



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

Cómo citar este documento

Lara Ramos P. Enfermera dinamizadora de cuidados en el servicio de cirugía general. Hospital Virgen de las Nieves, Granada. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0335.php>

ENFERMERA DINAMIZADORA DE CUIDADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

II Experto Universitario en Gestión de Cuidados

Pablo Lara Ramos
Enfermero asistencial
Granada, noviembre de 2006

Índice

Índice	1
Introducción	2
Marco conceptual para la enfermería del HVN	5
Análisis del Servicio de Cirugía General	8
I. Ámbito de aplicación	8
A. Población	8
B. Actividad asistencial	9
C. Estructura física	10
D. Personal de enfermería	10
II. Situación inicial	12
III. Análisis DAFO de la Unidad	14
Objetivos: enfermera dinamizadora de cuidados	19
Línea estratégica: enfermera dinamizadora de cuidados	21
Cartera de servicios	25
Cartera de clientes	27
Intervenciones	28
Sistemas de información	31
Gestión de competencias	37
Bibliografía	50

Introducción

El *ciudadano* es el centro del sistema sanitario público de Andalucía, por lo que sus necesidades, demandas, expectativas y satisfacción han de sustentar los objetivos fundamentales de todos los profesionales que en él desarrollamos nuestro trabajo. Es el ciudadano considerado de forma individual o como miembro de un grupo, hacia dónde se dirigen obligatoriamente los esfuerzos de las instituciones sanitarias.¹

De ahí que las autoridades sanitarias tengan entre sus objetivos prioritarios, el desarrollo de estrategias en materia de calidad y eficiencia como viene contemplado en el *Plan Andaluz de Calidad*, establecido por la Consejería de Salud de Andalucía. Donde se recoge siempre al ciudadano –beneficiario de todas nuestras acciones- como el eje central del sistema y el receptor final de los beneficios que genere el sistema sanitario público.

Sin embargo, según la percepción de la mayoría de las enfermeras clínicas, las organizaciones sanitarias no facilitan el proceso de cambio, necesario tanto para las propias enfermeras como para nuestros pacientes. Es un hecho demostrado, que las plantillas de profesionales se ven cada vez más limitadas en su capacidad para dar respuesta al aumento continuo de la cartera de servicios, ofertados desde las instituciones de salud a la población. Esta situación nos sitúa en la necesidad de redoblar el esfuerzo que diariamente desarrollamos para poder desempeñar una práctica profesional con la calidad que se nos exige.² Así en muchas ocasiones, las enfermeras caemos en la realización de una práctica profesional deficiente, desde el punto de vista cuidador, realizando un trabajo predominantemente técnico y por tareas, desarrollando solo las funciones de colaboración, y dejando de lado la función nuestra labor profesional independiente, en un intento de supervivencia en cada turno.

La *gestión clínica* según es definida en el plan estratégico del Servicio Andaluz de Salud, surge como un concepto capaz de dar respuesta por su aplicación en la práctica cotidiana, a la dimensión social de la calidad, es decir, la adecuada toma de decisiones clínicas entre varias opciones alternativas –enfermería basada en la evidencia-, para la consecución de resultados seguros y satisfactorios para los usuarios. Así los profesionales de la salud debemos proponer estrategias, que den la respuesta que necesita y nos demanda la sociedad, para mejorar la calidad del sistema de salud.

¹ III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía

² Observatorio de la enfermería basada en la evidencia y fundación index. *Las Enfermeras y las Organizaciones, encuentros y desencuentros: II Reunión sobre enfermería basada en la evidencia*. Index Enfermería, primavera/verano 2004, vol.13, no.44-45, p.83-88. ISSN 1132-1296.

Hasta ahora la actividad de enfermería ha demostrado que es una acción más bien reactiva, y que responde solo en parte, a las necesidades actuales de las políticas de salud. Sin embargo, necesitamos realizar un ejercicio profesional independiente que esté basado en una acción proactiva, manteniendo acciones que atiendan prioritariamente las necesidades de salud y de cuidados de nuestros usuarios. Hemos de buscar los modelos organizativos orientados hacia la práctica del cuidado, que puedan probarse y evaluarse, y si son adecuados convertirlos en modelos para la *gestión de cuidados*.

Hemos de demostrar con evidencias, que mejorar la calidad del cuidado no es incompatible con las actuales metas económicas del sistema de salud. A este respecto se puede afirmar que *“Los cuidados enfermeros están en manos de las enfermeras y es a nosotras a quien nos corresponde desarrollar las acciones profesionales que permitan obtener estos resultados. Son los cuidados enfermeros directos los que forman la imagen social. El ciudadano consumidor de servicios enfermeros, de servicios de salud, no ve ni al directivo ni sabe de colectivos. Percibe una respuesta profesional que él mismo es capaz de valorar también de forma directa y personal, reconociendo en cada momento su auténtica importancia.”*³

Es en la relación directa con nuestros pacientes y su entorno donde necesariamente tenemos que invertir el esfuerzo necesario para ofertar una práctica profesional de calidad. Se pueden identificar,⁴ entre otros modelos de distribución de responsabilidades asistenciales entre las enfermeras de los centros de atención especializada, los siguientes:

- *Pacientes /enfermera*. Asignación de un número de pacientes determinados por enfermera y turno/horario, habitualmente divididos en áreas preestablecidas.
- *Enfermera de referencia*. Se asigna toda la responsabilidad sobre el cuidado de uno o varios pacientes a una enfermera, desde su ingreso hasta su alta. Siendo las otras enfermeras, en diferentes turnos, colaboradoras para la continuidad del plan de cuidados de cada paciente.
- *Enfermeras Clínicas*. Asignamos las responsabilidades en función de determinados profesionales que tienen la consideración de expertos en cuidados y asignarles a ellos la función de promover, proponer, poner en marcha, evaluar y formar en los diferentes planes de cuidados de cada unidad. Podríamos afirmar que en las unidades de cuidados, estas personas se convierten en el referente cualificado y autorizado en la planificación y evaluación de los planes de cuidados.

En nuestro servicio aún estamos en una fase poco avanzada para la aplicación del segundo de los anteriores modelos o *enfermera de referencia*. He de añadir que nos estamos encontrando con importantes dificultades, de diversa índole,

³ Cita extraída de la 2ª ponencia perteneciente al texto: *La Gestión del Cuidado en Enfermería*, de la Autora Nuria Cuxart Ainaud.

⁴ Cita extraída de la 1ª ponencia del texto: *La Gestión del Cuidado en Enfermería*, de la autora Mercedes Ferro Montiu. Citando a: [Hermoso de Mendoza, J. y otros. *Organización de los cuidados de Enfermería*. XV Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Barcelona, 1994.]

que iremos recogiendo a lo largo de este proyecto. En estos últimos meses se está produciendo un cambio en mi hospital, en el que se están ampliando las áreas de responsabilidad de las supervisoras de enfermería sin que por ello estén abandonando otras obligaciones alejadas de la labor cuidadora, con lo que irremediablemente se irán alejando paulatinamente de las labores asistenciales directas.

Se hace imprescindible buscar fórmulas que partiendo de la realidad en que nos encontramos, y de una forma que sea factible en nuestro medio, nos conduzca a que nuestro modelo de cuidados sea asumido por toda la enfermería asistencial y no asistencial que trabaja en mi servicio de cirugía general, y que a la vez sea exportable a otras áreas del nuestro hospital. Hasta ahora cualquier intento de cambiar la realidad existente, de trabajo por tareas y dependiente, ha tenido éxito desigual y casi siempre infructuoso.

No he encontrado demasiada literatura sobre experiencias similares a la que me propongo plantear en este proyecto, y menos aún que además reúna la calidad exigible y unos resultados que sean suficientemente objetivos. Hay una experiencia similar que está dentro de otro proyecto de mayor alcance como la que se recoge en el proyecto de rediseño de los servicios de cardiología y cirugía del Hospital Clínic de Barcelona, que propone e instaura un puesto funcional que creo que es de el que más se aproxima a mis planteamientos en este proyecto.

Marco conceptual para la enfermería del HVN⁵

La Ley General de Sanidad reconoce explícitamente la necesidad de la aportación desde las diferentes disciplinas profesionales para el desarrollo completo del modelo sanitario, estableciendo asimismo la obligatoriedad de que las instituciones busquen fórmulas de trabajo en equipo multidisciplinar. Los principios de eficiencia, tratando de hacer un balance razonable entre los diferentes flujos de costes y de consecuencias que se derivan de tales acciones, calidad, determinando que clase de bienes o servicios conviene prestar con el fin de lograr los objetivos planteados, equidad, teniendo en cuenta quien se beneficia de las prestaciones sanitarias, y la orientación al usuario, son las claves que presiden las reformas emprendidas en las organizaciones sanitarias en los últimos años.

La aportación de la disciplina enfermera, en el ámbito de competencia de los profesionales, se concreta en la prestación de cuidados. La gestión de cuidados tiene como objeto adecuar la oferta de cuidados de enfermería a las demandas y necesidades de los pacientes. La gestión clínica enfermera debe responder, por tanto a los requerimientos de los usuarios.

Orientar en el hospital la práctica asistencial de las enfermeras a la gestión de cuidados, supone un gran cambio cultural. Para su implantación se hace necesario conocer los siguientes puntos:

- El marco conceptual en que nos vamos a mover.
- La metodología de trabajo que vamos a usar (proceso enfermero, gestión de procesos asistenciales)
- Los sistemas de información (registros, SELEs, EBE)
- Los cuadernos de mandos (corregir desviaciones y conseguir mayor eficacia en la toma de decisiones)

Además de los puntos anteriores hay que tener en cuenta otros como:

- El liderazgo profesional tanto en mandos intermedios como en enfermería asistencial.
- La participación como elemento esencial.
- La motivación de los profesionales.
- El fomento del trabajo en equipo.

La *misión* del personal de enfermería en el Hospital, es prestar una asistencia

⁵ Extraído del documento sobre las líneas estratégicas del centro presentado por la Dirección de Enfermería a los Cargos intermedios en Marzo de 2006.

de calidad y personalizada, adecuándose a las necesidades específicas de cada paciente con su familia y entorno, a través del modelo de cuidados de Virginia Henderson. La enfermera ha de orientar las actuaciones en función de una asistencia continuada que facilite la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, siendo su objetivo primordial mejorar los resultados de salud de los pacientes, gestionando con eficiencia los recursos disponibles. Siendo los *valores* siguientes:

- Considerar al ciudadano como centro del sistema.
- Personalizar la asistencia a través de la enfermera de referencia.
- Actualizar las actuaciones teniendo en cuenta la mejor evidencia disponible en cada momento.
- Cooperación entre los distintos niveles asistenciales como garantía de la continuidad asistencial.
- Evaluar los resultados de los objetivos pactados para conseguir una mejora en la prestación de cuidados.
- Trabajo en equipo multidisciplinar, con todos los miembros del equipo de salud.
- Orientación hacia la mejora continua de la calidad.

El hospital eligió como modelo de práctica asistencial el modelo de enfermería propuesto por Virginia Henderson, debido a que:

- Es el más utilizado en nuestra comunidad y entorno.
- Los planes de cuidados estandarizados que se han realizado hasta ahora en nuestro centro están orientados por ese modelo.
- Es el más conocido por las enfermeras de nuestro hospital y se adapta a nuestras necesidades.
- Incluye el papel de colaboración de enfermería con otros profesionales.
- Tiene el concepto de persona como un todo, con aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales, y espirituales, que interactúan entre sí.
- Presenta a la enfermera como la que realiza las acciones que las personas no pueden llevar a cabo en un momento de sus vidas, es un modelo basado en la suplencia o ayuda.

Por todo esto es necesario generar un cambio para orientar todas las unidades del Hospital Virgen de las Nieves hacia la gestión de cuidados, siguiendo las líneas estratégicas propuestas:

- Atención individualizada con la asignación enfermera-paciente.
- Monitorización de indicadores de calidad para valorar la satisfacción de los clientes tanto internos como externos.
- Evaluación anual de objetivos para mejorar la práctica asistencial
- Aplicación de planes de cuidados, continuidad de cuidados a través de registros adecuados, sesiones conjuntas AE y AP y

comunicación telefónica.

- Elaborar registro en el área de servicios generales y de apoyo al diagnóstico.
- Identificar necesidades formativas y su desarrollo en relación al mapa de competencias.

Análisis del Servicio de Cirugía General

I. Ámbito de aplicación

A. Población

El Hospital Universitario “Virgen de las Nieves” pertenece al *Área Hospitalaria Norte de la ciudad de Granada*. Tenemos asignada una población total de aproximadamente 439.035 habitantes, de los 841.368 habitantes que conforman el área sanitaria de Granada. Nuestro hospital forma parte de la red asistencial del Servicio Andaluz de Salud como Hospital de referencia, con una oferta a la población de 1.217 camas, de las cuales 56 pertenecen a nuestra Unidad Básica de Enfermería.

El área hospitalaria de Granada, en la que nos encontramos, incluye:

- El Distrito Sanitario de Atención Primaria Granada, con una población aproximada de 247.776 habitantes.
- El Distrito Sanitario de Atención Primaria Granada Nordeste, con una población aproximada de 108.922 habitantes.
- El Distrito Sanitario de Atención Primaria Metropolitano, con una población aproximada de 326.694 habitantes.
- El Distrito Sanitario de Atención Primaria Granada Sur, con una población aproximada de 129.245 habitantes.
- La Zona Básica de Salud de Alcalá la Real (Jaén), con una población aproximada de 28.731 habitantes.

A dicha población hemos de sumarle la población de hecho que también acude a nuestro hospital proveniente de:

- Área Hospitalaria Sur que pertenece al Hospital Universitario San Cecilio.
- Población proveniente del sector turístico y residentes no censados como estudiantes y visitantes temporales.
- Población que proviene de la sanidad privada y acude a nuestro hospital por razones varias.

El Área Sanitaria de Granada cuenta con 841.368 habitantes y junto con el Área Sanitaria de Almería, con 455.496, constituyen la *Región Hospitalaria Granada-Almería*, con un total de 1.296.864 habitantes.

B. Actividad asistencial

Algunos datos importantes sobre actividad asistencial, recogidos en forma de tabla, de los últimos dos años (2004 y 2005) relativos al servicio de cirugía general, y extraídos del cuaderno de mandos del hospital, arrojan datos interesantes para dar una idea comparativa de nuestra actividad asistencial. Algunos indicadores como el porcentaje de ocupación, pueden verse afectados por el cierre temporal debido a las obras de reforma hechas en el ala izquierda de nuestra planta y que se llevaron a cabo durante el periodo de septiembre de 2005 a finales de enero de 2006.

	2004	2005	Diferencias
Programadas	1484	1584	+6,74
Ambulatorias	2561	2802	+9,41
Urgentes	1506	1646	+9,30
Implantes Hígado	30	27	-10
TOTALES	5581	6059	+8,56

	2004	2005	Diferencias
Ingresos Admisión	3130	3201	+2,27
Estancias Totales	16138	14928	-7,50
Estancia Media	5,16	4,82	-6,59
% Ocupación	76,57	108,91	+42,24
% Exitus	2,04	1,97	-3,43

Tabla 1. Datos de intervenciones 2004-05

Tabla 2. Datos de hospitalización 2004-05

	2004	2005	Diferencias
Urgencias Atendidas	1199	1211	+1
Urgencias Ingresadas	1209	1198	-0,91
Porcentaje de ingresos	99,83	99,92	-0,09

Tabla 3. Datos de urgencias atendidas 2004-05

C. Estructura física



Ilustración 1. Fachada principal del Hospital General

La Unidad está situada en la planta séptima (p. 7) del Hospital General o Medicoquirúrgico (HG o HMQ), formando parte del Hospital Universitario “Virgen de las Nieves”, junto al Hospital Maternoinfantil (HMI), Traumatología y Rehabilitación (CTR), y San Juan de Dios (HSJ). Se distribuye entre las dos alas de la planta, derecha e izquierda, quedando la zona donde están situados los quirófanos en el centro de estas.

En el ala izquierda se encuentran las 2 camas pertenecientes al trasplante de hígado y separadas por una puerta del resto de pacientes, a las que se pueden sumar otras 2 según las necesidades de la Unidad. Las demás camas de este ala son 24 o 22 en las que se ingresan principalmente los pacientes con patologías de cirugía hepatobiliopancreática y endocrinológica. El total de camas se distribuyen: 14 en habitaciones individuales (incluidas las de trasplante) y 6 en habitaciones dobles.

Las 30 camas restantes pertenecen al ala derecha⁶ que asume principalmente a los pacientes con patologías de cirugía gastroesofágica, colorrectal y proctológica. Con una distribución actual de camas en: 5 habitaciones dobles, 6 habitaciones triples y 2 individuales.

	Nº de Camas
7ª Derecha	30*
7ª Izquierda + T. Hígado	26
Total	56

Tabla 4. Distribución de camas

D. Personal de enfermería

El personal de enfermería perteneciente actualmente a la unidad de cirugía General es de 24 enfermeras de las que solo 3 tienen adscripción definitiva y el

⁶ Actualmente se encuentra en obras quedando, cuando éstas acaben con 28 camas entre 7 habitaciones dobles y 14 individuales.

resto ocupan plazas vacantes, y 19 auxiliares de enfermería de las que solo 1 tiene adscripción definitiva. La distribución –entre ambas alas- de este personal se realiza de la siguiente forma: 10 enfermeras trabajan habitualmente en el ala derecha a las que hay que sumar las 9 auxiliares y 14 enfermeras trabajan habitualmente en el ala izquierda con 10 auxiliares. Esta desproporción en el reparto está ocasionada por la presencia del área de trasplante hepático con sus características especiales, condicionando así un déficit de personal que se hace más acusado en el ala derecha.

En cuanto a la distribución de personal en cada turno contamos habitualmente de inicio con 8 enfermeras y 7 auxiliares en turno de mañana de las que se distribuyen en 4 enfermeras por cada ala y 4 auxiliares en el ala izquierda y las 3 restantes en la derecha, en cuanto al turno de tarde hay 5 enfermeras y 4 auxiliares distribuidas en 3 enfermeras para el ala izquierda y 2 en la derecha y las auxiliares en 2 por cada ala, y en turno de noche hay 3 enfermeras de las cuales 2 están en el ala izquierda y 1 en el ala derecha y las 2 auxiliares se reparte en 1 por cada ala (*tabla 5*).

	7ª Derecha			7ª Izquierda + T. Hígado		
	Mañana	Tarde	Noche	Mañana	Tarde	Noche
Enfermeras/os	3 + 1 ⁷	2	1	3 + 1 ⁷	3	2
Aux. Enfermería	4	2	1	3	2	1

Tabla 5. Distribución del personal de enfermería actualmente.

En los fines de semana y días festivos nos quedamos en mínimos de 5 enfermeras y 5 auxiliares en turnos de mañana de las cuales 3 enfermeras con 3 auxiliares desempeñan su labor en el ala izquierda y 2 enfermeras con 2 auxiliares en el ala derecha. En turnos de tarde y noche no hay diferencias con los restantes días de la semana.

Esta distribución habitual es flexible, variando según la ocupación y carga asistencial de las distintas áreas que componen la unidad. Situación que es administrada por la Supervisora. Aunque nuestra realidad actual no se suele aplicar dicha flexibilidad ni asignar enfermera de referencia a ningún paciente. En cuanto a la asignación de enfermeras asistenciales se hace por áreas de cuidados de entre 8 y 10 pacientes por enfermera en turno de mañana en ambas alas del servicio, situación que continúa en el ala izquierda para el turno de tarde pero en el ala derecha pasan a dividirse en áreas de cuidados de 15 pacientes por enfermera. En el turno de noche en el ala derecha hay 30 pacientes para una sola enfermera y en el ala izquierda hay dos áreas de cuidados de 13 o 14 pacientes por enfermera. Teniendo siempre –en turno de mañana- el mismo área asignada para el mismo grupo de enfermeras que van rotando, lo que en cierto modo garantiza continuidad asistencial.

De los pacientes ingresados de cada una de dichas áreas se asignan 3 o 4

⁷ Las cifras 3 + 1 significan que una de las enfermeras es la que actualmente desempeña el papel de “dinamizadora” por tareas.

para cada enfermera de referencia en ala derecha, esté esta en turno de mañana o tarde preferiblemente, y en igual distribución de áreas pero asignando 2 o 3 para cada enfermera de referencia en el ala izquierda (ilustración 2).

Mi propuesta para este proyecto es que dicha situación no varíe pero que se haga efectiva en la realidad, ya que hasta la distribución de las áreas si que se está realizando pero no ha llegado la asignación real de enfermera de referencia. No encuentro otro sistema que me parezca más razonable con la cantidad actual de personal.

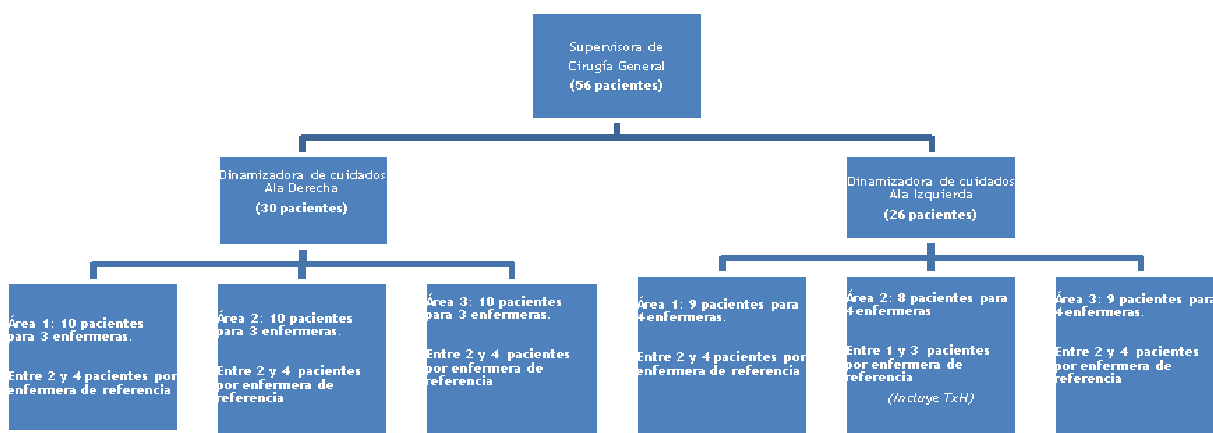


Ilustración 2. Distribución de enfermeras por pacientes en la actualidad.

II. Situación inicial

El *circuito quirúrgico* que sigue el paciente durante todo el proceso desde la fase preingreso y hasta el momento del alta a su domicilio, no tiene en cuenta actualmente las necesidades que tenemos tanto las enfermeras como nuestros pacientes y cuidadoras para la realización de unos cuidados integrales y de calidad (ilustración 3).

Se persiguen como objetivos prioritarios indicadores como la reducción del tiempo de estancia hospitalaria, menores estancias en preoperatorio, alta precoz, etc.,⁸ ninguno de los cuales valora la calidad de los cuidados que el paciente recibe durante su estancia en nuestro centro. Así en el conjunto de los objetivos institucionales deberían de tener más peso los objetivos, que garantizan tanto al paciente como a sus cuidadoras, unos cuidados de calidad y una adecuada continuidad asistencial.

⁸ Registros del CMBD. Objetivos de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General.

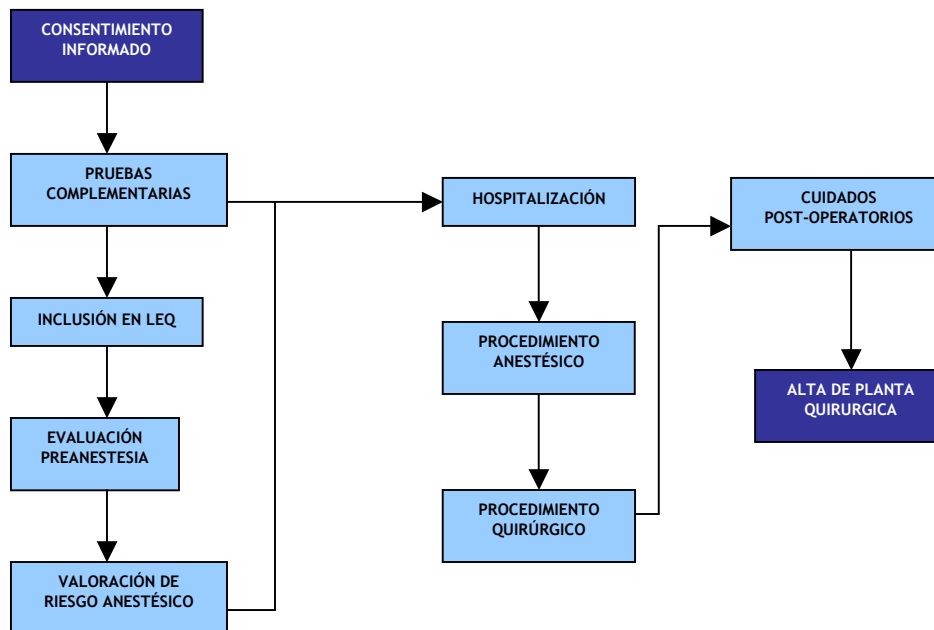


Ilustración 3. Recorrido del paciente desde que es diagnosticado hasta la intervención quirúrgica

Las *supervisoras de enfermería* aún está asumiendo, en menor medida de lo deseable, el principal papel que le corresponde, dedicando excesiva parte de su tiempo y esfuerzo a la gestión de personas y recursos materiales, y alejándose en consecuencia de la gestión directa de los cuidados. Cada vez la institución las carga con más funciones de soporte y administración a la vez que les amplía el área de responsabilidad, derivando esto en una mayor dificultad para que éstas puedan liderar y participar en el desarrollo de la labor cuidadora de las enfermeras asistenciales.

Tampoco las enfermeras asistenciales –hasta el momento- estamos intentado desarrollar nuestro rol cuidador en toda su extensión, centrando nuestros esfuerzos en tareas delegadas por otros profesionales o de colaboración. No utilizamos los medios disponibles actualmente a nuestro alcance, y a veces también falta el compromiso real de los que ostentan los puestos gestores, que no hemos de olvidar que son estratégicos para liderar el cambio.

Por estas razones y por otras como:

- La calidad de los cuidados enfermeros en el periodo preoperatorio, que reciben los pacientes que ingresan en cirugía general para intervención programada, se ven dificultados de forma ostensible por la actual sistemática de ingreso. Una amplia mayoría de los pacientes se ingresa con 2 horas o menos de margen para la intervención y nuestras actuaciones hacia el paciente son escasas o nulas y limitándose al ingreso y la preparación quirúrgica por la vía casi de urgencia.

Incluso parte de los pacientes que se citan para intervención programada vienen con la etiqueta de *condicionales*, y se intervienen y por tanta se ingresan o no dependiendo de la extensión de la intervención quirúrgica previa.

- Se tienen poco en cuenta otros factores como los relacionados con las necesidades y adaptación del paciente y familiares a su nueva situación, durante todo el proceso quirúrgico.
- Despersonalización de la atención, apenas se puede escuchar al paciente antes de su intervención y en las horas posteriores a la intervención. Evitamos así cualquier beneficio que pudiera suponer la visita prequirúrgica, aunque solo sea como liberadora de ansiedad,⁹ no olvidemos que es uno de los objetivos del Servicio Andaluz de Salud. También hay que decir que los pacientes apenas son receptivos a mensajes cuando están sometidos al estrés de los minutos previos a su intervención quirúrgica.
- Los cuidados que reciben no están bien definidos desde el punto de vista metodológico. Estos se planifican más de una forma reactiva que estructurada, los protocolos y procedimientos de las intervenciones que realizamos son muy escasos y deficientes, aumentando la variabilidad en la práctica clínica. Así la enfermería es mera observadora y sin apenas posibilidades de tomar decisiones fundamentadas metodológicamente, sobre las decisiones cuidadoras con nuestros pacientes.
- Plantillas de enfermería muy ajustadas, tanto en cirugía general como en el resto de las áreas quirúrgicas de hospitalización, que son las más sensibles desde el punto de vista cuidador, dificultando la realización de una buena práctica enfermera. Numerosos estudios demuestran de forma más o menos directa esta relación como Sochalski, Aiken, Silber y Sloane (2002) en Estados Unidos o Tourangeau, Giovannetti, Tu y Wood (2002) en Canadá con plantillas superiores a las nuestras.¹⁰

En conclusión, podemos afirmar que nos encontramos con importantes obstáculos tanto internos o de nuestros propios profesionales, como externos o institucionales del servicio, para responder a nuestros pacientes ofertándoles cuidados organizados metodológicamente y con la calidad adecuada para cubrir sus necesidades y expectativas.

III. Análisis DAFO de la Unidad

La situación de partida que nos encontramos actualmente en la unidad, se puede analizar utilizando la matriz DAFO hecha por varios profesionales de enfermería de la unidad de cirugía general, en concreto cuatro enfermeras y una auxiliar de enfermería, usamos como método de recogida de estos puntos la fórmula de la *tormenta de ideas*, recogiendo tanto las ideas facilitadoras como las obstaculizadoras, asignándolas en un paso posterior a cada área correspondiente, tras este paso se recogieron los puntos que a continuación se

⁹ Recogido en el artículo: *Experiencia sobre la visita prequirúrgica: una revisión de evidencias* de la revista Evidentia.

¹⁰ Extraído del documento de posicionamiento del CIE: *Personal Fiable, Vidas Salvadas*. Día Internacional de la Enfermera 2006. CIE – Consejo Internacional de Enfermeras, 3, place Jean-Marteau, Ginebra (Suiza)

detallan.

He de decir que, salvo el autor, ninguno de los profesionales que hicimos dicho análisis DAFO, hace aproximadamente un año, está adscrito actualmente al servicio.

Puntos Débiles:

- La inestabilidad laboral con cambios casi completos de la plantilla de enfermería hasta en tres ocasiones en los últimos 5 años, la invisibilidad institucional de los cuidados que prestamos y la falta de incentivos motivadores, son algunas de las principales causas de *desmotivación entre los profesionales de la Unidad*.
- Faltan recursos básicos, importantes para la práctica clínica, contamos con registros de enfermería deficientes y el nivel de informatización que tenemos de nuestra documentación es prácticamente nulo.
- El enfoque metodológico de los cuidados enfermeros es aún muy deficiente. Poco conocimiento de los modelos de gestión de cuidados, entre las enfermeras asistenciales de la unidad.
- Nuestra práctica sigue basándose demasiado en la rutina, y la fuerza de la costumbre aún prevalece sobre la práctica basada en evidencias.
- Pérdida excesiva de tiempo en actividades de colaboración con médicos. Se pierde aún aproximadamente 3 horas de enfermería en turnos de mañana por cada ala, acompañado en la visita de los facultativos a los pacientes, sin que haya clara justificación para ello.
- Deficiente coordinación y comunicación interna entre enfermería y gestores de enfermería, así como con otros profesionales.
- Burocracia, que provoca exceso de tiempo en trámites ajenos en algunas ocasiones a la enfermería. A esto contribuye la descentralización de pruebas diagnósticas y servicios generales que origina mal aprovechamiento de recursos y provocan tiempos de espera innecesarios.
- La rotación de personal no tiene en cuenta los perfiles necesarios para las necesidades de cuidados. Falla la asignación de enfermera de referencia.

Amenazas:

- Oferta de nuevos servicios asistenciales como cirugía de tardes, mayores de 55 años y aumento de quirófanos en mañanas, sin que se adapten las plantillas de enfermería.
- Las expectativas de los pacientes en cuanto a calidad de cuidados e información, van aumentando cada día más exigiéndonos una actualización continuada.

- Aumento de demandas judiciales y agresiones en un contexto de indefinición de las responsabilidades legales de las enfermeras.
- Escasa inversión en servicios de cuidados y aumento de la presión para disminuir el gasto.
- Perfiles inadecuados en relación con la demanda previsible: desarrollo de especialidades, carrera profesional y titulación académica no diseñadas para que repercutan en la mejora de la práctica clínica.
- Excesivo poder de decisión médico, quedando poco peso en las decisiones institucionales para las otras profesiones sanitarias.
- Riesgo de pérdida de autonomía ante la incorporación de nuevos modelos de gestión que parecen enfatizar aun más el papel de lo biomédico.

Puntos Fuertes:

- Disponibilidad de buena parte del personal para aceptar los cambios que estén orientados a introducir mejoras en la práctica clínica.
- Capacidad de adaptación –habitual en la enfermería- de parte del personal a diferentes entornos y tecnologías.
- Posibilidad de disponer de recursos materiales suficientes dentro del entorno hospitalario.
- Elevada preparación y experiencia de parte del personal de enfermería en cuidados quirúrgicos.
- Posibilidad de acceso a una formación continuada adecuada a las necesidades que los profesionales de enfermería tienen, para adaptarse a los cambios que nos demanden tanto en el presente y futuro.
- Cohesión entre la mayoría de los miembros del equipo de enfermería.

Oportunidades:

- La mejora que están experimentando los servicios enfermeros y la percepción que la población tiene de ellos.¹¹
- Aumento de la presión social para que se invierta en cuidados. Ley de dependencia.
- Mayor cultura sanitaria de la población que nos ha de estimular para dar una respuesta adecuada.

¹¹ Barómetro de Junio del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Estudio 2649. Junio de 2006. Realizado de 21 a 27 Junio de 2006. Nivel de confianza del 95.5%.

- Posibilidad de aplicación de nuevas tecnologías para el registro de los cuidados y la formación de los profesionales.
- Hay una mayor demanda de cuidados en una población que va envejeciendo y que es más consciente de la necesidad de mantener una buena calidad de vida.
- Posibilidades de influencia a través de órganos de participación: juntas de enfermería, organizaciones profesionales y de pacientes.
- Posibilidad de ser la principal fuente de mediación del sistema con el paciente dada la relación especialmente cercana y continuada con el mismo.
- Tenemos también un entorno de grandes cambios y progresos en el conocimiento enfermero dentro de unos niveles de investigación que aumenta en cantidad y calidad.
- Disponemos de un lenguaje estandarizado que levanta importantes expectativas y con una calidad que va en aumento.
- Desarrollo de servicios cuyo principal producto son los cuidados: consulta de enfermería a demanda, unidades de media y larga estancia, servicios de cuidados a domicilio, etc.

La matriz del análisis DAFO para la unidad de cirugía general quedaría resuelta según podemos observar en la tabla siguiente:

DAFO	Amenazas	Oportunidades
Puntos Fuertes	Estrategias defensivas: <i>Buscar el apoyo del Jefe de Servicio y Gerencia</i>	Estrategias ofensivas: <i>Desarrollar unos registros de enfermería mejorados e informatizados</i> <i>Explicar el cambio a los cargos directivos de enfermería y que sean los impulsores del cambio</i> <i>Desarrollar formación específica a las necesidades que surjan para alcanzar los objetivos</i> <i>Elaborar un calendario de reuniones del equipo</i>
Puntos Débiles	Estrategias de supervivencia: <i>Crear líneas de comunicación</i>	Estrategias de reorientación: <i>No acompañar al médico en su visita a los pacientes</i>

	<p><i>permanentes y regladas a través de la supervisora hacia la Subdirección de Enfermería</i></p>	<p><i>Dejar de reclamar pruebas diagnósticas, que lo haga la administrativa</i></p> <p><i>Readaptar las funciones de la dinamizadora de mañanas fijas por las de enfermera dinamizadora de cuidados.</i></p>
--	---	--

Tabla 6: matriz DAFO de la Unidad

Para poner llevar adelante estas medidas hemos de pasar necesariamente por buscar el apoyo y participación tanto de la Gerencia como del Jefe de Servicio, aunque para introducir algunos de estos cambios, este paso no sería imprescindible.

Otro tema no menos importante es el de crear líneas de comunicación permanentes y regladas a través de la supervisora entre las enfermeras de la unidad y la Subdirección de Enfermería. Se han de conocer todos los progresos y fuerzas obstaculizadoras que se vayan salvando, no olvidemos que este proyecto ha de ser aplicable a otras áreas del hospital.

A la luz de este análisis creo que las principales medidas a poner en marcha para iniciar las propuestas a recoger en este proyecto son:

- Desarrollar unos registros de enfermería mejorados e informatizados que faciliten el manejo de los registros de cuidados a todos los profesionales de la unidad.
- Explicar el cambio a los cargos directivos de enfermería y que sean los impulsores del cambio. Como líderes oficiales de la organización, su participación es imprescindible.
- Desarrollar formación específica a las necesidades que surjan para alcanzar los objetivos.
- Elaborar un calendario de reuniones del equipo para que el proceso sea lo más dinámico posible.
- Dejar de acompañar al médico en su visita a los pacientes, esto supone una pérdida de tiempo excesiva (aproximadamente de 3 horas) en el turno donde más personal hay, que es el de mañana, sin que haya una repercusión clara en beneficio de los cuidados al paciente. Habrá que pactar los tiempos de intercambio de información con los facultativos.
- Dejar de reclamar pruebas diagnósticas, que lo haga la administrativa. No me parece que una enfermera cualificada se deba dedicar a esta labor salvo en las situaciones especiales que así lo requieran.
- Readaptar las funciones de la dinamizadora de mañanas fijas por las de enfermera dinamizadora de cuidados, que iremos recogiendo a lo largo del proyecto.

Objetivos: enfermera dinamizadora de cuidados

Actualmente existe en cada una de las dos alas o áreas del Servicio de Cirugía General una enfermera que trabaja en turno fijo de mañanas. Dicha enfermera desarrolla una serie de funciones que están mal definidas y que son variables dependiendo de las circunstancias de la unidad. A estas enfermeras se les está considerando como “*dinamizadoras*”, aunque sin un nombramiento oficial.

Dentro de las funciones que actualmente están desarrollando, están:

- Colaborar con la supervisora del servicio en tareas variadas de distinta índole como provisión de recursos materiales y delegación de otras funciones propias de la supervisora en los días en que ésta se ausenta.
- Realizar en algunas ocasiones tareas de apoyo a las enfermeras asistenciales como extracción de analíticas, gestión de ingresos y altas, gestión de solicitudes de pruebas, preparación quirúrgica de pacientes, etc.
- Recibe en otras ocasiones asignación de pacientes cuando falta alguna enfermera aunque ocupando siempre el turno de mañana, en estos casos no realiza las actividades recogidas en los puntos anteriores.

Además, a la figura de la supervisora –como hemos mencionado en el análisis de la unidad- se le ha convertido con el tiempo más en la de una persona dedicada al trabajo de gestión administrativa y de recursos como programación de vacaciones y permisos, y en general tareas ajenas a los cuidados de enfermería y por tanto alejada del control directo de la calidad asistencial. Este proyecto se propone cambiar las funciones que actualmente desempeñan dichas enfermeras, del turno fijo de mañanas, redefiniendo sus actuales funciones por las que se recogen en este proyecto bajo la denominación de *enfermeras dinamizadoras de cuidados*.

La propuesta de reorientación del puesto de dinamizadoras por el de *enfermeras dinamizadoras de cuidados* se justifica por la necesidad y el derecho que tenemos tanto las enfermeras y la organización en la que desarrollamos nuestra labor profesional como los pacientes y su familia, a ofertar y recibir respectivamente unos cuidados avalados por la mejor metodología desde el punto de vista de la evidencia existente en cada momento. A esto se une el alejamiento –cada vez mas fomentado por la institución- de las supervisiones de la práctica clínica directa a los pacientes, haciendo más necesario este nuevo rol profesional.

El *objetivo principal* a conseguir con esta propuesta de cambio será que de los cuidados de enfermería que reciben los pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General se hagan de forma planificada, con la metodología

enfermera adecuada y usando los sistemas estandarizados de lenguaje enfermero (SELEs), basándose en el modelo enfermero de Virginia Henderson.

Trabajar con esta metodología esta demostrado –en numerosos estudios- que aumenta la satisfacción de los profesionales con los resultados de su trabajo, así como la satisfacción de nuestros pacientes con los cuidados que reciben de nosotros, y disminuye la variabilidad de la práctica clínica. La enfermera que aquí se propone se ha de convertir de alguna forma en motor del cambio.

Otros objetivos que se deben conseguir con este cambio, y que creo están relacionados con el principal, serían:

1. Favorecer la *humanización de la relación* entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Los pacientes han de sentirse participes de las decisiones, que se toman en el medio hospitalario, sobre su propia salud personal, nos han de percibir cercanos a ellos y no como profesionales distantes y autoritarios.
2. Conseguir la implantación real del modelo de *asignación de enfermera de referencia*. Cada paciente ha de tener una enfermera de referencia para resolver sus dudas y problemas, y esta ha de responsabilizarse del plan de cuidados y de la continuidad de estos cuidados en la salida de hospitalización. En este momento la implantación de esta asignación en mi servicio es prácticamente nula, solo tenemos conseguida la distribución de enfermeras por áreas.
3. Garantizar la mejor *calidad en los cuidados* que se ofertan a nuestros pacientes. Actualmente se trabaja más a demanda de las necesidades tanto de los pacientes como de otros profesionales. No hay planificación en los cuidados que desarrollamos con nuestros pacientes y estos nos perciben como profesionales que les realizan técnicas y suplencias a demanda del médico.
4. Formación para el uso de *metodología enfermera y lenguajes estandarizados* de todos los profesionales de la unidad. Aún hay enfermeras, en la unidad de cirugía general, que conocen de forma muy básica los modelos enfermeros y los lenguajes estandarizados.
5. *Hacernos visibles* a la institución y otros profesionales por nuestro verdadero campo de trabajo, manteniendo un adecuado registro de nuestra actividad.
6. Mejorar la *satisfacción* que los pacientes y familiares tienen actualmente con los cuidados que reciben durante su estancia hospitalaria para someterse al proceso quirúrgico.
7. Realizar una *evaluación* de todos los aspectos relativos a los cuidados que impartimos, con objeto de seguir un plan de mejora continua.
8. Poner en marcha proyectos de *investigación* en cuidados favoreciendo así la generación de nuevos conocimientos.

Línea estratégica: enfermera dinamizadora de cuidados

En un análisis del tiempo dedicado dentro de los distintos procesos asistenciales se puede constatar que el personal de enfermería invierte gran parte de su jornada laboral dedicado a tareas alejadas del cuidado directo de los pacientes. Nos encontramos con una serie de funciones mal definidas y dudosamente encaminadas a conseguir la mejora de la calidad de los cuidados que ofertamos a los pacientes, que ingresan en nuestro servicio.

En la actualidad el nivel de adherencia del personal de enfermería al uso de metodología enfermera para el cuidado de nuestros pacientes es prácticamente nulo, a pesar de que aproximadamente el 85% de las enfermeras han asistido a cursos de formación continuada en metodología.

Con la creación de la figura de las *enfermeras dinamizadoras de cuidados* intentamos que la introducción en el trabajo diario, de metodología enfermera para la realización de los cuidados, sea coordinada por una enfermera con perfil asistencial, que esté liberada por tanto de toda función burocrática y en definitiva con mayor dedicación al apoyo de las enfermeras asistenciales y colaborando con ellas para el desarrollo de los cuidados, de la docencia e investigación.

Las *enfermeras dinamizadoras de cuidados* han de poseer una serie de cualidades imprescindibles que las capacite para desarrollar dicha función, como:

- un nivel de experiencia elevado en el cuidado de pacientes quirúrgicos,
- así como habilidades y conocimientos adecuados en el manejo de metodología enfermera
- y ha de tener capacidad para ejercer el liderazgo necesario para avanzar en la introducción, para el desarrollo diario de los cuidados, de metodología enfermera.

Realizarán una función de seguimiento y asesorarán, si es necesario, en los cuidados que diariamente desempeñan las enfermeras que están asignadas a su ala del servicio o área de responsabilidad.

Como se ha mencionado anteriormente, las dinamizadoras de cuidados de enfermería son profesionales con responsabilidades exclusivas en la atención directa a pacientes.

Las funciones correspondientes a dicho perfil serán desarrolladas por las enfermeras designadas para tal función, con el apoyo de la supervisora de la unidad como responsable final ante la institución de que se alcancen los objetivos. Éstas serán líderes y asesoras además de facilitar la labor a sus compañeras y harán un seguimiento cercano en el día a día para que las enfermeras de cirugía general dejen de cuidar por tareas, impulsando el

cambio para que gestionen los cuidados de sus pacientes con metodología enfermera, ya que es la razón de ser de nuestra profesión.

El perfil de dichas enfermeras se ha de sustentar en la posesión de un buen conocimiento sobre los modelos teóricos de enfermería y el manejo de la metodología enfermera para su aplicación en la práctica clínica, así como experiencia en cuidados de los pacientes quirúrgicos. Sus cualidades para el dialogo y empatía con el resto de compañeras del servicio ha de ser un condicionante necesario.

Así sus funciones serán:

1. *Coordinar* junto con la supervisora de la unidad, la actividad cuidadora de su unidad, de forma que vaya encaminada a conseguir los objetivos marcados previamente. Colaborar con ésta en la organización global de los recursos de enfermería.
2. Velar por que se cumplimente de forma correcta la documentación de enfermería y que esta responda realmente a la actividad asistencial.
3. Garantizar junto con la supervisora, la adjudicación a cada paciente ingresado en la unidad, de una *enfermera de referencia*. Los pacientes están actualmente, al menos en teoría, distribuidos con una asignación de entre 2 a 4 pacientes por enfermera de referencia, adjudicados dentro cada área de cuidados de enfermería del servicio que a su vez consta de entre 8 y 10 pacientes que son cuidados por una enfermera en turno de mañana.
4. Garantizar la *valoración integral* de enfermería de cada paciente, y también del cuidador principal si fuese necesario, hecha por su enfermera de referencia. Y Asegurar la *planificación de los cuidados* que cada paciente reciba tanto de su enfermera de referencia como el resto de enfermeras que cuiden de su paciente.
5. Tutelar si es necesario la formación de pacientes y familiares.
6. Garantizar cuando sea necesario el informe de *alta de enfermería* hecho por su enfermera de referencia, resumen de los cuidados proporcionados, recordando los cuidados a seguir en su domicilio. Y la realización de un informe de *continuidad de cuidados* para el nivel de atención primaria, a los pacientes que lo necesiten.
7. Definir junto con el grupo de mejora continua, las propuestas sobre: procesos incluidos en la evaluación del cambio, indicadores a seguir, periodos de evaluación, etc.
8. Revisión previa de las historias de salud de los pacientes programados para intervención quirúrgica. Esto servirá para valorar previamente la situación de salud del paciente y del tipo de intervención quirúrgica a la que se va a someter.
9. *Monitorizar* mediante seguimiento continuo, la planificación de cuidados que se realiza a los pacientes definidos dentro de los

objetivos, y que ingresan en nuestro servicio para someterse a cirugía programada.

10. Realización de *visita prequirúrgica* a los pacientes considerados como susceptibles de ella y que se vayan a someter a cirugía programada. Dicha visita prequirúrgica tendrá en cuenta varios aspectos según las necesidades reales valoradas en cada paciente, dirigiéndose por tanto a aspectos meramente informativos, terapéuticos como cuidados necesarios tras cirugía o ansiolíticos.¹²
11. *Colaborar o asesorar* –según el caso- a las enfermeras de referencia que lo necesiten para resolver las dificultades que estas tengan en las decisiones clínicas y el manejo de la metodología usada para sus planes de cuidados.
12. Tutelar la *formación* de los estudiantes de enfermería y detectar necesidades de formación entre los profesionales de enfermería de su unidad, para proponer las actividades formativas necesarias.
13. Impulsar la puesta en marcha de protocolos asistenciales y proponer proyectos de investigación. Actualmente no existe, en la unidad, ningún protocolo para acogida a personal de nueva incorporación. El conocimiento sobre el funcionamiento del Servicio llega por fuentes como los compañeros con los que se coincide de turno y en menor medida por la Supervisora. Esta forma de proceder convierte el mensaje en variable y costumbrista.
14. Colaboración con la *supervisora del servicio* en la consecución de los objetivos de enfermería propuestos para el servicio de cirugía.

Trabajar con la metodología estandarizada hace que disminuya la variabilidad en la práctica clínica, no olvidemos que ésta contribuye a que los cuidados sean más difíciles de identificar, lo que a su vez conduce a una distribución de recursos en ocasiones inadecuada, y a una mayor sobrecarga de trabajo.

Proyecto: enfermeras dinamizadoras de cuidados		
¿Por qué?:	¿Quién?:	¿Cómo?:
Para implantar en el Servicio de Cirugía General, un modelo eminentemente cuidador, que sitúe al paciente y familia como centro de nuestro proceso enfermero.	Los profesionales de enfermería del servicio de cirugía general, deben ser los que garanticen todo el proceso.	De forma planificada, contando con el mayor consenso y participación de los profesionales adscritos.

¹² Recogido en el artículo: *Experiencia sobre la visita prequirúrgica: una revisión de evidencias* de la revista Evidentia.

La variabilidad en la práctica clínica de enfermería conduce también junto con otras tareas administrativas y de comunicación, las disfunciones en las relaciones con los servicios de soporte, la estructura arquitectónica y la gestión de imprevistos, a que la carga de trabajo en enfermería no se reduzca a la actividad de cuidar.

Es en los actuales cambios organizativos, al respecto de las supervisiones de enfermería y jefaturas de bloque de nuestro hospital donde creo que se hace más necesaria la creación del puesto funcional como el aquí descrito, porque creo que puede favorecer también la comunicación de la organización con los profesionales.

Estas enfermeras dependerán funcionalmente de la supervisora del servicio de cirugía general siguiendo organigrama establecido en el Hospital (*ilustración 4*).

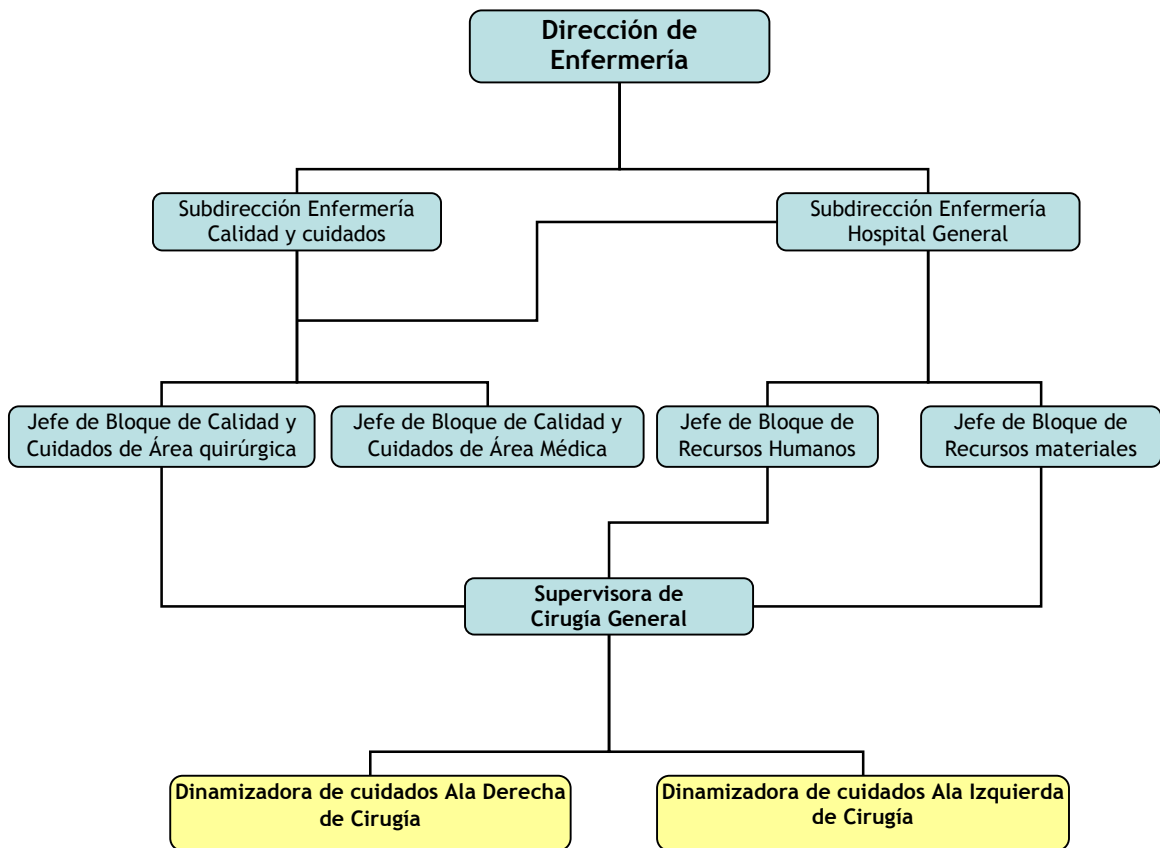


Ilustración 4. Organigrama de la Enfermería en HVN

Cartera de servicios

El servicio de cirugía general se encuentra enmarcado dentro de un Hospital de tercer nivel y por tanto con una alta complejidad de pacientes atendidos. Los objetivos de la *cartera de servicios enfermeros* se encuadran dentro de los del servicio, no obstante, los vamos a considerar de forma separada. Estos objetivos no difieren, la mayoría, de los de otros centros y servicios:

- La orientación de la actividad enfermera hacia el *cuidado*, poniendo en conocimiento que servicios ofrecen las enfermeras en el ámbito de su competencia.
- La cartera de servicios que esta descrita a través de los diagnósticos de enfermería y planes de cuidados estandarizados con terminología NOC y NIC, propios de los pacientes y familiares que se atiende en nuestra unidad, la situación clínica del paciente y la valoración inicial del grado de autonomía para realizar autocuidados.
- *Cuidados básicos* según las 14 necesidades de Virginia Henderson. Son aquellos servicios ofertados por la enfermera con la finalidad de satisfacer aquellas necesidades de salud que aseguren el mantenimiento, el bienestar y garantizan el aprendizaje de los individuos, de las acciones a realizar para tener un estilo de vida más saludable.
- *Cuidados especializados* a pacientes quirúrgicos. Servicios directos al paciente que realiza el equipo enfermero con la finalidad de satisfacer sus necesidades de identificación, regulación y adaptación frente a una situación de enfermedad o lesión. Regular, controlar, suprimir o evitar aquellas limitaciones relacionadas con patologías específicas que dificultan al paciente la capacidad de cuidar de si mismos o de cuidar a otros.
- *Formación* tanto a cuidadoras como a pacientes sobre los cuidados a seguir durante su estancia hospitalaria y en su domicilio tras el alta con el informe correspondiente.
- Implantación, junto con otros profesionales, de los procesos asistenciales actualmente en marcha como colelitiasis y colecistitis, trasplante hepático, cáncer colorrectal y hernias de pared abdominal.
- Garantizar la *continuidad* asistencial con atención primaria y salud responde.

Dentro de la cartera de servicios quirúrgicos de la unidad de cirugía general, se ofertan actualmente a la población:

- Cirugía hepatobiliopancreática: *cirugía hepática (quistes, tumores tanto benignos como malignos primarios y metastásicos), cirugía de vesícula y vías biliares (colelitiasis, coledocolitiasis, colangitis, lesiones y tumores), cirugía pancreática (pancreatitis aguda y crónica, tumores pancreáticos, malformaciones pancreáticas) y cirugía esplénica (trastornos hematológicos, traumatismos, quistes y tumores).*
- Cirugía de intestino delgado, grueso y proctológica: *cirugía de la obstrucción intestinal, cirugía de los tumores de intestino delgado, cirugía apendicular, apendicitis aguda, divertículo de Meckel, cirugía de colon (divertículos, vólvulos o cáncer), cirugía anorrectal (fisura, hemorroides, incontinencia, abscesos y fístulas, y cirugía de la enfermedad inflamatoria crónica intestinal).*
- Cirugía esófago-gástrica: *trastornos funcionales esofágicos y divertículos, cirugía del reflujo gastroesofágico, cirugía de los tumores esofágicos benignos y malignos. Hernias diafragmáticas, úlcera gastroduodenal, cáncer de estómago y cirugía bariática.*
- Trasplante de hígado: *extracción e implantación del órgano.*
- Cirugía glandular endocrina: *cirugía tiroidea (bocio, nódulos y cáncer de tiroides). Cirugía de paratiroides (adenoma e hiperplasia), cirugía de suprarrenales (tumores) y tumores endocrinos del páncreas.*
- Cirugía de pared y partes blandas: *cirugía de pared (hernias y tratamiento con mallas protésicas) y cirugía de partes blandas (tumores cutáneos y subcutáneos, cirugía de ganglios linfáticos, linfadenectomías y sinus pilonidal).*
- Cirugía mamaria: *tumores benignos y malignos en varones.*
- Otras patologías y traumatismos de aparato digestivo que requieran intervención quirúrgica.

Cartera de clientes

Vamos a dividir entre clientes internos y externos. Los clientes para el nuevo puesto funcional de la unidad de cirugía general o *enfermera dinamizadora de cuidados*, serán:

I. Internos, como:

- Supervisora de la unidad
- Enfermeras de la unidad y atención primaria
- Auxiliares de enfermería de la unidad
- Personal facultativo (cirujanos generales)

II. Externos, como:

- Población cliente de nuestros servicios quirúrgicos:
 - Pacientes
 - Cuidadores

Intervenciones

Tras el análisis de la situación de la unidad ya descrita en los puntos anteriores, pasaremos a desarrollar el cambio de la organización, principalmente en el desempeño profesional enfermero. Partiendo de que uno de nuestros objetivos fundamentales es mejorar la calidad de la asistencia que ofertamos a nuestros pacientes, el proceso de implementación se va a realizar en esta unidad, considerándola en cierto modo como unidad piloto para otras unidades del hospital. Es, por tanto, un proceso de reingeniería que debe servirnos para ser trasladarlo a las otras unidades del hospital.

Antes de entrar en la forma de introducir los cambios en la unidad, consideraremos los puntos principales en los que está previsto encontrar fuentes de resistencia que nos pueden limitar, y que en algunos casos ha de suponer la realización de cambios previos en la organización del trabajo para que los objetivos puedan ser alcanzables. Estas vendrán condicionadas por aspectos tales como:

- La dificultad esperada en cualquier organización para cambiar algunas de las rutinas de funcionamiento habituales como:
 - acompañamiento por parte de enfermeras en la visita de los facultativos a los pacientes,
 - cambiar la rutina habitual del profesional de enfermería dependiente de las tareas delegadas
 - o la comodidad de evitar la toma de decisiones.

A este respecto se hace imprescindible realizar cambios previos en la organización como romper con el acompañamiento durante la visita facultativa, salvo casos necesarios derivados de las necesidades del paciente. Para este cambio se necesita apoyo externo a la unidad, desde la institución.

- Necesidades de formación en metodología enfermera del personal y las resistencias que esta genera cuando no se comprende adecuadamente. En este aspecto es tan importante el nivel de cualificación del formador como la actitud de los profesionales.

Ya se está formando de forma intensiva al personal de enfermería, y de forma prioritaria al de cirugía general. Este punto está mejorando de forma ostensible.

- Necesidad de soporte y apoyo de los máximos gestores de la institución ante las dificultades que, a buen seguro, irán surgiendo, principalmente en los conflictos con otros profesionales. No olvidemos que algunos cambios van a romper con la tradición.

- Actualmente la calidad de los registros deja mucho que desear, lo que supone que se deba invertir tiempo y recursos para mejorarlos. Se hace necesaria la adaptación a sistemas digitales.

Ya hay dos grupos de mejora dedicados a este respecto, uno para los registros escritos y otro para los registros informáticos.

Para iniciar la implementación del proceso de cambio, tras aceptación del proyecto por parte de los responsables de la Dirección de Enfermería y su explicación a la jefatura del servicio, se convocarán una serie de reuniones y se reunirá un grupo de mejora para garantizar la participación de todos los agentes directamente implicados en el cambio:

1. En el primer paso se convocará una reunión donde se entregará documentación por escrito con las líneas generales del cambio el mismo día de la reunión con la enfermería del servicio. En dicho documento explicaremos los cambios propuestos en la organización, los objetivos y el alcance de la nueva forma de funcionar. Al final de dicha reunión se abrirá un turno de palabra para debatir el contenido y las propuestas que surjan.

El punto segundo de esta primera reunión será formar un grupo de mejora y seguimiento del que serán miembros fijos tanto la supervisora como las dos dinamizadoras de cuidados elegidas por ésta, tomando como base el perfil de competencias propuesto. Otros miembros del grupo serán tres enfermeras asistenciales y una auxiliar de enfermería, propuestas por los tres miembros permanentes del grupo. Estas últimas serán elegidas por criterios de confianza, motivación, representación y estabilidad.

2. En la segunda reunión, ya del grupo de mejora, se establecerán las reglas de funcionamiento y se hará la elección de responsables en cuanto a dirección y secretaría del grupo; otras responsabilidades que surjan durante proceso de seguimiento se irán asumiendo por los responsables que se establezca en cada momento. También se acotarán cuales serán los procesos asistenciales a tener en cuenta para seguimiento en la evaluación de los objetivos del proyecto. En principio serán objeto de evaluación aquellos procesos con una estancia prevista en el postoperatorio superior a 48 horas y que ingresen por vía de cirugía programada, lo que descarta a las urgencias, cirugía de tardes (mayores de 55 años), otros procesos de corta estancia y pacientes que permanezcan ingresados fuera de la unidad aunque estén a cargo del servicio de cirugía general.

El resto del personal de la unidad tendrá su participación, cuando estimen oportuno, a través de solicitudes y propuestas por escrito al grupo de trabajo o directamente la enfermera dinamizadora de cuidados, que tendrán su respuesta inmediata o por escrito tras ser debatidas en la siguiente reunión del grupo, según sea la propuesta.

Cada evaluación parcial de los resultados de la monitorización que se haga sobre la marcha de la unidad, se analizará primero en el grupo donde se propondrán correcciones para las desviaciones que se produzcan sobre los objetivos marcados. Habrá retroalimentación de los logros conseguidos mediante el envío a los profesionales de un documento que recoja los resultados parciales. El tiempo previsto para dar estos primeros pasos del

proyecto no debe superar los tres meses.

El periodo de duración para el primer análisis final de los cambios introducidos será de un año y las evaluaciones parciales del proyecto serán trimestrales, haciéndose a través de los indicadores propuestos para la monitorización del proyecto de cambio. Por tanto, las reuniones ordinarias del grupo se harán cada trimestre, aunque se pueden convocar reuniones extraordinarias si la situación lo requiere.

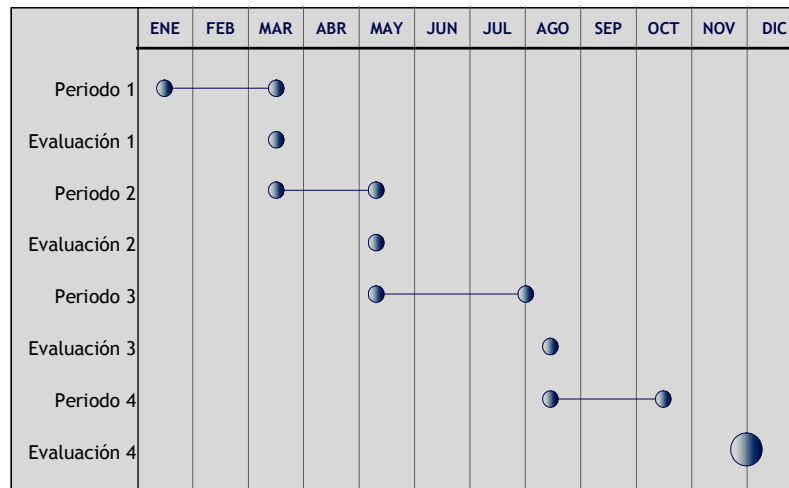


Ilustración 5. Mapa de tiempo para evaluación

Sistemas de información

El cuadro de mandos ha de contener los indicadores necesarios para monitorizar la implementación del cambio propuesto, conteniendo una serie de *indicadores básicos* que nos darán una medida directa del efecto, que el cambio introducido en la práctica clínica, está provocando sobre la calidad asistencial:¹³

1. % de pacientes con valoración integral de necesidades al ingreso.

Enunciado	Valoración integral de los pacientes hospitalizados
Definición de términos	Queremos medir el porcentaje de pacientes con ingreso para la cirugía objetivo, que siendo ingresados por vía programada han sido valorados en las primeras 24 horas. <i>Aclaraciones:</i> Se entiende por valoración integral a la que recoge de forma completa las 14 necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson. <i>Excepciones:</i> Se descartará a los pacientes citados como condicionales, urgentes y programados que no sean parte de los objetivos.
Tipo de indicador	De proceso basado en una proporción
Fórmula	$\text{Indicador} = \frac{\text{Nº pacientes con valoración en 24h}}{\text{Total pacientes con ingreso programado}} \times 100$
Evidencia y Justificación	<ul style="list-style-type: none">• Estrategia para trabajar con metodología enfermera.• Necesario para establecer Plan de Cuidados individualizado.• Evitar variabilidad.• Iniciar relación con el paciente.• Personalización de los Cuidados.
Logística del indicador	<i>Fuente:</i> archivo de Historias Clínicas <ul style="list-style-type: none">• Para la selección de casos: A partir del listado de pacientes ingresados, existente en el registro informático del hospital, con estancias > 72 h.

¹³ Muchos de estos indicadores están recogidos en el artículo de Mercedes Carreras Viñas “Sistemas de Información y Gestión de Servicios de Enfermería.”

	<ul style="list-style-type: none"> • Para la revisión: A partir del listado anterior, extraer 50 historias. <p><i>Responsable:</i> Supervisora de la Unidad y dinamizadoras de cuidados.</p> <p><i>Periodicidad:</i> Se medirá cada 3 meses recogiendo los datos desde una muestra de 50 historias al azar. Se evaluará cada año.</p>
--	--

2. % de pacientes con planes de cuidados individualizados realizado antes de las 24 h del ingreso.

Enunciado	Elaboración de plan de cuidados a los pacientes ingresados
Definición de términos	<p>Porcentaje de pacientes que siendo ingresados por vía programada y que estén dentro de los pacientes objetivo, tienen planificados los cuidados de forma individualizada antes de las primeras 24 horas desde su ingreso.</p> <p><i>Aclaraciones:</i> Se entiende por plan de cuidados individualizado al que se elabora para cada paciente tras valorar sus necesidades según el modelo de Virginia Henderson.</p> <p><i>Excepciones:</i> Se descartará a los pacientes citados como condicionales, urgentes y programados que no sean parte de los objetivos.</p>
Tipo de indicador	De proceso basado en una proporción
Fórmula	$\text{Indicador} = \frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con plan de cuidados en 24h}}{\text{Total pacientes con ingreso programado}} \times 100$
Evidencia y Justificación	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia para trabajar con metodología enfermera. • Evitar variabilidad. • Personalización de los Cuidados.
Logística del indicador	<p><i>Fuente:</i> Archivo de Historias Clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para la selección de casos: A partir del listado de pacientes ingresados, existente en el registro informático del hospital, con estancias > 72 h. • Para la revisión: A partir del listado anterior, extraer 50 historias. <p><i>Responsable:</i> Supervisora de la Unidad y dinamizadoras de cuidados.</p> <p><i>Periodicidad:</i> Se medirá cada 3 meses recogiendo los datos desde una muestra de 50 historias al azar. Se evaluará cada año.</p>
Causas de incumplimiento.	Ninguna

3. % Planes de Cuidados Evaluados más de una vez durante la hospitalización

Enunciado	Evaluación de los planes de cuidados aplicados los pacientes ingresados
Definición de términos	<p>Porcentaje de pacientes que siendo ingresados por vía programada tienen planificados los cuidados individualizados y que se les ha hecho al menos una evaluación posterior del plan de cuidados.</p> <p><i>Aclaraciones:</i> Se entiende por evaluación del plan de cuidados a aquel paciente que durante su estancia hospitalaria ha recibido cuidados de forma planificada y se ha evaluado sus efectos en el paciente.</p> <p><i>Excepciones:</i> Se descartará a los pacientes citados como condicionales, urgentes y a los que tengan menos de 7 días de estancia hospitalaria.</p>
Tipo de indicador	De proceso basado en una proporción
Fórmula	$\text{Indicador} = \frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con evaluación del plan de cuidados}}{\text{Total pacientes con estancia} \geq 7 \text{ días}} \times 100$
Evidencia y Justificación	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia para comprobar la aplicación de metodología enfermera. • Necesario para saber como va el Plan de Cuidados individualizado. • Personalización de los Cuidados.
Logística del indicador	<p><i>Fuente:</i> Archivo de Historias Clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para la selección de casos: A partir del listado de pacientes ingresados, existente en el registro informático del hospital, con estancias > 72 h. • Para la revisión: A partir del listado anterior, extraer 50 historias. <p><i>Responsables:</i> Supervisora de la Unidad y dinamizadoras de cuidados.</p> <p><i>Periodicidad:</i> Se medirá cada 3 meses recogiendo los datos desde una muestra de 25 historias al azar en pacientes de estancia superior a 7 días. Será evaluado cada año.</p>
Causas de incumplimiento.	Ninguna

4. % Objetivos del Plan de Cuidados conseguidos antes del alta

Enunciado	Objetivos conseguidos con el plan de cuidados
Definición de términos	Porcentaje de objetivos conseguidos antes del alta en los pacientes que son ingresados por vía programada. que tienen

	<p>planificados los cuidados individualizados y que se les ha hecho evaluación del plan de cuidados.</p> <p><i>Aclaraciones:</i> Se entiende por objetivo conseguido al que tras evaluación antes del alta tiene 4 puntos o más en la escala de likert.</p> <p><i>Excepciones:</i> Se descartará a los pacientes citados como condicionales, urgencias y a los que tengan menos de 7 días de estancia hospitalaria.</p>
Tipo de indicador	De proceso basado en una proporción.
Fórmula	$\text{Indicador} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de objetivos alcanzados}}{\text{Total objetivos marcados en pacientes con estancia} \geq 7 \text{ días}} \times 100$
Evidencia y Justificación	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia para comprobar la calidad en la aplicación de metodología enfermera. • Necesario para saber la calidad del Plan de Cuidados individualizado. • Personalización de los Cuidados.
Logística del indicador	<p><i>Fuente:</i> archivo de Historias Clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para la selección de casos: A partir del listado de pacientes ingresados, existente en el registro informático del hospital, con estancias > 72 h. • Para la revisión: A partir del listado anterior, extraer 50 historias. <p><i>Responsables:</i> Supervisora de la Unidad y dinamizadoras de cuidados.</p> <p><i>Periodicidad:</i> Se medirá cada 3 meses recogiendo los datos desde una muestra de 25 historias al azar en pacientes de estancia superior a 7 días. Se valorará cada año.</p>
Causas de incumplimiento.	Pendiente.

5. % Informes de continuidad de cuidados al alta emitidos

Enunciado	Continuidad de cuidados entre hospitalización y atención primaria
Definición de términos	<p>Porcentaje de pacientes que siendo susceptibles de informe de continuidad de cuidados se van de alta con el informe hecho.</p> <p><i>Aclaraciones:</i> se entiende por paciente susceptible de informe de continuidad de cuidados a aquel que durante su estancia ha tenido al menos uno de los siguientes diagnósticos: déficit de autocuidados, deterioro de la movilidad, deterioro de la integridad cutánea, conocimientos deficientes, manejo inefectivo del régimen terapéutico.</p> <p><i>Excepciones:</i> Descartaremos a los pacientes que no cumplen</p>

	la condición de susceptibles.
Tipo de indicador	De proceso basado en una proporción.
Fórmula	$\text{Indicador} = \frac{\text{Nº pacientes con Informe de continuidad de cuidados}}{\text{Total pacientes susceptibles de Informe}} \times 100$
Evidencia y Justificación	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia para garantizar la continuidad del plan de cuidados tras el alta del paciente • Personalización de los Cuidados.
Logística del indicador	<p><i>Fuente:</i> Archivo de Historias Clínicas</p> <p><i>Responsables:</i> Supervisora de la Unidad y dinamizadoras de cuidados.</p> <p><i>Periodicidad:</i> Se medirá cada 3 meses recogiendo los datos desde una muestra de 50 historias al azar. Se evaluará cada año.</p>
Causas de incumplimiento.	Pendiente

6. Tasa de pacientes que conocen el nombre de su enfermera de referencia

Enunciado	Pacientes y cuidadores principales que conocen el nombre de su enfermera de referencia.
Definición de términos	<p>Se valorará mediante entrevista directa por la supervisora del servicio a familiares y pacientes.</p> <p><i>Aclaraciones:</i> se contabilizarán pacientes de estancias superiores a 72 horas.</p> <p><i>Excepciones:</i> pacientes de corta estancia.</p>
Tipo de indicador	Resultado
Fórmula	$\text{Indicador} = \frac{\text{Nº pacientes que conocen el nombre de su enfermera de referencia}}{\text{Total pacientes entrevistados}}$
Evidencia y Justificación	<ul style="list-style-type: none"> • Es la forma que tenemos de conocer si se está llevando la asignación de enfermera de referencia hasta sus últimas consecuencias. • Personalización de los Cuidados.
Logística del indicador	<p><i>Fuente:</i> Entrevistas al azar</p> <p><i>Responsables:</i> Supervisora de la Unidad y dinamizadoras de cuidados.</p> <p><i>Periodicidad:</i> Se medirá haciendo entrevistas al azar a 10 pacientes al mes. Se evaluará cada año.</p>

Causas de incumplimiento.	Ninguna
----------------------------------	---------

Se evaluarán otros indicadores de resultado que son importantes aunque no constituyen el núcleo central, y por tanto hemos de tenerlos en cuenta. Estos ya se están registrando desde hace años en nuestro Hospital:

1. *Número de planes de cuidados estandarizados definidos y consensuados.*
2. *Tasa de reclamaciones relacionadas con personal o procesos de enfermería*
3. *Tasa de pacientes satisfechos según el trato recibido por personal de enfermería*
4. *Número de procedimientos de enfermería definidos y consensuados.*
5. *Prevalencia de úlceras por presión producidas en la unidad*
6. *Prevalencia de flebitis periférica*
7. *Incidencia de caídas de pacientes*
8. *Incidencia de infección de herida quirúrgica*

Se tendrán en cuenta también otros *indicadores estructurales* sobre actividad asistencial del Servicio y que actualmente forman parte del cuadro de mandos:

1. *Ingresos*
2. *Altas*
3. *Estancias medias*
4. *Índice de ocupación*
5. *Índice de rotación*
6. *Éxitus*
7. *Número de intervenciones quirúrgicas programadas*
8. *Número de intervenciones quirúrgicas urgentes*

Gestión de competencias

MAPAS DE COMPETENCIAS

ENFERMERA DINAMIZADORA DE CUIDADOS:

Requisitos: Diplomado/a en Enfermería

CONOCIMIENTOS						Perfil			
Código	Competencia	Descripción	FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria	El/la profesional conoce la estructura organizativa sanitaria y la legislación vigente	D	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	El/la profesional conoce la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en Andalucía.	I	I	I				
C-0085	Formación básica en Prevención de Riesgos Laborales	El/la profesional tiene conocimientos generales suficientes sobre la prevención de riesgos en su puesto de trabajo	I	I	I				
C-0171	Promoción de la Salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	Técnica específica	I	I	I				
C-0165	Metodología de	Técnica específica	I	I	I				

	cuidados (<i>Procedimientos, GPC, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados</i>)	(se especificarán los cuidados por unidad y tipo de pacientes)				
C-0069	Metodología en gestión de procesos (Flujogramas, GPC, Mapa de Cuidados, Gestión de casos, ...)	El/la profesional conoce métodos para gestionar una organización por procesos	D	I	I	
C-0135	Documentación clínica, registros y cumplimentación	El/la profesional conoce los documentos clínicos específicos necesarios para el desarrollo de su actividad profesional	I	I	I	
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	Técnicas Específicas de aplicación en Soporte Vital Avanzado	I	I	I	
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	Técnicas específicas	I	I	I	
C-0350	Conocimientos sobre la disciplina quirúrgica	Técnica específica	I	I	I	
C-0004	Calidad nivel básico	Conocimientos Básicos de Calidad (<i>Indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica,</i>)	D	I	I	

C-0179	Conocimientos Básicos de Gestión Recursos (<i>Planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...</i>)	El/la profesional tiene conocimientos básicos de gestión de recursos acordes con su ámbito de responsabilidad	D	D	I	
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (Búsqueda bibliográfica, Bases de Datos documentales, EBE...)	El/la profesional conoce las metodologías y técnicas básicas para participar adecuadamente en un proyecto de investigación o liderarlo.	D	I	I	
C-0060	Gestión y administración de personas	El/la profesional ha adquirido conocimientos específicos en gestión de personas.	D	D	I	
C-0574	Conocimientos sobre la organización quirúrgica	El/la profesional tiene conocimientos específicos del entorno quirúrgico	I	I	I	
C-0506	Conocimiento del manejo de vías de administración de fármacos	Técnicas específicas	I	I	I	
C-0024	Conocimientos en informática, nivel usuario	El/la profesional utiliza adecuadamente los paquetes informáticos básicos de su organización.	D	I	I	
C-0509	Conocimiento de cuidados posquirúrgicos v	Técnicas específicas	I	I	I	

	ostomías						
C-0583	Conocimientos sobre los problemas, intervenciones y cuidados de enfermería en el paciente pre-peri-post operatorio	El/la profesional conoce los problemas y complicaciones del proceso quirúrgico	I	I	I		
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	Técnicas específicas	I	I	I		
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	El/la profesional conoce las nuevas tecnologías en materia de telecomunicaciones e informática	D	D	I		
C-0277	Vigilancia y control de la infección nosocomial (Área Quirúrgica, Unidad Especial, Hospitalización, etc.)	Técnicas específicas	I	I	I		

HABILIDADES						Perfil			
Código	Competencia	Descripción	FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	1	2	3	4
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	El/la profesional tiene la capacidad de extraer de una gran cantidad de información lo esencial, aplicar métodos de simplificación, resumen v	I	I	I				

		sinopsis sacando conclusiones acertadas e la información o de la situación.					
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	El/la profesional utiliza de forma adecuada métodos de gestión positiva de conflictos	D	D	I		
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol de cuidador	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica	D	I	I		
H-0228	Capacidad de inspirar confianza y seguridad a los pacientes y familiares	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica	I	I	I		
H-0032	Habilidades sociales de comunicación oral y escrita	El/la profesional optimiza sus relaciones interpersonales mediante la capacidad de expresarse adecuadamente de forma oral y escrita	I	I	I		
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	El/la profesional manifiesta la capacidad de orientar, aconsejar e informar al paciente sobre la evolución de su enfermedad y las posibilidades de adaptación fomentando la participación activa del	D	I	I		

		paciente en sus cuidados para conseguir así mayor calidad de vida				
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	El/la profesional establece mecanismos de relación interpersonal que inducen estímulos positivos en sus colaboradores. Estos manifiestan interés en trabajar en los proyectos presentados por dicho profesional, confianza en su trabajo e ilusión por los resultados.	D	D	I	
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	El/la profesional se comporta con comodidad en situaciones no seguras, ante proyectos no del todo definidos y los aborda como una oportunidad, no con resistencia	D	D	I	
H-0089	Individualización de los Cuidados	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica	I	I	I	
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	El/la profesional toma decisiones en base a su responsabilidad asumiendo las	D	I	I	

		consecuencias de las mismas con autonomía, no requiriendo de forma sistemática la aprobación de su superior					
H-0022	Resolución de problemas	El/la profesional analiza las situaciones con criterio y juicio analítico para identificar posibles alteraciones y aplicar la solución adecuada	D	I	I		
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	El/la profesional tiene habilidades sociales que pone de manifiesto en su entorno profesional y en cualquier situación de interacción personal	D	I	I		
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	El/la profesional manifiesta conductas de flexibilidad ante nuevos retos	D	I	I		
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	El/la profesional manifiesta capacidad de colaborar y trabajar adecuadamente con los demás miembros del equipo en la consecución de objetivos comunes.	I	I	I		

		generándose un entorno de apoyo mutuo					
H-0054	Informática, nivel usuario	Habilidad para el tratamiento de programas informáticos en entorno Windows a nivel usuario	D	I	I		
H-0026	Capacidad para delegar	Capacidad para la gestión de tareas y encomendarlas a otras personas bajo su responsabilidad.	D	I	I		
H-0358	Elaboración de planes de cuidados médico-quirúrgicos	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica	D	D	I		
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	El/la profesional identifica claramente la cantidad y calidad necesarios para cada actividad, utilizándolos de forma eficiente	I	I	I		
H-0032	Comunicación oral y escrita	El/la profesional optimiza sus relaciones interpersonales mediante la capacidad de expresarse adecuadamente de forma oral y escrita	I	I	I		
H-0055	Capacidad docente	El/la profesional tiene habilidades pedagógicas para la	D	I	I		

		planificar e impartir acciones formativas.					
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	El/la profesional enfoca su actividad desde una visión global del proceso en que ésta se inserta	I	I	I		
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica	D	I	I		
H-0078	Afrontamiento del estrés	El profesional maneja técnicas de relajación y las aplica en su puesto de trabajo.	D	I	I		

ACTITUDES						Perfil			
Código	Competencia	Descripción	FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	1	2	3	4
A-0050	Responsabilidad	El/la profesional es un/a profesional	I	I	I				
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	El/la profesional busca continuamente cómo obtener aprendizaje, incluso de los errores, para mejorar su actividad diaria	D	I	I				
A-0003	Asertividad	El/la profesional establece sus relaciones interpersonales en base a un comportamiento	I	I	I				

		de acercamiento procurando establecer conexión con las necesidades y planteamientos de los otros				
A-0009	Dialogante, negociador	El/la profesional comunica bien, establece una relación buscando acuerdos y sabe establecer mecanismos de ganar-ganar	I	I	I	
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	El/la profesional aporta algo más en lo que hace, no le satisface la tarea por la tarea, sino que busca la mejora	D	I	I	
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	El/la profesional es capaz de adquirir la responsabilidad de un proyecto desde la confianza de que saldrá adelante de forma óptima	D	I	I	
A-0021	Humanidad y sensibilidad social	El/la profesional interpreta la vida y el trabajo desde una perspectiva de "seres humanos", estableciendo criterios y planteamientos de solidaridad	D	I	I	
A-0046	Flexible.	El/la profesional	I	I	I	

	adaptable al cambio, accesible	incorpora sin resistencias lo nuevo, identifica claramente cuándo hay que cambiar y lo hace proactivamente.					
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares (receptividad a inquietudes y necesidades del enfermo y familia)	El/la profesional manifiesta una especial sensibilidad por las expectativas de los pacientes que convierte en objetivos que debe satisfacer	I	I	I		
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro) respecto de los derechos de los pacientes	El/la profesional antepone las necesidades del cliente y sus expectativas a cualquier otra consideración o interés	I	I	I		
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades (disponibilidad y accesibilidad)	El/la profesional es consciente de que sin los demás, su trabajo no sería óptimo. Sabe reconocer las aportaciones, sabe establecer mecanismos de potenciación	I	I	I		
A-0038	Resolutivo	El/la profesional es capaz de lograr soluciones, incluso en situaciones no predefinidas ni protocolizadas	D	I	I		
A-0040	Orientación a resultados	El/la profesional manifiesta una	D	I	I		

		clara orientación al logro de los objetivos, no conformándose con hacer bien las cosas					
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	El/la profesional manifiesta una adecuada concepción de sí mismo lo que le potencia en su trabajo	D	I	I		

Bibliografía

- 1 Cuxart Ainaud N. Segunda ponencia: La Gestión del Cuidado en Enfermería Nº 12. Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/. Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona; 2005.
- 2 Ferro Montiu M. Primera ponencia: La Gestión del Cuidado en Enfermería Nº 12. Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/. Jesús i Maria, 6-08022 Barcelona; 2005.
- 3 Presentación en PowerPoint del Cuaderno de Mandos de Actividad Hospitalaria de 2004-05 dirigido a personal directivo y cargos intermedios. Subdirección de Investigación, Calidad y Docencia. Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.
- 4 Hurtado Vázquez I, Espino Villafuerte ME. Disminución de la Ansiedad del Paciente Quirúrgico a Través de la Intervención de Enfermería. Desarrollo Científ Enferm. 2004,mar; 12(2):47-50
- 5 Zarate Grajales RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm. 2004, prim-ver; 13(44)
- 6 Andrades García F, Expósito Carbal C, García Palacios R. Paciente etiquetado de difícil beneficios de la asignación. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2005; 8 (3): 243/245 67
- 7 Sanz G, Pomar JL. Proyecto de rediseño de los Servicios de Cardiología y Cirugía del Hospital Clínico de Barcelona. Rev. Esp. Cardiol. 1998; 51: 620-628.
- 8 Gálvez Toro A, Bonill de la Nieves C, Torres Luzón C, Rodríguez Bailón M, Ayudarte Larios ML. Experiencia sobre la visita prequirúrgica: una revisión de evidencias. Evidentia 2006 mar-abr; 3(8). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n8/213articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- 9 Estepa Osuna MJ, Zamorano Imbernón P, Pancorbo Peña M, Cabanes Miró J, Rojas Delgado E, Jiménez Cardoso S, Martínez del Valle MJ, Conejero Castro F, Donoso Vázquez J, Bastos Prados M, Vázquez Cruz F. Personalizando la atención: Protocolo de visita pre-quirúrgica (VPQ). Quirófano Reglado Hospital General (Sevilla). Evidentia 2006 mar-abr; 3(8). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n8/204articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- 10 Marqués Andrés S. Visita prequirúrgica: número o resultados. Sobre la Efectividad. Evidentia 2006 mar-abr; 3(8). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n8/215articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- 11 Martínez Martínez, C. Cañadas Bustos, A. Rodríguez Paredes, E. y Tornel García, S. Dificultades en la valoración enfermera. Enfermería

- Clínica, 2003. 13(4) 195-201.
- 12 Sanz G, Pomar JL. El Instituto de Enfermedades Cardiovasculares. Proyecto de rediseño de los Servicios de Cardiología y Cirugía del Hospital Clínic de Barcelona. Rev Esp Cardiol 1998; 51: 620-628.
 - 13 Castro Beiras A, Escudero Pereira JL, Juffe Stein A, Sánchez CM, Caramés Bouzán J. El Área del Corazón del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Una nueva forma de gestión clínica. Rev Esp Cardiol 1998; 51: 611-619
 - 14 Carreras Viñas M. Sistemas de Información y Gestión de Servicios de Enfermería. Revista I+S de la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS). Disponible en:
http://scholar.google.es/url?sa=U&q=http://www.conganat.org/seis/is/is44/IS44_47.pdf