BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php

Cómo citar este documento

Sánchez García, MR. Proyecto de gestión de cuidados en una unidad de oncología infantil. Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (2). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0219.php

PROYECTO DE GESTIÓN DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE ONCOLOGÍA INFANTIL

II Experto en Gestión de Cuidados. EASP. Noviembre 2006 Granada

Mª Remedios Sánchez García.
Enfermera, jefa de bloque de Cuidados.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
(Hospital Materno-Infantil). Granada.

INDICE

INTRODUCCIÓN 4

1. AMBITO DEL PROYECTO 7
   1.1 Descripción de la unidad. 7
   1.2 Modelo de gestión 13
   1.3 Modelo de práctica clínica 14
   1.4 Diagnóstico de situación 16
      1.4.1. Metodología 16
      1.4.2. Técnica utilizada en la sesión 19
      1.4.3. Justificación 20
      1.4.4. Análisis DAFO 22
      1.4.4.1. Sesión con Enfermería .....
      1.4.4.2. Sesión multidisciplinar 25
      1.4.4.3. Resultados 27

2. REFERENTES ESTRATÉGICOS PARA LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS 31

   2.1. Misión 31
   2.2. Visión 31
   2.3. Valores 31
   2.4. Líneas estratégicas del servicio enfermero 32

3. CARTERA DE CLIENTES 34

   3.1. Clientes Internos 34
   3.2. Clientes Externos 34

4. CARTERA DE SERVICIOS ENFERMEROS 36

5. OBJETIVOS 39

   5.1. Objetivo General 39
   5.2. Objetivos Específicos 39

6. PLAN OPERATIVO PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD 40

6.1. Planificación de la formación 44
6.1.1. Sesiones Clínicas 44
6.1.2. Formación continuada 48
6.2. Planificación de la difusión 50
6.3. Planificación del seguimiento 51
6.4. Indicadores de calidad 52
6.4.1. Indicadores de estructura 52
6.4.2. Indicadores de proceso 54
6.4.3. Indicadores de resultado 59

7. SISTEMA DE INFORMACIÓN BÁSICO PARA LA GESTIÓN DE CUIDADOS CMBDE 62

8. MAPAS DE COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA INFANTIL 64

BIBLIOGRAFÍA 75

ANEXOS 78

Introducción

El cáncer infantil, ha ido adquiriendo en las últimas décadas una importancia creciente en los países desarrollados debido a los avances en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento y a la disminución de la mortalidad por otras patologías, que lo ha convertido en la segunda causa de muerte en la infancia después de los accidentes infantiles.[1,2,3]

Las diferencias entre las neoplasias infantiles y las de adultos radican en:
- Tipo de tumor, siendo las más frecuentes, leucemias (25,1%), linfomas (14,1%) y tumores del sistema nervioso central (18,9%). Dentro de los tumores sólidos predominan los sarcomas y los tumores embrionarios.
-Gran sensibilidad de los tumores infantiles a la radioterapia y a la quimioterapia.
-Las peculiaridades del niño por su edad y desarrollo.[1,4]

Según los datos de los registros de cáncer de población españoles, se estima que la incidencia de cáncer infantil en España es de unos 14 casos por 100.000 niños, cifra similar a la encontrada en países de nuestro entorno como Italia y Francia.[1]

La tasa bruta de incidencia de tumores en la población infantil se sitúa en 132 casos anuales por millón con una distribución del 57% en niños y 43% en niñas y, según las edades, un 47% en menores de 5 años, un 30% entre los de 5 y 9 años y, un 24% de 10 a 14 años.[4]

En el siglo XVIII, a partir de la Ilustración, la infancia es reconocida como un grupo social generador de riqueza futura. Con el desarrollo de las democracias se establecen las bases legislativas e institucionales para las políticas públicas destinadas a la protección de la infancia. Durante el siglo XX se crea la Convención sobre los Derechos de la Infancia (1989). Esta fue un hito histórico, además de un instrumento internacional orientado a promover, resguardar y respetar los derechos de los niños. Todo ello, unido a los avances en el conocimiento científico han dado un giro a los conceptos de salud y desarrollo y situando al cáncer en el punto de mira como causa de vulnerabilidad infantil abordable que ha presentado un aumento de la supervivencia de un 20% respecto a 1980, cuando solo el 50% de los menores afectados sobrevivía.[5]

Reflejada la epidemiología del cáncer infantil, y la situación de la infancia en los países occidentales, podemos afirmar que se ha generado un aumento en la demanda de cuidados enfermeros en las últimas décadas y que se magnifica si nos encontramos en el marco de la gestión clínica. Si nos situamos en el nivel de eficacia, hace que esta dependa además de una buena práctica médica, de una buena práctica enfermera basada en conocimientos científicos. A nivel efectividad, exige que se consigan en condiciones reales los objetivos o resultados deseados y a nivel eficiencia, el mayor beneficio a un menor coste. [6]

Para conectar con los problemas de salud en general y con los niños oncológicos y sus familias en particular, es necesario tener en cuenta además

de los avances científicos y tecnológicos, la perspectiva política, social, económica, legal y organizativa, siendo esta la razón por la que la disciplina enfermera está asistiendo al cambio de paradigma desde un modelo biomédico a un modelo basado en respuestas humanas, de la categorización a la integración y la transformación.[6,7]

La situación generada nos demanda un cambio; de la gestión enfermera de recursos a la gestión de los cuidados, de la gestión de la enfermedad a la gestión del proceso, por lo que la continuidad asistencial se presenta como elemento ineludible de los cambios en la práctica enfermera. [8,9] En palabras de Juan Carlos Morillas y F. J. Martín, "*las estrategias para conseguir el desarrollo de la contribución puramente enfermera a la salud de nuestros clientes, eso que llamamos dimensión interdependiente de la enfermería, pasa por la construcción de esa visión enfermera de la que carecemos muchos de nosotros como consecuencia de una formación estructurada según el modelo biomédico y donde el paradigma enfermero se transmitía más en lo teórico que en lo práctico"*. [10]

Dentro de la organización de los cuidados, y la continuidad asistencial se ha creado el modelo de gestión de casos para atender al paciente de forma holística mejorando su calidad de vida y atendiendo al nivel de eficiencia de la gestión clínica. Dadas las características de la población oncológica infantil, este modelo facilitará la integración de servicios múltiples y maximizará la continuidad de los cuidados.[11,12]

La gestión del cambio en la práctica enfermera para dar respuesta a las demandas sociales, necesita la ayuda de herramientas informáticas útiles y adecuadas a la complejidad de la disciplina enfermera. [13, 14, 15]

1. ÁMBITO DEL PROYECTO

1.1. Descripción de la Unidad

La Unidad de Oncología Pediátrica de Granada se ubica en el Hospital Virgen de las Nieves, clasificado de tercer nivel.

A efectos de la asignación y la ordenación de recursos, nuestra **población sanitaria** contemplada en el contrato programa de 2004, es de 442.523.- habitantes. Con el nuevo Mapa Sanitario, nos corresponde población mayoritaria de referencia de los distritos de A.P. Granada y metropolitano y dependiendo de las especialidades ofertadas en nuestra cartera de servicios, del distrito Granada Nordeste y Granada Sur. Asimismo, tiene asignada como población de referencia la Zona Básica de salud de A.P. de Alcalá la Real (Jaén).[16] Relacionado con la oncología pediátrica es hospital de referencia desde 31/03/2006 de las provincias de Granada, Jaén y Almería[17]. Las poblaciones de las provincias de Jaén y Almería son de 645.792 y 612.315 habitantes respectivamente.

Debido al amplio ámbito de cobertura, las características sociales de la población son de difícil definición pues convergen las clases sociales en su totalidad y la multiculturalidad.

La unidad de Oncología Pediátrica está **ubicada** en la 7ª planta del hospital Materno Infantil del complejo hospitalaria Virgen de las Nieves.

En la 7ª planta del Hospital Materno Infantil (con la denominación de preescolares en la actualidad) se sitúan además de la oncología pediátrica, la medicina interna en su totalidad con las especialidades de hematología, digestivo, neumología, neurología, nefrología, cardiología, alergología, endocrinología, a las que añadimos la salud mental infanto-juvenil.

El **número de camas** asignado es de 26 pudiendo alcanzar la ocupación más de 30 en épocas puntuales de alta frecuentación. No existe un número de camas determinado para cada especialidad, que va a depender exclusivamente de la demanda en un momento dado, excepto para salud mental que tiene adecuados física y estructuralmente dos habitaciones con dos camas cada una, es decir un total de cuatro camas.

Cada una de las especialidades referidas dispone de consultas externas, y salud mental, además de un hospital de día situado en el área de consultas externas.

Las habitaciones para la Oncología Pediátrica se sitúan al final de la planta y no hay establecido un número determinado en la actualidad, sino que se ocupan según la demanda.

En la planta inmediatamente superior, se sitúa la ludoteca a la que se accede por unas escaleras desde las plantas 6ª y 7ª (no hay ascensor). Esta

dependencia está a cargo de un maestro y una auxiliar de enfermería y es donde se imparten las actividades lúdicas, educativas y formativas. Para los niños que no pueden acceder a la instalación, el maestro se desplaza a las habitaciones de hospitalización.

Físicamente, la planta está distribuida en:

- 18 habitaciones con aseo y ducha. 13 de ellas son dobles, y 5 dobles de uso individual.
- Sala de curas.
- Oficio de enfermería o zona de preparación de intervenciones enfermeras y medicación.
- Zona de trabajo común organizativo y administrativo.
- Estar de personal.
- Almacén de fungibles y aparatos.
- Comedor.
- Despacho médico.
- Despacho de supervisora.

No hay zona específica para hospital de día y actividad ambulatoria.

Unidades de apoyo:

- Radiodiagnóstico, con acceso a ecografía, TAC, RM.
- Radioterapia.
- Dietética y nutrición.
- Farmacia. Reconstrucción centralizada de medicación citotóxica y nutrición parenteral.
- Laboratorio de urgencias, especialidades, microbiología y centro regional de transfusiones.
- Electrofisiología.
- Rehabilitación.
- Anestesiología y cirugía.
- U.C.I. pediatría.
- Anatomía patológica.
- Especialidades pediátricas (oftalmología, ORL, nefrología, cardiología, neumología, endocrinología…)
- Gestoría del usuario (trabajo social, maestros, terapeutas ocupacionales, asociaciones y voluntariado).
- Salud mental.

Actividad

Según datos extraídos del CMBD, en 2005, la unidad atendió 30 pacientes que ocasionaron 827 estancias, con los siguientes diagnósticos:

Leucemia linfoide (204.00) 14 pacientes
Tumor cerebral (191.9) 3 pacientes

Neoplasia renal (189.0) 2 pacientes
Neoplasia de retina (190.5) 2 pacientes
Linfosarcoma (200.23) 2 pacientes
Neoplasia de naturaleza no específica (239.8) 1 paciente

Neoplasia de piel (682.6) 1 paciente
Neoplasia de glándulas endocrinas (239.7) 1 paciente
Linfangioma de piel (228.01) 1 paciente

Neoplasia de glándulas suprarrenales (194.0) 1 paciente
Neoplasia benigna de aparato digestivo (211.9) 1 paciente
Tumor de hueso largo (170.7) 1 paciente

En el primer semestre de 2006, la unidad ha atendido 28 pacientes que ocasionaron 739 estancias, con los siguientes diagnósticos:

Leucemia linfoide (204.00) 10 pacientes
Tumor cerebral (191.9) 3 pacientes
Linfosarcoma (200.23) 3 pacientes
Neoplasia de glándulas suprarrenales (194.0) 2 pacientes
Neoplasia renal (189.0) 1 paciente
Neoplasia linfoide no específica (202.53) 1 paciente
Neoplasia benigna de corazón (212.7) 1 paciente
Neoplasia de ovario (183.0) 1 paciente
Neoplasia de nervios craneales (192.0) 1 paciente
Hemangioma de piel (228.01) 1 paciente
Hodgkin (201.61) 1 paciente
Nódulos linfáticos NEON (196.9) 1 paciente
Tumor de huesos largos (170.7) 1 paciente
Neoplasia de cuerpo carotideo (190.5) 1 paciente

Recursos Humanos:

- 1maestro
- 1trabajadora social
- 13.5 enfermeras. 11.5 enfermeras base, 1 supervisora, 1 coordinadora
- 5 pediatras, 1 jefe de servicio, 1 jefe de sección
- 4 residentes de pediatría
- 2,5 limpiadoras
- 1 celador
- 1 secretaria
- 4 alumnas de enfermería de 2º y 3er. Curso de Diciembre a Abril
- 2 alumnas de enfermería de 2º curso de Octubre a Diciembre y de Abril a Junio

La totalidad de los trabajadores están asignados a la unidad de preescolares compartiendo la oncología con las demás especialidades excepto dos pediatras con dedicación exclusiva a onco-hematología.

El celador y la secretaria se comparten con la unidad de lactantes.

Los siquiatras y sicólogos no están asignados a hospitalización sino que se desplazan a demanda desde el hospital de día de salud mental.

La trabajadora social se comparte con toda la pediatría excepto los neonatos.

La unidad cuenta además con la colaboración de la AECC (Asociación Española Contra el Cáncer) con la asignación de una sicóloga para los niños oncológicos y sus familias y la Fundación Theodora que aporta los aspectos lúdicos con los payasos Titiritas.

Los pediatras trabajan en turnos de mañanas de Lunes a Viernes. De 15 a 08 horas hay un pediatra de guardia compartido con lactantes y la U.C.I.P. y un residente de pediatría.

Las enfermeras rotan 8 con turnos “antiestrés” con secuencia M M T T N D D D. 2 enfermeras tienen turno fijo de noches. 2,5 enfermeras trabajan en turno fijo de mañanas. 1 supervisora en turno de M.

Las auxiliares rotan 15 en turno “antiestrés” con secuencia M M T T N D D D. 2 tienen turno de mañana y tarde para la ludoteca.

La secretaria, el celador y la trabajadora social trabajan en turno de mañana.

Hay 2 limpiadoras para el turno de mañana, y 1 con media jornada para el turno de tarde.

La jornada laboral del turno fijo de mañana es de 1.540 horas, el turno rotatorio de 1.483 y el turno fijo de noches de 1.470.

1.2. Modelo de Gestión

Para el año 2.007 se plantea un modelo descentralizado orientado a la gestión clínica. La Unidad Clínica de Gestión de Pediatría y Cirugía de la Infancia abarca las unidades de neonatos, lactantes, preescolares, oncología, cirugía infantil, U.C.I. pediatría y urgencias de pediatría.

El contrato programa 2006 contempla desde el área de organización de la asistencia sanitaria avanzar en la gestión clínica como herramienta para impulsar la mejora de la calidad y como ámbito idóneo donde implantar las políticas y objetivos estratégicos de la organización[18].

La gestión clínica abarca entre otras áreas de actuación, la gestión por procesos y la gestión de cuidados y dentro del área de planes integrales, la unidad está inmersa en el Plan Integral de Oncología.[1]

Paralelos a los objetivos de la unidad de gestión clínica, avanzan los objetivos ligados a CRP (Complemento al Rendimiento Profesional) planteados por el

equipo de trabajo multidisciplinar y liderados por las direcciones médica y de enfermería.

1.3. Modelo de Práctica Clínica

Los cuidados se sustentan en el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson; este modelo teórico no va en paralelo a la práctica clínica que sigue apoyándose con gran fuerza en el modelo biomédico, esto se traduce en una especie de esquizofrenia en el día a día fruto del cambio de paradigma, de la categorización a la integración y la transformación, donde se integra la Escuela de las Necesidades y con ella el modelo de Virginia Henderson [7, 19].

Este periodo de transición se manifiesta en la práctica de los cuidados, priorizando las tareas delegadas y las intervenciones que requieren de técnicas específicas, al abordaje de respuestas humanas. El uso de la metodología enfermera es desigual entre las profesionales. Se lleva a cabo el proceso de atención de enfermería con la valoración al ingreso identificando necesidades, el uso de etiquetas diagnósticas y su resolución con utilización de lenguaje enfermero, pero no todas las enfermeras lo hacen por que el nivel de formación y de motivación es desigual. La enfermera que trabaja con metodología lo hace con un uso variado y desigual. Hay elaborados planes de cuidados estandarizados por las enfermeras de la unidad, entre ellos, el plan de cuidados del niño oncológico.

La personalización de los cuidados a veces se lleva a cabo mediante la asignación de enfermera referente, pero no todos los niños la tienen pues en ocasiones se trabaja con asignación enfermera-paciente. Se garantiza la continuidad asistencial a todos los niños susceptibles de cuidados al alta mediante el informe de continuidad de cuidados que se enviaba a primaria por fax hasta el pasado mes de mayo a través de la supervisora de la planta; desde junio, se entrega al paciente en mano. El informe se hace doble para dejar copia en la historia del niño. En caso de necesidad, se establece contacto telefónico con la enfermera de enlace comunitaria pues el hospital no tiene enfermera de enlace hospitalaria. La gestión de casos la abordan las enfermeras base de forma desigual ya que no hay protocolo de referencia.

En el caso de los niños oncológicos, la continuidad asistencial no se lleva a cabo pues aunque estén en su domicilio, el oncólogo hospitalario se encarga de su seguimiento, bien en consultas externas, mediante demanda telefónica o utilizando el servicio de urgencias.

Todos los registros son manuscritos, no están informatizados. No hay cuadro de mandos que recoja la actividad enfermera específica de esta unidad.

1.4. Diagnostico de situación

1.4.1. Metodología del análisis de situación

En el diagnóstico de situación, se utiliza la matriz DAFO mediante una TGN, para clarificar cual es la situación de los cuidados enfermeros dentro del contexto del HMI y detectar otros elementos asociados que puedan incidir en la disciplina del cuidado.[20, 21]

Se convocan dos grupos de profesionales, uno con personal de enfermería que analiza de forma amplia la situación de cuidados.

Un segundo grupo analiza todos los elementos asociados que inciden en el cuidado y está formado por un equipo multidisciplinar.

La aportación de los niños y sus familias ha sido recogida del estudio de González Carrión con la población de oncología pediátrica de Granada. Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias.[2] De este estudio se deducen:
Como **debilidades**, la forma de comunicar el diagnóstico, el cierre de la ludoteca los festivos y en vacaciones, la escasa información recibida durante el proceso de enfermedad y sobre los efectos secundarios del tratamiento, la escasa o nula continuidad asistencial con atención primaria, que implica hospitalizaciones largas y frecuentes, la ausencia de zonas al aire libre y el tratamiento de síntomas secundarios poco efectivo.
Como **fortalezas**, la relación con los profesionales y la implicación de los mismos en el cuidado, la posibilidad de habitación individual con cama y comida para la madre (la ausencia de esta oferta hostelera en otros hospitales es manifestada como un aspecto negativo), el seguimiento escolar en el hospital, la existencia de una ludoteca y el programa de actividades lúdicas.
Como **amenazas**, la falta de sensibilidad de los profesionales sanitarios (primaria y urgencias hospitalarias) a las demandas de atención en los inicios de la enfermedad, lo que hace que se demore el diagnóstico, ausencia de seguimiento escolar a domicilio, ausencia de una unidad de oncología pediátrica independiente, ausencia de seguimiento sanitario en primaria por falta de conocimientos.
Como **oportunidades**, la colaboración del voluntariado y el apoyo psicológico a niños y padres de la A.E.C.C. (asociación española contra el cáncer).

La primera sesión se realiza con el grupo multidisciplinar al que asisten los cuatro maestros del hospital, la psicóloga de la A.E.C.C. la trabajadora social, una de las dos auxiliares de la ludoteca, la profesora de enfermería infantil e investigadora de un estudio de las necesidades sentidas por los niños oncológicos y sus familias en nuestro medio. No asiste ningún pediatra.

Los resultados de la sesión se han inclinado con mucha diferencia a favor de las debilidades, no obstante, se han aportado fortalezas así como oportunidades y amenazas. En ocasiones, las oportunidades se han confundido con fortalezas y las amenazas con debilidades, por ello para la sesión con el personal de enfermería voy a establecer donde están las

diferencias definiendo amenazas y oportunidades con mayor claridad.

El que la balanza se haya inclinado por las debilidades, ha podido deberse a que los cuatro parámetros se han reflexionado al mismo tiempo, por ello, en la próxima sesión, para la fase de generación silenciosa de ideas, se analizarán en periodos de tiempo separado cada uno de los factores que completan la matriz DAFO.

La segunda sesión se ha realizado con personal de enfermería y asiste la supervisora, una enfermera y una auxiliar que trabajaban con los niños oncológicos del Hospital Clínico San Cecilio, la supervisora y una auxiliar de cirugía infantil de HVN, tres enfermeras y una auxiliar de preescolares del HVN y la profesora de enfermería infantil de la EUE del HVM. En esta sesión la balanza se inclina también a favor de las debilidades.

La aportación de los pediatras al análisis de situación ha sido en una reunión convocada por el Jefe de Servicio a la que asistieron además del Jefe uno de los dos pediatras especialistas en oncología. El pediatra identificó los siguientes problemas: ausencia de enfermera gestora de casos formal, falta de personal y sobrecarga de la enfermera referente, falta de coordinación con las enfermeras del turno rotatorio, falta de formación específica y ausencia de registro informático de la actividad del hospital de día.

1.4.2. Técnica utilizada en las sesiones:

1. Se les explica, que el objetivo de pedirles su opinión es elaborar un Proyecto de gestión de cuidados en Oncología Infantil.

2. Se explica la metodología de trabajo, la justificación y el modelo de práctica enfermera (este último en la sesión con personal de enfermería).

3. El grupo nombra un secretario que recogerá en la fase de trabajo de grupo, las ideas de los distintos participantes.

4. Se plantea una pregunta genérica para inducir al debate: ¿Que aspectos negativos (de riesgo) y positivos (de éxito) creéis puede suponer la creación de una unidad de referencia?

5. Se identifican individualmente los aspectos negativos o “de riesgo” (Debilidades y Amenazas) y los” aspectos positivos o “de éxito” (fortalezas y oportunidades) que encuentran ante esta nueva situación.

6. Se exponen los puntos identificados individualmente, se debaten y el grupo llega a un consenso.

- Las ideas sobre las que se esté de acuerdo se reflejan en un panel y se recogen por el secretario.

1.4.3. Justificación

Durante los primeros días de Enero de 2006 y siguiendo las recomendaciones del Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006,[1] el Hospital Virgen de las Nieves, se consolida como hospital de referencia para la creación de una unidad multidisciplinar de Oncología Pediátrica.

Como indica el documento base, [17] la dependencia funcional de esta unidad, será el Servicio de Pediatría del Hospital Materno-Infantil. En la actualidad se venían atendiendo las leucemias en la unidad de preescolares, a cargo de los pediatras y los tumores sólidos en la unidad de cirugía de la infancia a cargo de los cirujanos infantiles.

La Unidad, tratará además de los procesos tumorales, los trastornos hematológicos diagnosticados.

La hospitalización tendrá una dotación de entre cinco y siete camas; un hospital de día donde se tratarán y cuidarán entre cinco y diez pacientes y un área de consulta externa.
Según las proyecciones de población 2007-2010 y en base al censo 2001 para Granada, Jaén y Almería del INE y conociendo que la incidencia del cáncer en la infancia es de 14 casos/100.000 niños,(similar a la de otros países de nuestro entorno)[1] podemos estimar que el número de niños diagnosticados de cáncer en los próximos 5 años en la unidad de oncología de Granada, se aproximará a 50. [22]

El proyecto se circunscribe en el **campo** de la Organización de los Servicios Enfermeros.

El **origen** del proyecto emana de una necesidad real generada ante una situación de cambio, la creación de la unidad de Oncología Pediátrica de tercer nivel en el Hospital Virgen de las Nieves, considerada como referente para las provincias de Granada, Jaén y Almería.

Aunque el cáncer en los niños es una patología relativamente poco frecuente, la **importancia** del tema radica en que es la segunda causa de mortalidad infantil en los países desarrollados ya que en las últimas décadas ha disminuido la mortalidad por otras patologías. [1]

La gestión de los cuidados va a garantizar que se oferten cuidados de calidad, va a favorecer la coordinación de atención especializada y primaria, va a impulsar la mejora de la calidad de vida de los niños con cáncer y sus familias, así como el aumento de su nivel de satisfacción.[6, 8, 9,10,13.]

El problema que se plantea es el siguiente: ¿Cómo gestionar el cambio en una Unidad de referencia de Oncología Infantil para las provincias de Granada, Jaén y Almería?

La **aplicabilidad** del proyecto estará orientada a la población infantil diagnosticada de cáncer o trastornos hematológicos de las provincias de

Granada, Almería y Jaén, a sus familias, con especial atención a los cuidadores principales.

1.4.4. Análisis DAFO

Nos interesa conocer la opinión de todos los profesionales implicados en el cuidado y atención del niño oncológico y su familia sobre:

- Los aspectos negativos o de riesgo (debilidades y amenazas) que supone la creación de la unidad.
- Los aspectos positivos o de éxito (fortalezas y oportunidades) que supone la creación de la unidad.

1.4.4.1. Sesión con personal de enfermería

Introducción a la sesión.

El **modelo** de práctica enfermera por el que apuesta el SSPA y por tanto el Hospital Virgen de las Nieves es el de Virginia Henderson, **fundamentado** en las necesidades humanas. Los **valores** son el derecho a la salud, el derecho a la atención sanitaria, la capacidad humana de cuidarse y la consideración integral del ser humano con su entorno.

El **objetivo** de nuestro hospital es la recuperación, el mantenimiento o la mejora de la satisfacción de las necesidades de la persona donde aparecían problemas, la integración a su medio habitual en el menor tiempo posible, o el acompañarle en el proceso de la muerte.

El papel de la enfermera, es el de suplir y/o ayudar a la persona en la realización de las actividades que contribuyan a la salud, recuperación o a morir en paz.

La **Metodología** es la aplicación del **proceso enfermero** que se llevará a cabo mediante la **personalización** con la asignación de **enfermera referente**. Se realiza la valoración inicial mediante entrevista, observación y exploración física. Identificamos los problemas de salud existentes, tanto los diagnósticos enfermeros como los problemas interdependientes, marcamos objetivos con la NOC, planificamos actividades con la NIC y evaluamos con los indicadores. Finalizada la necesidad de hospitalización, debemos de garantizar la continuidad de cuidados mediante el informe de enfermería al alta. Pretendemos que este modelo de práctica se lleve a cabo siempre y de manera continuada y por tanto queremos saber que necesitamos para trabajar así.

Objetivo de la sesión: conocer la situación de cuidados en oncología infantil (el niño oncológico y su familia, la cuidadora principal).

PREGUNTA DE DEBATE

¿Qué aspectos negativos (de riesgo) y positivos (de éxito) presenta la situación actual de los cuidados en oncología infantil?

IDENTIFICAR

Debilidades: Aspectos débiles de la unidad, es decir necesidades actuales que implican aspectos negativos que deberían modificarse.

Fortalezas: Aspectos fuertes de la unidad que deben mantenerse o reforzarse (capacidades y recursos de todo tipo disponibles).

Amenazas: Que existen fuera de la unidad, pero que hay que convivir con ellas es decir todo lo que supone riesgos potenciales, que debieran prevenirse y ante los que hay que reaccionar.

Oportunidades: todas las capacidades y recursos potenciales que hay en el entorno (resto del hospital, sistema sanitario....) ante las que hay que prepararse para poderlas aprovechar.

1.4.4.2. Sesión con equipo multidisciplinar

Objetivo

Conocer la situación global del niño oncológico y su familia relacionado con los siguientes aspectos.

- Educación y aprendizaje
- Juegos
- Impacto Psicológico
- Relaciones sociales
- Problemas económicos
- Apoyo institucional
- Enfermedad, acerca de lo físico, lo psíquico y lo social

PREGUNTA DE DEBATE

¿Que aspectos negativos (de riesgo) y positivos (de éxito) creéis puede suponer la creación de la unidad de oncología infantil de referencia?

IDENTIFICAR

Debilidades: Aspectos débiles de la organización, es decir necesidades actuales que implican aspectos negativos que deberían modificarse.

Fortalezas: Aspectos fuertes de la organización que deben mantenerse o reforzarse (capacidades y recursos de todo tipo disponibles).

Amenazas: Que existen fuera pero que hay que convivir con ellas es decir todo lo que supone riesgos potenciales y que debiera prevenirse.

Oportunidades: todas las capacidades y recursos potenciales que hay en el entorno y que se debieran aprovechar.

1.4.4.3. Análisis DAFO. Visión integrada de todos los actores: los niños, sus familias y los profesionales

DEBILIDADES

- Falta de comunicación entre los profesionales y los niños entre sí, forma de comunicar el diagnóstico. Escasa información a la familia del proceso y los efectos secundarios del tratamiento.
- Falta de coordinación del equipo entre sí, con AAPP y salud mental. Descoordinación entre los acuerdos oficiales y la realidad.
- Falta y/o desorganización del personal de enfermería para el abordaje de respuestas humanas, lo que genera desmotivación, ausencia de personal específico para oncología. Descoordinación del turno fijo de mañanas con el turno rotatorio.
- Variabilidad de la práctica clínica: protocolos no consensuados, no uso de EBE.
- Duplicidad de registros, tratamiento médico confuso, ausencia de registro informatizado para el trabajo enfermero.
- Falta de formación específica del personal de enfermería en oncopediatría, para el abordaje de situaciones difíciles y para comunicar malas noticias.
- Práctica institucionalizada de aislamiento del niño y su cuidadora, ausencia de protocolo por escrito.
- Desorganización de la programación del hospital de día (ausencia de registro informático y cuaderno de mandos).
- Actividad y ocupación por encima de las previsiones establecidas.
- Ausencia de actividades lúdicas los festivos, fines de semana y vacaciones (cierre de la ludoteca).
- Mala accesibilidad a la ludoteca.

FORTALEZAS

- Capacidad para adaptarse a los cambios y calidad humana del personal de enfermería.
- Experiencia de los profesionales. Posibilidad de trabajo en equipo.
- Seguimiento escolar en el hospital. Actividades lúdicas.
- Unificación, que implica integración de recursos humanos, materiales y técnicos.
- Medios disponibles.
- Creación del hospital de día.
- Ingreso e integración de la madre del niño en el cuidado.
- Acondicionamiento de las habitaciones (amplitud, luz, vistas….)
- Presencia de una enfermera coordinadora de cuidados en turno fijo de mañanas.
- El proceso de cambio para la mejora de los cuidados con metodología enfermera está iniciado.

AMENAZAS

- La salida al entorno.
- Cambio de estructura inadecuado (ubicación de la unidad)
- No comprensión social ni familiar, lo que implica intervenciones desafortunadas.
- Falta de sensibilidad de los profesionales sanitarios (primaria, urgencias hospitalarias) a las demandas de atención en los inicios de la enfermedad, lo que hace que se demore el diagnóstico.
- Falta de recreo al aire libre.
- Ausencia de seguimiento a domicilio del programa educativo.
- Baja laboral de la cuidadora principal sin regular.
- Alto coste farmacéutico extrahospitalario.

OPORTUNIDADES

- Apoyo institucional. Mejoras en recursos.
- Asunción del modelo de cuidados de Virginia Henderson.
- Existencia de una Subdirección de Enfermería de Cuidados.
- Posibilidad de cambio (creación de la unidad).
- Personal en periodo formativo.
- Gran implicación de los maestros y la psicóloga de la AECC.
- Mayor formación e información de las familias (acceso a la información).
- Voluntariado y asociaciones (AECC…)
- Carta europea de los derechos del niño.

2. REFERENTES ESTRATÉGICOS PARA LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS: MISIÓN, VISIÓN, VALORES Y LINEAS ESTRATÉGICAS DEL SERVICIO ENFERMERO

2.1. MISIÓN

Recuperar, mantener o mejorar la satisfacción de las necesidades del niño oncológico y su familia donde aparezcan problemas, integrarlo a su medio habitual en el menor tiempo posible, o acompañarle en el proceso de la muerte, mediante la suplencia o ayuda en la realización de las actividades que contribuyan a la salud, la recuperación, o a morir en paz.

2.2. VISIÓN

Queremos que la unidad de onco-hematología pediátrica, oferte cuidados de calidad, favorezca la coordinación de atención primaria y especializada, garantice la mejora de la calidad de vida de los niños con cáncer y sus familias así como el aumento de su nivel de satisfacción.

2.3. VALORES

El niño y su familia son el centro del sistema, alrededor del cual giran todas nuestras actuaciones y proyectos.

Visión integral de la persona.

Toma de decisiones compartida.

Respeto a los valores y creencias del niño y su familia.

Respeto a la dignidad del niño y su familia.

Respeto a la intimidad y a la confidencialidad.

Trabajo en equipo.

Compromiso con el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

2.4. LINEAS ESTRATÉGICAS DEL SERVICIO ENFERMERO[23]

La Dirección Regional de Desarrollo e Innovación de Cuidados deja plasmado a través del contrato programa 2005-2008 las siguientes líneas estratégicas:

Personalización de los cuidados enfermeros, a través de la

reorganización de los servicios, estableciendo la asignación de enfermera primaria (de referencia) al ingreso del niño, que se responsabilice de los cuidados de los niños asignados y de su cuidadora.

Estandarización de la valoración, la identificación de problemas, la formulación de objetivos y las intervenciones a realizar, a través del establecimiento de un **plan de cuidados** para cada niño.

Mejora de la calidad del alta hospitalaria y la transición al domicilio, planificando el alta durante la estancia del niño y favoreciendo una mejor coordinación con atención primaria y especializada, para la **continuidad de los cuidados:**

A través de la puesta en marcha de las decisiones acordadas en las **comisiones de área**.

A través de los **informes de continuidad de cuidados**, proporcionando información útil para las enfermeras de atención primaria y estableciendo canales eficaces de intercambio de esta información.

A través de la emisión de **informes a salud responde.**

A través de las **Enfermeras Gestoras de Casos**.

A través del seguimiento de los **Cuadernos de Continuidad de Cuidados.**

Reorientación del papel de la **Enfermera Supervisora** hacia el paciente y su familia, para que sea la **garante de los cuidados** ofrecidos en su unidad.

Formación del equipo enfermero, favoreciendo la innovación y el desarrollo de los cuidados.

3. CARTERA DE CLIENTES

3.1. Clientes internos

Personal de enfermería de la unidad, (auxiliares, enfermeras).
Pediatras.
Cirujanos infantiles.
Personal de gestoría del usuario, (auxiliares, trabajadora social, maestros).
Personal de salud mental infanto-juvenil, (psicólogos, enfermeras, auxiliares).
Enfermeras de la unidad de dietética y nutrición.
Anestesistas de la unidad del dolor.
Voluntariado de la asociación española contra el cáncer (AECC).
Enfermera Hospitalaria de Enlace. Esta figura, aún no existe en el hospital, por lo que la gestión de casos la coordina la supervisora de la unidad.

3.2. Clientes externos

Niños diagnosticados de cáncer y sus cuidadoras
Enfermeras de atención primaria
Enfermera Comunitaria de enlace
Pediatras de atención primaria

Características de los niños con cáncer y sus cuidadoras

El cáncer en la infancia se caracteriza por el tipo de tumor, siendo los más frecuentes las leucemias (21,1%), la gran sensibilidad de estos tumores al tratamiento, y las peculiaridades del niño por su edad y desarrollo; añadimos además, el papel de la infancia en la sociedad occidental, como grupo social generador de riqueza futura.

Las características más relevantes de esta población, se reflejan en la batería de diagnósticos que presentan.

1- Diagnósticos Enfermeros en fase de diagnóstico de la enfermedad:

00141 Temor
00146 Ansiedad
00074 Afrontamiento familiar comprometido
00136 Duelo anticipado
00137 Aflicción crónica
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico

2- Diagnósticos Enfermeros en fase de tratamiento de la enfermedad

a) Relacionados con la hospitalización
00060 Interrupción de los procesos familiares
00054 Riesgo de soledad
00124 Desesperanza

b) Relacionados con el tratamiento
00062 Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador
00097 Déficit de actividades recreativas
00070 Deterioro de la adaptación
00053 Aislamiento social
00126 Conocimientos deficientes
00125 Impotencia
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Además, los niños pueden tener alteradas las necesidades de higiene, eliminación, alimentación y/o movilidad, que son identificadas como problemas de autonomía y/o dependencia.

4. CARTERA DE SERVICIOS ENFERMEROS

Va a estar sustentada en la personalización de los cuidados, que garantizará que cada niño y su familia tengan asignada una enfermera de referencia, responsable de sus cuidados, y tiene un fuerte apoyo en el juego para poder satisfacer esta necesidad innata al desarrollo evolutivo. La cartera de servicios viene determinada por la relación de **intervenciones** enfermeras ofertadas a los niños con cáncer y sus cuidadoras.

5340 Presencia
5250 Apoyo en la toma de decisiones
5820 Disminución de la ansiedad
5230Potenciación de la capacidad de hacer frente a situaciones difíciles
5270 Apoyo emocional
7140 Apoyo a la familia
7110 Fomento de la implicación familiar
5230 Aumento del afrontamiento
4920 Escucha activa
5240 Asesoramiento
5290 Facilitar el duelo
4360 Modificación de la conducta
5602 Enseñanza proceso/enfermedad
7130 Mantenimiento en procesos familiares
7100 Estimulación de la integridad familiar
7560 Facilitar las visitas
5100 Potenciación de la socialización
5310 Dar esperanza
5430 Grupo de apoyo
5400 Potenciación de la autoestima
5360 Terapia de entretenimiento
4430 Terapia de juegos
5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad
5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento
2240 Actuación ante la quimioterapia
3584 Cuidados de la piel
6600 Actuación ante la radioterapia.

A esta relación de intervenciones, añadimos todas aquellas derivadas de los problemas de colaboración y de autonomía.

Actividades ofertadas según protocolos específicos:

Normas de aislamiento

Administración de citostáticos

Normas de administración de:
-ARA-C
-Asparaginasa

-Ciclofosfamida
-Daunomicina, daunorubicina, daunoblastina (ARB)
-Filgastrín-30
-Granulokine
-Kidrolase
-Leucogen
-Mercaptoetansulfonato Na (MESNA)
-Metotrexate (MTX) a altas dosis
-Novantrone o mitoxantrone
-Ondansetrón
-Uromitexán
-Vumón

Niveles de metotrexato

Derrame de líquidos tóxicos. Medidas de actuación

Extravasación de citostáticos. Cuidados

Dieta en pacientes con neutropenia

Extracción y envío de muestras

Complicaciones de los catéteres centrales

Uso y mantenimiento del Port-a Cath (reservorio)

La punción medular. Cuidados

La punción lumbar. Cuidados

Protocolo Shop-lal/2005: fase de inducción, fase de consolidación, fase de intensificación alto riesgo, fase de mantenimiento.

Test intradérmico para la determinación de reacciones anafilácticas a la asparaginasa.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Promover la excelencia de los cuidados en Oncología Infantil, trabajando con el modelo de Cuidados de Virginia Henderson.

5.2. Objetivos específicos

1- Impulsar el modelo de práctica de Cuidados de Virginia Henderson.

2- Garantizar que cada niño tiene asignada una enfermera de referencia.
3-Garantizar que cada niño tiene implementado el plan de cuidados de manera individualizada, respondiendo a las necesidades de los niños y su familia.
4- Mejorar la continuidad de los cuidados de los niños y sus cuidadoras.[23]
5-Garantizar la utilización de los sistemas estandarizados de lenguaje enfermero (NANDA, NIC, NOC.), de forma sistemática en la historia clínica.[24]
6- Iniciar un sistema de información que recoja resultados sensibles a la práctica enfermera.[24]

6. PLAN OPERATIVO PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD[24]

El plan operativo se va a desarrollar en base a las líneas estratégicas marcadas por la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación de los cuidados, haciendo especial hincapié, en las debilidades detectadas, pudiendo ser todas ellas abordables por el camino de la formación; véase la falta de comunicación, la descoordinación, la desorganización, la variabilidad en la práctica clínica, la duplicidad de registros, la falta de formación específica en oncopediatría y la práctica institucionalizada de aislamiento.

La personalización de los cuidados enfermeros, pasará por el desarrollo de un plan funcional que abordará el protocolo de enfermera referente, la actualización del plan de cuidados estandarizado y el despegue de la continuidad de los cuidados, así como los informes de Salud Responde, ambos inexistentes hasta ahora.

Se garantizará la difusión de la unidad de oncopediatría a través de la implicación y/o complicidad de los responsables de las comisiones de área.

Finalizada la elaboración del proyecto, se enviará a la Dirección de Enfermería para su presentación y aprobación en Comité Director.

PLAN OPERATIVO PARA LA MEJORA CONTINUA *

Aspectos de mejora	Acción Clave	Agentes implicados	Recursos necesarios	Actuación	Tiempo de desarrollo
Protocolo de enfermera de referencia	Garantizar la personalización como modelo de asignación de cuidados.	Enfermeras, auxiliares de escolares, supervisora, coordinadora de unidad,	Docentes que impartan sesiones clínicas y cursos de formación. Sala de sesiones, material	Formación reglada a través de sesiones clínicas y formación continuada. Elaboración plan funcional de personalización.	Un mes primera sesión clínica. Un año formación continuada.

		jefa de bloque de cuidados, subdirectora de cuidados, directora de enfermería, formación continuada	audiovisual, zona de trabajo, ordenadores, cañón, pantalla, biblioteca y recursos bibliográficos.	Actualización de protocolo.	Dos meses plan funcional.
Valoración enfermera	Cumplimentación de registro modelo de valoración V. Henderson.	Enfermeras auxiliares de escolares, supervisora coordinadora de unidad, supervisoras generales, jefa de bloque de cuidados, subdirección de cuidados, dirección de enfermería.	Docentes que impartan sesiones clínicas y cursos de formación. Sala de sesiones, material audiovisual, zona de trabajo, ordenadores, cañón, pantalla, biblioteca y recursos bibliográficos ** Aplicativo informático.	Formación reglada a través de sesiones clínicas y formación continuada. Elaboración plan funcional Adquisición de bibliografía. Seguimiento de cumplimentación. Solicitar aplicativo informático.	Cuatro meses sesiones de enfermería. Un año formación continuada. Tres meses compra de libros. Seguimiento mensual.
Diagnósticos enfermeros y planificación de cuidados	Utilización de sistemas estandarizados de lenguaje enfermero. Taxonomía NANDA, NIC, NOC.	Enfermeras auxiliares de escolares, supervisora coordinadora de unidad, supervisoras generales, jefa de bloque de cuidados, subdirección de cuidados, dirección de enfermería.	Docentes que impartan sesiones clínicas y cursos de formación. Sala de sesiones, material audiovisual, zona de trabajo, ordenadores, cañón, pantalla, biblioteca y recursos bibliográficos (taxonomía NANDA, NIC, NOC.) Aplicativo informático	Formación reglada a través de sesiones clínicas y formación continuada. Elaboración plan funcional Adquisición de bibliografía. Seguimiento de cumplimentación. Solicitar aplicativo informático.	Cuatro meses sesiones de enfermería. Un año formación continuada. Tres meses compra de libros. Seguimiento mensual.
Continuidad de cuidados	Normalizar la continuidad de cuidados. Impulsar la gestión de casos.	Enfermeras auxiliares de escolares, supervisora coordinadora de unidad, supervisoras generales,	Docentes que impartan sesiones clínicas y cursos de formación. Sala de sesiones, material audiovisual, zona de trabajo,	Formación reglada a través de sesiones clínicas y formación continuada. Elaboración plan funcional Adquisición de bibliografía. Seguimiento de cumplimentación.	Cuatro meses sesiones de enfermería. Un año formación continuada. Tres meses compra de

		jefa de bloque de cuidados, subdirección de cuidados, dirección de enfermería. Enfermera de atención primaria, integrantes de comisión de cuidados de área y enfermera comunitaria de enlace	ordenadores, cañón, pantalla, biblioteca y recursos bibliográficos (taxonomía NANDA, NIC, NOC.) Aplicativo informático	Difusión a primaria (darnos a conocer) Solicitar aplicativo informático.	libros. Un mes difusión. Seguimiento mensual.
Variabilidad de la práctica clínica	Utilización de sistema estandarizado de lenguaje enfermero.	Enfermeras auxiliares de escolares, supervisora coordinadora de unidad, supervisoras generales, jefa de bloque de cuidados, subdirección de cuidados, dirección de enfermería. Formación continuada.	Docentes que impartan sesiones clínicas y cursos de formación. Sala de sesiones, material audiovisual, zona de trabajo, ordenadores, cañón, pantalla, biblioteca y recursos bibliográficos	Formación reglada a través de sesiones clínicas y formación continuada Elaboración plan funcional (comunicación, situaciones difíciles). Adquisición de bibliografía. Consensuar y actualizar protocolos.	Cuatro meses sesiones de enfermería. Un año formación continuada. Tres meses compra de libros.
Evaluación de resultados enfermeros	Utilización de sistema estandarizado de lenguaje enfermero.	Enfermeras auxiliares de escolares, supervisora coordinadora de unidad, supervisoras generales, jefa de bloque de cuidados, subdirección de cuidados, dirección de enfermería. Formación continuada.	Docentes que impartan sesiones clínicas y cursos de formación. Sala de sesiones, material audiovisual, zona de trabajo, ordenadores, cañón, pantalla, biblioteca y recursos bibliográficos Aplicativo informático	Formación reglada a través de sesiones clínicas y formación continuada. Elaboración plan funcional Adquisición de bibliografía. Seguimiento de cumplimentación. Auditoría interna. Solicitar aplicativo informático.	Cuatro meses sesiones de enfermería. Un año formación continuada. Tres meses compra de libros. Seguimiento mensual. Seis meses auditoría interna.

*Diseño del plan operativo de Mª Agustina Serrano Arranz.

** Bibliografía:

- Kerouac, S. y cols. El pensamiento enfermero. 1ª Edición, Barcelona:

Masson, S.A. 1996.
- Alfaro-Lefebre, R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª edición, Barcelona: Masson S.A. 2003.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2003-2004. Madrid: Elsevier España, S.A. 2003.
- Morrhead, S. y cols. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª Edición. Madrid: Elsevier España, S.A. 2004.
- McCloskey, J. y cols. Clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC). 4ª Edificón . Madrid: Elsevier España, S.A. 2005.

6.1. Planificación de la formación (anexo1)

La unidad de oncopediatría, tiene normalizadas las sesiones clínicas conjuntas, que se realizan en jueves alternos en horario de 13,30h a 15h. Las sesiones son impartidas por los oncólogos infantiles y acuden enfermeras y auxiliares, maestros y psicóloga de la AECC.

6.1.1. Sesiones clínicas:

Quién: Responsable. Supervisora, coordinadora de cuidados, jefa de bloque de cuidados.

Participantes. Enfermeras y auxiliares de la unidad, oncólogos infantiles, trabajadora social, psicóloga, maestros.

Cuándo: Se realizarán los jueves de 13.30h a 15h alternando las sesiones multidisciplinares, con la sesiones enfermeras.

Dónde: En el hospital de día o en la sala de juntas de la 7ª planta.

Cómo: Las sesiones clínicas abordarán todos aquellos temas de interés y multidisciplinares que permitan mejorar la eficacia del trabajo (aislamiento, comunicación entre profesionales, actividades lúdicas y educativas…) Se dará prioridad a la metodología enfermera.

El primer jueves de cada mes, la sesión tratará sobre metodología enfermera. 2º y 4º jueves de cada mes, las sesiones serán multidisciplinares y otros temas de interés relacionados con la oncología infantil y la práctica enfermera. El tercer jueves volveremos con la metodología enfermera.
En diciembre, se convocará a todo el equipo (auxiliares, enfermeras, trabajadora social, psicóloga, médicos, maestros), en dos sesiones, una para la presentación del proyecto, y otra para exponer el programa de formación. En esta última, se hará un sondeo sobre los temas de interés para las reuniones multidisciplinares. Se solicitará la participación activa.

De esta reunión, saldrán los ponentes de al menos el 50% de las sesiones de metodología ya planificadas. Se dará difusión de la reunión, mediante copia del acta al personal no asistente, para que en la semana siguiente, estén el total de las ponentes asignadas y se proceda a la elaboración de un cronograma. De esta reunión saldrán consensuados, la metodología de las sesiones, los recursos materiales necesarios y el modelo de evaluación a seguir.
En el cronograma (que comenzará el tercer jueves de enero de 2007) figurarán el día, la hora, el lugar, el tema y los ponentes.

Contenido de las sesiones:

1ª Sesión

Misión, Visión. Valores de la Unidad. El Modelo de práctica enfermera de Virginia Henderson.

2ª Sesión

A consensuar con el equipo multidisciplinar.

3ª Sesión

Valoración al ingreso. Cuándo se hará una valoración integral.
Valoración en los reingresos. Ejemplo práctico con registro estandarizado, análisis crítico.

4ª Sesión

A consensuar con el equipo multidisciplinar.

5º Sesión

Planificación de los cuidados en base a la valoración de la sesión 3ª.
Formulación de diagnósticos, análisis del registro de la unidad.

6ª Sesión

A consensuar con el equipo multidisciplinar.

7ª Sesión

Segunda parte de la sesión 5ª

8ª Sesión

A consensuar con el equipo multidisciplinar.

9ª Sesión

Planificación de los cuidados. Manejo de la NOC, en relación a las etiquetas diagnósticas seleccionadas. Análisis del registro de la unidad.

10ª Sesión

A consensuar con el equipo multidisciplinar.

11ª Sesión

Planificación de cuidados. Manejo de la NIC. Análisis del registro de la unidad. La continuidad de los cuidados: el informe de continuidad de cuidados, los cuadernos de continuidad de cuidados, los informes de salud responde.

12º Sesión

A consensuar con el equipo multidisciplinar.

13ª Sesión

Planificación de cuidados. Actividades más prevalentes, protocolos relacionados. Análisis de los protocolos de la unidad.

14ª Sesión

A consensuar con el equipo multidisciplinar.

15ª Sesión

Estudio de un caso práctico. Análisis de cada una de las etapas del proceso enfermero. A partir de esta sesión, los jueves correspondientes a la práctica enfermera, irán orientados a casos prácticos, siendo la responsable de la sesión, la enfermera de referencia del paciente seleccionado.

Metodología de las sesiones enfermeras

Primera parte teórica: exposición.
Segunda parte práctica: lecturas y discusión, caso práctico y análisis, resolución de problemas.

Recursos necesarios

Humanos: Auxiliares y enfermeras que participan como docentes.

Materiales: Bibliografía NANDA, NIC, NOC, material de papelería, ordenador, cañón y pantalla.

Evaluación

Se redactará acta de cada sesión, en la que quedarán reflejados, el tema tratado, los ponentes, el día, la hora, el lugar, los participantes, y se adjuntará el contenido de la misma y los resultados.

Al final de cada sesión, se pedirá a los asistentes que de forma anónima, expresen su nivel de satisfacción y su utilidad para la práctica enfermera.

6.1.2. Formación continuada

Se planteará a la dirección de enfermería la necesidad de realizar dos cursos sobre juicio clínico y dos cursos sobre comunicación y abordaje de situaciones difíciles, esta necesidad, ha sido detectada por los profesionales, en el análisis DAFO realizado.

Siguiendo con el proceso de detección de necesidades formativas, se realizará una autoevaluación de competencias, aplicando una escala de 1 a 4, con la finalidad de definir un plan de desarrollo individual, (en base al mapa de competencias de enfermería en oncopediatría).

Quién

Responsable: formación continuada, jefa de bloque de cuidados.
Participantes: auxiliares y enfermeras de la unidad.

Cuándo

Primer y segundo semestres de 2007, en horario intensivo de mañana o tarde, con el fin de poder garantizar la asistencia de todo el personal.
Las necesidades derivadas del proceso de autoevaluación de competencias, se plantearán en el primer trimestre de 2007 y a partir de ahí, se elaborará un plan de necesidades.

Dónde

En cualquiera de las aulas de docencia del hospital o salas de juntas.

Cómo

Los cursos serán de 20 horas y se impartirán de lunes a miércoles de 8 a 15h, o de 15 a 22h.

Recursos necesarios

Serán los responsables de formación continuada los que establezcan tanto la metodología como los recursos necesarios.
Desde la subdirección de enfermería se tendrá en cuenta el cronograma, para poder facilitar la asistencia de todo el personal de enfermería a los

cursos.

6.2. Planificación de la difusión (Anexo2).

Qué

Difusión de la unidad de oncología infantil.

Quién

Responsable. Jefa de bloque de cuidaos H.M.I.

Cuándo

Presentación del proyecto a la Dirección de Enfermería y Subdirección de Continuidad de Cuidados en enero de 2007.
Presentación del proyecto en Comité Director, para su aprobación, en enero de 2007.

En la próxima reunión de la comisión de área, la subdirectora de continuidad de cuidados, dará a conocer la unidad y la necesidad de continuidad asistencial de esta población.
Entre los meses de enero y febrero de 2007 se presentará la unidad al personal de enfermería de los distritos Granada y metropolitano a través de sus coordinadoras.

Dónde

En los distritos Granada y metropolitano.

Cómo

Se realizaran dos presentaciones que incluirán: introducción breve con las características de la unidad y de sus clientes, los objetivos y las líneas estratégicas, haciéndose más hincapié en la necesidad de continuidad de cuidados y en los diagnósticos más frecuentes que quedan sin resolver al alta hospitalaria.

6.3. Planificación del seguimiento (Anexo2).

Qué

Seguimiento de la práctica enfermera.

Quién

Supervisoras generales.

Cuándo

En los turnos de tarde y noche y de lunes a domingo.

Dónde

En la unidad de oncología infantil.

Cómo

La supervisora general, consulta los niños que en el día han sido dados de alta, recuperando la historia, que permanece en la secretaría del servicio hasta el día siguiente, y procede a su auditoría. Los datos de interés, se recogen en un registro (anexo). Estos datos son analizados por la supervisora de la unidad y la jefa de bloque de cuidados, para poder abordar los obstáculos que se hayan podido presentar.

6.4. Indicadores de calidad [22, 25.]

Definir el indicador nos va a permitir de una forma cuantitativa conocer el grado de consecución del mismo.

6.4.1. Indicadores de estructura:

Nombre del Indicador	**Ordenadores disponibles para uso del personal de enfermería.**
Dimensión:	Disponibilidad de herramientas de trabajo.
Justificación:	La informática, si no imprescindible, es una herramienta de gran ayuda para trabajar con metodología enfermera, pues facilita y agiliza el trabajo, además de garantizar la recuperación de cualquier aspecto de la historia de un paciente.
Fórmula:	nº de ordenadores para uso enfermero x 100 nº total de ordenadores de la unidad.
Periodicidad de recogida de datos:	Anual.
Tipo:	Estructura.
Fuentes de datos:	Registro subdirección de nuevas tecnologías.
Estándar:	50%
Comentarios:	La unidad, no dispone de ordenadores para uso del personal de enfermería; la dotación informática consta de un Terminal con acceso a gestión de camas, dietas, almacenes, mantenimiento, farmacia y personal. La planificación de cuidados, así como cualquier intervención enfermera, se realizan en formato papel.

Nombre del Indicador	**Dotación de recursos bibliográficos.**
Dimensión:	Disponibilidad de herramientas de trabajo.
Justificación:	Para la utilización de un sistema estandarizado de lenguaje enfermero, es necesario disponer libros suficientes para consulta.
Fórmula:	nº de volúmenes NANDA,NIC,NOC x 100 nº total de enfermeras de la unidad.
Periodicidad de recogida de datos:	Anual.
Tipo:	Estructura.
Fuentes de datos:	Registro de dotación bibliográfica subdirección de Enfermería.
Estándar:	50%
Comentarios:	La unidad, dispone de un juego completo de taxonomías de edición no actualizada.

Nombre del Indicador	**Cursos realizados sobre metodología enfermera.**
Dimensión:	Competencia profesional relacionada con actualización de conocimientos.
Justificación:	La continua actualización en metodología enfermera es necesaria para poder planificar cuidados individualizados y de calidad..
Fórmula:	nº de cursos de metodología enfermera x 100 nº total de cursos realizados.
Periodicidad de recogida de datos:	Anual.
Tipo:	Estructura.
Fuentes de datos:	Registro de formación continuada.
Estándar:	50%
Comentarios:	Todas las enfermeras, están formadas en estandarización de cuidados (curso básico).

6.4.2. Indicadores de proceso:

Nombre del Indicador	**Personalización de los cuidados.**
Dimensión:	Asignación enfermera referente.
Justificación:	Es la estrategia necesaria para trabajar con metodología enfermera, para iniciar la relación con el niño y su familia y personalizar los cuidados.
Descripción Fórmula:	Niños ingresados>24h asignada enf. referente x 100 total niños ingresados> 24h.
Periodicidad de recogida de datos:	mensual
Tipo:	Proceso
Fuentes de datos:	Registro enfermero en historia clínica.
Estándar:	95%
Comentarios:	El modelo de asignación que actualmente se lleva a la práctica, está a caballo entre la personalización y la asignación enfermera-paciente, dando lugar en ocasiones a la fragmentación de los cuidados, la despersonalización de los mismos, y a la no identificación de la responsabilidad y de la enfermera con el paciente.

Nombre del Indicador	**Valoración al ingreso.**
Dimensión:	Valoración integral de los niños hospitalizados y su cuidadora (y familia).
Justificación:	Estrategia para trabajar con metodología enfermera, necesaria para establecer un plan de cuidados individualizado, para iniciar la relación con el niño y su familia, personalizar los cuidados y evitar la variabilidad en la práctica clínica.

Descripción Fórmula:	. Niños ingresados>24h con valoración inicial x 100 total niños ingresados> 24h.
Periodicidad de recogida de datos:	mensual
Tipo:	Proceso, efecto deseable.
Fuentes de datos:	Registro enfermero en historia clínica.
Estándar:	95%
Comentarios:	Se entiende por valoración integral inicial, aquella que recoge datos en cada una de las necesidades básicas del modelo de cuidados de Virginia Henderson.
Nombre del Indicador	**Planificación de cuidados con utilización de Seles.**
Dimensión:	Personalización de los cuidados.
Justificación:	Trabajar con metodología enfermera, implica utilizar un lenguaje común, imprescindible para evitar la variabilidad en la práctica clínica.
Fórmula:	nº de valoraciones con plan de cuidados(seles) x 100 nº total de valoraciones realizadas.
Periodicidad de recogida de datos:	Mensual.
Tipo:	Proceso
Fuentes de datos:	Registros enfermeros en historia clínica.
Estándar:	95%
Comentarios:	Los planes de cuidados individualizados que se realizan en la unidad, se hacen en base al plan de cuidados estandarizado, que utiliza los sistemas estandarizados de lenguaje enfermeros (NANDA, NIC, NOC.)

Nombre del Indicador	**Informes de continuidad de cuidados al alta.**
Dimensión:	Continuidad asistencial.
Justificación:	Trabajar con metodología enfermera, implica continuar el proceso más allá de los límites del hospital.
Fórmula:	nº de informes de continuidad de cuidados* x 100 nº total de altas hospitalarias.
Periodicidad de recogida de datos:	Semanal.
Tipo:	Proceso
Fuentes de datos:	Registros enfermeros en historia clínica.
Estándar:	90%
Comentarios:	Es necesario iniciar la continuidad asistencial en el cáncer infantil.
Nombre del Indicador	**Informes de salud responde**.
Dimensión:	Continuidad asistencial.
Justificación:	Garantiza la continuidad asistencial fines de semana.
Fórmula:	nº de informes emitidos de salud responde x 100 nº total de altas en fin de semana.
Periodicidad de recogida de datos:	Semanal.
Tipo:	Proceso
Fuentes de datos:	Registro monitorización seguimiento de salud responde.
Estándar:	90%
Comentarios:	El seguimiento telefónico ofrece seguridad a los padres de los niños a la vez que favorece el paso del hospital al domicilio.

Nombre del Indicador	**Cuadernos de continuidad de cuidados**.
Dimensión:	Continuidad asistencial.
Justificación:	Estos pacientes, se van a cronificar durante un periodo de tiempo relativamente largo, y los cuadernos van a ser una guía imprescindible para garantizar la continuidad asistencial.
Fórmula:	nº de cuadernos circulantes x 100 nº total de pacientes diagnosticados.

Periodicidad de recogida de datos:	Semestral.
Tipo:	Proceso
Fuentes de datos:	Registro monitorización de seguimiento de cuadernos de continuidad de cuidados.
Estándar:	90%
Comentarios:	Se iniciará la cumplimentación del cuaderno, a todo niño que comience su proceso de enfermedad en el hospital.

Nombre del Indicador	**Sesiones de formación continuada sobre metodología enfermera**.
Dimensión:	Competencia profesional.
Justificación:	Es el camino que conduce a una práctica clínica excelente.
Fórmula:	nº de sesiones sobre metodología enfermera x 100 nº total de sesiones realizadas.
Periodicidad de recogida de datos:	Semestral.
Tipo:	Proceso
Fuentes de datos:	Registro de actas de sesiones de la unidad..
Estándar:	50%
Comentarios:	Es importante la implicación del personal de enfermería en las sesiones clínicas..

Nombre del Indicador	**Sesiones de formación continuada multidisciplinar**.
Dimensión:	Competencia profesional.
Justificación:	Es el camino que conduce a una práctica clínica excelente.
Fórmula:	nº de sesiones clínicas multidisciplinares x 100 nº total de sesiones realizadas.
Periodicidad de recogida de datos:	Semestral.
Tipo:	Proceso
Fuentes de datos:	Registro de actas de sesiones de la unidad.

Estándar:	30%
Comentarios:	Las sesiones clínicas multidisciplinares se han normalizado, realizándose en jueves alternos ininterrumpidamente.

6.4.3. Indicadores de resultado:

Nombre del Indicador	**Recepción y acogida al niño hospitalizado y su familia.**
Dimensión:	Personalización, Satisfacción.
Justificación:	El momento del ingreso del niño en el hospital, es de gran importancia para él y su familia porque se produce un cambio en su entorno, grandes emociones que deben afrontar estando su salud disminuida. Por esto la recepción del paciente y familia en la Unidad debe realizarse de forma sistematizada y cuidada. Este primer contacto será determinante a lo largo de su estancia en el hospital.
Fórmula:	nº de niños y/o cuidadoras satisfechos x 100 nº total de niños ingresados en oncopediatría.
Periodicidad de recogida de datos:	Mensual.
Tipo:	Resultado
Fuentes de datos:	Registros enfermeros en historia clínica y registro de entrevista.
Estándar:	95%
Comentarios:	La acogida al niño y su familia en hospitalización, queda reflejada como intervención en los registros enfermeros. La supervisora general, realizará entrevista personalizada para comprobar la satisfacción con la acogida del niño y su cuidadora.

Nombre del Indicador	Satisfacción de las enfermeras con el manejo del lenguaje enfermero**.**
Dimensión:	Satisfacción, calidad.
Justificación:	Conocer la satisfacción con el manejo del lenguaje enfermero aportará información sobre como está evolucionando el trabajo con metodología enfermera.
Fórmula:	nº de enfermeras satisfechas x 100 nº total de enfermeras de la unidad
Periodicidad de la recogida de datos:	Semestral
Tipo:	Resultado
Fuentes de datos:	Encuesta de satisfacción de enfermeras
Estándar:	75%
Comentarios:	Aunque la plena satisfacción está garantizada a medio plazo, el margen de tiempo es fundamental en el proceso de cambio

Nombre del Indicador	Diagnósticos resueltos con metodología enfermera**.**
Dimensión:	Calidad.
Justificación:	El fin último de la metodología enfermera, es la resolución de los diagnósticos identificados.
Fórmula:	nº de diagnósticos resueltos x 100 nº total de diagnósticos
Periodicidad de la recogida de datos:	Mensual
Tipo:	Resultado
Fuentes de datos:	Auditoría de historias clínicas
Estándar:	75%
Comentarios:	El seguimiento lo realizan las supervisoras generales

7. SISTEMA DE INFORMACIÓN BÁSICO PARA LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS. CUADERNO DE MANDOS DE ENFERMERIA [22]

El cuaderno de mandos de enfermería se estructura en cuatro apartados, midiendo cuatro perspectivas:

- Financiero
- Satisfacción (clientes)
- Proceso
- Desarrollo (aprendizaje y crecimiento).

La información de las perspectivas financiera, clientes y parte de la de desarrollo, se pueden rescatar del cuaderno de mandos general del hospital.
La perspectiva de proceso relacionada con metodología enfermera, hay que activarla, no así, la relacionada con otros indicadores de calidad.

FINANCIEROS

- % de absentismo
- % de cobertura
- nº de días de permiso remunerado
- nº de accidentes laborales
- gasto mensual de material fungible
- evolución de los pactos de consumo

SATISFACCIÓN

- nº de reclamaciones por trato
- nº de felicitaciones recibidas
- % encuestas realizadas
- nº de cuidadoras que reciben formación
- nº de informes de continuidad de cuidados enviados a AP
- grado de satisfacción con la información a pacientes durante la hospitalización

PROCESO

- nº pacientes a los que se ha aplicado el protocolo de acogida
- % de cumplimentación de los registros de enfermería
- nº de planes de cuidados con valoración inicial cumplimentada
- nº de planes de cuidados individualizados
- nº de diagnósticos resueltos al alta
- % de infecciones por sondaje vesical
- % de infecciones por flebitis
- nº de ulceras por presión
- nº de caídas
- Errores de medicación
- impacto de la formación en metodología enfermera

DESARROLLO

- nº de enfermeras formadas en metodología enfermera
- nº de trabajos de investigación realizados
- nº de personas que han asistido a actividades científicas
- nº de protocolos revisados y actualizados
- nº de planes de cuidados estandarizados realizados
- nº de sesiones enfermeras realizadas
- nº de sesiones multidisciplinares realizadas
- nº de consultas bibliográficas realizadas
- nº de profesionales que imparten docencia

8. MAPA DE COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA INFANTIL

El mapa de competencias, ha sido elaborado en base a las competencias genéricas de enfermería que se consensuaron por un grupo de expertos coordinado por la fundación IAVANTE.

Las competencias específicas en pediatría se elaboraron en nuestro hospital, por un grupo de enfermeras y auxiliares expertas en pediatría, y coordinadas por formación continuada.

Las competencias específicas en oncología pediátrica, se han elaborado por personal experto en oncología infantil de la unidad de preescolares y contando como base con el mapa de competencias en oncología médica, también han sido coordinadas por la unidad de formación continuada.

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
JUNTA DE ANDALUCIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES	
MAPA DE COMPETENCIAS DEL PUESTO DE AUXILIAR DE ENFERMERO/A: ONCOLOGÍA INFANTIL	
CÓDIGO DEL PUESTO:	E. LACT. PREC.
CATEGORÍA PROFESIONAL:	Diplomado
GRUPO PROFESIONAL:	B
UNIDAD ORGANIZATIVA:	Subdirección de Enfermería del H. Maternal
REQUISITO DE ACCESO:	Poseer el título de FP1, rama sanitaria o Técnico de Cuidados A.E.

RELACIÓN!A1 CODIGO	COMPETENCIAS CONOCIMIENTOS	FASE avanzado	FASE B optimo	FASE C excelente	perfil excelencia 1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0384	Administración de cuidados básicos (alimentación, higiene, vestido, reposo-sueño, movilización, cuidados neonatales...)	I	I	I				
C-0351	Limpieza y esterilización de instrumental y equipos	I	I	I				
	Control y mantenimiento del aparataje de uso clínico	I	I	I				
	Manejo de protocolos, guía de práctica clínica, vías organizativas	I	I	I				
	Manejo y control de aislamientos	I	I	I				
	Observación directa/detección de problemas	I	I	I				
	Comunicación y apoyo al paciente y a su familia	I	I	I				
C-0383	Técnicas de limpieza y desinfección de instrumental y superficies	I	I	I				
C-0091	Soporte vital básico	D	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	D	I	I				
	Conocimientos básicos sobre gestión de residuos sanitarios	D	I	I				
	Gestión de documentos clínicos	D	I	I				
C-0455	Conocimientos en técnicas de comunicación interpersonal	D	I	I				
C-0004	Conocimientos Básicos de Calidad	D	I	I				
C-0179	Conocimientos Básicos de Gestión Recursos	D	I	I				

	Conocimientos en gestión de la calidad medioambiental	D	I	I	
C-0032	Metodología de la investigación, nivel básico	D	D	I	
C-0069	Metodología de gestión de procesos	D	D	I	
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I	
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I	
C-0174	Bioética	D	D	I	

RELACIÓN!A1	COMPETENCIAS	FASE avanzado	FASE B optimo	FASE C excelente	perfil excelencia			
CODIGO	CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS				1	2	3	4
	Conocimiento sobre técnicas de alimentación (dietas)	I	I	I				
	Conocimiento sobre necesidad de eliminación	I	I	I				
	Control de termorregulación	I	I	I				
	Apoyo y cuidados en técnicas de la unidad (suero, oxígeno...)	I	I	I				
	Analítica en general (ténicas y control)	I	I	I				
	Descanso, sueño...	I	I	I				
	Manejo del material	D	I	I				
	Patologías más frecuentes	D	I	I				
	Desarrollo evolutivo del niño	D	I	I				
	Trastornos del comportamiento del niño	D	I	I				
	Servicios de apoyo a la unidad	D	I	I				
	Conocimiento de protocolos internos	D	I	I				
	Higiene y cuidados de la piel	D	I	I				
	Necesidades del niño oncológico y su familia							

RELACIÓN!A1	COMPETENCIAS	FASE avanzado	FASE B optimo	FASE C excelente	perfil excelencia			
CODIGO	CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS ONCOLÓGICOS				1	2	3	4
C-0508	Conocimiento de cuidados del enfermo vulnerable							
	Conocimientos básicos en nutrición y alimentación del niño oncológico	I	I	I				
	Conocimiento sobre medios de	I	I	I				

	aislamiento Reconocimiento de signos y síntomas de alerta	I	I	I	

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

CODIGO	COMPETENCIAS HABILIDADES	FASE A avanzado	FASE B optimo	FASE C excelente	perfil excelencia 1	2	3	4
H-059	Capacidad de trabajo en equipo	I	i	I				
H-032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-011	Capacidad de Relación Interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-030	Resolución de problemas	D	I	I				
H-054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-235	Manejo de vendaje funcional	D	I	I				
H-291	Manejo de heridas	D	I	I				
H-292	Ergonomía (Escuela de la Espalda, Higiene postural...)	D	I	I				
H-035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso. Capacidad de motivar	D	D	I				

	COMPETENCIAS HABILIDADES ESPECÍFICAS	FASE A avanzado	FASE B optimo	FASE C excelente	perfil excelencia			
					1	2	3	4
	Capacidad para escuchar	I	I	I				
	Inspirar confianza	I	I	I				
	Capacidad para observar y transmitir alarmas en S.V.B. (signos vitales básicos)	D	I	I				
	Para el juego	D	I	I				
	Capacidad de docencia	D	D	I				

CODIGO	COMPETENCIAS HABILIDADES ESPECÍFICAS ONCOLOGÍA	FASE A avanzado	FASE B optimo	FASE C excelente	perfil excelencia			
					1	2	3	4
	Situación emocional	I	I	I				
	Manejo de situaciones de duelo	I	I	I				
H-0299	Capacidad de aplicar medidas de aislamiento							
H-0300	Capacidad de aplicar alimentación y desecho de citostáticos							
H-0298	Capacidad de detección y gestión del síndrome de burn-out derivado del contacto con la patología							

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

CODIGO	COMPETENCIAS ACTITUDES	FASE A avanzado	FASE B optimo	FASE C excelente	perfil excelencia			
					1	2	3	4
A-001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-027	Orientación al cliente *(el cliente como centro)*, repeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-040	Orientación a resultados	I	I	I				

A-049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I
A-050	Responsabilidad	I	I	I
A-046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	I	I	I
A-018	Honestidad, sinceridad	I	I	I
A-041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I
A-009	Dialogante, negociador	I	I	I
A-047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I
A-024	Juicio crítico	I	I	I
A-048	Positivo	I	I	I
A-051	Sensatez	I	I	I
A-043	Discreción	I	I	I
A-045	Colaborador, cooperador	D	I	I
A-044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I
A-007	Creatividad	D	I	I
A-038	Resolutivo	D	I	I
A-052	Visión de futuro	D	D	I

	COMPETENCIAS		FASE B		perfil excelencia			
CODIGO	ACTITUDES ESPECÍFICAS PEDIATRÍA	FASE A avanzado	optimo	FASE C excelente	1	2	3	4
	Disponibilidad	I	I	I				
	Aprendizaje y mejora	I	I	I				
	Respeto en creencias y valores	I	I	I				
	Discreción	I	I	I				
	Capacidad para suplir la ausencia	I	I	I				
	Capacidad para asumir las tareas delegadas	I	I	I				
	Tolerancia	D	I	I				
	Motivación	D	I	I				
	Respetar el trabajo de los demás	D	D	I				

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

MAPA DE COMPETENCIAS DEL PUESTO DE ENFERMERO/A: ONCOLOGÍA INFANTIL

CÓDIGO DEL PUESTO: E.U.N.
CATEGORÍA PROFESIONAL: Diplomado
GRUPO PROFESIONAL: B
UNIDAD ORGANIZATIVA: Subdirección de Enfermería del H. Maternal
REQUISITO DE ACCESO: Poseer el título de Diplomado en Enfermería

RELACIÓN!A1	COMPETENCIAS	FASE avanzado	FASE B optimo	FASE C excelente	perfil excelencia			
CODIGO	CONOCIMIENTOS				1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria *(conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)*	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0171	Promoción de la Salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados *(Procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)*	I	I	I				
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	I	I				
C-0004	Conocimientos Básicos de Calidad *(Indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, Guías de práctica clínica)*	D	I	I				
C-0032	Metodología de la Investigación nivel básico *(Elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)*	D	I	I				

C-0179	Conocimientos básicos de Gestión Recursos *(Planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto)*	D	I	I
C-0174	Bioética	D	D	I
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I

RELACIÓN!A1	COMPETENCIAS	FASE avanzado	FASE B optimo	FASE C excelente	perfil excelencia			
CODIGO	CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS PEDIÁTRICOS				1	2	3	4
	Desarrollo evolutivo del niño	I	I	I				
	Soporte vital básico	I	I	I				
	Conocimiento sobre necesidades básicas en el niño: higiene, alimentación (apoyo del método), termorregulación, eliminación e hidratación, reposo, sueño, actividades lúdicas.	I	I	I				
	Oxigenoterapia	I	I	I				
	Sueroterapia y cuidados de venopunción	I	I	I				
	Analítica -pruebas diagnósticas-, extracción y preparación	I	I	I				
	Trastornos del comportamiento	I	I	I				
	Manejo del material	I	I	I				
	Patologías más frecuentes	I	I	I				
	Preparación y administración de medicación	I	I	I				
	Valoración de una urgencia	I	I	I				
	Conocimientos de protocolos y técnicas de la unidad relacionados con el cuidado del niño	D	I	I				

RELACIÓN!A1					perfil excelencia			
CODIGO	COMPETENCIAS CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS ONCOLOGÍA INFANTIL	FASE avanzado	FASE B optimo	FASE C excelente	1	2	3	4
C-0504	Principios de Quimioterapia, Radioterapia, y Cirugía del Cáncer	I	I	I				
C-0505	Conocimiento del manejo de Quimioterapia	I	I	I				
C-0506	Conocimiento del manejo de vías de administración de fármacos (oral, intravenosos, subcutáneos), reservorios.	I	I	I				
C-0507	Analgesia y medidas terapéuticas del dolor	I	I	I				
C-0508	Conocimiento de cuidados del enfermo vulnerable	I	I	I				
C-0509	Conocimiento de cuidados posquirúrgicos y ostomías	I	I	I				
C-0510	Conocimientos básicos de técnicas diagnósticas y terapéuticas	I	I	I				
	Conocimientos específicos de nutrición y alimentación en el niño oncológico	I	I	I				
	Conocimientos sobre pre y post hidratación	I	I	I				
	Conocimiento sobre medidas de aislamiento	I	I	I				
	Conocimiento sobre signos y situaciones de alerta	I	I	I				
C-0500	Cuidados paliativos del enfermo oncológico avanzado	D	I	I				
C-0503	Oncología Clínica (historia natural de los tumores y su evolución)	D	I	I				
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	D	I	I				
C-0499	Conocimientos epidemiológicos	D	I	I				
C-0511	Conocimiento del funcionamiento del Hospital de día oncológico	D	I	I				

CODIGO	COMPETENCIAS HABILIDADES	FASE A avanzado	FASE B optimo	FASE C excelente	perfil excelencia 1	2	3	4
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
	Capacidad de Análisis y síntesis	I	I	I				
	Individualización de cuidados	I	I	I				
	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
	Para el juego	I	I	I				
	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
	Resolución de problemas	D	I	I				
	Capacidad de relación interpersonal *(asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)*	D	I	I				
	Informática, nivel usuario	D	I	I				
	Gestión del tiempo	D	I	I				
	Capacidad de promover y adaptarse al tiempo	D	I	I				
	Capacidad para delegar	D	I	I				
	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
	Capacidad docente	D	I	I				
	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
	Transmisión de confianza y seguridad	D	I	I				
	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso. Capacidad de motivar	D	D	I				
	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				

RELACIÓN!A1	COMPETENCIAS	FASE avanzado	FASE B optimo	FASE C excelente	perfil excelencia			
CODIGO	HABILIDADES ESPECÍFICAS				1	2	3	4
H-0299	Capacidad de aplicar medidas de aislamiento	I	I	I				
H-0300	Capacidad de aplicar alimentación adecuada al paciente	I	I	I				
H-0301	Capacidad de preparación, administración y desecho de citostáticos	I	I	I				
H-0302	Capacidad de manejo (uso y mantenimiento) de reservorios y dispositivos mecánicos de infusión	I	I	I				
H-0303	Capacidad de manejo de sintomatología cambiante	I	I	I				
H-0305	Cuidados posquirúrgicos (curas, retirada de suturas, manejo de drenajes)	I	I	I				
H-0306	Comunicar al paciente de cuidados en su casa tras el alta hospitalaria (drenajes...)	I	I	I				
	Comunicación de noticias adversas	I	I	I				
	Autocontrol emocional	I	I	I				
	Manejo de situación de duelo	I	I	I				
H-0304	Cuidados en técnicas intervencionistas radiológicas	D	I	I				
H-0298	Capacidad de detección y gestión del síndrome del burn-out derivado del contacto con la patología	D	D	I				

CODIGO	COMPETENCIAS	FASE A avanzado	FASE B optimo	FASE C excelente	perfil excelencia			
	ACTITUDES				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				

A-0000	Orientación al usuario	I	I	I
A-0027	Orientación al cliente interno y externo	I	I	I
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares (receptividad e inquietudes y necesidades del enfermo y familia) *Relación con A-0027	I	I	I
	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I
	Flexible, adaptable al cambio, accesible	I	I	I
	Honestidad, sinceridad	I	I	I
	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I
	Positivo	I	I	I
	Sensatez	I	I	I
	Discreción	I	I	I
	Autocontrol, autoestima, autoimagen	I	I	I
	Resolutivo	I	I	I
	Juicio crítico	I	I	I
	Visión de futuro	I	I	I
	Flexibilidad y tolerancia	I	I	I
	Aprendizaje y mejora	I	I	I
	Responsabilidad	I	I	I
	Discreción	I	I	I
	Colaboración	I	I	I
	Orientación al cliente respecto a sus derechos	I	I	I
	Creatividad	D	I	I
	Colaborador, cooperador	D	I	I
	Dialogante, negociador	D	I	I
	Asumir compromisos	D	I	I
	Disponibilidad	D	I	I
	Generar valor añadido a su trabajo	D	D	I

BIBLIOGRAFÍA

1- Gálvez Daza Purificación et al. Plan integral de Oncología de Andalucía 2002/2006. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.
2- González Carrión P. Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias. Nure Investigación, 2005 junio; 16:1-15
3- Martínez Ibáñez MA. Cuidados de Enfermería del niño oncológico y su familia. Enferm Univ Albacete, 1997 oct; 7: 40-45.
4- Sociedad Española de Oncología Pediátrica. Registro Nacional de Tumores Infantiles, periodo 1980-2002. Palma de Mallorca: RNTI-SEOP, 2003.
5- Colomer Revuelta J et all. Salud en la Infancia. Gac. Sanitaria, 2002 may; 18 (supl 1):39-46.
6- Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión Clínica: Conceptos y metodología de implantación. Rev. Calidad Asistencial, 2002; 17(5):305-311
7- Sanabria Triana L et all. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev. Cubana Educ. Med. Super, 2002; 16(4):1-6
8- Romero Carrascosa A et all. Cuidados sanitarios telefónicos en una consulta externa de oncología pediátrica. Enfermería Oncológica, 2000; 5:20-23.
9- Cidoncha Moreno MA, Campo Martínez C. Evolución del Rol del supervisor de enfermería hacia el gestor de cuidados. Metas de Enfermería, 2006 abr; 9(3):8-12.
10- Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ. Consulta de enfermería para pacientes crónicos. Rev. Rol Enfermería, 2001; 24(6): 467-471.
11- Torres Pérez L. Gestión de la información del servicio de cuidados críticos y urgencias: Hacia un modelo de gestión de casos. Rev. Tempus Vitalis, 2005; 5(1):14-21.
12- Hueso Montero, C. Gestión de casos: utilidad y efectividad, un ejemplo de pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva. Evidentia 2004 ene-abr; 1(1). En: http://www.index-f.com/evidentia/n1/9articulo.php. [Consultado el 14-01-2006]
13- González Gutiérrez-Solana R. Experiencia en la implantación de un programa de gestión de cuidados. Enferm News, 2001 jun; 3(40):42-54
14- Pérez Cabeza FJ. La herramienta informática para la gestión de los cuidados en Andalucía: Diraya. En: VI Simposio internacional de diagnósticos de enfermería. Granada, Mayo 2006.
15- Rich Ruiz M. Resultados del uso de las taxonomías enfermeras con el programa Azahar. En: VI Simposio internacional de diagnósticos de enfermería. Granada, Mayo 2006.
16- Peña Tavera M. et al. Memoria Anual 2004 Hospital Virgen de las Nieves. Granada: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2005
17- Servicio Andaluz de Salud. Contrato Programa 2005-2008. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2006
18- Kérouac S et al. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 2005.
19- Davins Miralles J. et al. Experiencia del plan de mejora de la calidad del Centro de Salud La Mina (1989-2004). Atención primaria 2006 ; 38(9) : 501-505.

ANEXO I

CRONOGRAMA FORMACIÓN 2007

ACTUACION: FORMACION		ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
FORMACION CONTINUADA	JUICIO CLINICO												
	COMUNICACIÓN, ABORDAJE DE SITUACIONES DIFICILES												
	VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA												
	AUTOEVALUACIÓN POR COMPETENCIAS												
SESIONES CLÍNICAS	METODOLOGÍA ENFERMERA	TERCERA SEMANA	PRIMERA Y TERCERA SEMANAS	PRIMERA Y TERCERA SEMANAS	PRIMERA Y TERCERA SEMANAS	PRIMERA Y TERCERA SEMANAS	PRIMERA Y TERCERA SEMANAS			PRIMERA Y TERCERA SEMANAS	PRIMERA Y TERCERA SEMANAS	PRIMERA Y TERCERA SEMANAS	PRIMERA Y TERCERA SEMANAS
	MULTIDISCIPLINARES	SEGUNDA Y CUARTA SEMANAS	SEGUNDA Y CUARTA SEMANAS	SEGUNDA Y CUARTA SEMANAS	SEGUNDA Y CUARTA SEMANAS	SEGUNDA Y CUARTA SEMANAS	SEGUNDA Y CUARTA SEMANAS			SEGUNDA Y CUARTA SEMANAS	SEGUNDA Y CUARTA SEMANAS	SEGUNDA Y CUARTA SEMANAS	SEGUNDA Y CUARTA SEMANAS

ANEXO II

CRONOGRAMA 2007

ACTUACION		ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
DIFUSION	PRESENTACION D. ENFERMERIA. SUB. CUIDADOS.												
	PRESENTACION COMITÉ DIRECTOR.												
	PRESENTACION EN UNIDAD Y COPIA DEL PROYECTO.												
	PRESENTACIÓN COMISION DE AREA.												
	PRESENTACION DISTRITOS.												
SEGUIMIENTO	SUPERVISORES GENERALES.												
	AUDITORIA EQUIPO DIRECTIVO.												
OTROS	ADQUISICIÓN BIBLIOGRAFÍA.												
	ELABORACION PLAN FUNCIONAL PERSONALIZACIÓN.												
	SOLICITUD DE APLICATIVO INFORMATICO												
	CONSENSUAR Y ACTUALIZAR PROTOCOLOS.												