenor de los resultados obtenidos, se enfatizan las dificultades relacionadas con la comunicación entre enfermeros y pacientes en cuanto a la información que estos han de recibir. La entrevista enfermera en la consulta es una disciplina que hay que mejorar y precisa de un entrenamiento para que la comunicación sea realmente efectiva. Es necesario al mismo tiempo introducir en la práctica diaria técnicas grupales de información que mejoren la efectividad y trasladen a los pacientes diabéticos una percepción de mayor conocimiento, mejor auto-control y respaldo en el proceso de su enfermedad.

Elaborar estudios y proponer estrategias orientadas a mejorar la información del usuario en las consultas de enfermería de atención primaria es altamente efectivo y eficaz en la disminución de la hiperfrecuentación y en la consecución de un mayor reconocimiento profesional y social de los profesionales de enfermería.

9.- BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. *Consulta de enfermería en consultorios y ambulatorios*. Cuadernos de salud 3, 1986.
- 2.- López G, Rodero L, García M.J, Gervás J. *Consulta de enfermería en Atención Primaria*. Rev. ROL de enfermería. 1.989;136:15-8.
- 3.- Aza V. *¿Mejoran los diabéticos tipo II controlados en consulta de enfermería en A.P.?*. Impulso 2.000; 112: 3-5.
- 4.- Echevarría M, Fraile C, *¿Organizamos de forma adecuada el tiempo en las consultas de enfermería?*. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad 2.010; 17-33.
- 5.- Cabo A, Gamarra M, Mediavilla E, Sánchez B. Revisión sistemática:

Cambiar hábitos ¿Educación para la salud grupal o individual?. Consejería de sanidad Junta Castilla y León 2.008.

- 6.- Ortiz T, Perol C, Gil V. *Frecuentación y grado de control del paciente diabético tipo 2.* Rev. Valenciana Med. Fam. 2.006; 21: 5-9.
- 7.- Instituto Joanna Briggs. Niveles de evidencia y grados de recomendación del Instituto Joanna Briggs. Consultado en diciembre 2.010. Disponible en: http://es.jbiconnect.org/physio/info/about/jbi_ebhc_approach.php
- 8.- Llorente S, López T, García LJ, Alonso P. *Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud.* Atención primaria 1.996; 17: 100-107.
- 9.- Bellon JA. *La consulta del medico de familia: como organizar el trabajo.* Manual del medico residente de medicina familiar y comunitaria. 2ª edc. Madrid: semFYC; 1997:242-51.
- 10.- Gracia R, Lázaro M, Quintana A. *Mejora de la calidad del trabajo enfermero en Atención Primaria tras una estrategia organizativa.* Metas de España, ISSN 1138-7762, Vol. 11 nº 5, 2.008: 8-12.
- 11.- Pita S. *Tipos de estudios clínico epidemiológicos.* Tratado de epidemiología clínica. Madrid; Dupont Phrama, S.A. 1995: 25-47. www.fisterra.com
- 12.- Murray E, Burns J, See Tai S, Lai R, Nazareth I. *Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas.* (Rev Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd.; 2008. Consulta mayo 2008. <http://www.update-software.com>
- 13.- C. Rodríguez-Muñoz, J. Cebriá, Andréu, S. *Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de atención primaria.* MEDIFAM 2003; 13: 143-150
- 14.- MA. Ortega-Tallón, G. Roca-Figueres, M. Iglesias-Rodríguez, J.M. Jurado-Serrano. *Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de*



TABLAS DE RESULTADOS:

NUMERO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 CLASIFICADOS POR SEXO VISTOS EN CONSULTA DE ENFERMERIA EN EL PERIODO ESTUDIADO.

SEXO	Nº USUARIOS	%
MUJERES	80	48%
HOMBRES	86	52%
TOTAL	166	

NUMERO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 VISTOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA EN EL PERIODO ESTUDIADO CLASIFICADOS POR GRUPOS DE EDAD.

AGRUPACION DE EDADES:

GRUPO 1: 40 a 55 años. **GRUPO 2:** 56 a 65 años. **GRUPO 3:** >66 años.

	Nº de pacientes	% del total de pacientes
G.1 (40 – 55) a.	24	14.45
G. 2 (56 – 65) a.	38	22.89
G.3 (>66) a.	104	62.65
TOTAL	166	100

DESCRIPCION GRUPO 1 DE EDAD.

	Nº de pacientes G.1	% del grupo 1	% del total de pacientes
HOMBRES	14	58.33	8.43
MUJERES	10	41.66	6.02
TOTAL	24		14.45

DESCRIPCCION GRUPO 2 DE EDAD.

	N° de pacientes G. 2	% del grupo 2	% del total de pacientes
HOMBRES	24	63.15	14.45
MUJERES	14	36.84	8.44
TOTAL	38		22.89

DESCRIPCCION GRUPO 3 DE EDAD.

	N° de pacientes G. 3	% del grupo 3	% del total de pacientes
HOMBRES	47	45.19	28.33
MUJERES	57	54.80	34.33
TOTAL	104		62.66

**NUMERO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 VISTOS EN LA
CONSULTA DE ENFERMERIA EN EL PERIODO ESTUDIADO
CLASIFICADOS POR EL TIPO DE TRATAMIENTO.**

Tipo de tratamiento	N° pacientes	%
(1) A.D.O.	127	76.50
(2) Insulinoterapia	25	15.06
(3) A.D.O. + Insulinoterapia	9	5.42
(4) Sin tratamiento farmacológico	5	3.01
TOTAL	166	



Tratamiento farmacológico de los pacientes por grupo de edad y sexo.

Grupo edad 1 (40 – 55) años.

Tipo de tratamiento	HOMBRE	%	MUJER	%	% DEL TOTAL DEL GRUPO	% DEL TOTAL DE PACIENTES
A.D.O.	11	78.57	9	90.00	83.33	12.05
insulinoterapia	1	7.14	0	0	4.16	0.60
A.D.O. + insulinoterapia	2	14.28	1	10.00	12.50	1.80
sin tratamiento farmacológico	0	0	0	0	0	0
TOTAL	14		10			14.45

Grupo de edad 2 (56 – 65) años.

Tipo de tratamiento	HOMBRE	%	MUJER	%	% DEL TOTAL DEL GRUPO	% DEL TOTAL DE PACIENTES
A.D.O.	18	75.00	12	85.71	78.94	18.07
insulinoterapia	3	12.50	2	14.28	13.15	3.02
A.D.O. + insulinoterapia	2	8.33	0	0	5.26	1.20
sin tratamiento farmacológico	1	4.16	0	0	2.63	0.60
TOTAL	24		14			22.89

Grupo de edad 3 (>66) años.

Tipo de tratamiento	HOMBRE	%	MUJER	%	% DEL TOTAL DEL GRUPO	% DEL TOTAL DE PACIENTES
A.D.O.	31	65.95	45	78.94	73.07	45.79
insulinoterapia	9	19.14	10	17.54	18.26	11.45
A.D.O. + insulinoterapia	3	6.38	1	1.75	3.84	2.41
sin tratamiento farmacológico	4	8.51	1	1.75	4.80	3.01
TOTAL	47		57			62.66

NUMERO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 VISTOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA EN EL PERIODO ESTUDIADO CLASIFICADOS POR EL PERIODO DE CONTROL.

(*) **PERIODO DE CONTROL**= (años que el paciente está acudiendo a la consulta de enfermería para su seguimiento desde que se le diagnosticó la enfermedad).

(**) **En ABUCASIS** solo están registrados datos desde 2.005.

AGRUPACION DE PERIODO DE CONTROL para este estudio:

Periodo (I) =1 A 2 AÑOS.

Periodo (II) =3 A 5 AÑOS.

Periodo (III) = > DE 6 AÑOS.

Tipo de periodo de control	Nº pacientes	%
Periodo I (1 – 2) años	49	29.51
Periodo II (3 – 5) años	38	22.89
Periodo III (> de 6) años	79	47.59
TOTAL	166	

Pacientes diabéticos que han acudido a la consulta de enfermería en el periodo estudiado clasificados por grupo de edad, periodo de control y sexo.

Grupo de edad 1 (40 - 55) años.

Tipo de	HOMBRE	%	MUJER	%	% DEL GRUPO	% DEL TOTAL
PERIODO I (1 – 2) años	9	64.28	5	50.00	58.33	8.43
PERIODO II (3 – 5) años	4	28.57	3	30.00	29.16	4.22
PERIODO III (> 6) años	1	7.14	2	20.00	12.50	1.80
TOTAL	14		10			14.45



Grupo de edad 2 (56 – 65) años.

Tipo de	HOMBRE	%	MUJER	%	% DEL GRUPO	% DEL TOTAL
PERIODO I (1 – 2) años	10	41.66	5	35.71	39.47	9.04
PERIODO II (3 – 5) años	6	25.00	2	14.28	21.05	4.81
PERIODO III (> 6) años	8	33.33	7	50.00	39.47	9.04
TOTAL	24		14			22.89

Grupo de edad 3 (> 66) años.

Tipo de	HOMBRE	%	MUJER	%	% DEL GRUPO	% DEL TOTAL
PERIODO I (1 – 2) años	10	21.73	10	17.24	19.23	12.05
PERIODO II (3 – 5) años	11	23.91	12	20.68	22.11	13.86
PERIODO III (> 6) años	25	54.34	36	62.06	58.65	36.75
TOTAL	46		58			62.66

NUMERO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 VISTOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA EN EL PERIODO ESTUDIADO CLASIFICADOS POR EL GRADO DE CONTROL ACTUAL EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO Y EL GRADO DE CONTROL AL INICIO DEL PERIODO DE SEGUIMIENTO EN CONSULTA DE ENFERMERIA.

(*) **GRADO DE CONTROL**= rango de glucemia basal (GB) y rango de HbA1 alcanzados en cada grado.

AGRUPACION DE GRADOS DE CONTROL para este estudio:

Grado (I) = GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7).

Grado (II) = GB (< 200) y/ó HbA1 (7 – 8’5).

Grado (III) = GB (> 200) y/ó HbA1 (8’5 – 12).

Tipo de grado de control en la actualidad	Nº pacientes	%
Grado (I) GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	91	54.81
Grado (II) (< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	53	31.92
Grado (III) GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12).	22	13.25
TOTAL	166	

Grado de control que presentaban los pacientes estudiados en el momento del diagnostico o al inicio del seguimiento en la consulta de enfermería.

Tipo de grado de control en el momento del inicio o diagnostico	Nº pacientes	%
Grado (I) GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	78	46.98
Grado (II) (< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	55	33.13
Grado (III) GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12).	33	19.87
TOTAL	166	

Diferencia de grado de control entre el inicio del seguimiento enfermero y el grado de control actual de los pacientes estudiados.

Tipo de grado de control	Nº pacientes y grado al inicio	Nº pacientes y grado actual	Nº Pacientes con diferencia de grado	% diferencial
Grado (I) GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	78	91	+13	7.83
Grado (II) (< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	55	53	-2	1.20
Grado (III) GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12).	33	22	-11	6.60
TOTAL	166	166		7'83

(*) Positivo (+) indica mejoría de grado desde el inicio a la actualidad.

Negativo (-) indica empeoramiento de grado desde el inicio a la actualidad.



Pacientes diabéticos que han acudido a la consulta de enfermería en el periodo estudiado clasificados por grupo de edad, grado de control al inicio, grado de control actual y sexo.

Grupo de edad I (40 - 55) años.

Grado de control al inicio

Grado de control al inicio	HOMBRE	%	MUJER	%	% DEL GRUPO	% DEL TOTAL
Grado (I) GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	7	50.00	2	20.00	37.50	5.42
Grado (II) (< 200) y/ó HbA1 (7 - 8'5)	2	14.28	6	60.00	33.33	4.82
Grado (III) GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 - 12).	5	35.71	2	20.00	29.16	4.21
TOTAL	14		10			14.45

Grado de control actual

Grado de control actual	HOMBRE	%	MUJER	%	% DEL GRUPO	% DEL TOTAL
Grado (I) GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	8	57.14	7	70.00	62.50	9.03
Grado (II) (< 200) y/ó HbA1 (7 - 8'5)	3	21.42	3	30.00	25.00	3.61
Grado (III) GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 - 12).	3	21.42	0	0	12.50	1.81
TOTAL	14		10			14.45

Diferencia de grado de control entre el inicio del seguimiento en la consulta de enfermería y el grado de control actual de los pacientes estudiados y clasificados por sexos en el grupo de edad I.

(*) Positivo (+) indica mejoría de grado desde el inicio a la actualidad.

Negativo (-) indica empeoramiento de grado desde el inicio a la actualidad.

Grupo edad 1 hombres

Diferencia de grado de control

Tipo de grado de control	Nº pacientes y grado al inicio	Nº pacientes y grado actual	Nº Pacientes con diferencia de grado	% diferencial
Grado (I) GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	7	8	+1	
Grado (II) (< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	2	3	+1	
Grado (III) GB (> 200) y/ó HbA1(8'5 – 12).	5	3	+2	
TOTAL	14	14	+4	28.58

Grupo edad 1 mujeres

Diferencia de grado de control

Tipo de grado de control	Nº pacientes y grado al inicio	Nº pacientes y grado actual	Nº Pacientes con diferencia de grado	% diferencial
Grado (I) GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	2	7	+5	
Grado (II) (< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	6	3	+3	
Grado (III) GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12).	2	0	0	
TOTAL	10	10	+8	80.00

Total diferencial del grado de control del grupo edad 1

Tipo de grado de control	Nº pacientes y grado al inicio	Nº pacientes y grado actual	Nº Pacientes con diferencia de grado	% diferencial
Grado (I)				
GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	9	15	+6	
Grado (II)				
(< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	8	6	+2	
Grado (III)				
GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12).	7	3	+4	
TOTAL	24	24	12	50.00

Grupo de edad 2 (56 - 65) años.

Grado de control al inicio

Grado de control al inicio	HOMBRE	%	MUJER	%	% DEL GRUPO	% DEL TOTAL
Grado (I) GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	11	45.83	6	42.85	44.73	10.25
Grado (II) (< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	6	25.00	6	42.85	31.57	7.22
Grado (III) GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12).	7	29.16	2	14.28	23.68	5.42
TOTAL	24		14			22.89

Grado de control actual

Grado de control actual	HOMBRE	%	MUJER	%	% DEL GRUPO	% DEL TOTAL
Grado (I) GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	11	45.83	6	42.85	44.73	10.25
Grado (II) (< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	8	33.33	5	35.71	34.21	7.83
Grado (III) GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12).	5	20.83	3	21.42	21.05	4.81
TOTAL	24		14			22.89

Diferencia de grado de control entre el inicio del seguimiento en la consulta de enfermería y el grado de control actual de los pacientes estudiados y clasificados por sexos en el grupo de edad 2.

(*) Positivo (+) indica mejoría de grado desde el inicio a la actualidad.

Negativo (-) indica empeoramiento de grado desde el inicio a la actualidad.

Grupo edad 2 hombres

Diferencia de grado de control

Tipo de grado de control	Nº pacientes y grado al inicio	Nº pacientes y grado actual	Nº Pacientes con diferencia de grado	% diferencial
Grado (I)				
GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	11	11	0	
Grado (II)				
(< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	6	8	-2	
Grado (III)				
GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12).	7	5	+2	
TOTAL	24	24	2	96.00

Grupo de edad 2 mujeres

Diferencia de grado de control

Tipo de grado de control	Nº pacientes y grado al inicio	Nº pacientes y grado actual	Nº Pacientes con diferencia de grado	% diferencial
Grado (I)				
GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	6	6	0	
Grado (II)				
(< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	6	5	+1	
Grado (III)				
GB (> 200) y/ó HbA1(8'5 – 12).	2	3	-1	
TOTAL	14	14	2	14.28

Total diferencial del grado de control del grupo edad 2

Tipo de grado de control	Nº pacientes y grado al inicio	Nº pacientes y grado actual	Nº Pacientes con diferencia de grado	% diferencial
Grado (I) GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	17	17	0	
Grado (II) (< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	12	13	-1	
Grado (III) GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12).	9	8	-1	
TOTAL	38	38	-2	5.26

Grupo de edad 3 (>66) años.

Grado de control al inicio

Grado de control al inicio	HOMBRE	%	MUJER	%	% DEL GRUPO	% DEL TOTAL
Grado (I) GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	22	46.80	30	52.63	50.00	31.32
Grado (II) (< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	13	27.65	22	38.59	33.65	21.08
Grado (III) GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12).	12	25.53	5	8.77	16.34	10.26
TOTAL	47		57			62.66

Grado de control actual

Grado de control actual	HOMBRE	%	MUJER	%	% DEL GRUPO	% DEL TOTAL
Grado (I) GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	26	55.31	33	57.89	56.73	35.56
Grado (II) (< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	17	36.17	17	29.82	32.69	20.48
Grado (III) GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12).	4	8.51	7	12.28	10.57	6.62
TOTAL	47		57			62.66

Diferencia de grado de control entre el inicio del seguimiento en la consulta de enfermería y el grado de control actual de los pacientes estudiados y clasificados por sexos en el grupo de edad 3.

(*) Positivo (+) indica mejoría de grado desde el inicio a la actualidad.

Negativo (-) indica empeoramiento de grado desde el inicio a la actualidad.

Grupo edad 3 hombres

Diferencia de grado de control

Tipo de grado de control	Nº pacientes y grado al inicio	Nº pacientes y grado actual	Nº Pacientes con diferencia de grado	% diferencial
Grado (I)				
GB (< 150) y/ó HbA1(< 7)	22	26	+4	
Grado (II)				
(< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	13	17	+4	
Grado (III)				
GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12).	12	4	-8	
TOTAL	47	47	0	

Grupo de edad 3 mujeres

Diferencia de grado de control

Tipo de grado de control	Nº pacientes y grado al inicio	Nº pacientes y grado actual	Nº Pacientes con diferencia de grado	% diferencial
Grado (I)				
GB (< 150) y/ó HbA1(< 7)	30	33	+3	
Grado (II)				
(< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	22	17	+5	
Grado (III)				
GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12).	5	7	-2	
TOTAL	57	57	10	17.54

Total diferencial del grado de control del grupo edad 3

Tipo de grado de control	Nº pacientes y grado al inicio	Nº pacientes y grado actual	Nº Pacientes con diferencia de grado	% diferencial
Grado (I)				
GB (< 150) y/ó HbA1 (< 7)	52	59	+7	
Grado (II)				
(< 200) y/ó HbA1 (7 – 8'5)	35	34	-1	
Grado (III)				
GB (> 200) y/ó HbA1 (8'5 – 12).	17	11	+6	
TOTAL	104	104	24	23.07

NUMERO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 VISTOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA EN EL PERIODO ESTUDIADO, CLASIFICADOS POR LA DIFERENCIA DE IMC QUE TENIAN AL INICIO DEL SEGUIMIENTO EN CONSULTA DE ENFERMERIA Y EL IMC ACTUAL.

CASIFICACION DEL IMC PARA ESTE ESTUDIO:

Grupo 1= <24'99. NORMOPESO

Grupo 2= >25 SOBREPESO

Grupo 3= >30 OBESIDAD

Grupo 4= >40 OBESIDAD MORBIDA - EXTREMA

I.M.C. en la actualidad

I.M.C. en la actualidad	Nº pacientes	%
Grupo 1 (I.M.C.< 24'99)	21	12.65
Grupo 2 (I.M.C.> 25)	56	33.73
Grupo 3 (I.M.C.> 30)	83	50.00
GRUPO 4 (I.M.C.> 40)	6	3.61
TOTAL	166	100.00

I.M.C. al inicio

I.M.C. al inicio	Nº pacientes	%
Grupo 1 (I.M.C.< 24'99)	21	12.65
Grupo 2 (I.M.C.> 25'99)	55	33.13
Grupo 3 (I.M.C.> 30)	82	49.39
GRUPO 4 (I.M.C.> 40)	8	4.81
TOTAL	166	100.00

Diferencia de I.M.C. entre el inicio del seguimiento enfermero y el I.M.C. actual de los pacientes estudiados.

(*) Positivo (+) indica empeoramiento del I.M.C. desde el inicio a la actualidad.

Negativo (-) indica mejoría del I.M.C. desde el inicio a la actualidad.

Grupo de I.M.C.	Nº pacientes y I.M.C. al inicio	Nº pacientes y I.M.C. actual	Nº Pacientes con diferencia de I.M.C.	% diferencial
Grupo 1(I.M.C.< 24'99)	21	21	0	
Grupo 2(I.M.C.> 25'99)	55	56	+1	
Grupo 3(I.M.C.> 30)	82	83	+1	
GRUPO 4(I.M.C.> 40)	8	6	-2	
TOTAL	166	166	4	2.40

Diferencia del I.M.C. entre el inicio del seguimiento en la consulta de enfermería y el I.M.C. actual de los pacientes estudiados y clasificados por sexos en el grupo de edad 1.

(*) Positivo (+) indica empeoramiento del I.M.C. desde el inicio a la actualidad.

Negativo (-) indica mejoría del I.M.C. desde el inicio a la actualidad.

Grupo edad 1 hombres

Diferencia de I.M.C.

Grupo de I.M.C.	Nº pacientes y I.M.C. al inicio	Nº pacientes y I.M.C. actual	Nº Pacientes con diferencia de I.M.C.	% diferencial
Grupo 1(I.M.C.< 24'99)	1	1	0	
Grupo 2(I.M.C.> 25')	6	6	0	
Grupo 3(I.M.C.> 30)	6	6	0	
GRUPO 4(I.M.C.> 40)	1	1	0	
TOTAL	14	14	1	0.00

Grupo de edad 1 mujeres

Diferencia del I.M.C.

Grupo de I.M.C.	Nº pacientes y I.M.C. al inicio	Nº pacientes y I.M.C. actual	Nº Pacientes con diferencia de I.M.C.	% diferencial
Grupo 1(I.M.C.< 24'99)	1	1	0	
Grupo 2(I.M.C.> 25')	4	4	0	
Grupo 3(I.M.C.> 30)	4	5	+1	
GRUPO 4(I.M.C.> 40)	1	0	-1	
TOTAL	10	10	2	20.00

Total diferencial del grado de control del grupo edad 1

Grupo de I.M.C.	Nº pacientes y I.M.C. al inicio	Nº pacientes y I.M.C. actual	Nº Pacientes con diferencia de I.M.C.	% diferencial
Grupo 1(I.M.C.< 24'99)	2	2	0	
Grupo 2(I.M.C.> 25')	10	10	0	
Grupo 3(I.M.C.> 30)	10	11	+1	
GRUPO 4(I.M.C.> 40)	2	1	-1	
TOTAL	24	24	2	8.33

Grupo edad 2 hombres

Diferencia de I.M.C.

Grupo de I.M.C.	Nº pacientes y I.M.C. al inicio	Nº pacientes y I.M.C. actual	Nº Pacientes con diferencia de I.M.C.	% diferencial
Grupo 1(I.M.C.< 24'99)	2	1	-1	
Grupo 2(I.M.C.> 25')	9	10	+1	
Grupo 3(I.M.C.> 30)	12	13	+1	
GRUPO 4(I.M.C.> 40)	1	0	-1	
TOTAL	24	24	4	16.66

Grupo edad 2 mujeres

Diferencia de I.M.C.

Grupo de I.M.C.	Nº pacientes y I.M.C. al inicio	Nº pacientes y I.M.C. actual	Nº Pacientes con diferencia de I.M.C.	% diferencial
Grupo 1(I.M.C.< 24'99)	1	1	0	
Grupo 2(I.M.C.> 25')	1	1	0	
Grupo 3(I.M.C.> 30)	10	10	0	
GRUPO 4(I.M.C.> 40)	2	2	0	
TOTAL	14	14	0	0

Total diferencial del I.M.C. del grupo edad 2

Grupo de I.M.C.	Nº pacientes y I.M.C. al inicio	Nº pacientes y I.M.C. actual	Nº Pacientes con diferencia de I.M.C.	% diferencial
Grupo 1(I.M.C.< 24'99)	3	2	-1	
Grupo 2(I.M.C.> 25')	10	11	+1	
Grupo 3(I.M.C.> 30)	22	23	+1	
GRUPO 4(I.M.C.> 40)	3	2	-1	
TOTAL	38	38	4	10.52



Grupo edad 3 hombres

Diferencia de I.M.C.

Grupo de I.M.C.	Nº pacientes y I.M.C. al inicio	Nº pacientes y I.M.C. actual	Nº Pacientes con diferencia de I.M.C.	% diferencial
Grupo 1(I.M.C.< 24'99)	10	11	+1	
Grupo 2(I.M.C.> 25')	19	19	0	
Grupo 3(I.M.C.> 30)	18	17	-1	
GRUPO 4(I.M.C.> 40)	0	0	0	
TOTAL	47	47	2	4.25

Grupo edad 3 mujeres

Diferencia de I.M.C.

Grupo de I.M.C.	Nº pacientes y I.M.C. al inicio	Nº pacientes y I.M.C. actual	Nº Pacientes con diferencia de I.M.C.	% diferencial
Grupo 1(I.M.C.< 24'99)	5	5	0	
Grupo 2(I.M.C.> 25')	17	17	0	
Grupo 3(I.M.C.> 30)	32	33	+1	
GRUPO 4(I.M.C.> 40)	3	2	-1	
TOTAL	57	57	2	3.50

Total diferencial del I.M.C. del grupo edad 3

Grupo de I.M.C.	Nº pacientes y I.M.C. al inicio	Nº pacientes y I.M.C. actual	Nº Pacientes con diferencia de I.M.C.	% diferencial
Grupo 1(I.M.C.< 24'99)	15	16	+1	
Grupo 2(I.M.C.> 25')	36	36	0	
Grupo 3(I.M.C.> 30)	50	50	0	
GRUPO 4(I.M.C.> 40)	3	2	-1	
TOTAL	104	104	2	1.92

NUMERO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 VISTOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA EN EL PERIODO ESTUDIADO, CLASIFICADOS POR EDAD, SEXO Y POR EL NUMERO DE VISITAS A LA CONSULTA DE ENFERMERIA REALIZADAS EN EL PERIODO DE UN AÑO, FRECUENTACIÓN ANUAL.

Nº visitas anuales	Nº pacientes	% de frecuentación
2 visitas	10	6.02
3 visitas	19	11.44
4 visitas	54	32.54
5 visitas	39	23.49
6 visitas	21	12.65
7 visitas	14	8.45
8 visitas	5	3.01
9 visitas	4	2.40
TOTAL	166	

Porcentaje de frecuentación para el grupo de edad 1(45 -55años).

Frecuentación anual del grupo edad 1 hombres (45 – 55) años

Nº visitas anuales	Nº pacientes	% de hombres del grupo de edad	% del total del grupo de edad	% del total de pacientes
2 visitas	2	14.28	8.33	1.20
3 visitas	3	21.42	12.50	1.80
4 visitas	4	28.57	16.66	2.40
5 visitas	4	28.57	16.66	2.40
6 visitas	0			
7 visitas	0			
8 visitas	1	7.14	4.16	0.60
9 visitas	0			
TOTAL	14			

Frecuentación anual del grupo edad 1 mujeres (45 – 55) años

Nº visitas anuales	Nº pacientes	% de hombres del grupo de edad	% del total del grupo de edad	% del total de pacientes
2 visitas	1	10.00	4.16	0.60
3 visitas	2	20.00	8.33	1.20
4 visitas	2	20.00	8.33	1.20
5 visitas	1	10.00	4.16	0.60
6 visitas	2	20.00	8.33	1.20
7 visitas	2	20.00	8.33	1.20
8 visitas	0			
9 visitas	0			
TOTAL	10			

Total frecuentación anual del grupo edad 1 (40-55)a.

Nº visitas anuales	Nº pacientes	% del total del grupo de edad	% del total de pacientes
2 visitas	3	12.50	1.80
3 visitas	5	20.83	3.01
4 visitas	6	25.00	3.61
5 visitas	6	25.00	3.61
6 visitas	2	8.33	1.20
7 visitas	2	8.33	1.20
8 visitas	1	4.16	0.60
9 visitas	0		
TOTAL	24		

Porcentaje de frecuentación para el grupo de edad 2(56- 65 años).

Frecuentación anual del grupo edad 2 hombres (56 – 65) años

N° visitas anuales	N° pacientes	% de hombres del grupo de edad	% del total del grupo de edad	% del total de pacientes
2 visitas	3	12.50	7.89	1.80
3 visitas	3	12.50	7.89	1.80
4 visitas	8	33.33	21.05	4.81
5 visitas	3	12.50	7.89	1.80
6 visitas	3	12.50	7.89	1.80
7 visitas	3	12.50	7.89	1.80
8 visitas	1	4.61	2.63	0.60
9 visitas	0			
TOTAL	24			

Frecuentación anual del grupo edad 2 mujeres (56-66) años

N° visitas anuales	N° pacientes	% de hombres del grupo de edad	% del total del grupo de edad	% del total de pacientes
2 visitas	0			
3 visitas	2	14.28	5.26	1.20
4 visitas	7	50.00	18.42	4.21
5 visitas	1	7.14	2.63	0.60
6 visitas	3	21.42	7.89	1.80
7 visitas	1	7.14	2.63	0.60
8 visitas	0			
9 visitas	0			
TOTAL	14			

Total frecuentación anual del grupo edad 2 (56-65)a.

Nº visitas anuales	Nº pacientes	% del total del grupo de edad	% del total de pacientes
2 visitas	3	7.89	1.80
3 visitas	5	13.15	3.01
4 visitas	15	39.47	9.03
5 visitas	4	10.52	2.40
6 visitas	6	15.78	3.61
7 visitas	4	10.52	2.40
8 visitas	1	2.63	0.60
9 visitas	0		
TOTAL	38		

Porcentaje de frecuentación para el grupo de edad 3(>66 años).

Frecuentación anual del grupo edad 3 hombres (> 66) años

Nº visitas anuales	Nº pacientes	% de hombres del grupo de edad	% del total del grupo de edad	% del total de pacientes
2 visitas	2	4.25	1.92	1.20
3 visitas	4	8.51	3.84	2.40
4 visitas	17	36.17	16.34	10.24
5 visitas	11	23.40	10.57	6.62
6 visitas	6	12.76	5.76	3.61
7 visitas	3	6.38	2.88	1.80
8 visitas	1	2.12	0.96	0.60
9 visitas	3	6.38	2.88	1.80
TOTAL	47			

Frecuentación anual del grupo edad 3 mujeres (>66) años

Nº visitas anuales	Nº pacientes	% de hombres del grupo de edad	% del total del grupo de edad	% del total de pacientes
2 visitas	2	3.50	1.92	1.20
3 visitas	5	8.77	4.80	3.01
4 visitas	16	28.07	15.38	9.63
5 visitas	19	33.33	18.26	11.44
6 visitas	7	12.28	6.73	4.21
7 visitas	5	8.77	4.80	3.01
8 visitas	2	3.50	1.92	1.20
9 visitas	1	1.75	0.96	0.60
TOTAL	57			

Total frecuentación anual del grupo edad 3 (> 66 a.)

Nº visitas anuales	Nº pacientes	% del total del grupo de edad	% del total de pacientes
2 visitas	4	3.84	2.40
3 visitas	9	8.65	5.42
4 visitas	33	31.73	19.87
5 visitas	30	28.84	18.07
6 visitas	13	12.5	7.83
7 visitas	8	7.69	4.81
8 visitas	3	2.88	1.80
9 visitas	4	3.84	2.40
TOTAL	104		

