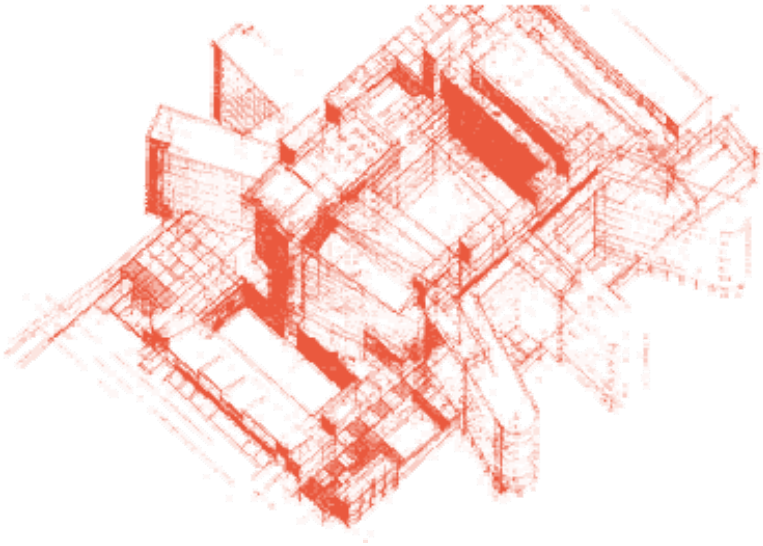
BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php

Cómo citar este documento

Aranda Salcedo, T. Cambio de modelo en la práctica de cuidados en la unidad de medicina interna del Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (1). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0214.php

CAMBIO DE MODELO EN LA PRÁCTICA DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO DE GRANADA



II CURSO DE EXPERTO UNIVERSITARIO EN GESTIÓN DE CUIDADOS

TOMÁS ARANDA SALCEDO

GRANADA

INDICE

1. **INTRODUCCIÓN**……..…….…….……..4

2. **GESTIÓN DEL CUIDADOS ENFERMEROS**……...……..……..……...8

3. **REFERENTES ESTRATÉGICOS PARA LA GESTIÓN DE CUIDADOS**. ……..…..10

4. **MARCO CONCEPTUAL. MODELO DE CUIDADOS**……..……12

5. **ÁMBITO DEL PROYECTO** ……..…….…….….…....16

   5.1. **Líneas estratégicas de los cuidados enfermeros en la Unidad**…….……16

   5.2. **Organización del cuidado**……..…….…….……17

   5.3. **Organización de la unidad**…….…….……18

6. **ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE PARTIDA (DAFO)**……...…..……..…..…19

7. **ESTRATEGIAS DERIVADAS DEL DAFO**……...……..…20

8. **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**……21

9. **CARTERA DE CLIENTES**…….…….…..……23

10. **CARTERA DE SERVICIOS UNIDAD DE MEDICINA INTERNA** …….…….…24

11. **PLAN OPERATIVO PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD**….……..29

    11.1 **Estrategias Culturales** …….…..29

    11.2 **Estrategias de Organización**…….….30

    11.3 **Estrategias Operativas**…….…….....…….…….31

12. **METODOLOGÍA DE IMPLANTACIÓN**……32

    12.1 **Plan operativo**…….32

    12.2 **Plan de Gestión**……..32

    12.3 **Plan de Comunicación**……...…35

    12.4 **Cronograma**……35

13. **SISTEMAS DE INFORMACIÓN BÁSICA PARA LA GESTIÓN DE CUIDADOS**...37

    13.1 **Cuadro de mando de Enfermería Financiero**……..37

    13.2 **Cuadro de mando de Enfermería de Satisfacción**…….……..38

    13.3 **Cuadro de mando de Enfermería de Proceso**…….…….39

13.4 Cuadro de mando de Enfermería de Desarrollo……40

13.5 Indicadores de Calidad…….……...……..41

14. MAPA DE COMPETENCIAS…….……..48

15. BIBLIOGRAFÍA……....…....49

16. ANEXOS…….....…50

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los servicios hospitalarios están organizados por especialidades médicas. En éstos, la enfermería cumple con unas normas, protocolos y registros en los que no se recogen los cuidados de enfermería que realmente se proporcionan a los pacientes.

La Unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario San Cecilio consta de tres salas (sala1, sala2, sala3) en la que los pacientes son ingresados por nivel de gravedad según valoración clínica: el ingreso de un paciente descompensado es en la sala 1. Una vez estabilizado médicamente, se traslada a cualquiera de las otras dos salas. En ambos casos, no se tiene en cuenta el nivel de cuidados de enfermería que precisa el paciente; la ratio enfermera-paciente es igual en las tres salas, con una dotación diaria por turno de: 3-2-2. Esto conlleva que las cargas asistenciales se descompensen con asiduidad y dicha ratio no sea la conveniente, generando malestar entre el personal de enfermería y potenciando el Síndrome de Burnout.

En los últimos años, los servicios sanitarios se han preocupado por optimizar sus resultados y aproximarse a las necesidades de los pacientes, así como a las de los profesionales. En este camino nos encontramos con:

- Unas necesidades y expectativas cada vez mayores de la población.
- Una práctica enfermera poco normalizada, con mucha variabilidad.
- Sistemas de información insuficientes y poco desarrollados para evaluar resultados de enfermería.
- Una continuidad de cuidados con áreas de mejora.

El II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (1) busca la mejora continua y la excelencia, y se posiciona al servicio de los ciudadanos-as; un servicio público que se esfuerza en garantizar la mejor atención posible y que aborda nuevos retos para asegurar la persistencia de un sistema sanitario público solidario, equitativo y sostenible.

Uno de los cinco procesos estratégicos de este Plan es Garantizar la Gestión de Calidad de los Servicios Sanitarios, profundizando en el desarrollo la *gestión clínica, la gestión por procesos y la gestión por competencias.*

La clasificación de pacientes por **Niveles de Cuidados de Enfermería** puede aportar:

- Una mejor identificación de la responsabilidad enfermera en su área de competencia: los cuidados.
- Un enfoque adecuado para responder a las demandas sociales, considerando los factores del entorno que incrementan las necesidades de cuidados.
- Una alternativa de gestión que contribuye al desarrollo profesional ya que se apoya en la evaluación de la práctica y en la evidencia de los resultados.
- Un modelo deseable desde el punto de vista ético, al retomar los fines del servicio enfermero cómo objeto de los recursos asignados, y motivador para los profesionales al proponer un mayor nivel de autonomía para la gestión de su actividad profesional.
- Ofrece a nuestros pacientes un servicio de ayuda efectivo para satisfacer sus necesidades, acorde con el conocimiento científico, la mejor evidencia disponible, a un coste individual y colectivo razonable. Implica la integración de la mejor práctica enfermera con el mejor uso de los recursos y también incorporación de los profesionales a la gestión de recursos para la práctica.
- La gestión de cuidados es una parte de la gestión clínica y tiene por objeto adecuar la oferta de cuidados a las necesidades.

Las bases conceptuales de la gestión clínica entroncan con los fundamentos éticos de la asistencia sanitaria de alcanzar la mayor excelencia profesional de los sanitarios, y de lograr los mejores cuidados sanitarios posibles para los enfermos. Es, por tanto, un compromiso ético establecer estrategias de mejora asistencial por parte de los sanitarios para obtener los mejores resultados asistenciales en los centros sanitarios, y por parte de los financiadores, fomentar y facilitar las innovaciones y los cambios con un mejor balance entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos (eficiencia).

Este estudio se hace desde el conocimiento de que la organización por niveles de cuidados enfermera optimiza la gestión de camas, la adecuación de la ratio enfermera/paciente y mejora la calidad de los cuidados que se aplican.

El objetivo principal sería:

Gestionar el cambio de un modelo de organización de cuidados tradicional a otro modelo de organización por niveles de cuidados de enfermería.

Mediante la implantación eficaz de los **planes de cuidados estandarizados**, siguiendo una metodología de trabajo, pretendemos **la normalización de los cuidados** basados en el método científico, uso de la **evidencia** disponible, garantizando la **continuidad asistencial** y con un **sistema de información** adaptado a las necesidades de pacientes y profesionales.

La forma en que se implante es importante para:

- Evitar que los profesionales lo vean como algo impuesto que les es ajeno a ellos
- Manifestar que sin su participación y/o colaboración es imposible mejorar nuestra práctica enfermera.
- Prevenir en la medida de lo posible la frustración mediante un planteamiento realista.
- Prever dificultades
- Vencer las resistencias al cambio

Este proyecto de gestión pretende **mediante la implantación de planes de cuidados estandarizados** ser una herramienta para ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en nuestra práctica diaria (efectividad), acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), con los menores inconvenientes y costes para el paciente y para la sociedad en su conjunto (eficiencia), siempre pensando que el ciudadano es el eje y principal protagonista del sistema.

La gestión clínica de los cuidados puede aportar (2):

- Una mejor identificación de la responsabilidad enfermera en su área de competencia: los cuidados.
- Un enfoque adecuado para responder a las demandas sociales, considerando los factores del entorno que incrementan las necesidades de cuidados.

- Una alternativa de gestión que contribuye al desarrollo profesional ya que se apoya en la evaluación de la práctica y en la evidencia de los resultados.
- Un modelo deseable desde el punto de vista **ético**, al retomar los fines del servicio enfermero cómo objeto de los recursos asignados, y motivador para los profesionales al proponer un mayor nivel de autonomía para la gestión de su actividad profesional.

2. GESTIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Objetivo: Ofrecer a nuestros pacientes un servicio de ayuda efectivo para satisfacer sus necesidades, acorde con el conocimiento científico, la mejor evidencia disponible, a un coste individual y colectivo razonable. Implica la integración de la mejor práctica enfermera con el mejor uso de los recursos y también incorporación de los profesionales a la gestión de recursos para la práctica.

La gestión de cuidados es una parte de la gestión clínica y tiene por objeto adecuar la oferta de cuidados a las necesidades.

Distinguimos tres niveles de gestión de cuidados (Gonzalo Jiménez, E.; EASP):

Individual

NIVEL	OBJETIVO	METODOLOGÍA
Cuidado individual	Excelencia en la atención a las necesidades del paciente	• Modelos de cuidados • Proceso enfermero • Evidencia sobre efectividad • Evaluación de resultados • Valores del cuidado

Asistencial

NIVEL	OBJETIVO	METODOLOGÍA
Gestión de procesos	Efectividad	• Organización del cuidado • Gestión del entorno • Normalización de procesos • Coordinación/continuidad • Prácticas clínicas avanzadas • Formación C. Investigación y mejora continua de calidad

Unidad

NIVEL	OBJETIVO	METODOLOGÍA
Gestión de recursos	Eficiencia	• Información agregada • NANDA-NIC-NOC • Medida de intensidad de cuidados • Evaluación coste/efectividad • Análisis de la utilización de recursos

La gestión por procesos (3) se conforma como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de *Calidad Total*, es decir, procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, las personas que prestan los servicios y el proceso asistencial en sí mismo. Supone el cambio de la organización en el sentido de implicar a las personas para mejorar los resultados de la misma.

La gestión por procesos se centra, pues, en una serie de elementos fundamentales como son:

- Enfoque centrado en el usuario.
- Implicación de los profesionales.
- Sustento en la mejor práctica clínica a través de guías de práctica y desarrollo de vías clínicas.
- Desarrollo de un sistema de información integrado.
- La continuidad de la atención, buscando una entrega de servicios única y coordinada.

La continuidad de cuidados, se entiende como el grado en que la asistencia que necesita el paciente, está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones y con relación al tiempo.

Eggland y Heinemann se refieren al proceso de continuidad de cuidados como la transferencia sin obstáculos del cuidado de una persona entre proveedores de cuidados.

The Joint Comisión define como objetivo de la continuidad de cuidados el

definir, dar forma y ordenar los procesos y actividades para potenciar al máximo la coordinación dentro de la continuidad asistencial.

3. REFERENTES ESTRATÉGICOS PARA LA GESTIÓN DE CUIDADOS

Misión: El Hospital Universitario San Cecilio forma parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Junto con los demás recursos sanitarios de su Área, ha de proporcionar asistencia sanitaria continuada, integral, personalizada y de calidad a las personas que la requieran.

Valores, como marco de referencia y fuerza integradora de toda la organización.

- Hospital **al servicio de los ciudadanos**, abierto a ellos, que son el centro del sistema, cuya finalidad es cubrir de forma adecuada, sus necesidades y demandas en materia de salud.
- Hospital cuyos profesionales son considerados como un grupo de individuos cuyas relaciones se basan en la confianza, la **competencia** y el **compromiso.**
- Hospital como organización moderna, con la finalidad de conseguir el más alto nivel de productividad, innovación y **eficiencia.**
- Hospital en el que el liderazgo se ejerce a todos los niveles de la Organización, siendo líderes facilitadores para la consecución de los objetivos del Hospital.
- Hospital donde **la calidad** se plantea como cultura asumida por toda la Organización, y que impregna todas sus actividades: calidad técnica, calidad de los profesionales, calidad percibida por los usuarios, calidad en las relaciones con los clientes internos, externos y proveedores, calidad y respeto por el medio ambiente y calidad para la acreditación de todas las actividades y funciones.

La organización del Hospital Universitario San Cecilio se fundamenta en un sistema de gestión, que se caracteriza por:

- **GESTIÓN POR PROCESOS:** entendidos como la "secuencia de actividades en las que intervienen personas, espacios y medios, que organizados de forma lógica y planificada nos llevan a conseguir el resultado deseado".
- Los Procesos asistenciales son el núcleo central de la actividad del Hospital, en torno a ellos giran todos los demás, y el resultado final deseado es la satisfacción de nuestros usuarios con máximos niveles de calidad y eficiencia.
- **ORGANIZACIÓN FLEXIBLE Y HORIZONTAL,** basada en Equipos de trabajo, Dirección por Objetivos y Competencias.

La Continuidad Asistencial es la base fundamental de una atención sanitaria de calidad: **Plan de Calidad** de la Consejería de Salud.

4. MARCO CONCEPTUAL. MODELO DE CUIDADOS

El **modelo** es la herramienta profesional previa a la gestión de cuidados, imprescindible **para lograr acuerdos** significativos sobre los cuidados. Proporciona un enfoque homogéneo y compartido para las decisiones sobre los cuidados. El modelo de cuidados que orientará los servicios de enfermería será el Modelo de Virginia Henderson.

Henderson define la función propia de la enfermera: «La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible» (7).

En todo modelo de enfermería, se deben explicar y relacionar entre sí los "elementos metaparadigmáticos", es decir, aquellos que articulan cualquier ordenación conceptual que pretenda explicar la naturaleza de la Enfermería (8). Estos elementos son:

- PERSONA: Un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales que debe satisfacer.
- SALUD: La equipara con la independencia para satisfacer las necesidades básicas.
- ENTORNO: Factores ambientales y socioculturales, reconoce su influencia sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que potencie su salud.
- ROL DE LA ENFERMERA: La enfermera debe enfocar toda su atención en las fuentes de dificultad, aquí es donde radican los orígenes del estado de dependencia que presente la persona y es hacia donde deben ir enfocados los cuidados, actuando según criterios de suplencia o ayuda (**rol independiente**); Además deberá atender a las manifestaciones de dependencia que presente el sujeto ya que no siempre es posible incidir directamente sobre las fuentes de dificultad. Parte de la actuación de la enfermera es también el papel de colaboración con otros profesionales (**rol dependiente o de colaboración**).

Concepto de Necesidad

Henderson postula que la persona forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales. Estas, implican determinadas “exigencias” fisiológicas y aspiraciones vitales para garantizar su bienestar y preservarse física y mentalmente (4).

Distinguió catorce necesidades fundamentales:

1. Respirar
2. Alimentarse e hidratarse
3. Eliminar
4. Moverse y conservar una buena postura.
5. Dormir y reposar
6. Vestirse y desnudarse
7. Mantener la temperatura corporal
8. Higiene y protección de la piel y las mucosas
9. Evitación de peligros
10. Comunicarse
11. Actuar según las creencias y valores propios
12. Preocuparse de su propia realización
13. Jugar/participar en actividades recreativas
14. Aprender

Cada una de estas necesidades está implicada en las distintas dimensiones del ser humano: biológica, social, psicológica y espiritual.

Continuum dependencia-independencia

La satisfacción de las necesidades fundamentales no es algo inamovible y estático. La persona está en permanente estado de equilibrio consigo mismo y con el entorno para mantener un adecuado estado de independencia. La dependencia surge cuando la persona necesita a otra para que le ayude, le enseñe lo que debe hacer para satisfacer una o varias necesidades.

Independencia: Capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades fundamentales, realizando las acciones adecuadas conforme a su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia: Ausencia de actividades por parte de la persona de cara a satisfacer sus catorce necesidades fundamentales. A su vez puede ser que se realicen acciones, pero inadecuadas o insuficientes.

Esto ocurre como consecuencia de la presencia de unos factores intrínsecos o extrínsecos que limitan o impiden a la persona la satisfacción de sus necesidades. Son lo que Henderson denomina Fuentes de dificultad:

1. **Falta de fuerza**: ausencia o déficit en la capacidad física, habilidades mecánicas, capacidad psíquica o la aptitud de la persona de llevar a término acciones…
2. **Falta de conocimientos**: sobre la propia salud, proceso de su enfermedad, del entorno, de los recursos de los que dispone…
3. **Falta de voluntad**: limitación de la persona para implicarse en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

La presencia de alguna o todas estas fuentes de dificultad ocasionará distintos grados de dependencia: desde la dependencia máxima hasta la independencia, pasando por varios estadios intermedios. Así, se establece un continuum dependencia-independencia en el que la persona se mueve a lo largo de su vida, en función de la edad, etapa del ciclo vital: infancia, adolescencia, madurez, vejez, muerte, o situaciones de crisis: problema de salud, parto, jubilación, duelo.

Independencia y autonomía

La Independencia representa el estado en el que la persona es capaz de responder de forma conveniente a la satisfacción de sus necesidades fundamentales, por medio de acciones o comportamientos adecuados que él mismo realiza o que otros realizan por él de forma habitual según su edad, sexo o situación de salud.

La autonomía la definen Luis Rodrigo et al como la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacerlas necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma. Según esta interpretación, toda persona que presente un déficit en su autonomía, requerirá un agente de autonomía asistida que le supla en la cobertura de necesidades básicas (5).

En aquellas situaciones en las que la persona no puede responder de otro modo al que lo hace, por más que se potencie la fuerza, el conocimiento o la voluntad, el rol de la enfermera se orienta hacia la suplencia (total o parcial), ya que la ayuda (es decir, promover la independencia) resulta imposible. A este respecto, es importante reseñar que hay que reevaluar permanentemente a la persona en búsqueda de posibles áreas de intervención en la fuerza, el conocimiento o la voluntad, que abriría nuevas posibilidades cuidadoras y evitaría "condenar" al paciente a la suplencia.

5. ÁMBITO DEL PROYECTO

La Unidad de MEDICINA INTERNA del Hospital Universitario San Cecilio de Granada.

La característica diferenciadora de esta Unidad de Enfermería (UE) frente a otras unidades es que mediante la **integración de espacios, profesionales y unidades de cuidados**, la UE alcanza una alta resolución en la atención de los diferentes procesos asistenciales, sea cual fuere el nivel de cuidados exigido y el área de conocimiento especializado implicado.

La unidad de medicina interna es un área asistencial con 55 camas y con capacidad para atender a pacientes con procesos críticos o cualquier otro proceso sea cual fuere su requerimiento de cuidados o rango de edad.

Es una unidad con una organización funcional y dinámica que debe permitir **adaptar los recursos humanos y técnicos** que posee a la demanda existente en cada momento a las necesidades de la persona, **evitando que esta cambie de ubicación física**. Por ejemplo, si el paciente necesita que se le realice una ecografía es el ecógrafo y el médico los que se desplazan hasta la habitación del paciente.

Esta alta **flexibilidad organizativa** obliga a mantener una gran coordinación entre los profesionales que en ella desarrollan su labor con el objetivo principal de asegurar la **atención integral** desde la perspectiva del paciente y la **continuidad asistencial** de cada uno de los pacientes ingresados allí.

5.1 Líneas estratégicas de los cuidados enfermeros en la Unidad

- Orientación al paciente/familia: personalización del cuidado y continuidad asistencial.
- Atención integral del paciente/familia
- Cuidados enfermeros de calidad: práctica clínica normalizada y basada en la evidencia disponible.

5.2 Organización del cuidado

- Portal Clínico: como sistema de información y registro (ANEXO 6).
- Asignación enfermera/paciente, lo que nos permite una personalización de los cuidados. El usuario tendrá asignada una enfermera responsable de su cuidado en todo el proceso asistencial.
- Valoración del paciente según las 14 necesidades de V. Henderson, esta valoración inicial se realizará en las primeras 24 horas tras el ingreso (ANEXO 5)
- Plan de cuidados estandarizados consecuentes con una metodología enfermera

    - Diagnósticos de enfermería: NANDA
    - Criterios de resultado: NOC
    - Intervenciones de enfermería: NIC

En los planes de cuidados estandarizados se definen las respuestas **tipo** de la persona, familia o comunidad a una situación y se especifica la responsabilidad y actuación de la enfermera para cada una de ellas.

La enfermera **"individualiza"** el plan estandarizado y lo adapta al paciente en cuestión, validando los diagnósticos preelaborados de manera que puede añadir nuevos diagnósticos o rechazar alguno establecido.

Informe de continuidad de cuidados (ICC), que se remite a la Enfermera Comunitaria de Enlace del Centro de Atención Primaria que corresponda, vía e-mail. A la vez que se le envía el e-mail, se le comunica por teléfono dicha alta (ANEXO 7)

Ratio enfermera-paciente según nivel de cuidados (17).

Niveles de cuidados (ANEXO 1):

- Amplios
- Medios
- Básicos

Estandarización de los planes de cuidados:

- Paciente pluripatológico.

- Cuidados Paliativos.
- VIH / Sida.
- Insuficiencia Renal Crónica / Diálisis.
- EPOC.
- ICTUS.
- Dolor Torácico: Tromboembolismo Pulmonar.
- Riesgo Vascular.

5.3 Organización de la unidad

La plantilla de personal de enfermería en la Unidad sería la siguiente:

Supervisores: 2

Total de Enfermeros: 34

Total de Auxiliares: 30

	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche
ENFERMEROS	**8**	**5**	**5**
AUXILIARES	**8**	**5**	**5**
CELADORES	**3**	**3**	**2**

*No incluyo plantilla de Celadores por no depender éstos directamente de Dirección de Enfermería, pero sí contabilizo los necesarios en cada turno.

6. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE PARTIDA RESPECTO A LA GESTIÓN DE CUIDADOS (DAFO)

Fortalezas

- Se adecua a las necesidades del paciente como centro del sistema.
- Motivación e Inquietud entre los Profesionales de enfermería.
- Programa de formación interna.
- Orientación al paciente de los profesionales.

Debilidades

- Estructura rígida organizativa.
- Distribución estructural de la Unidad (3 salas en dos niveles).
- Modelo biomédico.
- Formación actual de enfermera no orientada a práctica avanzada.
- Frecuentes incorporaciones de nuevo personal, con la dificultad de encontrar enfermeros especializados.

Amenazas

- Cambios demográficos y de morbilidad (cronificación de las enfermedades, cambios en la estructura tradicional de las familias...).
- Presión social, fuerte demanda asistencial.

Oportunidades

- Recursos tecnológicos y sistemas de información (Portal Clínico).
- Cambios en las demandas de los usuarios: mayor implicación en el proceso de toma de decisiones junto a los profesionales sanitarios, mayor demanda de información, comodidad en el uso de los servicios...
- Mayor coordinación con el equipo de AP (Enfermeras Comunitarias de Enlace), consensuando modelos de actuación con AP y mejorando los mecanismos de transmisión y recepción de información entre niveles asistenciales
- Continuidad de cuidados.
- Nuevo hospital.

7. ESTRATEGIA DERIVADA DEL DAFO

- ✓ La implantación de planes de cuidados estandarizados conllevaría una mejora de la calidad de los cuidados ya que evitaríamos la variabilidad en la toma de decisiones y facilitaría una continuidad de los cuidados.
- ✓ De manera posterior nos permitiría realizar un estudio donde demostrar que intervenciones son más efectivas.
- ✓ Los procesos asistenciales implantados en el hospital nos servirían para priorizar los planes de cuidados estandarizados a implantar.
- ✓ Los planes estandarizados se incluirían en el portal clínico al que tienen acceso todos los profesionales de enfermería y les facilitaría su trabajo diario al ser una herramienta de fácil manejo.
- ✓ Al estar los planes de cuidados estandarizados realizados por los propios profesionales implicaría un mayor reconocimiento profesional y compromiso de estos, los planes se realizarían de forma conjunta con AP.
- ✓ Realización de planes de cuidados adaptados a las características de la población que atendemos.

8. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Anual

- Consolidar de manera clara una dinámica de trabajo en equipo**,** facilitar la comunicación entre las distintas unidades.
- Coordinación eficaz con AP. Realización de al menos cuatro sesiones clínicas conjuntas (enfermeros de la unidad, supervisor, EEH y ECE).
- Asumir un enfoque enfermero tomando como guía el modelo de V. Henderson y trabajar con metodología, uso de sistemas estandarizados de lenguaje enfermero.
- Realización de planes de cuidados estandarizados del 100% de los procesos implantados en la Unidad.
- Personalización del cuidado: Asignación Enfermera Referente.
- Mejora de la continuidad de cuidados, coordinación interniveles (planes de cuidados realizados junto con AP) e interunidades.
- Realización del Plan de cuidados y del Informe de Continuidad de cuidados (ICC) por parte de la "enfermera responsable".
- Revisión del ICC junto con AP, formato y tiempo de recepción.
- Análisis y evaluación de las acciones educativas realizadas al paciente-familia.
- Análisis y evaluación de encuesta de satisfacción a los usuarios, valorar el impacto de la realización del plan de cuidados.
- Realización de encuesta de satisfacción profesional.
- Incluir en los Objetivos de la Unidad la realización de los planes de cuidados estandarizados.

Cuatro años

- Realización de planes de cuidados estandarizados que incluyan al 98% de los motivos de ingreso y diagnósticos más frecuentes.
- Proyecto de investigación: Evidencia de las intervenciones consideradas en los planes de cuidados.
- Satisfacción del personal.

9. CARTERA DE CLIENTES

El Hospital Universitario San Cecilio atiende a una población de 268.000 habitantes. El área de influencia de este hospital es la zona centro-oeste de la provincia de Granada siendo también hospital de referencia para el área hospitalaria de Motril al que corresponde la zona sur de la provincia.

Centros que integran el área hospitalaria:

- Hospital Universitario San Cecilio.
- Centro periférico de Especialidades del Zaidín.
- Centro periférico de especialidades de Loja.
- Comunidad Terapéutica de Alfacar.
- Unidad de Rehabilitación de Agudos.

Distrito Granada:

- Granada centro.
- Granada Sur-oeste.
- Zaidín centro.
- Zaidín sur.
- Bola de oro.

Distrito metropolitano:

- Alhama de Granada.
- Armilla.
- Churrina de la Vega.
- Huétor- Tajar.
- La Zubia.
- Loja.
- Valle Lecrín.

Clientes internos

Médico.

Enfermera de Enlace Hospitalaria (EEH)

Fisioterapeuta.

Trabajador Social.

Dirección de recursos humanos.

Dirección de comunicación y sistemas de información.

10. CARTERA DE SERVICIOS UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

- Complicaciones del estado de salud.
- Vigilancia y control del estado de salud.
- Administración de tratamientos.
- Abordaje de pruebas diagnósticas.
- Coordinación con otros profesionales: Fisioterapeutas, EEH, Médico y Trabajador Social.
- **Intervenciones** derivadas de problemas de colaboración, problemas de autonomía y de los Diagnósticos de enfermería más frecuentes (abordaje de respuestas humanas):

1. Necesidad Respiración

- Patrón respiratorio ineficaz.
- Limpieza inefectiva de las vías aéreas.
- Deterioro de la respiración.

2. Necesidad Alimentación -Hidratación.

- Desequilibrio nutricional por: exceso.
- Desequilibrio nutricional por: defecto.
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Deterioro de la deglución.
- Náuseas.
- Déficit de volumen de líquidos.
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos.
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.

3. Necesidad Eliminación

- Riesgo de estreñimiento
- Estreñimiento
- Deterioro de la eliminación urinaria
- Déficit de autocuidado: Uso de WC
- Diarrea
- Incontinencia fecal
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Incontinencia urinaria funcional

- Incontinencia urinaria refleja
- Incontinencia urinaria total
- Incontinencia urinaria de urgencia
- Riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo
- Retención urinaria

4-. Necesidad de Actividad. Movilidad.

- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Déficit de autocuidado: uso del WC.
- Deterioro de la deambulación.
- Riesgo de disfunción neurovascular periférica.
- Fatiga.
- Deterioro de la habilidad para la traslación.
- Intolerancia a la actividad.
- Riesgo de intolerancia a la actividad.
- Deterioro de la movilidad en la cama.
- Deterioro de la movilidad física.

5. Necesidad de dormir y reposar.

- Deterioro del patrón del sueño.
- Deprivación de sueño.

6. Vestirse y desnudarse.

- Déficit de autocuidado: vestido/ acicalamiento.

7. Necesidad de mantener temperatura corporal.

- Hipotermia.
- Hipertermia.

8. Higiene y protección de piel y mucosas.

- Deterioro de la integridad cutánea.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad tisular.
- Déficit de autocuidado: baño/ higiene.

9. Necesidad Percepción. Cognición. Desarrollo

- Baja autoestima crónica.
- Baja autoestima situacional.
- Riesgo de baja autoestima situacional.
- Confusión aguda.
- Confusión crónica.
- Desatención unilateral.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Deterioro de la memoria.
- Trastorno de la percepción sensorial (especificar).
- Trastorno de los procesos del pensamiento.

10. Necesidad Estado Emocional

- Deterioro de la Adaptación.
- Aflicción Crónica.
- Afrontamiento Defensivo.
- Afrontamiento inefectivo.
- Ansiedad.
- Ansiedad ante la muerte.
- Conflicto de decisiones.
- Desesperanza.
- Duelo anticipado.
- Duelo disfuncional.
- Negación ineficaz.
- Sufrimiento espiritual.
- Riesgo de sufrimiento espiritual.
- Temor.

11. Necesidad Relaciones

- Afrontamiento familiar comprometido.
- Afrontamiento familiar incapacitante.
- Aislamiento social.
- Deterioro de la comunicación verbal.

- Deterioro de la interacción social.
- Deterioro parental
- Patrón sexual inefectivo.
- Cansancio del rol del cuidador.
- Riesgo de cansancio del rol del cuidador.

12. Necesidad Seguridad

- Riesgo de asfixia.
- Riesgo de aspiración.
- Riesgo de caídas.
- Dolor agudo.
- Dolor crónico.
- Riesgo de infección.
- Riesgo de lesión
- Deterioro de la mucosa oral.
- Protección inefectiva.
- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.
- Riesgo de traumatismo.

13. Necesidad Cuidados de la Salud (Aprender)

- Conductas generadoras de salud.
- Conocimientos deficientes.
- Incumplimiento del tratamiento.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Mantenimiento inefectivo de la salud.

14. Necesidad de participar en actividades recreativas.

- Interrupción de los procesos familiares.
- Déficit de Actividades recreativas.

11. PLAN OPERATIVO PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Estrategia

Mediante la implantación de **planes de cuidados estandarizados** se pretende dar unos cuidados de enfermería de calidad que den satisfacción a las expectativas de los usuarios, mejora de la práctica enfermera y satisfacción de los profesionales.

La **gestión por procesos asistenciales** es la base de los nuevos modelos de gestión de la calidad, siendo indispensable incorporar a ellos la práctica enfermera.

Es preciso prevenir la variabilidad de la asistencia. Para ello se considera conveniente implantar **la normalización en la práctica enfermera**, mediante el establecimiento de un lenguaje común y una metodología homogénea que facilite la identificación de las intervenciones a aplicar a un paciente concreto, familia y comunidad.

Esto además debe permitir aumentar la eficiencia en los resultados.

Se mejora la práctica enfermera asumiendo las recomendaciones basadas en la **evidencia** sobre la base del conocimiento científico actual.

Es fundamental garantizar la **continuidad asistencial** para evitar las consecuencias de una atención fragmentada y compartimentada (6).

Claves Estratégicas

11.1. Estrategias culturales

Los aspectos culturales son especialmente importantes para involucrar a toda la organización en el proceso de cambio. Es fundamental comprender que hace falta el esfuerzo, la colaboración y el compromiso de todos y cada uno de los miembros de la organización para garantizar el éxito del proyecto (7). Las actuaciones básicas en el ámbito cultural son:

• Identificar los nuevos valores asociados al cambio e introducir los dispositivos oportunos para crear la cultura operativa específica que exige el proyecto: Normalización de la práctica enfermera, EBE (enfermería basada en la evidencia), metodología de trabajo fundamentada en el método científico.

También es importante mantener y reforzar aquellos valores anteriores que influirán de manera positiva para realizar el cambio.

• Personalizar el cambio**,** de manera que cada profesional conozca las ventajas y dificultades que se producirán en su trabajo. Es muy útil para todos conocer de antemano los problemas que surgirán, la duración prevista

de la fase de adaptación, y cómo puede cada uno ayudar a superar las dificultades y mantener las ventajas.

Así mismo, es conveniente establecer acciones dirigidas a vencer la resistencia al cambio de las personas.

- Información: Comunicación exhaustiva y precisa a todos los profesionales implicados.
- Participación: Generar necesidad de trabajo en equipo y de sentimiento hacia la Institución.
- Escucha de los datos, emociones y miedos.
- Tranquilizar, crear clima de confianza, plantear positivamente el cambio.
- Obtener ideas, analizarlas y canalizarlas.
- Formación.
- Feedback, información sobre los pasos y medidas tomadas.
- Refuerzo: reconocimiento basado en los datos existentes.
- Creer en uno mismo: autoestima

• Asegurar la efectividad de los agentes del cambio mediante un liderazgo adecuado y un fuerte compromiso de los líderes con el cambio.

El agente del cambio es el "promotor" del cambio, debe ser alguien "de dentro de la organización".

• Garantizar la coherencia entre lo que se dice en el plan y lo que se aplica en la realidad cotidiana. La coherencia es percibida por las personas y supone un estímulo para los profesionales implicados en un proyecto, pues da sentido a su trabajo (8)

11.2. Estrategias de organización

En este ámbito, lo más importante es conseguir que las particularidades de la organización no bloqueen el cambio. Las actuaciones básicas para implantar el cambio son:

• La motivación de las personas que necesariamente van a tener que implicarse es muy importante. En este sentido, es muy útil identificar y tratar de neutralizar los elementos que han hecho fracasar experiencias anteriores de reformas y cambios. También es

conveniente no inducir falsas expectativas en las personas que tendrán que involucrarse directamente.

• Identificar las barreras que eventualmente pueden frenar el cambio y adoptar las medidas necesarias para neutralizar la “cultura discrepante con el cambio”.

11.3. Estrategias operativas

Lo más importante es obtener la participación de todos los implicados en el cambio. Las actuaciones básicas en el nivel operativo son:

• Al diseñar los planes de cuidados es necesario hacerlos lo más operativos posible, eliminando todo aquello que no aporte valor.

• Establecer una estructura de comunicación y coordinación eficaz.

• Elaborar un cronograma de implantación, adecuando los recursos disponibles a las expectativas de cambio.

• Aportar todos los recursos necesarios para garantizar el éxito de la implantación.

• Adaptar los sistemas de información.

12. METODOLOGÍA DE IMPLANTACIÓN

12.1 Plan Operativo

En el que estará definida la participación de cada profesional.

- Para el diseño de los planes de cuidados estandarizados (9) se crearán 2 grupos de trabajo de 7-8 personas. Se definirá una persona responsable de cada grupo, así como los recursos materiales y humanos (facilitar los horarios para las reuniones del equipo…). Dentro del grupo la supervisora tendrá una labor de soporte (de colaboración o facilitadora en caso de petición del grupo).
- *Grupo de "expertos"*: Se elegirá para cada grupo profesionales con amplia experiencia, que atiendan a los pacientes implicados y que se encuentren motivados con la realización de este proyecto. Dicho grupo estará compuesto por enfermeros de AP y especializada.
- *Grupo de "evidencia"*: dedicado a la revisión de la evidencia científica disponible. Se incorporará el uso de Mapas de cuidados, vías críticas (como instrumentos de mejora en la coordinación de la asistencia), en caso de no disponer de evidencia, o que ésta no sea suficientemente concluyente, la descripción de actividades y sus características de calidad se basará en consensos, recomendaciones de expertos, etc.
- Metodología de trabajo fundamentada en el método científico.
  En caso necesario se facilitará a los profesionales formación específica sobre el plan de cuidados.
- Se establecerá un cronograma con las reuniones y la asignación de tareas dentro del grupo.
- Análisis de valor: con el fin de operativizar al máximo los planes de cuidados y eliminar en lo posible todo aquello que no aporte valor.
- Seleccionar los planes: Criterios de priorización
  - Procesos asistenciales
  - Prevalencia
  - Casuística frecuente
  - Impacto social (malos tratos...)
  - Aportar valor añadido (Duelo…)
  - Grado de dificultad (por problemas de coordinación o por dificultad de resolución en el hospital).
- Definición de recursos necesarios para la implantación: equipos informáticos, horas

de formación...

En esta primera fase, se realizará un taller en el que se dará a conocer:

- Razones para la estandarización de los planes de cuidados.
- La metodología del diseño de los planes de cuidados.
- La estrategia para su implantación.
- Desarrollo de un diagrama de afinidad, (donde los profesionales expresen muchas ideas que después se irán agrupando), después se pedirá a que los integrantes del grupo que identifiquen y prioricen los problemas para la implantación y desarrollo del proyecto, proponiendo soluciones y priorizándolas para facilitar su abordaje (grupo nominal).

- Se anunciará oficialmente la fecha de inicio de la implantación y prueba piloto: 3 sesiones en 1 semana para poder llegar a todos los profesionales independientemente del turno.
- Inclusión en el portal clínico del plan de cuidados.
- Pilotaje durante 3 meses.
- Tutelaje de la prueba piloto.

- Resolución de las dudas y problemas que puedan surgir siete meses.

12.2 Plan de gestión

En el grupo responsable de la implantación deben encontrarse miembros del grupo de diseño, ya que son profesionales motivados y que poseen el mayor conocimiento del plan de cuidados que han elaborado. Como agentes del cambio es deseable que estos profesionales posean un liderazgo fuerte entre la enfermería.

Dentro de cada grupo existirá un responsable.

Es imprescindible lograr un elevado grado de implicación y apoyo de los Directivos (Dirección Gerencia y Dirección de Enfermería) en la estrategia de implantación mediante acciones informativas y vinculación de los resultados al sistema de incentivos.

Definición de necesidades de formación de los profesionales, es necesario identificar las necesidades de formación existentes para la correcta implantación de los planes de cuidados, una vez establecidas dichas necesidades, se diseñará el Plan de Formación adecuado para satisfacer cada una de ellas, intentando que éste sea lo más personalizado

posible.

Formación de los profesionales (10, 11):

- En actualización de conocimientos (efectividad).
- Metodología científica, para que adquieran la base metodológica que les facilite el cuidado de los pacientes.
- Incorporación de modelos conceptuales enfermeros, que orienten y dirijan la organización de asistencia enfermera

La formación debe verse como un instrumento de motivación

Diseño de indicadores de impacto: es fundamental vigilar el impacto que tiene la nueva forma de trabajo sobre la eficiencia, la calidad, la satisfacción de clientes y de profesionales, etc.(estos indicadores se definirán según cada plan de cuidados)

Consolidación de los planes de cuidados: Se trata de dar a conocer los resultados y ventajas obtenidas con dicha implantación.

- Diseñar el Plan de seguimiento y de evaluación del proceso.
- Realizar un Cronograma de actividades, tiempos, etc.
- Creación de Grupos de Mejora
- Determinar acciones adicionales de refuerzo y llevarlas a cabo.
- Comunicación trimestral de resultados a los profesionales
- Reconocimiento a todos los profesionales responsables de la implantación.
- El grupo de mejora analizará y evaluará la información disponible así como definirá las líneas directrices para la reorientación de la práctica clínica hacia la consecución de los objetivos.

12.3 Plan de comunicación

Para transmitir la nueva filosofía y el modo en que va a llevarse a cabo la implantación, es fundamental en esta fase definir un Plan de Comunicación, que sería responsabilidad de la Dirección de Enfermería, y que debe contemplar:

- Acciones de comunicación sobre la marcha del proyecto
- Acciones de comunicación entre los profesionales implicados en los planes.
- Acciones de comunicación con los profesionales no implicados.

Los canales de comunicación a elegir serán: información vía e-mail, reuniones

informativas periódicas, sesiones de formación continuada, así como información personalizada, ya que debemos procurar que sea lo más fluida posible.

12.4 Cronograma

- Debe establecerse una serie de criterios de priorización para la implantación y, en virtud de los mismos realizar un cronograma razonable y realista.
- Los criterios de priorización pueden definirse en función de los recursos disponibles para la implantación, del impacto previsto sobre el cliente, del impacto previsto sobre la satisfacción de profesionales...
- La duración prevista para el proceso completo será de un año.

CRONOGRAMA

MES	ENER	FEB	MARZ	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC
Información Direcc. de Enfermería												
Constituir grupo de expertos y de evidencia												
Fase de diseño												
Definir y facilitar recursos humanos y materiales												
Información Personal de la Unidad												
Información personal resto de unidades												
Información Supervisores												
Actividades de Formación												
Fase de implantación												

Inclusión del Plan en Portal Clínico												
Fase de pilotaje												
Resolución de dudas y problemas												
Acciones informativas sobre la marcha del proyecto												
Fase de evaluación												
Comunicación de los resultados												
Plan de seguimiento, creación Grupo de Mejora												

13. SISTEMAS DE INFORMACIÓN BÁSICA PARA LA GESTIÓN DE CUIDADOS

Los sistemas de información son las herramientas que nos van a permitir la adecuada toma de decisiones en cuanto planificación, evaluación y la reorientación de la práctica del cuidado desde una gestión orientada a resultados, incorporando los elementos necesarios que garanticen una práctica profesional encaminada hacia la mejora de la calidad y efectividad.

La definición de un CMBDE nos va a permitir disponer de la información necesaria para orientar la práctica enfermera hacia la consecución de los objetivos.

Cuadro de mando de Enfermería

El cuadro de mando de enfermería se estructura en cuatro apartados (12):

- **Financiero**: relacionadas con los recursos tanto humanos como materiales.
- **Satisfacción**: relacionadas con las expectativas, satisfacción, participación, accesibilidad de los usuarios.
- **Proceso**: que añaden valor al cliente interno y externo
- **Desarrollo:** Capacidad de la institución y profesionales de crecimiento y aprendizaje continuo.

13.1 FINANCIERO

ITEM	FUENTE DE CAPTURA
% de absentismo	RRHH
% de cobertura	RRHH
Nº de días de permiso remunerado	RRHH
Nº de accidentes laborales	Medicina Preventiva
Gasto mensual de material fungible	U. Económico-financiero
Evolución de los pactos de consumo	U. Económico-financiero
Ocupación diaria	CMBD
Pacientes atendidos	CMBD

13.2 SATISFACCIÓN

ITEM	FUENTE DE CAPTURA
Nº de reclamaciones por trato	Gestión Usuario
Nº de felicitaciones recibidas	Gestión Usuario
% encuestas satisfacción realizadas	Gestión Usuario
Nº de cuidadoras que reciben formación	Historia Clínica / ICC
Personalización de la atención	H. Clínica/ I. Supervisor
Grado de satisfacción con la información recibida durante la hospitalización	Encuesta satisfacción
Conocimiento de la enfermera responsable por parte del paciente	Encuesta satisfacción
Conocimiento del usuario sobre su proceso y cuidados al alta	Encuesta satisfacción

13.3 PROCESO

ITEM	FUENTE DE CAPTURA
Nº de pacientes a los que se ha aplicado el protocolo de acogida	H. Clínica
Cumplimentación del registro de valoración al ingreso en las primeras 24 horas	H. Clínica/ I. Dirección Enfermería
% de cumplimentación de los registros de enfermería	H. Clínica/ Auditoria
% de infecciones por sondaje vesical	Medicina Preventiva
% de infecciones por flebitis	Medicina Preventiva
Nº de úlceras por presión	H. Clínica/ I. Supervisor
Nº de sesiones de enfermería realizadas sobre trabajo enfermero	Actas de sesiones/ I. Supervisor
Nº de planes de cuidados implementados	I. Supervisor
Impacto de la formación en metodología	Encuesta de satisfacción profesional

enfermera	
Diagnóstico médico al ingreso	CMBD
Diagnósticos de Enfermería	H. Clínica
Intervenciones enfermeras realizadas	H. Clínica
Reingresos	CMBD
Planes de cuidados individualizados	H. Clínica/ I. Dirección Enfermería
Reuniones de la Comisión de continuidad de cuidados de área	Actas sesiones
Nº de Informes de Continuidad de Cuidados enviados a AP	ARCHINET

13.4 DESARROLLO

ITEM	FUENTE DE CAPTURA
Nº de enfermeras formadas en metodología enfermera	U. Formación al Profesional
Nº de trabajos de investigación realizados	I. Dirección de Enfermería/ Comisión de Investigación
Nº de personas que han asistido a actividades científicas	U. Formación al Profesional
Nº de protocolos revisados y actualizados	I. Supervisor
Nº de planes de cuidados realizados	I. Dirección de Enfermería
Nº de sesiones realizadas sobre gestión de casos	I. Supervisor

13.5 INDICADORES DE CALIDAD

Definir el indicador nos va a permitir de una forma cuantitativa conocer el grado de consecución del mismo (13).

Nombre del Indicador:	**Procedimientos enfermeros aprobados**
Justificación	Unificar criterios que permitan disminuir la variabilidad en la practica clínica para mejorar el aprovechamiento de los recursos, del tiempo, la seguridad de los profesionales y sirvan de orientación al personal de nueva incorporación
Fórmula	Nº de procedimientos validados y aprobados/ Nº de procedimientos pactados en objetivos x 100
Fuente de datos	I. Supervisor
Estándar	100% de los pactados
Comentarios	Cada unidad tiene que identificarlos y pactar previamente a la firma de objetivos

Nombre del Indicador:	**Planes de cuidados estandarizados de los procesos implantados en el hospital**
Justificación	Normalización de los cuidados enfermeros y basados en la evidencia disponible
Fórmula	Nº de Planes de Cuidados estandarizados realizados / Nº de procesos implantados en el Hospital x 100
Fuente de datos	CMBDE
Estándar	100%
Comentarios	

Nombre del Indicador:	Planes de cuidados estandarizados que siguen recomendaciones de guías de práctica clínica
Justificación	Identificar en los planes de cuidados las intervenciones realizadas junto con su nivel de evidencia
Fórmula	Nº de Planes de cuidados estandarizados basados en guías de práctica clínica / Nº total de planes de cuidados estandarizados realizados
Fuente de datos	I. Supervisión/ Grupo de evidencia
Estándar	
Comentarios	

Nombre del Indicador:	% de pacientes con plan de cuidados individualizado
Justificación	La misión de los servicios de enfermería es identificar respuestas del individuo/familia con su situación de salud, e intervenir sobre ellos mediante acciones específicas de ayuda, integrados en un plan de cuidados adaptado a las necesidades individuales
Fórmula	Nº de pacientes con Plan de cuidados individualizado/ Nº de pacientes atendidos en la Unidad x 100
Fuente de datos	CMBDE
Estándar	100%
Comentarios	La enfermera “individualiza” el plan estandarizado y lo adapta al paciente en cuestión, validando los diagnósticos preelaborados de manera que puede añadir nuevos diagnósticos o rechazar alguno establecido.

Nombre del Indicador:	% de pacientes con Informe de Continuidad de Cuidados al alta
Justificación	El alta hospitalaria de un paciente, no siempre supone el final del proceso de atención sanitaria, por lo que el ICC

	constituye una herramienta básica para garantizar la continuidad de los cuidados
Fórmula	Nº de ICC emitidos/ Nº de altas (excluidos éxitus) x 100
Fuente de datos	Historia Clínica
Estándar	> 90%
Comentarios	Los ICC se enviarán a la ZBS en menos de 24-48 horas

Nombre del Indicador:	**% de pacientes con Valoración en las primeras 24 horas**
Justificación	Al ingreso la enfermera debe valorar la situación del paciente según las 14 necesidades y nivel de cuidados que precisa
Fórmula	Nº de pacientes con valoración realizada en las primeras 24 h / Nº total de pacientes ingresados en UE x 100
Fuente de datos	Historia Clínica
Estándar	A todos los pacientes que ingresen en la Unidad se les realizará Valoración inicial en las primeras 24 h.
Comentarios	Mediante la valoración la enfermera identifica necesidades alteradas o manifestaciones de dependencia

Nombre del Indicador:	**Grado de personalización de la atención**
Justificación	Es preciso la asignación enfermera/paciente para responder a las expectativas del paciente y la satisfacción del propio profesional
Fórmula	Nº de no divergencias entre la enfermera que realiza la valoración y la que firma el ICC /Nº total de ICC emitidos.
Fuente de datos	H. Clínica/ I. Supervisor
Estándar	95%
Comentarios	Mediante la asignación de una “enfermera responsable” evitamos la despersonalización de los cuidados, facilitando la identificación de la enfermera por parte del paciente y de responsabilidades

Nombre del Indicador:	Intervenciones de educación sanitaria al paciente/familia
Justificación	Al desarrollar actividades educativas contribuimos a conseguir o mantener la salud del paciente/familia
Fórmula	Nº de pacientes que reciben educación sanitaria/ Nº total de pacientes ingresados x 100
Fuente de datos	H. Clínica/ ICC
Estándar	100%
Comentarios	Facilitamos un clima de confianza, incremento de la satisfacción del paciente y del cuidador, así como su implicación en el cuidado

Nombre del Indicador:	Grado de satisfacción del usuario con los cuidados enfermeros
Justificación	El grado de satisfacción del usuario nos facilitará conocer si los servicios enfermeros se adecuan a las necesidades de los usuarios
Fórmula	
Fuente de datos	Estudio anual de satisfacción
Estándar	> 85%
Comentarios	Se valoran aspectos como: amabilidad /trato, información recibida, respeto intimidad, rapidez de respuesta a las necesidades del paciente, continuidad de la atención...

Nombre del Indicador:	Reclamaciones relacionadas con el trato enfermero
Justificación	Analizar la causa y establecer medidas correctoras
Fórmula	Nº de reclamaciones relacionadas con el trato enfermeros
Fuente de datos	U. G. Usuario
Estándar	Deseable: 0
Comentarios	

Nombre del Indicador:	Grado de satisfacción de los profesionales con el empleo de planes de cuidados estandarizados
Justificación	Conocer si los planes se adecuan a las expectativas de los enfermeros, y en su caso detectar problemas o reticencias existentes
Fórmula	
Fuente de datos	Encuesta de satisfacción de profesionales
Estándar	
Comentarios	Se evaluarán aspectos sobre si la metodología les parece adecuada, si los planes son realistas y se adecuan a los problemas del paciente, si son ágiles en su realización, si la implantación les pareció apropiada, si dispusieron de toda la información necesaria, si los problemas que surgieron durante la implantación se solucionaron eficazmente...

Nombre del Indicador:	Incidencia de UPP
Justificación	Las UPP constituyen un grave problema sanitario que conllevan un sufrimiento al paciente y prolongan la hospitalización y aumentan los costes.
Fórmula	Nº de úlceras de nueva aparición/ Nº total de enfermos ingresados x 100
Fuente de datos	CMBDE
Estándar	5%
Comentarios	Un bajo índice de aparición de UPP es sinónimo de buenos cuidados de enfermería

Nombre del Indicador:	Incidencia de Infección por Sondaje Vesical
Justificación	El sondaje vesical es una de las causas más frecuentes de ITU
Fórmula	Nº de pacientes con infección urinaria tras sondaje vesical/ Nº total de pacientes sondados x 100

Fuente de datos	Historia Clínica / Medicina Preventiva
Estándar	< 7%
Comentarios	Valorar la importancia de una técnica y cuidados adecuados para evitar infección nosocomial.

Nombre del Indicador:	**% de Flebitis**
Justificación	La aparición de flebitis produce dolor, riesgo de infección e incremento del coste de hospitalización
Fórmula	Nº de casos de flebitis/ Nº de pacientes con catéter venoso x 100
Fuente de datos	H. Clínica/ Medicina Preventiva
Estándar	< 5%
Comentarios	Flebitis: Dolor, eritema, induración y extravasación. Destacar la importancia de una técnica y cuidados adecuados para minimizar el riesgo de flebitis. (Si apósito intacto, cambio cada 72 h)

Nombre del Indicador:	**Tasa de caídas de los pacientes ingresados**
Justificación	Importancia de las consecuencias de las caídas: morbilidad e incremento de costes de la hospitalización
Fórmula	Nº de caídas producidas/ Nº de estancias x 100
Fuente de datos	B.D. Registro de caídas
Estándar	0%
Comentarios	Identificación de las causas de las caídas y la efectividad de las medidas preventivas

14. MAPAS DE COMPETENCIAS

La gestión por competencias es considerada como el proceso que optimiza la adecuación de las características personales (conocimientos, habilidades, actitudes, valores, etc.), a la efectividad de las actuaciones profesionales de las personas que forman parte de la organización.

Mediante la entrevista de evaluación del desempeño (herramienta diseñada para la mejora continua), se evalúan las actitudes consideradas clave la organización y se detectan necesidades competenciales, estableciéndose compromisos y planes de acción (acciones formativas, prácticas tutorizadas, etc.), para la adquisición y desarrollo de las mismas. (ANEXO 2, 3 y 4)

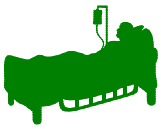
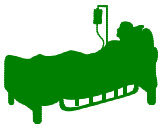
15. BIBLIOGRAFÍA

1. Procesos asistenciales. Resumen de la guía de diseño y evaluación. Consejería de salud. Junta de Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas.
2. Gonzalo Jiménez E. Gestión clínica de los cuidados enfermeros. Conclusiones al taller de trabajo. EASP- ANDE. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000
3. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2005. 78-82, 133-136.
4. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: CIE, 1971.
5. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento enfermero de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, 1998
6. Terol Fernández J. Continuidad de cuidados en el paciente crítico. Tempus Vitalis, 2001 Septiembre-Diciembre; 1 (1): 67-73.
7. Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. Revista de Calidad Asistencial, 2002; 17 (5): 305-311.
8. Pérez J, García J, Martín Tejedor. Gestión Clínica y metodología de implantación. Rev Calidad Asistencial, 2002; 17 (5): 305-11.
9. Plan de cuidados estandarizados. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas.

10. Morales Asencio JM. La valoración del enfermo crítico según el nivel de dependencia de enfermería. Enf. Clínica. 1997; 7 (1): 9-15.
11. Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. México: McGraw-Hill, 1999.
12. JCAHCO. Estándares de Acreditación de Hospitales. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian, 1997.
13. JCAHCO. Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial, 1991; 6(3): 65-74.
14. Morales Asencio, JM; del Río Urenda, S; Terol Fernández, FJ; Gonzalo Jiménez, E; Martín Santos, FJ; Morilla Herrera, JC. Ratios enfermera-paciente: revisión sistemática de los efectos del número de enfermeras sobre los pacientes, su contexto laboral y los resultados de los hospitales. Evidentia 2005 enero-abril;2(4). En: http://www.index-f.com/evidentia/n4/97articulo.php [ISSN: 1697-638X].

ANEXO 1 ORGANIZACIÓN POR NIVEL DE CUIDADOS

Nivel	Características	Ejemplos orientativos
CUIDADOS BÁSICOS SALA 1	Pueden comer de forma autónoma o con una pequeña ayuda. Se visten completamente solos o con una pequeña ayuda. No precisan cuidados especiales ni cura de ninguna lesión. Presentan control total de esfínteres o pérdidas muy ocasionales. Ocasionalmente precisan medidas higiénicas y/o farmacológicas para el sueño. Deambulan autónomamente, o precisan de ayuda parcial y colaboran. Se comunican o expresan normalmente. Adecuada orientación temporo-espacial. No presentan alteraciones sensoperceptivas Precisan Medicación Tópica/Oral, que toman de forma autónoma.	• Observación leve (dejar evolucionar) • Vísperas previstas de alta. 
CUIDADOS MÉDIOS SALA 2	Precisan de ayuda continua parcial en la alimentación. Precisan de ayuda continua parcial para vestirse y pueden colaborar en ello. Precisan de ayuda continua parcial y estímulo para la cobertura de necesidades de higiene, y en algunos casos colaboran. Requieren cuidados de la piel y superficie corporal, por presentar Úlceras por Presión de grados I y II. Pérdidas habituales o incontinencia total. Presentan trastornos del sueño frecuentes. Precisan de vigilancia y/o ayuda continua para la deambulación. Se comunican y expresan con problemas o dificultad. Presentan confusión y desorientación ocasional. Alteraciones de visión/audición y/o utilización de prótesis. Medicación vía parenteral, o que requiere preparación especial. Muestras de implicación familiar en los cuidados.	• Enfermedades crónicas: EPOC • Algunos ACVA
CUIDADOS AMPLIOS SALA 3	Requieren cuidados de la piel, por presentar UPP de grados III, IV y V. Presencia de incontinencias, sondaje vesical (permanente o intermitente), ostomía y/o fecalomas Problemas de comunicación. Confusión o desorientación manifiesta. Precisan Medicación Oral, Parenteral, Sueroterapia… Ayuda completa para la movilización Ayuda completa para la higiene Insomnio habitual Ayuda completa para la alimentación Ayuda completa para vestirse y desvestirse Escasa implicación familiar en los cuidados	• Frecuente observación. • Inconsciencia con estabilidad. 

ANEXO 2

MAPA DE COMPETENCIAS: SUPERVISOR		MEDICINA INTERNA						
COD	**CONOCIMIENTOS**	**Grado de desarrollo**			**Prioridad**			
		Óptimo	**experto**	**Excelent**	**1**	**2**	**3**	**4**
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	I	I				
C-0653	Conocimiento del contrato programa	I	I	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicación	D	I	I				
C-0174	Bioética	D	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (Educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0181	Deberes y derechos de los usuarios	I	I	I				
C-0053	Legislación laboral	D	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0082	Ingles nivel básico	D	D	I				
C-0656	Flujo de comunicación interniveles	I	I	I				
C-0614	Conocimiento de la cartera de servicios de la organización/institución a la que pertenece	D	I	I				
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores estándares, documentación Clínica, acreditación, guías práctica clínica)	D	I	I				
C-0551	Dispositivos y recursos disponibles del sistema según proceso: conocimiento cualitativo, cuantitativo y localización	D	I	I				
C-0032	Conocimientos de metodología de la investigación, nivel básico	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos en Gestión de Recursos	D	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria	I	I	I				
C-0643	Enfermería basada en la evidencia.	I	I	I				
C-0563	Protocolos, Procedimientos y Guías prácticas para la enfermera	D	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (Procedimientos, protocolos guias de práctica clínica, mapa de cuidados, planificación al alta e ICC)	I	I	I				
COD	**HABILIDADES**	**Grado de desarrollo**			**Prioridad**			
		Óptimo	**experto**	**Excelent**	**1**	**2**	**3**	**4**
H-0025	Liderazgo	I	I	I				
H-0055	Capacidad Docente	D	I	I				
H-0023	Capacidad para la toma de decisiones	D	I	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0014	Capacidad para asumir compromisos	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0035	Técnica de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar e incorporar adeptos y motivar	D	D	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0443	Capacidad de diseñar y utilizar mapas de competencias	D	I	I				
H-0024	Capacidad relación interpersonal (asertividad, empatía…)	D	I	I				
H-0335	Técnicas específicas según proceso	I	I	I				
H-0358	Elaboración planes de cuidados	I	I	I				
H-0064	Gestión de imprevistos	I	I	I				

H-0054	Informática nivel usuario	**D**	**I**	**I**				
COD	**ACTITUDES**	**Grado de desarrollo**			**Prioridad**			
		Óptimo	**experto**	**Excelent**	**1**	**2**	**3**	**4**
A-0035	Espíritu de superación	**D**	**I**	**I**				
A-0052	Visión de futuro	**D**	**D**	**I**				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	**I**	**I**	**I**				
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	**I**	**I**	**I**				
A-0050	Responsabilidad	**I**	**I**	**I**				
A-0007	Creatividad, innovador, flexible, mente inquieta	**D**	**I**	**I**				
A-0045	Colaborador y cooperador	**D**	**I**	**I**				
A-0043	Discreción	**I**	**I**	**I**				
A-0051	Sensatez	**I**	**I**	**I**				
A-0024	Juicio crítico	**I**	**I**	**I**				
A-0018	Honestidad, sinceridad	**I**	**I**	**I**				
A-0047	Generar valor añadido al trabajo	**I**	**I**	**I**				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	**D**	**I**	**I**				
A-0009	Dialogante y negociador	**I**	**I**	**I**				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos y responsabilidades	**I**	**I**	**I**				
A-0021	Humanista y sensibilidad social	**D**	**I**	**I**				
A-0032	Reconoce logros y asume errores	**I**	**I**	**I**				
A-0054	Acogedor (atención especial al inicio del proceso, primer contacto)	**I**	**I**	**I**				
A-0027	Orientación al cliente, respeto a los derechos del paciente	**I**	**I**	**I**				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	**I**	**I**	**I**				
A-0014	Facilitador	**I**	**I**	**I**				
A-0038	Resolutivo	**I**	**I**	**I**				
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de paciente y familia	**I**	**I**	**I**				
A-0017	Generador clima de confianza y seguridad	**I**	**I**	**I**				
A-0056	Amabilidad	**I**	**I**	**I**				
A-0057	Humanización de las capacidades científico-técnicas	**I**	**I**	**I**				
A-0048	Positivo (las cosas son posibles)	**D**	**I**	**I**				
A-0040	Orientación a resultados	**I**	**I**	**I**				
A-0059	Sentido de pertenencia a la organización e identificación con sus objetivos	**D**	**I**	**I**				

ANEXO 3

MAPA DE COMPETENCIAS: ENFERMERO

MEDICINA INTERNA

COD	CONOCIMIENTOS	Grado de desarrollo			Prioridad			
		Óptimo	experto	Excelent	1	2	3	4
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	I	I				
C-0608	Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso asistencial específico	I	I	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicación	D	D	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0171	Promoción de la salud (Educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0053	Legislación laboral	D	I	I				
C-0558	Cuidados enfermeros específicos según proceso	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0082	Ingles nivel básico	D	D	I				
C-0533	Conocimientos técnicas diagnóstico-terapéuticas de su ámbito de responsabilidad	I	I	I				
C-0614	Conocimiento de la cartera de servicios de la organización/institución a la que pertenece	D	I	I				
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores estándares, documentación Clínica, acreditación, guías práctica clínica)	D	I	I				
C-0506	Conocimiento manejo vías de admón. de fármacos (iv, sc…)	I	I	I				
C-0032	Conocimientos de metodología de la investigación, nivel básico	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos en Gestión de Recursos	D	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria	I	I	I				
C-0551	Dispositivos y recursos disponibles del sistema según proceso: conocimiento cualitativo, cuantitativo y localización	D	I	I				
C-0563	Protocolos, Procedimientos y Guías prácticas para la enfermera	D	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (Procedimientos, protocolos guias de práctica clínica, mapa de cuidados, planificación al alta e ICC)	I	I	I				
C-0570	Diagnósticos enfermeros e intervenciones según procesos	I	I	I				

COD	HABILIDADES	Grado de desarrollo			Prioridad			
		Óptimo	experto	Excelent	1	2	3	4
H-0357	**Elaboración diagnósticos de enfermería**	I	I	I				
H-0358	Elaboración planes de cuidados	I	I	I				
H-0373	Registros enfermería (Plan de acogida, Valoración Inicial,…)	I	I	I				
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas según proceso	I	I	I				
H-0335	Técnicas específicas según proceso	I	I	I				
H-0328	Aplicar medidas elementales para combatir efectos secundarios movilidad	I	I	I				
H-0412	Manejo adecuado técnicas de limpieza y asepsia y esterilidad	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0316	Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	I	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0049	Técnicas de Soporte Vital Básico	I	I	I				
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol de cuidador	I	I	I				
H-0023	Capacidad de toma de decisiones	D	I	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0399	Priorización de actuaciones	D	I	I				
H-0064	Gestión de imprevistos	D	I	I				

H-0024	Capacidad relación interpersonal (asertividad, empatía…)	**D**	**I**	**I**				
H-0031	Gestión del tiempo	**D**	**I**	**I**				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	**D**	**I**	**I**				
H-0026	Capacidad para delegar	**D**	**I**	**I**				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	**D**	**I**	**I**				
H-0055	Capacidad docente	**D**	**I**	**I**				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	**D**	**I**	**I**				
H-0012	Capacidad de motivar	**D**	**I**	**I**				
H-0413	Educación del paciente en manejo de su enfermedad y promoción autocuidado	**D**	**I**	**I**				
H-0087	Entrevista clínica	**D**	**I**	**I**				
H-0038	Técnica SVA: todas	**D**	**I**	**I**				
H-0298	Capacidad detección y gestión S. Bornout derivado contacto con patología	**D**	**I**	**I**				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir entornos de incertidumbre	**D**	**I**	**I**				
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular compromiso	**D**	**I**	**I**				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	**D**	**I**	**I**				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	**D**	**I**	**I**				
COD	**ACTITUDES**	**Grado de desarrollo**			**Prioridad**			
		Óptimo	**experto**	**Excelent**	**1**	**2**	**3**	**4**
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	**I**	**I**	**I**				
A-0027	Orientación al cliente, respeto a los derechos del paciente	**I**	**I**	**I**				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	**I**	**I**	**I**				
A-0040	Orientación a los resultados	**I**	**I**	**I**				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	**I**	**I**	**I**				
A-0018	Honestidad, sinceridad	**I**	**I**	**I**				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos y responsabilidades	**I**	**I**	**I**				
A-0051	Sensatez	**I**	**I**	**I**				
A-0043	Discreción	**I**	**I**	**I**				
A-0009	Dialogante, negociador	**I**	**I**	**I**				
A-0024	Juicio crítico	**I**	**I**	**I**				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	**I**	**I**	**I**				
A-0014	Facilitador	**I**	**I**	**I**				
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de paciente y familia	**I**	**I**	**I**				
A-0054	Acogedor (atención especial al inicio del proceso, primer contacto)	**I**	**I**	**I**				
A-0017	Generador clima de confianza y seguridad	**I**	**I**	**I**				
A-0056	Amabilidad	**I**	**I**	**I**				
A-0057	Humanización de las capacidades científico-técnicas	**I**	**I**	**I**				
A-0007	Creatividad, innovador, flexibilidad, mente inquieta	**D**	**I**	**I**				
A-0045	Colaborador, cooperador	**D**	**I**	**I**				
A-0038	Resolutivo	**D**	**I**	**I**				
A-0059	Sentido de pertenencia a la organización e identificación con sus objetivos	**D**	**I**	**I**				
A-0062	Enfoque integral, biopsicosocial del individuo	**D**	**I**	**I**				
A0013	Disponibilidad	**D**	**I**	**I**				
A0052	Visión de futuro	**D**	**I**	**I**				

ANEXO 4

MAPA DE COMPETENCIAS: AUXILIAR

MEDICINA INTERNA

COD	CONOCIMIENTOS	Grado de desarrollo			Prioridad			
		Inicio	Madurez	Excelent	1	2	3	4
C-0181	Derechos y Deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0659	Tecnologías para la información y las comunicación	D	I	I				
C-0383	Técnicas de limpieza y desinfección de instrumental, aparataje y superficies	I	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria	I	I	I				
C-0091	Soporte Vital Básico	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0082	Ingles nivel básico	D	D	I				
C-0651	Conocimientos básicos de calidad	D	I	I				
C-0032	Conocimientos de metodología de la investigación, nivel básico	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos en Gestión de Recursos	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	I	I				
C-0650	Metodología de cuidados nivel elemental	I	I	I				
C-0384	Administración Cuidados Básicos (alimentación, higiene, vestido, reposo-sueño, movilización, cuidados geriátricos)	I	I	I				

COD	HABILIDADES	Grado de desarrollo			Prioridad			
		Inicio	Madurez	Excelent	1	2	3	4
H-0022	Resolución de problemas	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía…)	D	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	I	I	I				
H-0411	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de procesos	D	I	I				
H0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir entorno de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular compromiso	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				

COD	ACTITUDES	Grado de desarrollo			Prioridad			
		Inicio	Madurez	Excelent	1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente, respeto a los derechos del paciente	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0040	Orientación a los resultados	I	I	I				

A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	**I**	**I**	**I**				
A-0018	Honestidad, sinceridad	**I**	**I**	**I**				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos y responsabilidades	**I**	**I**	**I**				
A-0051	Sensatez	**I**	**I**	**I**				
A-0043	Discreción	**I**	**I**	**I**				
A-0009	Dialogante, negociador	**I**	**I**	**I**				
A-0024	Juicio crítico	**I**	**I**	**I**				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	**I**	**I**	**I**				
A-0027	Orientación al cliente, respeto a los derechos del paciente	**I**	**I**	**I**				
A-0017	Generador clima de confianza y seguridad	**I**	**I**	**I**				
A-0056	Amabilidad	**I**	**I**	**I**				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	**D**	**I**	**I**				
A-0007	Creatividad, innovador, flexibilidad, mente inquieta	**D**	**I**	**I**				
A-0045	Colaborador, cooperador	**I**	**I**	**I**				
A-0038	Resolutivo	**I**	**I**	**I**				
A-0059	Sentido de pertenencia a la organización e identificación con sus objetivos	**I**	**I**	**I**				
A-0026	Positivo	**I**	**I**	**I**				
A-0052	Visión de futuro	**I**	**I**	**I**				

REGISTRO DE ENFERMERÍA

ANEXO 5

JUNTA DE ANDALUCIA — Servicio Andaluz de Salud — CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANCECILIO

UNIDAD DE ……..

Nombre y apellidos: ……...
Nº H. C.: …… Edad: ……
Nº S.S: …….
Fecha de ingreso: ……. Tfno: …….
País de origen: …….….. Nº de cama: …..……
ENFERMERA REFERENTE: ……

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERIA

Motivo de ingreso: ……. DIAG. MÉDICO: ……..……
Antecedentes de interés: ……..……..……
Alergias: ……..…… Peso: …… Talla: ……

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

SISTEMA RESPIRATORIO: Alterado: No ☐ Sí ☐ FR: …… SO_2 : …..… ☐ Cianosis Central

Disnea ☐ Tipo: …… Tos inefectiva ☐ Tos efectiva ☐ Aspecto secreciones: ……

Fuma: ☐ No ☐ Sí; Cantidad: ……. Oxígeno domiciliario ☐: ……. Nª Horas:.. …..

SISTEMA CIRCULATORIO: T/A: ..……/…..…. FC: …...lpm; Pulso: Rítmico ☐ Arrítmico ☐

Dolor Torácico ☐: Características: …… Sudoración profusa ☐ Cianosis periférica ☐ Palidez ☐

Portador de marcapasos ☐ ☐ Edemas: Localización……
Observaciones: ……

NECESIDAD DE NUTRICIÓN:

Autónomo para alimentación ☐ Dependiente ☐

Estado nutricional: …… Peso adecuado ☐ Exceso de peso ☐ Déficit de peso ☐

Prótesis dentales ☐ Ausencia de dentición ☐ Nauseas ☐ Vómitos ☐: ……Glucemia capilar:…. mg/dl

Alteración de la deglución ☐ ☐ Dieta oral, tipo: …… Nº comidas día: … Ingesta líquidos: …..…

☐ SNG ☐ Nutrición enteral, tipo:……..…. ☐ N. Parenteral: ……

HIDRATACIÓN DE PIEL Y MUCOSAS: Hidratadas ☐ Deshidratadas ☐

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Alteración urinaria: No ☐ Sí ☐ **Alteración intestinal**: No ☐ Sí ☐

-Patrón habitual eliminación urinaria…….. -Patrón habitual de eliminación fecal: ……..

-Características de la orina: ……. -Características de las heces: …….…….

☐ Disuria ☐ Polaquiuria ☐Oliguria ☐ Productos patológicos en heces: ☐ sangre ☐ moco ☐ pus

☐ Sonda vesical tipo: ……nº…… -Otros: ……

☐ Incontinencia ☐ ocasional ☐ siempre ☐ pañal

☐ Urostomía ☐ se autocura ☐ necesita ayuda ☐ Ostomía ☐ se autocura ☐ necesita ayuda

☐ Insuficiencia Renal: ☐ Crónica ☐ Aguda
Observaciones: ……

NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN

SITUACIÓN HABITUAL ***SITUACIÓN ACTUAL***

☐ Deambulación normal ☐ Requiere ayuda tipo:…… ☐ Deambulación normal ☐Requiere ayuda tipo:.

☐ Actividad habitual cama / sillón ☐ Inmovilidad en cama ☐ Actividad limitada por: ……

☐ Limitación en la actividad por: ☐ Prescripción de reposo ☐ Nivel de conciencia

REGISTRO DE ENFERMERÍA

☐ Obesidad ☐ Edad ☐ Patología ☐ Patología osteo-articular ……

☐Test Barthel (0-100):…..… ☐ Otros ……...……

NECESIDAD DE REPOSO SUEÑO

Patrón de sueño habitual: …… Horas: …….

Hábitos de sueño: ……..… ☐ Insomnio ☐ Necesita ayuda / Medicación: ……..…

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Hipertermia ☐ Tª : …….º C Hipotermia ☐ Tª : **…….**Cº

Observaciones: ……

NECESIDAD DE AYUDA EN VESTIRSE / DESVESTIRSE

☐ Autónomo ☐ Ayuda parcial: …….……... ☐ Ayuda Total: ……..…..…

NECESIDAD DE HIGIENE

Higiene

☐ Autónomo

☐ Suplencia Parcial

☐ Suplencia Total

☐ Higiene bucal: ☐ No ☐ Sí/ Frecuencia: …..

Estado de piel y mucosas

☐ Hidratada ☐ Íntegra ☐ Lesiones: ……

☐ Deshidratada ☐ **Úlceras**

☐ est. I Localización: …….

☐ est. II Localización: ……

☐ est. III Localización: ……

☐ est. IV Localización: ……

NECESIDAD DE SEGURIDAD

☐ Capacidad de autoprotección conservada ☐ Riesgo de caídas ☐ Riesgo de úlceras por presión: Escala Norton:

☐ Déficit sensitivos: ☐ Visuales: …… ☐ Auditivos: ……☐ Otros: ……

☐ Alteración nivel de conciencia: ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Estupor ☐ Coma: Escala Glasgow:

☐ Dolor: Localización: ……Características: …… Intensidad: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

☐ Riesgo de infección por: ☐ Técnicas invasivas tipo …… ☐ Estado Inmunológico

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

☐ sin alteración observada

☐ dificultad de comprensión por: ……..… ☐ dificultad de expresión por: ……

☐ Test Pfeiffer (0-10): …..…. ☐ Barrera idiomática: **……..……**

CREENCIAS Y VALORES

Solicita servicios religiosos: ☐ **No** ☐ **Sí: ……..……**

NECESIDAD DE OCIO

☐ Lectura ☐ Televisión ☐ Música ☐ Deporte: ……..… ☐ Otros: ……

NECESIDAD DE REALIZACIÓN PERSONAL

Trabaja ☐…… Parado ☐ Jubilado ☐ …… Estudiante ☐…….. …. Inmigrante ☐ ……

☐ Vive solo ☐ Vive con familia ☐ Vive en una institución …….

Estado anímico: Tranquilo ☐ Triste ☐ Irritable ☐ Ansioso ☐ Con temor ☐ Otro ☐ : ……

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce su enfermedad: ☐ Sí ☐ No Conoce su tratamiento: ☐ Sí ☐ No Identifica signos de alerta: ☐ Sí ☐ No

Sabe administrarse tratamiento: ☐ Sí ☐ No Existe algún factor que dificulte aprendizaje: ☐ No ☐ Sí

Cuidador principal: Nombre y Apellidos …… Tlf: ……...…

Conoce la enfermedad: ☐ Sí ☐ No Conoce el tratamiento: ☐ Sí ☐ No Identifica signos de alerta: ☐ Sí ☐ No

Sabe administrar tratamiento ☐ Colabora en Plan de Cuidados: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

ANEXO 6

H.U. SAN CECILIO

Ejemplo de documento realizado en Ejemplo de Servicio el 27/10/2006

PACIENTE: Apellido, Nombre **HISTORIA: 999999**

Dirección: C/Ejemplo,9 Población: Ejemplo C.P.: 99999

Teléfono: 9999999 DNI: 999999999 Num.SS: 999999999 F.Nac.: 9/9/99

Autor: Ejemplo autor. Validación efectuada por Usuario Ejemplo el 9/9/99

HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERÍA y EVOLUCIÓN

Fecha Txt

Paciente Txt De Txt Años Cama: Txt

Vacuna Tipo/ Dosis: Txt Fecha: Txt Fecha Ingreso: Txt

Juicio Clínico

Txt

Alergias

Txt

Gráfica Diaria Constantes:	MAÑANA	TARDE	NOCHE
Temperatura.....	Txt ºC	Txt ºC	Txt ºC
Tensión Arterial	Txt / Txt mm Hg	Txt / Txt mm Hg	Txt / Txt mm Hg
PVC.....	Txt cm	Txt cm	Txt cm
Pulso.....	Txt ppm	Txt ppm	Txt ppm
FR / SpO2	Txt rpm Txt %	Txt rpm Txt %	Txt rpm Txt %
Diuresis.....	Txt cc	Txt cc	Txt cc Total cc: Txt
Total cc: Txt	Color:	Color:	Color:
Deposiciones.....	☐ No	☐ No	☐ No
Tipo Vía IV.....	Puesta: Txt	Retirada: Txt	
Sondaje vesical.	Txt Puesta: Txt	Retirada: Txt	Cambio: Txt
S.N.G.:	Txt Puesta: Txt	Retirada: Txt	Cambio: Txt
Ingesta líquidos..	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
Drenajes.....	Txt cc	Txt cc	Txt cc Total cc: Txt
Peso.....	Txt Kg		
Dieta.....	Txt	Txt	Txt
Glucem/Insul.:	Txt U.I.	Txt U.I.	Txt U.I.

CONTROL DE EXPLORACIONES:

Hemograma	Txt	Bioquímica	Txt	Coagulación	Txt	Orina.....	Txt
Urocultivo.....	Txt	Hemocult.	Txt	Cult. catéter	Txt	Cult. exud.	Txt
ECG.....	Txt	Rx.....	Txt	Eco.....	Txt	Hemodin.	Txt
Preanestesia	Txt	Angiografía	Txt	TAC.....	Txt	RNM.....	Txt
Endoscopia..	Txt	Transfusión	Txt	Interconsulta	Txt	Txt	
Esputo.....	Txt	Heces:	Txt	Otras:	Txt		

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

MAÑANA Txt

TARDE Txt

NOCHE Txt

ANEXO 7

H.U. SAN CECILIO

Ejemplo de documento realizado en Ejemplo de Servicio el 27/10/2006
PACIENTE: Apellido, Nombre **HISTORIA: 999999**
Dirección: C/Ejemplo,9 Población: Ejemplo C.P.: 99999
Teléfono: 9999999 DNI: 999999999 Num.SS: 999999999 F.Nac.: 9/9/99
Autor: Ejemplo autor. Validación efectuada por Usuario Ejemplo el 9/9/99

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA **Nº Historia** Txt

Dirección: Txt **Tfno:** Txt

Servicio: Txt **Fecha Ingreso:** Txt **F. Alta:** Txt

Enfermera Referente: Txt **Tfno:** Txt

Otros tfnos contacto: Txt **Centro de envío:**

Cuidador principal: Txt

Alergias: **Txt**

Diagnóstico/ Intervención: Txt

PROBLEMAS DE ENFERMERÍA AL ALTA **Cuidados Domiciliarios:**

Txt
Txt
Txt
Txt
Txt
Txt
Txt
Txt

Txt

PRINCIPALES INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Txt
Txt
Txt
Txt
Txt
Txt
Txt

Txt

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE Y CUIDADOR/A

Txt

OBSERVACIONES PARA LA ENFERMERA COMUNITARIA

Txt

FECHA INFORME: Txt